

Na jaren van pilots draaien, krijgt grondlegger Ester Bertholet het verlossende woord: er komt structurele financiering voor Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO). "Ik sprong van blijdschap op de bank."



specialist ouderengeneeskunde en bestuurder stichting MESO

ESTER Bertholet

tekst Laura van Elst
beeld Paul Tolenaar

N

12

Na de geboorte van haar tweeling verruult Ester Bertholet de huisartsenpraktijk voor het verpleeghuis. Ze verwacht er niks te kunnen leren, maar daar komt ze snel op terug. Ze is onder de indruk van de expertise van de specialisten ouderengeneeskunde (SO), die naast gespreksvoering met boze familie en de benadering van agressieve patiënten ook palliatieve zorg en multidisciplinaire overleggen coördineren. Geïnspireerd door hun expertise gaat Bertholet in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Tijdens haar stage wil ze de werkwijze uit het verpleeghuis kopiëren naar de eerste lijn en de kennis en kunde van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters en ouderenspsychiaters combineren. Ze krijgt de deksel op de neus. Maar 'nee' staat niet in het woordenboek van Bertholet. Na enig aandringen gaat haar opleider toch overstag.

Knoop ontwarren

Bertholet voegt zich bij twee huisartsen in het vergrijsde Velp en krijgt daar de ruimte om haar aanpak toe te passen bij vijftien kwetsbare thuiswonende ouderen met hoogcomplexere multiproblematiek. Ze wil de huisarts ontlasten en ouderen helpen die anders zeker in het ziekenhuis of verpleeghuis zouden belanden. Dit doet ze door in samenspraak met de patiënt, familie en de betrokken zorgverleners de complexe knoop te ontwarren. "Na één jaar wisten we 'zo moet het, dit is wat je je eigen ouders zou toewensen'."

In 2011 opent Bertholet de eerste zelfstandige eerstelijns SO-praktijk van Nederland. De inzet is om kwetsbare ouderen met zoveel mogelijk kwali-

teit van leven zo lang mogelijk thuis te laten blijven wonen. ZonMw en Menzis geloven erin en financieren haar praktijk voor drie jaar. Huisartsen en andere zorgverleners die geen uitweg meer zien, kunnen een beroep doen op de SO-praktijk. Na doorverwijzing door de huisarts start de patiëntreis met een diagnostische fase, waarin inzicht en overzicht wordt gecreëerd. Mede op basis van een huisbezoek doet Bertholet brede diagnostiek op lichamelijk, geestelijk, communicatief, maatschappelijk gebied en ze kijkt naar algemeen dagelijkse levensverrichtingen. Die benadering levert inzicht op in de wensen, beperkingen en mogelijkheden van de oudere en diens netwerk. In een kort en krachtig zorgplan van maximaal één A4 krijgen alle betrokkenen een overzicht van de aan te pakken multidisciplinaire problematiek en handvatten. Daarna zorgt het team in nauwe samenwerking met de betrokken huisarts voor passende behandeling en begeleiding, waarbij ze de zorg voor het complexe gedeelte vaak volledig overnemen. Het team is gemiddeld zes maanden betrokken bij de patiënt. Als er een nieuw evenwicht is bereikt, sluit het team af en neemt de huisarts het weer volledig over.

Op het schild gehezen

De aanpak halveert de zorgkosten en leidt tot meer levenskwaliteit en werkplezier. "Het bizarre is dat we de meest complexe ouderen redelijk eenvoudig thuis kunnen houden. Niet omdat ze geen problemen meer hebben, maar omdat de knoop van problemen is ontward en er gedaan is wat kon en moest." De werkwijze wordt op het schild gehezen door de voormalige VWS-ministers en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Maar één zwaluw maakt nog geen zomer. De aanpak moet opschaalbaar zijn en elders in het land werken. In 2020 wordt de stichting MESO opgericht. In samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaan in Rotterdam, Zoetermeer en Tiel tweeënhalf jaar durende pilots van start; die laten dezelfde kwaliteitswinst en kostenreductie zien. Een Kamermotie in 2020 roept op tot structurele bekostiging. Ondanks alle mooie woorden en goede bedoelingen blijft het bij pilot- en subsidiehoppen. Maar na een intensieve samenwerking door stichting MESO met de NZa en VWS, wordt dertien jaar na de start de bekostigingsfinish gehaald. Op 1 juli 2024 publiceert de NZa de beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.



13

'De inhoud staat voorop, maar je moet ook de beleidstaal spreken'

14 WAT GING ER DOOR JE HEEN? “Ik sprong van blijdschap op de bank. Na dertien jaar buffelen is het eindelijk gelukt. Ik ben ook overdonderd door de vele reacties die ik op LinkedIn kreeg. Mensen zijn blij voor mij en voor zichzelf. Ook bij VWS en de NZa steekt iedereen hoog in de boom zijn duimpje op. Dat dit ondanks alle stelselissues voor elkaar is gekomen, laat zien dat het wél kan; en het brengt veel energie. Het verzacht het lange en ingewikkelde traject dat we hebben afgelegd. Ik hoop dat dit het signaal afgeeft dat de inhoud leidend is. En dat als je elkaar op de inhoud vindt en verbindt, je er ondanks stelselproblemen komt.”

HOE STEEKT DE FINANCIERING IN ELKAAR? “Per 1 januari 2025 gaat de structurele betaaltitel voor trajectfinanciering in. De beleidsregel financiert eerstelijnsinitiatieven waarbij de specialist ouderengeneeskunde medebehandelaar van de huisarts is. De betaaltitel bestaat uit twee elementen: een start- en vervolgfase. De startfase biedt drie maanden de mogelijkheid voor goede diagnostiek en het opstellen van een behandelplan. De vervolgfase voor de behandeling bestaat uit periodes van een maand. De NZa vindt dit van belang om variatie in de behandelingsfase aan te brengen. Zo is de geboden zorg niet te lang of te kort.”

WELKE HAKEN EN OGEN ZIJN ER? “Ik maak me zorgen over de maandelijks verlenging. De gemiddelde zorgduur in mijn praktijk is zes maanden. Misschien werkt de verlenging hartstikke simpel, maar ik vind het spannend of een patiënt na vier maanden behandeling toch een nee te horen krijgt. Dat zou ik bij één patiënt al te veel vinden. Bovendien mogen we nog steeds geen ouderen met een Wlz-indicatie includeren. Terwijl deze patiënten

ESTER BERTHOLET

(1972) werkt na een paar ‘teleurstellende’ studies in de daklozenopvang. Daar besluit ze zich op geneeskunde te storten. Bertholet wordt vier keer uitgeloot, waarna ze op eigen houtje de collegezaal binnensluit, eerstejaars geneeskundeboeken leest en meedoet aan werkgroepen. Wanneer ze het opblecht en eindelijk wordt ingeloot, heeft ze na een aantal eindwerkstukken en mondelinge examens direct haar propedeuse op zak. Na haar studie in 1998 werkt Bertholet een

jaartje bij Cirque du Soleil. In Engeland en het Radboudumc vervolgt ze haar medische reis als *arts-assistent* in de klinische geriatrie. Ze mist de context, volgt de huisartsopleiding en werkt als *waarnemend huisarts* bij verschillende praktijken. In 2009 gaat ze in opleiding tot *specialist ouderengeneeskunde* en werkt ze in de geestelijke gezondheidszorg. In 2011 opent Bertholet de zelfstandige behandelpraktijk Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet, die inmiddels vier

vestigingen kent in Velp en Arnhem. Daar ondersteunt ze huisartsen tijdelijk met diagnostiek en begeleiding van ouderen met complexe problematiek. De werkwijze leidt in 2020 tot de oprichting van stichting MESO, waar Bertholet *bestuurder* van is. Daarnaast is zij *medeoprichter* van ontmoetingscentrum Ons Raadhuis in Velp, geeft ze lezingen over haar aanpak en is zij *auteur* van het boek *Vitaal ouder worden is zo gek nog niet – de complete gids om gezond te blijven*.

vaak onder hoofdbehandelaarschap van de huisarts staan en ik juist daarom de praktijk heb opgericht. De NZa had de ambitie om tegelijkertijd met de reguliere Zvw-trajectbekostiging ook de reguliere Wlz-bekostiging te publiceren. Daarvoor waren echter nog enkele hobbels te nemen. We werken samen aan een oplossing. De betaaltitel is geen eindstation, maar *work in progress*. Als je wacht tot alles perfect is ingeregeld, ben je bij wijze van spreken weer dertien jaar verder. De zekerheid die we nu dankzij de betaaltitel hebben, geeft energie voor doorontwikkeling.”

EN DAN NOG DE ZORGINKOOP... “De komst van de betaaltitel is één, maar dat zorgverzekeraars MESO-zorg inkopen is een tweede. We gaan nu de contracteerfase in. Dat moeten we met de verzekeraars op basis van vertrouwen vormgeven. De komst van de financiering biedt twee bouwstenen. Nu gaan we bouwen aan een continuüm waarbij de hele regio passende ondersteuning biedt vanuit een gedeelde populatieverantwoordelijkheid.”

NA DERTIEN JAAR KNOKKEN IS DE BEKOSTIGING IN THE POC-KET. HOE KIJK JE TERUG OP DIE TIJD? “Vanuit de inhoud alleen hadden we het nooit gered. Het was een intensieve en theoretische periode van documenten, documenten, documenten, bijeenkomsten, pilots en weer terug. Het was niet gelukt als ik alleen maar bij de zorgverzekeraar was blijven zeuren over hoe erg het is dat die ene mevrouw niet door mij geholpen wordt. De inhoud staat

voorop, maar je moet ook de beleidstaal spreken, de processen begrijpen, goed weten hoe je tot verandering komt en meebewegen. Dat vraagt uitvogelen wanneer je welke boodschap op de plek deelt waar die het meeste gehoor krijgt. De bestuurders en projectleiders van stichting MESO, Ien van Doormalen en Petra Nas, waren daarin onmisbaar. Je kunt een opleiding volgen om je wegwijs te maken in het zorgstelsel, maar je kunt ook maatjes zoeken die hier expertise over hebben. Nadat ik al tien jaar met Herma Barnhoorn bezig was, zijn Petra en Ien er vervolgens nog eens drie jaar druk mee bezig geweest. Zo kon het proces en de samenwerking met de verzekeraars, VWS en de NZa verder vorm krijgen.”

VOOR WELKE VALKUIL MOETEN ZORGPIONIEREN OPZACHTEN?

“Per definitie wordt de zorgverzekeraar als de vijand gezien. Tijdens de presentaties die ik geef, hebben mensen dan ook de neiging om te ageren tegen alles wat niet kan. Dat vormt een band en is weleens lekker om te doen. Maar het is veel gaver als je gezamenlijk iets tot stand kunt brengen door open het gesprek te voeren, onderling waardering

en vertrouwen te creëren en samen te werken. Een andere valkuil is dat collega's in twee groepen denken: wij als specialist ouderengeneeskunde willen dit, maar de huisarts wil dat. Samenwerken betekent ook compromissen sluiten en meebewegen met de wensen van de ander. In de aanloopfase naar mijn praktijk heb ik regelmatig dingen opgeofferd. Dan had ik een bepaald idee voor mijn praktijk voor ogen, maar wilden de huisartsen iets anders. Prima, dacht ik dan. Ik zou het anders doen, maar dan doen we het zo. Flexibiliteit is cruciaal.”

WAT ZIJN ANDERE BELANGRIJKE GELEERDE LESSEN? “Koppel onderzoek aan goede ideeën. Het liefst onafhankelijk, waarbij de werkwijze, benodigde inzet en effecten geëvalueerd worden. Dat hebben wij intensief gedaan en dat vond ik ook een terecht criterium. Tot op zekere hoogte, want drie keer evalueren gaat wel heel ver. Verwoord verder goed wat de ambitie is. Ien, Petra en ik spreken veel initiatieven die MESO-zorg willen verlenen en om hulp vragen. In die gesprekken vragen wij wat ze precies voor elkaar willen krijgen en waarom zij

‘Blijf niet naar elkaar kijken, maar ga ergens voor staan’



dat in hun context willen. Dat zijn lastige vragen, maar vormt wel een belangrijk startpunt voor implementatie. Verder kunnen we veel meer van elkaars processen leren. Binnen MESO verliep de weg naar implementatie, opschaling en borging moeizaam, maar we hebben het nu voor elkaar. MESO is niet uniek. We moeten veel meer implementatie-, opschalings- en borgingslessen delen en leren van elkaar.”

HOE KUNNEN STELSELPARTIJEN INNOVATIES VERSNELLEN?

“Omdat er zoveel partijen in de zorg betrokken zijn, heeft iedereen zijn eigen stukje verantwoordelijkheid. Door de complexiteit en fragmentatie

ligt het risico op de loer dat beslissingen in het midden blijven liggen. Zo was ik jaren geleden bij VWS uitgenodigd om een presentatie te geven aan alle stakeholders. Iedereen was na afloop enthousiast. Toen zei de ene hoge pief tegen de andere: ‘Ik begrijp het niet meer. We zijn allemaal enthousiast. De bal ligt voor het doel, er is geen keeper, maar wie schiet er nou?’ Ik zou partijen dus willen meegeven om niet naar elkaar te blijven kijken, maar om ergens voor te staan. Pak die populatieverantwoordelijkheid, zoek aansluiting met andere stakeholders en maak in het midden de beslissing om de bal in het doel te krijgen.”

WELKE MEERWAARDE KAN MESO-ZORG VOOR ANDERE SECTOREN HEBBEN?

“Ik geloof dat dit model de toekomst is voor meer complexe zorg zoals in de geestelijke gezondheidszorg, verslavings-, jeugd- en revalidatiezorg. Doorgaans verschuiven we van lichte zorg naar steeds zwaardere interventies. Daardoor gaat iemand pas naar een specialist als niks meer werkt. Begrijpelijk, maar wanneer situaties zó complex zijn, is het belangrijk om een specialist aan de voorkant te betrekken. Zo kan een jeugd- of verslavingsarts tijdelijk als medebehandelaar van de huisarts de complexe zorg overnemen, de knoop ontwarren van de patiënt en tot een zorgplan op maat komen die de huisarts en andere hulpverleners oppakken. Dat voorkomt veel verwijzingen en gedoe.”

WAT LIGT ER VERDER IN HET VERSCHIJT?

“In de regio is afstemming over de SO-inzet belangrijk. Daarnaast onderzoek ik de mogelijkheid tot *steward ownership* binnen de praktijken. Daarbij worden stewards in plaats van bestuurders aangesteld en worden het geld en de missie gescheiden. Verder wil ik mijn energie richten op preventie. Momenteel vangen we hoogcomplexe patiënten op, terwijl veel zorg vroegtijdig kan worden voorkomen. Het is maf dat we mensen in een handicap-model plaatsen en vervolgens door de personeelstekorten zeggen dat mensen het zelf maar moeten oplossen. Het gaat niet alleen over een goed cholesterolgehalte of een traplift, maar ook over gezonde voeding zonder pesticiden, voldoende daglicht voor een gezond bioritme en het stimuleren van beweging. Met alles wat er op ons afkomt, moet dat echt anders. We moeten anders kijken naar gezondheid en de verantwoordelijkheid van het individu.”

