

////////////////////////////////////

DRAAIBOEK

SCHAKELZORGCENTRA

Versie 1.6 / 20.05.2020

////////////////////////////////////

Omdat de epidemiologische situatie snel kan wijzigen, is dit een dynamisch document: de inhoud kan snel wijzigen. U vindt de gewijzigde passages terug in het rood. Zorg dat u steeds de meest recente versie in uw bezit heeft. Deze versie staat online gepubliceerd op de [website van Zorg en Gezondheid](#).

INHOUD

1	Inleiding	5
2	Sterke thuiszorg voor goede schakelzorg	6
3	Stappenplan	7
3.1	Fase 1 (10 dagen) - VOORBEREIDEN	7
3.2	Fase 2 (4 dagen) - OPSTARTEN	7
3.3	Fase 3 (1 à 2 maanden) – UITBATEN	8
3.4	Fase 4 - AFSLUITEN	8
4	Wat is een schakelzorgcentrum?	8
4.1	Eerste opdracht: beddenhuis	9
4.1.1	Doelgroepen	9
4.1.2	Toeleiding	10
4.2	Vervolgopdracht: afstemming van vraag en aanbod	10
4.3	Organisatieniveau	11
5	Governancestructuur	12
5.1	Gouverneur en provinciale diensten	12
5.2	Structuur per combinatie van eerstelijnszones	13
6	Logistieke noden	15
6.1	Benodigde capaciteit	16
6.2	Locatie	16
6.3	Infrastructuur	16
6.4	Materiaal	18
7	Personeel	20
7.1	Samenstelling equipe	20
7.2	Richtlijnen voor de bestaffing	20
7.3	Taakverdeling van de equipe	22
7.3.1	Algemene coördinator	22
7.3.2	Zorg- en welzijnscoördinator	22
7.3.3	Artsen	23
7.3.4	Verpleegkundigen	23
7.3.5	Diensten voor gezinszorg en diensten voor oppashulp	23
7.3.6	Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds (en het maatschappelijk werk van andere actoren)	23
7.3.7	Coördinerend apotheker schakelzorgcentrum / huisapotheker	25
7.3.8	Psycholoog	26
7.3.9	Kinesitherapeuten	26
7.3.10	Ergotherapeuten van de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds i.s.m. de zelfstandige ergotherapeuten	27
8	Opleiding	27
9	Liaison met het ziekenhuis	28
10	Rapportering	28
11	Erkenning en subsidiëring	28
11.1	Erkenningsprocedure	29
11.1.1	Erkenning voor een schakelzorgcentrum in opstart	29
11.1.2	Bijkomende erkenning voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis	29
11.2	Subsidie van de Vlaamse overheid	30
11.2.1	Subsidie voor de kosten voor infrastructuur en energie	30
11.2.2	Subsidie voor de opstartkosten	30
11.2.3	Subsidie voor de kosten tijdens de uitbating	31

11.2.4	Subsidie voor de coördinatie	31
11.2.5	Wijze van uitbetaling	31
11.2.6	Verantwoordingsstukken	32
11.3	Vergoeding van de zorgverleners	33
11.4	Eigen bijdrage van de patiënt	34
11.5	Samengevat	35
12	Juridisch kader	35
12.1	Organisatievorm	35
12.2	Het samenwerkingsverband	36
12.3	De oprichting	36
12.4	Het formele bestuur van het samenwerkingsverband	37
12.5	Beheer budget	37
12.6	De overeenkomst	38
12.7	Aansprakelijkheid schakelzorgcentrum	39
13	Arbeidsrechtelijke organisatie	39
13.1	Personeelsleden in dienstverband (contractueel of statutair)	39
13.1.1	Personeel van de beherende gemeente	39
13.1.2	Nieuwe personeelsleden	40
13.1.3	Personeel van andere partners dan de beherende gemeente	41
13.1.4	Rol van de coördinator	42
13.1.5	Weekend- en nachtwerk	42
13.2	Zelfstandigen, organisaties en bedrijven	44
13.2.1	Personen en organisaties die geen partner zijn in het schakelzorgcentrum	44
13.2.2	Contract of samenwerkingsovereenkomst	44
13.2.3	Regelgeving op de overheidsopdrachten	45
13.3	Vrijwilligers	46
13.3.1	Voorwaarden om vrijwilligers in te zetten	46
13.3.2	Rol voor de partners van het samenwerkingsverband	46
13.4	Verzekeringen en aansprakelijkheid	47
14	Sluiting van het schakelzorgcentrum	48
14.1	Wat na 18 mei 2020?	48
14.2	Schakelzorgcentra zonder beddenhuis	48
14.3	Schakelzorgcentra met een actief beddenhuis	49
14.3.1	Opnamestop	49
14.3.2	Sluiting beddenhuis	49
14.3.3	Personeel	50
15	Kennis met elkaar delen: digitaal communicatieplatform van VIVEL	50
16	Contactgegevens	51
16.1	Federale overheid en gouverneurs	51
16.2	Zorg en Gezondheid	52
17	Bijlagen	53
17.1	Stappenplan: 3 vragen om te evalueren of de patiënt in aanmerking komt voor een opname in het schakelzorgcentrum (beddenhuis)	53
17.2	Procedure om een schakelzorgcentrum aan te melden en op te starten	54
17.3	Inhoud federale vragenlijst schakelzorgcentra (link)	55
17.4	Nota juridisch kader	60
17.5	Ontwerp overeenkomst juridisch kader	63
17.6	Richtlijnen brandveiligheid	68
17.7	Aanbevelingen voor de aanwezigheid en het gebruik van een noodtrousse	70

1 INLEIDING

De ziekenhuizen zullen de komende weken veel COVID-19-patiënten moeten opvangen. Het is belangrijk dat zij over voldoende bedden kunnen blijven beschikken. Ook binnen de eerste lijn moet de zorgcapaciteit zo goed mogelijk worden benut. Daarom moeten er mogelijks schakelzorgcentra opgericht worden.

Schakelzorgcentra kunnen als beddenhuis een oplossing bieden voor **mensen die medisch gezien het ziekenhuis mogen verlaten, maar die (dikwijls om sociale en medische redenen) nog niet naar huis kunnen**. Denk bijvoorbeeld aan mensen voor wie de continuïteit van zorg of een aangepaste woonomgeving nog niet geregeld is.

Tegelijk willen we de instroom in het ziekenhuis beperken tot mensen die complexe zorg nodig hebben. Schakelzorgcentra kunnen daarom ook medisch toezicht bieden voor **mensen die besmet zijn met COVID-19, niet thuis kunnen blijven, maar nog niet meteen naar het ziekenhuis moeten of het ziekenhuis al kunnen verlaten**.

Momenteel streven we naar **één schakelzorgcentrum per (ongeveer) twee of drie eerstelijnszones**. Deze centra worden pas operationeel als beddenhuis als de ziekenhuizen EN hun netwerk dreigen vol te stromen. De Vlaamse overheid geeft daarvoor een signaal tot activering.

Uiteindelijk is het de bedoeling om iedereen zo **snel mogelijk terug naar huis te laten gaan**.

Goede schakelzorg heeft **bijzondere aandacht voor de psychosociale dimensie**:

- snelle transfer naar de thuissituatie, ondersteund door een equipe maatschappelijk werk;
- psychosociale ondersteuning van zowel de zorgaanbieders (personeel en vrijwilligers) als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Een schakelzorgcentrum is dus geen veldziekenhuis of noodziekenhuis. Een noodziekenhuis zal enkel in extreme omstandigheden worden opgesteld, onder strikte regie van de federale overheid. De federale overheid zal daarvoor een bevraging uitsturen om mogelijke locaties te inventariseren (cf. bijlage 17.3). Ook aan de schakelzorgcentra wordt gevraagd om deze bevraging in te vullen, zodat de federale overheid bij een algemeen collaps van het zorgsysteem weet waar de schakelzorgcentra zijn gehuisvest.

Om een schakelzorgcentrum succesvol te kunnen uitbouwen, is het ondersteunen van de al bestaande formele en informele zorg een zeer belangrijke randvoorwaarde. Daarom kunnen schakelzorgcentra in deze tweede fase, nu het zwaartepunt van de COVID-19-epidemie van de ziekenhuizen naar verschillende zorgvoorzieningen in de eerste lijn is verschoven, hun netwerk (met lokale besturen, voorlopige zorgraden, eerstelijnszorgactoren, ziekenhuis, ...) dat ze de opgebouwd hebben voor het voorbereiden van een beddenhuis, ook inzetten voor een nieuwe opdracht: de vragen om hulp van zorgvoorzieningen in hun eerstelijnsregio's afstemmen op het aanbod aan helpende handen.

Dit document geeft een aanzet over hoe een schakelzorgcentrum kan opgestart worden. Niet elk aspect van deze uitwerking kan in deze nota besproken worden. Veel hangt ook af van de mogelijkheden die voorhanden zijn in de specifieke regio. In elke regio moet een inschatting gemaakt worden door het hele team hoe het schakelzorgcentrum het beste kan voldoen aan de behoeften in die specifieke regio.

De planning en voorbereiding van de schakelzorgcentra vraagt een zeer groot engagement van alle betrokken partijen. In deze fase is het nog niet de bedoeling dat schakelzorgcentra effectief van start gaan als beddenhuis om mensen op te vangen.

We begrijpen dat dit een enorme uitdaging is om te realiseren, waarbij – wanneer zou blijken dat die **schakelzorgcentra uiteindelijk overbodig zijn** – dat **het grootste succes** zou zijn.

2 STERKE THUISZORG VOOR GOEDE SCHAKELZORG

De focus van dit document ligt op het zo snel mogelijk operationeel krijgen van het schakelzorgcentrum als beddenhuis om de ziekenhuiscapaciteit zoveel mogelijk te vrijwaren. Een succesvol schakelzorgcentrum leunt op een performante eerstelijnszorg. Een tweesparenbeleid is noodzakelijk:

1. **Het ondersteunen en waar nodig versterken van de formele en informele zorg rond de patiënt in de thuissituatie.** Dat wordt gerealiseerd door het versterken van de diensten voor gezinszorg, de thuisverpleging, buurtzorg, de huisarts en verschillende logistieke diensten (zoals bijvoorbeeld maaltijdverdeling).

Het optimaal benutten van alle beschikbare zorgcapaciteit binnen de eerste lijn is daarvoor een essentiële eerste stap:

- De capaciteit van de thuisverpleging, gezinszorg en alle residentiële woonvormen (woonzorgcentra, kortverblijf, assistentiewoningen, ...) moet eerst zo goed mogelijk aangewend worden. Binnen die context hebben de erkende centra voor herstelverblijf een bijzondere plaats: die centra beschikken over voldoende personeelsomkadering en hebben een goed uitgeruste bedden capaciteit.
- Het lokale bestuur helpt bij het zoeken naar oplossingen voor knelpunten als de doorstroming tussen het ziekenhuis en de verschillende structuren in de eerste lijn niet optimaal verloopt.
- De oprichting van schakelzorg vereist dat lokaal afspraken worden gemaakt rond versterken van buurtzorg, omdat het prioriteren van thuiszorg nodig zal zijn waardoor niet alle professionele thuisondersteuning in dezelfde mate verdergezet kan worden.

Dienst- en discipline-overschrijdende cohortzorg (dat is een vaste ploeg die besmette patiënten verzorgt) is ook een van de sleutels tot succes om tijdens de COVID-19-epidemie rationeel en efficiënt met mensen en (beschermings)middelen om te springen en het bovenstaande te realiseren.

2. **Het oprichten en installeren van een schakelzorgcentrum als beddenhuis.** Bij het opstarten van een schakelzorgcentrum moet men het onderstaande zorgvuldig afwegen:
 - a. Zal het schakelzorgcentrum effectief bijdragen om de druk van het ziekenhuis en zijn netwerk te verlichten?
 - b. Een geactiveerd schakelzorgcentrum zal op bepaalde momenten zorgaanbieders wegnemen vanuit de reguliere eerste lijn. Die zorgaanbieders zijn, wanneer ze in het schakelzorgcentrum werken, niet meer beschikbaar in de reguliere zorg.

3 STAPPENPLAN

3.1 FASE 1 (10 DAGEN) - VOORBEREIDEN

De **voorbereidingsfase** start bij het uitsturen van dit draaiboek. Tijdens deze fase wordt via de gouverneurs aan de lokale besturen en alle actoren in de eerstelijnszones gevraagd om:

1. De beheersstructuren op te zetten en een algemene coördinator met kennis inzake crisismanagement te kiezen. Vervolgens moet ook gezocht worden naar een geschikte zorg- en welzijnscoördinator.
2. In overleg tussen de betrokken partners (thuisverpleging, diensten voor gezinszorg, logistieke diensten,...) alle voorbereidende stappen te zetten om een personeelsequipe ter beschikking te hebben voor het schakelzorgcentrum.
3. Prioritering in de thuiszorg binnen dit kader voor te bereiden, aangezien een sterke zorg aan huis een noodzakelijke voorwaarde is om een schakelzorgcentrum te kunnen laten werken (zie punt 2 van het draaiboek, *Sterke thuiszorg voor goede schakelzorg*).
4. Correcte cohortering van de zorg in het schakelzorgcentrum voor te bereiden, onder leiding van de zorg- en welzijnscoördinator.
5. Geschikte infrastructuur voor een beddenhuis te zoeken, te inventariseren en beschikbaar te maken voor het schakelzorgcentrum.
6. Alle nodige administratieve en logistieke afspraken te maken om het schakelcentrum zeer snel op te starten als beddenhuis.
7. 1 schakelzorgcentrum per 2 à 3 eerstelijnszones te installeren, deze aantallen geven onderstaande verdeling per provincie.
 - provincie Antwerpen: 8 schakelzorgcentra;
 - provincie Limburg: 4 schakelzorgcentra;
 - provincie Oost-Vlaanderen: 6 schakelzorgcentra;
 - provincie Vlaams-Brabant: 6 schakelzorgcentra;
 - provincie West-Vlaanderen: 6 schakelzorgcentra.
8. Het schakelzorgcentrum aan te melden bij de Vlaamse overheid door de provinciale noodplanningscoördinatoren, via een webformulier, **nadat de locatie is goedgekeurd door de gouverneur**.

3.2 FASE 2 (4 DAGEN) - OPSTARTEN

Wanneer de capaciteit in het ziekenhuisnetwerk in een bepaalde regio dreigt te verzadigen, zal de Vlaamse overheid een duidelijk signaal geven om de 'slapende' schakelzorgcentra in een bepaalde regio te activeren als beddenhuis. In het meest gunstige scenario zal dat nooit gebeuren. Een goede voorbereiding in de eerste fase is dus belangrijk!

Zorg en Gezondheid evalueert daarvoor onderstaande, niet-limitatieve lijst van factoren:

1. de capaciteit van de niet-ICU-COVID-19-bedden in het ziekenhuis EN het bijhorende netwerk: Zorg en Gezondheid kijkt hiervoor naar de niet-ICU-COVID-19-bedden, dus niet naar de bedden intensieve zorgen. Andere factoren zoals bijvoorbeeld de verzadiging van de spoedgevallendiensten en de personeelsuitval in het ziekenhuisnetwerk worden mee in overweging genomen;
2. de capaciteit in de eerste lijn: daarvoor zal onder andere de COVID-19-barometer en de zorgcapaciteit van de woonzorgcentra mee in rekening gebracht worden;

3. signalen vanuit het werkveld: bijvoorbeeld lokale ziekenhuizen, lokale besturen, huisartsenkringen en andere actoren in de eerstelijnszones;
4. eventuele contacten die er al geweest zijn tussen het team infectieziekten en het ziekenhuis, de woonzorgcentra of andere zorgvoorzieningen in de regio.

3.3 FASE 3 (1 À 2 MAANDEN) – UITBATEN

Fase 3 is de **operationele fase** van het schakelzorgcentrum. **Patiënten worden effectief verzorgd in het beddenhuis.** Vanuit het schakelzorgcentrum is het de bedoeling om zo snel mogelijk de zorg in de thuiscontext verder zetten. Het schakelzorgcentrum stemt daarvoor af met de thuiszorgactoren. Er is voldoende aandacht voor het psychosociaal welbevinden van zowel zorgaanbieders als patiënten in het schakelzorgcentrum.

De capaciteit (bedden en eventueel personeel) wordt continu gerapporteerd aan de verschillende overheden via een online instrument, de omliggende schakelzorgcentra en de ziekenhuizen. De Vlaamse overheid stelt daarvoor een instrument ter beschikking.

3.4 FASE 4 - AFSLUITEN

Tijdens fase 4 wordt het **schakelzorgcentrum afgesloten**. Er is een debriefing: ervaringen en goede praktijkvoorbeelden worden gedeeld met de verschillende actoren, de eerstelijnszones, de provincie, het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL), de ziekenhuizen en de Vlaamse overheid.

4 WAT IS EEN SCHAKELZORGCENTRUM?

Een schakelzorgcentrum heeft 2 opdrachten.

De eerste opdracht is een **beddenhuis voorbereiden en indien nodig uitbaten**, met twee grote doelstellingen:

- een vlotte doorstroming van patiënten vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie mogelijk maken, met de nodige flexibiliteit;
- de ziekenhuiscapaciteit maximaal voorbehouden voor complexe zorg, en vrijwaren van niet-essentiële opnames.

De tweede opdracht (vervolgopdracht) is het **afstemmen van de noden van zorgvoorzieningen op het aanbod in de eerstelijnszones** die betrokken zijn bij het schakelzorgcentrum, samen met de eerstelijnszorgaanbieders, en in het bijzonder met de voorlopige zorgraden van de eerstelijnszones.

Daarnaast kunnen woonzorgcentra die op korte termijn door personeelsuitval verpleegkundige, verzorgende of logistieke ondersteuning nodig hebben (waar men meteen over moet kunnen beschikken, binnen enkele uren of dagen), terecht op de provinciale 0800-lijnen van de cohortzorg. Ook andere zorgvoorzieningen die op korte termijn door personeelsuitval verzorgende of logistieke ondersteuning nodig hebben, kunnen terecht op die provinciale 0800-lijnen. Meer informatie daarover is te vinden op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cohortzorg-in-thuiszorg>.

4.1 EERSTE OPDRACHT: BEDDENHUIS

4.1.1 Doelgroepen

Het schakelzorgcentrum richt zich met zijn beddenhuis op de volgende twee doelgroepen:

1. mensen die medisch gezien het ziekenhuis mogen verlaten, maar die (dikwijls om sociale redenen) nog niet naar huis kunnen (bijvoorbeeld: voor wie de continuïteit van zorg of een aangepaste woonomgeving nog niet geregeld is). Dat zijn **personen met lage zorgprofielen** (Katz O, A, B) die niet langer gehospitaliseerd moeten zijn, en dus zo snel mogelijk uit het ziekenhuismilieu moeten gehaald worden, maar waarvoor toezicht noodzakelijk is. Deze doelgroep wordt verder onderverdeeld in 2 verschillende cohorten:
 - a. mensen die besmet zijn met een bewezen of vermoedelijke COVID-19;
 - b. bewezen COVID-19-negatieve patiënten (met een negatieve test);
2. de bewezen COVID-19-positieve patiënten (inclusief de patiënten met een vermoedelijke COVID-19-besmetting), met een **lage zorgnood in reconvalescentie, waarvoor een zeer zorgvuldige klinische opvolging noodzakelijk** is.

De COVID-19-negatieve populatie moet volgens de regels van de kunst maximaal worden gescheiden van de COVID-19-positieve populatie om kruisbesmetting te voorkomen (cohortering). Daarvoor worden onderstaande regels toegepast:

1. Idealiter worden zowel COVID-19-positieve als COVID-19-negatieve patiënten opgevangen. Om kruisbesmetting te vermijden, moet die opvang geregeld worden op twee aparte, volledig van elkaar gescheiden fysieke locaties. Opvang van beide populaties onder één dak kan dus niet.
2. Als die strikte splitsing niet mogelijk is, worden enkel COVID-19-positieve patiënten opgevangen.

Op dit moment zijn de **criteria om iemand op te nemen in het beddenhuis van een schakelzorgcentrum** (onder voorbehoud):

1. Medisch:

- De persoon is niet afhankelijk van zuurstof. Omwille van de problemen bij de bevoorrading van zuurstof, moeten zuurstof-dependente patiënten opgenomen blijven in het ziekenhuis. Schakelzorgcentra behandelen in principe geen patiënten met zuurstofnoden. In geval van nood volgen deze patiënten de gebruikelijke bevoorradingsweg, namelijk via de apotheek of de ziekenhuisapotheek.
- Er is geen telemonitoring nodig.
- Geen thuisdialyse. Ambulante hemodialyse in het ziekenhuis kan mits goede afspraken met het niercentrum over de planning (in de namiddag), maaltijden, transport, ...
- De persoon vertoont geen storend gedrag naar andere patiënten.
- Medicatie kan per os worden toegediend.

2. Zorgprofiel:

- Katz O, A en B.

Opgelet: bovenstaande criteria kunnen nog wijzigen.

De Vlaamse overheid zal na het effectief openen van het beddenhuis van het schakelzorgcentrum de capaciteit van het ziekenhuisnetwerk en de eerste lijn zorgvuldig monitoren. Indien nodig, zal het zorgprofiel worden aangepast en kunnen personen met een hoger zorgprofiel (bijvoorbeeld personen die extra revalidatienood nodig hebben, waarvoor revalidatie in de ziekenhuissetting niet meer haalbaar is) in het schakelzorgcentrum worden opgenomen. Het is aan te bevelen om bij de keuze van

de infrastructuur daarmee rekening te houden. In die specifieke situatie zal de personeelsbezetting moeten worden gewijzigd.

4.1.2 Toeleiding

Er zijn **twee patiëntenstromen** mogelijk naar het beddenhuis van het schakelzorgcentrum (zie het stappenplan in bijlage 17.1):

1. Ontslag vanuit het ziekenhuis.
2. Er kan via de triagepost, nadat er via de spoedgevallen een evaluatie van de thuissituatie en een diagnostische oppuntstelling is gebeurd, worden doorverwezen naar een schakelzorgcentrum.

In bepaalde situaties kan de huisarts een kwetsbare persoon vanuit de thuissituatie verwijzen naar het schakelzorgcentrum bij gebrek aan andere opties (dit is immers altijd een tijdelijke oplossing). Voordat deze beslissing effectief wordt genomen, moet alle formele en informele zorg zo maximaal mogelijk worden ingezet. Hiervoor is steeds **een klinische evaluatie via de spoedgevallen noodzakelijk**, om een mogelijke COVID-19 of onderliggend lijden te diagnosticeren.

Bij opname in het beddenhuis van het schakelzorgcentrum wordt steeds telefonisch contact opgenomen vanuit het ziekenhuis met de maatschappelijk werker in het schakelzorgcentrum om een zorgvuldige dossieroverdracht af te spreken. Waar nodig wordt ook de arts, apotheker of zorg- en welzijnscoördinator in het schakelzorgcentrum op de hoogte gebracht. Die dossieroverdracht heeft minstens aandacht voor:

1. de noodzakelijke mobiliteitshulpmiddelen;
2. de psychosociale context en thuissituatie;
3. het regelen van de overdracht van het medisch dossier;
4. het medicatieschema;
5. vervoer naar het schakelzorgcentrum.

4.2 VERVOLGOPDRACHT: AFSTEMMING VAN VRAAG EN AANBOD

De schakelzorgcentra hadden met hun beddenhuis initieel als doel om de ziekenhuizen te ontlasten. Op dit ogenblik is het **zwaartepunt van de COVID-19-epidemie echter van de ziekenhuizen naar de verschillende zorgvoorzieningen in de eerste lijn verschoven** (woonzorgcentra en andere residentiële ouderenvoorzieningen, voorzieningen voor personen met een handicap, psychiatrische verzorgingstehuizen, residentiële revalidatievoorzieningen, residentiële voorzieningen voor jeugdhulpverlening, ...).

De ondersteuning van patiënten/bewoners en hulpverleners in die (thuisvervangende) voorzieningen is ondertussen prioritair geworden. **De schakelzorgcentra kunnen hun netwerk (met lokale besturen, voorlopige zorgraden, eerstelijnszorgactoren, ziekenhuis, ...) dat ze de voorbije weken uitgebouwd hebben voor het voorbereiden van een beddenhuis, nu inzetten voor een vervolgopdracht: de vragen om hulp van zorgvoorzieningen in hun eerstelijnszones afstemmen op het aanbod aan helpende handen.** Er bestaat al overleg tussen de voorzieningen en de organisaties uit de eerstelijnszones over het beschikbare aanbod vanuit de thuiszorg, het ziekenhuis en andere dienstverlenende organisaties. Uiteraard willen we dat overleg maximaal stimuleren en ondersteunen vanuit de schakelzorgcentra. We stellen echter vast dat de toeleiding niet overal even efficiënt verloopt. Sommige voorzieningen kennen het lokale aanbod niet goed, of verliezen het uit het oog omdat al hun aandacht opgeslorpt wordt door het beheersen van de crisis binnen hun voorziening.

Deze vervolgoopdracht sluit ook goed aan bij wat al van in het begin (zie punt 2 van het draaiboek, *Sterke thuiszorg voor goede schakelzorg*) benadrukt werd. Een succesvol schakelzorgcentrum leunt op een performante eerstelijnszorg. Naast het installeren van een beddenhuis is een tweede spoor daarin minstens even belangrijk: het ondersteunen en waar nodig versterken van de formele en informele zorg rond de patiënt/bewoner.

Om de noden van de verschillende zorgvoorzieningen in kaart te kunnen brengen, kunnen die voorzieningen gebruik maken van een **onlinebevraging** (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/bevraging-noden>). Elke voorziening kan die bevraging invullen, telkens ze een nieuwe hulpvraag kenbaar wil maken. De gesignaleerde vragen en noden worden in een dashboard ter beschikking gesteld van het schakelzorgcentrum uit de regio van de voorziening in kwestie. De schakelzorgcentra kunnen die noden verbinden met al bestaande goede initiatieven of delegeren naar een of meer aanspreekpunten in de verschillende eerstelijnszones, of er zelf mee aan de slag gaan. Het gaat er dus om de vraagstellers met hun noden in contact te brengen met de bestaande regionale initiatieven, en waar nodig te faciliteren tussen vraag en aanbod.

Voor de vervolgoopdracht wordt een bijkomende rol gecreëerd binnen het schakelzorgcentrum: **de rol van vraag- en aanbodcoördinator**. De stuurgroep van het schakelzorgcentrum bespreekt samen met de lokale partners en de eerstelijnszones door wie en op welke manier, met wederzijds akkoord, die rol het best opgenomen kan worden binnen de reguliere bestaande structuren in de eerstelijnszones. Dat gebeurt bij voorkeur door iemand met een goede kennis van het zorg- en welzijnslandschap binnen de regio, en met een goed zicht op de verschillende initiatieven die in het kader van de COVID-19-epidemie genomen worden door de diverse eerstelijns- en andere actoren in de eerstelijnszones van het schakelzorgcentrum. Eventueel kan voor die rol een nieuwe functie gecreëerd worden, wanneer er niet onmiddellijk iemand beschikbaar is. De rol van vraag- en aanbodcoördinator kan ook worden opgesplitst over meerdere personen (bijvoorbeeld één per eerstelijnszone), of opgenomen worden door de algemene coördinator van het schakelzorgcentrum.

Deze nieuwe opdracht wordt meer in detail beschreven in een apart draaiboek. Het voorliggende draaiboek focust in hoofdzaak op de eerste opdracht, het beddenhuis. De financiële middelen waarop de schakelzorgcentra recht hebben (zie punt 11.2 van het draaiboek, *Subsidie van de Vlaamse overheid*), mogen echter ook aangewend worden voor deze nieuwe opdracht. De subsidies voor de opstartkosten (31.500 euro) en voor de coördinatie (15.000 euro) kunnen dus ook gebruikt worden voor deze nieuwe opdracht.

4.3 ORGANISATIENIVEAU

In deze fase streven we naar **één schakelzorgcentrum per (ongeveer) twee of drie eerstelijnszones**. De gouverneur zal de initiatieven binnen zijn provincie coördineren.

Eén schakelzorgcentrum kan bestaan uit verschillende fysieke locaties.

BruZEL, de Brusselse eerstelijnszone die de 19 gemeenten van het Brusselse Gewest omvat, valt hier buiten.

We stellen de onderstaande verdeling per provincie voorop:

- provincie Antwerpen: 8 schakelzorgcentra;
- provincie Limburg: 4 schakelzorgcentra;
- provincie Oost-Vlaanderen: 6 schakelzorgcentra;
- provincie Vlaams-Brabant: 6 schakelzorgcentra;

- provincie West-Vlaanderen: 6 schakelzorgcentra.

Op <https://www.eerstelijnszone.be> is alle informatie terug te vinden over de indeling van de eerstelijnszones.

Voor elk schakelzorgcentrum wordt een penhoudende organisatie aangeduid. Die penhoudende organisatie zal van de Vlaamse overheid de subsidies voor het schakelzorgcentrum ontvangen.

Er kan gekozen worden voor het juridische kader van een interbestuurlijk samenwerkingsverband (zie punt 12 van het draaiboek, *Juridisch kader*) om het schakelzorgcentrum op te richten. In dat geval moet de gemeente die aangesteld wordt als de beherende gemeente (in de samenwerkingsovereenkomst die afgesloten wordt tussen alle deelnemende rechtspersonen), waar de zetel van het samenwerkingsverband gevestigd wordt en die het samenwerkingsverband vertegenwoordigt, de penhoudende organisatie zijn. Dat wordt bepaald in artikel 394 van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur.

De gouverneur bezorgt per schakelzorgcentrum in zijn provincie de naam van de gemeente of een andere organisatie die aangeduid wordt als penhoudende organisatie.

5 GOVERNANCESTRUCTUUR

5.1 GOUVERNEUR EN PROVINCIALE DIENSTEN

Volgens de geldende regels voor het beheer van een crisissituatie lopen de informatie en de richtlijnen t.a.v. de burgemeesters en lokale besturen via de gouverneurs. Zorg en Gezondheid bezorgt alle informatie over de schakelzorgcentra daarom via de gouverneurs.

De gouverneur zorgt ervoor dat er binnen zijn provincie per combinatie van (ongeveer) twee of drie eerstelijnszones een structuur (zie punt 5.2) opgezet wordt, die start met het oprichten van een schakelzorgcentrum. Hij geeft daartoe de opdracht aan de lokale besturen, die het initiatief moeten nemen om een stuurgroep samen te stellen, en de verdere stappen uit dit draaiboek met die stuurgroep uit te voeren.



Tijdens het ganse traject, zowel bij de opstart als daarna bij de ingebruikname van het schakelzorgcentrum, ondersteunt de gouverneur in elke structuur de verschillende belanghebbenden (lokale besturen, eerstelijnszones, ziekenhuizen, zorgactoren uit de eerstelijnsgezondheidszorg, ...) zodat die evenwaardig betrokken worden. Hij zorgt voor een uitwisseling van informatie tussen de verschillende schakelzorgcentra in zijn provincie, en neemt samen met zijn provinciale diensten de taken op die één schakelzorgcentrum overstijgen (bijvoorbeeld: het uitwisselen en delen van materiaal, de coördinatie van het vervoer als het bestaande aanbod verzadigd is, ...). In het bijzonder worden een aantal sleutelindicatoren voor de schakelzorgcentra (capaciteitsproblematiek, inzet personeel, vervoerscapaciteit, ...) gemonitord en indien nodig bijgestuurd op het provinciale niveau.

Schakelzorgcentra die op problemen stoten, melden die aan de provinciale diensten van de gouverneur. Die diensten proberen een oplossing te zoeken binnen hun mogelijkheden, waar mogelijk in samenwerking met andere schakelzorgcentra. Problemen in verband met de schakelzorgcentra die niet op provinciaal niveau opgelost kunnen worden, meldt de gouverneur aan Zorg en Gezondheid. Alle communicatie gebeurt uitsluitend via de algemene coördinator van het schakelzorgcentrum.

5.2 STRUCTUUR PER COMBINATIE VAN EERSTELIJNSZONES

Een schakelzorgcentrum heeft geen eigen rechtspersoonlijkheid. Het Agentschap Binnenlands Bestuur werkte **een mogelijke organisatievorm** uit voor de bestuurlijke organisatie van een schakelzorgcentrum: het **interbestuurlijke samenwerkingsverband** (zie punt 12 van het draaiboek, *Juridisch kader*). Die organisatievorm kan door de lokale besturen gebruikt worden om onderling afspraken te maken over hun samenwerking in het schakelzorgcentrum. **De lokale besturen mogen in het licht van hun gemeentelijke autonomie ook zelf een andere samenwerkingsvorm kiezen.**

Een interbestuurlijk samenwerkingsverband kan voor de bestuurlijke afdekking van het schakelzorgcentrum zorgen. Officieel wordt een dergelijk samenwerkingsverband bestuurd door een beheerscomité, waarin elk lid van het samenwerkingsverband één deelnemer afvaardigt. Het beheerscomité moet, volgens de van toepassing zijnde regelgeving (het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur), verplicht opgezet worden, maar kan bij het schakelzorgcentrum een minimale invulling krijgen, en zich beperken tot de taken die het volgens de regelgeving minimaal op zich moet nemen.

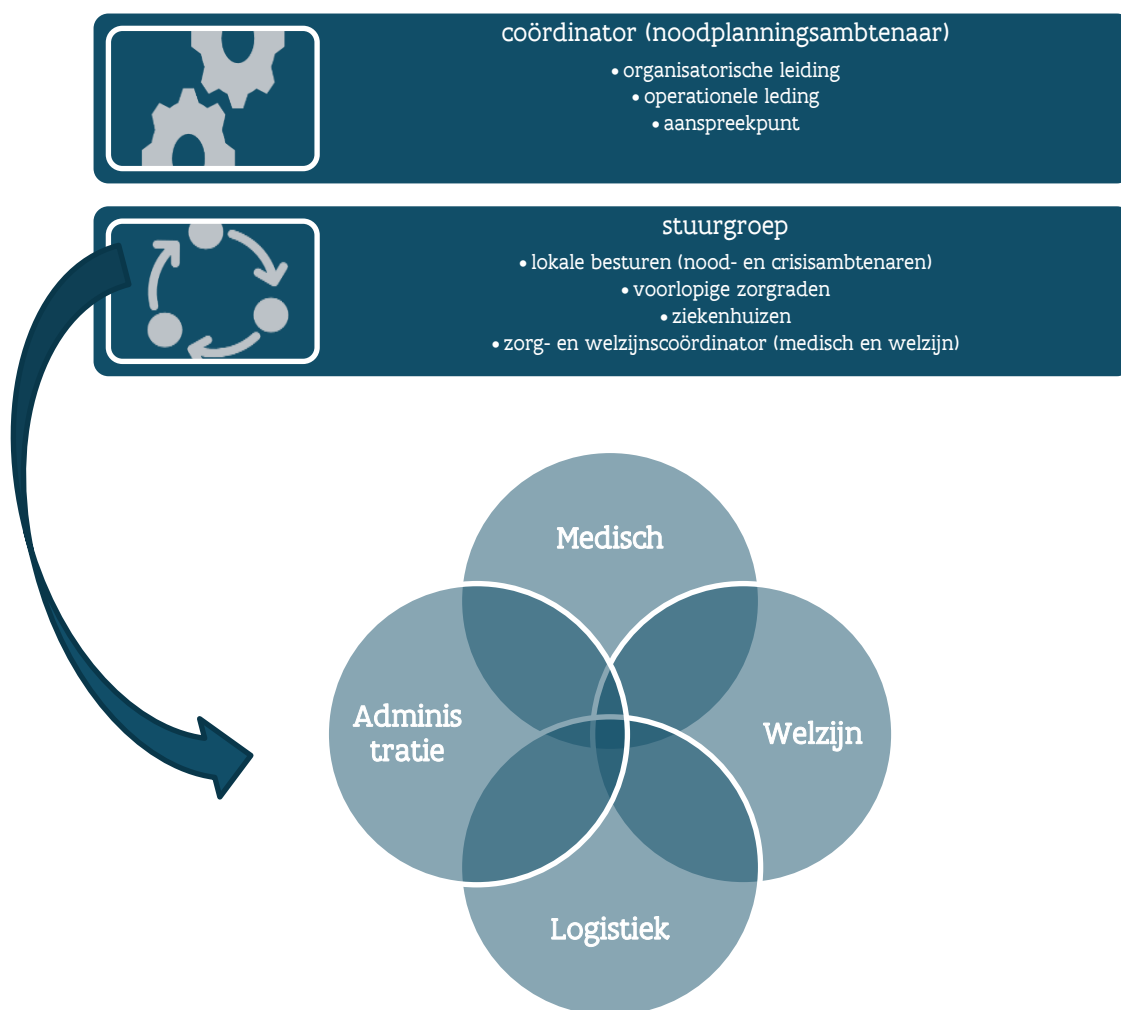
Binnen het interbestuurlijke samenwerkingsverband van het schakelzorgcentrum neemt één gemeente de rol van **'beherende gemeente'** op zich. Dat wordt dan ook de 'penhoudende organisatie' voor het schakelzorgcentrum. Volgens de wetgeving die van toepassing is op interbestuurlijke samenwerkingsverbanden, kan die rol niet door een andere partner dan een gemeente opgenomen worden.

Ongeacht de bestuurlijk afdekking die gekozen wordt voor de oprichting van een schakelzorgcentrum, moet het effectieve dagelijkse bestuur uitgevoerd worden door een stuurgroep, zoals al vermeld in de vorige versies van het draaiboek.

Per combinatie van eerstelijnszones wordt een stuurgroep opgericht waarin elk van de lokale besturen uit de eerstelijnszones en het ziekenhuis of de ziekenhuizen waarop de eerstelijnszones zich richten, vertegenwoordigd zijn. Ook de leden van de voorlopige zorgraad worden daarvoor uitgenodigd. De stuurgroep wordt breed samengesteld, zodat elke actor die personeel ter beschikking stelt of werkzaam is in het schakelzorgcentrum, vertegenwoordigd wordt.

De gouverneur duidt voor elk schakelzorgcentrum in samenspraak met de lokale besturen een **algemene coördinator** aan, liefst vanuit de beschikbare provinciale of gemeentelijke **noodplanningscoördinatoren**. De algemene coördinator maakt deel uit van de stuurgroep. Er wordt ook een zorg- en welzijnscoördinator gekozen. Samen vormen zij een overkoepelend orgaan. **De algemene coördinator heeft de leiding over het schakelzorgcentrum.**

Om de uitvoering te verzekeren, richt de stuurgroep vier clusters op: een medische cluster, een welzijnscluster, een logistieke cluster en een administratieve cluster. Per cluster zetelt één vertegenwoordiger in de stuurgroep, voor de medische cluster is dat de zorg- en welzijnscoördinator. Hij/zij is expert in zijn vakgebied en wordt gedragen door de deelnemers uit zijn/haar werkveld. Als trekker binnen hun cluster (en werkveld) zijn zij de vertegenwoordiger ervan.



De algemene coördinator draagt finaal de verantwoordelijkheid van het schakelzorgcentrum, hij/zij heeft de organisatorische en operationele leiding, trekt het volledige project en leidt het in goede banen. Hij/zij is het eerste aanspreekpunt van het schakelzorgcentrum voor Zorg en Gezondheid. Onder operationele leiding wordt verstaan: mensen aansturen, agenda's opmaken, to-dolijsten opstellen en zorgen voor een dagelijkse informatiedoorstroming naar de stuurgroep en naar de clusterverantwoordelijken.

De zorg- en welzijnscoördinator heeft de organisatorische en operationele leiding over de medische en welzijnsequipe. Hij staat in voor de organisatie van de zorg in het schakelzorgcentrum. Tot zijn taken behoren: bestaffing van de medische en welzijnsequipe, planningen maken, organisatie van cohortzorg in het schakelzorgcentrum, aansturing geven met het oog op de zorgnoden van de patiënten van het schakelzorgcentrum, rapporteren aan de algemene coördinator en de stuurgroep, multidisciplinair overleg,...

Vele aspecten vereisen een kruisbestuiving tussen verschillende clusters (logistieke uitvoering vraagt inspraak van medische uitvoerders, administratieve opvolging en begeleiding noodzaakt inzichten van de betrokken praktijkdeskundigen in de zorg, ...). Door deze constructie wordt een interdisciplinaire samenwerking opgezet, dit is een absolute must

Het is belangrijk dat zoveel mogelijk zorgactoren uit de eerstelijnsgezondheidszorg, die actief zijn in de eerstelijnszones, betrokken worden, vooral in de medische en de welzijnscluster. In eerstelijnszones waar de werking van de voorlopige zorggraad voldoende is opgestart, kan deze voorlopige zorggraad een belangrijke partner zijn in de organisatie. De voorlopige zorggraad van de eerstelijnszone heeft een goed beeld van de verschillende organisaties, diensten, en zelfstandigen die zeker bij het schakelzorgcentrum betrokken moeten worden (bijvoorbeeld: huisartsen, thuisverpleegkundigen, diensten voor gezinszorg, diensten voor oppashulp, diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, ...). De voorlopige zorggraad heeft zicht op de lokale zorgcapaciteit, en kan op basis van die informatie samen met de andere partners de bestaffing van het schakelzorgcentrum uitwerken en de diverse zorgactoren sensibiliseren om mee te werken. Men moet er zich echter van bewust zijn dat het vinden van de juiste profielen voor de bestaffing van het zorgcentrum in deze crisis een grote uitdaging is.

Daarnaast is uiteraard ook het ziekenhuis een cruciale partner. Met het ziekenhuis moeten o.a. afspraken gemaakt worden over het vervoer en de doorstroom van patiënten (en informatie), maar het kan bijvoorbeeld ook materiaal aanleveren voor het schakelzorgcentrum.

De lokale besturen betrekken hun nood- en crisisambtenaren bij de stuurgroep. Het aantal betrokken actoren vanuit de lokale besturen kan onderling worden afgesproken. Het is niet nodig dat elk lokaal bestuur een afvaardiging in de stuurgroep heeft. De gemeentelijke noodplannen kunnen elementen bevatten die ook van nut kunnen zijn voor het opzetten van een schakelzorgcentrum, zeker voor wat betreft de logistieke en de administratieve cluster (bijvoorbeeld: beschikbare infrastructuur, materialen, bevoorrading, ...). De lokale besturen zorgen binnen de stuurgroep ook voor de verbinding met de hogere beleidsniveaus (in eerste instantie de provincie).

6 LOGISTIEKE NODEN

Zodra de stuurgroep samengesteld is, gaat die in eerste instantie op zoek naar geschikte infrastructuur voor het beddenhuis binnen het werkingsgebied van de samenwerkende eerstelijnszones, en brengt de nodige aanpassingen aan.

Het is nuttig om die denkoefening alvast heel ruim te maken: ook voor infrastructuur met een zeer grote capaciteit. Vanuit de federale overheid zal nog een vraag gesteld worden om alle mogelijke infrastructuur te inventariseren: dat vermijdt dubbel werk.

6.1 BENODIGDE CAPACITEIT

Bij de start van het schakelzorgcentrum is een **minimumcapaciteit van 25 à 30 bedden nodig**.

- Het is aangewezen om één derde van de infrastructuur (10 bedden) beschikbaar te stellen voor de eerste doelgroep: de bewezen COVID-19-negatieve patiënten die wachten op plaatsing (WOP) met lage zorgprofielen (Katz O, A, B) die niet langer gehospitaliseerd moeten zijn, en dus zo snel mogelijk uit het ziekenhuismilieu gehaald moeten worden.
- Het is aangewezen om twee derde (20 bedden) te voorzien voor de bewezen COVID-19-positieve patiënten (inclusief de patiënten met een vermoedelijke COVID-19-besmetting), met een lage zorgnood in reconvalescentie, waarvoor een zeer zorgvuldige klinische opvolging noodzakelijk is.

Als het onmogelijk is om de COVID-19-positieve populatie te scheiden van de COVID-19-negatieve populatie op twee verschillende fysieke locaties, mag het schakelzorgcentrum enkel een COVID-19-positieve populatie opvangen.

Bij het zoeken van de geschikte infrastructuur moet er rekening mee gehouden worden dat een latere opschaling naar maximaal 50 bedden mogelijk moet zijn. Enkel de Vlaamse overheid kan na advies van Zorg en Gezondheid toestemming geven om het aantal bedden op te schalen van 30 naar 50. Dat zal gebeuren in functie van de beschikbare ziekenhuiscapaciteit en lokale noden. Ook hier zal een duidelijk signaal gegeven worden.

6.2 LOCATIE

De locatie voor het beddenhuis van het schakelzorgcentrum moet bij voorkeur centraal gesitueerd zijn. Er is nood aan een goede logistieke verbinding (centraal en van en naar het ziekenhuis en andere diensten). De voorlopige zorgraad kan betrokken worden om suggesties te formuleren aan de lokale besturen over de inplantingsplaats van het schakelzorgcentrum.

Indien nodig kan het schakelzorgcentrum op verschillende locaties worden geïnstalleerd. Daarbij moet er rekening gehouden worden met een flinke toename van de personeels- en logistieke capaciteit. Bij voorkeur wordt er gezocht naar locaties met een reeds bestaande zorginfrastructuur.

6.3 INFRASTRUCTUUR

De infrastructuur moet **maximaal afgestemd kunnen worden op de noden van de doelgroepen**. De stuurgroep moet de afweging maken of het beide doelgroepen in één of in aparte gebouwen wil opvangen. Hou er rekening mee dat voor beide doelgroepen 24/7 permanentie noodzakelijk is.

De COVID-19-negatieve populatie moet volgens de regels van de kunst maximaal worden gescheiden van de COVID-19-positieve populatie om kruisbesmetting te voorkomen. Daarvoor worden onderstaande regels toegepast:

1. Idealiter worden zowel COVID-19-positieve als COVID-19-negatieve patiënten opgevangen. Om kruisbesmetting te vermijden, moet die opvang geregeld worden op twee aparte, volledig van elkaar gescheiden fysieke locaties. Opvang van beide populaties onder één dak kan dus niet.
2. Als die strikte splitsing niet mogelijk is, worden enkel COVID-19-positieve patiënten opgevangen.

Maak een inventaris van mogelijke gebouwen die onmiddellijk beschikbaar zijn in de eerstelijnszone voor het schakelzorgcentrum. Kies, indien lokaal beschikbaar, voor onmiddellijk beschikbare gebouwen met een bestaande exploitatiestructuur bijvoorbeeld:

- leegstaande hotels– mits deze infrastructuur kan worden aangepast aan een hoger zorgprofiel (voordeel: uitgeruste keuken en sanitair beschikbaar, er kan eventueel beroep gedaan worden op het hotelpersoneel);
- toeristische verblijfscentra;
- leegstaande woonzorgcentra;
- leegstaande ziekenhuizen;
- revalidatiecentra;
- centra voor kortverblijf;
- hersteloorde;
- kloosters;
- internaten;
- ...

Op basis van het volledige overzicht bekijkt de stuurgroep welk type gebouw voor welke doelgroep, of voor beide doelgroepen, ingezet kan worden.

Het gebouw moet **minimaal** aan de volgende criteria beantwoorden:

- aparte kamers (tweepersoonskamers kunnen ook);
- douchemogelijkheid;
- sanitaire voorzieningen;
- afzondering met het oog op privacy van de patiënten (onder andere aparte consultatieruimte voor de maatschappelijk werker);
- brandveiligheid (zie bijlage 17.6); meer informatie omtrent brandveiligheid bij: Ann Beusen, ingenieur-adviseur VIPA, 02 553 75 10 of ann.beusen@vlaanderen.be;
- voldoende verwarming;
- oproepsysteem voor elke patiënt, bijvoorbeeld een intern oproepsysteem;
- keuken;
- infrastructuur voor maaltijdbedeling;
- gescheiden afvalverwerking: medisch (besmettelijk) vs. niet-medisch;
- voldoende ruime gangen en een lift die groot genoeg is als er meerdere verdiepingen zijn.
- preventie van legionella: in een gebouw dat al een hele tijd niet of maar gedeeltelijk gebruikt werd, is de kans groot dat ook het water langere tijd heeft stilgestaan. Bij stilstand loopt de kwaliteit van het water in de leidingen terug, zowel op vlak van chemie (bv. metalen) als op vlak van microbiologie (bv. legionella). Vooraleer een sanitaire installatie terug in gebruik wordt genomen, moet men:
 - de koudwaterleidingen grondig doorspoelen tot een stabiele koudwatertemperatuur bereikt wordt;
 - de sanitaire warmwaterproductie en -circulatie correct opstarten;
 - de uittapleidingen grondig spoelen gedurende minimaal 3 minuten;

Meer gedetailleerde informatie over die opstartprocedure kunt u terugvinden op www.zorgen-gezondheid.be/legionella.

De volgende criteria zijn **wenselijk** voor het gebouw:

- ziekenhuisbedden (*) – een hotelbed is niet altijd geschikt voor medische zorgen;
- Zuurstof voor in geval van nood. Daarvoor wordt de gebruikelijke bevoorradingsweg gevolgd namelijk via de apotheek open voor het publiek of de ziekenhuisapotheek.
- spoelruimte:

- voor opslagruimte voor afvalmateriaal (kan uiteraard ook in apart lokaal);
- met voldoende grote spoelbak;
- voor opslag vuil linnen;
- lokaal voor teamoverleg;
- rolstoeltoegankelijkheid;
- parkeermogelijkheid;
- leveringen materiaal;
- relatief korte reistijd naar een ziekenhuis en triageplaats;
- onthaal;
- afsluitbare toegang;
- internetaansluiting en telefonie.

() Dit criterium voor infrastructuur kan besproken worden met de thuiszorgwinkels. De voorraad ziekenhuisbedden die kunnen ingezet worden in de schakelzorgcentra, is echter beperkt. Hier moet op lokaal niveau de afweging gemaakt worden waar deze essentieel ingezet moeten worden.*

De schakelzorgcentra zijn **niet toegankelijk voor bezoek**.

6.4 MATERIAAL

Het is een verantwoordelijkheid van de gouverneurs om samen met de provinciale noodplanningscoördinatoren erover te waken dat het materiaal billijk verdeeld wordt over de verschillende actieve schakelzorgcentra.

Algemene logistieke noden (COVID-19-negatieve en -positieve patiënten):

- medisch materiaal:
 - ontsmettingsmiddelen;
 - alcohol 70%
 - reiniging- en desinfectie doekjes
 - koelkasten voor medicatie;
 - klein medisch materiaal/EHBO: schaar, pincet, tand, naalden, kompressen – verbanden, ambu / AED, saturatiemeter, ...;
 - incontinentiemateriaal;
 - bedpannen¹, toiletstoelen;
 - zuurstofvoorziening voor noodsituaties, contacteer daarvoor het FAGG, om te bekijken welk beleveringssysteem het best is aangewezen in het schakelzorgcentrum, via Dr. Apr. Barbara Stubbe barbara.stubbe@fagg-afmps.be – 02 528 40 00;
- medicatielevering:
 - medicatienoden van de patiënt in kaart brengen via overleg tussen het ziekenhuis en de coördinerende apotheker van het schakelzorgcentrum (en de huisapotheker waar opportuun);
 - medicatielevering: coördinerende apotheker schakelzorgcentrum of huisapotheker;
 - ontslagmedicatie;
- bedden (indien onvoldoende aanwezig) liefst met afwasbare matrassen (of ondoorlaatbare matrasbeschermers):
 - woonzorgcentra;

¹ Bedpan en urinaal worden maximaal patiëntgebonden gehouden. Na gebruik moeten die onmiddellijk gereinigd worden, indien mogelijk met een aangepaste spoeler. Als er geen bedpanspoeler aanwezig is, moet de bedpan of het urinaal gereinigd en ontsmet worden met een chlooroplossing van 1.000 ppm.

- ziekenhuizen;
- Thuiszorgwinkel (alle ziekenfondsen werken samen, hanteren uniforme prijzen en willen helpen waar mogelijk: contact via 015 29 31 13 of schakelzorgcentrum@goed.be; capaciteit is echter beperkt, juiste materiaal op de juiste plaats);
- orthopedische winkels;
- oproepsysteem (bijvoorbeeld een intern oproepsysteem);
- patiëntenvervoer: afspraken maken met ziekenhuis, en indien ontoereikend, escaleren naar de gouverneur):
 - niet-dringend liggend ziekenvervoer;
 - ziekenwagens van het ziekenhuis;
 - minder-mobielencentrale;
 - Vlaams Kruis;
 - Rode Kruis;
 - Mutas;
 - eigen vervoer indien verantwoord;
- ondersteuningsmateriaal zoals rolstoel, krukken,... (*) o.a. via de Thuiszorgwinkels;
- bedlinnen (wasdienst om linnen te wassen, evt. wassalon lokaal dienstencentrum);
- handdoeken;
- eetgerief;
- maaltijden;
- poetsmateriaal
- telefonie/ telefoonlijn met mogelijkheid voor dispatch;
- agendasysteem voor permanentie personeel;
- pc's / internet (wachtpostsoftware gebruiken, briefing kan eventueel op papier);
- ontspanningsmogelijkheden voor de patiënten (boeken, radio, televisie, wifi, ...);
- signalisatie;
- protocollen en handleidingen, o.a. voor vrijwilligers (medisch, niet medisch);
- afvalverwerking:
 - afvalzakken;
 - medisch afval (gele container);
 - naaldcontainers;
- linnenzakken.

() Deze noodzakelijke materialen zien we als 'persoonsgebonden' materialen. De maatschappelijk werker van het schakelzorgcentrum regelt deze via het ziekenfonds van de patiënt, zodat deze ook mee kunnen genomen worden bij ontslag uit het schakelzorgcentrum naar huis. De Thuiszorgwinkels leveren het materiaal in principe binnen 48u, of sneller indien nodig.*

Logistieke noden voor COVID-19-positieve patiënten:

- beschermingsmateriaal medisch en niet-medisch personeel.
 - chirurgische maskers;
 - FFP2-maskers;
 - veiligheidsbrillen;
 - veiligheidsschermen;
 - handschoenen;
 - schorten met lange mouwen.

Door de schaarste moet er zo rationeel mogelijk omgesprongen worden met het beschermingsmateriaal, volgens de richtlijnen van Sciensano. Het schakelzorgcentrum is er om de bestaande zorgstructuren te helpen in een crisissituatie. Daarom wordt best solidair omgesprongen met het beschikbare materiaal. Alle actoren moeten elkaar daarbij helpen.

7 PERSONEEL

7.1 SAMENSTELLING EQUIPE

		Disciplines
Algemene coördinator	Zorg- en welzijnsequipe onder leiding van zorg- en welzijnscoördinator	<ul style="list-style-type: none">○ artsen (huisartsen en andere artsen, bv. gerieters)○ verpleegkundigen○ apotheker○ iemand met expertise in infectieziektebestrijding / isolatiemaatregelen (idealiter ziekenhuishygiënist)○ maatschappelijk werker○ verzorgenden / zorgkundigen○ psycholoog○ vrijwillig medisch personeel○ kinesitherapeuten en ergotherapeuten (als er patiënten met revalidatienoden worden opgenomen)
	Niet-medische equipe	<ul style="list-style-type: none">○ schoonmaakpersoneel (eventueel via een extern bedrijf)○ maaltijdleverancier○ vrijwilligers○ ziekenvervoer○ afvalverwerker

Voor de samenstelling van de equipe kan het schakelzorgcentrum ook beroep doen op de artsen, paramedici, verpleegkundigen en anderen die zich aangeboden hebben op het platform Help de Helpers (www.helpdehelpers.be). Het is aangewezen om gepensioneerde helpers niet in te zetten in de COVID-19-afdeling van het schakelzorgcentrum, omdat zij extra gevoelig zijn voor complicaties bij een eventuele besmetting.

Men moet er zich van bewust zijn dat het vinden van de juiste profielen voor de bestaffing van het schakelzorgcentrum in deze crisis een grote uitdaging is. Bovendien is het belangrijk dat alle medewerkers goed op de hoogte zijn van de (isolatie)maatregelen die noodzakelijk zijn bij de zorg aan besmette patiënten. Opleiding is hiervoor essentieel.

Goede taakafspraken en vertrouwen in elkaar is belangrijk: er moet tijdig kunnen aangegeven worden wanneer bepaalde taken niet kunnen opgenomen worden.

7.2 RICHTLIJNEN VOOR DE BESTAFFING

Om een veilige zorg te garanderen, wordt onderstaande bestaffing aangeraden.

Om efficiënt en rationeel met personeel en (beschermings)middelen te kunnen omspringen, is het noodzakelijk om te werken volgens de principes van dienst- en discipline-overschrijdende cohortzorg.

Dagbezetting (7u tot 21u30)

Een absolute minimumbezetting² van 1 verpleegkundige en 2 zorgkundigen/verzorgenden per 30 patiënten per shift

Een shiftensysteem (vroeg-late) wordt voorzien. (7u-15u30 en 15u-21u30)

Een tot twee artsen doen de permanentie en gaan minstens tweemaal per dag langs bij de patiënten. De arts hoeft niet permanent aanwezig te zijn, maar moet wel oproepbaar zijn.

Extra bestaffing tijdens de drukste momenten van de shift kan besproken worden met de thuiszorgdiensten. Denk ook aan de gespecialiseerde verpleegkundigen van de thuiszorgdiensten. Zij kunnen helpen bij bv. complexe wondzorg.

Nachtbezetting (21u tot 7u30)

Een minimumbezetting van 1 verpleegkundige en 1 zorgkundige/verzorgende per 30 patiënten. We raden een 'inslapende' nacht af.

De huisarts is van wacht en oproepbaar.

Deze minimumbezetting gaat uit van patiënten met een eerder lichter profiel. De zorg- en welzijnscoördinator vult de bestaffing in op basis van de reële noden. Hou voor de opmaak van de planning rekening met het aantal opgenomen patiënten en hun zorgzwaarte.

Hou er rekening mee dat naarmate er meer COVID-19-positieve patiënten opgenomen zullen worden in de ziekenhuizen, ook het profiel van de patiënten in de schakelzorgcentra zal stijgen/verzwaren. In dat geval kan het aangewezen zijn om de bestaffing aan te passen naar de veilige bestaffing volgens de KCE-studie³, namelijk 1 verpleegkundige per 8 patiënten.

Om de planning van het verpleegkundig en verzorgend personeel haalbaar te maken, kan de helft van het verpleegkundig en verzorgend personeel vast toegewezen worden aan het schakelzorgcentrum (bijvoorbeeld vanuit de COVID-19-reserve). De andere helft kan aangevuld worden onder de vorm van een 'vliegende equipe' vanuit de thuiszorgdiensten.

Profiel zorg- en welzijnscoördinator

De uitdagingen voor de zorg- en welzijnscoördinator zijn niet min. Onderstaand geven we een aanzet van wat wij een geschikt profiel achten:

- masterniveau met 10 jaar relevante ervaring in de zorg;
- kennis over thuiszorg en tweedelijnszorgorganisatie;
- verbindend persoon;
- communicatief;
- efficiënt planner;
- anticipatief;
- wordt gemotiveerd om te werken in groepsverband.

² Het KCE adviseert voor veilige zorg 8 patiënten per verpleegkundige. De voorgestelde minimumbezetting is gelijklopend met een C/D-dienst van een ziekenhuis.

³ KCE Reports 325A (2019) Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen.

7.3 TAAKVERDELING VAN DE EQUIPE

7.3.1 Algemene coördinator

1. De algemene coördinator heeft de algemene leiding over het schakelzorgcentrum, in nauw overleg met de stuurgroep en de zorg- en welzijnscoördinator.
2. De algemene coördinator kan een of meerdere schakelzorgcentra begeleiden.
3. In de voorbereidende fase zal de algemene coördinator de opstart van het schakelzorgcentrum initiëren en het draaiboek uitvoeren.
4. Eens het schakelzorgcentrum operationeel is, zal de algemene coördinator de clusters administratie en logistiek begeleiden. De rol van de algemene coördinator verschuift dus een eerste keer:
 - a. administratieve ondersteuning;
 - b. logistieke ondersteuning;
5. De rol van de algemene coördinator wijzigt een laatste keer bij het afsluiten van het schakelzorgcentrum:
 - a. is verantwoordelijk voor de afbraak;
 - b. zorgt voor de debriefing;
 - c. zorgt voor de financiële opvolging in de eindfase.
6. De algemene coördinator neemt deel aan de stuurgroep. Hij/zij is het unieke aanspreekpunt tussen gouverneur en Zorg en Gezondheid. De algemene coördinator werkt intensief samen met de zorg- en welzijnscoördinator. Ze hebben dagelijks overleg.



7.3.2 Zorg- en welzijnscoördinator

De zorg- en welzijnscoördinator heeft de leiding over de medische- en welzijnsequipe. Hij vertegenwoordigt het medische en welzijnsluik in de stuurgroep. Hij staat in voor de organisatorische en operationele organisatie van de zorg en ondersteuning.

- Het samenstellen van de personeelsequipe.

- Alle nodige afspraken maken met de lokale zorgactoren om een continuïteit in de bestaffing te garanderen.
- Organiseren van specifieke vorming met betrekking tot beschermingsmaatregelen, cohortzorg in het schakelzorgcentrum, ...
- Opmaken van de werkplanning.
- Organiseren van het multidisciplinair overleg.
- Stockbeheer van het medisch en beschermingsmateriaal.
- Rapporteren aan de stuurgroep en de algemene coördinator, en de vertegenwoordiging opnemen in de stuurgroep van het schakelzorgcentrum.
- Eenmaal opgestart, de inhoudelijke zorgcoördinatie (operationele werking):
 - o planning:
 - van medische permanentie + wachten tijdens het weekend/feestdagen en back-upbestaffing;
 - van verpleegkundige en zorgkundige/verzorgende permanentie en back-upbestaffing;
 - inplannen van de 'vaste' equipe en de 'oproepequipe' vanuit de diensten voor thuisverpleging en de diensten voor gezinszorg;
 - o aansturing van de medische- en welzijnsequipes.

7.3.3 Artsen

Een team van artsen (huisartsen en andere specialisten) doet de permanentie en gaat minstens tweemaal per dag langs bij de patiënten. De artsen hoeven niet permanent aanwezig te zijn, maar moeten wel oproepbaar zijn. Buiten de reguliere werkuren, tijdens het weekend en/of op feestdagen is de arts van wacht en oproepbaar indien nodig.

Taken:

- zorgen voor medische expertise;
- plannen van medische zorg;
- voorschrijven van de verpleegkundige handelingen en medicatie;
- organiseren van de cohortzorg (incl. toewijzing/indeling van de patiënten) in het centrum;
- organiseren van de medische permanentie in samenwerking met collega-artsen;
- ...

7.3.4 Verpleegkundigen

- Bijvoorbeeld thuisverpleegkundigen, specialist-verpleegkundigen, ...
- Zorgen voor verpleegkundige expertise.
- Plannen en uitvoeren van verpleegkundige zorg.
- Samenwerken met de arts/zorgkundigen/verzorgenden voor de zorg aan de patiënten.
- ...

7.3.5 Diensten voor gezinszorg en diensten voor oppashulp

- Zorgen voor ADL-ondersteuning, toezicht, gezelschap.
- Samenwerken met de verpleegkundigen voor de zorg aan de patiënten.
- In afstemming met de maatschappelijk werker de coördinatie van de zorg opnemen op het niveau van de patiënt.

7.3.6 Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds (en het maatschappelijk werk van andere actoren)

- Algemeen
 - o Goede schakelzorg heeft bijzondere aandacht voor de psychosociale dimensie:

- snelle transfer naar de thuissituatie, ondersteund door een equipe maatschappelijk werk;
- psychosociale ondersteuning van zowel de zorgaanbieders (personeel en vrijwilligers) als de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.
- De werkzaamheden van de maatschappelijk werker in het schakelzorgcentrum kunnen verricht worden in een afzonderlijke en afgesloten ruimte.
- Richtlijnen voor de bestaffing:
 - De prioriteit van de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds in het schakelzorgcentrum is een efficiënte en doelmatige organisatie van de in- en uitstroom. Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds nemen hier ook hun rol op als kernactor in het samenwerkingsverband GBO, en leggen waar nodig contacten met de andere (kern)actoren.
 - De taken van de maatschappelijk werker kunnen in een normaal (dag)werkregime uitgevoerd worden (+/- 8u30 - 17u), met de nodige flexibiliteit naargelang de noodwendigheden op vlak van de multidisciplinaire samenwerking in het schakelzorgcentrum.
 - De diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds voorzien daartoe intermutualistisch in een 7/7-permanentie, met in functie van het aantal patiënten 1 of 2 VTE ter plaatse.
 - Contactpersoon: Dimitri Heyndrickx, Vlaams intermutualistisch coördinator voor de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, e-mail: dimitri.heyndrickx@cm.be - gsm: 0479 97 64 30.
- Taakomschrijving maatschappelijk werk:
 - Afstemmen met het triagepunt en de ziekenhuizen voor eventuele opnames, inclusief de overdracht van informatie bij opname.
 - De nodige persoonlijke hulpmiddelen organiseren voor de patiënt bij zijn of haar ziekenfonds (zuurstof, personenalarmsysteem, rolstoel, krukken, ...).
 - Afstemmen met thuiszorgdiensten om de terugkeer naar de thuisomgeving mogelijk te maken.
 - Waar nodig de thuiszorg (gezinszorg, verpleging, vrijwilligersondersteuning, medicatie, hulpmiddelen, ...) regelen.
 - Sociale / maatschappelijke problematieken van de patiënten behandelen.
 - Netwerken in de buurt mee in kaart brengen (buurtzorg - lokale besturen hebben vaak al heel wat initiatieven lopen).

Na verblijf in een ziekenhuis, schakelzorgcentrum of bij uitzieken in de eigen leefomgeving kan thuiszorg een noodzakelijk ondersteuning zijn

Als de thuiszorg opgestart moet worden bij een COVID-19-positieve patiënt, kan men bellen naar de [provinciale 0800-lijnen van de cohortzorg](#). Die nummers zijn 24 uur op 24, 7 dagen op 7 bereikbaar, ook voor de schakelzorgcentra. De aanmeldingen worden geregistreerd en vervolgens doorgegeven aan de coördinatoren van de lokale cohortteams. Zij zorgen op hun beurt voor een uitgebreide intake en planning van de zorg.

Voor niet (potentieel) besmette patiënten kan in vele gevallen direct contact opgenomen worden met de thuiszorgdienst naar keuze van de betrokken patiënt. Hetzij om de zorg en ondersteuning nieuw op te starten hetzij om deze aangepast terug op te nemen. Waar verdere vraagverheldering noodzakelijk is bieden de Vlaamse ziekenfondsen in het kader van de coronacrisis de onderstaande kanalen aan:

- voor leden van de Christelijke Mutualiteit belt u naar de Zorglijn:

- Antwerpen: 03 221 95 95;
- Limburg: 011 280 281;
- Oost-Vlaanderen: 078 152 152;
- Vlaams-Brabant en Brussel: 078 15 34 00;
- West-Vlaanderen: 059 55 26 25;
- voor leden van de andere ziekenfondsen belt u naar i-mens: 078 15 25 35;
- voor leden van het Liberaal Ziekenfonds Oost-Vlaanderen: 078 05 05 51;
- voor patiënten aangesloten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en Railcare (HR Rail) mag zowel de Zorglijn van de CM als i-mens gecontacteerd worden.

Op de hierboven vermelde telefoonnummers kunnen onder andere de volgende organisaties en personen 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 terecht met alle vragen hieromtrent: ziekenhuizen bij ontslag naar huis, triagecentra, individuele zorgverstrekkers, ...

Als de patiënt in staat is om zelf zijn vraag te stellen, kan hij ook altijd contact opnemen met de thuiszorgdienst van zijn keuze of met zijn eigen ziekenfonds. Als er al thuiszorg aanwezig was, wordt bij voorkeur dat aanbod terug opgestart, met de diensten die toen betrokken waren, en bijgestuurd waar nodig.

Ook de OCMW's kunnen gecontacteerd worden voor de organisatie van thuiszorg, vaak hebben zij ook een zorgloket.

7.3.7 Coördinerend apotheker schakelzorgcentrum / huisapotheker

- Zorgen voor thuislevering van de nodige geneesmiddelen: niet alleen medicatie bij ontslag uit het ziekenhuis of schakelzorgcentrum, maar eveneens chronische medicatie.
- Zorgen voor de bevoorrading van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in het schakelzorgcentrum, zowel tijdens de week als in het weekend.
- Informatie bezorgen over chronische medicatie van patiënten die opgenomen worden in een schakelzorgcentrum (toegang tot het Gedeeld Farmaceutisch Dossier).
- Indien nodig, bereid zijn om het medicatieschema van de patiënten samen met de arts te bespreken. Dat kan via het goedgekeurd programma medisch farmaceutisch overleg: transmurale medicatiebegeleiding voor patiënten die getroffen werden door COVID-19 en verblijven in een schakelzorgcentrum (<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/Paginas/goedgekeurde-kwaliteitsbevorderende-programma.aspx>).
- Als het schakelzorgcentrum in samenwerking met de coördinerende en raadgevende apotheker een noodtrousse ter beschikking wil stellen, moeten lokaal daarover de nodige administratieve en financiële afspraken gemaakt worden (zie daarvoor bijlage 17.7 *Aanbevelingen voor de aanwezigheid en het gebruik van een noodtrousse*).
- De coördinerende en raadgevende apotheker spreekt met het schakelzorgcentrum het administratieve proces af met betrekking tot de belevering en de financiële afhandeling van de medicatie. Het Vlaams Apothekersnetwerk stelt daarvoor hulp ter beschikking.

Bij opname van een patiënt in een schakelzorgcentrum is het van belang dat de chronische medicatie niet wordt onderbroken, tenzij de behandelende arts dat anders beslist. **Het algemene principe blijft gelden: de patiënt wordt door zijn (huis)apotheker opgevolgd en die staat in voor de geneesmiddelenaflevering**, volgens dezelfde principes als bij de thuisleveringen. De huisapotheker kan hier, onder meer door zijn toegang tot het Gedeeld Farmaceutisch Dossier, als verantwoordelijke voor het medicatieschema belangrijke informatie verschaffen aan het team in het schakelzorgcentrum.

Als aflevering door de huisapotheker niet mogelijk is, kan worden gekozen om te werken met een lokale apotheker of een consortium van apotheken in de buurt van het schakelzorgcentrum. Die apotheker of het consortium levert dan de geneesmiddelen voor alle patiënten van het schakelzorgcentrum. Per schakelzorgcentrum moet er één contactpunt worden aangeduid.

De uiteindelijke manier van werken wordt lokaal beslist, in functie van de situatie en grootte van het schakelzorgcentrum, en op transparante wijze: als er gewerkt wordt met een apotheker in de buurt van het schakelzorgcentrum, moet er overleg voorzien worden tussen de verschillende geïnteresseerde apotheken. De verenigingen aangesloten bij het Vlaams Apothekers Netwerk kunnen dat proces coördineren en begeleiden. Ook de bevoorrading van het schakelzorgcentrum zelf kan verlopen via een lokale apotheek.

In overleg met het Vlaams Apothekers Netwerk, de wachtsecretariaten en de dienst Geowacht is het mogelijk om te kijken hoe een wachtdienstregeling van de apotheken eventueel aangepast en/of geoptimaliseerd kan worden in functie van de noden van het schakelzorgcentrum.

7.3.8 Psycholoog

- De psycholoog begeleidt de patiënten.
- De psycholoog ondersteunt het team zorgaanbieders zowel in groep als individueel.

Voor capaciteit omtrent psychosociale begeleiding kan contact opgenomen worden met het lokale centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Ook de klinisch psychologen die deelnemen aan het project 'terugbetaling eerstelijnspsychologische zorgen' kunnen ingezet worden in het schakelzorgcentrum. Daarvoor kan contact opgenomen worden met de netwerkcoördinator GGZ waaronder de betreffende eerstelijnszone valt, of met Sarah Morsink die het project coördineert (sarah.morsink@health.fgov.be).

Voor aansluitende vervolghulp kan het VIVEL (sophie@vivel.be) gecontacteerd worden, daar beschikt men over een lijst beschikbare psychologen van het VVKP.

7.3.9 Kinesitherapeuten

- Opzetten van een algemeen bewegings- en revalidatieprogramma in het schakelzorgcentrum.
- Respiratoire kine met de nodige beschermingsmaatregelen aanbieden indien het om een bevestigde COVID-19-patiënt gaat. Via www.sciensano.be worden concrete richtlijnen voor de kinesitherapeutische behandeling gepubliceerd.
- Patiënten individueel begeleiden.
- Vanuit de koepelorganisatie wordt het aanbod voor het schakelzorgcentrum gecoördineerd via het infopunt van de beroepsorganisatie:
 - info.nl@axxon.be;
 - www.axxon.be;
 - 02 709 70 80;
 - algemeen directeur: Marina Gasten, marina.gasten@axxon.be;
 - voorzitter AXxon, KiK: Dirk Verleyen, dirk.verleyen@axxon.be.

Kinesitherapeuten moeten goed de richtlijnen voor de behandeling van COVID-19 patiënten. Zowel de beroepsvereniging als de kinesiasten verbonden aan het ziekenhuis kunnen hierin adviseren.

7.3.10 Ergotherapeuten van de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds i.s.m. de zelfstandige ergotherapeuten

- De ergotherapeut kan vanuit de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds worden ingeschakeld in het schakelzorgcentrum, of er kan beroep worden gedaan op een zelfstandige ergotherapeut:
 - diensten ergotherapie van de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds:
 - Dimitri Heyndrickx, e-mail: dimitri.heyndrickx@cm.be - gsm: 0479 97 64 30;
 - diensten ergotherapie van het lokale OCMW:
 - aanspreekpunt: lokaal bestuur;
 - zelfstandige ergotherapeuten:
 - Pierre Seeuws, e-mail: voorzitter@ergotherapie.be - gsm: 0472 10 00 02;
 - Lieke Stouthard, e-mail: edith@ergotherapie.be - gsm: 0478 21 62 96.
- De ergotherapeut evalueert samen met de maatschappelijk werker de thuissituatie en de woon- en werksituatie om de patiënt zo optimaal mogelijk naar de thuissituatie te begeleiden:
 - opvangen van de daling van de zelfredzaamheid (wassen, kleden, huishouden, transfers en verplaatsingen, gebruik van mobiliteitshulpmiddelen, sociale contacten, ...). Dat verhoogt de afhankelijkheid van de zorg;
 - nagaan van (vermoeden van) verminderde veiligheid in huis (o.a. via valpreventie en woningaanpassing);
 - het opbouwen van een sociaal netwerk en een betekenisvolle daginvulling / dagindeling vanuit een doelgericht en cliëntgecentreerd standpunt;
 - de partners en mantelzorgers informeren en begeleiden in het gebruik van methodieken en hulpmiddelen.

8 OPLEIDING

Het opnemen van de zorgtaken voor COVID-19-positieve patiënten in het schakelzorgcentrum is niet evident voor de reguliere eerstelijnszorgaanbieders. Het eigen maken van verschillende nieuwe vaardigheden en nieuw rollen moet worden ondersteund. Gelukkig hebben vele ziekenhuizen, maar ook andere actoren in Vlaanderen al expertise opgebouwd om personeel te begeleiden, op te leiden en te heroriënteren naar nieuwe rollen om nieuwe zorgtaken uit te voeren. In het schakelzorgcentrum moet continue aandacht worden gegeven aan opleiding en vorming.

Via de volgende link kunt u de opleiding vinden die Artsen Zonder Grenzen gaf in een van de schakelzorgcentra:

<https://www.dropbox.com/sh/qkox9qp5b3ajq7x/AAC8P0kK6cWiHezWV4bazHl6a?dl=0>.

Er zijn drie filmpjes beschikbaar:

- theorie over het virus (ongeveer 15 minuten);
- het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de praktijk (ongeveer 15 minuten);
- volledige opleiding (1,5 uur).

9 LIAISON MET HET ZIEKENHUIS

Het schakelzorgcentrum positioneert zich als brug tussen de eerste lijn, het ziekenhuis en de thuissituatie. Vanuit het ziekenhuis kan expertise worden aangeleverd om binnen het schakelzorgcentrum te gebruiken zoals bijvoorbeeld: logistieke ondersteuning voor de verdeling van bedden en expertise van bepaalde specialismen (pneumologie, geriatrie, enz.). Het is aan te bevelen dat het schakelzorgcentrum i.s.m. het management van het ziekenhuis goed nagaat wat de verschillende mogelijkheden zijn.

Vooraf in het geval van de persoonlijke beschermingsmiddelen raden we sterk aan om afspraken te maken met de ziekenhuizen in de omgeving. Zeker wanneer er COVID-19-besmette patiënten worden overgenomen van het ziekenhuis, is solidariteit tussen de twee organisatie zeker aangewezen.

10 RAPPORTERING

Het schakelzorgcentrum rapporteert tweemaal per dag over het aantal beschikbare bedden: het aantal beschikbare bedden voor COVID-19-positieve patiënten en het aantal beschikbare bedden voor COVID-19-negatieve patiënten. De Vlaamse overheid stelt daarvoor een instrument ter beschikking.

11 ERKENNING EN SUBSIDIËRING

Voor elk schakelzorgcentrum wordt een penhoudende organisatie aangeduid. **Aan die penhoudende organisatie zal de Vlaamse overheid een erkenning verlenen voor een schakelzorgcentrum, en die organisatie zal daarna de subsidies voor het schakelzorgcentrum in kwestie ontvangen.** Er moet rekening mee gehouden worden dat de uitgaven voor het schakelzorgcentrum eerst geprefinancierd moeten worden door de penhoudende organisatie en/of andere partners van het schakelzorgcentrum.

Er kan gekozen worden voor het juridische kader van een interbestuurlijk samenwerkingsverband (zie punt 12 van het draaiboek, *Juridisch kader*) om het schakelzorgcentrum op te richten. In dat geval moet de gemeente die aangesteld wordt als de beherende gemeente (in de samenwerkingsovereenkomst die afgesloten wordt tussen alle deelnemende rechtspersonen), waar de zetel van het samenwerkingsverband gevestigd wordt en die het samenwerkingsverband vertegenwoordigt, de penhoudende organisatie zijn. Dat wordt bepaald in artikel 394 van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur.

Slechts één correct aangemeld schakelzorgcentrum per 2 à 3 eerstelijnszones komt in aanmerking voor financiering. Als er meerdere initiatieven zijn, bepaalt de gouverneur welk schakelzorgcentrum aangemeld wordt. De gouverneur bezorgt per schakelzorgcentrum in zijn provincie de naam van de gemeente of een andere organisatie die aangeduid wordt als penhoudende organisatie.

11.1 ERKENNINGSPROCEDURE

De administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid kan twee erkenningen verlenen aan een penhoudende organisatie:

- een erkenning voor een schakelzorgcentrum in opstart;
- een bijkomende erkenning voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis.

11.1.1 Erkenning voor een schakelzorgcentrum in opstart

Als een schakelzorgcentrum door de provinciale noodplanningscoördinator **via het webformulier aangemeld** werd bij Zorg en Gezondheid, en de **locatie werd goedgekeurd door de bevoegde gouverneur**, dan verleent de administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid aan de aangeduide penhoudende organisatie een erkenning voor een schakelzorgcentrum in opstart.

Het **erkenningsbesluit** bevat de naam en de identificatiegegevens (ondernemingsnummer) van de penhoudende organisatie, de naam en het adres van het schakelzorgcentrum, en het werkgebied (gemeenten) waarvoor de erkenning verleend wordt. **De erkenning wordt verleend met ingang van 30 maart 2020, voor een termijn van drie maanden, tot en met 30 juni 2020.**

Een erkend schakelzorgcentrum in opstart moet de volgende **opdrachten** uitvoeren gedurende zijn erkenningsperiode van drie maanden:

- een geschikte beheersstructuur en een dagelijks bestuur opzetten;
- een relevant netwerk van partners voor het gebied waar het schakelzorgcentrum actief is in kaart brengen en ermee overleggen;
- de zorgverlening in het schakelzorgcentrum voorbereiden (personeelsomkadering);
- de infrastructuur voor het beddenhuis in orde brengen;
- administratieve en logistieke afspraken maken zodat het schakelcentrum uitgebaat kan worden als beddenhuis;
- de vragen om hulp van zorgvoorzieningen in hun eerstelijnszones afstemmen op het aanbod aan helpende handen.

11.1.2 Bijkomende erkenning voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis

Zorg en Gezondheid beoordeelt dagelijks de ziekenhuiscapaciteit en de capaciteit in de eerstelijnsstructuren. Als het op basis van de elementen, vermeld in punt 3.2, **aangewezen is om een schakelzorgcentrum in een bepaalde regio te activeren als beddenhuis**, zal de administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid een bijkomende erkenning verlenen aan de penhoudende organisatie in kwestie, voor de uitbating van het schakelzorgcentrum als beddenhuis. **Na 18 mei 2020 kan de administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid echter geen bijkomende erkenning meer verlenen voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis** (zie ook punt 14, *Sluiting van het schakelzorgcentrum*).

Ook het besluit over de bijkomende erkenning bevat de naam en de identificatiegegevens (ondernemingsnummer) van de penhoudende organisatie, de naam en het adres van het schakelzorgcentrum, en het werkgebied (gemeenten) waarvoor de erkenning verleend wordt. Het erkenningsbesluit vermeldt ook de capaciteit waarvoor de erkenning wordt verleend; dat is in dit geval voor dertig bedden. **Een bijkomende erkenning wordt verleend met ingang van een bepaalde datum, en voor een termijn van één of twee maanden.**

Een schakelzorgcentrum met een bijkomende erkenning voor de uitbating als beddenhuis moet de volgende **opdrachten** uitvoeren gedurende de periode van één of twee maanden van zijn bijkomende erkenning:

- de patiënten verzorgen, waarbij voldoende aandacht wordt gegeven aan het psychosociale welbevinden;
- het ontslag van de patiënten voorbereiden met het oog op een veilige en verantwoorde overgang naar de thuissituatie;
- rapporteren over de capaciteit van de bedden en het personeel via de online applicatie die Zorg en Gezondheid ter beschikking stelt;
- aan het einde van de termijn van de bijkomende erkenning het beddenhuis afsluiten, waarbij de nog aanwezige patiënten op een veilige manier naar hun natuurlijke thuismilieu of naar een reguliere zorgvoorziening kunnen worden overgebracht.

11.2 SUBSIDIE VAN DE VLAAMSE OVERHEID

De subsidie bestaat uit de volgende componenten:

- een subsidie voor de kosten voor **infrastructuur en energie**;
- een subsidie voor de **opstartkosten**;
- een subsidie voor de **kosten tijdens de uitbating**;
- een subsidie voor de **coördinatie**.

11.2.1 Subsidie voor de kosten voor infrastructuur en energie

Elk schakelzorgcentrum dat correct aangemeld wordt bij de Vlaamse overheid, na goedkeuring van de locatie voor het beddenhuis door de gouverneur, en klaar is om op te starten, heeft recht op deze subsidie. Ook een schakelzorgcentrum dat uiteindelijk nooit uitgebaat wordt als beddenhuis, heeft recht op deze subsidie.

Dit is een vergoeding voor de kosten die gemaakt worden voor het **gebouw** (leegstaande ziekenhuizen, woonzorgcentra, hotels, ...) waarin het beddenhuis ingericht wordt (bijvoorbeeld: huur, aanpassing infrastructuur, ...), met inbegrip van eventuele kosten die achteraf gemaakt moeten worden om het gebouw opnieuw in zijn oorspronkelijke staat te herstellen. Ook de kosten voor de **nutsvoorzieningen** (elektriciteit, gas en water) vallen hier onder.

De subsidie voor de kosten voor infrastructuur en energie bedraagt **90.000 euro** per schakelzorgcentrum. Dat bedrag is een maximum: de penhoudende organisatie moet de nodige bewijsstukken aanleveren om de gemaakte kosten aan te tonen. Het subsidiebedrag kan nooit hoger zijn dan de effectief gemaakte kosten.

11.2.2 Subsidie voor de opstartkosten

Ook voor deze subsidie geldt dat **elk schakelzorgcentrum dat correct aangemeld wordt bij de Vlaamse overheid**, na goedkeuring van de locatie door de gouverneur, en klaar is om op te starten, er recht op heeft. Ook een schakelzorgcentrum dat uiteindelijk nooit uitgebaat wordt als beddenhuis, heeft recht op deze subsidie.

De partners van het schakelzorgcentrum mogen de subsidie voor de opstartkosten vrij besteden, voor **alle mogelijke uitgaven die verbonden zijn aan het schakelzorgcentrum** (bijvoorbeeld: aankoop persoonlijke beschermingsmiddelen, personele ondersteuning, verfraaiingswerken, ...). **Zowel uitgaven, voor de eerste opdracht van een schakelzorgcentrum (beddenhuis), als voor de tweede opdracht (vraag en aanbod afstemmen)** kunnen gefinancierd worden met deze subsidie.

De subsidie voor de opstartkosten bedraagt **31.500 euro** per schakelzorgcentrum. Ook hier moet het subsidiebedrag verantwoord worden met de nodige bewijsstukken.

11.2.3 Subsidie voor de kosten tijdens de uitbating

Deze subsidie wordt alleen toegekend aan de **schakelzorgcentra die effectief uitgebaat worden als beddenhuis**.

Deze subsidie mag aangewend worden voor **alle mogelijke uitgaven die verbonden zijn aan de uitbating van het schakelzorgcentrum als beddenhuis**.

De subsidie voor de kosten tijdens de uitbating bedraagt **31.500 euro per begonnen maand, met een maximum van twee maanden**. Opnieuw geldt dat het subsidiebedrag verantwoord moet worden met de nodige bewijsstukken.

11.2.4 Subsidie voor de coördinatie

Deze subsidie bestaat uit twee delen:

- een schakelzorgcentrum dat correct aangemeld wordt bij de Vlaamse overheid, **ook een schakelzorgcentrum dat uiteindelijk nooit uitgebaat wordt als beddenhuis**, ontvangt een subsidie van **15.000 euro**;
- een schakelzorgcentrum dat **uitgebaat wordt als beddenhuis**, ontvangt daarnaast nog **een extra subsidie** voor de coördinatie, die **5000 euro per begonnen maand** bedraagt, **met een maximum van twee maanden**.

Het bedrag van de subsidie voor de coördinatie mag aangewend worden voor de beide opdrachten van het schakelzorgcentrum. **Opnieuw geldt dat het subsidiebedrag verantwoord moet worden met de nodige bewijsstukken.**

11.2.5 Wijze van uitbetaling

De subsidies worden uitbetaald aan de penhoudende organisatie. Die penhoudende organisatie heeft als opdracht om de subsidies vervolgens te verdelen tussen alle partijen die betrokken zijn bij het schakelzorgcentrum, volgens de afspraken die alle partners van het samenwerkingsverband maken in hun samenwerkingsovereenkomst.

Zodra de administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid aan de penhoudende organisaties een erkenning verleend heeft voor een schakelzorgcentrum in opstart, zal er een eerste voorschot uitbetaald worden aan die organisaties. Dat voorschot bedraagt 46.500 euro (31.500 euro voor de opstartkosten, en 15.000 euro voor de coördinatie).

Aan de penhoudende organisaties waaraan de administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid een bijkomende erkenning verleent voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis, wordt een tweede voorschot uitbetaald, met de subsidie voor de uitbating (31.500 euro voor één maand, 63.000 euro voor twee maanden). Zij ontvangen daarnaast nog een aparte betaling voor de extra coördinatie (5000 euro voor één maand, 10.000 euro voor twee maanden).

Nadat de termijn van de erkenning afgelopen is (30 juni 2020), bezorgt de penhoudende organisatie een financieel verslag met een overzicht van alle kosten en opbrengsten aan Zorg en Gezondheid (zie punt 11.2.6). Op basis van dat financieel verslag wordt het saldo van de subsidie berekend, en vervolgens uitbetaald aan de penhoudende organisatie. Als er onvoldoende kosten zijn om de al uitbetaalde voorschotten volledig te verantwoorden, wordt het teveel aan uitbetaalde subsidies teruggevorderd.

11.2.6 Verantwoordingsstukken

Ten laatste 3 maanden na het aflopen van de erkenning als schakelzorgcentrum in opstart, dus uiterlijk op 30 september 2020, moet de penhoudende organisatie een inhoudelijk verslag en een financieel verslag bezorgen aan Zorg en Gezondheid. Alle documenten moeten elektronisch bezorgd worden op eerstelijjn@vlaanderen.be. Vermeld in het onderwerp: 'Verantwoordingsstukken schakelzorgcentrum naam schakelzorgcentrum'.

Inhoudelijk verslag:

De stuurgroep van het schakelzorgcentrum moet een kort inhoudelijk verslag maken, met een **beschrijving van de verschillende activiteiten die uitgevoerd werden**. Het gaat zowel om de activiteiten die verband houden met de voorbereidingen en de eventuele uitbating van het beddenhuis, als die betrekking hebben op het afstemmen van vraag en aanbod.

Het is ook belangrijk om **ervaringen en goedepraktijkvoorbeelden** op te nemen in het inhoudelijke verslag. Zorg en Gezondheid zal die elementen gebruiken in haar evaluatie van het concept 'schakelzorgcentrum', en om de nieuwe invulling van dat concept voor een eventuele tweede piek van de pandemie vorm te geven (zie ook punt 14.1).

Zorg en Gezondheid kan de inhoudelijke verslagen van de verschillende schakelzorgcentra op haar website (www.zorg-en-gezondheid.be) bekendmaken.

Financieel verslag:

Het financiële verslag bevat een **overzicht van alle kosten en opbrengsten** die verband houden met het schakelzorgcentrum. Dat financiële verslag bestaat uit **vier hoofdrubrieken**:

- **infrastructuur- en energiekosten:** de kosten voor de huur of de kosten voor de aanpassing van het gebouw waarin het schakelzorgcentrum gevestigd werd, met inbegrip van eventuele kosten die achteraf gemaakt werden om het gebouw opnieuw in zijn oorspronkelijke staat te herstellen, en de kosten voor de nutsvoorzieningen (elektriciteit, gas en water);
- **andere kosten:** alle andere kosten die gemaakt werden voor het schakelzorgcentrum, zowel voor het beddenhuis als voor het afstemmen van vraag en aanbod;
- **ontvangen subsidies:** de subsidies, vermeld in de punten 11.2.2, 11.2.3 en 11.2.4, die als voorschot uitbetaald worden aan de penhoudende organisatie;
- **andere opbrengsten:** alle andere opbrengsten die ontvangen werden voor het schakelzorgcentrum (bijvoorbeeld: bijdrage van de lokale besturen, financiering vanuit het RIZIV, ...).

De stuurgroep van het schakelzorgcentrum maakt **binnen elk van die vier hoofdrubrieken een verdere indeling in subrubrieken, volgens eigen keuze**. Die verdere indeling zal in grote mate bepaald worden door de soorten van kosten en opbrengsten die men heeft. Het is niet nodig om voor elke factuur een aparte subrubriek te voorzien: verschillende kosten die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp, kunnen gebundeld worden in één subrubriek. In de rubriek 'andere opbrengsten' is het wel van belang dat voor elke opbrengst apart vermeld wordt van wie die ontvangen werd.

Naast een overzicht van alle kosten en opbrengsten, moet er ook een **genummerde lijst van alle kosten en opbrengsten** bezorgd worden, met telkens een omschrijving, het bedrag en de begunstigde of instantie die financierde. De originele bewijsstukken moet u niet aan Zorg en Gezondheid bezorgen, maar wel ter beschikking houden. Het Rekenhof doet namelijk steekproefsgewijze controles op de uitbetaling van subsidies, waarbij het mogelijk is dat het bepaalde bewijsstukken opvraagt.

Het is dus belangrijk dat u van elke kost een schriftelijk document hebt als bewijs. Dat zal vaak een factuur zijn, maar voor werkuren kan dat bijvoorbeeld een schriftelijke verklaring van de werkgever

zijn, waarin bevestigd wordt dat werknemer X in het totaal Y uren gepresteerd heeft voor het schakelzorgcentrum, of een officiële registratie van de uren door de werknemer (met dan telkens de berekening van de loonkost voor die uren, en een document waaruit de brutoloonkost van de werknemer blijkt, en dat als basis gebruikt werd voor de berekening).

Op basis van het overzicht van kosten en opbrengsten wordt het saldo van de subsidie berekend waarop het schakelzorgcentrum nog recht heeft. Daarvoor wordt gekeken naar het verschil tussen de kosten en de opbrengsten. Het is dat verschil dat uitbetaald zal worden als saldo, op voorwaarde en voor zover dat het bedrag van dat saldo gedekt wordt door de infrastructuur- en energiekosten, en met een maximum van 90.000 euro.

In het geval er meer opbrengsten dan kosten zouden zijn, wordt er geen saldo meer uitbetaald, maar wordt het verschil tussen de opbrengsten en de kosten teruggevorderd van de penhoudende organisatie. In die situatie werd immers niet het volledige bedrag van de uitbetaalde voorschotten aangewend.

11.3 VERGOEDING VAN DE ZORGVERLENERS

Het is de bedoeling dat de zorgverleners die de medische en welzijnscluster van het schakelzorgcentrum zullen bestaen, zoveel als mogelijk gefinancierd worden via de bestaende – en voor hen gekende – kanalen. Daardoor vormt die personeelsinzet geen kost voor het schakelzorgcentrum, en moet het daarvoor bijgevolg geen financiering ontvangen.

De prestaties van de **verzorgende personeelsleden van de diensten voor gezinszorg** en van de **vrijwilligers van de diensten voor oppashulp** kunnen gewoon op dezelfde manier gesubsidieerd worden door Zorg en Gezondheid als de andere prestaties die verleend worden door die diensten. De diensten sturen die prestaties, zoals hun andere prestaties, door naar Vesta en VO, de systemen van elektronische gegevensuitwisseling die onder andere gebruikt worden voor de berekening van de subsidies.

De diensten voor gezinszorg kunnen eventueel ook **logistieke personeelsleden** inzetten voor de schoonmaak van het schakelzorgcentrum. Hun prestaties komen ook in aanmerking voor reguliere subsidiëring door Zorg en Gezondheid.

De **diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds** kunnen hun maatschappelijk werkers en ergotherapeuten inzetten in het schakelzorgcentrum. Voor die medewerkers ontvangen de diensten al een reguliere financiering van Zorg en Gezondheid, op basis van de vte's die aan elke dienst toegekend zijn.

Voor de **artsen, thuisverpleegkundigen en zorgkundigen** werkt het RIZIV aan een forfaitaire vergoeding. Deze regeling moet nog definitief worden goedgekeurd. **De concrete werkwijze zal het RIZIV binnenkort publiceren op <https://www.riziv.fgov.be/nl/covid19/Paginas/financiering-schakelzorgcentra.aspx>.** Voor **andere beoefenaars van een gezondheidszorgberoep** die (permanent, of op afroep) ingeschakeld worden in het schakelzorgcentrum, gebeurt de financiering via de RIZIV-nomenclatuur (prestatiefinanciering).

Als een schakelzorgcentrum geactiveerd wordt als beddenhuis, bezorgt de FOD Volksgezondheid een e-mail aan de coördinator, met een gebruikersnaam en wachtwoord, die toegang geven tot een Sharepoint-website die ter beschikking gesteld wordt aan de schakelzorgcentra (https://collab.health.fgov.be/sites/dg1/CW/Intermediary_Care_COVID/SitePages/Home.aspx). Op die site kan het schakelzorgcentrum de gegevens over de opgenomen patiënten invullen (datum opname, datum ontslag, naam en rijksregisternummer). Die gegevens moeten bij elke opname van een nieuwe patiënt in

het schakelzorgcentrum, en bij elk ontslag uit het schakelzorgcentrum, bijgewerkt worden. De gegevens die de FOD Volksgezondheid op die manier verzamelt, zullen ook toegankelijk zijn voor het RIZIV in het kader van de financiële tussenkomst van de ziekteverzekering voor de financiering van het medisch en verpleegkundig personeel binnen de schakelzorgcentra.

Een schakelzorgcentrum heeft bijzondere aandacht voor de psychosociale dimensie, waarbij zowel de patiënt als de medewerkers en vrijwilligers psychosociale ondersteuning krijgen. Prestaties van een psycholoog worden, op enkele uitzonderingen na, niet gefinancierd door het RIZIV. Er kan eventueel beroep gedaan worden op psychologen die werkzaam zijn in andere voorzieningen (bijvoorbeeld CGG, CLB, ...), waarbij de financiering indien mogelijk ook via die voorzieningen geregeld kan worden. Voor het project 'terugbetaling eerstelijnspsychologische zorgen' is er wel een tussenkomst van het RIZIV (<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/kortdurende-psychologische-behandeling-volwassenen.aspx>). De doelgroep van dat project is tijdelijk uitgebreid tijdens de coronacrisis: sinds 2 april 2020 kan iedereen, ongeacht de leeftijd, beroep doen op die terugbetaling voor psychologische zorg.

11.4 EIGEN BIJDRAGE VAN DE PATIËNT

Principieel wordt voor een verblijf in het schakelzorgcentrum **geen remgeld of ligdagprijs** aangerekend aan de patiënt.

De patiënt in het schakelzorgcentrum moet ook **geen persoonlijke bijdrage** betalen voor de zorg die aan hem of haar verleend wordt door zorgverleners die regulier gefinancierd worden, en waar zo'n eigen bijdrage in andere gevallen wel aangerekend wordt (bijvoorbeeld: gebruikersbijdrage bij gezinszorg, kostenvergoeding bij oppashulp, ...). Er wordt voor die voorzieningen een algemene compensatieregeling uitgewerkt voor alle gedeelde inkomsten uit gebruikersbijdragen als gevolg van de coronacrisis.

Daarnaast is afgesproken dat het interhospitaaltransport en het ontslagtransport **vanuit het ziekenhuis** per ziekenwagen van COVID-19-patiënten (ook naar een schakelzorgcentrum) tijdens de coronacrisis ten laste is van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen zullen daartoe binnen het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen een vergoeding krijgen. Het recurrente vervoer vanuit een schakelzorgcentrum naar een ziekenhuis is echter niet rechtstreeks verbonden aan het COVID-19-crisisbeheer. Dat vervoer valt dus binnen de klassieke aanrekenwijze zoals die voordien van toepassing was.

Dat neemt niet weg dat er voor bepaalde kosten, die niet specifiek verbonden zijn aan het feit dat men in een schakelzorgcentrum verblijft, wel een **persoonlijk aandeel** is voor de patiënt. Voorbeelden daarvan zijn:

- medicatie;
- ontlening van persoonsgebonden materialen bij het ziekenfonds (krukken, rolstoel, rollator, ...);
- specifieke kinesitherapie of revalidatie op vraag van de patiënt;
- het recurrente vervoer vanuit het schakelzorgcentrum naar het ziekenhuis (bijvoorbeeld voor dialyse);
- **het ontslagtransport vanuit het schakelzorgcentrum naar huis;**
- ...

Het schakelzorgcentrum maakt afspraken met de patiënt en de dienst of zorgverlener over de wijze waarop dat persoonlijke aandeel gefactureerd zal worden aan de patiënt.

11.5 SAMENGEVAT

De subsidies waarop een schakelzorgcentrum recht heeft, zijn afhankelijk van de erkenningen die verleend worden:

- met een erkenning voor een schakelzorgcentrum in opstart heeft men recht op de subsidies die vermeld worden in de kolom 'Alle schakelzorgcentra';
- wordt er ook een bijkomende erkenning verleend voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis, dan heeft men ook recht op de subsidies die vermeld worden in de kolom 'Uitgebaat als beddenhuis'.

	Alle schakelzorgcentra	Uitgebaat als beddenhuis (eerste maand)	Uitgebaat als beddenhuis (tweede maand)
Infrastructuur	90.000 euro		
Opstart	31.500 euro		
Uitbating		31.500 euro	31.500 euro
Coördinatie	15.000 euro		
Extra coördinatie		5000 euro	5000 euro
TOTAAL	136.500 euro	36.500 euro	36.500 euro

Daarnaast is er financiering vanuit het RIZIV (voor artsen, thuisverpleegkundigen, zorgkundigen en andere beoefenaars van een gezondheidszorgberoep) en Zorg en Gezondheid (voor verzorgende en logistieke personeelsleden van de diensten voor gezinszorg, vrijwilligers van de diensten voor oppashulp, en maatschappelijk werkers en ergotherapeuten van de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds).

Aan de patiënten mag geen enkele bijdrage gevraagd worden, met uitzondering van hun persoonlijk aandeel in de kosten die niet specifiek verbonden zijn aan het feit dat ze in een schakelzorgcentrum verblijven.

12 JURIDISCH KADER

12.1 ORGANISATIEVORM

Het Agentschap Binnenlands Bestuur werkte een mogelijke organisatievorm uit voor de bestuurlijke organisatie van een schakelzorgcentrum. Die organisatievorm kan door de lokale besturen gebruikt worden om onderling afspraken te maken over hun samenwerking in het schakelzorgcentrum. **De lokale besturen mogen in het licht van hun gemeentelijke autonomie ook zelf een andere samenwerkingsvorm kiezen.** In ieder geval raadt het Agentschap Binnenlands Bestuur wel aan dat de lokale besturen steeds grondig nadenken over een geschikte vorm van samenwerking tussen de deelnemers, waarbij ervoor

gezorgd moet worden dat aspecten zoals aansprakelijkheid, verzekering, financiële afspraken, werkgeversgezag, ... voldoende geregeld zijn.

De vigerende regeling voor intergemeentelijke samenwerking is terug te vinden in het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur. Indien er geen andere vorm van samenwerking gekozen wordt door de lokale besturen, of indien de samenwerking niet grotendeels zal gebeuren binnen de rechtspersoon van de eerstelijnszones of een bestaand intergemeentelijk samenwerkingsverband, stelt het Agentschap Binnenlands Bestuur de mogelijkheid voor om te werken via een interbestuurlijk samenwerkingsverband dat opgericht wordt voor het schakelzorgcentrum. De vigerende regelgeving over deze rechtsvorm is terug te vinden in het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur, meer bepaald in de artikelen 392 tot en met 395.

Als bijlage 17.4 bij dit draaiboek kunt u een begeleidende nota terugvinden van het Agentschap Binnenlands Bestuur die onderstaande elementen in dit draaiboek nog verder uitdiept.

12.2 HET SAMENWERKINGSVERBAND

Voor de oprichting van een schakelzorgcentrum wordt een interbestuurlijk samenwerkingsverband (zonder rechtspersoonlijkheid) als mogelijkheid naar voor geschoven voor de bestuurlijke afdekking van het schakelzorgcentrum. Een dergelijk samenwerkingsverband legt de samenwerking tussen de verschillende partners van het schakelzorgcentrum vast in een overeenkomst.

Er zijn twee soorten van een dergelijk samenwerkingsverband:

- We spreken van een **interlokale vereniging** (art. 392 decreet over het lokaal bestuur) als alleen gemeenten zijn betrokken in de overeenkomst.
- Nemen er naast gemeenten ook andere publieksrechtelijke en/of privaatrechtelijke rechtspersonen deel, dan spreken we over **een interbestuurlijk samenwerkingsverband (art. 392, vierde lid decreet over het lokaal bestuur)**.

Gezien de hierboven geformuleerde governancestructuur van een schakelzorgcentrum, is **een interbestuurlijk samenwerkingsverband waarschijnlijker dan een interlokale vereniging**. Daarom wordt verder in dit draaiboek gesproken over interbestuurlijke samenwerking of interbestuurlijk samenwerkingsverband.

Er moet opgemerkt worden dat een interbestuurlijk samenwerkingsverband geen rechtspersoonlijkheid heeft (zie ook punt 12.7 over aansprakelijkheid). Het Agentschap Binnenlands Bestuur oefent ook geen toezicht uit op een interbestuurlijk samenwerkingsverband: de lokale besturen die kiezen voor een interbestuurlijk samenwerkingsverband, moeten daarover geen advies vragen aan het Agentschap Binnenlands Bestuur.

12.3 DE OPRICHTING

Het interbestuurlijke samenwerkingsverband is in essentie een contract tussen partners, waaronder gemeentebesturen, maar ook andere overheden en andere rechtspersonen van publiek en privaat recht kunnen aansluiten bij het contract (zie punt 12.6, en bijlage 17.5). De beslissing tot oprichting (= instemming met het contract) moet genomen worden door het bevoegde orgaan van de rechtspersoon in kwestie. Voor een gemeente is dat de gemeenteraad. Een voorbeeldcontract zit als bijlage van dit draaiboek.

Concreet betekent dit dat de gemeenteraad van elke gemeente die deelneemt aan het interbestuurlijke samenwerkingsverband, zijn instemming moet geven. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de gekende digitale mogelijkheden voor gemeenten.

Mocht de situatie in bepaalde eerstelijnszones plots ongunstig evolueren waardoor de beslissing tot oprichting van het interbestuurlijke samenwerkingsverband absoluut niet meer kan uitgesteld worden, dan kan die ook door de respectievelijke bevoegde burgemeesters genomen worden. Hij/zij moet dan wel zijn/haar gemeenteraad inlichten, en die moet de beslissing op de eerstvolgende gemeenteraad bekrachtigen. In dergelijk acuut scenario is het noodzakelijk dat ook de gouverneur ingelicht wordt, zodat een mogelijke opstart van het schakelzorgcentrum kan besproken worden met het Agentschap Zorg en Gezondheid.

12.4 HET FORMELE BESTUUR VAN HET SAMENWERKINGSVERBAND

Het interbestuurlijke samenwerkingsverband wordt officieel bestuurd door een beheerscomité. Elk lid van het samenwerkingsverband vaardigt één deelnemer af in dit beheerscomité. De afgevaardigden van de deelnemende gemeenten worden aangewezen onder de gemeenteraadsleden, de burgemeester en de schepenen.

Het beheerscomité moet, volgens de van toepassing zijnde regelgeving, opgezet worden, maar kan voor het schakelzorgcentrum een minimale invulling krijgen, daarbij rekening houdend met de taken die het beheerscomité volgens de regelgeving minstens op zich moet nemen.

Voor het effectieve dagelijkse bestuur van het schakelzorgcentrum opteren we voor de in het hoofdstuk 'Governancestructuur' vermelde constructie van een stuurgroep. Dat garandeert dat de disciplines die nodig zijn voor een goede werking van het schakelzorgcentrum, elkaar kunnen vinden.

Er moet dus een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen het formele beheer van het samenwerkingsverband van het schakelzorgcentrum (in de vorm van een beheerscomité) en het effectieve bestuur van het schakelzorgcentrum (in de vorm van een stuurgroep).

Binnen het samenwerkingsverband van het schakelzorgcentrum neemt één gemeente de rol van 'beherende gemeente' op zich. Dit noemden we in een vorige versie van het draaiboek de 'penhoudende organisatie'. Volgens de wetgeving die van toepassing is op 'interbestuurlijke samenwerkingsverbanden', kan dit niet door een andere partner dan een gemeente opgenomen worden. De penhoudende organisatie moet met andere woorden altijd de beherende gemeente van het interbestuurlijke samenwerkingsverband zijn.

Dat neemt echter niet weg dat een andere partner van het samenwerkingsverband in de operationele werking een coördinerende rol kan opnemen. Zo kunnen in de samenwerkingsovereenkomst gerust afspraken gemaakt worden waarbij een andere overheid dan de beherende gemeente, of een privaatrechtelijke rechtspersoon bepaalde verantwoordelijkheden of functies op zich nemen.

12.5 BEHEER BUDGET

Aangezien het samenwerkingsverband geen rechtspersoonlijkheid heeft, kan het niet over eigen budgetten beslissen. Die beslissingen moeten hoe dan ook door de gemeenten die lid zijn, genomen

worden. Indien andere leden van het samenwerkingsverband hier beslissingsrecht in willen, moet dit opgenomen worden in de overeenkomst.

Indien gemeenten zelf middelen vrijmaken voor het schakelzorgcentrum, dan wordt dit best neergeschreven in de overeenkomst.

Het is belangrijk dat goed gedocumenteerd wordt met facturen wat met welke middelen gerealiseerd werd. Daarvoor is de beherende gemeente verantwoordelijk.

12.6 DE OVEREENKOMST

Het basisdocument van het interbestuurlijke samenwerkingsverband is een overeenkomst. Het decreet over het lokaal bestuur heeft het over een “overeenkomst met statutaire draagkracht” (hier verder de overeenkomst genoemd).

Als bijlage 17.5 is een sjabloon opgenomen dat kan gebruikt worden om het samenwerkingsverband op te richten. Het is belangrijk dat in deze overeenkomst duidelijk opgenomen is wie van de leden wat doet, binnen welke termijn en welke werkingsprincipes zullen worden gehanteerd. Dit om van bij de start duidelijkheid te scheppen. Het is dus de bedoeling dat dit modeldocument verder wordt vormgegeven door de lokale besturen n.a.v. de concrete afspraken die zij wensen te maken!

Hierin zijn minstens volgende elementen verwerkt:

- taakverdeling en ingeschatte tijds kader;
- werkingsprincipes;
- bepalingen over de duur en eventuele verlenging van het samenwerkingsverband;
- de opzegmogelijkheid;
- de inbreng van de verschillende deelnemers en de wijze waarop die inbreng wordt beheerd;
- de interne organisatie;
- de wederzijdse rechten en verplichtingen en de financiële repercussies;
- de informatieverstrekking aan de deelnemers en de jaarlijkse evaluatie door de gemeenteraden;
- de opmaak van de rekeningen en de bestemming van het resultaat;
- de financiële controle en de vereffening.

Het sjabloon voor de overeenkomst heeft volgende opbouw:

- Een preambule met motivering en rechtsgrond van de overeenkomst.
- Artikel 1: Naam en rechtsvorm.
- Artikel 2: Hier kunnen de deelnemers aan de overeenkomst worden opgesomd.
- Artikel 3: Er is voorzien in een toetredingsmogelijkheid van nieuwe partners, die later bij de overeenkomst kunnen aansluiten. Dit om proactief in te spelen op een mogelijke toekomstige nood aan herschikking of toetreding.
- Artikel 4: Het doel van de overeenkomst.
- Artikel 5: Aanduiden van een beherende gemeente (voorzien in het decreet over het lokaal bestuur).
- Artikel 6: Verduidelijking over het karakter van de personeelsinzet, conform het decreet over het lokaal bestuur en de rechtsleer.
- Artikel 7: Duurtijd van de overeenkomst: er wordt gekozen voor een flexibele duurtijd, nl. zolang als nodig is voor de bestrijding van de COVID-19-crisis.
- Artikel 8: We opteren voor een bestuursorgaan dat formeel voorzien is in het decreet over het lokaal bestuur (het beheerscomité) maar dat erg minimaal ingevuld kan worden en enkel op

grote lijnen stuurt en voor democratische terugkoppeling zorgt. Voor het eigenlijke bestuur kan dan gewerkt worden met de noodplanningsorganen zoals die door het draaiboek en de gouverneur worden bepaald.

- Artikel 9: Voor hun financiële inbreng komen de gemeenten een verdeelsleutel overeen. Zonder akkoord wordt teruggegrepen naar het aantal inwoners.
- Artikel 10: Enkele standaardbepalingen over de financiën en financiële controle.
- Artikel 11: Een standaardbepaling over democratische controle en terugkoppeling naar de gemeenteraden.
- Artikel 12: Een standaardbepaling over de ontbinding en vereffening.

12.7 AANSPRAKELIJKHEID SCHAKELZORGCENTRUM

Een interbestuurlijke samenwerkingsverband heeft geen rechtspersoonlijkheid. Eventuele vorderingen kunnen dus niet verhaald worden op die structuur. Dat maakt dat elke partner aansprakelijk is voor zijn inbreng in het schakelzorgcentrum.

Het is ten zeerste aan te raden dat elk lid van het samenwerkingsverband contact opneemt met zijn verzekeringsinstelling om na te gaan of de bestaande polissen de activiteit van de organisatie binnen het schakelzorgcentrum dekken. Als dat niet het geval is, moet een uitbreiding of extra polis afgesloten worden.

13 ARBEIDSRECHTELIJKE ORGANISATIE

In dit hoofdstuk wordt ervan uitgegaan dat voor de bestuurlijke organisatie van het schakelzorgcentrum gekozen wordt voor het interbestuurlijke samenwerkingsverband. Dit is een samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid tussen twee of meer gemeenten, waaraan ook andere rechtspersonen van publiek of privaat recht kunnen deelnemen. Als de partners van het schakelzorgcentrum een andere samenwerkingsvorm kiezen, zijn onderstaande richtlijnen mogelijk niet van toepassing. **In het geval van twijfel kan contact opgenomen worden met het Agentschap Binnenlands Bestuur via binnenland@vlaanderen.be.**

13.1 PERSONEELSLEDEN IN DIENSTVERBAND (CONTRACTUEEL OF STATUTAIR)

13.1.1 Personeel van de beherende gemeente

Alleen de gemeente die binnen het interbestuurlijke samenwerkingsverband van het schakelzorgcentrum de rol van beherende gemeente op zich neemt, kan **rechtstreeks haar eigen personeel inzetten** in het samenwerkingsverband. Belangrijk daarbij is dat nagegaan moet worden of het huidige takenpakket van die medewerkers moet worden bijgesteld wanneer ze tewerkgesteld worden in het schakelzorgcentrum. Voor **statutaire personeelsleden** kan dat via de functiebeschrijving. Voor **contractuele personeelsleden** is mogelijk een addendum vereist aan de arbeidsovereenkomst omwille van een wijziging van de arbeidsplaats en eventueel van het takenpakket. Als het personeelslid tijdelijk een andere leidinggevende krijgt (bijvoorbeeld de coördinator), wordt dat best ook in het addendum vermeld. Ook zal de gemeente haar **verzekeringsmaatschappij moeten inlichten over die**

wijzigingen, om ervoor te zorgen dat haar personeel te allen tijde verzekerd is, onder meer op het vlak van aansprakelijkheid, arbeidsongevallen, beroepsziekten en woon-werkverkeer.

Tussen de gemeente en het **openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dat de gemeente bedient**, kunnen beheersovereenkomsten gesloten worden over het gemeenschappelijke gebruik van elkaars diensten waarbij, voor bepaalde functies, een beroep kan gedaan worden op elkaars personeelsleden. De betreffende personeelsleden blijven wel onder de eigen rechtspositieregeling vallen, en het **juridische werkgeverschap blijft gescheiden en bij de eigen werkgever**.

13.1.2 Nieuwe personeelsleden

Aangezien het interbestuurlijke samenwerkingsverband geen eigen rechtspersoonlijkheid heeft, kan het niet over eigen budgetten of personeel beslissen. **Als het samenwerkingsverband nieuw personeel in dienst wil nemen voor de werking van het schakelzorgcentrum, zal de beherende gemeente die personeelsleden moeten aanwerven met een tijdelijke arbeidsovereenkomst.** Ook jobstudenten kunnen op die manier aangesteld worden door de beherende gemeente. Die nieuwe personeelsleden vallen volledig **onder de rechtspositieregeling en het werkgeversgezag van de beherende gemeente**. Hou er rekening mee dat specifieke OCMW-functies met bijhorende salarisschalen (bijvoorbeeld voor verpleegkundigen) niet voorzien zijn in de rechtspositieregeling van het gemeentepersoneel. Er bestaat hier dus geen regeling met loonschalen voor verschillende functies, zoals die wel vastgelegd zijn door de verschillende paritaire comités.

Omdat het bij het opstarten van een schakelzorgcentrum nog niet duidelijk is gedurende welke periode de tijdelijke werknemer prestaties zal moeten leveren, is het aangewezen om te werken met een **tijdelijke arbeidsovereenkomst voor een duidelijk omschreven werk**. Dat duidelijk omschreven werk is een welomschreven taak, die uitgeoefend moet worden zolang het schakelzorgcentrum operationeel is. De tijdelijke arbeidsovereenkomst eindigt in dat geval automatisch als de opdracht voltooid is, dus wanneer de werking van het schakelzorgcentrum weer stopgezet wordt. Er is in dat geval geen opzegging nodig.

De tijdelijke arbeidsovereenkomst voor een duidelijk omschreven werk moet voldoen aan een aantal vormvereisten. Belangrijk is dat de overeenkomst als volgt wordt opgemaakt (anders gelden dezelfde voorwaarden als voor een contract van onbepaalde duur):

- schriftelijk opgesteld;
- voor elke werknemer afzonderlijk;
- uiterlijk ingaan op het tijdstip waarop de werknemer aan de slag gaat;
- de inhoud en de omvang van de opdracht moeten nauwkeurig omschreven zijn in de arbeidsovereenkomst, zodat de werknemer de werklast en de nodige tijd precies kan inschatten (met de nodige tijd wordt niet de einddatum bedoeld, maar wel het geschatte aantal uur arbeid per week).

De gangbare selectieprocedures voor de reguliere functies bij de gemeente zijn hier niet van toepassing. Er kan uitzonderlijk worden afgeweken van de vastgestelde aanwervingsvoorwaarden en selectieprocedures.

Omdat de gemeente de aanwervingen doet in naam van het schakelzorgcentrum, kunnen in de samenwerkingsovereenkomst afspraken gemaakt worden met de andere partners over het delen van de kosten en het financieren van die kosten vanuit de middelen die toegekend worden aan het schakelzorgcentrum. De beherende gemeente moet **contact opnemen met haar verzekeringsmaatschappij**, om na te gaan of die tijdelijke personeelsleden correct verzekerd zijn, onder meer op het vlak van aansprakelijkheid, arbeidsongevallen, beroepsziekten en woon-werkverkeer.

Deze manier van werken kan bijvoorbeeld gebruikt worden voor de artsen, paramedici, verpleegkundigen en anderen die zich aangeboden hebben op het platform Help de Helpers (www.helpdehelpers.be). De beherende gemeente kan met hen een arbeidsovereenkomst afsluiten (ze kunnen ook ingeschakeld worden als vrijwilliger, zie punt 13.3.2).

De beherende gemeente kan ook gebruik maken van **uitzendarbeid** (decreet van 27 april 2018 betreffende de uitzendarbeid in de Vlaamse overheidsdiensten en de lokale besturen). Uitzendarbeid is echter alleen mogelijk als de gemeenteraad al eerder beslist heeft dat het lokaal bestuur beroep kan doen op uitzendarbeid bij een tijdelijke vermeerdering van werk. Bij uitzendarbeid zijn er twee werkgevers. Het uitzendkantoor is de juridische werkgever en is belast met onder andere de loonadministratie. De gemeente waar de uitzendkracht aan de slag is, moet de prestaties van de uitzendkracht doorgeven aan het uitzendkantoor. De gemeente zelf is de feitelijke werkgever.

De uitzendkrachten zijn geen personeelsleden van het lokaal bestuur en vallen bijgevolg niet onder de rechtspositieregeling van het lokaal bestuur. Wel geldt het -principe van gelijk loon, waardoor de uitzendkrachten recht hebben op een verloning die gelijk is aan het loon en de vergoedingen die worden toegekend aan werknemers werkzaam in gelijkwaardige functies bij het lokaal bestuur (artikel 10 van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers). Tijdens de opdracht staat een uitzendkracht onder het gezag, de leiding en het toezicht van de gemeente waar de uitzendkracht aan de slag gaat. De gemeente geeft instructies over het uit te voeren werk en staat in voor de toepassing van de regels rond arbeidsduur en arbeidsveiligheid. Een uitzendkracht moet zich aan dezelfde regels houden als een vaste werknemer en heeft dezelfde rechten en plichten (arbeidsreglement). De gemeente draagt de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de uitzendkracht en voor de daden van de uitzendkracht.

13.1.3 Personeel van andere partners dan de beherende gemeente

De andere partners (andere lokale besturen, maar ook andere rechtspersonen van publiek recht of privaat recht die deelnemen aan het interbestuurlijke samenwerkingsverband) kunnen hun personeel niet ter beschikking stellen aan de beherende gemeente. Zij hebben wel de volgende twee mogelijkheden om hun medewerkers in te zetten in het schakelzorgcentrum:

- via een tijdelijke arbeidsovereenkomst tussen de werknemer en de beherende gemeente;
- door een inbreng van diensten, die opgenomen wordt in de samenwerkingsovereenkomst.

Het personeel van andere partners kan in de eerste plaats ingezet worden in het schakelzorgcentrum door het **afsluiten van een tijdelijke arbeidsovereenkomst tussen de werknemer en de beherende gemeente voor een duidelijk omschreven werk**. In dat geval wordt de arbeidsovereenkomst van de werknemer in kwestie bij zijn oorspronkelijke werkgever voor de duur van de tijdelijke arbeidsovereenkomst geschorst, of wordt er, in het geval het een statutair personeelslid is, onbetaald verlof toegestaan, en valt die werknemer volledig **onder de rechtspositieregeling van de beherende gemeente, inclusief het werkgeversgezag**. Deze mogelijkheid is vergelijkbaar met het inzetten van nieuwe personeelsleden door de beherende gemeente (zie punt 13.1.2).

Daarnaast hebben de andere deelnemers van het samenwerkingsverband ook de mogelijkheid om **in de samenwerkingsovereenkomst een inbreng van diensten op te nemen**. Daarbij kan als dienst ook de dienstverlening door specifiek personeel in het schakelzorgcentrum begrepen worden. Er worden in dat geval best ook afspraken opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst over het delen van de kosten voor die diensten, en het financieren van die kosten vanuit de middelen die toegekend worden aan het schakelzorgcentrum. De loonkost voor personeel dat ingezet wordt vanuit een erkende thuiszorgvoorziening (bijvoorbeeld: een dienst voor gezinszorg of een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds), en voor beoefenaars van een gezondheidszorgberoep moet niet (volledig) gedragen

worden door het samenwerkingsverband, omdat de prestaties van die zorgverleners gefinancierd blijven via de reguliere kanalen (respectievelijk Zorg en Gezondheid en het RIZIV).

Belangrijk bij zo'n inbreng van diensten is evenwel dat er geen sprake kan en mag zijn van een overdracht van het werkgeversgezag van de oorspronkelijke werkgever naar het schakelzorgcentrum of naar de beherende gemeente. Dat moet uitdrukkelijk in de samenwerkingsovereenkomst vastgesteld worden. **Het personeelslid in kwestie behoudt zijn arbeidsovereenkomst en bijhorende bescherming en kan ook nog altijd alleen maar door zijn eigen leidinggevende aangestuurd worden.** Ook in die situatie is het belangrijk dat er in onderling overleg tussen de werkgever en de werknemer een addendum toegevoegd wordt aan de arbeidsovereenkomst van de werknemer in kwestie, over de wijziging van de arbeidsplaats en eventueel van het takenpakket. Het is ook belangrijk dat de **werkgever in zo'n geval contact opneemt met zijn verzekeringsmaatschappij** om na te gaan of de werknemer door die wijzigingen verzekerd blijft voor onder meer aansprakelijkheid, arbeidsongevallen, beroepsziekten en woon-werkverkeer.

13.1.4 Rol van de coördinator

Als de **coördinator** een personeelslid uit de beherende gemeente is, kan die **alleen het personeel van de beherende gemeente aansturen** (de statutaire en contractuele personeelsleden van die gemeente, met inbegrip van de personeelsleden die aangeworven werden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst). Door een addendum toe te voegen aan de arbeidsovereenkomst van de contractuele personeelsleden van de beherende gemeente, kan het functionele gezag over die personeelsleden tijdelijk worden overgedragen aan de coördinator (zie ook punt 13.1.1).

Aan de **overige personeelsleden** mag de coördinator **slechts instructies geven over het welzijnsbeleid** dat in het schakelzorgcentrum geldt (de veiligheidsvoorschriften). Voor het geven van andere instructies of voor het doorvoeren van wijzigingen aan de werking of de behoeften van het schakelzorgcentrum, moet de coördinator altijd contact opnemen met de leidinggevenden van de personeelsleden in kwestie. Er mag bij die personeelsleden in geen geval enige overdracht van werkgeversgezag aan de coördinator plaatsvinden. Ook bij zelfstandigen is er geen sprake van werkgeversgezag: daar bestaat er geen gezagsverhouding (zie ook punt 13.2.2).

Wanneer er **personeelsleden opgeroepen** moeten worden voor het schakelzorgcentrum (onder de vorm van een inbreng van diensten), moet de coördinator daartoe een signaal geven aan de verschillende werkgevers die personeelsleden aanleveren. Het Agentschap Binnenlands Bestuur adviseert om in dergelijke situaties te werken met een vorm van "dagelijks bestuur", waarin de verschillende werkgevers vertegenwoordigd zijn, zodat er snel gereageerd kan worden (spreek daarvoor een efficiënte manier van werken af, bijvoorbeeld via e-mail, het is niet de bedoeling om nog een extra overlegorgaan te creëren). De coördinator heeft immers, zoals eerder aangehaald, geen gezag over de werknemers van andere werkgevers, en kan hen dan ook niet zelf oproepen. Personeelsleden van lokale besturen kunnen in geval van oproepbaarheid een permanentietoelage krijgen, op voorwaarde dat dit zo geregeld is in de toepasselijke rechtspositieregeling (dat is niet altijd het geval).

13.1.5 Weekend- en nachtwerk

Voor het personeel dat aangesteld wordt door de beherende gemeente, kan er zich een probleem stellen voor het uitvoeren van weekend- en nachtwerk. Zoals hierboven vermeld werd, valt dat personeel immers onder de rechtspositieregeling van die gemeente. Die rechtspositieregeling bevat wel een regeling voor "onregelmatige prestaties", maar personeelsleden van niveau A worden daar bijvoorbeeld van uitgesloten.

Het schakelzorgcentrum valt, conform artikel 4 van de wet van 14 december 2000 tot vaststelling van sommige aspecten van de organisatie van de arbeidstijd in de openbare sector, onder de **Arbeidswet**

van 16 maart 1971, omdat het een instelling is die geneeskundige, profylactische of hygiënische verzorging verleent.

De arbeidsduurregeling, inclusief de overurenregeling, in de Arbeidswet komt op het volgende neer: de werkdag bedraagt 8 uur, maar afwijkingen zijn mogelijk. Personeelsleden hebben per periode van 24 uur recht op een rust van 11 uur tussen de beëindiging en de hervatting van het werk, en op een pauze wanneer er minstens 6 uur gewerkt moet worden. De werkweek in de Arbeidswet bedraagt 40 uur, maar door de wet van 10 augustus 2001 betreffende de verzoening van werkgelegenheid en kwaliteit van het leven werd dat verlaagd naar 38 uur. Voor instellingen die geneeskundige, profylactische of hygiënische verzorging verlenen, geldt dat de **maximumgrens van 50 uur per week mag worden overschreden gedurende een periode van 4 weken. Op initiatief van de werknemer en met zijn akkoord kunnen die grenzen worden overschreden met maximaal 100 uur per kalenderjaar (artikel 25bis van de Arbeidswet).** Alle uren die over de grens van 38 uur gaan, worden beschouwd als overuur. Voor die overuren moet inhaalrust worden gegeven, ofwel moeten ze uitbetaald worden, zonder dat de werkgever verplicht is beide te cumuleren. **Voor die overuren moet tijdig inhaalrust worden gegeven zodat er gemiddeld over 4 weken tijd maximaal 50 uur gepresteerd wordt, en zodat er over een trimester (uitbreidbaar naar een jaar) een gemiddelde arbeidsduur van maximaal 38 uur bereikt wordt.**

Wat betreft de prestaties tijdens de nacht en op zaterdagen, zondagen en feestdagen, geldt het volgende:

- **nachtwerk** is in principe verboden, maar er is een uitzonderingsgrond voor instellingen of personen die geneeskundige, profylactische of hygiënische verzorging verlenen. Een "arbeidsregeling met nachtprestaties" is volgens de regelgeving een arbeidsregeling waarin werknemers worden tewerkgesteld die hun prestaties gewoonlijk verrichten tussen 20 uur en 6 uur, met steeds prestaties die worden geleverd tussen middernacht en 5 uur 's morgens;
- **zaterdagwerk**: de Arbeidswet bevat geen speciale bepalingen voor zaterdagwerk;
- **werken op een zondag of een feestdag**: volgens de Arbeidswet hebben de werknemers die op zondag werken, recht op inhaalrust binnen de 6 dagen die volgen op de gepresteerde zondag. Zodra er meer dan 4 uren gepresteerd worden, bedraagt die inhaalrust een volle dag. Minder dan 4 uur geeft recht op een halve dag inhaalrust.

Daarnaast krijgen de personeelsleden in voorkomend geval nog **de inhaalrust of de toeslagen** zoals die bepaald zijn in artikel 139 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2007 houdende de minimale voorwaarden voor de personeelsformatie, de rechtspositieregeling en het mandaatstelsel van het gemeentepersoneel en het provinciepersoneel en houdende enkele bepalingen betreffende de rechtspositie van de secretaris en de ontvanger van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. Personeelsleden van het niveau A worden daarvan evenwel uitgesloten. Artikel 139 bepaalt dat het personeelslid naast de wettelijk voorgeschreven inhaalrust het volgende krijgt:

- per uur nachtprestaties tussen 22 uur en 6 uur ofwel:
 - één kwartier extra inhaalrust;
 - een toeslag op het uursalaris die gelijk is aan 25% van het uursalaris;
- per uur prestaties tussen 0 en 24 uur op een zondag of een feestdag ofwel:
 - één uur extra inhaalrust;
 - een toeslag op het uursalaris die gelijk is aan 100% van het uursalaris;
- per uur prestaties tussen 0 en 24 uur op een zaterdag ofwel:
 - extra inhaalrust van maximaal één uur;
 - een toeslag op het uursalaris van maximaal 100% van het uursalaris.

13.2 ZELFSTANDIGEN, ORGANISATIES EN BEDRIJVEN

13.2.1 Personen en organisaties die geen partner zijn in het schakelzorgcentrum

Het schakelzorgcentrum kan **zorgverleners inzetten die hun beroep op zelfstandige basis uitoefenen** (artsen, thuisverpleegkundigen, kinesisten, psychologen, ...). Die zorgverleners zullen vermoedelijk niet toetreden tot het interbestuurlijke samenwerkingsverband (en geen afgevaardigde hebben in het beheerscomité). Dat kan in elk geval niet als natuurlijke persoon, aangezien alleen rechtspersonen van publiek recht en privaat recht kunnen deelnemen aan dat samenwerkingsverband.

Het schakelzorgcentrum kan ook voor andere opdrachten **beroep doen op zelfstandigen (bijvoorbeeld een kok) of bedrijven (bijvoorbeeld een schoonmaakbedrijf of een hotel)**. Ook die zelfstandigen en bedrijven zullen allicht niet toetreden tot het interbestuurlijke samenwerkingsverband. Het is ook mogelijk dat **organisaties zoals een initiatiefnemer van een dienst voor gezinszorg of een dienst voor thuisverpleging beslissen om niet toe te treden tot het interbestuurlijke samenwerkingsverband**, maar dat het schakelzorgcentrum wel beroep wil doen op hen.

13.2.2 Contract of samenwerkingsovereenkomst

De beherende gemeente moet met de zelfstandige zorgverleners en de andere zelfstandigen, en met de organisaties en bedrijven met wie het schakelzorgcentrum wil samenwerken, een **contract of (samenwerkings)overeenkomst** afsluiten over de diensten die zij zullen leveren, op basis van het ondernemingsrecht (cf. Wetboek van economisch recht van 28 februari 2013). Die laatstgenoemde samenwerkingsovereenkomst mag niet verward worden met de samenwerkingsovereenkomst die afgesloten wordt tussen de partners van het schakelzorgcentrum. Alleen het lokaal bestuur dat binnen het interbestuurlijke samenwerkingsverband de rol van beherende gemeente op zich neemt, en die dus als vertegenwoordiger van het samenwerkingsverband optreedt, kan zo'n overeenkomst afsluiten. Er is bij een overeenkomst **geen gezagsverhouding** tussen dat lokale bestuur en de zelfstandigen, organisaties of bedrijven die hun beroepsactiviteit uitvoeren in een schakelzorgcentrum: het lokaal bestuur treedt hier niet op als werkgever, zoals dat wel het geval is wanneer een arbeidsovereenkomst afgesloten wordt.

In het contract dat afgesloten wordt, kunnen onder andere de volgende elementen opgenomen worden:

- de beide partijen, met hun volledige contactgegevens;
- een korte omschrijving over waartoe beide partijen zich verbinden (waarover gaat de overeenkomst, welke prestaties, ...);
- concrete, praktische afspraken: welke opdrachten worden precies uitgevoerd, waar, wanneer en hoe?
- de vergoeding voor de geleverde prestaties (uurtarief/dagtarief/..., wat met gemaakte kosten, ...), en de wijze waarop gefactureerd zal worden;
- de ingangsdatum en de duur van de overeenkomst, en de wijze waarop ze beëindigd kan worden door een van de partijen;
- de aansprakelijkheid bij fouten en de vergoeding van schade (met inbegrip van afspraken over verzekeringen).

De geleverde diensten zullen vervolgens gefactureerd moeten worden aan de beherende gemeente, die als vertegenwoordiger van het interbestuurlijke samenwerkingsverband optreedt. In de samenwerkingsovereenkomst van het interbestuurlijke samenwerkingsverband kunnen afspraken gemaakt worden met de andere partners over het delen van de kosten en het financieren van die kosten vanuit de middelen die toegekend worden aan het schakelzorgcentrum. Op de facturen die zelfstandigen en bedrijven bezorgen aan de beherende gemeente, zijn de normale regels voor BTW-heffingen van toepassing. De beherende gemeente neemt best ook **contact op met haar**

verzekeringsmaatschappij, om na te gaan of ze correct verzekerd is voor het afsluiten van dergelijke overeenkomsten met zelfstandigen of bedrijven (o.a. voor wat betreft de contractuele aansprakelijkheid).

Wanneer men een overeenkomst afsluit met een dienst voor gezinszorg of een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, moet er rekening mee gehouden worden dat die diensten voor de prestaties in het schakelzorgcentrum reguliere subsidies zullen ontvangen van Zorg en Gezondheid. Bijgevolg moet er in de overeenkomst afgesproken worden dat er geen vergoeding aangerekend zal worden voor de geleverde diensten (anders zou er sprake zijn van dubbele financiering voor dezelfde prestaties, één keer door het schakelzorgcentrum, en dan nog een keer door Zorg en Gezondheid).

Nog een aandachtspunt: alleen voor zorgverleners in dienstverband geldt dat, wanneer men COVID-19 heeft, die arbeidsongeschiktheid erkend kan worden als beroepsziekte (met de bijhorende schadeloosstelling wegens beroepsziekte), als voldaan is aan alle voorwaarden. Zelfstandige zorgverleners kunnen voor dergelijke situaties wel beroep doen op een verzekering gewaarborgd inkomen, die tussenkomt als de zelfstandige zorgverlener uitvalt wegens ziekte. Het al dan niet afsluiten van zo'n verzekering blijft echter de verantwoordelijkheid van de zelfstandige zorgverlener zelf. Het lokaal bestuur dat de samenwerkingsovereenkomst afsluit kan er alleen op wijzen dat het hier zelf geen verantwoordelijkheid in kan opnemen.

13.2.3 Regelgeving op de overheidsopdrachten

Bij het afsluiten van een contract voor werken, leveringen of diensten moet de beherende gemeente de regelgeving op de overheidsopdrachten respecteren (wet van 17 juni 2016 inzake overheidsopdrachten).

Opdrachten met een **geraamde waarde lager dan 30.000 euro (exclusief BTW)** kunnen worden gegund via een **aanvaarde factuur** (artikel 92).

De wet van 17 juni 2016 inzake overheidsopdrachten biedt daarnaast de mogelijkheid om een beroep te doen op de **onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking bij onvoorzienbare dwingende spoed** (artikel 42, §1, 1°, b). Op die manier kan de beherende gemeente op een flexibele en snelle wijze haar opdracht plaatsen.

Die onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking is mogelijk, voor zover strikt noodzakelijk, als aan de volgende twee voorwaarden voldaan is:

- er is sprake van dwingende spoed die voortvloeit uit onvoorzienbare gebeurtenissen voor de overheid. De ter rechtvaardiging van de dwingende spoed ingeroepen omstandigheden mogen in geen geval aan de aanbestedende overheid te wijten zijn;
- het is daardoor onmogelijk om de (zelfs verkorte) indieningstermijnen voor de overige procedures na te leven.

Er is geen budgettair plafond voor het gebruik van die onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking: de aanbestedende overheid kan de procedure opstarten ongeacht de waarde van de opdracht. Indien mogelijk, moet de aanbestedende overheid wel meerdere ondernemers raadplegen, en hen gelijktijdig uitnodigen om een offerte in te dienen. Maar in bepaalde gevallen zal zelfs dat niet mogelijk zijn, en moet de aanbestedende overheid rechtstreeks met één ondernemer contracteren.

Het beroep op de onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking en de eventuele onmogelijkheid om meerdere ondernemers te raadplegen moet altijd gemotiveerd worden. Aangezien die procedure als uitzonderingsgeval restrictief geïnterpreteerd moet worden, is het gebruik ervan slechts gerechtvaardigd voor de uitvoering van wat noodzakelijk is om onmiddellijk aan de

noodsituatie het hoofd te kunnen bieden. De aanbestedende overheid moet de omvang en looptijd van de opdracht dus beperken tot het strikt noodzakelijke binnen de huidige crisissituatie.

Voor meer informatie over overheidsoverdrachten en de impact van corona hierop, kunt u terecht op de [website van het Facilitair Bedrijf van de Vlaamse Overheid](#). Daar wordt de informatie over de federale regelgeving op de overheidsopdrachten, die ook van toepassing is op de lokale besturen, gebundeld.

13.3 VRIJWILLIGERS

13.3.1 Voorwaarden om vrijwilligers in te zetten

Als er vrijwilligers komen helpen in het schakelzorgcentrum, moeten de **bepalingen van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers** nageleefd worden. Het gaat onder meer om:

- het voorafgaandelijk informeren (via een informatienota of een vrijwilligerscontract) van de vrijwilliger over:
 - het doel en het juridische statuut van de organisatie die de vrijwilliger inschakelt (opgelet: dit is dus niet het schakelzorgcentrum zelf, want dat heeft geen eigen juridisch statuut);
 - de verzekeringen die afgesloten zijn voor de vrijwilliger;
 - het feit of de vrijwilliger een kostenvergoeding krijgt, en als dat het geval is welke kostenvergoeding;
 - het feit dat de vrijwilliger zich moet houden aan een discretieplicht en het beroepsgeheim;
- de burgerlijke aansprakelijkheid van de organisatie voor de schade die de vrijwilliger veroorzaakt bij het verrichten van vrijwilligerswerk (behalve in geval van bedrog, zware fout of eerder gewoonlijk dan toevallig voorkomende lichte fout van de vrijwilliger);
- het afsluiten van de nodige verzekeringen (minimaal voor de burgerlijke aansprakelijkheid, al is ook een verzekering voor lichamelijke schade zeker aangewezen);
- de (facultatieve) kostenvergoeding, met twee opties:
 - de reële kostenvergoeding (<https://www.vlaanderenvrijwilligt.be/wetgeving/kosten-en-vergoedingen/de-reele-kostenvergoeding>) met bewijsstukken, waaronder de kilometervergoeding;
 - de forfaitaire kostenvergoeding (<https://www.vlaanderenvrijwilligt.be/wetgeving/kosten-en-vergoedingen/de-forfaitaire-kostenvergoeding>), eventueel aangevuld met een kilometervergoeding;
- de voorwaarden waaronder iemand vrijwilligerswerk mag uitoefenen met behoud van uitkeringen (werkloosheidsuitkering, leefloon, ...).

Wat dat laatste punt betreft: de RVA heeft bepaald dat er tot 30 juni 2020 een vrijstelling van de aangifteplicht geldt voor tijdelijke werklozen die een vrijwillige activiteit willen uitoefenen voor een organisatie (bijvoorbeeld een vereniging zonder winstoogmerk of een openbare dienst). Wie tijdelijk werkloos is en als vrijwilliger ingeschakeld wordt in het schakelzorgcentrum, moet daarvan dus geen aangifte doen bij zijn uitbetalingsinstelling om zijn uitkering te kunnen behouden.

13.3.2 Rol voor de partners van het samenwerkingsverband

Het schakelzorgcentrum kan zelf geen vrijwilligers aantrekken (omdat het geen rechtspersoonlijkheid heeft), dat moet altijd gebeuren via de deelnemers aan het interbestuurlijke samenwerkingsverband. Als een van de partners vrijwilligers inzet in het schakelzorgcentrum, moet dat ook opgenomen worden in de samenwerkingsovereenkomst.

Elke organisatie (rechtspersoon) die deelneemt aan het samenwerkingsverband, moet ervoor zorgen dat de **bepalingen van de wet van 3 juli 2005 correct toegepast worden voor de vrijwilligers die zij aanlevert voor het schakelzorgcentrum**. Dat geldt dus niet alleen voor de lokale besturen van het interbestuurlijke samenwerkingsverband, maar bijvoorbeeld ook voor de initiatiefnemers van een dienst voor oppashulp en voor alle andere partners die deelnemen aan het interbestuurlijke samenwerkingsverband en vrijwilligers inzetten.

Organisaties die al eerder een informatienota bezorgden aan hun vrijwilligers, of hen al een vrijwilligerscontract lieten tekenen, moeten nagaan of de informatie die ze toen bezorgd hebben en de afspraken die toen met de vrijwilligers gemaakt werden, volstaan om hen in te zetten in het schakelzorgcentrum. Zij moeten ook hun **verzekeringsmaatschappij contacteren, om te controleren of de verzekeringen die ze afgesloten hebben voor hun vrijwilligers, ook de activiteiten dekken die ze zullen uitvoeren in het schakelzorgcentrum**.

Bij **nieuwe vrijwilligers**, die nog niet verbonden zijn aan een van de organisaties die deelnemen aan het interbestuurlijke samenwerkingsverband, staat het lokaal bestuur dat binnen het interbestuurlijke samenwerkingsverband de rol van beherende gemeente op zich neemt, in voor het inschakelen van die vrijwilligers, waarbij het de bepalingen van de wet van 3 juli 2005 moet naleven. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer het schakelzorgcentrum voor de samenstelling van zijn equipe beroep doet op de artsen, paramedici, verpleegkundigen en anderen die zich aangeboden hebben op het platform Help de Helpers (www.helpdehelpers.be), en zij ook effectief als vrijwilliger aan de slag gaan, en niet met een arbeidsovereenkomst. Opgelet: de arbeidsongeschiktheid als beroepsziekte geldt enkel voor zorgverleners in dienstverband. Vrijwilligers die ziek worden kunnen geen aanspraak maken op die verzekering. We adviseren dat de organisatie die de vrijwilligers inschakelt, nagaat of daarvoor een bijkomende verzekering afgesloten kan worden.

Wanneer er een **kostenvergoeding** betaald wordt aan de vrijwilligers, kunnen de verschillende partners in de samenwerkingsovereenkomst afspraken maken over het delen van de kosten en het financieren van die kosten vanuit de middelen die toegekend worden aan het schakelzorgcentrum. De kostenvergoeding voor vrijwilligers die ingezet worden door een voorziening die al reguliere subsidies ontvangt (bijvoorbeeld een dienst voor oppashulp), moeten in geen geval gedragen worden door het samenwerkingsverband, omdat die voorzieningen daarvoor al subsidies ontvangen.

13.4 VERZEKERINGEN EN AANSPRAKELIJKHEID

In de verschillende onderdelen hierboven werd al benadrukt dat de beherende gemeente en de andere partners van het interbestuurlijke samenwerkingsverband moeten nagaan of de verzekeringen die afgesloten werden, ook de activiteiten dekken die uitgevoerd worden in het schakelzorgcentrum, aangezien de bescherming van alle medewerkers cruciaal is in deze werkomgeving. We willen hier nog eens herhalen dat het **noodzakelijk is dat voor elke persoon op voorhand gecontroleerd wordt of die voldoende verzekerd is (ook voor beroepsziekten zoals COVID-19) om in het schakelzorgcentrum ingezet te kunnen worden, en zijn aansprakelijkheid bij fouten geregeld is**. Daarvoor kan geen eenduidige regeling naar voren geschoven worden: het is afhankelijk van iemands statuut (statutair of contractueel personeelslid, tijdelijk personeelslid, jobstudent, zelfstandige, vrijwilliger, ...) en de eigenlijke werkgever die de persoon in kwestie inzet in het schakelzorgcentrum.

14 SLUITING VAN HET SCHAKELZORGCENTRUM

Na 18 mei 2020 kan de administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid geen bijkomende erkenning meer verlenen voor de uitbating van een schakelzorgcentrum als beddenhuis, en kan een eerder verleende bijkomende erkenning niet meer verlengd worden. Schakelzorgcentra die op die datum beschikken over een bijkomende erkenning, blijven wel verder actief als beddenhuis tot het einde van de termijn van de bijkomende erkenning (of vroeger, als het beddenhuis al eerder gesloten kan worden).

Het is niet de bedoeling dat de schakelzorgcentra stand-by blijven en hun infrastructuur voor het beddenhuis beschikbaar houden voor een eventuele tweede piek van de pandemie. **Alle schakelzorgcentra moeten dus sluiten.** De opdracht om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen, blijven alle schakelzorgcentra, zowel die met als die zonder een geactiveerd beddenhuis, wel verder uitvoeren tot 30 juni 2020, waarna die opdracht overgenomen wordt door de zorgraden van de eerstelijnszones.

14.1 WAT NA 18 MEI 2020?

Bij een eventuele tweede piek van de pandemie zal het concept schakelzorgcentrum een andere invulling krijgen. **Er zal geen aparte intermediaire zorgvorm meer opgestart worden.**

Er wordt nu onderzocht op welke manier en onder welke voorwaarden **COVID-19-positieve patiënten in de reguliere zorgvormen opgenomen** kunnen worden. De concrete uitwerking daarvan wordt op dit ogenblik opgestart: capaciteit reserveren, regelgeving aanpassen en financiering uitwerken, ... Zeker in het kader van het contactonderzoek wordt het belangrijk om doelgroepen voor wie thuisisolatie moeilijk of onmogelijk is (kwetsbare personen, dak- en thuislozen, mensen in een krappe woning, ...), te kunnen opvangen in die reguliere zorgvormen.

We willen de ervaringen van de schakelzorgcentra graag gebruiken om die nieuwe invulling mee vorm te geven. Voorlopige versies van de inhoudelijke verslagen (zie punt 11.2.6) mogen daarom altijd al verstuurd worden naar eerstelijjn@vlaanderen.be. Als de stuurgroep van het schakelzorgcentrum dat wenst, kan het ook een overleg organiseren met Zorg en Gezondheid over de opgedane ervaringen en ideeën voor de toekomst.

14.2 SCHAKELZORGCENTRA ZONDER BEDDENHUIS

De schakelzorgcentra zonder bijkomende erkenning voor de uitbating als beddenhuis moeten na 18 mei 2020 hun **infrastructuur niet langer ter beschikking houden**. Iedereen die betrokken is bij het schakelzorgcentrum, kan na akkoord van de stuurgroep zijn functie/engagement neerleggen, met uitzondering van de personen die de opdracht op zich nemen om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen.

De algemene coördinator is verantwoordelijk voor de 'ontmanteling' van het initiatief, op vlak van administratie, logistiek en infrastructuur:

- alle betrokken actoren informeren;
- de verantwoordingsstukken opmaken: het inhoudelijke en financiële verslag (zie punt 11.2.6);
- het aangekochte (beschermings)materiaal verdelen in de regio;
- indien van toepassing de locatie leegmaken en herstellen in de oorspronkelijke staat;

- de subsidies verdelen;
- ...

De algemene coördinator blijft ook na de sluiting van het schakelzorgcentrum het eerste aanspreekpunt.

14.3 SCHAKELZORGCENTRA MET EEN ACTIEF BEDDENHUIS

Om een actief schakelzorgcentrum te kunnen sluiten, is het essentieel dat die **beslissing gedragen wordt door alle actoren van de stuurgroep**, zowel de eerstelijnszorgactoren als het ziekenhuis. Daarom moet voorafgaand aan de sluiting een **formeel akkoord** van de stuurgroep bezorgd worden aan Zorg en Gezondheid.

Naast de opdrachten voor de algemene coördinator die hierboven in punt 14.2 vermeld worden, moeten bij een actief beddenhuis ook de onderstaande punten uitgevoerd worden. Het is aangewezen om **minstens 14 dagen voor het einde van de termijn van de bijkomende erkenning voor de uitbating van het schakelzorgcentrum als beddenhuis, afspraken te maken** over die punten.

14.3.1 Opnamestop

De stuurgroep spreekt in onderling overleg een opnamestop af. Vanaf dat moment worden er **geen nieuwe patiënten meer opgenomen in het beddenhuis**. Er wordt voor die patiënten in eerste instantie een oplossing gezocht binnen het reguliere zorgaanbod. De vraag- en aanbodcoördinator kan eventueel helpen bij het zoeken van geschikte opvang.

Patiënten die al opgenomen zijn in het schakelzorgcentrum, kunnen daar blijven tot het moment van ontslag, of tot de sluiting van het schakelzorgcentrum (zie punt 14.3.2). In dat laatste geval wordt er voor de patiënten uit het schakelzorgcentrum ook een oplossing gezocht binnen het reguliere zorgaanbod.

14.3.2 Sluiting beddenhuis

Na de opnamestop spreekt de stuurgroep in onderling overleg ook een datum af voor de effectieve sluiting van het beddenhuis. Er kan **gewacht worden tot het ontslag van de laatste patiënt** uit het schakelzorgcentrum (voor zover de termijn van de bijkomende erkenning niet overschreden wordt). Wanneer een bepaalde datum afgesproken wordt voor de sluiting, kan dat ook impliceren dat er **voor de nog resterende patiënten een geschikte oplossing gezocht moet worden binnen het reguliere zorgaanbod**. De keuzevrijheid van de patiënt staat daarbij voorop.

De patiënt mag niet opdraaien voor de extra kosten die daarmee gepaard gaan. Het verblijf in het schakelzorgcentrum is voor de patiënt kosteloos (zie punt 11.4). Wanneer hij bijvoorbeeld naar een woonzorgcentrum overgebracht wordt totdat hij naar huis kan gaan, mag het verblijf in dat woonzorgcentrum niet ten laste zijn van de patiënt.

De **patiëntendossiers** worden gedurende de wettelijke termijn bijgehouden bij een arts die betrokken was bij het schakelzorgcentrum. Dat kan de huisarts zijn, of het ziekenhuis.

De locaties waar COVID-19-positieve patiënten verbleven, moeten **ontsmet** worden.

- Schat in hoeveel verzorgingsmateriaal, niet-steriele handschoenen, ... er nog nodig is voor de laatste dagen van de werking zodat er niet te veel materiaal op de dag van het sluiten van het schakelzorgcentrum weggegooid moet worden. Reden: dat materiaal wordt als besmet beschouwd. Opgelet: het materiaal in de propere zone in het sas hoeft niet weggegooid te worden. Bekijk hoeveel personeel er nodig is om het materiaal te reinigen en desinfecteren.

- Niet-limitatieve lijst van materialen die gereinigd en gedesinfecteerd moeten worden met chlooroplossing (1.000 ppm) (bereiding). Die schoonmaak gebeurt vooraleer het materiaal buiten de cohortruimte gebruikt wordt, zodat er geen contaminatie van schone ruimte(n)/materiaal gebeurt:
 - o tussenschermen:
 - indien afwasbaar: reinigen en desinfecteren;
 - indien textiel: wassen op een zo hoog mogelijke temperatuur (bij voorkeur 60° C). Bij voorkeur in de droogkast drogen;
 - o medisch materiaal: thermometer, stethoscoop, bloeddrukmeter, ...;
 - o patiëntgebonden materiaal zoals bedpannen, urinalen, wasbekkens, toiletstoelen;
 - o alle meubilair zoals matrassen, bedden, stoelen, tafels, nachtkastjes, zetels, ...;
 - o sanitair;
 - o tilliften, rolstoelen, loophulp, ...;
 - o verzorgingskar, medicatiekar, ...;
 - o schoonmaakkar;
 - o leuning(en) aan de muur in de gang(en);
 - o high touch oppervlakken zoals lichtschakelaars, deurklinken, liftknoppen;
 - o keukenkar;
 - o linnenkar/afvalkar;
 - o ...
- (Gestockeerd) servies/bestek/plateaus moeten gereinigd worden in de vaatwasmachine op min. 60° C.
- Alle wegwerpmateriaal dat in de kamers en de gemeenschappelijke ruimten aanwezig was, wordt als besmet beschouwd en moet dus weggegooid worden, zoals niet-steriele handschoenen, toiletpapier, toiletborstel, verbandmateriaal, ...

14.3.3 Personeel

Als zorgverleners de aanbevolen persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) dragen, worden hun contacten met COVID-19-positieve patiënten, bijvoorbeeld in het schakelzorgcentrum, niet beschouwd als risicocontacten. Voor hen geldt wel een algemene aanbeveling om strikte handhygiëne toe te passen en voor alle verplaatsingen buitenshuis een mondneusmasker van textiel te dragen. **Ze hoeven niet getest te worden vooraleer ze terugkeren naar hun reguliere werk.**

Een personeelslid dat COVID-19-symptomen ontwikkelt, contacteert altijd zijn huisarts om een test te laten uitvoeren en gaat in thuisisolatie.

Raadpleeg het [schematische overzicht](#) van het beleid voor het al dan niet testen (PCR) van zorgpersoneel tijdens de COVID-19-epidemie op basis van de richtlijnen van Sciensano.

15 KENNIS MET ELKAAR DELEN: DIGITAAL COMMUNICATIEPLATFORM VAN VIVEL

Het communicatieplatform tussen het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) en de sector (www.vivelverbindt.be) wordt gebruikt om goede praktijken in het kader van de coronacrisis (ruimer dan alleen de schakelzorgcentra) te capteren en te delen. Hier kan ook inspiratie gevonden worden voor bepaalde commerciële aanbiedingen (schoonmaak, internet, ...).

Vooraleer je iets kunt posten, moet je je registreren.

Op het platform kunnen eerstelijnsmedewerkers, gezondheidsprofessionals en lokale besturen intersectorale goede ideeën en initiatieven in verband met corona delen en leren van en met elkaar.

Thema's die al geselecteerd werden:

- Rol van de zorgraad
- Inzamelacties
- Professionele ondersteuning van personen thuis
- Vrijwilligerswerk en buurtzorg
- Ondersteuning van eerstelijnsmedewerkers en zorgprofessionals
- Samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuizen
- Triagepunt
- Schakelzorgcentrum: <https://www.vivelverbindt.be/p/theme/1178/posts>
- Andere

Elk gepost item heeft een eigen url en kan via de social media iconen ernaast gemakkelijk gedeeld worden op facebook en twitter.

VIVEL zorgt samen met de federale overheid voor een capaciteitsmonitoring in de eerste lijn. Dat instrument zal ook door de Vlaamse overheid worden gebruikt om de druk op de eerste lijn binnen een eerstelijnszone te evalueren.

COVID-19-eerstelijnsbarometer: op vaste momenten worden korte vragenlijsten ingevuld door o.a. Huisartsenpraktijken, Coördinerend en Raadgevend Artsen (CRA's) van de Woonzorgcentra (WZC), Triageposten, Apotheken, Thuisverpleegkundigen en diensten voor gezinszorg. Minstens volgende zaken worden bij hen in kaart gebracht:

1. werkbelasting;
2. incidentie mogelijke COVID-19-patiënten (en wat men ermee gedaan heeft: thuis blijven, triagepunt, spoed);
3. nood aan beschermend materiaal.

Op basis van de antwoorden wordt er een overzicht gemaakt van de situatie in het hele land. In Vlaanderen wordt er per beroepsgroep en per eerstelijnszone een statusrapport opgemaakt dat zowel lokaal als op Vlaams niveau gebruikt kan worden. De rapporten met de resultaten van de bevraging worden op regelmatige tijdstippen doorgemailed naar de voorzitters van de beroepskringen en naar de eerstelijnszonecoördinatoren. Op basis daarvan kunnen er gericht acties opgezet worden, zoals het opzetten van triageposten, cohortzorg, schakelzorgcentrum, ...

Meer informatie op <https://www.vivel.be/covid19monitoring/project>.

Link naar de bevraging voor de verschillende beroepsgroepen: <https://covid19.healthdata.be>.

16 CONTACTGEGEVENS

16.1 FEDERALE OVERHEID EN GOUVERNEURS

Dr. Katia Machiels - katia.machiels@health.fgov.be

16.2 ZORG EN GEZONDHEID

Team eerste lijn en team thuiszorg – eerstelij@vlaanderen.be

Vermeld de term 'schakelzorgcentrum' in het onderwerp van de e-mail.

17 BIJLAGEN

17.1 STAPPENPLAN: 3 VRAGEN OM TE EVALUEREN OF DE PATIËNT IN AANMERKING KOMT VOOR EEN OPNAME IN HET SCHAKELZORGCENTRUM (BEDDENHUIS)

Stap 1 – Wordt de patiënt ontslagen uit het ziekenhuis of wordt de patiënt verwezen via het pretriagecentrum nadat de patiënt werd geëvalueerd op spoed?

- Ja → ga naar stap 2.
- Nee → de persoon kan niet worden opgenomen in het schakelzorgcentrum. Opname is enkel mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis of via een rechtstreekse verwijzing vanuit het pretriagecentrum of de huisartsenpraktijk nadat de persoon eerst via spoedgevallen werd geëvalueerd.

Stap 2 – Kan de patiënt worden opgevangen in de thuissituatie (voldoende mantelzorg, voldoende professionele omkadering)?

- Ja → de persoon kan niet worden opgenomen in het schakelzorgcentrum. Verwijs door naar de thuissituatie.
- Nee → ga naar stap 3.

Stap 3 – Heeft de patiënt een laag zorgprofiel of is de patiënt herstellende van een COVID-19-infectie en heeft hij nog nood aan verhoogd toezicht?

- Ja → de persoon komt in aanmerking voor een opname in het schakelzorgcentrum (beddenhuis).
- Nee → is hospitalisatie dan toch niet de beste oplossing?

17.2 PROCEDURE OM EEN SCHAKELZORGCENTRUM AAN TE MELDEN EN OP TE STARTEN

Stap 1 - aanmelden van de locatie

De gouverneur keurt de locatie voor het beddenhuis van het schakelzorgcentrum goed. Het schakelzorgcentrum wordt aangemeld bij de Vlaamse overheid door de provinciale noodplanningscoördinator via een webformulier.

Stap 2 - fase 1 - de voorbereiding opstarten

Tijdens deze fase zal er een algemene coördinator en een zorg- en welzijnscoördinator worden aangesteld. De algemene coördinator start samen met de zorg- en welzijnscoördinator de voorbereiding voor het schakelzorgcentrum. Niet elk schakelzorgcentrum zal effectief als beddenhuis opgestart worden in fase 2.

Stap 3 - fase 2 - de effectieve opstart als beddenhuis

Zorg en Gezondheid beoordeelt dagelijks de ziekenhuiscapaciteit en de capaciteit in de eerstelijnsstructuren.

Zorg en gezondheid evalueert daarvoor onderstaande, niet-limitatieve lijst van factoren:

1. De capaciteit van de niet-ICU-COVID-19-bedden in het ziekenhuis EN het bijhorende netwerk. Zorg en Gezondheid kijkt hiervoor naar de niet-ICU-COVID-19-bedden, dus niet de bedden intensieve zorgen. Andere factoren zoals bijvoorbeeld de verzadiging van de spoedgevallendiensten en de personeelsuitval in het ziekenhuisnetwerk worden mee in overweging genomen.
2. De capaciteit in de eerste lijn. Daarvoor zal onder andere de COVID-19-barometer en de zorgcapaciteit van de woonzorgcentra mee in rekening gebracht worden.
3. Signalen vanuit het werkveld – bv. lokale ziekenhuizen, lokale besturen, huisartsenkringen en andere actoren in de eerstelijnszones.
4. Eventuele contacten die er al geweest zijn tussen het team infectieziekten en het ziekenhuis, de woonzorgcentra of andere zorgvoorzieningen in de regio.

Stap 4 - beslissing van de Vlaamse Regering

Het is de Vlaamse Regering die effectief beslist of het schakelzorgcentrum zal worden opgestart als beddenhuis.

17.3 INHOUD FEDERALE VRAGENLIJST SCHAKELZORGCENTRA (LINK)

Vragenlijst schakelzorgcentra/intermediate care

In het kader van de strijd tegen het COVID-19 virus vindt er momenteel een analyse plaats van de mogelijke schakelzorgcentra die kunnen dienen als tijdelijke opvang van patiënten die niet verder gehospitaliseerd dienen te blijven maar niet naar hun verblijfplaats kunnen terugkeren. Het is noodzakelijk om deze patiënten in goede omstandigheden en gestructureerd op te vangen aangezien ook zij nog steeds een bron van besmetting kunnen vormen.

Ook kunnen deze schakelzorgcentra gebruikt worden voor patiënten, die gezien werden op een triagepost van de huisartsen/spoedgevallendienst en geen opname vergen, maar niet in de thuissituatie kunnen verzorgd worden

Om de opvangstructuren te identificeren die in dit kader kunnen worden gebruikt, organiseert de federale overheid, in overleg met de autoriteiten van de gewesten en gemeenschappen, een verzameling van informatie bij de mensen die op het terrein werkzaam zijn.

De verzamelde informatie zal het mogelijk maken een kadaster op te stellen van alternatieve oplossingen voor de traditionele zorgstructuren die in de context van de huidige gezondheids crisis zouden kunnen worden geactiveerd om tegemoet te komen aan behoeften waarin de traditionele structuren niet kunnen voldoen.

De gegevens zullen door de FOD Volksgezondheid worden verwerkt en ter beschikking worden gesteld van de provinciale gouverneurs. Zij zullen alleen worden gebruikt in het kader van het crisisbeheer in verband met de coronaviruspandemie

U kan hier een antwoordformulier vinden waarin wij vragen om binnen uw provincie, gemeente, zone of netwerk een analyse uit te voeren aangaande eventuele opvangmogelijkheden en deze te definiëren. Zodoende kan het nodige netwerk van schakelzorgcentra opgebouwd worden binnen uw regio.

Er wordt gedacht aan leegstaande WZC of ziekenhuizen, aan hotels, aan internaten, revalidatiecentra, vakantiecentra, ... waar reeds infrastructuur aanwezig is om personen te herbergen

U kan ook informatie geven over faciliteiten die niet bedoeld zijn voor accommodatie, maar die, als er een gebrek aan ruimte is, eventueel op deze manier tot ontwikkeling kunnen worden gebracht.

Indien u informatie wenst te bezorgen over meerdere vestigingen, nodigen wij u uit om voor elke infrastructuur afzonderlijk een vragenlijst in te vullen. Er is geen limiet aan het aantal vragenlijsten dat u kan invullen.

In geval van activering van de aangemelde infrastructuur verbindt de federale overheid zich ertoe om, in samenwerking met de gewest- en gemeenschapsoverheden, de vereiste herstellingswerken op zich te nemen, alsook het herstel van de installaties en de sanering ervan wanneer beslist wordt om de gebouwen te verlaten.

Er wordt ook aan zij die niet beschikken over mogelijke oplossingen gevraagd om een antwoord te formuleren (nihil). Zodoende kan de situatie optimaal in kaart gebracht worden.

Deze centra moeten in ieder geval voldoen aan de volgende minimale voorwaarden:

- Eenvoudig bereikbaar

- Voorzien van de nodige nutsvoorzieningen:
 - o Aansluiting op energie- en waternetwerk
 - o Aansluiting op het rioleringsnetwerk

Dank bij voorbaat.

1. Uw naam en uw voornaam:.....
2. Uw functie:
3. Benaming van uw organisatie:
4. E-mailadres of telefoonnummer waarop u bereikt kan worden:
5. Bent u op de hoogte van voorzieningen in uw activiteitszone die als tijdelijke accommodatie kunnen worden gebruikt en die voldoen aan de minimumeisen voor aansluiting op openbare diensten (riolering, enz.)?
 - o Ja
 - o Nee
6. Wat is het adres van deze installatie?
.....
7. Wordt de installatie momenteel uitgebaat?
 - o Ja
 - o Nee
8. Als de faciliteit momenteel in bedrijf is, door wie wordt de installatie momenteel uitgebaat en welke zijn de contactgegevens?
Eigenaar (publiek of privé)
Beheerder.....
Directeur.....
9. Wanneer denkt u dat de installatie vrij is?
Datum (DD/MM/JJJJ)
10. Voor hoe lang denkt u dat de installatie vrij is voor eventueel gebruik?
.....
11. Is de voorziening een bestaande zorg of een (woon)voorziening voor persoonlijke verzorging?
 - o Ja
 - o Nee
12. Bevinden er zich nog patiënten/bewoners binnen deze installatie?
 - o Ja
 - o Nee
13. Als er nog steeds bewoners/patiënten in de inrichting verblijven, wat is dan hun profiel?
.....
14. Is het mogelijk om een deel van het gebouw te isoleren om specifieke units te creëren?
 - o Ja
 - o Nee

15. Is het omkaderingspersoneel (zorgverleners of logistiekers) nog steeds werkzaam, technisch werkloos of servicevrijstelling?

.....

16. Welke gezondheids- en andere beroepen zijn er vertegenwoordigd?

- artsen
- verpleegkundigen
- opvoeders
- maatschappelijk werkers
- Andere (gelieve te specificeren).....

17. Hoeveel bedden heeft de faciliteit op dit moment?

.....

18. Hoe lang zou het opzetten duren?

.....

19. Wat is het huidige gebruik van de faciliteit?

- Vakantiehuis
- School
- Gemeenschapsruimte
- Andere (gelieve te specificeren).....

20. Wat is de maximale capaciteit qua bedden waar de installatie van voorzien kan worden rekening houdend met een minimale afstand van 2 meter tussen de bedden?

.....

21. Over hoeveel lokalen beschikt de locatie waarin:

01 bed geplaatst kan worden

02 bedden geplaatst kunnen worden

04 bedden geplaatst kunnen worden

+04 bedden geplaatst kunnen worden

22. Gelieve een beschrijving te geven van de beschikbare sanitaire voorzieningen (toiletten, douches, wastafels, linnengoed, ... en aantal)?

Aantal toiletten:

Aantal douches:

Aantal wastafel:

Huishoudlinnen (ja/nee):

Andere (specificeren):

23. Is er een ruimte beschikbaar voor:

- Een zaal voor het zorgpersoneel
- Het administratief personeel
- Een rustzone voor het personeel
- Een onderzoeksruimte
- Een lokaal voor de opslag van geneesmiddelen
- Een eetzaal

24. Is het mogelijk om in de directe omgeving van het gebouw extra apparatuur, zoals containers, toe te voegen?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

25. Zijn er sanitaire voorzieningen gescheiden van de patiëntenzones?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

26. Moet de installatie vooraf worden gereinigd?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

27. Wat is het EPB van het gebouw? (A, B, C, D, E, F of G)

- A
- B
- C
- D
- E
- F
- G
- Ik weet het niet
- Andere (gelieve te specificeren)

.....

28. Is het gebouw na het jaar 2000 gebouwd of gerenoveerd?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

29. Is het gebouw brandveilig verklaard?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

30. Is er een onderhoudscontract (nutsvoorzieningen, kuisfirma's,...) voor deze installatie?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

31. Indien er onderhoudscontracten bestaan, welke type van contract is het dan?

- nutsvoorziening
- kuisfirma
- linnenbedrijf
- Andere (gelieve te specificeren)

.....

32. Is er een bestaande catering, binnen de installatie, die in staat is om volwaardige maaltijden aan te bieden?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

33. Als de faciliteit geen cateringfaciliteit biedt, is er een mogelijkheid in de buurt van de installatie om catering te voorzien (OCMW, firma's,...)?

- Ja
- Nee

34. Heeft u vrijwilligers die in de beschreven faciliteit zouden kunnen werken?

- Ja
- Nee

35. Heeft u nog andere zorgverleners beschikbaar?

- Ja
- Nee

36. Indien ja, hoeveel :

- Verpleegkundigen
- zorgkundigen.....
- logistieke ondersteuning.....
- administratie.....
- andere (gelieve te specificeren).....

37. Welke huisartsenkring zal instaan voor de medische zorg (contactpersoon)?

.....

38. Heeft u nog aanvullende suggesties/opmerkingen/overwegingen?

.....

.....

.....

.....

.....

17.4 NOTA JURIDISCH KADER

Inhoud:

1. Vraagstelling
2. Het interbestuurlijk samenwerkingsverband
3. Beslissing tot oprichting/deelname
4. Voorstel van overeenkomst met statutaire draagkracht
5. Conclusie

Bijlage:

Ontwerp van overeenkomst met statutaire draagkracht van een interbestuurlijk samenwerkingsverband schakelzorgcentrum

1. Vraagstelling

Vanuit de sector wordt de vraag gesteld naar een vorm van 'protocolakkoord' om de oprichting van een intergemeentelijk schakelzorgcentrum mogelijk te maken. Dit akkoord kan ook nuttig zijn voor de samenwerking in het kader van een pre-triagecentrum.

2. Het interbestuurlijk samenwerkingsverband

De intergemeentelijke samenwerking zonder rechtspersoonlijkheid, meer bepaald het interbestuurlijk samenwerkingsverband, kan voor de gevraagde bestuurlijke afdekking zorgen. Hierbij wordt een (lichte) vorm van intergemeentelijke samenwerking opgericht met behulp van een overeenkomst met statutaire draagkracht.

De toepasselijke regelgeving vinden we in het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur (hierna: DLB), meer bepaald in de artikelen 392 tot en met 395.

Aan dit samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid mogen naast de gemeenten ook andere publiekrechtelijke en privaatrechtelijke rechtspersonen deelnemen. (DLB art. 392, tweede lid).

In het geval dat naast de gemeenten ook andere overheden deelnemen spreken we van een interbestuurlijk samenwerkingsverband (DLB art 392, vierde lid). (In het geval enkel gemeenten deelnemen krijgt het samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid de courantere benaming 'interlokale vereniging').

Eén gemeente neemt binnen dit samenwerkingsverband de rol van beherende gemeente op zich (DLB art. 394). De andere gemeenten/deelnemers kunnen decretaal geen personeel inzetten voor het samenwerkingsverband, maar het is onbetwist in de rechtsleer en administratieve praktijk dat zij wel een inbreng van nijverheid kunnen doen in het samenwerkingsverband. Op deze manier kunnen zij wel een bepaalde nijverheid (bv. het uitvoeren van taken) als inbreng doen, en die taken laten uitoefenen door hun eigen personeel. Het werkgeversgezag gaat daarbij niet over van de inbrengende gemeente naar het interbestuurlijk samenwerkingsverband, maar in de praktijk kan er op deze manier wel personeel ingezet worden ten behoeve van het schakelzorgcentrum.

We benadrukken dat het gaat om de lichtste vorm van intergemeentelijke samenwerking die het DLB biedt, met andere woorden de lichtste vorm om een kader te bieden voor de samenwerking tussen de gemeenten en andere publieke of private actoren. Aangezien het samenwerkingsverband geen

rechtspersoonlijkheid heeft, kan het niet over eigen budgetten of personeel beslissen, maar kunnen alle transacties via de gemeenten gaan. Eigenlijk is het samenwerkingsverband dus een soort raamcontract tussen gemeentebesturen, of zoals de term uit het DLB ook verduidelijkt: het is een overeenkomst tussen gemeenten, maar ze heeft een zekere statutaire draagkracht.

De overeenkomst met statutaire draagkracht die de basis vormt van het interbestuurlijk samenwerkingsverband moet minstens de volgende elementen bevatten (DLB art. 393):

- bepalingen over de duur en eventuele verlenging van het samenwerkingsverband;
- de opzegmogelijkheid;
- de inbreng van de verschillende deelnemers en de wijze waarop die inbreng wordt beheerd;
- de interne organisatie;
- de wederzijdse rechten en verplichtingen en de financiële repercussies;
- de informatieverstrekking aan de deelnemers en de jaarlijkse evaluatie door de gemeenteraden;
- de opmaak van de rekeningen en de bestemming van het resultaat;
- de financiële controle en
- de vereffening.

Elke deelnemer levert één afgevaardigde in het beheerscomité van het interbestuurlijk samenwerkingsverband. Dit beheerscomité overlegt over de wijze waarop de overeenkomst wordt uitgevoerd (DLB art. 395). Deze afgevaardigde wordt aangewezen onder de gemeenteraadsleden, de schepenen en de burgemeester.

Daarnaast kan het voor het bestuur, beheer, dagelijks bestuur, de organisatie en leiding van het interbestuurlijk samenwerkingsverband een eigen werkbare structuur worden opgezet, waarbij elke mogelijke stuurgroep, bestuursorgaan of personeelslid kan worden ingezet.

Voor de eventuele oprichting van pre-triagecentra kan een gelijkaardige werkwijze gevolgd worden.

3. Beslissing tot oprichting/deelname

Elke beslissing tot het oprichten van en het toetreden tot rechtspersonen en het beslissen tot oprichting van, deelname aan of vertegenwoordiging in agentschappen, instellingen, verenigingen en ondernemingen kan enkel door de gemeenteraad worden genomen (DLB art. 41, 4°). Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de huidige digitale mogelijkheden.

Mocht de situatie ongunstig evolueren en deze beslissing absoluut geen uitstel meer dulden dan kan deze beslissing ook door de burgemeester genomen worden. Immers, in geval van onvoorziene gebeurtenissen, waarbij het geringste uitstel gevaar of schade zou kunnen opleveren voor de inwoners, kan de burgemeester politieverordeningen maken in plaats van de gemeenteraad, onder verplichting om daarvan onverwijld aan de gemeenteraad kennis te geven (artikel 134, §1 Nieuwe Gemeentewet, hierna NGW). De eerstvolgende gemeenteraad zal deze beslissing bekrachtigen.

De gemeenten hebben tot taak het voorzien, ten behoeve van de inwoners, in een goede politie, met name over de zindelijkheid, de gezondheid en de rust op openbare wegen en plaatsen en in openbare gebouwen (NGW, artikel 135). Meer specifiek is de volgende zaak van politie aan de gemeente toevertrouwd: “het nemen van passende maatregelen om rampen en plagen, zoals brand, epidemieën en epizoötiën te voorkomen en het verstrekken van de nodige hulp om ze te doen ophouden” (NGW art. 135, §2, 5°).

In dit geval neemt één van de passende maatregelen om de epidemie te doen ophouden de vorm aan van een deelname aan een interbestuurlijk samenwerkingsverband.

Bijgevolg kan de beslissing tot oprichting of deelname aan het interbestuurlijk samenwerkingsverband eventueel ook genomen worden door de burgemeester en daarna bekrachtigd worden op de eerstvolgende gemeenteraad.

4. Voorstel van overeenkomst met statutaire draagkracht

Wij maakten een model op van overeenkomst met statutaire draagkracht. Dit model is een bijlage bij deze nota. Het kan als bijlage bij het draaiboek schakelzorgcentra ter beschikking gesteld worden aan de lokale besturen.

In hoofdlijnen voorziet het model in de volgende bepalingen:

- Een preambule met motivering en rechtsgrond van de overeenkomst
- Artikel 1: Naam en rechtsvorm
- Artikel 2: Hier kunnen de deelnemers aan de overeenkomst worden opgesomd
- Artikel 3: Er is voorzien in een toetredingsmogelijkheid van nieuwe partners, die later bij de overeenkomst kunnen aansluiten. Dit om proactief in te spelen op een mogelijke toekomstige nood aan herschikking of toetreding.
- Artikel 4: Het doel van de overeenkomst
- Artikel 5: Aanduiden van een beherende gemeente (voorzien in het DLB)
- Artikel 6: Verduidelijking over het karakter van de personeelsinzet, conform het DLB en de rechtsleer
- Artikel 7: Duurtijd van de overeenkomst: er wordt gekozen voor een flexibele duurtijd, nl. zolang als nodig is voor de bestrijding van de COVID-19-crisis.
- Artikel 8: We opteren voor een bestuursorgaan dat formeel voorzien is in het DLB (het beheerscomité) maar dat erg minimaal ingevuld kan worden en enkel op grote lijnen stuurt en voor democratische terugkoppeling zorgt. Voor het eigenlijke bestuur kan dan gewerkt worden met de noodplanningsorganen zoals die door het draaiboek en de gouverneur worden bepaald.
- Artikel 9: Voor hun financiële inbreng komen de gemeenten een verdeelsleutel overeen. Zonder akkoord wordt teruggeregpen naar het aantal inwoners.
- Artikel 10: Enkele standaardbepalingen over de financiën en financiële controle
- Artikel 11: Een standaardbepaling over democratische controle en terugkoppeling naar de gemeenteraden
- Artikel 12: Een standaardbepaling over de ontbinding en vereffening

5. Conclusie

Het oprichten van een interbestuurlijk samenwerkingsverband, in overeenstemming met DLB art. 392-395, zorgt voor een voldoende bestuurlijke en juridische kadering voor het oprichten van een intergemeentelijk schakelzorgcentrum. Voor de eventuele oprichting van pre-triagecentra kan een gelijkaardige werkwijze gevolgd worden.

De beslissing tot oprichting of deelname wordt genomen door de gemeenteraad. Wanneer ten gevolge van onvoorziene gebeurtenissen geen enkel uitstel mogelijk is, kan de burgemeester de beslissing nemen, waarbij deze beslissing bekrachtigd wordt op de eerstvolgende gemeenteraad.

17.5 ONTWERP OVEREENKOMST JURIDISCH KADER

Overeenkomst met statutaire draagkracht van het interbestuurlijk samenwerkingsverband "schakelzorgcentrum <NAAM>"

Preambule

Gezien het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur (DLB), meer bepaald artikelen 392-395.

Gezien het "Draaiboek Schakelzorgcentra" van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse overheid, gepubliceerd op www.zorg-en-gezondheid.be.

Gezien het Koninklijk besluit van 22 mei 2019 betreffende de lokale noodplanning.

Overwegende dat artikel 392 van het DLB bepaalt dat twee of meer gemeenten een samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid kunnen vormen om, zonder beheersoverdracht, een welbepaald project van gemeentelijk belang te verwezenlijken. Overwegende dat het samenwerkingsverband andere overheden dan gemeenten als deelnemer mag hebben krachtens art. 392, vierde lid DLB en zich dan "interbestuurlijk samenwerkingsverband" mag noemen.

Overwegende dat het "Draaiboek Schakelzorgcentra" van het Agentschap Zorg en Gezondheid aan de provinciegouverneurs, lokale besturen en zorgverleners oplegt om voorbereidingen te starten om schakelzorgcentra op te richten, die zorgen voor extra noodcapaciteit naar aanleiding van de COVID-19 uitbraak.

Overwegende dat de deelnemers aan deze "overeenkomst met statutaire draagkracht" de nodige afspraken willen maken over de oprichting van een schakelzorgcentrum, onder meer (maar niet beperkt tot) de logistieke voorwaarden, de inbreng van middelen, personeel en logistiek, de communicatie en de bestuurlijke en democratische terugkoppeling.

Overwegende dat het aan te raden is dat de algemene bestuurlijke aansturing van het schakelzorgcentrum gebeurt volgens de principes van de intergemeentelijke samenwerking uit het DLB, meer bepaald met een beheerscomité, maar dat dit minimaal ingevuld kan worden en enkel moet samenkomen indien noodzakelijk voor fundamentele beslissingen en voor democratische terugkoppeling. Overwegende dat het daadwerkelijke bestuur, met als rechtsgrond de regels over het beheer van een crisissituatie, kan uitgevoerd worden overeenkomstig de instructies van de centrale overheden, te weten de provinciegouverneur en de bevoegde Vlaamse en federale overheden, overeenkomstig het Koninklijk besluit van 22 mei 2019 betreffende de lokale noodplanning.

Artikel 1. Naam en rechtsvorm

Er wordt een Interbestuurlijk Samenwerkingsverband (IBSV) opgericht, op grond van artikel 392, vierde lid van het decreet van 22 december 2017 over het lokaal bestuur (DLB), genaamd "Schakelzorgcentrum <NAAM>", voorts genoemd "het IBSV" of "de vereniging".

Artikel 2. Deelnemers

De deelnemers aan het IBSV zijn:

Artikel 3. Toetreding

De toetreding van een nieuwe deelnemer is mogelijk. De toetreding wordt voorlopig aanvaard door het bestuur bedoeld in art. 8, §2 van deze statuten. De toetreding wordt daarna ter bekrachtiging voorgelegd aan de andere deelnemers.

Artikel 4. Doel

Het doel van het IBSV is om tussen alle deelnemende partijen een afsprakenkader te maken over de oprichting, de duur, de opzegmogelijkheid, de inbreng van de deelnemers en de wijze waarop die inbreng wordt beheerd, de interne organisatie, de wederzijdse rechten en verplichtingen en de financiële repercussies, de informatieverstrekking aan de deelnemers en de jaarlijkse evaluatie door de gemeenteraden, de opmaak van de rekeningen en de bestemming van het resultaat, de financiële controle en de vereffening van het Schakelzorgcentrum <NAAM>.

De vereniging kan bij gemotiveerd besluit beslissen om zijn doel te verruimen naar andere hulpverleningsacties die noodzakelijk zijn voor de bestrijding van de COVID-19-epidemie.

Artikel 5. Beherende gemeente

In overeenstemming met art. 393 DLB, wordt de gemeente <NAAM> aangesteld als beherende gemeente van het IBSV.

De administratieve zetel van het IBSV is gevestigd in het gemeentehuis van de beherende gemeente.

Artikel 6. Personeelsinzet ten behoeve van het IBSV

De beherende gemeente kan eigen personeel inzetten ten behoeve van de IBSV.

Alle andere deelnemers kunnen een inbreng van nijverheid doen in het IBSV waarbij ze zich verbinden om bepaalde opdrachten uit te voeren. Zij kunnen personeelsleden of andere personen aanduiden die deze opdrachten uitvoeren. Het werkgeversgezag kan echter nooit worden overgedragen naar het IBSV.

Artikel 7. Duurtijd, uittreding

Het IBSV wordt opgericht voor de duur die nodig is om het schakelzorgcentrum zijn taken te laten uitoefenen en afronden. Dat duurt zolang het schakelzorgcentrum nodig is om de COVID-19 uitbraak te bestrijden. Een vervroegde uittreding uit deze overeenkomst is niet mogelijk, tenzij deze opgelegd of mogelijk gemaakt wordt door de bevoegde federale of Vlaamse overheid, of door de bevoegde minister of provinciegouverneur in het kader van de coördinatie van de noodplanning, om de organisatie van de schakelzorgcentra te veranderen of om de COVID-19-crisis op een andere manier te bestrijden.

Binnen de bevoegdheden van de coördinatie van de noodplanning, kan de provinciegouverneur bepaalde lokale besturen verzoeken om tot een andere IBSV/schakelzorgcentrum toe te treden. In dat geval is een uittreding uit deze IBSV

mogelijk, maar komt het lokaal bestuur de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst nog na, eventueel pro rato temporis van de aangesloten periode.

De ontbinding van het IBSV gebeurt slechts na schriftelijk akkoord van een drievierde meerderheid van de bevoegde organen van de deelnemers.

Artikel 8. Bestuur en beheer

§1. Publiekrechtelijk beheerscomité

Binnen het IBSV wordt een beheerscomité opgericht, dat conform artikel 395 DLB is samengesteld is uit één afgevaardigde van elke deelnemer, en dat overlegt over de wijze waarop de overeenkomst wordt uitgevoerd. Alleen natuurlijke personen kunnen afgevaardigde zijn van een deelnemer. De afgevaardigden voor de deelnemende gemeenten worden aangewezen onder de gemeenteraadsleden, de burgemeester en de schepenen. Het beheerscomité formuleert waar nodig adviezen ten behoeve van de beherende gemeente, stelt de rekeningen van het IBSV vast en legt ze ter goedkeuring voor aan de raden van de deelnemende gemeenten, waarvan de gewone meerderheid de goedkeuring verleent. Het beheerscomité legt de organisatie van zijn werkzaamheden vast in een huishoudelijk reglement dat bij de overeenkomst gevoegd wordt zonder dat het er deel van uitmaakt. Uitgezonderd de personen die het ambt van burgemeester of schepenen waarnemen, kunnen de leden van het beheerscomité per bijgewoonde vergadering presentiegeld ontvangen dat gelijk is aan het hoogste bedrag dat uitkeerbaar is aan een gemeenteraadslid voor een gemeenteraadzitting in een van de deelnemende gemeenten.

Het beheerscomité stuurt enkel op de grote organieke lijnen. Het kan virtueel vergaderen en komt slechts samen voor de uitoefening van bevoegdheden die het specifiek zijn toegewezen door de wet, het decreet, door deze statuten of indien daar een dringende noodzaak toe bestaat. Het beheerscomité komt minimum 1 keer per jaar samen.

§2. Bestuur en beheer vanuit de noodplanning

Voor het bestuur, beheer, dagelijks bestuur, de organisatie en leiding van het IBSV volgen de deelnemers de geldende regels over het beheer van een crisissituatie en de instructies van de provinciegouverneurs en de instructies van het Agentschap Zorg en Gezondheid, zoals opgenomen in het "Draaiboek Schakelzorgcentra". In principe bezorgt Zorg en Gezondheid alle informatie via de provinciegouverneurs.

De provinciegouverneur zorgt ervoor dat een werkbare structuur opgezet wordt, die start met het oprichten van een schakelzorgcentrum. Hiertoe kan elke mogelijke stuurgroep, bestuursorgaan of personeelslid worden ingezet of aangeduid.

Deze organen kunnen aangepast worden door de simpele wijziging van de instructies van de centrale overheden, zonder dat daarvoor een wijziging aan deze overeenkomst nodig is.

§3. Huishoudelijk reglement en satellieten

Voor het bestuur, beheer, dagelijks bestuur en organisatie van het schakelzorgcentrum, kan de stuurgroep of een ander orgaan in het kader van de noodplanning, een huishoudelijk reglement opmaken.

Evenzo kan het schakelzorgcentrum een satellietcentrum opstellen, en de verantwoordelijkheid daarvoor opdragen aan een adjunct-coördinator.

Artikel 9. Financiën en bijdrage in de kosten

Opmerking: de deelnemers kunnen dit artikel zelf wijzigen en een zelfgeschreven verdeelsleutel over de bijdrage in de kosten invoeren

§1. De deelnemende gemeenten reserveren een bedrag voor de werking van het IBSV. Ze komen een verdeelsleutel overeen over hun respectieve financiële inbreng. Zonder akkoord, bedraagt het aandeel van elke individuele deelnemende gemeente in de totale bijdragen van de gemeenten een breuk van het aantal inwoners dat de gemeente telt (officieel inwonersaantal op 1 januari 2019) op het totale aantal inwoners van alle deelnemende gemeenten aan de vereniging. De deelnemende gemeenten verbinden zich ertoe dat volgens deze verdeelsleutel financiële middelen worden ingezet.

De beherende gemeente (voor o.a. de inbreng van medewerkers) en de andere gemeenten (voor andere vormen van inbreng) bepalen in onderling overleg of en in welke mate deze inbreng financieel wordt aangerekend aan de vereniging.

§2. Alle deelnemers die geen gemeente zijn, verbinden zich ertoe, in het kader van hun publieke taak om de volksgezondheid te helpen, om de nodige inbrengen te doen in de vereniging die nodig zijn voor een vlotte operationaliteit van het schakelzorgcentrum. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan de eerstelijnszones die van rechtswege reeds de bevoegdheid hebben om de COVID-19-crisis aan te pakken. Zij verbinden zich ertoe om dat te doen door in deze structuur mee te werken aan de inrichting en werking van het schakelzorgcentrum voor de betrokken regio.

Er wordt in onderling overleg bepaald of en in welke mate deze inbreng financieel wordt aangerekend aan de vereniging.

§3. De deelnemers verbinden zich ertoe om de nodige bijdragen te doen aan de vereniging die noodzakelijk zijn voor de bescherming van de volksgezondheid. De bescherming van de volksgezondheid en openbare orde zal primeren indien budgetten vrijgemaakt moeten worden. Indien achteraf onenigheid zal bestaan over de bijdragekosten, zullen in eerste instantie de in deze overeenkomst gemaakte afspraken tussen de deelnemers richtinggevend zijn. In tweede orde geldt het principe dat elke deelnemende gemeente bijdraagt proportioneel aan zijn totale inwonersaantal op het totale inwonersaantal van alle deelnemende gemeenten. Indien daar verdere onenigheid over bestaat, duiden zij de provinciegouverneur aan als bemiddelaar die bemiddelt over de bijdrage in de kosten. Bij blijvende onenigheid kan de Vlaamse minister bevoegd voor binnenlands bestuur een eindbeslissing nemen.

Artikel 10. Financiën en democratische terugkoppeling

Bij oprichting stellen de deelnemende gemeenteraden, in verhouding tot hun respectieve inbreng, het in artikel 9 bedoelde bedrag ter beschikking van het IBSV.

Indien bijkomende middelen nodig zijn, stelt het beheerscomité een actieplan en kostenraming vast en maakt deze zo snel mogelijk over aan de deelnemers (voor de gemeenten de gemeenteraden), die ze ter goedkeuring voorleggen aan hun beslissend orgaan (voor de gemeenten de gemeenteraden).

De rekening van het IBSV wordt jaarlijks ter goedkeuring voorgelegd aan de deelnemers. Het IBSV zorgt ervoor dat de rekening en de bijhorende verantwoordingsstukken aan de deelnemers worden overgemaakt, uiterlijk binnen de zes maanden na afsluiting van het voorgaande werkjaar.

De rekeningen zijn goedgekeurd indien de gewone meerderheid van de deelnemers én de gewone meerderheid van de gemeenteraden van de deelnemers ze goedkeurt. Het eventueel positief resultaat van de rekening blijft in de vereniging en wordt aangewend voor de realisatie van de doelstellingen van de vereniging. Eventuele tekorten worden evenredig verdeeld over de deelnemers en door hen bijgesteld, met inachtnaam van de principes vermeld in artikel 9.

De boekhouding en de rekening van het IBSV wordt gecontroleerd door het beheerscomité, die daarvoor de opdracht kan geven aan de financiële dienst van de beherende gemeente of van een andere deelnemende gemeente.

Artikel 11. Informatieverstrekking aan de deelnemers en jaarlijkse evaluatie door de gemeenteraden

Aan de deelnemers van het IBSV wordt op geregelde wijze informatie versterkt, via de leden van het beheerscomité, die instaan voor de verdere informatieverstrekking naar hun organisatie (gemeenteraad indien het om een gemeente gaat).

Indien de vereniging langer dan 1 jaar bestaat, wordt jaarlijks aan de deelnemers een jaarverslag ter beschikking gesteld. Indien de vereniging binnen het jaar ontbonden wordt, volstaat een beknopt eindverslag.

Het jaarverslag of eindverslag wordt samen met de rekening aan de deelnemers ter goedkeuring voorgelegd.

De leden van het beheersorgaan die een gemeente vertegenwoordigen, leggen verantwoording af aan hun gemeenteraad.

Artikel 12. Ontbinding en vereffening

Wanneer aan het bestaan van de vereniging een einde komt, worden door de deelnemers in gezamenlijk akkoord één of meerdere vereffenaars aangesteld. De in de vereniging aanwezige middelen worden in voorkomend geval verdeeld over de deelnemers a rato van dezelfde verdeelsleutel als vermeld in art. 9. Ook eventuele tekorten worden op deze basis evenredig verdeeld over de deelnemers.

Tussen de ondertekenaars wordt deze overeenkomst met statutaire draagkracht gesloten,

Voor de gemeente XXX:

De burgemeester:

De algemeen directeur:

17.6 RICHTLIJNEN BRANDVEILIGHEID

////////////////////////////////////
Datum: 6 april 2020
Auteur: Ann Beusen
Onderwerp: **Draaiboek schakelzorgcentra - versie 1.6**
////////////////////////////////////

Kader

In het draaiboek schakelzorgcentra (SZC) wordt het voldoen aan brandveiligheid als criterium voorzien. Het volledig in detail beoordelen van de brandveiligheid van de gebouwen die worden ingezet voor deze tijdelijke herbestemming is in de huidige noodsituatie niet haalbaar. Om tot een snelle inschatting van de geschiktheid van een pand te kunnen komen worden daarom in deze nota enkele fundamentele aanbevelingen opgenomen.

Specifieke gegevens:

1. SZC zijn tijdelijke inrichtingen in een bestaand gebouw
2. Schaal: een bezetting van 25 à 30 patiënten die tot maximaal 50 kan opgeschaald worden.
3. Personeelsbezetting:
dag (7h30 tot 21h30): 3 personen/30 patiënten (1 verpleegkundige & 2 zorgkundigen) & minimum één arts aanwezig of oproepbaar
nacht (21h30 tot 7h30): 1persoon/30 patiënten & minimum 1 huisarts oproepbaar
4. Type bezetter: zowel zelfredzaam als niet zelfredzaam

Aanbevelingen

Algemene aanbeveling voor de bouwkundige situatie van het gebouw.

1. **aantal bouwlagen:** bij voorkeur worden in de bestaande panden enkel bouwlagen niet hoger dan E+3 in gebruik genomen voor de SZC. De bouwlagen zijn dus best te beperken tot evacuatie niveau E0, eerste verdieping E+1, tweede verdieping E+2 en derde verdieping E+3. Bij voorkeur worden de patiënten in de bouwlagen het dichtst bij het evacuatie niveau ondergebracht.
2. **structuur van het gebouw:** de structuur van het gebouw moet een horizontale compartimentering per bouwlaag verzekeren. De bouwlagen zijn dus bouwkundig gescheiden door elementen met een minimale brandweerstand. De structurele elementen, zoals kolommen, dragende muren, hoofdbalken, afgewerkte vloeren en andere essentiële delen die de structuur of het skelet van het gebouw vormen, moeten minstens R60 hebben of uitgevoerd zijn in metselwerk of beton met een minimale dikte van 140 mm. Voor gebouwen met slechts 1 bouwlaag op het evacuatie niveau volstaat R30.

Aan de voorwaarde voor horizontale compartimentering is per definitie voldaan in gebouwen die ooit werden geattesteerd ikv erkenning als ziekenhuis of woonzorgcentrum of serviceflats gebouw. Ook voor gebouwen die vallen onder het toepassingsgebied van het KB 07/07/1994 houdende de basisnormen brandveiligheid (bijvoorbeeld lage gebouwen waarvoor een aanvraag voor bouwvergunning werd ingediend na 31/12/1997) zal deze voorwaarde vervuld zijn. Dit alles voor zover het gebouw nadien geen substantiële wijzigingen onderging met betrekking tot de structuur en de lay-out.

Voor specifieke brandveiligheid van de doelgroep wordt ingezet op snelle detectie van de brand en snelle horizontale evacuatie van de patiënten:

1. **snelle detectie:** detectie van evacuatiewegen en kamers moet worden voorzien. Een automatische detectie en alarm worden voorzien. Indien een branddetectiesysteem met centrale niet mogelijk is, kan dit ook in de vorm van gekoppelde autonome detectoren of met draadloze detectoren met externe bewaking voorzien worden.
2. **horizontale evacuatie:** elke bouwlaag is onderverdeeld in minstens 2 deelcompartimenten. Dit wordt per bouwlaag bekeken. Vanuit elk deelcompartiment is minstens 1 afzonderlijke uitgang bereikbaar. Per bouwlaag zijn er dus minstens 2 uitgangen. De uitgangen leiden ofwel rechtstreeks naar buiten ofwel naar een trap (binnen- of buitentrap). De deelcompartimentering gebeurt bij voorkeur door wanden met EI 30 en deuren met minstens EI, 30. Indien het verzekeren van een brandwerende scheiding niet haalbaar is moet minstens per bouwlaag een opdeling met verticale solide wanden en deuren worden voorzien. Er worden grondplannen aangebracht met aanduiding van de evacuatiewegen ten behoeve van de zelfredzame bewoners.

Beheer & brandveiligheid

Aanvullend worden volgende elementen voorzien ivf het brandveilig beheer van de voorziening:

1. **veiligheidsuitrusting:** de beheerder voorziet de nodige veiligheidsuitrusting en persoonlijke beschermingsmiddelen, overeenkomstig de normen in overleg met de preventieadviseur (veiligheidsverlichting, blusmiddelen, veiligheidssignalisatie).
2. **technische installaties:** de goede werking van de technische installaties wordt gegarandeerd (nazicht door bevoegd persoon of door een externe dienst voor technische controle - keuringsverslag)
3. **vorming personeel:** de preventieadviseur zorgt ervoor dat het personeel dat in de voorziening tewerkgesteld wordt, een vorming in verband met brandpreventie krijgt. Er worden instructiefiches voor te nemen acties bij brand voorzien.
4. **informerende hulpverleningszone brandweer:** de beheerder informeert de hulpverleningszone over de tijdelijke ingebruikname van het SZC. Dit overeenkomstig het nood- en interventieplan vermeld in de Codex Welzijn op het Werk. Er wordt eveneens een grondplan per bouwlaag, met aanduiding van de toegangswegen voor de brandweer en van de evacuatiewegen bezorgd.

17.7 AANBEVELINGEN VOOR DE AANWEZIGHEID EN HET GEBRUIK VAN EEN NOODTROUSSE

- De noodtrousse is onderdeel van de trousse van één van de betrokken artsen bij het schakelzorgcentrum.
- Alle geneesmiddelen die de trousse bevat, vallen onder de verantwoordelijkheid van de arts, als het gaat over bewaring, aanwending, ...
- De trousse mag niet oneigenlijk gebruik worden, en moet in geval van gebruik op een correcte manier terug aangevuld worden.
- De samenstelling wordt bepaald door de arts en de apotheker, in functie van de te verwachten noden van de opgenomen patiënten. Het is evident dat het gamma producten zeer selectief zal samengesteld⁴ worden: enkel medicatie die mogelijks op een bepaald moment urgent kan zijn. De noodtrousse is geen depot van de apotheek in het schakelzorgcentrum.
- De noodtrousse bevindt zich in het schakelzorgcentrum op een vaste plaats, die niet voor iedereen toegankelijk is.
- Bij de noodtrousse bevindt zich een registratieformulier en de te volgen procedure (zie verder).
- Medicatie in een noodtrousse mag enkel in nood gebruikt worden, d.w.z. dat de tijd voor levering vanuit een reguliere apotheek te lang is in verhouding tot de urgentie van opstart.
- De behandelende arts beslist autonoom of een medicamenteuze handeling opgestart wordt vanuit de noodtrousse.
- Elke verstrekking vanuit de noodtrousse kan enkel gebeuren per volledige verpakking.
- Elke verstrekking gebeurt volgens de goedgekeurde en gekende procedure, zie verder.

Procedure: op niveau van het schakelzorgcentrum wordt een procedure opgemaakt, gevalideerd door de coördinator, en bekendgemaakt. Daarenboven is de procedure zichtbaar aanwezig bij de noodtrousse. Volgende elementen moeten opgenomen worden:

- Enkel aflevering van een geneesmiddel uit de noodtrousse mogelijk als er een **voorschrift van de arts aanwezig** is (papier, correct model of bewijs van elektronisch voorschrift van Recip-e).
- De **reden voor urgente aflevering** wordt geëvalueerd: er wordt nagegaan of het geneesmiddel niet binnen de vereiste tijd vanuit de leverende apotheek beschikbaar kan zijn.
- **Enkel aflevering per volledige verpakking** is toegestaan.
- Het geneesmiddel wordt uit de trousse genomen, en als dat niet door een arts gebeurt, door een tweede persoon bevestigd op juiste selectie.

⁴ Bij de opstart van het schakelzorgcentrum maakt de coördinerende en raadgevende apotheker, na beslissing over de samenstelling, een voorschrift op, met als patiënt “noodtrousse schakelzorgcentrum”. De apotheker levert de geneesmiddelen op naam van de coördinerende en raadgevende apotheker. De apotheker factureert die geneesmiddelen aan het schakelzorgcentrum.

- Het voorschrift krijgt een **interne nummering**: chronologisch en ononderbroken, te beginnen vanaf 1, en draagt de vermelding “noodtrousse”.
- Het voorschrift wordt in een af te sluiten map bewaard, op dezelfde locatie als de noodtrousse.
- De overzichtstabel (zie hieronder) wordt **volledig** ingevuld, en daarop wordt het intern voorschriftnummer vermeld.
- De voorschriften worden gebruikt om bijbestelling mogelijk te maken, volgens de gemaakte afspraken voor de normale geneesmiddelenvoorziening, en komen zo bij de leverende apotheek terecht, die het geneesmiddel levert.
- De coördinerende en raadgevende apotheker houdt, in afspraak met de CRAR, toezicht op het gebruik van de noodtrousse.

Datum	Patiënt	INSZ	Arts handtekening	Naam 1 handtekening	Naam 2 handtekening	Geneesmiddel (stofnaam, dosis, hoeveelheid)