

# “Je kunt niet in de eerste lijn werk

Hoge tevredenheid van ouderen, partners en mantelzorgers, enorme kostenbesparingen, de eerstelijns-ouderenzorg van Ester Bertholet, specialist ouderengeneeskunde in Velp, is een voorbeeld voor de rest van het land. De levensvatbaarheid van haar aanpak staat of valt echter bij de wijze van financiering van de eerstelijnsouderenzorg.

Eén ding is zeker, zegt Ester Bertholet, specialist Oudergeneeskunde (SO) van eerstelijnspraktijk Oudergeneeskunde Bertholet in Velp. Ouderen, ook kwetsbare ouderen, blijven het liefst thuis wonen, in hun eigen vertrouwde omgeving, met hun eigen spullen, waarmee ze vaak al jarenlang samenwonen. “Zolang ouderen thuis kunnen blijven wonen, voelen ze zich beter, gelukkiger en functioneren ze ook beter. Ze weten hoe ze thuis koffie moeten zetten, hoe ze de wasmachine kunnen bedienen. Haal je ze daar weg, dan doet dat hun kwetsbaarheid geen goed.”

heidscentrum Velp, biedt zorg aan ouderen met complexe en hoog-complexe problematiek die thuis wonen. “Op verwijzing van de huisarts doen we de diagnostiek, behandeling en begeleiding van de oudere. Onze zorg is aanvullend op de huisartsenzorg. Die blijft hoofdbehandelaar.”

## MESO-zorg

Multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde, oftewel MESO-zorg, dat is de naam die ze samen met directeur Herma Barnhoorn voor haar werkwijze heeft bedacht. In

De MESO-zorg van Bertholet kent een aantal succesfactoren. Ze heeft deze samengevat in veertien kernpunten. “In het gezondheidscentrum zit ik dicht bij de huisartsen”, licht ze er enkele toe. “Ik kan meteen schakelen als zij een patiënt bij me aanmelden. Binnen twee dagen na verwijzing, nemen we contact op met de patiënt. Daarna gaan we altijd op huisbezoek. Je ziet de patiënt dan in zijn eigen setting en weet wie de partner of mantelzorger is. Die contextgebonden informatie is belangrijk bij onze beoordeling van een patiënt. We nemen ook contact op met de verzorgende of wijkverpleegkundige die reeds bij de zorg is betrokken. We maken gebruik van het bestaande zorgnetwerk. Daarnaast heb ik een eigen team, met eigen mensen om me heen, waaronder goed opgeleide geriatisch verpleegkundigen. Tot slot organiseren we een multidisciplinair overleg met alle betrokken zorgverleners. Vervolgens komen we tot een plan van aanpak. Onze interventie duurt meestal zo’n zes maanden. Daarna kan de oudere weer verder met de eigen zorgverleners.”

## Gezondheidswinst

Alle eerstelijnszorgverleners, van doktersassistent tot wijkverpleegkundige, behoren geriatisch geschoold te zijn, stelt Bertholet. “Verzorgenden of wijkverpleegkundigen die niet geriatisch zijn opgeleid, missen informatie. Ze zien niet alles bij de oudere. Ze denken dan dat hij iets niet meer kan, terwijl je met gericht medicatiebeleid nog veel gezondheidswinst bij de oudere kunt bereiken. Maar dan moet je wel die kennis in huis hebben. Je moet kunnen

*Honderd procent van de ouderen is tevreden of zeer tevreden over de eerstelijnsouderenzorg in Velp*

Het streven om kwetsbare ouderen langer thuis te laten wonen, is dus meestal goed. Maar dan moet de zorg die ze vanuit huis nodig hebben, wel beschikbaar zijn. Daar wringt het, stelt Bertholet. “In veel gevallen is die zorg er niet. In de meeste Nederlandse gemeenten zijn weliswaar thuiszorgorganisaties aanwezig, maar die hebben vaak onvoldoende personeel in dienst om de oudere thuis zo vaak te bezoeken als nodig is.”

In 2011 was Bertholet de eerste specialist ouderengeneeskunde in Nederland die een zelfstandige praktijk Oudergeneeskunde oprichtte in de eerste lijn. Haar praktijk, gevestigd in Gezond-

2013 won ze er de Koplopersprijs mee, de Nijmeegse prijs voor het meest innovatieve project in de eerstelijnsgezondheidszorg. “Onze aanpak houdt in dat we met extra geriatische expertise, op maat en in de context van de oudere, eenvoudige patiëntenzorg bieden. Het moet passen bij wat de oudere zelf wil. Pas geleden hadden we een moeilijk lopende oudere vrouw in zorg. Met training met de fysiotherapeut zou ze weer naar het dorp kunnen lopen. Dat vond ze niet nodig. Als zij naar het park kon om de vogeltjes te voeren, was ze tevreden. Ons doel wordt dan: de vogeltjes. De rest van haar energie kan ze gebruiken voor andere zaken.”

# en zonder geriatrische kennis”



*Een DBC die directe én indirecte zorg dekt is noodzakelijk om kwalitatief hoogwaardige en besparende MESO-zorg te kunnen bieden, zoals Ester Bertholet dat doet vanuit haar praktijk in Velp.*

signaleren wat er aan de hand is. En om de inschatting te kunnen maken of jij het probleem kunt aanpakken, of dat je beter de hulp kunt inroepen van een specialist ouderengeneeskunde.”

De MESO-aanpak scoort hoog op Triple Aim: betere gezondheid, beperking van zorgkosten en betere kwaliteit van leven voor de patiënt. Dat blijkt ook uit de tevredenheid onder de ouderen in Velp over de werkwijze van Bertholet en haar team. “100 procent van de ouderen – een maximale score – is tevreden tot zeer tevreden over onze werkwijze. Ze waarderen vooral het respect dat we tonen voor datgene wat zij zelf belangrijk vinden. Ook de mantelzorgers zijn tevreden. Zij snappen beter wat er met hun partner aan de hand is. Overigens scoren we niet alleen in Velp zo hoog. Twee jaar geleden zijn we een MESO-dependance gestart in Marburgen, een achterstandswijk in Arnhem. We zien daar dezelfde resultaten.”

## **Directe en indirecte zorg**

De kostenbesparingen door de MESO-methodiek zijn enorm, stelt Bertholet. “We hebben uitgerekend dat we met onze eerstelijnsouderenzorg geld besparen, onder meer doordat we opnames in het verpleeghuis weten uit te stellen: 745.000 euro voor 56 patiënten. Daarnaast besparen we op polibezoeken bij de ziekenhuisgeriater of andere tweedelijnspecialisten.”

Hoge tevredenheid van ouderen en mantelzorgers, enorme kostenbesparingen, je zou verwachten dat de MESO-aanpak overall in Nederland navolging krijgt. “Dat is niet zo. Dat heeft vooral met financiering te maken. Wij doen dit met gelden van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars, dat we samen met Menzis hebben aangevraagd. Dat stopt eind van het jaar, al hoop ik op een jaar overbrugging tot er een betaaltitel is voor de specialist ouderengeneeskunde. Per 2020 komt onze zorg in de Zorgverzekeringswet en valt onze zorg

onder de basisverzekering. Aan de bekostiging van die eerstelijnsouderenzorg wordt momenteel hard gewerkt.” Bertholet hoopt op een DBC-bekostiging vanuit de Zorgverzekeringswet, met daarin plaats voor de bekostiging van zowel directe als indirecte zorgverlening. “In Velp hebben we twee DBC’s ontwikkeld, voor patiënten met complexe én hoog-complexe problematiek. Daarin is zowel onze directe als indirecte zorg opgenomen. Dat is ook nodig. Zestig procent van mijn werk bestaat uit coördinatie en afstemming. Van mij mogen we dit model landelijk introduceren. Als er echter wordt gekozen voor een DBC waarin alleen de directe zorg bekostigd wordt, kan ik mijn praktijk sluiten. Dan wordt de eerstelijnsouderenzorg onbetaalbaar.” <<

*Tekst: Michel van Dijk*

*Foto: Marc Pluim*