

Lezing voor de inwooncurcus Domus Medica 2012.

**Samenwerken op leeftijd. De driehoeksrelatie huisarts, geriater en CRA.**

**Jan De Lepeleire**

Het hoeft geen betoog te stellen dat wij in onze samenleving anno 2012 geconfronteerd worden met een sterke toename van de ouderen in onze bevolking. Prognoses geven aan dat tegen 2030 25% van de bevolking ouder zal zijn dan 65 jaar. Binnen deze groep ouderen vormen tegen dan de 80-plussers 28% uit van de 65-plussers. Naast een vergrijzing is er dus ook een verzilvering aan de gang. Ouder worden is een proces van overgaan naar een nieuwe situatie en wij menen dat wij deze overgang kunnen vatten en beschrijven in 10 transities.

- |     |  |
|-----|--|
| 1.  | <i>Van Ageism/invaliditeitsdenken naar ICF en active ageing</i>              |
| 2.  | <i>Van autonoom naar zorgafhankelijk</i>                                     |
| 3.  | <i>Van Nonfrail over prefrail naar frail</i>                                 |
| 4.  | <i>Van ziektegericht naar doelgericht</i>                                    |
| 5.  | <i>Van consult over case finding naar geriatric assessment</i>               |
| 6.  | <i>van Zonder pathologie over polypathologie naar geriatrische syndromen</i> |
| 7.  | <i>Van mono naar multidisciplinair</i>                                       |
| 8.  | <i>van Zonder medicatie naar polyfarmacie</i>                                |
| 9.  | <i>van Thuis wonen over beschut wonen naar residentieel wonen</i>            |
| 10. | <i>van Informed consent tot wilsbeschikkingen/advanced directives</i>        |

Vandaag focussen we op de transitie van autonoom naar zorgafhankelijk, van mono naar multidisciplinair, van thuis wonen over beschut wonen naar residentieel wonen.

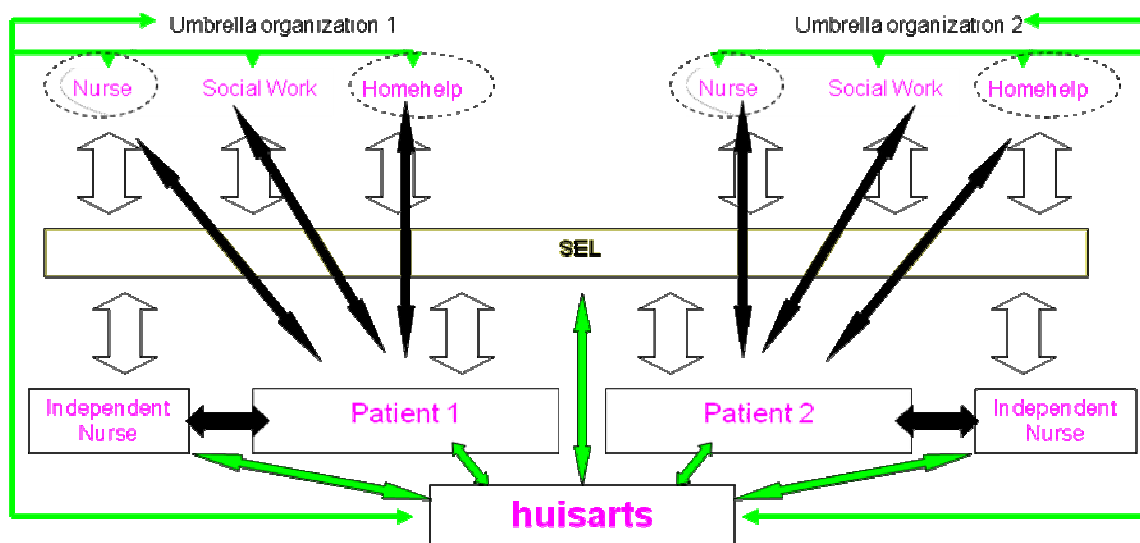
Laat ons even voor ogen houden; een 78-jarige man die na een doorgemaakte CVA niet goed meer in staat is om voor zichzelf te zorgen en waar de vraag komt of hij niet zou moeten opgenomen worden in het rusthuis.

Voor een opname in een woonzorgcentrum, de moderne term voor RVT, rust-en verzorgingstehuis, gelden 4 opnamecriteria. Vooreerst moet er een multidisciplinaire diagnostische evaluatie gebeuren. Ten tweede moet het zo zijn dat alle mogelijkheden in de thuiszorg werden uitgeput waardoor, en dat is het derde element, de zorg nodig is van huisartsen, verpleegkundigen, paramedische beroepen en kinesitherapeuten. Ten vierde moet de zorgafhankelijkheid geëvalueerd worden. Dit laatste doen we door middel van de Katz-schaal.

Voor de diagnostische multidisciplinaire evaluatie kunnen we terugvallen op het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Om na te gaan in welke mate de mogelijkheden in de thuiszorg zijn uitgeput, is er een intensieve dialoog nodig tussen een woonzorgcentrum en de thuiszorg waar het woonzorgnetwerk, zoals dat voorzien is in het woonzorgdecreet, mogelijk een boeiende uitweg biedt. Eens de zorg van de patiënt in het woonzorgcentrum nodig is, eens de zorg aan de resident moet georganiseerd worden, komt de taak en functie van de coördinerende en raadgevende arts, verder afgekort als CRA, in beeld.

In de thuiszorg is het zo dat de huisarts eigenlijk te maken heeft, patiënt per patiënt met iedere keer weer een apart kluwen van hulpverleners die rond die patiënt zijn uitgebouwd. Zowel verpleegkundigen, sociaal werkers, gezinshulp met daar de tussenliggende structuren die pogen een coördinatie te ondernemen.

Zie figuur;



Wij zullen in wat volgt 3 elementen bespreken, met name het woonzorgdecreet, de samenwerking met de geriater en de functie en de relatie met de CRA.

### **WOONZORGDECREET**

Het woonzorgdecreet van 29 april 2009 heeft als doelstelling zorg te garanderen via zorgafstemming en in te staan voor zorgcontinuïteit (1). Het is een herwerking van het decreet op de thuiszorg en de ouderenzorg tot één geïntegreerd decreet over woonzorg. Het stipuleert nieuwe voorzieningen en bepaalt welke de voorwaarden zijn waarin diensten moeten voldoen in het kader van dit woonzorgdecreet. Eén van de nieuwe elementen die worden aangebracht is het zogenaamde 'woonzorgnetwerk'. Dit is een nieuwe structuur die zou kunnen geënt worden op het sociaal beleidsplan dat OCMW's moeten ontwikkelen en biedt mogelijkheden tot naadloze zorg. In artikel 44 is beschreven dat het woonzorgnetwerk een uitgebreid buurtgericht functioneel samenwerkingsverband is waarin de in buurt actieve erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie en indien naast een huisarts of huisartsenkring minstens de volgende voorzieningen effectief participeren; ten eerste een erkend woonzorgcentrum. Ten tweede een erkend centrum voor kortverblijf, ten derde een erkende groep van assistentiewoningen en ten vierde een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert. Het woonzorgnetwerk heeft als opdracht om de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de verschillende leden van het woonzorgnetwerk. Daartoe moeten afspraken gemaakt worden tussen de verschillende leden van het woonzorgnetwerk met het oog op doelmatigheid, doeltreffendheid en continuïteit van de ouderenzorg. Het moet een gezamenlijk aanbod creëren en organiseren voor ouderenzorg en het moet de toegang tot de ouderenzorg faciliteren met behulp van één aanmelding. Acute zorgvragen moeten kunnen beantwoord worden en het netwerk moet ervoor zorgen dat de leden in onderling overleg en in voorkomend geval met gezamenlijk personeel hun expertise inzetten. Zij moeten er eveneens voor

zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk onder elkaar de informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor het verlenen van ouderenzorg aan elke gebruiker in het werkgebied van het woonzorgnetwerk. Het belang van het woonzorgdecreet ligt in de integratie van vroegere regelgevingen en in de introductie van nieuwe diensten zoals de diensten voor logistieke hulp, de diensten voor thuisverpleging en het woonzorgnetwerk. De diensten maatschappelijk werk zoals ziekenfonds worden in dit kader geëmigreerd van de welzijns naar de zorgsector. In de eerstelijnsconferentie van Minister Vandeurzen van 2010 stelde de werkgroep samenwerkingsverbanden dat het kernprobleem is dat de eerstelijns actueel bestaat uit zeer disparate disciplines, praktijkvormen en diensten die zeer variabel en op een niet transparante manier zorg aanbieden. Bovendien is er binnen dezelfde dienst of discipline nogal een variatie van aangeboden diensten en service. Voor burgers die hulp en zorg zoeken en zorgverleners uit andere lijnen of sectoren is de aanspreekbaarheid van de eerstelijns daardoor onduidelijk en beperkt. De verschillende diensten zijn zeer gefragmenteerd naast elkaar georganiseerd en proberen ieder vanuit hun standpunt een netwerk en samenwerkingsverband te ontwikkelen. De werkgroep heeft voorgesteld dergelijke samenwerkingsverbanden te gaan erkennen onder andere op basis van uitkomst en kwaliteitsindicatoren. Hierbij moeten elementen als criteria voor bandbreedte (multidisciplinariteit), integratie (intensiteit van samenwerking) en de gemeenschapsoriëntatie (individueel versus populatie) opgenomen en voorzien worden. In afwachting dat dit alles mits uitvoeringsbesluiten en nieuwe regelgeving tot stand komt moeten wij op de eerste lijn onze plan trekken.

### **SAMENWERKING MET DE GERIATER**

In het KB van 29 januari 2007 werd het zorgprogramma voor de geriatrie geformuleerd. Het heeft als doel bij patiënten met een geriatrisch profiel die verwezen worden naar de tweede lijn en bedreigd zijn in hun autonomie, optimaal herstel van de functionele performantie te garanderen, de kwaliteit van leven te verhogen en de zelfredzaamheid zo hoog mogelijk te brengen. Hiervoor kan het gebruik van maken van een multidisciplinaire beoordeling, wat breder is dan diagnose, het heeft ook oog voor somatisch, psychische en sociale elementen. Eveneens kan het een multidisciplinaire therapie in gang zetten inclusief revalidatie en het geheel opvolgen om te bekomen resultaten te bestendigen. Dit alles gebeurt in samenwerking met de huisarts en andere disciplines die onder andere betrokken zijn bij het opsporen van de geriatrische patiënten en mee instaan voor de continuïteit van de zorgen. Aan wie wordt gedacht? Er wordt gedacht aan personen ouder dan 75 jaar met een verhoogde kwetsbaarheid, polipathologie, atypisch klinische beelden, verstoorde verstoorde farmacokinetica, gevaar voor functionele achteruitgang, deficiënte voedingen neiging tot bedlegerigheid. Maar deze definitie is niet praktisch, daarom wordt er bij opname van oudere personen systematisch een screening gedaan bij opname in het ziekenhuis door middel van de ISAR. De ISAR is een eenvoudig screeningsinstrument wat staat voor 'Identification of Seniors At Risk'(2).

Er moet een antwoord op gegeven worden met ja is gelijk aan code '1' of neen code '0' op volgende vragen;

- *Werd U de laatste 6 maand opgenomen in een ziekenhuis?*
- *Hebt U stoornissen van het zicht?*
- *Hebt U ernstige geheugenstoornissen?*

- *Had U nood aan hulp voor U opgenomen werd in het ziekenhuis?*
- *Hebt U nu nood aan hulp?*
- *Neemt U meer dan drie geneesmiddelen in?*

Indien de somscore meer dan 2 punten is, komt de persoon in aanmerking voor opname in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt waarbij het pluridisciplinair geriatrisch team in actie schiet. Dit team bestaat uit een geriater, verpleegkundige, ergotherapeuten, logopedisten, kinesitherapeuten, psychologen, maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundigen en diëetist. De onderdelen van dat zorgprogramma geriatricie zijn een erkende dienst geriatricie, de geriatricie raadpleging met een nomenclatuur op vraag van de huisarts, het geriatricie dagziekenhuis wat kan toegeleverd worden op vraag van de huisarts of andere specialist, interne geriatricie liaison en tot slot externe geriatricie liaison. Het zorgprogramma moet proberen samenwerking te organiseren met de geïntegreerde diensten voor thuiszorg, de huisartsenkringen, de woonzorgcentra en de centra voor dagverzorging. Pluridisciplinaire zorgplanning en overleg is een onderdeel van het dossier dat aanleiding geeft tot een concreet zorgplan. In een publicatie uit 2010 vatten een aantal geriateren de grote lijnen van het zorgprogramma samen. In een publicatie uit 2012 rapporteert een groep van de Universiteit Catholique de Louvain over een focusgroep onderzoek dat ze gedaan hebben met geriatricie huisartsen rond de vraag hoe men aankijkt tegen dat geriatricie zorgprogramma (3). De conclusie gepubliceerd in de Journal of Multidisciplinary Healthcare is dat de samenwerking tussen huisartsen en geriateren kan verbeterd worden door informatie uitwisseling en reflexie over de rollen en competenties die in de ontwikkeling van dit zorgprogramma moeten ontwikkeld worden. In de studie werd een belangrijke discrepantie vastgesteld tussen regio's waar grote geriatricie diensten actief zijn en waar er gemakkelijk samenwerking ontstaan was in vergelijking met regio's met minder geriatricie diensten en waar geldt 'onbekend is onbemind'. Een goeie ervaring bevordert de wederzijdse relatie. Het complementair zijn van de verschillende benaderingen door huisartsen en geriateren werd regelmatig beklemtoond wat evenwel het risico op onderlinge competitie niet uitsluit. De telefoon werd beschouwd als één van de belangrijkste vormen van communicatie.

Een groep studenten aan de KU Leuven heeft in 2010 10 huisartsen en 5 geriateren geïnterviewd in Antwerpen, Genk en Leuven rond de werking van het geriatricie zorgprogramma.

De volgende vragen werden gesteld:

- *Wat zijn de voorkennis en verwachtingen van de huisarts en geriater ivm het zorgprogramma?*
- *Hoe wordt het zorgprogramma praktisch toegepast?*
- *Hoe verloopt de samenwerking tussen huisarts en geriater?*
- *Hoe beoordelen zij het zorgprogramma?*

Opvallend is dat de meerderheid van de huisartsen het zorgprogramma niet kent en dat degene die het wel kennen aangeven dat ze niet weten wat het inhoudt. Volgens de huisarts is er een belangrijke coördinerende rol voor de huisarts en kan het programma een rol spelen in het signaalfunctie zijn, de follow-up, de organisatie van de thuiszorg, het tijdig doorsturen en het tijdig aanvragen van onderzoeken. De geriater verwacht kennis en gebruik van het zorgprogramma, signaalfunctie, follow-up en overleg in verband met opname. Rond samenwerking wordt ervaren dat er vaak nogal wat aan 'overshooting' wordt gedaan, dat er te uitgebreide verslagen zijn en dat ondanks overleg die opnames vaak toch moeilijk verlopen. Men zou te weinig rekening houden met

de patiënt en er zijn onvoldoende samenwerkingsprotocollen. Het is duidelijk dat huisarts en geriater binnen eenzelfde regio onderling van elkaar afhankelijk zijn.

### **DE COORDINERENDE EN RAADGEVENDE ARTS**

Woonzorgcentra zijn instellingen die zorgbehoevende ouderen opnemen en multidisciplinair verzorgen. De historische start is in 1982 toen de acute ziekenhuisdiensten werden opgebouwd tot de zogenaamde RVT's (4). Er werd toen een functie van aangewezen geneesheer ingevoerd. Dit was een huisarts waarop de instelling beroep kon doen in het geval geen huisarts ter beschikking was voor de zorg van de patiënt. In 1994 ontwikkelde de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen een discussiedocument rond de positie van de huisarts in de zorg voor oudere mensen in het algemeen en in RVT's in het bijzonder. In 1999 kwam er dan een Koninklijk Besluit waarin de RVT's werden erkend en de functie van CRA werd geïnstalleerd. In 2004 kwam er een nieuw KB met de erkenning van de RVT's op 21 september 2004, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 28 oktober 2004. In 2006 werd een gemengde werkgroep tussen het RIZIV en FOD Volksgezondheid op touw gezet ter beoordeling van de taak van de CRA teneinde een nieuwe regelgeving te ontwikkelen. Wat is nu de taak van de CRA? De CRA moet in relatie met het medisch korps collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen organiseren, moet de coördinatie en de organisatie van de continuïteit van de medische zorg garanderen en zorgen voor het ontwikkelen van de medische dossiers van de behandelende artsen. Hij moet bij belangrijke ziekte-toestanden de medische activiteiten coördineren en staat in om samen met en in overleg met de behandelende artsen de coördinatie van het zorgbeleid te ontwikkelen. Hij moet zorgen voor het ontwikkelen, implementeren en gebruiken van een geneesmiddelenformularium. In de regelgeving van 2004 zijn grosso modo 6 kerntaken; dossier, palliatieve zorgen, infectiebeleid, formularium, zorgbeleid en standaarden en tot slot coördinatie, overleg en opleiding. Daarnaast is de CRA ook betrokken bij de bijscholing van alle geledingen binnen het rusthuis. De artsen die 1 of meer bewoners behandelen verbinden er zich ten aanzien van de beheerder toe om op een zo efficiënt mogelijke manier mee te werken aan de interne medische organisatie van de instelling wat wordt neergeschreven in een reglement van inwendige orde. De overeenkomst moet schriftelijk worden vastgesteld en regelt de medewerking aan het geneesmiddelenformularium, het beleid bij doorligwonden en hygiëne, de inning van honoraria, de contacten met de families en de elementen van overlegvergaderingen en bijscholing. De functie werd door sommige mensen betwist en in vraag gesteld waardoor binnen de schoot van het RIZIV in 2005 de commissie Falez werd opgericht en in de periode van 2006 tot 2008 parlementaire vragen werden gesteld in de zin van; 'Denkt de Minister eraan om over te gaan tot een soort volwaardige instellingsarts?' en 'Wij gaan niet verder met de invoering van een coördinatiehonorarium voor de CRA zonder een debat over de taak en functie van de CRA'. Dit heeft geleid in 2010 tot een synthesesetstekst onder de titel 'Voorstelling en maatregelen voor een betere coördinatie van het zorgbeleid in de Rust- en Verzorgingstehuizen', een tekst die gaat over de rol en het statuut van de coördinerende en raadgevende artsen in het RVT. Het is duidelijk dat de CRA zich in een driehoeksrelatie verhoudt ten opzichte van de instelling enerzijds en de bezoekende huisartsen en huisartsenkringen anderzijds. In de nieuwe tekst worden een aantal elementen verder uitgeklaard. Zo wordt gesteld dat de CRA een sleutelrol speelt in de organisatie van de medische zorg en de coördinatie van het overleg met een belangrijk aantal

instellingsgebonden zorgverstrekkers en de directie enerzijds en de onafhankelijke behandelende huisarts anderzijds. Hij is een facilitator in het complexe zorggerichte proces en het overleg in verband met de bewoners. De CRA heeft evenwel geen enkele bevoegdheid op het vlak van de individuele zorgen, noch voor het aansturen van de multidisciplinaire equipe. De CRA moet een contactpersoon zijn tussen de verschillende geledingen van de instellingen en de behandelende huisarts en huisartsenkringen anderzijds en bepaalt mee het beleid op vlak van geneesmiddelen, preventieve activiteiten, palliatieve zorgen, infectiebeleid en specifieke pathologiën zoals dementie, kanker, enz... Hij moet ook een advies geven in verband met het kwaliteitsbeleid. Ook opnamebeleid en bepaling van zorgbehoeften kunnen mee aangestuurd worden door de CRA. Het ontwikkelen en onderhouden van dossiersystemen is uiteraard een belangrijk element. In de toekomst zal er ook meer tijd gaan naar het contacten onderhouden met externe hulpverleners en instanties en daarbij wordt gedacht aan apothekers, de ziekenhuishygiënist, de leden van het geriatrisch zorgprogramma en sommige externe diensten zoals centra voor geestelijke gezondheidszorg. De CRA kan dit alles alleen maar doen in nauwe samenwerking met de huisartsenkring en het woonzorgcentrum. Daarbij is de aanstellingsprocedure elementair waarbij de kring op de één of andere manier toch een vorm van advies of inspraak moet kunnen hebben, met dien verstande dat het finaal de directie is die de beslissing neemt wie zij aanstellen als CRA. In die driehoeksrelatie wordt verondersteld dat er op kringniveau overleg is tussen de verschillende CRA's binnen een bepaalde regio alsook met de ziekenhuizen in de regio waar de instelling gevestigd is.

Tot besluit kunnen we de leerpunten even samenvatten van deze lezing:

1. Ouderenzorg komt massaal op ons af.
2. Daarvoor hebben we lokale samenwerkingsverbanden nodig die zijn uitgetekend in het woonzorgnetwerk zoals bepaald in het woonzorgdecreet.
3. Samenwerking met de geriatrische wereld is onmisbaar.
4. De CRA heeft een belangrijke 'go-between functie'
5. Bezoekende huisartsen in een woonzorgcentrum hebben de vrijheid om het centrum te blijven volgen, maar die vrijheid is een medaille met twee kanten. Enerzijds de vrijheid om zelf aan zorgcontinuïteit te doen, anderzijds moet de behandelende huisarts binnen een instelling zich houden aan de afspraken die er gemaakt zijn wat een beperking van zijn eigen therapeutisch arsenaal kan inhouden.

Wat hierbij niet aan bod kwam was het element coördinatie, wat dit inhoudt en wat daar de consequenties van zijn, is het kader van Active Ageing and International Classification of Functioning van de wereld gezondheidszorg organisatie (5). Ten derde de hele problematiek van zorgbehoeften, het bepalen van de zorgbehoeften en het gebruik van de Katzschaal en daaraan gekoppeld de problematiek van de Belrai zoals die in ontwikkeling is.

---

## Reference List

- (1) Vastiau E, Verlinden E. Woonzorgbeleid. Brussel: Politeia-VVSG; 2010.
- (2) Vandebon C, Vandebroucke A, Goddeeris K, Baeyens JP. De externe geriatrische liaison. 30-jarige ervaringen met voorbeelden van "good-practices". Tijdschr voor Geneeskunde 2010;66:125-30.
- (3) Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2012;5:17-24.
- (4) Van Rensbergen G. Determinanten van het gebruik van Rust- en Verzorgingstehuizen. Inleidend hoofdstuk: de Historiek van het RVT Katholieke Universiteit Leuven; 2011.
- (5) World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organisation; 2001.