

STEPPED CARE IN DE PRAKTIJK

Thuis als het kan

Om de hoogbejaarde patiëntenpopulatie in Velp de beste zorg te verlenen, werken zorgverleners volgens de stepped care-aanpak, die dwars door en over de disciplines heen stapt. De specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn vormt hierin de as. Initiatiefnemer Ester Bertholet legt het concept van de getrapte ouderenzorg uit.

Eerst een kleine omweg, daarna de trap op. Om te begrijpen hoe het stepped care-principe (getrapte zorg) in Velp wortel kon schieten, is het eerst nodig te vertellen over het ontstaan van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB).

Ester Bertholet (46) begon in het dorp Velp, nu alweer acht jaar geleden, als zelfstandig specialist ouderengeneeskunde. Daarvoor was ze vijf jaar huisarts, wilde een tijdje geriater worden en was arts-assistent geriatrie, werkte in de ouderenpsychiatrie – ‘ook zinvol om te leren’ – en in een verpleeghuis. Vanuit al deze werelden nam ze ervaringen mee over ouderenzorg. ‘Ik zag mensen met vergelijkbare problematiek. Ik begon me af te vragen waarom sommige mensen intramuraal en anderen thuis woonden. En of dat ook anders kon.’ Tegelijkertijd had Bertholet bezwaren tegen werken in een verpleeghuis. ‘Ik had last van de “nee”-cultuur; de dingen die ik graag zou willen veranderen konden vaak niet om voor mij niet-begrijpelijke redenen. Deze niet-creatieve en trage cultuur was voor mij niet werkbaar.’

Dus begon ze voor zichzelf en zocht contact met de Velpse huisartsen, om een actieve rol van de specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn voor te stellen. De pilot die daaruit voortkwam, was zo succesvol dat de werkwijze is uitgegroeid tot de norm in Velp. Het team ouderengeneeskunde van Bertholets praktijk helpt de huisarts in situaties die zo gecompliceerd zijn dat extra expertise nodig is. In crisissituaties weten ze mensen thuis te houden die anders veel eerder intramuraal waren opgevangen.

De praktijk zelf is tevens gegroeid en bestaat nu onder meer uit vijf specialisten ouderengeneeskunde, vier verpleegkundigen en drie secretaresses. En er is intussen een dependance in de Arnhemse wijk



‘Ik had last van de “nee”-cultuur’



ERIK VAN 'T WOUDE

Het team ouderengeneeskunde van de praktijk van Ester Bertholet (foto) helpt de huisarts in situaties die zo gecompliceerd zijn dat extra expertise nodig is.

Malburgen, om te tonen dat eerstelijnsouderenzorg ook mogelijk is in een achterstandswijk. Het team van Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet ziet ook daar de ouderen met hoogcomplexe problemen thuis, op verwijzing van de huisarts. Dat was op zich allemaal al vernieuwend, maar nog geen stepped care. Dat werd het pas toen ongeveer vijf jaar geleden de praktijkondersteuner ouderenzorg (POHO) erbij werd gevoegd. Stepped care willen zeggen dat een behandeling niet intensiever is dan nodig en dat complexere interventies pas in beeld komen als eenvoudiger interventies onvoldoende resultaat hebben. In het geval van de stepped care-ouderenzorg in Velp, betekende dat dus de introductie van de praktijkondersteuner ouderenzorg, die een belangrijke rol speelt. De POHO wordt ingezet om de situatie van kwetsbare ouderen in kaart te brengen, zo nodig met een huisbezoek, om zo de zorg beter te coördineren. ‘We zien wat er nog wél kan, thuis.’ Als ze het heeft over ‘we’, dan bedoelt Bertholet de collega’s van de Praktijk.

Stappen

Bertholet vertelt over de getrapte zorg, stepped care dus, in Velp. Stap één is de huisarts. ‘De huisarts is de eerste stap, en er is hier een omvangrijke groep ouderen waarmee de huisarts prima uit de voeten kan.’

Bij stap twee is de zorgvraag al wat complexer. De praktijkondersteuner ouderenzorg moet meekijken op zorggebied. ‘Neem bijvoorbeeld een mevrouw op leeftijd, die terugkomt na een opname in het ziekenhuis – dat máákt iemand kwetsbaar. Dan is het goed als iemand meekijkt: Gaat het allemaal lekker thuis? Heeft zij de juiste zorg? Wat is er gebeurd in het ziekenhuis? Is zij er meer verward door geraakt? Is de medicatie nog goed? Heeft ze voldoende mantelzorg? Al deze vragen en kwesties kan de praktijkondersteuner oppakken. Ook als een mantelzorger contact opneemt omdat hij twijfelt, kan de POHO langsgaan.

Datzelfde geldt als een huisarts zegt: het rommelt daar. Op die manier brengen we dat soort relatief lichte gevallen in kaart. Het duo huisarts en praktijkondersteuner redt zich prima. Ook kan bijvoorbeeld de fysiotherapeut worden ingezet, als een patiënt na een ziekenhuisopname haar arm niet goed kan gebruiken. Er wordt maaltijdzorg en thuiszorg ingeschakeld omdat zij door die arm niet kan koken. Mocht de situatie toch complexer blijken, dan volgt de volgende stap.’

Stap drie: ‘We worden uitgenodigd bij overleg met huisarts en POHO. De specialist ouderengeneeskunde ziet bijvoorbeeld: “O, deze mevrouw had altijd Sinemet in die dosering, nu moeten we dat herstarten.” Soms is dat medicatieadvies alleen voldoende. Maar het kan gebeuren dat we met z’n drieën vaststellen dat het meedenken en advies alleen niet helpt.

Het concept van stepped care heeft zich ‘organisch’ ontwikkeld

De patiënte begint te vallen of ze wordt opeens misselijk en we snappen niet direct waarom.’

Dan is het tijd voor stap vier: ‘Een verwijzing naar de POGB. De verpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde gaan thuis kijken om het functioneren en de context in kaart te brengen. We zien de patiënt minimaal tweemaal en doen lichamelijk en geestelijk onderzoek. De mantelzorger wordt uitgenodigd. Daarna neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met de huisarts, en samen maken we een behandelplan. De adviezen in dit behandelplan voeren we zelf uit, dus we starten of stoppen medicatie, betrekken andere zorgverleners, voeren een gesprek over vroegtijdige zorgplanning, organiseren een multidisciplinair overleg. Al die tijd blijft de huisarts hoofdbehandelaar. En als dat klaar is, de toestand weer stabiel is, dan geven we de patiënt weer terug aan het duo huisarts en praktijkondersteuner.’

In de praktijk van stepped care kunnen stappen worden overgeslagen, legt Bertholet uit. ‘De huisarts kan bij duidelijk grote problematiek direct doorverwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde.’

Geriatier

Een bijzondere extra stap vormt het overleg met de geriatier, in dit geval Hugo Wijnen, klinisch geriatier in Rijnstate ziekenhuis in het nabijgelegen Arnhem (zie blz. 44). Als specialist ouderengeneeskunde heeft Bertholet nooit een concurrent willen worden van de geriatier. ‘Ieder heeft zijn rol en we stemmen het op elkaar af. Geriatier Wijnen is goed in polyfarmacie. De expertise vind ik echt bij de specialist in het ziekenhuis horen, juist omdat de medicatie daar vaak wordt ingezet. De uroloog, cardioloog, neuroloog enzovoort schrijven hun eigen medicatie voor en dat is niet altijd goed afgestemd. Een geriatier is bij uitstek geschikt om daarover mee te denken.’

Elke maand heeft de POGB contact met de geriatier via beeldbellen. ‘Bij ons zitten aan tafel de specialisten ouderengeneeskunde, vaak de huisarts en dikwijls schuift de apotheker aan. Aan de andere zijde in het Rijnstate zit Hugo Wijnen, als het lukt met de ziekenhuisapotheker en een arts-assistent. De week ervoor hebben we de patiëntencasussen geanonimiseerd naar het ziekenhuis gestuurd. De geriatier krijgt de hulpvraag, het behandelplan, de casus en de medicatie. Op het moment van inbellen krijgt hij van ons de gegevens te zien en kijkt hij mee in het ziekenhuisdossier. Zo behandelen we zes à zeven patiënten in een uur.’

De geriatier denkt mee, overlegt zo nodig met de specialist in huis, bijvoorbeeld over het waarom van een medicatie, en de specialist ouderengeneeskunde pakt dat dan verder op, niet de huisarts.

‘Wij zijn toch bezig en het bespaart de huisarts een lange lijst van adviezen. De huisarts stemt er uiteraard mee in. De geriatier opent geen dbc, maar wordt door ons uit onze dbc betaald.’

Het overleg met de geriatier is een jaar geleden inhoudelijk uitgebreid, vertelt Bertholet. ‘We bespreken specialistische casuïstiek nu ook medisch-inhoudelijk. Maar ook in dat geval geldt: hij krijgt alle informatie van ons, en hoeft de patiënt niet te zien. Dit werkt zeer efficiënt.’

In datzelfde kader valt ook het ‘huisbezoek’ van de neuroloog. ‘Eens per kwartaal, één dagdeel, vragen we de neuroloog thuis mee te kijken naar een aantal patiënten die niet meer naar het ziekenhuis willen of kunnen. Zo kan hij, zonder dat zo’n bezoek lang hoeft te duren, iemand wel duidelijk in de thuisomgeving zien.’

Niet overal hetzelfde

In alle gevallen, tijdens alle stappen blijft de huisarts hoofdbehandelaar. ‘Dat heb ik bewust zo gewild: hij heeft het dossier, hij heeft de contacten en is de continue factor. Wij zijn tijdelijk betrokken. Wij zijn er bovendien niet altijd, zoals ’s nachts en ’s avonds.’

Ester Bertholet benadrukt dat het concept van stepped care zich ‘organisch’ heeft ontwikkeld, ‘door constant met iedereen in gesprek te zijn en ons steeds af te vragen hoe dit het beste kan. Wat is efficiënt, wat is nodig, wie coördineert dat? Dat klinkt cliché, maar zo is het wel gegaan – en de ontwikkeling gaat door. Zo kwam de geriatier zelf met het idee om het overleg breder te trekken dan de polyfarmacie. En hij vroeg ons om onze expertise voor zijn patiënten in het ziekenhuis. Nu werken wij dus soms andersom: via beeldbellen zijn wij te gast op het multidisciplinair overleg (mdo) in Rijnstate.’

Het concept heeft zich gaandeweg ontwikkeld en er zijn verschillende varianten mogelijk, zegt Bertholet. ‘Wij hebben een praktijkondersteuner ouderenzorg, maar je kunt ook een wijkverpleegkundige in die rol zetten. De poppetjes hoeven niet overal hetzelfde te zijn. Het concept stepped care en de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, dat heeft meerwaarde.’

Bertholet merkt op dat anderen stepped care waarderen en er hun eigen draai aan geven. ‘Dat is goed. Ik zou er graag over willen meedenken, en ook over de financiering die nog altijd niet goed is geregeld.’ De Zorgverzekeringswet moet er vanaf 2020 voor zorgen dat de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn wordt vergoed. ‘Mét de financiering van de indirecte tijd: tijd die we nodig hebben om met de mantelzorger te praten, de farmacie te bespreken, rapportage te maken, met andere zorgverleners te overleggen. In Nederland word je geacht dat erbij te doen, maar deze indirecte zorg is de kern van mijn werk.’ Ook vergoeding van het mdo zou geregeld moeten worden: ‘Per patiënt hebben we een mdo van een halfuur, dat is zo efficiënt als maar kan, er zitten vijf à zes man aan tafel, die krijgen nu van mij betaald vanuit de dbc – maar dat moet in de toekomst wel een plekje krijgen. Want overleggen met iedereen zonder de patiënt erbij, dat is de helft van de tijd wat ik doe.’ ■