
Ester Bertholet

tekst Bart Kiers
beeld Inge Hondebrink

*Met haar multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg voorkomt **ESTER BERTHOLET** opnames in ziekenhuis en verpleeghuis voor de meest complexe ouderen. De aanpak halveert de zorgkosten. 'Na vijfentwintig maanden hebben we de knoop van problemen ontward'*

Het is de ontbrekende schakel in de zorg voor kwetsbare ouderen aan huis met zeer complexe problemen. Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet in Velp krijgt van huisartsen de ouderen met de meest complexe problematiek doorverwezen. Met een unieke combinatie van kennis en kunde zorgt een specialist ouderengeneeskunde met een multidisciplinair team dat deze ouderen thuis kunnen wonen. Ouderen die anders zeker in het ziekenhuis of verpleeghuis waren beland. 'Het bizarre is dat we de meest complexe ouderen redelijk eenvoudig thuis kunnen houden', zegt initiator Ester Bertholet.

'Niet dat ze geen problemen meer hebben. Ze zijn nog steeds oud en ziek. Maar de knoop van problemen is ontward. We weten wat er aan de hand is. Er is gedaan wat gedaan kon en moest worden. Het maximale dat we konden doen. Dat is een enorm ontlastend en opluchtend voor de ouderen en hun familieleden.' Multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde verbindt het beste van vier soorten artsen die zich bezighouden met de zorg voor kwetsbare ouderen. Het combineert de kennis en kunde van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde,

'We sparren en discussiëren wat de beste aanpak is'

klinisch geriater en ouderenspsychiaters. Bertholet kent de verschillende werelden van binnenuit. Omdat ze in alle vier de settings heeft gewerkt, kent ze de meerwaarde en beperkingen van de verschillende benaderingen.

Ervaring

De loopbaan van Bertholet lijkt een voorbereiding voor het uitvinden van de juiste zorg voor thuiswonende ouderen met zeer complexe problemen. Ze begon als arts-assistent voor de klinisch geriater in Noord-Engeland in 1998 en kort daarna in het Radboudumc. In de kale ziekenhuissetting miste ze de context van de patiënt. ‘Ik stelde adviezen op voor de huisarts, maar merkte dat daar weinig mee werd gedaan. Ik wilde dichter bij patiënten komen, bij hun partners, hun woonomgeving. Daarom ben ik huisarts geworden.’

Het bestaan als huisarts was eenzaam en viel haar zwaar. ‘Je overlegt wel met wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten, maar meestal is het telefonisch en oppervlakkig. Ik wilde alle zorgprofessionals bij elkaar aan tafel hebben.’ Bertholet ging uit praktische overwegingen en met frisse tegenzin als huisarts in een verpleeghuis werken. Na de geboorte van een tweeling zocht ze een makkelijkere balans tussen werk en privé. Uit haar ervaringen als geneeskundestudent had ze geen positief beeld van verpleeghuiszorg. Maar Bertholet was aangenaam verrast door de kwaliteit van het multidisciplinair overleg. Verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten en gedragswetenschappers stelden samen een zorgplan op. Ook de mantelzorg werd daarbij goed betrokken. ‘Je doet het echt met elkaar in het verpleeghuis.’ Bertholet liep in het verpleeghuis wel tegen een muur op toen ze wilde innoveren. Als huisarts had ze ouderen thuis gezien met net zulke complexe problemen als de verpleeghuisbewoners. Ze wilde experimenteren om ouderen die vanwege een crisis tijdelijk waren opgenomen, ook echt weer naar huis te krijgen. Maar het mocht niet van het afdelingshoofd in het verpleeghuis. ‘Ik had last van het management. Deze afdeling was geen plek waar creatieve ideeën konden landen. Ik wilde een experiment waarbij we in één kamer de thuissituatie zouden nabootsen en de mensen echt voorbereiden op hun terugkeer naar huis. Bijvoorbeeld ouderen die thuis waren gevallen en waarvan iedereen in het verpleeghuis dacht dat teruggaan naar huis onmogelijk was.’

Bertholet vertrok naar een andere afdeling van hetzelfde verpleeghuis in Arnhem. Daar was wel een wil om te experimenteren. ‘We zetten in die kamer spulletjes van thuis neer en bootsten de dagelijkse routines van thuis na. De verpleging kwam maar vier keer per dag langs, net zoals de wijkverpleging in de thuissituatie zou doen. Toen het de eerste keer lukte, voelde dat als het bevrijdingsfront voor ouderen.’

Besparingen

- **ZvW**
Bij 110 patiënten is er gemiddeld 3.500 euro per patiënt bespaard ten opzicht van verwijzing naar geriater dus: 110 x 3.500 = 385.000 euro bespaard in 27 maanden. Substitutie van geriater naar multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg bespaart 47 procent.
- **Wlz**
Voor 56 ouderen bespaart multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg 800.000 euro per jaar doordat ze langer thuis kunnen blijven wonen. Multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg geeft dus besparing van 82 procent ten opzichte van opname in Wlz.

Eigen praktijk

Daarna kreeg Bertholet de ruimte om haar aanpak een jaar lang toe te passen met vijftien ouderen. Ze deed dat met twee huisartsen in het gezondheidscentrum in Velp. Zo kreeg de multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde gestalte. ‘Na één jaar wisten we “zo moet het. Dit is wat je je eigen ouders zou toewensen”.’

Menzis en ZonMW geloofden erin en vonden tijdelijke financiering voor een zelfstandige praktijk vanuit de eerstelijnszorg. Bertholet creëerde een team met geriatrieverpleegkundigen en een secretaresse. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit en de kwaliteit wilden Bertholet en haar team alle handelingen per vijf minuten registreren. Dat zorgde voor een enorme administratieve rompslomp. ‘We hadden elke dag een uur overwerk aan registratielast. Er zijn daardoor mensen vertrokken bij onze praktijk.’

Wel bood de tijdsregistratie waardevolle inzichten over de inzet van personeel en het effect van interventies. Zo kwam Bertholet per oudere maar liefs 5,5 meer diagnoses tegen dan normaal. Zoals angststoornissen die niet aan het licht waren gekomen of het ‘saneren van medicatie’. Ouderen kregen daardoor betere zorg.

Een cruciale succesfactor vormt het multidisciplinair overleg. Elke dinsdagochtend komen de betrokken hulpverleners – wijkverpleegkundige, diëtiste, dementieconsulent, Wmo-medewerker, praktijkondersteuner van de huisarts, huisarts zelf, psycholoog, fysiotherapeut en ergotherapeut – naar de praktijk Bertholet. Ze bespreken dan twee patiënten. Voor elke patiënt is een halfuur tijd. ‘Niemand laat verstek gaan. We sparren en discussiëren wat de beste aanpak is. Ieder vanuit zijn eigen expertise. Iedereen wordt daar heel blij van.’ Voorafgaand aan het multidisciplinair overleg gaat de specialist ouderengeneeskunde op huisbezoek. Bertholet: ‘Ik praat uitgebreid met de patiënt en de mantelzorgers en krijg een goed beeld van de con-

text. Zo’n bezoek duurt een uur per keer en vindt twee keer plaats. De geriatrieverpleegkundige doet ook nog zo’n huisbezoek. ‘Onze aanpak kenmerkt zich door een combinatie van de tijd nemen voor de patiënt, specialistische kennis en multidisciplinair overleg.’ Het multidisciplinair team bemoeit zich gemiddeld 5,5 maanden intensief met een patiënt. Het team doet een deel van de behandeling zelf. Dat varieert van medicatiewijziging, aanvullend onderzoek, afstemming met ziekenhuisspecialisten, inzet thuiszorg, begeleiding bij dementie, het regelen van maaltijdservice, dagbehandeling tot een huisbezoek met een neuroloog. ‘Na vijf maanden snapt de familie wat er aan de hand is. Het is duidelijk wie bij de behandeling betrokken is en wie waarvoor verantwoordelijk is. Met de familie zijn ook scenario’s besproken over wat er fout kan gaan.’ De Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet is in die periode nooit hoofdbehandelaar. Dat is en blijft de huisarts. ‘Na afloop van de 5,5 maanden trekken wij ons terug en gaat de huisarts weer verder zonder ons.’

Geen betaaltitel

De resultaten zijn verbluffend goed, blijkt uit onderzoek uit 2015. De multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg stelt opname in het ziekenhuis en het verpleeghuis uit of maakt deze overbodig. De innovatie verdient niet alleen de eigen kosten terug, maar levert een forse besparing op. De substitutie van de klinisch geriater naar de multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg halveert de kosten in de Zvw (zie kader). De besparing op de Wlz bedraagt zelfs 82 procent doordat ouderen gemiddeld acht maanden langer thuis wonen en opname in het verpleeghuis uitstelt of overbodig maakt.

Aanvankelijk ging de financiering via speciale innovatiepotjes van ZonMw en Menzis. Sinds 2015 loopt de bekostiging via een tijdelijke dbc met een integraal tarief van de NZa. Bertholet: ‘De kern van wat ik doe is overleggen met andere zorgverleners. Dat moet je faciliteren en betalen. In het huidige zorgstelsel is daarvoor geen betaaltitel. Wij bekostigen dat uit het integrale tarief.’

Er zijn twee tijdelijke dbc’s: een voor complexe problematiek à 2.500 euro en een voor hoogcomplexe à 4.000 euro. De bedragen zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten per patiënt. Dat zijn forse bedragen, maar ze zijn wel inclusief alle kosten voor de huur van het gebouw, het loon van medewerkers, ict, elektronisch patiëntendossier en management. Ook inbegrepen zijn de kosten voor alle overleg, inclusief

de deelname aan het multidisciplinair overleg van de aansloten deelnemers, dagopvang, medicatie, fysiotherapie en consultatie van medisch specialisten. Ondanks de klinkende businesscase is de financiering negen jaar na de start nog steeds tijdelijk. Dat het zo lang duurt voordat een bewezen effectieve innovatie structurele bekostiging krijgt, vindt Bertholet wel enorm teleurstellend. ‘Ik word daar wel een beetje moe van. Na negen jaar zitten we nog steeds in de experimenteerfase en kan ik medewerkers maar een jaar financiële zekerheid geven. Dat kun je toch eigenlijk niet maken?’ Wel gaat de aanpak in 2020 een nieuwe fase in. Met de NZa wordt de getest of de aanpak ook werkt in een andere setting. Er gaan teams aan de slag in Rotterdam, Zoetermeer en Tiel. Dat betekent dat ook verzekeraar Zilveren Kruis meedoet. Aanvankelijk zou in de krimpregio Heerlen ook een pilot komen, maar CZ lijkt afgehaakt. De eerste resultaten van de pilots moeten eind 2020 beschikbaar zijn. Bertholet hoopt dat er daarna structurele financiering komt. ‘Natuurlijk gaan ouderen na onze bemoeienis op den duur weer achteruit. Dat hoort bij de levensfase van veroudering. Maar met onze interventies leven ze langer thuis met meer kwaliteit van leven. En dat tegen veel minder kosten.’

Wordt vervolgd

‘Het is een mooi initiatief’, laat een NZa-woordvoerder weten. Dat het zo lastig is om structurele financiering te vinden, komt doordat de financiering van de specialist ouderengeneeskunde (Wlz-zorg) vanuit de Zvw moet. Dat wordt in 2020 makkelijker doordat de specialist ouderengeneeskunde dan bekostigd kan worden via de nieuwe Subsidie-regeling extramurale behandeling. Per 2021 gaat ook de dagbehandeling, paramedische zorg en gedragsproblematiek naar de Zvw via de beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Een andere hobbel is dat nog niet is bewezen dat de aanpak ook elders werkt. ‘N=1 is te krap voor structurele bekostiging. Daarom zijn we blij dat er pilots starten op 1 januari 2020. De innovatie is sinds 2014 bij ons in het vizier. Gemiddeld duurt het drie jaar voordat innovaties structurele financiering krijgen.’ Menzis topman Ruben Wenselaar had de innovatie niet op zijn netvlies. Dat bleek half december bij een evenement, georganiseerd door de artsen-actiegroep Het Roer moet Om. Desgevraagd laat een woordvoerder weten dat Menzis laat uitzoeken waarom het zo lang duurt om de innovatie op te schalen.

