

Specialist ouderengeneeskunde neemt zorg tijdelijk over van huisarts

‘Wijk bij kwetsbare oudere soms af van hoe het hoort’

Ouderen in Velp blijven zo lang mogelijk thuis wonen. Dankzij de inzet van pionier Ester Bertholet, die acht jaar geleden haar eigen praktijk voor ouderen oprichtte. Medicatiegebruik opschonen vormt een belangrijk onderdeel. Van het stoppen tot het zoeken naar praktische oplossingen. “Dan maar alles ’s avonds innemen en Thyrax hoger doseren.”

14 Auteur **Cindy Reinders**

Haar villa staat volgepropt met bewaarde spullen, en in de keuken is het één grote chaos, als specialist ouderengeneeskunde Ester Bertholet mevrouw P thuis opzoekt. Ze is op leeftijd en behoorlijk vereenzaamd. Haar geheugenproblemen kon ze lange tijd nog goed verbloemen. Als Bertholet naar haar medicatie vraagt – ze constateert een onregelmatig hartritme – komen oude medicatierollen tevoorschijn. De zakjes zijn opengescheurd; een deel van de pillen is ingenomen, een deel niet. Lanoxin slikt ze eigenlijk nooit, zegt ze, alleen als ze veel pijn heeft in haar ontstoken schouder. “De

apothek kan best wel een weekje overslaan, want ik heb nog zoveel ...”

Mevrouw P is een van de patiënten van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB) in het Gelderse Velp, die voormalig huisarts Ester Bertholet eind 2011 heeft opgericht. Tot op heden de enige specialist ouderengeneeskunde (SO) die met een zelfstandige praktijk is gevestigd in een eerstelijnsgezondheidscentrum. Haar doel: ouderen zo lang mogelijk thuis laten wonen. En dat dat lukt, kan ze na acht jaar ervaring wel stellen. Bovendien levert haar werkwijze een enorme besparing op (zie kader).

Multidisciplinair

De kracht zit hem volgens haar in nauwe samenwerking met hulpverleners: multidisciplinair. En in een huisbezoek. “Zo krijg je een compleet beeld van de context van de problemen. Woont iemand in een mooie grote villa of in een flatje achteraf? Is er wel of geen contact met burens? Heeft iemand een hondje of een kast vol boeken? Die informatie is echt nodig voor de adviezen die je geeft.”

“Zo was ik laatst bij iemand die zei dat ze haar huis niet meer uitkwam. Dat kan je gelijk aannemen. Maar als je ziet dat het

VOLGENS ESTER BERTHOLET IS HET EEN GEGEVEN DAT OUDEREN NIET ALLES SLIKKEN. “ALS JE DAAR SERIEUS NAAR VRAAGT, GEVEN ZE DAAR EIGENLIJK ALTIJD EERLIJK ANTWOORD OP.”



Foto: Benno Neeleman

komt omdat ze de zware liftdeur niet meer open krijgt, kan je daar wel wat aan doen. De huurvereniging inschakelen.”

De patiënten die de huisartsen doorverwijzen naar haar praktijk, waar naast secretaresses en geriatrieverpleegkundigen nog vier andere SO's werken, behoren tot de groep kwetsbare ouderen met 'hoogcomplexe' problematiek. “Een oudere heeft dan veel in elkaar grijpende problemen binnen één van de vijf domeinen – somatisch, psychisch, maatschappelijk, communicatief en functioneel (ADL) – of tussen twee of meer verschillende domeinen. Zo wordt de zorg voor een meneer met hartklachten die tevens somber én dement is bijvoorbeeld, al snel complex.”

De 'gewone' kwetsbare ouderen behandelt de huisartsenpraktijk zelf. De zorg voor de kwetsbare ouderen met complexe problematiek leveren ze samen (huisarts + POGB), soms kan de praktijkondersteuner ouderenzorg het alleen af.

Een groot verschil met de zorg die een SO vanuit een verpleeghuis levert bij mensen thuis, benadrukt Bertholet, is dat die arts meestal alleen adviseert. “Wij nemen de zorg tijdelijk over. Daarbij blijft de huisarts wel de hoofdbehandelaar. We zijn onze wijze van zorg verlenen MESO-zorg gaan noemen, dat staat voor multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde.”

“Vaak hebben we ongeveer een halfjaar nodig om een overzicht te maken van alle benodigde acties, hiervoor de juiste zorgverleners in te zetten en de zorg met elkaar af te stemmen. En om ervoor te zorgen dat alle bedachte acties geborgd blijven. Zodra dat het geval is, dragen we de zorg weer over aan de huisarts. Vaak gaat het dan lange tijd goed, tot de volgende kink in de kabel komt.”

Skype

Een medicatiebeoordeling vormt een vast onderdeel van het traject. “Dat doen we echt bij iedereen, niet alleen bij ouderen met polyfarmacie. Problemen kunnen ook bij twee pillen optreden, bijvoorbeeld als een patiënt met de ziekte van Parkinson nortriptyline krijgt en gaat hallucineren.”

“Dat is best ingewikkeld”, gaat ze verder. “Maar als ik er niet uitkom, leg ik het voor aan de geriater. Maandelijks bespreken we

Velps initiatief krijgt elders navolging

Specialist ouderengeneeskunde (SO) Ester Bertholet bespaart ruim € 800.000 per jaar [1]. “Doordat we minder ouderen met hoogcomplexe problematiek doorverwijzen naar de tweede lijn en we ze langer uit het verpleeghuis kunnen houden.”

Ruim acht jaar geleden startte ze met de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB) in het Gelderse Velp, met inmiddels ook een dependance in de Arnhemse wijk Malburgen, om mensen langer thuis te laten wonen. Fijn voor de oudere, maar ook voor de portemonnee. Het is dan ook niet voor niets dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg (VWS) geïnteresseerd is in de Velpse aanpak en afgelopen voorjaar een bezoek bracht aan de praktijk.

Het resultaat daarvan is dat waarschijnlijk binnenkort vier praktijken, verspreid door het land, op soortgelijke manier gaan werken. Uit deze pilots moet dan blijken of de besparing ook elders – in gebieden waar het percentage kwetsbare ouderen net als in Velp rond de 25% ligt – kan worden gerealiseerd.

Bertholet, die druk is met de voorbereidingen, hoopt van wel. “Zodat er structurele financiering komt voor SO's die MESO-zorg – multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde – willen inzetten.”

Wat er per 1 januari 2020 wijzigt, is volgens haar niet genoeg. Vanaf dat moment valt het werk van de SO in de eerste lijn onder de Zorgverzekeringswet. “Maar daarbij gaat het alleen om het uurtarief van de SO. Ik heb hier ook geriatrieverpleegkundigen in dienst en secretariële ondersteuning. En vergeet niet praktijkkosten zoals huur en ICT. Daarbij betaal ik iedereen die deelneemt aan het multidisciplinair overleg. Zoals de geriater; ook voor zijn voorbereidingstijd. Maar die hoeft dan weer geen DBC in het ziekenhuis te openen. Ook dat levert geld op.”

Tot op heden betaalt ze de praktijkkosten vanuit de innovatiegelden ten behoeve van nieuwe zorgprestaties van de Nederlandse Zorgautoriteit. Voor 2020 geldt een experimenteerfinanciering.

vijf à zes patiënten via Skype. Erg leerzaam.”

Het overleg met de geriater van het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem is gestart voor patiënten met veel medicijnen die in elkaar grijpen, en bij wie vaak verschillende specialisten betrokken zijn. “Inmiddels is het overleg zo uitgegroeid dat we, naast medicatie, bijvoorbeeld ook bespreken of een bepaald onderzoek wel of niet zinvol is. Bovendien zit er tegenwoordig altijd een ziekenhuisapotheker bij en schuift aan onze kant meestal ook de apotheker aan en een aantal huisartsen. Iedereen is erg enthousiast.”

“Dit overleg heeft mij bijvoorbeeld geleerd om stil te staan bij statinegebruik bij iemand van 87 jaar. Wil je daarmee doorgaan? En klopt de indicatie voor Ascal wel, aangezien dit vroeger

**MEDICATIE
WIJZIGEN
WIL JE
BIJ DEZE
KWETSBARE
GROEP ZO MIN
MOGELIJK**

veel sneller werd gestart dan tegenwoordig? Beide middelen kunnen we best vaak stoppen.” “Medicatie wijzigen – een middel omzetten naar iets anders – wil je bij deze kwetsbare groep zo min mogelijk. Maar bisoprolol kan je nog wel eens vervangen door metoprolol. Zeker bij mensen met geheugenproblemen, omdat bisoprolol de bloedhersenbarrière passeert. Het liefst stop je bisoprolol eerst even en kijk je wat er gebeurt.”

Schoon

“Regelmatig lukt het om een medicatielijst schoon te krijgen. Als huisarts deed ik dat niet zo snel. Nu is mijn eerste vraag: wat kan ik stoppen? Niet dat ik tegen pillen ben – als nog iets nodig is, dan start ik dat – maar de ervaring leert dat bijvoorbeeld het stoppen van antihypertensiva vaak gewoon kan. Er verandert weinig aan de bloeddruk, zelfs bij patiënten die vier bloeddrukverlagers slikken, die we een voor een afbouwen. Hiervoor ontbreekt overigens wel wetenschappelijke onderbouwing.”

Het medicatiegesprek met de patiënt, waarmee de beoordeling begint, pakt Bertholet op eigen wijze aan. Als alle geneesmiddelen op tafel liggen, valt ze met de deur in huis. Welke pillen slikt u niet? Welke wel? En gebruikt u ook wel eens een pilletje van uw man of vrouw, of iets dat niet op de lijst staat? “Stel je de vraag ‘slikt u alle medicatie?’ dan zeggen mensen gewoon ‘ja’. Maar het is een gegeven dat ze niet alles slikken. En als je daar serieus naar vraagt, geven patiënten daar eigenlijk altijd eerlijk antwoord op.

Zo ook mevrouw P, die haar Lanoxin niet gebruikte. Op dat moment noteer ik dat, zonder te oordelen en te zeggen dat dat niet de bedoeling is.”

Coulanter

“Bij deze groep patiënten moeten we accepteren dat het soms beter is om af te wijken van hoe het hoort. We kunnen bij hen wat coulanter zijn. Zo adviseerde ik een mevrouw om al haar medicatie maar op één moment – in haar geval ’s avonds – in te nemen. Ook de Thyrax. Ze kreeg zó veel stress van het viermaal daags innemen van verschillende tabletten, de ene voor het ontbijt en de ander na het eten, dat ze ging rommelen en haar situatie hoogcomplex werd. Medicatie werd dubbel ingenomen of helemaal niet. Dan de Thyrax maar iets hoger doseren. Het zou fijn zijn als apothekers meer oog hebben voor dit soort praktische oplossingen. En daarover willen meedenken.”

Verder kunnen apothekers volgens haar hulp bieden bij het stoppen of afbouwen van medicatie. “Huisartsen durven dat vaak niet.” En ze adviseert om alert te zijn op signalen. Kwetsbare ouderen zijn volgens Bertholet lang niet altijd goed in beeld bij alle zorgverleners en worden lang niet altijd goed herkend. Haar laatste tip: “Praat herkenbaar tegen patiënten. Benoem altijd de kleur en vorm van de tabletten. Een plaatje van het geneesmiddel op de toedienlijst zou helemaal mooi zijn.” ■

Zie voor de literatuurreferentie: pw.nl.

DE ERVARING LEERT DAT STOPPEN VAN ANTI-HYPERTENSIVA VAAK GEWOON KAN

Maak wensen kenbaar met het Behandelpaspoort

Ouderen kunnen vanaf deze maand hun wensen over behandeling en zorg kenbaar maken met het Behandelpaspoort. Dit boekje biedt mensen handvatten om met hun huisarts in gesprek te gaan. Wat wil iemand nog wel en wat niet meer? Ook als het gaat om medicatie, legt initiatiefneemster van Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB) Ester Betholet uit. “De meeste ouderen willen al die pillen niet meer, maar durven dat niet te bespreken.”

Meer informatie over het Behandelpaspoort is te vinden op www.behandelpaspoort.nl.

