

RAPPORTAGE HERHAALBAARHEIDS- ONDERZOEK

MULTIDISCIPLINAIRE
EERSTELIJNSOUDERENZORG MET EEN
SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

**KLANT
KENMERK
AUTEURS**

**DATUM
VERSIE**

Stichting MESO
MJ/bv/001969
Lieke van de Camp, Anouk van den Eeckhout, Wouter Jongebreur en
Maaïke Jongerius en Ellen Westhoff
17 januari 2023
Definitief

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	9
1.1 Leeswijzer	9
1.2 MESO	9
1.3 MESO-pilots	10
1.4 De doelgroep van MESO	10
1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen herhaalbaarheidsonderzoek	11
1.6 Aanpak onderzoek op hoofdlijnen	11
1.7 Aanvullend onderzoek Velp	12
2 MESO werkwijze, praktijk en team	13
2.1 Beoogde werkwijze in de pilots	13
2.2 Scholing MESO	14
2.3 Borging, bestendinging en financiering MESO	14
2.4 Pilot Zoetermeer (wijk Seghwaert)	15
2.5 Pilot Tiel	17
2.6 Pilot Rotterdam (wijk Ommoord)	19
2.7 Velp en Arnhem	21
2.8 Samenvattende tabel MESO praktijk en team pilots en Velp en Arnhem	23
3 Bevindingen pilots vergeleken	26
3.1 Inclusie patiënten in herhaalbaarheidsonderzoek	26
3.2 De (ervaren) kwaliteit van zorg neemt toe	27
3.3 MESO boekt positieve resultaten op indicatoren gezondheid, welbevinden, inzicht en overzicht	31
3.4 MESO zorgt gemiddeld genomen voor stabilisatie van risicofactoren voor opname	34
3.5 MESO voorkomt voor driekwart van de patiënten een verwijzing naar de tweede lijn	36
3.6 Huisartsen willen de samenwerking met MESO voortzetten en zien kansen voor verbetering	37
3.7 Tussentijdse conclusie: resultaten laten zien dat MESO herhaalbaar is in andere contexten	37
3.8 Samenvattende tabel kwantitatieve bevindingen	38
4 Evaluatie proces en kernelementen MESO	41
4.1 Procesevaluatie Zoetermeer (wijk Seghwaert)	41
4.2 Procesevaluatie Tiel	42
4.3 Procesevaluatie Rotterdam (wijk Ommoord)	43
4.4 Uitdagingen voor de pilots	44
4.5 De veertien kernelementen van MESO zijn herkenbaar en bieden vrijheid voor eigen invulling	45
4.6 MESO als verandertraject	49
4.7 Factoren die bijdragen bij aan het succes van MESO	49
4.8 Wensen voor doorontwikkeling vanuit de pilots	50
5 Beschouwing MESO	51
5.1 Maatschappelijke ontwikkeling en relevante verschillen voor de waardering van de resultaten	51
5.2 MESO bereikt onder moeilijke omstandigheden positieve resultaten bij complexe doelgroep	52
5.3 En er is nog ruimte voor verbetering	52

6	Conclusies	54
6.1	MESO is herhaalbaar in andere contexten en pilots laten dezelfde typen resultaten zien	54
6.2	Bevindingen in het licht van diverse maatschappelijke ontwikkelingen en contextfactoren	56
6.3	Enkele geleerde lessen van implementatie van MESO uit de pilots	56
6.4	Succesfactoren, wensen en verbeterpunten	57
A.	Onderzoeksverantwoording	59
A.1	Herhaalbaarheidsonderzoek met vragenlijsten	59
A.2	Actieonderzoek	61

Samenvatting

Achtergrond en onderzoeksvragen

Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (hierna: MESO) is een vorm van integrale zorg voor ouderen, zodat deze ouderen ondanks complexe, en vaak meervoudige problematiek (langer) thuis kunnen wonen met meer kwaliteit van leven. In Velp wordt MESO al bijna 11 jaar toegepast. De resultaten uit onderzoek in 2015 laten zien dat de werkwijze goed scoort op 'triple aim': verbeterde gezondheid/ervaren kwaliteit van leven, verbeterde ervaren kwaliteit van zorg en lagere zorgkosten.¹ Op basis van deze resultaten zijn veertien kernelementen² beschreven die MESO tot een succes maken. In een later stadium is gestart met het uitvragen van de tevredenheid van betrokken zorgverleners, ook één van de doelen in quadruple aim.

In dit onderzoek staat het uitvoeren van herhaalbaarheidsonderzoek centraal om aannemelijk te maken dat met MESO op andere locaties vergelijkbare resultaten behaald kunnen worden als in 2015 in Velp. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we hoofdzakelijk twee onderzoeksmethodieken toegepast: actieonderzoek en herhaalbaarheidsonderzoek op basis van vragenlijsten. In het actieonderzoek zijn de contextuele factoren per pilot, de organisatorische randvoorwaarden voor het bieden van MESO en de geleerde lessen in kaart gebracht door middel van interviews, observaties en reflecties. Gedurende het MESO-traject zijn daarnaast op verschillende momenten en door verschillende betrokkenen vragenlijsten ingevuld. De bevindingen hebben we op het niveau van de pilots en als geheel geanalyseerd. Tussentijds zijn bevindingen uit het actieonderzoek en herhaalbaarheidsonderzoek geconfronteerd en gekoppeld aan het leerproces van de pilots.

MESO-pilots

MESO richt zich op kwetsbare ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie³ en vindt plaats naast – en vooral ook in samenwerking met - de reguliere huisartsenzorg. De visie op MESO, samengevat in veertien kernelementen, ligt ten grondslag aan de werkwijze. De patiëntreis MESO is een praktische uitwerking van deze visie en richt zich op het creëren van inzicht en overzicht en het (organiseren van) passende behandeling en begeleiding door het MESO-team. De kwetsbare oudere kan met zo veel mogelijk kwaliteit van leven, desgewenst, zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Het MESO-team is gemiddeld zes maanden betrokken bij de patiënt. De patiëntreis bestaat uit twee fasen: de diagnostische fase en de behandelfase. De diagnostische fase bestaat uit meerdere onderdelen om een breed geriatrisch assessment rondom de verwijsvraag uit te voeren. De behandelfase omvat de uitvoering, coördinatie, het MDO en evaluatie van de acties die in het zorgbehandelplan besproken zijn. Als er een nieuw evenwicht bereikt is, sluit het MESO-team af en neemt de huisarts het weer volledig over.

Er staan drie pilotlocaties centraal in dit onderzoek: Zoetermeer (wijk Seghwaert), Tiel en Rotterdam (wijk Ommoord). De context van de drie pilotlocaties verschilt van elkaar en verschilt van de context waarbinnen Ester Bertholet MESO in Velp in 2011 heeft ontwikkeld. Deze contextfactoren nemen we mee in de interpretatie van de bevindingen. We beschrijven hierna beknopt de onderzoekspopulatie en de belangrijkste bevindingen aan de hand van de elementen van de quadruple aim.

Onderzoekspopulatie

In het herhaalbaarheidsonderzoek zijn 171 patiënten geïncludeerd met een gemiddelde leeftijd van (ruim) 83 jaar in Zoetermeer en Rotterdam, en 81,5 jaar in Tiel. In Velp was de gemiddelde leeftijd van alle behandelde patiënten ruim

¹ Later is 'triple aim' aangevuld met de tevredenheid van (andere) zorgverleners naar 'quadruple aim'. Dit aspect is echter op het moment van het onderzoek in Velp (2011-2015) niet expliciet gevraagd aan andere zorgverleners.

² De veertien kernelementen staan beschreven in figuur 11 (paragraaf 4.5).

³ Het gaat om ouderen die onder hoofdbehandelaarschap van de huisarts vallen. Zij wonen vaak thuis, maar sommigen wonen in een particuliere instelling. In een deel van de pilots behoren zij ook in dit laatste geval tot de doelgroep.

83 jaar en daarmee vergelijkbaar met de pilots. Er zijn meer vrouwen (n=98; 57%) dan mannen (n=73; 43%) geïnccludeerd. Dit was ook in Velp het geval, daar was 60% van de verwezen patiënten vrouw en 40% man. Een aspect is het onderscheid tussen patiënten met complexe problematiek en patiënten met hoogcomplex problematiek. In Zoetermeer is 74% van de patiënten hoogcomplex, in Tiel en Rotterdam zijn deze percentages respectievelijk 87% en 88%. In Velp werd de problematiek in de periode 2011-2015 in ruim driekwart van de gevallen als hoogcomplex aangemerkt. Inmiddels is dit in Velp ook gestegen naar ongeveer 90%.

Kwaliteit van zorg is verbeterd

Uit verschillende aspecten blijkt dat de ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd. Zo wordt het multidisciplinair overleg in de pilots structureel georganiseerd (93% Zoetermeer; ± 50% Rotterdam; destijds 82% in Velp⁴), heeft er in bijna alle gevallen een medicatiereview plaatsgevonden (93%) en is de mantelzorg in een groot deel van de trajecten actief betrokken (>90% in Zoetermeer en Rotterdam; 79% in Tiel; destijds ruim 90% in Velp). Ook is het percentage patiënten dat voldoende zorg ontvangt toegenomen van 25% naar 70% (67% Velp), zijn patiënten over het algemeen (zeer) tevreden over de ontvangen zorg en sluit deze beter aan op hun wensen.

Kwaliteit van leven voor de patiënt is verbeterd; de mantelzorg ervaart ondanks belasting meer in- en overzicht

We zien op diverse indicatoren een verbeterde (mentale en fysieke) gezondheid terug, die te relateren is aan een verbeterde kwaliteit van leven. De lichamelijke gezondheid (fitheid) van patiënten is in 44% van de gevallen als voldoende of goed beoordeeld ten opzichte van 29% in de beginmeting, de mate van nervositeit daalde van 53% naar 27%, de mate van somberheid van 52% naar 23% en een meer algemene maat van welbevinden stijgt van 46% naar 65%. Ook is het inzicht en overzicht van de patiënten in de eigen situatie verbeterd (stijging van 38% naar 54%). De richting van deze effecten is, voor zover de indicatoren vergelijkbaar gemeten zijn, vergelijkbaar met de resultaten uit Velp. Bij de mantelzorgers zien we een gevarieerd beeld ten aanzien van de ervaren kwaliteit van leven in termen van belasting, gezondheid en ervaren inzicht en overzicht. Inzicht en overzicht van mantelzorgers verbetert sterk (stijging van 62% naar 75%) en gezondheid en welbevinden daalt licht na MESO ten opzichte van vóór MESO (van 75% naar 72%). De ervaren belasting door mantelzorgers neemt in Zoetermeer en Rotterdam beperkt toe in termen van het aantal belastende taken (van 3,3 naar 3,8) en overall belasting (van 5,5 naar 5,7 op een schaal van 1 tot 10), terwijl dit in Tiel en eerder in Velp afnam na MESO.

Betrokken huisartsen zijn tevreden over de (samenwerking met) MESO

Het overgrote deel (90%) van de huisartsen wil dat MESO blijft, vanwege de mogelijkheden die dit biedt om te gaan met de toenemende complexiteit van de problematiek van patiënten waar ze mee te maken krijgen. Huisartsen zijn over het algemeen tevreden over de samenwerking met het MESO-team: twee derde beoordeelt deze als goed, een derde als neutraal. Huisartsen geven aan dat MESO nieuwe inzichten, wijziging in beleid rondom een aantal patiënten en vermindering in hun werkbelasting heeft opgeleverd.

De herhaalbaarheid van de kostenreductie door MESO is aannemelijk

Zonder inzet van MESO zou ongeveer driekwart van de patiënten die nu MESO ontvangt door de huisarts naar een specialist (geriater, neuroloog of anders) zijn verwezen. Dit percentage is hoger dan eerder in Velp is gemeten (56%). De bespaarde kosten per doorverwijzing waren in Velp € 3.500.⁵ Gezien de onzekerheid over de werkelijke kosten als gevolg van een (voorkomen) verwijzing (op dit moment), schatten we deze voorzichtig in op enkele duizenden euro's per persoon. Daarmee schatten we de totale besparing voor 128 patiënten voor wie een verwijzing is voorkomen op € 250.000 tot € 350.000. Daarnaast is de mate van aanwezigheid van risicofactoren voor een verpleeghuisopname geregistreerd. We zien bij patiënten in de pilotomgevingen een stabiel verloop wat betreft cognitieve en fysieke risicofactoren en bovendien geen of beperkte achteruitgang als het gaat om overbelasting of het wegvallen van de

⁴ In Tiel is in 52% van de gevallen een MDO georganiseerd met meer dan 3 professionals, het werkelijke percentage MDO's ligt dus naar alle waarschijnlijkheid hoger.

⁵ Zie ook Herma Barnhoorn & Ester Bertholet (2015). *Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp*. Bijblijven, DOI 10.1007/s12414-015-0102-5.

mantelzorger. In andere woorden, patiënten die MESO ontvangen in de pilotomgevingen scoren ondanks hun kwetsbaarheid en complexe (multi)problematiek aan het eind van het traject hetzelfde of maar heel beperkt slechter op risicofactoren die tot een crisissituatie (en vervolgens verpleeghuisopname) kunnen leiden. In Velp werd na vier jaar MESO een duidelijke afname zichtbaar op deze risicofactoren. In Velp is eerder ook een multidisciplinaire inschatting gemaakt dat MESO verpleeghuisopname gemiddeld acht maanden heeft uitgesteld, wat leidde tot een duidelijke kostenreductie. In het huidige onderzoek heeft geen registratie plaatsgevonden van het verwachte uitstel van opname als gevolg van MESO en was de onderzoeksperiode 1 tot 2 jaar.

Conclusie: resultaten laten zien dat MESO herhaalbaar is in andere contexten

Het belangrijkste doel van de MESO-pilots was om vast te stellen of de resultaten van MESO die in Velp in de periode 2011-2015 zijn bereikt, herhaalbaar zijn in een andere context. We stellen vast dat MESO in de pilots leidt tot dezelfde typen resultaten als eerder in Velp, terwijl de doelgroep complexer is geworden en de omstandigheden voor de pilots minder ideaal waren dan eerder in Velp het geval was. Op basis hiervan concluderen we dat het aannemelijk is dat MESO herhaalbaar is in andere contexten.

Bevindingen in het licht van diverse maatschappelijke ontwikkelingen en contextfactoren

Er zijn diverse (maatschappelijke) ontwikkelingen en contextfactoren die relevant zijn bij het waarderen van de resultaten van het onderzoek naar de pilotomgevingen. De pilots zijn tot stand gekomen en de zorg is uitgevoerd in een andere tijd dan de tijdsperiode waarin MESO in Velp is onderzocht. Het gaat om de volgende ontwikkelingen en contextfactoren. Ten eerste de maatschappelijke ontwikkelingen die ten aanzien van de doelgroep, de beleidsontwikkelingen en de veranderingen in het zorglandschap waardoor er meer ouderen zijn die langer thuis wonen. Daardoor zijn er ook meer ouderen met complexe(re) (multi)problematiek in de thuissituatie, wat zorgt voor ontwikkelingen in het zorglandschap. Onder andere de inzet op praktijkondersteuners en casemanagers dementie.

Ten tweede zijn de pilots, zoals het doel was, uitgevoerd in andere regio's met een andere context qua organisatie, samenwerking, beschikbare 'voorzieningen', et cetera. Voor de vergelijking van de resultaten is het relevant dat de pilots in een andere tijd zijn gestart, een kortere voorbereidingstijd hebben gekend en korter hebben gelopen dan MESO in Velp destijds. De langere voorbereidingstijd heeft onder andere geleid tot een grotere bekendheid van MESO en een nauwere samenwerking van MESO met het lokale netwerk. Daarnaast is MESO in Velp destijds 'van binnenuit' opgezet, geïmplementeerd en uitgevoerd, terwijl dit in de pilots een verandering 'van buiten' was die meer tijd kostte. Dit werd nog extra onder druk gezet door uitdagingen als de coronacrisis en problematiek op de krappe arbeidsmarkt. Als laatste komen de bevindingen voort uit een onderzoek waar onderzoek en opbouw, anders dan in Velp, parallel liepen, waar de looptijd korter was en waar (deels) andere informatie is uitgevraagd. Door de kortere looptijd, in combinatie met de tijd die de implementatie en het veranderingsproces hebben gekost, zijn de resultaten over een andere periode verzameld (vroeger in de implementatie- en leercurve).

Enkele geleerde lessen van implementatie van MESO uit de pilots

We geven vanuit dit onderzoek enkele inzichten mee op basis van onze waarnemingen in ons actieonderzoek. Stichting MESO gaat hier in de overall beschrijving van de projectresultaten uitgebreider op in.

Uit het onderzoek blijkt dat de veertien kernelementen van MESO herkenbaar zijn voor de MESO-teams in de pilots. De kernelementen bieden ruimte om – binnen de gegeven MESO-waarden - voor een invulling te kiezen die past bij de lokale/regionale context. Er zijn geen kernelementen die men op basis van de eigen pilot wil toevoegen of aanpassen. De teamleden geven aan niet dagelijks bewust bezig te zijn met de kernelementen, aangezien ze verwerkt zijn in de patiëntreis die centraal staat in elk MESO-traject. De patiëntreis biedt volgens de MESO-teamleden concrete handvatten, terwijl de kernelementen meer vrijheid voor eigen invulling of interpretatie geven. De kernelementen helpen volgens de pilotteams voornamelijk bij het vertellen over de visie en of meerwaarde van MESO aan patiënten, naasten en professionals. Wat als een rode draad door MESO heen loopt maar explicieter in de formulering van de veertien

kernelementen terug zou mogen komen, is de verpleegkundig en medisch specialistische expertise die MESO onderscheidt van andere vormen van zorg en ondersteuning in de eerste lijn en de teamsamenstelling. De intensieve en gelijkwaardige samenwerking tussen secretaresse, verpleegkundige en SO, waarbij een ieders expertise tot optimale inzet kan komen, is uniek te noemen.

We concluderen dat de meerwaarde van MESO ten opzichte van reguliere zorg met name zichtbaar wordt in een completer beeld dat gevormd wordt van de patiënt en diens naaste(n) als gevolg van de uitgebreide diagnose en de ruimte die er is om het netwerk te betrekken. Vanuit de diagnose kan snel actie ondernomen worden en vervolgens wordt er toegewerkt naar een meer stabiele situatie waarin het MESO-team blijft waarnemen hoe het gaat met de patiënt in de thuissituatie. Wij willen hierbij benadrukken dat MESO niet als vervanger van alle reguliere ouderenzorg kan of moet fungeren. Voor specifiek de groep kwetsbare ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie kan MESO uitkomst bieden. Ouderen met eenvoudige vragen zijn beter, effectiever en goedkoper geholpen via bijvoorbeeld de consultatiefunctie. Echter, om passende zorg voor de kwetsbare doelgroep met hoogcomplexe (multi)problematiek te kunnen blijven bieden, is een goed werkend zorgsysteem daaromheen in zowel de eerste als de tweede lijn vereist, waarin MESO een plek heeft.

De pilots passen de kernelementen toe in hun eigen specifieke context, die niet alleen verschilt met de context waarin de POGB in Velp zich bewoog, maar die ook onderling op een veelheid van details verschillen. We benoemen hier de belangrijkste verschillen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen en die zijn te relateren aan de herhaalbaarheid. Als eerste valt op dat in de pilotteams minder uren (formatie) beschikbaar zijn voor het leveren van MESO dan de professionals in Velp hadden. Lagere beschikbaarheid heeft onder andere gevolgen voor de snelheid waarmee interne en externe samenwerking tot stand komt en waarmee zaken in de patiëntreis opgepakt kunnen worden.

Verder zien we in één van de pilots (Zoetermeer) dat er een meerwaarde kan zijn van het vervullen van een dubbelrol als (geriatrie) verpleegkundige binnen MESO en praktijkverpleegkundige ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Deze professional speelt een rol in het tijdig verwijzen van patiënten van de huisarts naar MESO, maar ook vice versa zorgen voor een warme overdracht en continuïteit van zorg voor de patiënt binnen de huisartsenpraktijk. Er zijn verschillen tussen de pilots in de mate waarin de consultfunctie van de SO al vóór MESO werd ingevuld. Daar waar de consultfunctie op een uitgebreide wijze wordt ingevuld, ondanks de beperkte financiering, ligt deze min of meer in lijn met het MESO-traject voor patiënten met complexe problematiek. In die situatie zien we dat het afstemmen en stroomlijnen van verantwoordelijkheden tussen huisarts, consulterend SO en MESO-SO aandacht vraagt, bijvoorbeeld over welke patiënten waarheen worden verwezen. Als laatste heeft het tekort aan casemanagers dementie in Zoetermeer invloed gehad op de invulling van MESO, maar mogelijk ook op de ernst van de situatie waarin patiënten en mantelzorgers door de huisarts naar MESO zijn verwezen.

Succesfactoren, wensen en verbeterpunten

Om MESO succesvol te implementeren is ons gedurende het onderzoek een aantal factoren opgevallen. Deze succesfactoren zijn het creëren van een veilig leerklimaat, nabijheid met de huisarts, het creëren van heldere verwachtingen ten aanzien van rollen, taken en verantwoordelijkheden binnen het MESO-team en het organiseren van goede nazorg door het aanwijzen van een regisseur na afloop van het MESO-traject.

Naast de succesfactoren zijn diverse wensen ter sprake gekomen gedurende de onderzoeksperiode. Deze wensen hebben onder andere betrekking op het in alle contexten kunnen aanbieden van MESO voor Wlz-patiënten, zoals in de bestaande situatie van MESO in de POGB voor 2020, het preventiever kunnen inzetten van MESO, het uitbreiden van de MESO-teams (in formatie) en het aantal beschikbare uren voor MESO en het werken met één bekostigingswijze en informatie- en communicatiesysteem.

De wensen sluiten ook deels aan op de verbeterpunten die we zijn tegengekomen: grotere bekendheid van MESO in het lokale en regionale zorglandschap, een eerdere verwijzing van patiënten door huisartsen en het opdoen van meer ervaring met MESO in het MESO-team en het liefst in een zo continu mogelijke samenstelling van het team.



1 Inleiding

1.1 Leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk beschrijven we kort MESO, de pilots en de doelgroep van MESO en gaan we in op de onderzoeksvragen, de gevolgde onderzoeksmethodiek en aanvullend onderzoek dat momenteel in Velp wordt uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de beoogde MESO werkwijze en staan we stil bij de invulling van de MESO-praktijk en het MESO-team per pilotlocatie en hoe dit destijds in Velp was georganiseerd⁶. In hoofdstuk 3 vergelijken we de bevindingen tussen de pilots en geven we antwoord op de vraag in hoeverre MESO herhaalbaar is bij de drie pilotlocaties. In hoofdstuk 4 zetten we de context van de drie pilotpraktijken en de MESO-praktijk in Velp en Arnhem uiteen. We beschrijven hierbij achtereenvolgens de financiering, de consultatiefunctie, het demografische beeld en het zorglandschap. Vervolgens evalueren we in hoofdstuk 5 de wijze waarop MESO is geïmplementeerd in de eigen projectomgeving en de uitdagingen daarbij. Ook zoomen we in op de onderscheidende kernelementen van MESO. Hoofdstuk 6 bestaat uit een reflectie op MESO vanuit onze interpretatie van de (kwantitatieve) resultaten vanuit het herhaalbaarheidsonderzoek. We ronden het rapport af met de conclusie in hoofdstuk 7, opgesteld door het plaatsen van de resultaten in hoofdstuk 3 in de context van de beschreven zaken in hoofdstukken 2, 4, 5 en 6. In bijlage A is ten slotte de onderzoeksverantwoording te vinden.

1.2 MESO

Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (hierna: MESO) is een vorm van integrale zorg voor ouderen, zodat deze ouderen ondanks complexe, en vaak meervoudige problematiek (langer) thuis kunnen wonen met meer kwaliteit van leven. MESO brengt medisch specialistische kennis, die voorheen enkel in de tweede lijn beschikbaar was, naar de thuiswonende patiënten in de eerste lijn. Ester Bertholet is grondlegger van deze vorm van zorg en heeft in 2011 de eerste zelfstandige praktijk voor ouderengeneeskunde (Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (hierna: POGB)) in de eerste lijn opgezet.

In Velp past de praktijk voor ouderengeneeskunde deze multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg al bijna 11 jaar toe. De resultaten uit onderzoek in 2015⁷ (op basis van een trendanalyse) laten een verbetering zien van de kwaliteit van leven van patiënten tegen lagere zorgkosten. Zowel patiënten als mantelzorgers zijn tevreden over deze vorm van zorg en zien de gezondheidswinst en toename in kwaliteit van zorg en leven die hiermee wordt behaald. De werkwijze scoort daarmee goed op de drie doelen (resultaatgebieden) van 'triple aim': verbeterde gezondheid/ervaren kwaliteit van leven, verbeterde ervaren kwaliteit van zorg en lagere zorgkosten. Op basis van de resultaten uit Velp zijn door Ester Bertholet en Herma Barnhoorn veertien kernelementen beschreven die MESO tot een succes maken. Vanaf de komst van de MESO-vestiging in Malburgen (Arnhem-Zuid) is gestart met het uitvragen van de tevredenheid van betrokken zorgverleners, ook één van de doelen in quadruple aim⁸. De tevredenheid over de samenwerking was en is goed.

⁶ In 2016 is MESO uitgebreid naar Arnhem. De vergelijking van de pilotresultaten vindt plaats ten opzichte van Velp destijds. De vergelijking van de contextuele factoren en het zorglandschap vindt zowel plaats ten opzichte van Velp destijds als de huidige praktijken in Velp en Arnhem.

⁷ Herma Barnhoorn & Ester Bertholet (2015). *Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp*. Bijblijven, DOI 10.1007/s12414-015-0102-5.

⁸ From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider, Bodenheimer, 2014. Dit is door stichting MESO ook als basis gebruikt voor het formuleren van de prestatie-indicatoren in het herhaalbaarheidsonderzoek.

MESO bestaat uit de inzet van de kennis en kunde van een specialist ouderengeneeskunde (hierna: SO) en (geriatrie) verpleegkundige gecombineerd met de kennis en kunde in de eerste, tweede en derde lijn. De SO en verpleegkundige zijn onderdeel van een MESO-team bestaande uit SO's, (geriatrie) verpleegkundigen en een secretariaat. Op verwijzing van de huisarts ziet dit MESO-team ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie. In samenwerking met het lokale netwerk zorgen zij voor inzicht en (nieuw) evenwicht bij de patiënt thuis.

1.3 MESO-pilots

Om voor MESO een structurele plaats in het Nederlandse zorglandschap te realiseren is in samenspraak met VWS op 11 maart 2020 de Stichting MESO opgericht om zodoende via het MESO-project antwoord te krijgen op deze voor de overheid belangrijke vragen. Het belangrijkste doel van Stichting MESO is het onderzoek naar MESO te herhalen en randvoorwaarden voor herhaalbaarheid te benoemen. Om deze doelstelling te realiseren heeft de stichting in een driejarig project (looptijd pilots april 2020 tot en met april 2023) met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) op drie locaties pilots geïnitieerd waar MESO wordt verleend aan ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie⁹. De pilots vinden plaats in Tiel, Zoetermeer (wijk Seghwaert) en Rotterdam (wijk Ommoord).

Stichting MESO heeft een drieledig doel:

- a. **Herhaalbaarheid aannemelijk maken:** onderzoeken of de eerder behaalde resultaten in Velp ook op andere plekken, met andere kenmerken, in een drietal pilotorganisaties, behaald (kunnen) worden;
- b. **Borgen van kwaliteit:** het al werkend en lerend ontwikkelen van een degelijk kwaliteitskader en wat er verder nodig is voor duurzame borging van kwaliteit. Bijvoorbeeld in termen van kernelementen van MESO en inhoudelijke en organisatorische randvoorwaarden hiervoor;
- c. **Borgen van duurzame financiering:** het samen met stakeholders zoeken naar een passende, structurele vorm van financiering. Dit heeft zowel betrekking op inhoud en vorm van een dergelijke prestatie als ook op de hoogte van het tarief.

1.4 De doelgroep van MESO

MESO richt zich op kwetsbare ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie. Vaak is bij deze ouderen sprake van multi-domeinproblematiek; er spelen problemen op meerdere leefgebieden die elkaar vaak in hoge mate beïnvloeden. MESO streeft naar verbetering van de kwaliteit van leven en creëert daartoe inzicht en nieuw evenwicht voor patiënt, mantelzorger en betrokken hulpverleners. MESO vindt plaats naast - en vooral in samenwerking met - reguliere huisartsenzorg. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en draagt ook tijdens het MESO-traject zorg voor huisartsen- en spoedeisende- en ANW-zorg. Ouderen die met hulp van de huisarts, praktijkondersteuner-ouderen / praktijkverpleegkundige ouderen en andere betrokkenen, zoals een consulterend SO, voldoende passende zorg ontvangen, worden niet verwezen. MESO past daarmee goed binnen het principe van stepped care: de patiënt wordt niet zwaarder behandeld dan noodzakelijk is en de zorg wordt op het juiste niveau en de juiste plaats verleend. Goede diagnostiek is daarin een noodzakelijke voorwaarde die door MESO wordt ingevuld. Goede samenwerking met andere (lokale) betrokkenen is een andere voorwaarde, waar MESO ook op stuur.

MESO is momenteel niet in alle vier de MESO-praktijken toegankelijk voor alle zelfstandig wonende ouderen. Ouderen die over een Wlz-indicatie beschikken zijn in Zoetermeer en Velp (nog) uitgesloten voor deze vorm van zorg. Overigens was dit in Velp tot 2021 wel mogelijk en daarna niet meer, omdat MESO nu vanuit de experimentruimte van GZSP wordt gefinancierd.

⁹ Het gaat om ouderen die onder hoofdbehandelaarschap van de huisarts vallen. Zij wonen vaak thuis, maar sommigen wonen in een particuliere instelling. In een deel van de pilots behoren zij ook in dit laatste geval tot de doelgroep. In deze rapportage gebruiken we de woorden 'thuis' of 'thuissituatie' met deze uitleg zonder dat we deze voetnoot herhalen.

1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen herhaalbaarheidsonderzoek

De hoofdvraag van Stichting MESO aan Significant Public is het uitvoeren van herhaalbaarheidsonderzoek om aannemelijk te maken dat met MESO op andere locaties vergelijkbare resultaten behaald kunnen worden als in 2015 in Velp. Centraal staat de vraag of MESO in andere contexten dezelfde resultaten kan laten zien als in Velp. Daarnaast is ons gevraagd of we mee kunnen onderzoeken en denken met de MESO-projectleiders, het bestuur van de stichting MESO en stakeholders op de vraag hoe zowel de kwaliteit van zorg als de financiering van deze vorm van integrale ouderenzorg geborgd kunnen worden.

In het herhaalbaarheidsonderzoek beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van de verschillende pilots waarin de MESO geboden wordt?
 - a. Context;
 - b. Wijze van implementatie;
 - c. Manier en kwaliteit van de samenwerking.
2. Wat zijn de uitkomsten op de geformuleerde prestatie indicatoren?
 - a. Verbeterde gezondheid/ervaren kwaliteit van leven (patiënt en mantelzorger);
 - b. Verbeterde (ervaren) kwaliteit van zorg;
 - c. Kostenreductie in (ouderen)zorg;
 - d. Verbetering tevredenheid zorgverleners.
3. In hoeverre is het aannemelijk dat de uitkomsten die in de pilots naar voren komen vergelijkbaar zijn met de resultaten van de POGB in Velp (zoals onderzocht en gepubliceerd in 2015)?
4. Wat zijn mogelijke verklaringen voor zowel de verschillen als overeenkomsten in deze uitkomsten?
5. Welke (aanvullende) succesfactoren en randvoorwaarden zijn op basis van de onderzoeksresultaten en pilotkenmerken nodig om effectieve MESO te realiseren?
6. Wat betekent dit voor de kwalitatieve borging van MESO?
7. Wat betekent dit voor de financiële borging van MESO?

1.6 Aanpak onderzoek op hoofdlijnen

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we hoofdzakelijk twee onderzoeksmethodieken toegepast: actieonderzoek en herhaalbaarheidsonderzoek op basis van vragenlijsten. In het actieonderzoek zijn de contextuele factoren per pilot, de organisatorische randvoorwaarden voor het bieden van MESO en de geleerde lessen in kaart gebracht door middel van interviews, observaties en reflecties. Bijvoorbeeld door aan te sluiten bij MDO's, bilaterale overleggen (hierna: bila's) tussen de verpleegkundige en SO of in individuele of groepsinterviews met MESO-teamleden. Tijdens deze momenten stond het ophalen van context en kenmerken van de pilots en het toetsen van eigen observaties en reflecties centraal. Gedurende het MESO-traject worden daarnaast op verschillende momenten en door verschillende betrokkenen vragenlijsten ingevuld. De bevindingen hebben we op het niveau van de pilots en als geheel geanalyseerd. Tussentijds hebben we bevindingen uit het actieonderzoek en herhaalbaarheidsonderzoek met elkaar geconfronteerd en gekoppeld aan het leerproces van de pilots. Een uitgebreide onderzoeksverantwoording is te vinden in bijlage A.

Een aantal overwegingen zijn van belang om tijdens het lezen van de rapportage in gedachten te houden:

- a. Om de vergelijkbaarheid zo groot mogelijk te houden en dus het meest zuiver iets te kunnen zeggen over de herhaalbaarheid van MESO zijn we in de aanpak van het herhaalbaarheidsonderzoek zo dicht mogelijk bij de opzet van het onderzoek naar MESO in Velp gebleven. We hebben zoveel mogelijk dezelfde vragen gehanteerd, die op dezelfde momenten in het traject zijn ingevuld door hetzelfde type professionals of deelnemers. In aanvulling daarop verrijken we de kwantitatieve data met kwalitatieve data uit het actieonderzoek.
- b. Desalniettemin zijn er verschillen tussen het huidige onderzoek en het onderzoek in Velp waardoor de resultaten zondermeer te vergelijken zijn. Niettemin zijn we van mening dat we ondanks deze verschillen wel degelijk

uitspraken kunnen doen over de herhaalbaarheid van MESO. Mogelijke verschillen die van invloed kunnen zijn op de gepresenteerde uitkomsten, kunnen te maken hebben met:

- i. Min of meer 'harde' verschillen: verschillen in de gebruikte vragenlijsten en vraagstellingen.
 - ii. De duur van het onderzoek in Velp (4 jaar) versus de duur in de pilots (minder dan een jaar in Rotterdam en twee jaar in Zoetermeer en Tiel). Op basis van wat we gedurende onze betrokkenheid hebben gezien, is dat een MESO-praktijk tijd nodig heeft om te ontwikkelen en om bekendheid te krijgen bij het lokale zorglandschap waardoor patiënten eerder naar MESO verwezen kunnen worden en de preventieve werking groter wordt. Mogelijk is de kwetsbaarheid en complexiteit van de onderzoekspopulatie daardoor net iets anders.
 - iii. Ook de ervarenheid van het team en de mate waarin men op elkaar is ingespeeld, kan een factor zijn in bijvoorbeeld de aard en omvang van de ingezette interventies.
 - iv. Daarnaast is het onderzoek in de pilots in een opbouwende fase van het team en de zorg uitgevoerd, terwijl in het onderzoek in Velp ook data zijn meegenomen uit 2014, toen de praktijk al enige jaren operationeel was.
- c. De doelgroep waar MESO zich op richt is complex. Deze complexiteit is onmogelijk te vangen in vragenlijsten en gesprekken, waardoor enige 'ruis' of variatie in antwoorden onontkoombaar is. Zo kunnen veel MESO-patiënten zelf niet goed meer de gewenste informatie geven, daarom worden de vragenlijsten deels door professionals ingevuld. Hoewel zij goed getraind zijn om een inschatting te maken en teams in een lerend netwerk met elkaar kunnen sparren over de interpretatie van de antwoordcategorieën is een lichte *inter-observer* variabiliteit onvermijdelijk.
- d. Er is bewust gekozen voor een praktijkgericht onderzoek. MESO vindt immers plaats in de praktijk en niet in een papieren werkelijkheid. Dit houdt in dat het onderzoek de praktijk volgt en dat er geen controlegroep kon worden ingesteld. Naast ethische overwegingen over het instellen van een controlegroep is het niet mogelijk om locatie te vinden met zowel een goed vergelijkbare populatie als een goed vergelijkbare context en zorglandschap. Eerdere ervaringen met vergelijkbaar praktijkgericht onderzoek leren dat dit type onderzoek zeer geschikt is om waardevolle en toepasbare informatie op te halen.

1.7 Aanvullend onderzoek Velp

In het najaar van 2022 wordt ook bij de POGB in Velp hernieuwd en aanvullend onderzoek gedaan naar de herhaalbaarheid van MESO. Hoewel het huidige herhaalbaarheidsonderzoek in de pilots qua opzet dicht bij het in 2015 uitgevoerde onderzoek blijft, leven er vragen waar een aanvullende dataverzameling in het team in Velp antwoord op kan geven. Deze vragen zijn als volgt:

- a. Zorgt inzet van MESO voor afname van verwijzingen naar de tweede lijn?
- b. Zorgt inzet van MESO ook anno 2022 voor uitstel van een verpleeghuisopname?
- c. Hoe komen de geformuleerde start- en stopcriteria overeen met de Velpse praktijk? En hoe werkbaar wordt deze set gevonden?

De vragen gericht op het voorkomen van doorverwijzingen naar de tweede lijn en uitstel van een verpleeghuisopname zijn bij uitstek geschikt om de (financiële) waarde van MESO opnieuw in de praktijk aan te tonen. De vraag over start- en stopcriteria draagt bij aan een actuele beschrijving om kwaliteit van zorg en een passende, structurele vorm van financiering te borgen. In dit rapport komen de uitkomsten uit het aanvullend onderzoek in Velp niet aan de orde. Deze komen in het eerste kwartaal van 2023 beschikbaar.

2 MESO werkwijze, praktijk en team

In dit hoofdstuk beschrijven we allereerst pilotoverstijgend de beoogde werkwijze van MESO, de invulling van de scholing en de activiteiten gericht op borging en bestending van MESO. Vervolgens gaan we voor de drie pilotlocaties in op de vraag hoe de MESO-praktijk en het MESO-team vorm krijgen. Ook gaan we per pilot in op de wijze van financiering, de consultatiefunctie en het zorglandschap. We sluiten het hoofdstuk af met een beschrijving van deze elementen voor Velp en Arnhem om de contexten te kunnen vergelijken in kader van de herhaalbaarheid.

2.1 Beoogde werkwijze in de pilots

Ten grondslag aan de werkwijze in de pilots ligt de visie op MESO samengevat in veertien kernelementen. De patiëntreis MESO (hierna: patiëntreis) is een praktische uitwerking van deze visie. De werkwijze richt zich op het creëren van inzicht en overzicht en het (organiseren van) passende behandeling en begeleiding door het MESO-team. De patiënt kan met zo veel mogelijk kwaliteit van leven, desgewenst, zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Het MESO-team is gemiddeld zes maanden betrokken bij de patiënt. De patiëntreis bestaat uit twee fasen: de diagnostische fase en de behandelfase. Het uitgangspunt is dat de MESO-teams de onderdelen, tijdsverhouding en tijdsverdeling uit de patiëntreis als handvat gebruiken. De patiëntreis is niet bedoeld als richtlijn of kader en kan daarmee zowel verschillen tussen als binnen de pilots. Het is juist MESO om maatwerk te leveren en dus (gemotiveerd) af te wijken wanneer het ten dienste van de patiënt is om de onderdelen anders in te richten. In de volgende paragrafen beschrijven we de belangrijkste onderdelen uit de twee fasen in de patiëntreis.

2.1.1 Diagnostische fase

Betrokken huisartsen bij MESO hebben de mogelijkheid om thuiswonende ouderen naar een MESO-team te verwijzen wanneer zij de expertise van de SO, in termen van brede diagnostiek, medebehandeling en inzet/coördinatie van een multidisciplinair team nodig achten. De verwijzing naar MESO gaat altijd via de huisarts. De huisarts blijft gedurende MESO hoofdbehandelaar. De huisarts formuleert de verwijzingsvraag en het MESO-team bepaalt gaandeweg het traject samen met de huisarts (en de oudere) de focus. Na een verwijzing door de huisarts neemt de secretaresse van het MESO-team binnen een paar dagen contact op met de oudere en plant een eerste huisbezoek, meestal door de verpleegkundige. Dit is de start van de diagnostische fase.

De diagnostische fase bestaat uit meerdere onderdelen en contactmomenten om een breed geriatrisch assessment rondom de verwijzingsvraag uit te voeren. Zowel de verpleegkundige als de SO gaan op huisbezoek om kennis te maken met de oudere, te bouwen aan een vertrouwensband en het starten van de intake. Naast aandacht voor de problematiek in alle domeinen wordt ook expliciet tijd en aandacht besteed aan het achterhalen van de behoefte van de oudere. In het gesprek met de SO wordt de verwijzingsvraag en hulpvraag uitgediept en de medische anamnese aangevuld waar nodig. Ook vindt er een dossieronderzoek plaats in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) en voert de SO een medicatie review uit waarbij indien nodig de apotheker of geriater (via consultatie) betrokken worden.

Vervolgens verricht de verpleegkundige de hetero-anamnese (na overleg en) in afwezigheid van de oudere om de mantelzorger vrij te laten spreken. In de hetero-anamnese vraagt de verpleegkundige naar de gezondheid en het functioneren van de oudere, maar ook naar de zorgen en de verwachtingen van de mantelzorger. Opeenvolgend vindt er lab-, geestelijk en lichamelijk onderzoek plaats en komt alle informatie samen in een zorgbehandelplan van idealiter 1 A4. Het zorgbehandelplan biedt een overzicht van de gevonden problematiek en diagnosen, de besproken doelstellingen en prioritering en de verdeling van de acties over de betrokken hulpverleners. Na de diagnostische fase vindt het uitslaggesprek met de oudere en mantelzorger(s) plaats. In het uitslaggesprek wordt het voorgestelde zorgbehandelplan (dus inclusief eventuele nieuwe diagnosen en behandel- of begeleidingsopties) besproken. De patiënt ontvangt deze informatie na het uitslaggesprek ook in de vorm van een patiëntbrief. De huisarts ontvangt een actuele versie van het zorgbehandelplan. Ten slotte vindt het MDO plaats onder begeleiding van de SO. In het MDO

stemmen alle betrokken en te betrekken hulpverleners op elkaar af, zowel in termen van informatie-uitwisseling als in (samenwerkings)afspraken, ten behoeve van optimale en passende behandeling. De huisarts neemt deel naar eigen inzicht, maar wordt meestal op een andere wijze ingelicht over de voortgang. In sommige gevallen wordt ook de mantelzorger uitgenodigd voor het MDO.

2.1.2 *Behandelfase*

De behandelfase omvat de uitvoering, coördinatie en evaluatie van de acties die in het zorgbehandelplan staan en met de patiënt besproken zijn. Bijvoorbeeld het veranderen van de medicijnen, het inzetten van een andere of nieuwe hulpverlener, het praten met mensen uit de familie en het overleggen met specialisten uit het ziekenhuis. Het MESO-team stemt met de huisarts af wie welke acties kan oppakken en voert zelf behandeling en coördinatie uit. De huisarts blijft ook in deze fase hoofdbehandelaar. Het MESO-team rondt af als er een nieuw evenwicht bereikt is: iedereen weet wat hij of zij kan of moet doen en wie een oogje in het zeil blijft houden. De huisarts neemt het na afronding van MESO weer volledig over. De SO verzorgt de overdracht aan de hand van een eindevaluatie. De brief biedt een samenvatting van het functioneren van de patiënt bij de start van het onderzoek, de belangrijkste bevindingen van de verschillende onderzoeken, een overzicht van de gevonden problemen en diagnoses, een overzicht van de (effecten van de) uitgevoerde acties en behandelingen, dan wel een beknopte uitleg waarom bepaalde acties of behandelingen niet uitgevoerd konden worden. De brief eindigt met een overzicht van eventuele resterende adviezen aan de huisarts.

2.2 **Scholing MESO**

Alle teamleden binnen de pilots ontvangen vanaf de start van het werken bij MESO scholing om kennis te maken met de visie, de (gedachte achter de) werkwijze en onderdelen uit de patiëntreis. De scholing is tot stand gekomen op basis van de ervaringen met MESO vanuit de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB). De scholing bestaat uit drie onderdelen: training, meelopen en onderlinge uitwisseling. De training werd bij de start van de pilots in twee fysieke dagdelen in compleet teamverband gegeven. Tijdens de training staan visie, voorwaarden, succesfactoren en de patiëntreis centraal. Alle teamleden die zich later aansloten bij de pilotteams, ontvingen individueel of samen met andere nieuwe teamleden de trainingen. Het meelopen vond bij de start van de pilots plaats in Velp. Tijdens het meelopen in bekeken de SO, verpleegkundige en secretaresse de voor hen interessante (zorg)onderdelen van een unieke patiënt. Latere instromers kijken tijdens het bezoek bij verschillende patiënten mee en bij de meer ervaren pilots vindt het meelopen in de laatste fase van het project inmiddels (grotendeels) plaats in de eigen pilotpraktijk. Onder de onderlinge uitwisseling vallen de volgende onderdelen: de mogelijkheid om met Velp of de overkoepelend inhoudelijk projectleider (tevens voormalig MESO-SO) te bellen of te mailen voor sparring, onderlinge pilotbezoeken en de 3-wekelijkse digitale en 3-maandelijks pilot-overstijgende bijeenkomsten. De onderlinge uitwisseling draait om kennisdeling en verdere ontwikkeling van de pilots en heeft twee invalshoeken: vakmanschap (inhoud) en innovatie (inhoud, organisatie en financiën). Onderwerpen die op tafel komen tijdens de onderlinge uitwisseling zijn het delen van casuïstiek, het bespreken van nieuwe samenwerkingen, het gesprek over wisselingen in de teams, welke elementen leiden tot kwaliteit, hoe om te gaan met uitdagingen et cetera.

2.3 **Borging, bestendinging en financiering MESO**

De MESO-teams komen 1 à 2-wekelijks structureel samen tijdens interne teamoverleggen. De teamoverleggen zijn bedoeld om de instroom van patiënten, casuïstiek en de samenwerking (zowel onderling als met het lokale netwerk) te bespreken. Daarnaast ontmoeten de SO's en verpleegkundigen elkaar in 1 à 2-wekelijkse bila's. De overkoepelende projectleiders sluiten af en toe aan tijdens de teamoverleggen en organiseren daarnaast pilotoverstijgende bijeenkomsten om kennisuitwisseling te stimuleren tussen de pilots. Tijdens deze pilotoverstijgende bijeenkomsten staat voornamelijk de invulling van MESO in de praktijk centraal. In een (door Significant bijgewoonde) pilotoverstijgende bijeenkomst stond bijvoorbeeld de waarde van het MDO, mantelzorgbetrokkenheid en een medicatiereview centraal en de vraag hoe deze elementen in de praktijk zo goed mogelijk gerealiseerd kunnen worden. De overkoepelende en pilot projectleiders komen ten slotte 2-wekelijks digitaal bij elkaar in een lerend netwerk. Het doel van het lerend netwerk is

elkaar ontmoeten en ervaringen, gedachten, dilemma's en instrumenten uit te wisselen. Uitwisseling van uitdagingen en vraagstukken in de implementatie van inhoud en organisatie van MESO stonden centraal.

Op financieringsvlak gaat MESO uit van een integrale financiering van de zorg met twee tarieven. Een voor patiënten met complexe zorg en een voor patiënten met hoogcomplexiteit. Voorheen werden deze prestaties ook wel DBC's genoemd. Echter, de MESO-prestatie had en heeft niet de DBC-structuur zoals in ziekenhuizen gebruikelijk is. Derhalve heeft MESO per 2020 de naamgeving 'DBC' verlaten en spreekt van 'prestaties'. Voor deze prestaties worden contractafspraken gemaakt met de verschillende zorgverzekeraars. Gebruikelijk is het eerste contract met de (in het werkgebied) preferente zorgverzekeraar af te sluiten. De overige (zogenaamde 'verre') verzekeraars volgen normaliter¹⁰ dit beleid en vergoeden de zorgkosten voor hun verzekerden. In onderstaande paragrafen beschrijven we per pilotlocatie de financieringswijze van MESO.

2.4 Pilot Zoetermeer (wijk Seghwaert)

2.4.1 De MESO-praktijk

De MESO-praktijk Ouderengeneeskunde Seghwaert in Zoetermeer is gestart in oktober 2020 en georganiseerd vanuit de Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ). Meer informatie over de SGZ is te vinden in onderstaand kader. De MESO-praktijk is voor wat betreft de inzet van SO's een samenwerking tussen Goudenhart (WelThuis), WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) en de SGZ. De geriatrie verpleegkundigen zijn in dienst van de SGZ en gedetacheerd in huisartsenpraktijken en de MESO-praktijk Seghwaert. De secretaresse is in dienst van de SGZ. De MESO-praktijk is gehuisvest op de begane grond van Gezondheidscentrum Seghwaert en bestaat uit een vergader- en behandelkamer. Zeven huisartsenpraktijken in de wijk Seghwaert kunnen ouderen doorverwijzen naar de MESO-praktijk (Zoetermeer heeft samen met Benthuisen 54 huisartsenpraktijken in 11 gezondheidscentra). Zes van deze huisartsenpraktijken zijn in hetzelfde gezondheidscentrum te vinden en één praktijk is daarbuiten in een woonhuis gevestigd. De MESO-praktijk is met ingang van oktober 2022 van maandag tot en met donderdag geopend (daarvoor was de praktijk geopend van dinsdag tot en met donderdag) en deze dagen telefonisch bereikbaar van 09.00-12.00 uur.

De Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ) is een lokale eerstelijnszorgorganisatie van, voor en door huisartsen, apothekers en andere professionele hulpverleners in Zoetermeer en Benthuisen. De juridische grondslag daarvoor is een samenwerkingsovereenkomst tussen partijen. Hierin is geregeld dat de SGZ namens partijen optreedt als contractant van geïntegreerde eerstelijnszorg en DBC-ketenzorg, en dat het zorgaanbod wijkgericht wordt georganiseerd. Het zorgaanbod wordt grotendeels geleverd door zelfstandige beroepsbeoefenaren en voor een kleiner deel door hulpverleners in dienst bij de SGZ of bij andere zorgaanbieders. Zo is SGZ de werkgever van veel praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen ouderenzorg die in de huisartsenpraktijken werken. Daarnaast beheert de SGZ de Huisartsenpost Zoetermeer en de Dienstapothek en een aantal huisartsenpraktijken, apotheken en fysio- en oefentherapiepraktijken. De SGZ heeft zes wijksamenwerkingsverbanden, waaronder in de wijk Seghwaert. Deelnemers van deze verbanden zijn onder andere huisartspraktijken, apotheken, fysiotherapiepraktijken, eerstelijnspsychologen, diëtiëkepraktijken en zorginstellingen zoals wijkverpleging en woon- en zorgcentra.

¹⁰ Bij de Experimentruimte in de GZSP is dit volgedrag niet gebruikelijk, anders dan ten tijde van het gebruik van de beleidsregels Innovatie.

2.4.2 Het MESO-team

Het MESO-team in Zoetermeer bestond ten tijde van het onderzoek uit twee SO's, twee geriatrie verpleegkundigen en een secretaresse. Uitgaande van een inclusie van ongeveer 65 patiënten per jaar gaat MESO-team Zoetermeer uit van een ureninzet van 12 uur per week per SO (24 uur totaal), 12 uur per week er geriatrie verpleegkundige (24 uur totaal) en 17 uur per week voor de secretaresse.

Alle medewerkers uit het team hebben naast MESO ook andere werkzaamheden. De twee SO's zijn op verzoek van SGZ aangedragen voor MESO door twee VVT-organisaties die ook betrokken zijn bij de SO-consultatiefunctie in Zoetermeer. Een van de SO's is naast MESO ook de te consulteren SO in de wijk Seghwaert en een andere wijk in Zoetermeer en werkt daarnaast bij twee VVT-organisaties. Een andere SO werkt als zzp'er bij diverse zorginstellingen. Een van de geriatrie verpleegkundigen is naast MESO ook werkzaam als praktijkverpleegkundige ouderenzorg in een aantal van de huisartsenpraktijken in Seghwaert. Zij vervult dus een dubbelrol binnen deze praktijken. De tweede MESO geriatrie verpleegkundige werkt eveneens als praktijkverpleegkundige ouderenzorg in huisartsenpraktijken, echter buiten de wijk Seghwaert. De huidige secretaresse is naast haar werkzaamheden binnen MESO zelfstandig verslaggever. Eerder was zij (bestuur)secretaresse bij diverse andere organisaties in de gezondheidszorg.

De combinatiefunctie van een van de geriatrie verpleegkundigen voor zowel MESO als de huisarts is uniek voor de werkwijze van MESO in Zoetermeer. Het MESO-team zegt hierover: *“Zij zijn de spin in het web, hebben zicht op van alles en korte lijnen met de huisartsen. Deze dubbelrol heb je niet in Tiel en Rotterdam.”* Hoewel het aantal ingevulde huisartsenvragenlijsten klein is, lijkt dit terug te komen in de tevredenheid van de huisartsen over de samenwerking met MESO.

Momenteel wordt in Zoetermeer gekeken naar opties om nog meer taakherschikking binnen MESO te organiseren. In verband met een blessure bij een van de SO's is het voorstel nu om de verpleegkundig specialist onder andere het lichamenlijk onderzoek in de diagnostische fase uit te laten voeren onder supervisie van de SO. Met de benoemde constructie wordt de komende periode geëxperimenteerd door het MESO-team. Het doel van het experiment is om de geblesseerde SO actief te houden voor MESO en tegelijkertijd te bekijken in hoeverre de verpleegkundig specialist in het kader van taakherschikking een rol kan hebben in het MESO-concept.

Via EPD-software Curasoft werkt het MESO-team in Zoetermeer met elkaar samen. De huisartsen en apothekers hebben geen toegang tot Curasoft. De huisartsen werken in hun eigen systeem Medicom, waar de SO's en geriatrieverpleegkundigen in het MESO-team toegang tot hebben voor de samenwerking. De apothekers werken met Pharmacom. Sommige zaken, bijvoorbeeld een medicatiewijziging, moet door het MESO-team zowel in Curasoft als in Medicom vastgelegd worden. De digitale communicatie met netwerkpartners over behandeling of begeleiding van een patiënt die MESO ontvangt, verloopt met name via Siilo.

2.4.3 De financiering

De pilot in Zoetermeer is in oktober 2020 gestart en werd tot eind 2020 gefinancierd door volgeleid van alle zorgverzekeraars op basis van de Beleidsregel Innovatie. Begin 2021 is de overstap gemaakt naar financiering op basis van de beleidsregel experimenten in de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)¹¹. De preferente zorgverzekeraar in Zoetermeer is CZ. Het is niet mogelijk om patiënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling naar MESO te verwijzen. CZ Zorgkantoor is van mening dat MESO gefinancierd kan worden uit de reguliere tarieven GZSP (Zvw) en H335 (Wlz). De NZa onderzoekt deze visie.

¹¹ MESO kent twee vaste MESO prestaties. Er is een vast bedrag per patiënt met hoogcomplexiteit en een vast bedrag per patiënt met laagcomplexiteit afgesproken waarvoor het MESO-team verschillende professionals kan inzetten.

2.4.4 De consultatiefunctie van de SO

Sinds 2019 is in Zoetermeer aan elke huisartsenpraktijk een SO gekoppeld voor invulling van de consultatie rol. In totaal is er circa 32 uur per week aan SO-consultatie mogelijk voor de 54 huisartsenpraktijken. De SGZ kende dan ook al voor MESO een nauwe samenwerking met de twee VVT-organisaties WelThuis (Fundis) en WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) en detachingsorganisatie GeriCall die SO capaciteit ter beschikking stellen voor de eerstelijns consultatiefunctie. Een van de bij MESO betrokken SO's is ook betrokken bij de consultatiefunctie. De inzet van MESO bij ouderen staat los van de inzet van SO's via de consultatiefunctie bij dezelfde huisartsen. Dat wil zeggen dat er geen consult van een SO nodig is voordat patiënten doorverwezen kunnen worden naar MESO.

2.4.5 Het lokale zorglandschap

In Zoetermeer bevinden zich 54 huisartsenpraktijken en 48 thuiszorgorganisaties. In het beleidsplan 2019-2022 van de SGZ is één van de vier prioriteiten waar de focus op ligt 'verbetering van de zorg voor kwetsbare ouderen'. Vanuit SGZ zijn bij bijna alle huisartspraktijken in Zoetermeer (51) praktijkverpleegkundigen ouderenzorg gedetacheerd¹². Deze praktijkverpleegkundigen werken nauw samen met casemanagers dementie en wijkverpleegkundigen. Afhankelijk van de casuïstiek en betrokkenheid bij de patiënt ligt bij een van deze drie zorgprofessies het centraal coördinatorschap.

De SGZ, en daarmee MESO, participeert daarnaast actief in het initiatief Zoetermeer 2025. Onder deze noemer werken vanaf 2020 zorgverzekeraars CZ en Menzis, gemeente Zoetermeer, en zorgaanbieders zoals onder andere het Langeland ziekenhuis, VVT en GGZ-organisaties samen om zorg en welzijn voor inwoners te verbeteren, dicht bij huis te organiseren en voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden, ondanks de vergrijzingsgolf en capaciteitstekorten die op de regio Zoetermeer afkomen.

Gedurende de pilot in Zoetermeer hebben zich lange tijd capaciteitsproblemen voorgedaan ten aanzien van het aantal beschikbare casemanagers. Deze capaciteitsproblemen zijn te verklaren door de eerdergenoemde vergrijzing en het groeiend aantal dementerende ouderen in Zoetermeer. Het Steunpunt Dementie (Vierstroom Zorg Thuis), in Zoetermeer de centrale plek voor casemanagement aan ouderen met de diagnose dementie die thuis wonen, heeft te maken met lange wachtlijsten en heeft zelfs recent een periode een aanmeldstop gehad. De aanmeldstop is per 1 oktober 2022 opgeheven, maar de wachtlijst geldt nog steeds. Voor het MESO-team betekende dit een manco in de behandel fase. Een van de geriatrie verpleegkundigen en SO geven aan: *"In de behandeling heb je een casemanager nodig om de patiënt en mantelzorgers te begeleiden in het proces. Dat proces gaat over acceptatie, educatie, wegwijs maken, enzovoort. Zo lang er geen casemanager beschikbaar is neemt de geriatrie verpleegkundige deze rol waar, maar dat vraagt extra tijd en inzet terwijl wij er niet voor opgeleid zijn."* Inmiddels is er voor het MESO-team een oplossing gevonden voor het capaciteitsvraagstuk casemanagers. Allcura, een van de aanbieders van wijkverpleging, heeft aangegeven casemanagement te kunnen bieden aan ouderen binnen MESO met een diagnose dementie ongeacht of zij aan die ouderen ook andere vormen van thuiszorg leveren. Allcura heeft helaas geen overeenkomst met zorgverzekeraar CZ. Om dit gat te dichten heeft het Steunpunt Dementie direct de intentie uitgesproken om met Allcura afspraken te maken over onderaannemerschap.

2.5 Pilot Tiel

2.5.1 De MESO-praktijk

In september 2020 is pilotlocatie Tiel gestart met het verlenen van MESO vanuit een eigen praktijk in het Eerstelijns Centrum Tiel (ECT). De MESO-praktijk is een samenwerking tussen Stichting Zorgcentra Rivierenland (SO's), Santé-Partners (geriatrie verpleegkundigen) en het ECT (secretaresse). De huisarts kan kiezen of hij een patiënt verwijst voor

¹² De geriatrieverpleegkundigen uit het MESO-team zijn ook werkzaam als praktijkverpleegkundigen ouderenzorg, één in de wijk Seghwaert. Zij zijn in het bezit van een post hbo-diploma Geriatrie en Gerontologie.

een regulier consult naar de SO of dat hij de patiënt verwijst naar MESO. Sinds de huisartsen patiënten via zorgdomein naar MESO kunnen verwijzen, is er een groei in het aantal verwijzingen zichtbaar. De samenwerking tussen huisartsen en SO's bestond met de consultfunctie al in Tiel, maar heeft met de komst van MESO een uitbreiding en verdieping gekregen. Het ECT bestaat uit 4 teams, verdeeld in 9 praktijken. Hier zijn 25 huisartsen werkzaam die allen meedoen aan MESO. Drie van de teams zijn gevestigd in hetzelfde pand als MESO, een team bevindt zich op een andere locatie dan de MESO-praktijk. De MESO-praktijk is op dit moment geopend op maandag en donderdag en dagelijks telefonisch bereikbaar tussen 8.30 en 17 uur.

Het Eerstelijns Centrum Tiel (ECT) is een gezondheidscentrum en een multidisciplinaire zorggroep: een samenwerkingsverband van eerste- en tweedelijns zorgaanbieders voor mensen met een chronische aandoening. De samenwerking tussen ECT en zorgverleners is vastgelegd in ketenzorg afspraken. Het ECT focust zich op drie pijlers: kwalitatieve hoogwaardige en doelmatige zorg, 2) optimale ondersteuning van patiënten en 3) optimale ondersteuning van zorgverleners. Het ECT kenmerkt zich door intrinsieke gedrevenheid om kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden, een hoog ambitieniveau en een sterke innovatiekracht. Het ECT is bovendien een lerende organisatie. De verschillende huisartsteamteams en disciplines dragen onderling hun kennis over en verbeteren continu hun eigen zorgactiviteiten. Zorgverleners hebben de behoefte om ondanks de toenemende werkdruk in elkaars kennis te kunnen blijven investeren en daarmee elkaar te versterken.

2.5.2 Het MESO-team

Het MESO-team in Tiel heeft sinds de start van de pilot veel veranderingen doorgemaakt. Momenteel vormen 2 SO's, 2 verpleegkundigen en een secretaresse het MESO-team, van wie alleen een van de verpleegkundigen bij de start van de pilot al betrokken was. In omvang is het team hetzelfde gebleven. Een van de verpleegkundigen in Tiel heeft de geriatrie specialisatie¹³ afgerond, de andere verpleegkundige is hiermee bezig. Beide verpleegkundigen zijn ook bij Santé Partners werkzaam in een andere functie (wijkverpleegkundige en klantenservice). De SO's zijn naast MESO ook intramuraal werkzaam bij SZR. Uitgaande van een inclusie van ongeveer 65 patiënten per jaar gaat team Tiel uit van een ureninzet van 14 om 10 uur per week per SO (in dienst van Stichting Zorgcentra Rivierenland, 24 uur in totaal), 16 om 12 uur per week per verpleegkundige (in dienst van Santé-Partners, 28 uur in totaal) en 16 uur per week van een managementassistente (in dienst van ECT).

Het MESO-team werkt net als op de andere pilotlocaties samen in EPD-software Curasoft. Voor het team is Curasoft een nieuw systeem naast het EPD dat zij al gebruikten van SZR en Santé-Partners. De huisartsen werken in Medicom, waar de SO's toegang tot hebben voor de samenwerking. Het MDO en de digitale communicatie met betrokkenen buiten het MESO-team vinden digitaal plaats via OZOverbindzorg¹⁴. Het betrokken zorgnetwerk is online op één centrale plek weergegeven en geeft overzicht over wie welke rol heeft in de zorg voor de patiënt. Door het gebruik van OZOverbindzorg is het onderhouden van contacten en opbouwen van duurzame relaties met andere zorgverleners volgens het MESO-team makkelijker en laagdrempeliger. Voorbeelden die het team noemt van nieuwe samenwerkingen zijn eerstelijns fysiotherapeuten en vrijwilligers van Mozaïek Welzijn.

¹³ Post-hbo-V Gerontologie en Geriatrie.

¹⁴ OZOverbindzorg is een communicatieplatform dat is ontwikkeld om eenvoudiger en met verschillende professionals samen te werken aan zorg en welzijn rond een patiënt.

2.5.3 De financiering

De pilot in Tiel wordt gefinancierd op basis van de beleidsregel experimenten in de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP). De preferente zorgverzekeraar in Tiel is Menzis. Daarnaast heeft Tiel budget voor het includeren van Wlz patiënten, via SZR en het zorgkantoor.

2.5.4 De consultatiefunctie van de SO

De consultatiefunctie in Tiel bestaat al enkele jaren en is gezamenlijk opgezet voor alle huisartsenpraktijken. Huisartsen kunnen patiënten aanmelden voor een consult als de hulpvraag te groot of te complex is om zelf op te pakken, of als ze twijfelen over een diagnose. Huisartsen zijn tevreden over dit concept en de samenwerking verloopt soepel. Er zijn twee SO's die voor 4 huisartsenpraktijken de consultatie uitvoeren. De verpleegkundige is daar niet integraal bij betrokken en er is geen financiële ruimte om een MDO te organiseren. In de praktijk blijkt het voor de huisarts vooraf lastig om onderscheid te maken tussen casuïstiek waarbij een enkele consultatie voldoende is en casuïstiek waarbij een verwijzing naar MESO op zijn plaats is. Dit knelpunt raakt aan het feit dat de SO die bij de start van MESO betrokken is in Tiel, de consultfunctie ruimhartig verricht. Het verschil tussen een consult en MESO is hiermee in de praktijk minder groot dan op papier¹⁵ te verwachten zou zijn. Deze brede invulling van de consultfunctie is anders dan de meer gangbare korte adviserende consultfunctie elders. Eind dit jaar zal een nieuwe SO starten in het MESO-team, die in 2023 ook de consultfunctie zal invullen. Deze integrale rolinvulling heeft mogelijk effect op de invulling van de consultfunctie en biedt gelegenheid de huisarts nog meer te ondersteunen in het bepalen van de juiste stap (consult of MESO).

2.5.5 Het lokale zorglandschap

Naast de vier huisartsenteams is er structureel contact tussen het MESO-team en de grootste thuiszorgorganisatie en dementieconsulenten. In Tiel wordt er op het gebied van zorg veel aangeboden en het team heeft het netwerk in de eerste lijn, ondanks uitgebreide contacten bij aanvang, in de loop van de pilot zien groeien. Het contact met kleinere thuiszorgorganisaties en paramedici is daardoor gaandeweg de pilot steeds verder gegroeid. Door MESO ontstaan er ook nieuwe samenwerkingsverbanden (zie 2.5.2.).

2.6 Pilot Rotterdam (wijk Ommoord)

2.6.1 De MESO-praktijk

In december 2021 is pilotlocatie Rotterdam (wijk Ommoord) gestart met het verlenen van MESO vanuit gezondheidscentrum Ommoord. Stichting Zonboog ondersteunt de MESO-praktijk op het vlak van huisvesting, personeel, financiën, ICT en organisatie. Ook zorginstelling Laurens stelt personeel beschikbaar voor MESO. In onderstaand kader is meer informatie te vinden over gezondheidscentrum Ommoord. De MESO-praktijk beschikt op de

In gezondheidscentrum Ommoord zijn zorgverleners uit de eerstelijns gezondheidszorg werkzaam zoals huisartsen, assistentes, praktijkondersteuners, fysiotherapie en een apotheek. Het Gezondheidscentrum Ommoord kent al vanaf 2012 een structurele aanpak eerstelijns ouderenzorg, met praktijkverpleegkundige-ouderen, consultfunctie voor de SO en advance care planning. Er is zowel op wijk- (Ommoord) als op regio- (Prins Alexander) niveau een zorgnetwerk opgebouwd waar onder andere de SO uit het MESO-team aan deelneemt. Het zorgnetwerk bestaat uit eerste en tweedelijns samenwerkingspartners en partijen uit het sociale domein.

¹⁵ Betreft prestatiebeschrijving en financiering in de GZSP.

eerste verdieping van het gezondheidscentrum over een behandel- en vergaderkamer. Het MESO-team kan bovendien gebruikmaken van werkruimtes van zorginstelling Laurens in de wijk Ommoord. Alle huisartsen die gevestigd zijn in het gezondheidscentrum kunnen naar de MESO-praktijk doorverwijzen. De MESO-praktijk is op dit moment geopend op dinsdag en donderdag en op alle werkdagen telefonisch bereikbaar tussen 8.00 en 17.00 uur.

2.6.2 *Het MESO-team*

Het MESO-team in Rotterdam bestaat uit twee SO's, twee wijkverpleegkundigen en een secretaresse. De SO's en een verpleegkundige zijn vanaf de start van de pilot betrokken. Alle SO's en verpleegkundigen zijn gedetacheerd vanuit zorginstelling Laurens. Beide SO's zijn naast hun werkzaamheden voor de MESO-praktijk ook intramuraal werkzaam voor Laurens en doen consulten in de eerste lijn. Een van de SO's heeft jarenlang gewerkt als consultant in de eerste lijn en richt zich vooral op MESO-casussen waar somatische expertise gevraagd wordt. De andere SO brengt voornamelijk ervaring mee vanuit haar werkzaamheden in de ggz en is voornamelijk betrokken bij ouderen die met psychiatrische problematiek naar MESO doorverwezen worden. De nieuwe wijkverpleegkundige is gestart in april 2022 en is bij Laurens ook werkzaam als wijkverpleegkundige. De huidige secretaresse is sinds juni 2022 werkzaam voor het MESO-team en is in dienst bij gezondheidscentrum Ommoord. Daarvoor is de secretariële rol ingevuld door twee andere secretaresses. Huisartsassistenten ondersteunen het MESO-team met secretariële taken bij afwezigheid van de MESO-secretaresse. Uitgaande van een inclusie van ongeveer 60 patiënten per jaar heeft het MESO-team in Rotterdam een ureninzet van 8 uur per week per SO (16 uur in totaal), 8 en 16 uur voor de verpleegkundigen (24 uur in totaal) en 16 uur per week van de secretaresse.

Het MESO-team werkt net als op de andere pilotlocaties samen in EPD-software Curasoft. Daarnaast gebruiken zij het HIS (Medicom) in de samenwerking met de huisarts en verloopt het grootste deel van het interne contact via mailcontact met het Laurens account.

2.6.3 *De financiering*

Ten aanzien van de financiering van de zorgkosten binnen het MESO project is er voor Rotterdam in vergelijking met Velp en de andere twee pilotlocaties een belangrijk verschil. Namelijk geen financiering van een integraal tarief vanuit de Experimentruimte van de GZSP. In Rotterdam is Zilveren Kruis de preferente verzekeraar en dus de aangewezen partij voor het afsluiten van de eerste overeenkomst voor de vergoeding van MESO. Zilveren Kruis heeft echter als algemeen beleid dat zij geen integraal traject tarief, gebaseerd op gemiddelde inzet voor de eerste lijn, overeenkomt.

Met Zilveren Kruis is afgesproken dat de kosten in Rotterdam zoveel mogelijk ten laste van bestaande Zvw en Wlz betaaltitels gebracht worden. De uren van SO's waarbij sprake is van direct cliëntcontact worden betaald via de GSZP gelden. De uren van de wijkverpleegkundigen worden betaald vanuit de Innovatie en Kwaliteit gelden van stichting Laurens. Voor die kosten die niet als zodanig vergoed worden (zoals de indirecte uren, inzet secretariaat, infrastructuur, scholing et cetera) ontvangt stichting Zonboog een (eenmalige) vergoeding in de vorm van een S3 prestatie met bijbehorend tarief.

2.6.4 *De consultatiefunctie van de SO*

Sinds 2015 bestaat er in Rotterdam een consultatiefunctie voor alle huisartsenpraktijken. De SO's uit het MESO-team zijn ook te consulteren vanuit deze consultatiefunctie. Op dit moment is er een verdeling gemaakt waarbij een van de SO's het merendeel van de consulten oppakt. De SO's en verpleegkundigen van MESO bespreken na verwijzing van de huisarts onderling of een consult of MESO het meest passend is. Een SO zegt over de inclusie voor MESO: *"Het wordt MESO wanneer er problematiek op meerdere domeinen speelt. We kiezen ook voor MESO wanneer we de patiënt wel tijdelijk kunnen helpen met een eenmalige interventie (consult), maar voor de langere termijn duurzame(re) oplossingen zien of denken dat er meer aan de hand is."*

2.6.5 *Het lokale zorglandschap kent grote spelers die actief inzetten op signalering van kwetsbaarheid*

In Rotterdam bevinden zich naast gezondheidscentrum Ommoord nog 7 huisartsenpraktijken en zijn 9 thuiszorgorganisaties actief, waarvan drie grote thuiszorgorganisaties (Laurens, Aafje en Humanitas) het merendeel van de zorg leveren. In Rotterdam is per 1 januari 2022 de regionale huisartsen corporatie Rijnmond Dokters van start gegaan, een samenwerkingsverband van, voor en door huisartsen. Een belangrijke strategische pijler binnen hun beleid is toewerken naar een gemeenschappelijk beleid voor de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Daarbij wordt ingezet op signalering van kwetsbaarheid en op het ontwikkelen van de sociale kaart voor ouderenzorg. Ook het houden van MDO maakt daar onderdeel van uit. MESO geeft reeds invulling aan een dergelijk beleid en zou een structureel onderdeel in de regio kunnen zijn. De projectleider van het MESO-team in Rotterdam vult aan: “Ook VVT organisaties met verpleeghuizen zijn geïnteresseerd in MESO. Zij hebben ook last van de zorgkloof, bieden steeds vaker semimurale zorg en ervaren een capaciteitsprobleem. Als wij er met hen voor kunnen zorgen dat er onnodige opnames in het verpleeghuis voorkomen worden dan is dat winst.”¹⁶

2.7 **Velp en Arnhem**

2.7.1 **De MESO-praktijk**

Ester Bertholet, de grondlegger van MESO, was voorafgaand aan MESO als huisarts werkzaam met een focus op de ouderenzorg. Tijdens haar opleiding tot SO kreeg zij de ruimte om in Velp met 15 patiënten het latere MESO-concept uit te proberen, als SO in de eerste lijn. De betrokken huisartsen waren enthousiast en gaven aan dat ze graag wilden dat ze bleef. Zij heeft toen in het najaar van 2011 de praktijk in Velp (Gelderland) opgericht. De POGB is gevestigd in het gezondheidscentrum in Velp en is geopend op werkdagen van 9.00-17.00 uur. Op woensdag zijn zij gesloten. Sinds 2018 is er ook een MESO-vestiging geopend in Malburgen (Arnhem-Zuid), waar het MESO-team samenwerkt met de huisartsen van Medisch Centrum Malburgen. De reden van deze vestiging was om te laten zien dat MESO ook in een wijk met een lage sociaaleconomische status zinvolle zorg kon leveren. Daar zijn zij gevestigd in het Bruishuis, een gebouw met een unieke functie van wonen, zorg, werken, ontmoeten en sporten in combinatie met tal van andere activiteiten. Het Bruishuis is op loopafstand van het Gezondheidscentrum in Malburgen. Inmiddels kunnen een aantal huisartsen uit Arnhem-Noord ook patiënten naar MESO verwijzen. MESO is werkzaam in Arnhem-Noord vanuit een eigen praktijkruimte, een werkruimte bij een huisartspraktijk en vanuit locatie Velp.

2.7.2 *Het MESO-team*

Ester Bertholet startte haar praktijk in 2011, aanvankelijk alleen en later met meerdere collega's. De formatie heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot wat het nu is: SO 2,74 fte (per 1-1-2023 2,95 fte), verpleegkundigen: 2,95 fte en secretariaat 1,5 fte. Er worden op jaarbasis gemiddeld 240 patiënten behandeld. In een stabiele praktijk blijkt daarnaast 12-18 uur management per week nodig, onder meer om leiding te geven aan het team en het regelen van P&O zaken, kwaliteitsbewaking en financiële zaken.

Naast het bieden van patiëntenzorg was er in de fase van opstart en pionieren extra tijd nodig met een innovatieve vorm van zorg met inzet van een SO in de eerste lijn in samenwerking met geriatrieverpleegkundigen. Tijd om de samenwerking met huisartsen inhoudelijk, organisatorisch en financieel goed op de rit te krijgen, om het lokale netwerk te leren kennen, om gesprekken met verzekeraars te voeren, om budget te verwerven, om kennis en inzichten vast te leggen, om onderzoek te doen et cetera.

Hoewel de exacte verhoudingen niet meer precies zijn te herleiden lag de verhouding directe en indirecte patiëntenzorg/opbouw- en ontwikkeltijd in de beginfase op zo'n 60%/40%. Door de jaren heen is gebleken dat in de fase na opbouw (bestending van de praktijk) het ontwikkelcomponent een belangrijke factor is gebleven. Samenwerking,

¹⁶ [MESO-zorg Rotterdam dan echt van start! \(mesozorg.nl\)](https://www.mesozorg.nl).

afstemming, coördinatie en overleg op micro- (patiëntniveau), meso- en macroniveau blijft belangrijk. MESO ontwikkelt zich door mede op basis van lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen.

2.7.3 De financiering

MESO is aanvankelijk gedurende een jaar deels gefinancierd vanuit een subsidie van ZonMw. Dit heeft als vliegwiel gefungeerd, waarna MESO ook door andere partijen serieus werd genomen. Zorgverzekeraar Menzis heeft de financiering voor drie jaar voorgedragen voor het gezamenlijke vernieuwingsfonds (RVVZ-gelden). Tussen 1 juni 2014 en 1 januari 2021 liep de financiering via de 'beleidsregel ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'¹⁷.

Op dit moment wordt de MESO-praktijk in Velp vormgegeven volgens de opbouw van MESO-prestaties. In die prestaties wordt, mede op basis van de ervaringen in POGB, rekening gehouden met noodzakelijke ontwikkeltijd voor deze vorm van zorg. De MESO-prestatie hoogcomplex kent een financiering voor een totale inzet (SO, verpleegkundige en secretariaat) van 29,5 uur per casus. De MESO-prestatie complex 20 uur per casus. Daarbovenop zijn er opslagen voor praktijkvoering (21%), praktijkmanagement (7%) en netwerkvorming, ontwikkeling en monitoring (25% voor de hoogcomplex patiëntengroep en 24% voor de laagcomplex patiëntengroep).

2.7.4 Het lokale zorglandschap

Er was geen breed en samenhangend zorglandschap ten behoeve van ouderenzorg aanwezig in Velp bij de start van MESO. Er was met name een ergotherapeut en een casemanager dementie die veel taken op zich namen. Taken van deze professional werden gaandeweg overgenomen door meerdere casemanagers dementie en wijkverpleegkundigen.

Bij aanvang van MESO in Velp was ook geen praktijkondersteuner ouderen (hierna: POH-O) werkzaam bij de huisartsen. Dit is samen met de MESO praktijk ingevoerd en MESO droeg daarin bij aan beleidsvorming en scholing. Door MESO is het mogelijk geworden in Velp om via een Stepped Care Model te gaan werken: eerst huisarts, dan huisarts met POH-O, dan eventueel advies of eenmalig consult van SO en dan MESO.

Doordat MESO op deze locaties is ontwikkeld en al langere tijd wordt uitgevoerd, is de samenwerking met partners uit het lokale zorglandschap organisch gegroeid en grotendeels uitgekristalliseerd. Zo heeft rol- en taakverdeling met andere betrokkenen aandacht gehad en zijn er in Velp in het verleden werkafspraken met huisartsen gemaakt. Met paramedici worden geen expliciete afspraken gemaakt, nieuwe professionals worden als het ware 'ingevoegd' in de MESO werkwijze. Destijds bestond MESO uit een klein en benaderbaar team, wat een dergelijke werkwijze haalbaar maakte zonder formele taakhouders daarvan binnen het MESO-team. Met de groei van het team zijn meer (proces)afspraken binnen het team nodig gebleken.

¹⁷ De beleidsregel Innovatie t.b.v. nieuwe zorgprestaties AL/BR-0017: 01-06-14 tot 01-06-17.

De Beleidsregel Tijdelijke Instandlating gevolgen experimenten BR/REG-17164: 01-06-17 tot 01-01-19.

De Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten: BR/REG – 19158: 01-01-19 tot 01-01-20.

De beleidsregel Tijdelijke Instandlating gevolgen experimenten BR/REG-17164: 01-01-20 tot 01-01-21.

2.8 Samenvattende tabel MESO praktijk en team pilots en Velp en Arnhem

In de tabel die volgt, vatten we de feitelijke elementen van de MESO-praktijken en MESO-teams in de pilotlocaties, in Velp en in Arnhem samen. Een aantal elementen onderscheidt zich binnen de pilots, ofwel tussen de pilots enerzijds en Velp en Arnhem anderzijds. Zo beschikt Velp over een zelfstandige praktijk en is in de pilotlocaties sprake van samenwerkingsverbanden waarin MESO wordt geleverd. Op alle pilotlocaties was sprake van een bestaande SO consultfunctie met de start van MESO, maar de consultatiefunctie in Tiel wordt het meest ruimhartig verricht. In Zoetermeer heeft de geriatrie verpleegkundige een unieke dubbelrol als praktijkondersteuner ouderen en MESO-teamlid en hebben tekorten aan casemanagers dementie invloed gehad op de invulling van MESO en mogelijk op de ernst van de situatie waarin patiënten en mantelzorgers door de huisarts naar MESO zijn verwezen. De pilot in Rotterdam is ruim een jaar na de pilots in Zoetermeer en Tiel gestart en kent daarmee een langere opstartfase en kortere periode waarin MESO geleverd is en onderzoek verricht is. De moeizame totstandkoming van financieringsafspraken heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld. De wijze van financiering wijkt in Rotterdam af van de andere pilotlocaties, Velp en Arnhem.

Locatie	Zoetermeer (wijk Seghwaert)	Tiel	Rotterdam (wijk Ommoord)	Velp
Beschrijving praktijklocatie en MESO-team				
Startdatum	Oktober 2020	September 2020	December 2021	Najaar 2011
Initiatiefnemer(s)	De Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ), Goudenhart (WelThuis) en WoonZorgcentra Haaglanden (WZH)	De Stichting Zorgcentra Rivierenland (SZR), Santé-Partners en het Eerstelijns Centrum Tiel (ECT)	De Stichting Zonboog en zorginstelling Laurens	Ester Bertholet, zelfstandige praktijk
Huisvesting	Gezondheidscentrum Seghwaert	Eerstelijns Centrum Tiel	Gezondheidscentrum Ommoord	Gezondheidscentrum Velp
Openingstijden	Maandag t/m donderdag en telefonisch op deze dagen bereikbaar tussen 09.00 en 12.00 uur	Maandag en donderdag en op alle werkdagen telefonisch bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur	Dinsdag en donderdag en op alle werkdagen telefonisch bereikbaar tussen 8.00 en 17.00 uur	2011-2015: Maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur 2022: Maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur
Aantal betrokken huisartspraktijken	7 (waarvan 1 huisartsenpraktijk buiten het gezondheidscentrum is gevestigd)	Alle 9 (waarvan 1 huisartsenpraktijk buiten het ECT is gevestigd)	1 huisartsenpraktijk in het gezondheidscentrum	2011-2015: 8 praktijken 2022: 8 praktijken
Samenstelling MESO-team (tijdens het onderzoek)	2 SO's, 2 geriatrie verpleegkundigen ¹⁸ en 1 secretaresse	2 SO's, 2 verpleegkundigen en 1 secretaresse	2 SO's, 2 wijkverpleegkundigen ouderenzorg en 1 secretaresse	2011-2015: het team was in opbouw, samenstelling varieerde 2022: 3 SO's, 1 internist ouderengeneeskunde, 4 geriatrie verpleegkundigen en 3 secretaresses
EPD systeem MESO-team	Curasoft	Curasoft	Curasoft	2011-2015: eigen EPD 2022: Curasoft
Financiering	MESO-GZSP-experiment	MESO-GZSP-experiment	Reguliere prestaties Zvw (GZSP) en Wlz, Innovatie & Kwaliteit gelden vanuit Laurens en S3-prestatie	2011-2015: subsidie van ZonMw, daarna RVZ-gelden. 2022: MESO-GZSP-experiment
Inclusie van patiënten met een Wlz-indicatie	Nee	Ja	Ja	2011-2015: Ja 2022: Nee

¹⁸ Eén geriatrie verpleegkundige is naast haar werkzaamheden voor MESO ook in dienst van de bij MESO betrokken huisartsenpraktijk.

Locatie	Zoetermeer (wijk Seghwaert)	Tiel	Rotterdam (wijk Ommoord)	Velp
SO Consultatiefunctie	Bestaande SO consultatiefunctie voor start MESO, tijdens MESO ingevuld met per regio wisselende intensiteit			2011-2015: Geen bestaande consultatiefunctie 2022: SO consultatie door externe partij voor Wlz patiënten (in verband met het ontbreken financiering MESO voor Wlz-patiënten)
Demografisch beeld van de regio en het zorglandschap				
Aantal ouderen 65+	20% 65+	19% 65+	Ommoord: 29,3% 65+ en 16,0% 75+ Rotterdam: 15,6% 65+ en 6,9% 75+	2011-2015: 27% 65+ en 15% 75+ 2022: 27% 65+ en onbekend % 75+
Beschikbaarheid POH-O bij huisarts	POH-O's bij drie van de betrokken huisartsenpraktijken	POH-O's recent betrokken bij diverse betrokken huisartsenpraktijken	POH-O's bij alle betrokken huisartsenpraktijken	2011-2015: Geen beschikbare POH-O's 2022: POH-O's bij alle huisartsenpraktijken
Beschikbaarheid casemanagers dementie	Tekort aan casemanagers dementie	Tekort aan casemanagers dementie	Geen capaciteitsproblemen casemanagers dementie	2011-2015: Geen casemanagers 2022: Geen capaciteitsproblemen
Stedelijkheid	Gemiddeld: 16.185 inwoners in de wijk Seghwaert	Laag: 42.277 inwoners in de gemeente Tiel	Hoog: 25.690 inwoners in de wijk Ommoord	Laag: 18.187 inwoners in het dorp Velp
Sociaal economische status (SES)¹⁹	Hoog: 0,041 SES score (gemeente Zoetermeer)	Gemiddeld: -0,065 SES score (gemeente Tiel)	Laag: -0,269 SES score (gemeente Rotterdam)	Gemiddeld: -0,070 SES score (gemeente Rheden)

Tabel 1. Samenvattende tabel context pilots en Velp

¹⁹ [Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl/ nl/nl/a-z/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid)

3 Bevindingen pilots vergeleken

In dit hoofdstuk richten we ons op het beschrijven van de bevindingen op het gebied van herhaalbaarheid: kunnen de eerder in Velp behaalde resultaten ook op andere plekken, met andere kenmerken, in een drietal pilotorganisaties, behaald worden? De resultaten uit onderzoek in 2015 in de POGB²⁰ (op basis van een trendanalyse) laten een verbetering zien in een toename van de kwaliteit van leven van patiënten tegen lagere zorgkosten. Uit dat onderzoek blijkt bovendien dat MESO verwijzing naar het ziekenhuis of opname in het verpleeghuis kan uitstellen of geheel voorkomen. Zowel patiënten, mantelzorgers als betrokken zorgverleners zijn tevreden over deze vorm van zorg en zien de gezondheidswinst en toename in kwaliteit van zorg en leven die hiermee wordt behaald. De werkwijze scoort daarmee goed op de vier doelen (resultaatgebieden) van 'quadruple aim': verbeterde gezondheid/ervaren kwaliteit van leven, verbeterde (ervaren) kwaliteit van zorg, lagere zorgkosten en tevredenheid van betrokken zorgverleners.

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de veranderde (ervaren) kwaliteit van zorg, resultaten van de geleverde zorg vanuit het perspectief van de patiënt en dat van de mantelzorger (veranderde gezondheid/ervaren kwaliteit van leven), het resultaat van de interventies die vanuit MESO zijn ingezet op risicofactoren voor opname in het verpleeghuis, kostenreductie in de zorg (in de vorm van voorkomen verwijzingen naar de tweede lijn) en ervaringen van de betrokken huisartsen.

3.1 Inclusie patiënten in herhaalbaarheidsonderzoek

In de periode tussen september 2020 en 30 september 2022 zijn in de pilots in totaal 202 patiënten door huisartsen verwezen naar en in behandeling genomen door MESO, van wie 171 patiënten geïnccludeerd zijn in het onderzoek (respons 85%). Het gaat om 67 patiënten in Tiel (respons 82%), 24 in Rotterdam (respons 83%) en 80 in Zoetermeer (respons 90%). Niet alle patiënten hebben het MESO-traject geheel doorlopen ten tijde van het afsluiten van de dataverzameling. Het aantal beschikbare eindmetingen is om die reden lager dan het aantal beginmetingen. Ook zijn niet voor alle patiënten alle vragenlijsten ingevuld om andere redenen, bijvoorbeeld omdat er geen mantelzorger betrokken was, of omdat de patiënt zelf niet (meer) mee kon of wilde werken aan het invullen van de patiëntenvragenlijst. Een gedetailleerd overzicht van het verloop van de inclusie is te lezen in bijlage A.1.1 en een overzicht van het aantal ingevulde vragenlijsten is te vinden in bijlage A.1.2.

Van de geïnccludeerde patiënten is 43% man (n=73) en 57% vrouw (n=98). Met name in Zoetermeer (n=47; 59%) en in Rotterdam (n=16; 67%) zijn meer vrouwen dan mannen geïnccludeerd. Dit was ook in Velp het geval, daar was 60% van de verwezen patiënten vrouw en 40% man. De gemiddelde leeftijd van de geïnccludeerde patiënten verschilt licht tussen de pilots. In Zoetermeer is de gemiddelde leeftijd het hoogst met 83,5 jaar, met een range van 70 tot 99 jaar. In Rotterdam zijn patiënten gemiddeld 83 jaar (range 70-92) en in Tiel zijn patiënten gemiddeld 81,5 (range 71-97). In Velp is de gemiddelde leeftijd van alle behandelde patiënten met ruim 83 jaar (range 61-104) vergelijkbaar met de gemiddelde leeftijd in de pilots.

In de pilots wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met complexe problematiek en patiënten met hoogcomplex problematiek. Dit onderscheid is gebaseerd op een aantal in Velp ontwikkelde factoren, zoals 'afwezigheid van gewenste afstemming tussen zorgverleners', 'risico op crisis groot' en 'zorgmijding van de patiënt (en/of mantelzorg)'. Bij aanwezigheid van 3 of meer van deze factoren (of 2 factoren die in hoge mate de situatie beïnvloeden) wordt een patiënt over het algemeen als hoogcomplex beschouwd. De lijst van factoren wordt als instrument gebruikt, niet als 'hard' stroomschema. In Zoetermeer is 74% van de patiënten hoogcomplex, in Tiel en Rotterdam zijn deze percentages

²⁰ Herma Barnhoorn & Ester Bertholet (2015). *Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp*. Bijblijven, DOI 10.1007/s12414-015-0102-5.

hoger, respectievelijk 87% en 88%. In Velp werd de problematiek in de periode 2011-2015 in ruim driekwart van de gevallen als hoogcomplex aangemerkt. Anno 2022 is het percentage patiënten in Velp met hoogcomplex problematiek 90%.

We hebben analyses uitgevoerd op het geheel van alle ingevulde vragenlijsten²¹, maar ook uitgesplitst per pilot. Waar de resultaten tussen de pilots verschillen geven we zowel het geheel als de afzonderlijke resultaten per pilot weer.

3.2 De (ervaren) kwaliteit van zorg neemt toe

Twee van de kernelementen van MESO die onder de (ervaren) kwaliteit van zorg vallen, namelijk het verlenen van multidisciplinaire zorg en betrokkenheid van de mantelzorger, zijn gemeten in het herhaalbaarheidsonderzoek.

Daarnaast gaan we in deze paragraaf in op de mate van voldoende ingezette zorg voor en na MESO, het aantal verrichte medicatiereviews en de tevredenheid van de patiënten over de geleverde zorg.

3.2.1 Kernelement MDO is op verschillende manieren geïntegreerd in de werkwijze van de pilots

Bij een MDO zijn altijd de SO en MESO-verpleegkundige betrokken, aangevuld met bijvoorbeeld een fysiotherapeut, ergotherapeut, thuiszorg/wijkverpleegkundige, diëtist, maatschappelijk werker, dementieconsulent of casemanager, POH(-GGZ), sociaal wijkteam, psycholoog en/of de huisarts. Het aantal professionals dat aanwezig is bij een MDO varieert tussen de 3 en de 7 (inclusief SO en verpleegkundige), maar meestal zijn er 4 professionals aanwezig. De MESO-teamleden praten afwezig na afloop van het MDO bij. De mate waarin een MDO is georganiseerd, verschilt tussen de pilots. In Zoetermeer zijn bijna alle patiënten besproken in een MDO (50 van de 54; 93%), terwijl in Rotterdam in ongeveer de helft van de trajecten een MDO is gehouden. Ook uit de data van Tiel bleek dat er voor ongeveer de helft van de patiënten een MDO is gehouden. Tijdens een bespreking van de onderzoeksresultaten in een van de pilot overstijgende bijeenkomsten bleek dat de data uit Tiel verzameld zijn op basis van een andere interpretatie van de definitie van het MDO. Het team in Tiel gaf aan dat zij een bijeenkomst met de SO en verpleegkundige waar slechts één andere professional bij aansloot niet als MDO hebben geregistreerd, in tegenstelling tot de andere pilots. De in dit rapport opgenomen cijfers geven dus weer dat er in 50% van de gevallen MDO's zijn georganiseerd waar meer dan drie professionals bij aansloten. De in Tiel verzamelde cijfers zouden dus een (positieve) bijstelling behoeven, maar als gevolg van onder andere personeelwisselingen in het team was dit niet haalbaar. Specifiek in Zoetermeer zien we dat zij over het algemeen op een later tijdstip in de patiëntenreis het MDO organiseren. In Velp heeft destijds voor 82% van de patiënten een MDO plaatsgevonden, waaraan gemiddeld 5 tot 6 professionals deelnamen.

3.2.2 Het betrekken van mantelzorgers is een belangrijke focus van de MESO-teams, maar lukt niet altijd

De betrokkenheid van de mantelzorger is zowel in de diagnostische fase als bij het formuleren van de adviezen en het uitvoeren van de behandeling en begeleiding cruciaal. Daarnaast is versterking van de mogelijkheden van het netwerk rondom de patiënt, waaronder de mantelzorger, vaak essentieel voor de patiënt om thuis te blijven wonen. Alle MESO-teams hebben dan ook ingezet op het betrekken van de mantelzorgers, maar met name in Zoetermeer (50 van de 52; 96%) en Rotterdam (13 van de 14; 93%) zijn zij actief betrokken bij de zorg. Dit is vergelijkbaar met de betrokkenheid van mantelzorgers in Velp (95%). In Tiel blijft de betrokkenheid iets achter, daar zijn 33 van de 42 mantelzorgers (79%) actief betrokken bij MESO. Mogelijk was er niet altijd een mantelzorger of netwerk beschikbaar om te betrekken. Hoewel dit niet direct terug te zien is in de resultaten, is het wel interessant om te monitoren of en zo ja in welke mate de lagere mantelzorgbetrokkenheid in Tiel invloed heeft op bijvoorbeeld opname in het verpleeghuis.

²¹ Bij de registratielijst patiënt en de mantelzorgvragenlijst gaat het om de respondenten met een begin- en eindmeting.

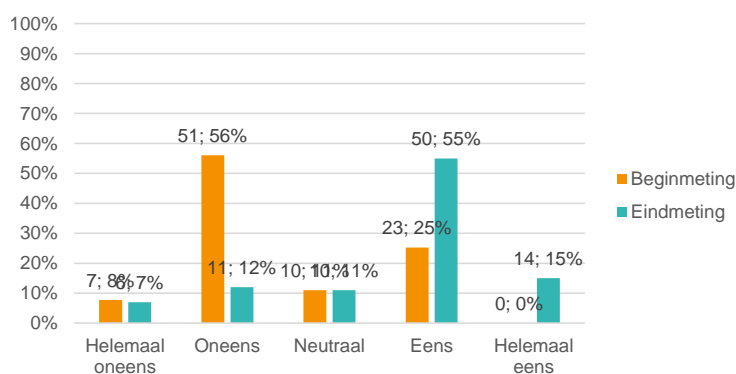
3.2.3 Kernelement medicatiereview wordt voor bijna alle patiënten uitgevoerd

Aan het einde van het traject is geregistreerd of een medicatiereview²² door de SO heeft plaatsgevonden. In alle pilots heeft voor bijna alle patiënten die het MESO-traject hebben afgerond een medicatiereview plaatsgevonden. In totaal heeft voor 93% patiënten (81 van de 87) voor wie deze indicator is geregistreerd een medicatiereview plaatsgevonden. Dit is nagenoeg vergelijkbaar met Velp, waar altijd een medicatiereview plaatsvond.

3.2.4 Bijna driekwart van de patiënten ontvangt na MESO voldoende zorg

Als we kijken naar of er voldoende zorg is ingezet registreert het MESO-team een grote verbetering gedurende het traject. Na afloop van MESO ontvangt volgens hen 70% van de patiënten voldoende zorg, ten opzichte van 25% tijdens de beginmeting (

figuur 1). In Velp is een iets andere uitvraag gedaan, daar is naast voldoende zorg ook adequate zorg meegenomen in dezelfde inschatting. Het resultaat is wel vergelijkbaar: voor MESO was daar bij 12% van de patiënten voldoende en adequate zorg ingezet, na MESO was dat 67%. Als we de pilots afzonderlijk dan zien we in Tiel een score van 77%, in Rotterdam van 71% en in Zoetermeer een score van 63%. In Zoetermeer springt de grote toename ten opzichte van de situatie voor MESO eruit, toen slechts 5% van de patiënten voldoende zorg ontving. In gesprekken met het MESO-team uit Zoetermeer komen de versnippering in het zorglandschap en de wachtlijsten voor onder andere casemanagers dementie regelmatig ter sprake als mogelijk mede bepalende factor voor de relatief lagere score. Het is te verwachten dat dit van invloed is op het percentage patiënten dat na MESO voldoende zorg ontvangt. Des te opvallender is de grotere stijging in dit percentage.



Figuur 1. De patiënt ontvangt voldoende zorg voor alle patiënten met een begin- en eindmeting

3.2.5 Patiënten zijn veelal tevreden over MESO en ervaren verschillende voordelen

Ook aan de patiënten zelf is gevraagd hoe zij MESO hebben ervaren, wat het hen heeft opgeleverd en of zij verbeterpunten weten. Indien nodig met behulp van een getrainde vrijwilliger hebben zij aan het einde van het traject een vragenlijst ingevuld. Gezien de kwetsbaarheid van en het veel voorkomen van (ernstige) geheugenproblematiek bij de onderzoekspopulatie was het niet mogelijk om alle patiënten op deze manier bij het onderzoek te betrekken. Een belangrijke kanttekening bij de interpretatie van deze bevindingen is dat ook patiënten die wel in staat waren en bereid waren een vragenlijst in te vullen zich niet altijd goed konden herinneren wat voor zorg zij hadden ontvangen of welk

²² Systematische medicatiebeoordeling door de SO waarbij op geriatric specialistniveau ten minste wordt gekeken naar de indicaties, gebruik, dosering, bijwerkingen, interacties en eventuele ontbrekende middelen, met als resultaat zo nodig een passend actieplan (wijziging, start, stop of overleg met derden). Waarbij de context (lichamelijk onderzoek, labuitslagen, diagnostiek, farmacologische historie) en wie die aanlevert (huisarts, POH-O, patiënt, apotheker, et cetera) een vast onderdeel in de overwegingen zijn. Vervolgacties vanuit een medicatiereview moeten altijd afgestemd zijn op de behoefte van de patiënt.

deel van de zorg en ondersteuning bij MESO hoorde. De getrainde vrijwilligers kregen hiertoe informatie op maat mee, om patiënten te ondersteunen bij het onderscheid welke zorg door MESO ingezet was. In totaal hebben 37 patiënten een vragenlijst ingevuld (15 in Tiel en 22 in Zoetermeer). In Rotterdam is het binnen de looptijd van het onderzoek niet gelukt om vrijwilligers op te leiden en patiënten te ondersteunen bij het invullen van de vragenlijst. Rotterdam is voornemens om ten behoeve van het eigen leereffect alsnog deze informatie bij de patiënten op te halen.

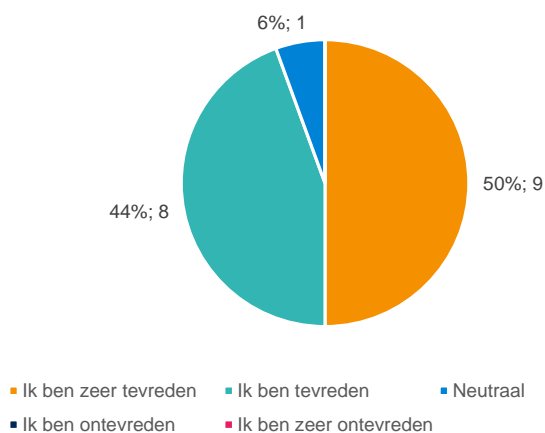
Gemiddeld beoordelen patiënten in Zoetermeer MESO met een 7,8, in Tiel geven de patiënten MESO gemiddeld een 6,7. We zien niet direct een verklaring voor dit verschil in beoordeling, maar tijdens een duidingsbijeenkomst is de suggestie gedaan dat dit kan komen door de iets behoudendere volksaard in Tiel waardoor mensen minder geneigd zijn (erg) positieve beoordelingen te geven. Een patiënt uit Zoetermeer vertelt waarom hij zo tevreden is over MESO:

“MESO-medewerkers weten waar ze het over hebben en niks moet! Ik denk, dat geen enkele oudere weet wat een ergotherapeut voor je kan betekenen.”

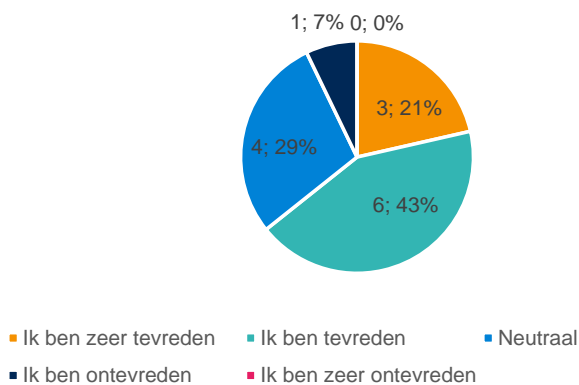
Hoewel de tevredenheid van patiënten uit Zoetermeer groter is (94% (zeer) tevreden) (figuur 2), is ook in Tiel de meerderheid van de patiënten (zeer) tevreden over de dingen die de MESO-praktijk voor hen geregeld heeft (64%) (figuur 2). Zo geeft een patiënt uit Tiel het volgende aan:

“Er zijn zaken geregeld waardoor ik beter kan functioneren. Er zijn hulpverleners ingeschakeld. Mijn echtgenote heeft hulp gekregen bij de zorg en zelfstandig bepaalde zorg geleerd. Hierdoor is zij ontlast van de zorg die haar te veel werd. Ik heb meer duidelijkheid over mijn ziekte gekregen. Mijn ziekenhuisbezoeken zijn fors afgenomen. Met het hulpmiddel dat via de Wmo is aangevraagd kan ik straks weer naar buiten. Ik kon meebeslissen in de hulp die voorgesteld werd.”

Aspecten die in een lagere beoordeling (neutraal of ontevreden, n=6 van 32) een rol spelen zijn bijvoorbeeld verwachtingen ten aanzien van de bereikbaarheid en communicatie, of andere verwachtingen bij de zorg en ondersteuning die het MESO-team voorstelde of regelde (bijvoorbeeld dagbesteding, verschillende onderzoeken).

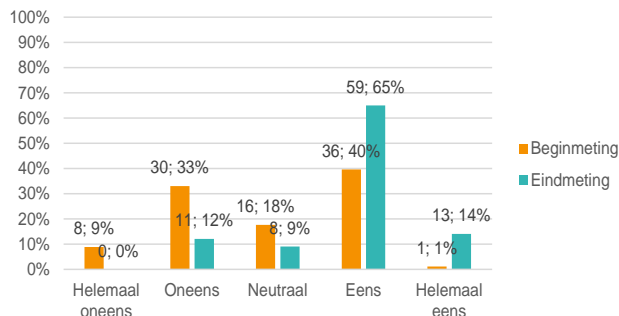


Figuur 2. MESO heeft dingen voor u geregeld, wat vindt u daarvan? - Zoetermeer



Figuur 3. MESO heeft dingen voor u geregeld, wat vindt u daarvan? - Tiel

Ook is de geboden zorg na MESO beter afgestemd op de wensen van de patiënt, daar is een toename van 35% te zien in het percentage patiënten voor wie de zorg na afloop is afgestemd op hun wensen (figuur 4). Zoals we eerder hebben gezien hoeft dit dus niet te betekenen dat patiënten meer zorg krijgen, maar juist dat door het MESO-team goed wordt gekeken en met de patiënt overlegd wat nodig en wenselijk is. Tussen de pilots zijn verschillen te zien, zo is de zorg in Zoetermeer en Tiel voor respectievelijk 78% en 81% op de wensen van de patiënten afgestemd na MESO (ten opzichte van 31% en 50% voor MESO), in Rotterdam is dat voor 64% van de patiënten het geval (ten opzichte van 43% voor MESO). Ook mantelzorgers ervaren dat de zorg beter is afgestemd op de wensen van hun naaste 67% (helemaal) eens na MESO ten opzichte van 40% voor MESO). Hier zien we in Rotterdam een score van 81% na MESO, in Tiel is 70% van de mantelzorgers het (helemaal) eens met dat de zorg beter is afgestemd op de wensen van hun naaste en in Zoetermeer 60%.



Figuur 4. De zorg is afgestemd op de wensen van de patiënt voor alle patiënten met een begin- en eindmeting

Ook patiënten zelf zijn (zeer) tevreden over de mate waarin MESO rekening houdt met hun wensen. In Tiel geeft 73% (n=11) van de patiënten aan hier tevreden over te zijn, in Zoetermeer maar liefst 91% (n=20). Voor Rotterdam zijn deze gegevens niet bekend. Een patiënt vertelt hierover:

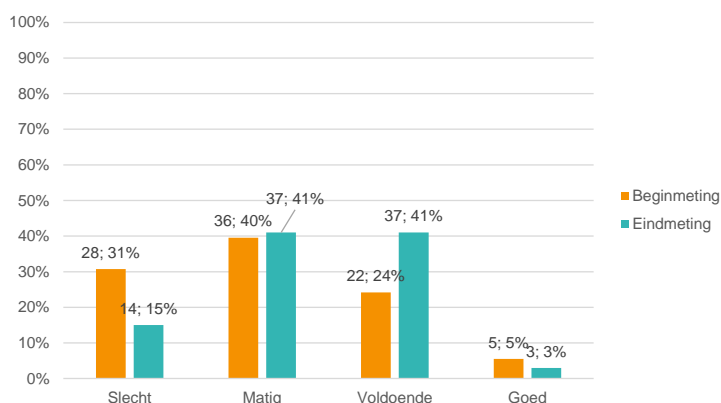
"Mijn wens om iets aan de aanvraag voor een andere scootmobiel te doen, is serieus genomen en er is actie ondernomen. Ik heb adviezen gehad voor verder onderzoek en behandeling. Ik ben tevreden met het advies, maar ik ben eigenwijs en doe niets met dit advies omdat ik van verder onderzoek of behandeling door fysio-/ergotherapie niets verwacht."

In Velp was destijds 35% van de geïnterviewde patiënten tevreden en 45% zeer tevreden over de geleverde zorg. Alle geïnterviewde patiënten waren tevreden over de manier waarop de POGB rekening hield met hun wensen.

3.3 MESO boekt positieve resultaten op indicatoren gezondheid, welbevinden, inzicht en overzicht

3.3.1 Ondanks complexe problematiek verbetert lichamelijke gezondheid

Aan het begin en aan het einde van het MESO-traject beoordeelt het team de patiënten op verschillende indicatoren, waarvan lichamelijke gezondheid (fitheid) er een is. Het aantal patiënten voor wie de lichamelijke gezondheid als voldoende of goed wordt beoordeeld neemt met 15% toe (figuur 5). Gezien de complexe problematiek waar deze patiënten mee te maken hebben is dat een mooie verbetering. In Velp is fitheid uitgevraagd op een schaal van 1 tot 10. De 62 patiënten voor wie fitheid is vastgelegd scoorden na MESO gemiddeld een 6,7 ten opzichte van een 5,5 voor MESO.

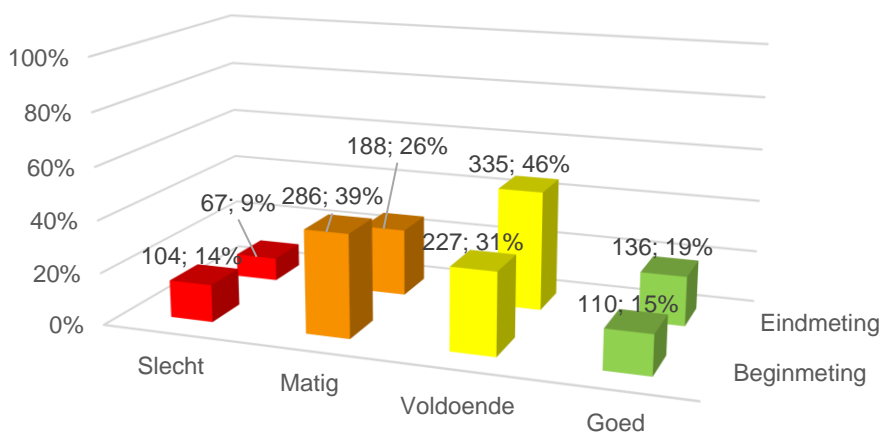


Figuur 5. Lichamelijke gezondheid (fitheid) voor alle patiënten met een begin- en eindmeting

3.3.2 Welbevinden van patiënten neemt over de hele linie toe

Ook welbevinden is een belangrijk potentieel resultaat van de geleverde zorg. Zowel de mate van nervositeit en gevoelens van angst als de mate van somberheid en neerslachtigheid nam sterk af. De mate van nervositeit daalde van 53% naar 27% en de mate van somberheid daalde van 52% naar 23%. Ook in alle pilots afzonderlijk daalde mate van nervositeit en mate van somberheid. In Zoetermeer daalde de mate van nervositeit het meest (van 59% naar 24%), terwijl in alle pilots de mate van somberheid met zo'n 30% afnam. De mate van somberheid verschilt wel tussen de pilots. In Zoetermeer heeft na MESO nog zo'n 15% van de patiënten volgens het team last van somberheid, in Tiel is dat 27% en in Rotterdam 42%. Wellicht is de stedelijke omgeving in Rotterdam hierop van invloed, maar het kleinere aantal in het onderzoek geïnccludeerde patiënten kan ook zorgen voor dit wat afwijkende resultaat. In Velp daalde destijds zowel het percentage patiënten dat zich de laatste tijd nerveus of angstig als het percentage patiënten dat zich de laatste tijd somber of neerslachtig voelde van 33% naar 10% na MESO. Hoewel patiënten in Velp zich na MESO dus gemiddeld minder nerveus of somber voelde was het startniveau hier ook lager en is de daling die in de pilots is bereikt groter.

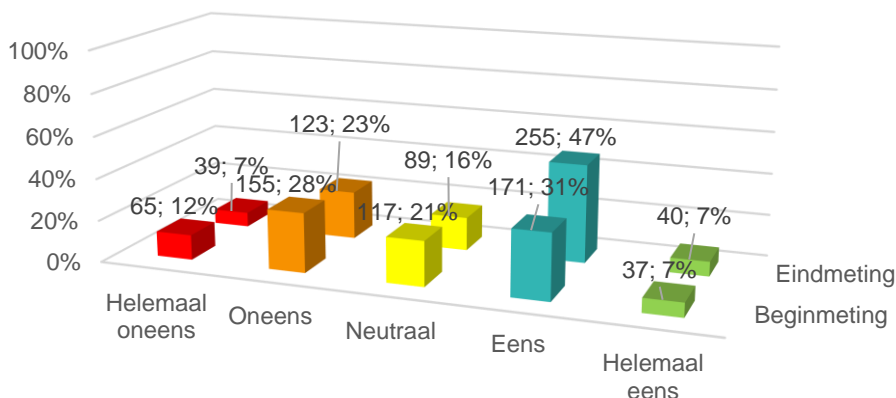
Op het gebied van welbevinden heeft het MESO-team ook de indicatoren mate waarin patiënten genieten van eten en drinken, plezierige relaties en contacten hebben, zichzelf redden, lekker slapen en rusten, actief zijn, zichzelf zijn, zich gezond voelen van lichaam en geest en plezierig wonen beoordeeld. Als we deze indicatoren bij elkaar optellen is er een stijging te zien van de mate van welbevinden van 46% ten tijde van de beginmeting naar 65% na MESO (categorieën 'voldoende' en 'goed' bij elkaar opgeteld) (figuur 6). In Zoetermeer stijgt de mate van welbevinden van 49% naar 73% in Tiel van 40% naar 58% en in Rotterdam van 56% naar 62%.



Figuur 6. Welbevinden van patiënten²³

3.3.3 MESO brengt duidelijkheid over de huidige en toekomstige situatie van de patiënt

MESO heeft mede als doel het creëren van inzicht en overzicht voor de patiënt. Binnen deze categorie beoordeelt het MESO-team in hoeverre de patiënt beschikt over zinnige informatie over zijn/haar aandoeningen, begrijpt wat er aan de hand is, overzicht heeft over de geboden zorg, vindt dat de geboden zorg is afgestemd op zijn/haar wensen, voldoende zorg ontvangt, in geval van nood weet op wie hij/zij een beroep kan doen, weet hoe hij/zij eigen gezondheid en welzijn kan verbeteren en een idee heeft wat hij/zij in de toekomst van zijn/haar gezondheid kan verwachten. Opgeteld levert dit een beeld op van de mate van inzicht en overzicht die de patiënt heeft. In de pilots neemt inzicht en overzicht toe van 38% voor MESO naar 54% na MESO (figuur 7).²⁴ In Rotterdam neemt inzicht en overzicht het meest toe (van 48% naar 68%), in Zoetermeer neemt het toe van 39% naar 57% en in Tiel 34% naar 47%. In Velp is deze indicator niet gemeten in het onderzoek.



Figuur 7. Inzicht en overzicht van patiënten²²

Aan patiënten is gevraagd wat MESO hen heeft opgeleverd op praktisch gebied, maar ook aan informatie en ondersteuning. In Zoetermeer zijn patiënten gemiddeld met 5,8 dingen geholpen door MESO, in Tiel met 5,3. Patiënten in Zoetermeer geven het vaakst aan dat er hulpverleners zijn ingeschakeld om de gezondheid en het welzijn te verbeteren (n=15; 68%), gevolgd door dat zij zich begrepen voelen (n=14; 64%) en dat zij konden meebeslissen over wat belangrijk is in hun gezondheid en welzijn (n=12; 55%). In Tiel zijn de meest gegeven antwoorden 'meebeslissen

²³ De absolute aantallen slaan niet op patiënten, maar op de antwoorden in de betreffende categorieën voor de verschillende indicatoren bij elkaar opgeteld.

²⁴ Categorieën eens en helemaal eens bij elkaar opgeteld.

over wat belangrijk is in gezondheid en welzijn' en 'meebeslissen over keuzes in de behandeling van mijn ziekte/aandoening' (beide n=8; 53%) en 'het inschakelen van hulpverleners om de gezondheid en welzijn te verbeteren' (n=7; 47%). In Rotterdam zijn geen vragenlijsten door patiënten ingevuld. In Velp hebben patiënten vaker voor andere antwoordcategorieën gekozen op de vraag wat MESO hen heeft opgeleverd. Zo gaf daar 44% van de patiënten aan overzicht over de eigen situatie te hebben gekregen (Zoetermeer 41%; Tiel 33%), 51% heeft informatie en duidelijkheid gekregen over wat er aan de hand is (Zoetermeer 32%; Tiel 33%) en 46% heeft weer vertrouwen in het eigen functioneren (Zoetermeer 18%; Tiel 20%). Deze bevindingen kunnen meerdere dingen betekenen. Enerzijds dat het huidige onderzoek in een andere context en tijd heeft plaatsgevonden, waardoor bepaalde aspecten van MESO patiënten mogelijk meer bijblijven. Anderzijds dat de MESO-teams in de pilots wellicht (nog) meer dan in Velp focussen op onder andere samen beslissen.

3.3.4 *Bij mantelzorgers is een gevarieerd beeld ten aanzien van ervaren kwaliteit van leven*

Veel patiënten hebben een mantelzorger die nauw betrokken is bij de zorg en ondersteuning. Onderdeel van MESO is (de mogelijkheden van) het netwerk rondom de patiënt versterken. In de aanpak heeft de mantelzorger dan ook een cruciale rol. Aan het begin en aan het einde van het traject wordt de mantelzorgers onder andere gevraagd welke zorg zij aan hun naasten verlenen, hoe zij dat ervaren en welke zorg- en ondersteuningstaken zij als belastend ervaren. In totaal hebben 118 mantelzorgers aan het begin van het traject een vragenlijst ingevuld, 49 mantelzorgers hebben dat na afloop van MESO nogmaals gedaan.

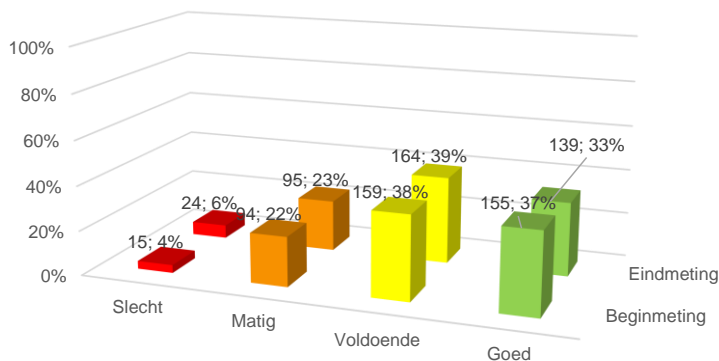
Mantelzorgers zijn hun naaste op veel verschillende manieren tot steun. Soms met het uitvoeren van praktische taken, soms juist met het ondersteunen op emotioneel vlak. In tegenstelling tot wat we verwachtten valt het op dat mantelzorgers deze zorgtaken (aanvankelijk) lang niet altijd als belastend ervaren. De ervaren belasting neemt in de loop van de tijd wel toe. Welke plek MESO heeft in de toegenomen ervaren belasting is op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Voor MESO geven mantelzorgers de ervaren belasting gemiddeld een 6,2 op een schaal van 1 tot 10, na MESO is dat een 6,7. Ook het gemiddeld aantal taken dat door mantelzorgers als belastend wordt ervaren neemt iets toe, van 3,3 voor MESO naar 3,8 na MESO. We zien dat de belasting toeneemt in Zoetermeer (3 voor MESO naar 4,2 na MESO) en Rotterdam (2 voor MESO naar 3,3 na MESO). In Tiel neemt het aantal belastende taken af van 4,2 voor MESO naar 3,5 na MESO.

Omgezet naar een kwalitatief oordeel vindt twee derde van de 41 mantelzorgers die zowel aan het begin als aan het einde hebben aangegeven in welke mate zij mantelzorgen als belastend ervaren het geven van ondersteuning een beetje belastend (35%) of heel erg belastend (28%) bij de start van het traject. Aan het einde van het traject is het percentage mantelzorgers dat de taken als heel erg belastend ervaart iets gestegen naar 32%. Het niet alleen kunnen laten van zijn of haar naaste en het continu opletten of alles goed gaat wordt door mantelzorgers het vaakst als belastend ervaren. Een mantelzorger legt het als volgt uit: *"Het totaal is belastend. De afzonderlijke elementen gaan op zich wel, maar alles bij elkaar is het best belastend geworden. Hierdoor ontstaat minder tijd voor eigen privé en meer onderlinge discussie."*

Mantelzorgers die bij het onderzoek in Velp betrokken waren ervaren de zorg zowel voor als na MESO als minder belastend dan de mantelzorgers in de pilots. Voor MESO geven zij de ervaren belasting een 5 op een schaal van 1 tot 10 en ervaren zij 4,5 taken als belastend, na MESO daalt de ervaren belasting naar een 4,3 en het aantal belastende taken naar 3,8.

Ook aan mantelzorgers zijn aan het begin en aan het einde van MESO vragen gesteld om hun gezondheid en welbevinden en inzicht en overzicht en de impact van MESO daarop inzichtelijk te maken. Mantelzorgers beoordelen hun gezondheid en welbevinden zowel voor als na MESO nagenoeg gelijk als we alle indicatoren bij elkaar optellen (figuur 8). Voor MESO vindt 75% van de mantelzorgers hun gezondheid en welbevinden voldoende of goed, na MESO is dat 72%. Als we de indicatoren los van elkaar analyseren zien we zowel verschuivingen in positieve (bijvoorbeeld energie en relaties met vrienden en familie) als in negatieve zin (bijvoorbeeld geheugen en mogelijkheden om leuke

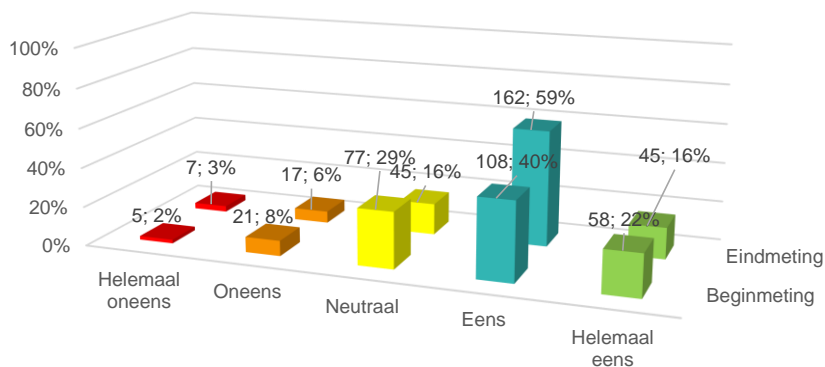
dingen te doen). Deze verschuivingen zijn echter minimaal. De pilots laten alle drie een stabiel beeld zien over de tijd, maar verschillen in hoe mantelzorgers hun gezondheid en welbevinden beoordelen. Zo zijn mantelzorgers in Tiel en Zoetermeer positiever dan in Rotterdam. In Tiel en Zoetermeer beoordeelt ruim een derde van de mantelzorgers hun gezondheid en welbevinden als goed, tegen ongeveer minder dan een derde in Rotterdam.



Figuur 8. Gezondheid en welbevinden van mantelzorgers²⁵

3.3.5 Duidelijkheid die MESO schept helpt ook de mantelzorger aanzienlijk

Inzicht en overzicht van mantelzorgers gaat duidelijk vooruit na MESO. Voor MESO is 62% van de mantelzorgers het (helemaal) eens met stellingen over de mate waarin zij inzicht in en overzicht over de situatie van hun naaste hebben, na MESO is dat maar liefst 75% (Figuur 9). In alle pilots beoordelen mantelzorgers hun inzicht en overzicht beter na MESO. In Rotterdam neemt het percentage mantelzorgers in de categorieën (helemaal) eens toe van 65% naar 83%, Rotterdam van 65% naar 83% en in Tiel van 68% naar 75%. In diverse gesprekken benoemen professionals dat de duidelijkheid die MESO schept en de structuur die MESO aanbrengt in het leven van de patiënt ook voor de mantelzorger van groot belang zijn. Dit ogenschijnlijk kleinere onderdeel van MESO kan aanzienlijke verbeteringen aanbrengen, juist in het leven van de mantelzorger, waardoor die beter in staat kan zijn om duurzame mantelzorg te verlenen.



Figuur 9. Inzicht en overzicht van mantelzorgers²⁴

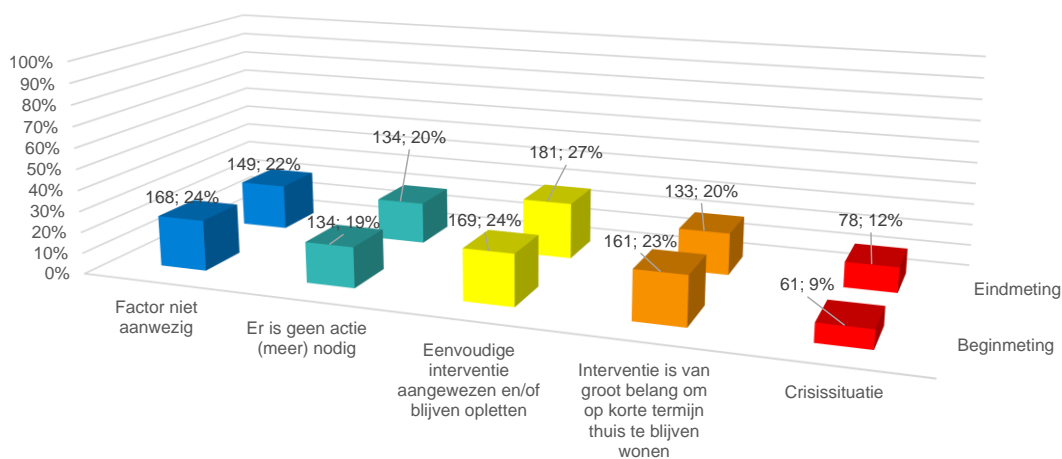
3.4 MESO zorgt gemiddeld genomen voor stabilisatie van risicofactoren voor opname

In Velp heeft ten tijde van het onderzoek uitgebreid literatuuronderzoek plaatsgevonden naar de risicofactoren die leiden tot een acute crisisopname in het ziekenhuis. Uit deze studie zijn 8 risicofactoren geformuleerd waarvan de

²⁵ De absolute aantallen slaan niet op mantelzorgers, maar op de antwoorden in de betreffende categorieën voor de verschillende indicatoren bij elkaar opgeteld.

aanwezigheid en de urgentie vervolgens in het onderzoek is meegenomen en bekeken werd in welke mate zij voor en na MESO aanwezig waren. Ook in het huidige onderzoek heeft het MESO-team het voorkomen en de urgentie van de 8 risicofactoren beoordeeld: beperkingen in de ADL, loop- en balansstoornissen, cognitieve problemen/dementie, stemmingsproblemen/depressie, gedragsproblemen, overbelasting mantelzorg, wegvallen partner/mantelzorg en alleenstaand zijn. Invullers kunnen uit 5 niveaus van urgentie kiezen, variërend tussen factor niet aanwezig en crisissituatie.

Voor 89 patiënten is geregistreerd of en zo ja, in welke mate, de risicofactoren aanwezig zijn. In figuur 10 is te zien voor hoeveel van de 89 patiënten tijdens de beginmeting en tijdens de eindmeting een bepaalde urgentie gescoord is. Er zijn iets minder risicofactoren ingedeeld in de oranje categorie (interventie van groot belang; afname van 3%) en iets meer in de rode categorie (crisissituatie; toename van 3%). In Velp was dit beeld anders. Destijds is het aantal risicofactoren in de rode en oranje categorieën na MESO teruggebracht van 29 naar 4 (rode categorie) en van 209 naar 50 (oranje categorie). Analyse van de huidige verschuivingen laat zien dat er in 30 gevallen voor MESO sprake was van een crisissituatie in een van de risicofactoren en na MESO niet meer. In 53 gevallen is er juist sprake van een nieuwe crisissituatie, dit gaat 24 keer om een risicofactor die voor MESO als oranje is bestempeld. Na MESO zijn er 34 risicofactoren nieuw ingedeeld in de oranje categorie vanuit een lager niveau van urgentie. In totaal is voor 30% van de risicofactoren de urgentie afgenomen (n=216), voor 45% is deze gelijk gebleven (n=329) en voor 25% is de urgentie toegenomen (n=183).



Figuur 10. Totaal van aanwezigheid en urgentie van risicofactoren begin- en eindmeting²⁶

Een nadere analyse van risicofactoren die zowel aan het begin als aan het einde van MESO ingedeeld zijn in de oranje en/of rode categorieën laat zien dat de patiënten bij wie dit het geval is zich vaak op meerdere factoren (bijna) in een crisissituatie bevinden. Met name beperkingen in de ADL en loop- en balansstoornissen komen vaak samen voor, net als overbelasting van de mantelzorg, wegvallen van de partner of mantelzorg en/of alleenstaand zijn. Ook zijn er patiënten die op alle domeinen (bijna) in een crisissituatie verkeren. Ook in Velp was te zien dat de overgebleven oranje risicofactoren vrijwel allemaal geclusterd bij een beperkt aantal patiënten voorkwamen. Dit waren patiënten die zich lieten typeren als zorgweigerders en bij wie pas een opening voor behandeling werd gevonden bij het ontstaan van een crisis.

Zowel Tiel als Zoetermeer laten een vergelijkbaar gemiddeld stabiel beeld zien. Wel zijn er in Zoetermeer meer risicofactoren ingedeeld in de categorie 'crisissituatie' (16% beginmeting; 20% eindmeting), dan in Tiel (4% begin; 6% eindmeting). Voor veel van de patiënten uit Zoetermeer met risicofactoren in de rode categorie gaat het om nieuwe

²⁶ De absolute aantallen slaan niet op patiënten, maar op de antwoorden in de betreffende categorieën voor de verschillende risicofactoren bij elkaar opgeteld.

crisissituaties aan het einde van MESO (n=43). Het gaat met name om loop- en balansstoornissen (n=14), overbelasting (n=7) en het wegvallen van partner of mantelzorger (n=6). In Rotterdam zijn meer verschuivingen te zien dan in de andere pilots in aantallen risicofactoren tussen met name de blauwe, groene en gele categorieën en ook hier neemt het aantal patiënten in een crisissituatie licht toe (1% beginmeting; 4% eindmeting).

In zijn algemeenheid kunnen we stellen dat de complexiteit binnen de populatie kwetsbare, thuiswonende ouderen is toegenomen. Ouderen wonen langer thuis, waardoor er in het algemeen een hoger aandeel ouderen is met complexe zorgvragen op meerdere levensdomeinen. In Velp is MESO destijds gestart om hier al een antwoord op te formuleren en zorg te bieden aan thuiswonende ouderen met een (hoog)complexe zorgvraag. Gezien de complexe (multi)problematiek waar deze patiënten mee te maken hebben en het feit dat huisartsen in de pilots vaak verwijzen (als patiënten zich al op de rand van of in een crisissituatie bevinden) is het positief te noemen dat de urgentie van risicofactoren voor opname over de hele linie nagenoeg gelijk is gebleven. Het aandeel risicofactoren dat stabiel is gebleven (n=329; 45%) of waarvoor de urgentie is afgenomen (n=216; 30%) is groot. Het is gezien de leeftijd en de ernst van de aandoeningen en complexiteit van de populatie de verwachting dat patiënten zonder ingrijpen achteruit zouden gaan en dat MESO een grote bijdrage heeft geleverd aan het stabiliseren of verminderen van urgentie van diverse risicofactoren. Ook zijn er een aantal risicofactoren waar MESO, of zorg in het algemeen, minder invloed op kan uitoefenen, zoals het plotseling wegvallen van een partner of mantelzorger (door bijvoorbeeld overlijden) of alleenstaand zijn. Dat MESO in staat is om een deel van de patiënten ook op deze risicofactoren te stabiliseren of verbetering te bereiken is zeer positief. Tot nu toe is de ervaring dat na verloop van tijd het aantal crisissituaties afneemt, doordat huisartsen leren door de samenwerking met het MESO-team op welk moment zij patiënten het beste kunnen doorverwijzen.

3.5 MESO voorkomt voor driekwart van de patiënten een verwijzing naar de tweede lijn

Door de inzet van MESO is het mogelijk om verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen. De huisartsen verwijzen patiënten naar MESO in plaats van naar een specialist in het ziekenhuis. Aan het begin van het MESO-traject is geregistreerd of een patiënt zonder MESO naar een specialist zou zijn verwezen en zo ja, naar welke specialist. Over het algemeen zouden patiënten het vaakst worden doorverwezen naar een geriater (56%), maar er zijn verschillen tussen de pilots (tabel 2). Zo zouden patiënten in Tiel het minst vaak worden doorverwezen naar een geriater, in 20% van de gevallen, maar juist vaker naar een andere specialist. In Zoetermeer zouden patiënten het vaakst worden doorverwezen naar een geriater, namelijk in 79% van de gevallen. Andere specialisten of professionals waarnaar zou worden doorverwezen zijn onder andere de neuroloog, psychiater, dementieconsulente, POH(-GGZ) of orthopeed.

	Zoetermeer (wijk Seghwaert)	Tiel	Rotterdam (wijk Ommoord)	Totaal
Geriater	67 (79%)	15 (20%)	12 (52%)	94 (56%)
Neuroloog	3 (4%)	2 (3%)	2 (9%)	7 (4%)
Anders	6 (7%)	17 (28%)	4 (17%)	27 (16%)
Geen verwijzing naar specialist	7 (8%)	15 (25%)	5 (22%)	27 (16%)
Onbekend	2 (2%)	12 (20%)	0 (0%)	14 (8%)

Tabel 2. Naar welke specialist zou de patiënt zonder MESO verwezen zijn?

In Velp hebben huisartsen destijds aangegeven dat zij 125 van de 225 patiënten (56%) zonder MESO zouden hebben doorverwezen naar de tweede lijn. Verreweg de meesten van hen (n=110; 49%) zouden naar een geriater zijn doorverwezen. Uit een berekening in dat onderzoek blijkt dat er per verwijzing naar de geriater destijds € 3.500 is bespaard.²⁷ Als we deze lijn doortrekken naar de resultaten in het huidige onderzoek levert MESO voor ten minste 128 van de 169 patiënten een besparing op. Gezien de onzekerheid over de werkelijke kosten als gevolg van een

²⁷ Zie ook Herma Barnhoorn & Ester Bertholet (2015). *Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp*. Bijblijven, DOI 10.1007/s12414-015-0102-5.

(voorkomen) verwijzing (op dit moment), schatten we deze voorzichtig in op enkele duizenden euro's per persoon. Daarmee schatten we de totale besparing voor deze 94 patiënten op € 250.000 tot € 350.000.²⁸

3.6 Huisartsen willen de samenwerking met MESO voortzetten en zien kansen voor verbetering

Bij de deelnemende huisartsen is een jaar na de start van MESO uitgevraagd hoe zij de samenwerking op verschillende punten ervaren. In totaal hebben 21 huisartsen de vragenlijst ingevuld: 5 uit Zoetermeer, 5 uit Rotterdam²⁹ en 11 uit Tiel. Omdat de aantallen te laag zijn om afzonderlijk per pilot weer te geven beschrijven we hier de bevindingen van de drie pilots gezamenlijk.

Maar liefst 90% van de huisartsen (n=19) die betrokken zijn in de pilots en de vragenlijst hebben ingevuld wil dat MESO mogelijk blijft. Een huisarts legt uit:

“Absolute meerwaarde. Het consulteren van een SO is vaak het blussen van een brandje. Dit is veel uitgebreider. Patiënten worden goed in beeld gebracht. Behalve de huisartsen worden er nu ook meer partijen bij betrokken. Het maakt het beter mogelijk om iemand op een veilige wijze langer thuis te laten wonen.”

Ook benoemen een aantal huisartsen de (toenemende) complexiteit van de patiënten die zij in de praktijk zien en de mogelijkheden die MESO daarbij biedt als een van de redenen waarom zij graag willen dat MESO mogelijk blijft. Wel ziet driekwart van de huisartsen nog verbeterpunten (n=16; 76%). Voor sommige huisartsen is een structureler karakter van de overlegmomenten een wens. Verder worden onder andere continuïteit (dagelijkse opening MESO-praktijk), een betere aansluiting op de consultatiefunctie van de SO en het kunnen inzetten van MESO bij thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie met zorgzwaartepakket 5 of hoger als verbeterpunten genoemd. De meest genoemde behoefte is het meer uitkristalliseren van de verantwoordelijkheden, daar zijn verschillende huisartsen nog zoekende in. Uit gesprekken met de MESO-teams komt naar voren dat dit beeld passend is bij een beginnende samenwerking die in opbouw is.

Twee derde van de huisartsen beoordeelt de samenwerking met het MESO-team als goed (n=14; 67%), de overige huisartsen geven aan neutraal te zijn (n=7; 33%). Het laagdrempelige contact en de korte lijnen worden hier het meest benoemd als positieve punten. In Velp is de tevredenheid van betrokken zorgverleners gedurende het onderzoek niet uitgevraagd.

Op de vraag wat het contact met de SO van MESO heeft opgeleverd geven 16 huisartsen (76%) aan dat zij nieuwe inzichten hebben gekregen, 17 huisartsen (81%) geven aan dat er wijzigingen in het beleid rond een patiënt hebben plaatsgevonden en 12 huisartsen (57%) hebben hun werkbelasting zien verminderen voor de verwezen patiënt(en). Een huisarts omschrijft de meerwaarde van MESO als volgt:

“Mensen worden ‘in kaart gebracht’ met te verwachten problemen en er wordt preventief gehandeld. Maar het is ook sneller en wendbaarder beleid, ook bij mensen thuis.”

Ook de fysieke nabijheid van de SO in de MESO-praktijk heeft voor de meeste huisartsen meerwaarde (n=16; 76%).

3.7 Tussentijdse conclusie: resultaten laten zien dat MESO herhaalbaar is in andere contexten

Het belangrijkste doel van de MESO-pilots was om vast te stellen of de resultaten van MESO die in Velp in de periode 2011-2015 zijn behaald, herhaalbaar zijn in een andere context. We stellen vast dat MESO in de pilots leidt tot dezelfde typen resultaten als eerder in Velp, terwijl de doelgroep en de omstandigheden voor de pilots minder ideaal waren dan

²⁸ Een actualisatie van de gebruikte besparingscijfers paste niet binnen de geformuleerde onderzoeksopdracht.

²⁹ Huisartsen in Rotterdam zijn gedurende het eerste jaar van de samenwerking bevraagd in verband met de latere startdatum van de pilot.

in Velp het geval was. Deze observaties en beschouwingen werken we in de komende hoofdstukken verder uit. Op basis hiervan concluderen we dat het aannemelijk is dat MESO herhaalbaar is in andere contexten.

3.8 Samenvattende tabel kwantitatieve bevindingen

In tabel 3 hebben we de belangrijkste resultaten samengevat, geordend aan de hand van de quadruple aim. Hierin is in een oogopslag te zien wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen de onderzoekspopulatie en de resultaten die zijn behaald in Zoetermeer (wijk Seghwaert), Tiel, Rotterdam (wijk Ommoord) en Velp.

Locatie	Pilots totaal		Zoetermeer (wijk Seghwaert)		Tiel		Rotterdam (wijk Ommoord)		Velp	
Kwaliteit van zorg										
MDO	72% ±4 professionals aanwezig		93% ±3 professionals aanwezig		52% met meer dan 3 professionals ³⁰ ±4-5 professionals aanwezig		50% ±4-5 professionals aanwezig		82% ±5-6 professionals aanwezig	
Medicatiereview	93%		95%		90%		93%		100%	
Betrokkenheid mantelzorger	91%		96%		79%		93%		95%	
Voldoende zorg	Voor: 25% Na: 70% (helemaal) eens		Voor: 5% Na: 63% (helemaal) eens		Voor: 39% Na: 77% (helemaal) eens		Voor: 43% Na: 71% (helemaal) eens		Voor: 12% Na: 67% voldoende en adequate zorg	
Zorg afgestemd op wensen patiënt	Voor: 40% Na: 79% (helemaal) eens		Voor: 31% Na: 78% (helemaal) eens		Voor: 50% Na: 81% (helemaal) eens		Voor: 43% Na: 64% (helemaal) eens		100% van geïnterviewde patiënten	
Resultaten van de geleverde zorg / Kwaliteit van leven – patiënt										
Lichamelijke gezondheid (fitheid)	Voor:	29%	Voor:	18%	Voor:	37%	Voor:	43%	Voor: 5,5 (schaal 1-10)	
	Na:	44%	Na:	39%	Na:	47%	Na:	43%	Na: 6,7 (schaal 1-10)	
Mate van nervositeit / gevoelens van angst	Voor:	53%	Voor:	59%	Voor:	45%	Voor:	58%	Voor: 33%	
	Na:	27%	Na:	24%	Na:	27%	Na:	36%	Na: 10%	
Mate van somberheid en neerslachtigheid	Voor:	52%	Voor:	44%	Voor:	58%	Voor:	71%	Voor: 33%	
	Na:	23%	Na:	15%	Na:	27%	Na:	42%	Na: 10%	
Somscore mate van welbevinden	Voor:	46%	Voor:	49%	Voor:	40%	Voor:	56%	Niet vergelijkbaar uitgevraagd	
	Na:	65%	Na:	73%	Na:	58%	Na:	62%		
Somscore mate van inzicht en overzicht	Voor:	38%	Voor:	39%	Voor:	34%	Voor:	38%	Niet vergelijkbaar uitgevraagd	
	Na:	54%	Na:	57%	Na:	47%	Na:	54%		
Urgentie risicofactoren voor opname (afname oranje en rode categorie)	Voor:	9% rood 21% oranje	Voor:	16% rood 31% oranje	Voor:	4% rood 19% oranje	Voor:	1% rood 14% oranje	Voor: 5% rood 35% oranje	
	Na:	12% rood 19% oranje	Na:	20% rood 27% oranje	Na:	6% rood 11% oranje	Na:	4% rood 15% oranje	Na: 1% rood 8% oranje	
Resultaten van de geleverde zorg / Kwaliteit van leven – mantelzorger										
Ervaren belasting (1-10)	Voor	5,5	Voor	5,6	Voor	6,3	Voor	4,4	Voor	5
	Na	5,7	Na	5,4	Na	5,6	Na	4,9	Na	4,3
Aantal belastende taken	Voor	3,3	Voor	3	Voor	4,2	Voor	2	Voor	4,5
	Na	3,8	Na	4,3	Na	3,5	Na	3,3	Na	3,8

³⁰ Zoals in paragraaf 3.2.2 beschreven is een bijeenkomst in Tiel alleen als MDO geregistreerd wanneer daar meer dan 3 professionals bij aansloten, terwijl ook een bijeenkomst met 3 professionals geregistreerd mag worden als MDO. Het werkelijke aantal in Tiel gehouden MDO's is dus hoger dan 52%.

Locatie	Pilots totaal		Zoetermeer (wijk Seghwaert)		Tiel		Rotterdam (wijk Ommoord)		Velp
Somscore mate van gezondheid en welbevinden mantelzorgers	Voor Na	75% 72%	Voor Na	74% 65%	Voor Na	72% 74%	Voor Na	78% 77%	Niet vergelijkbaar uitgevraagd
Somscore mate van inzicht en overzicht	Voor Na	62% 75%	Voor Na	53% 69%	Voor Na	68% 75%	Voor Na	65% 83%	Niet vergelijkbaar uitgevraagd
Kostenreductie									
Substitutie zorg	Patiënten zouden zonder MESO zijn doorverwezen naar: Geriatr – 56% Neuroloog – 4% Anders – 16%		Patiënten zouden zonder MESO zijn doorverwezen naar: Geriatr – 79% Neuroloog – 4% Anders – 7%		Patiënten zouden zonder MESO zijn doorverwezen naar: Geriatr – 20% Neuroloog – 3% Anders – 28%		Patiënten zouden zonder MESO zijn doorverwezen naar: Geriatr – 52% Neuroloog – 9% Anders – 17%		Patiënten zouden zonder MESO zijn doorverwezen naar: Geriatr – 49% Neuroloog – 2% Anders – 5%
Ervaringen huisartsen									
Samenwerking	67% ervaart samenwerking als goed								Niet uitgevraagd
MESO moet mogelijk blijven	90% eens								Niet uitgevraagd
Verbeterpunten	76% ziet verbeterpunten, met name wat betreft rollen en verantwoordelijkheden								Niet uitgevraagd
Wat levert MESO op?	76% nieuwe inzichten 81% wijzigingen in beleid 57% vermindering werkbelasting								Niet uitgevraagd

Tabel 3. Samenvattende tabel onderzoekspopulatie en kwantitatieve bevindingen pilots en Velp

4 Evaluatie proces en kernelementen MESO

In dit hoofdstuk evalueren we de uitvoering van MESO op de drie pilotlocaties. We starten het hoofdstuk met een procesevaluatie per pilot waarbij we kijken naar verspreiding en samenwerkingsafspraken, adoptie en borging. Vervolgens geven we een beschrijving van de uitdagingen waar de pilots overstijgend mee te maken hebben gehad. We sluiten het hoofdstuk af met een evaluatie van de kernelementen van MESO. De beschrijvingen in het hoofdstuk zijn afkomstig uit de bevindingen van het actieonderzoek.

4.1 Procesevaluatie Zoetermeer (wijk Seghwaert)

Verspreiding en samenwerkingsafspraken

Om huisartsen te betrekken bij MESO is met de start van de pilot een aantal informatiesessies georganiseerd met de zeven huisartsenpraktijken in Seghwaert. Ketenpartners zijn op de hoogte gebracht van MESO tijdens bijeenkomsten in het kader van de SGZ Wijksamenwerkingsverbanden overleggen, Zoetermeer 2025, met name in relatie tot het project Herziening Acute Keten. Meer informatie over MESO is gedeeld in het SO vakgenotenoverleg in Zoetermeer en via het intranet van SGZ waar alle samenwerkingspartners toegang toe hebben. Samenwerkingspartners zoals paramedici zijn bij de start van de pilot niet actief geïnformeerd, maar zijn gaandeweg door aanwezigheid bij MESO-cases, onder andere in MDO's, betrokken.

Met huisartsen, medisch specialisten (geriatrie en neurologie van het LangeLand Ziekenhuis) en de ggz (Rivierduinen en Parnassia) zijn voorafgaand en gedurende de pilot afspraken gemaakt over de onderlinge samenwerking. Daarnaast zijn er werkafspraken met de in het gezondheidscentrum Seghwaert gevestigde apotheek gemaakt over de medicatiereviews.

Momenteel is het MESO-team voornemens om naast het investeren in de driehoek huisartsen, apotheker en MESO, ook de verbinding verder te versterken met dokters- en apothekersassistenten, POH GGZ, POH somatiek en paramedici.

“Juist deze personen hebben regelmatig contact met kwetsbare ouderen. Zij kennen de patiënten goed en kunnen een niet pluis gevoel signaleren richting de huisarts en praktijkverpleegkundigen ouderenzorg. Zo zijn de verwijzingen naar MESO niet alleen afhankelijk van signalering door de huisarts of praktijkverpleegkundige uit de eerste hand.”

Het MESO-team heeft de genoemde stakeholders gevraagd of zij behoefte hebben aan meer informatie over MESO en daar werd instemmend op gereageerd.

Adoptie

Met de start van de pilot waren niet alle huisartsen uit de zeven betrokken huisartsenpraktijken overtuigd van de meerwaarde van MESO. Na de informatiesessies en het opdoen van eigen ervaring met MESO is dit beeld grotendeels gewijzigd. MESO-teamleden zijn het meest tevreden als het lukt om een nauwe samenwerking met de huisartsen te ervaren. Dit varieert per huisarts en vergt wisselende inspanning van het team.

“De ene huisarts staat meer open voor innovatie en wisselingen in personeel, dan een andere huisarts.”

De sleutel tot succes zit volgens de medewerkers vooral in de eerder benoemde dubbelrol van de geriatrie verpleegkundige die zowel werkzaam is voor MESO als voor de huisarts. Zo kan de geriatrie verpleegkundige vanuit het contact met de patiënt via de huisarts een goede inschatting maken of MESO passend is en de huisarts daarop attenderen. Hoewel nabijheid helpend is, bestempelt het MESO-team afstand niet als doorslaggevende factor als het gaat over de onderlinge samenwerking met de huisartsen.

“Wij weten ook de huisarts die buiten het gezondheidscentrum is gevestigd goed te vinden en ervaren een vergelijkbare betrokkenheid bij MESO.”

Andersom zijn ook de huisartsen positief over de samenwerking met het MESO-team. Huisartsen geven aan:

“De lijnen zijn kort doordat je gemakkelijk even bij elkaar naar binnenloopt om te overleggen. De problematiek en situatie van mensen worden met MESO goed in kaart gebracht en daarna ontvangen wij een terugkoppeling met het zorgbehandelplan. Ook als er gedurende het MESO-traject problemen zijn, is dat laagdrempelig kort te sluiten met zowel de SO als de verpleegkundige. Het MESO-team is bovendien altijd bereid mee te denken bij ingewikkelde casussen en dat is zeer waardevol.”

Huisartsen benadrukken dat de uitwisseling met de SO geïntensiveerd is door MESO. De meerwaarde van MESO omschrijven ze als verlichting van druk op de (eigen) praktijk, betere multidisciplinaire zorg en vermindering van verwijzingen naar het ziekenhuis. Huisartsen zagen mogelijkheden tot verbetering als het gaat om het stroomlijnen van de verantwoordelijkheid rondom lab-uitslagen. De SO doet een verzoek voor een labonderzoek, terwijl de uitslag bij de huisarts binnenkwam. Een mogelijke oplossing die door het MESO-team werd aangedragen is het informeren van de huisarts via Medicom over de reden van de aanvraag via ECG/lab. Inmiddels is deze werkwijze doorgevoerd.

Borging

Het MESO-team evalueert in principe vier keer per jaar de samenwerking met de verwijzende huisartsen en de apotheker. Onderling weet men elkaar ook ad hoc te vinden door de ander op te zoeken binnen het gezondheidscentrum of telefonisch en per mail contact te zoeken. Om ketenpartners bovendien structureel op de hoogte te houden kunnen MESO ontwikkelingen op de agenda gezet worden bij de maandelijkse overleggen vanuit het SGZ-overleg voor wijksamenwerkingsverband Seghwaert.

4.2 Procesevaluatie Tiel

Verspreiding en samenwerkingsafspraken

Het MESO-team in Tiel is in eerste instantie gestart met een samenwerking met twee van de vier huisartsenteams. Bij de geselecteerde twee huisartsenteams deed een MESO SO op dat moment ook consulten. De samenwerking met de twee huisartsenteams is gestart middels een kick-off via Microsoft teams. Al na een korte periode bleek dat de samenwerking met de twee huisartsenteams minder patiënten opleverde dan verwacht. Er is toen besloten ook de andere twee huisartsenteams te betrekken bij MESO. Met paramedici is de samenwerking stapje voor stapje gedaan. Op initiatief van MESO, maar in sommige gevallen ook vanaf de andere kant. De projectleider van het MESO team vertelt:

“Recent werden wij gebeld door een welzijnsorganisatie die wilde sparren of een patiënt zou passen binnen MESO. Zo zie je dat MESO zich als een olievlek aan het verspreiden is in de regio.”

Om kennis en afspraken te maken zijn partijen voornamelijk uitgenodigd bij de structurele teamoverleggen van het MESO-team. Er zijn geen formele samenwerkingsafspraken vastgelegd. De samenwerking is gebaseerd op elkaar kennen en van elkaar weten en elkaar laagdrempelig kunnen op zoeken.

Adoptie

Het enthousiasme van huisartsen over MESO is volgens het MESO-team in Tiel gegroeid door de successen die samen behaald zijn.

“De huisartsen waar we patiënten beter in beeld hebben kunnen brengen met een helder zorgbehandelplan waren snel tevreden. Er zijn ook patiënten waarbij er geen grote veranderingen hebben plaatsgevonden. In die gevallen weken de verwachtingen van huisartsen in eerste instantie nog wel eens af van wat wij waar konden maken. We hebben daar onderling veel over gepraat. Wat hadden wij anders kunnen doen en anderzijds, was de vraag vanuit de huisarts goed geformuleerd? Inmiddels waarderen huisartsen ook deze trajecten door het zien van de meerwaarde in ook de kleine interventies.”

Dit zien we ook terug in de reacties van huisartsen op de vragenlijst. Het MESO-team geeft aan tevreden te zijn over het opgebouwde netwerk aan huisartsen en paramedici in de afgelopen twee jaar. Al blijft er wel een uitdaging ten aanzien van het aantal beschikbare dementie consulenten en sociale voorzieningen. De projectleider zegt over de samenwerking met dementie consulenten:

“Zodra wij een verwijzing van de huisarts krijgen, leggen wij verbinding met een dementieconsulent. Aan het eind van de behandel fase is de overdracht naar een dementieconsulent geregeld. De wachttijd is momenteel ongeveer vier maanden.”

Borging

Het ECT is uitgebreid in gesprek met partners Santé Partners en SZR over plannen voor uitbreiding van MESO in de toekomst. De projectleider zegt hierover: *“Deze plannen hangen grotendeels samen met de beschikbare financiering en wie zich waarvoor wil inspannen”*. De onderlinge samenwerking met de huisartsenteams wordt geborgd middels structurele evaluatiegesprekken.

4.3 Procesevaluatie Rotterdam (wijk Ommoord)

Verspreiding en samenwerkingsafspraken

Binnen Rotterdam bestaat er een lange traditie van meer dan tien jaar gestructureerde eerstelijns ouderenzorg, met een consultatiefunctie voor de SO en expliciete aandacht voor advance care planning. De huisartsen kenden de samenwerking met de SO al en zagen MESO als een logische vervolgstap om opname in een intramurale voorziening voor ouderen uit te stellen of te voorkomen.

Adoptie

Alle huisartsen die gevestigd zijn in het gezondheidscentrum kunnen verwijzen naar MESO, daarnaast is er een goede samenwerking met alle huisartsenpraktijken uit de wijk Ommoord. Het MESO-team Rotterdam beschrijft de lijnen met de huisartsen als kort:

“Het contact met de huisartsen verloopt zowel fysiek als via de mail. Eigenlijk is er altijd binnen een dag reactie.”

Naast de samenwerking met huisartsen zijn er paramedici vanuit het gezondheidscentrum en de wijk betrokken bij MESO. Er waren al bestaande samenwerkingen tussen de SO's en fysiotherapie, ergotherapie en een diëtiste. Een betrokken psycholoog is volgens het team bovendien een belangrijke verwijzer naar MESO (via de huisarts).

Het MESO-team in Rotterdam geeft aan in het afgelopen jaar vooral logistiek bezig te zijn geweest om de pilot op poten te zetten:

“We maken voornamelijk gebruik van de contacten met stakeholders die er al liggen, voornamelijk binnen het gezondheidscentrum. Tegelijkertijd bouwen we onze tweede externe schil steeds verder uit.”

Partijen uit deze tweede externe schil zijn ergotherapie, de geriater en neuroloog in het IJsselland ziekenhuis.

Borging

Als gevolg van de vele wisselingen in het MESO-team is het thema borging volgens het MESO-team tot op heden onderbelicht gebleven:

“Door alle logistieke toestanden hebben we tijdens ons teamoverleg bijvoorbeeld nog bijna geen inhoudelijke casuïstiek kunnen bespreken. Dat vind ik een armoede. Het teamgevoel van samenwerken heb ik ook nog niet zoals verwacht, aangezien ons teamoverleg vaak digitaal is. Per 1 september 2022 hebben we wel een stap kunnen maken doordat we vaker op dezelfde dag voor MESO werkzaam zijn.”

4.4 Uitdagingen voor de pilots

Het jaar 2020 werd gekenmerkt door de intrede van het coronavirus, een pandemie die het dagelijks leven in het algemeen en de zorg in het bijzonder op zijn kop zette. In datzelfde jaar zijn twee van de drie pilotlocaties, Zoetermeer en Tiel, van start gegaan met het verlenen van MESO en de inclusie van patiënten in het onderzoek naar de herhaalbaarheid van MESO. Rotterdam volgde in 2021, toen corona ook nog een rol speelde. De beperkingen die in zijn algemeenheid golden waren van (grote) invloed op de opstartfase van de pilots. Een fase die juist bij een zorgvorm zoals MESO, die draait om multidisciplinair werken, gekenmerkt wordt door bekendheid creëren en een netwerk opbouwen met verwijzers (huisartsen) en relevante zorgorganisaties en zorg- en hulpverleners. De digitale kennismakingen en geen of zeer beperkt laagdrempelig contact in combinatie met extra drukte door coronagevallen hebben naar alle waarschijnlijkheid voor grotere uitdagingen gezorgd om MESO te implementeren in nieuwe settings. Een SO vertelt hierover:

“Je hebt je netwerksamenwerking niet in een handomdraai voor mekaar, zeker niet als je zoals wij met een betrekkelijk klein team - en dus beperkte beschikbaarheid specifiek voor MESO - en vanaf nul moet gaan beginnen. Je moet als team goed op elkaar ingespeeld raken, je moet de juiste partners in je netwerk vinden en aan je weten te verbinden, met de huisartsen je samenwerking en rolverdeling herijken (ten opzichte van de samenwerking rondom consultatie). Je hebt veel onderling contact nodig. Multidisciplinair samenwerken is ook een logistiek proces en dat valt verdraaid nog niet mee.”

Daarnaast kan corona gezorgd hebben voor extra terughoudendheid bij ouderen en mantelzorgers richting zorgverleners. Een mogelijk gevolg daarvan is dat deze groep ouderen in een relatief laat stadium naar de huisarts gaat en dus ook bij de MESO-teams in zorg komt op een moment dat de urgentie hoger is dan in het ideale scenario.

Naast corona hebben de pilots continu te maken met een andere grote uitdaging: de arbeidsproblematiek die de zorg al jaren bezighoudt en extra zichtbaar werd tijdens de pandemie. Zorgpersoneel is schaars en is door uitval vanwege het coronavirus of hoge werkdruk alleen maar schaarser geworden. De schaarste wordt nog extra versterkt door het toenemende aantal kwetsbare ouderen. Dit gaf en geeft mogelijk uitdagingen om personeel te werven voor een op de pilotlocaties nog onbekende zorgvorm, waardoor de pilotteams wellicht niet altijd op de gewenste sterkte waren tijdens het herhaalbaarheidsonderzoek. Ook leverden de tekorten in min of meerdere mate wachtlijsten op bij keten- en netwerkpartners, waardoor de patiënten langer moeten wachten op de benodigde zorg en ondersteuning of dat er (regionale) afspraken zijn gemaakt om alleen de patiënten met de grootste zorgwaarde naar een bepaalde zorgvorm door te verwijzen.

Relatief nieuwe typen zorgprofessionals, zoals de praktijkondersteuner ouderen en de dementieconsulent of casemanager, die bij uitstek waardevol zijn voor de MESO-doelgroep, zijn op veel plekken ook schaars. Zeker op locaties waar deze professionals hun netwerk nog aan het opbouwen zijn en rollen en verantwoordelijkheden nog niet expliciet zijn belegd kan dat voor extra wachttijden zorgen.

Binnen MESO vormt de behoefte van de patiënt het uitgangspunt voor het zorgbehandelplan. Gedurende het onderzoek is ons opgevallen dat patiënten er soms voor kiezen geen gebruik te willen maken van (delen van) het MESO-aanbod. Dat heeft vaak te maken met onvoldoende (mogelijkheid tot) inzicht in de ziekte(s) of de situatie niet goed (meer) kunnen overzien. Dit kan een uitdaging vormen voor het MESO-team en de effecten van MESO. Het is immers denkbaar dat mensen die geen of in (zeer) beperkte mate zorg willen accepteren, zich minder positief uitlaten over de mate van tevredenheid. Als het niet lukt om de situatie te doorbreken of te stabiliseren kan dat ook een teleurstelling voor de huisarts zijn.

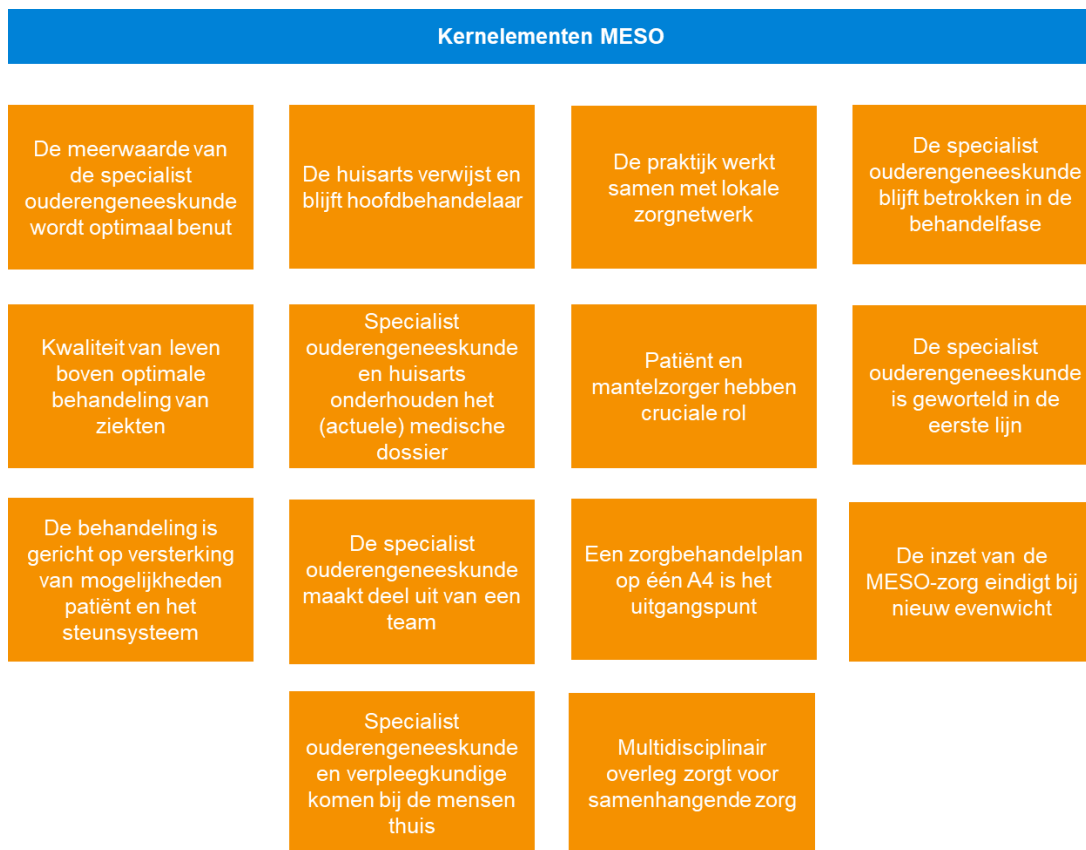
Een laatste uitdaging die we herkennen is dat MESO niet altijd leidt tot grote veranderingen als gevolg van het MESO-traject. Het structureel toepassen van advance care planning is in dat geval cruciaal en doorslaggevend voor het succes van MESO. Een MESO-teamlid zegt hierover:

“Wanneer iemand zo complex en zo ziek is, dan maken we de diagnostiek helder, maar veranderen we relatief weinig. Wat dan extra belangrijk is, is de advance care planning en daarin samen optrekken met de huisarts. Vragen die we dan bijvoorbeeld stellen zijn: Er zijn veel lichamelijke en mentale beperkingen, hoe ziet u de rest van het leven, hoe denkt u over dood gaan? Wat zou u wel en niet willen?”

4.5 De veertien kernelementen van MESO zijn herkenbaar en bieden vrijheid voor eigen invulling

MESO is gestoeld op veertien kernelementen (figuur 11). De kernelementen zijn in 2015 beschreven en gebaseerd op vier jaar ervaring met MESO in Velp. De meerwaarde van MESO zit volgens de teamleden in Velp onder andere in het ontwarren van problematiek en het creëren en faciliteren van een goed netwerk om de patiënt heen. Ook het stellen van prioriteiten is volgens hen een van de sterke kanten van MESO en de teamdynamiek is een wezenlijk onderdeel van het succes van MESO. Wat als een rode draad door MESO heen loopt maar explicieter in de formulering van de veertien kernelementen terug zou mogen komen, is de verpleegkundig en medisch specialistische expertise die MESO onderscheidt van andere vormen van zorg en ondersteuning in de eerste lijn. Na jaren van doorontwikkeling in Velp ligt er een sterke basis waar het team zich in kan vinden. Deze basis, de visie van MESO, verandert niet meer. De praktische uitvoering van de veertien kernelementen (het 'hoe') is wel aan verandering onderhevig, wat ervoor zorgt dat MESO flexibel kan meebewegen met maatschappelijke en contextuele veranderingen in de (landelijke) zorgpraktijk, zonder dat de visie verandert. Dit is nodig gezien de dynamiek in het zorglandschap waar MESO onderdeel van is. Voorbeelden van veranderingen in de concrete uitvoering van de kernelementen zijn de lengte van de overdracht aan huisartsen en wie de verantwoordelijkheid heeft voor het uitwerken van de patiëntbrief.

Inmiddels zijn we bijna zeven jaar verder na de publicatie van de veertien kernelementen in het artikel van Bijblijven en bieden de drie pilotomgevingen in Zoetermeer, Tiel en Rotterdam ook MESO aan. Wij spraken de leden van de MESO pilotteams en de twee overkoepelend projectleiders van MESO over de invulling van de kernelementen in de praktijk en de eigen kijk erop.



Figuur 11. De veertien kernelementen van MESO

Alle pilotteams herkennen de veertien kernelementen van MESO in hun werkzaamheden voor de MESO-praktijken. Er zijn geen kernelementen die men op basis van de eigen pilot zou willen toevoegen of aanpassen. Wel horen we terug dat een van de unieke elementen van MESO zit in de betrokkenheid van de verpleegkundige en de gelijkwaardigheid van de teamleden. De verpleegkundige kan bijsturen, staat dicht bij de patiënt en kan situaties goed inschatten. Dit is een wezenlijk onderdeel van MESO en komt niet letterlijk terug in de kernelementen. Dat geldt ook voor de inzet van het secretariaat, met een essentiële rol in het MESO-team ten aanzien van plannen, communiceren en faciliteren.

De teamleden geven aan niet dagelijks bewust bezig te zijn met de kernelementen, aangezien ze verwerkt zijn in de patiëntreis die centraal staat in elk MESO-traject. De patiëntreis biedt volgens de MESO-teamleden concrete handvatten, terwijl de kernelementen meer vrijheid voor eigen invulling of interpretatie geven. De kernelementen helpen volgens de pilotteams voornamelijk bij het vertellen over de visie en meerwaarde van MESO aan patiënten, naasten en professionals. De overkoepelende projectleiders wijzen op het belang de kernelementen niet los van elkaar te zien:

“Juist de combinatie van de kernelementen maakt MESO, MESO. Ook op andere plekken in het land komen bijvoorbeeld SO's en verpleegkundigen bij mensen thuis. Het gaat om de gezamenlijke formule”. Zij benadrukken daarnaast dat het werken volgens de kernelementen van MESO meer vraagt dan alleen het herkennen en kunnen uitdragen ervan. “Het volgen van de kernelementen vraagt over het algemeen om ander gedrag van zorgverleners dan ze op basis van opleiding hebben geleerd. Het vraagt om reflectie en motivatie om het echt te gaan doen en het eigen maken van die werkwijze. Het vraagt als het ware om een minicultuuromslag in iedereen zelf en te gaan zien waar nieuwe mogelijkheden zitten. In andere woorden: tegen de kernelementen op papier kun je geen nee tegen zeggen, maar protocol vrij durven en kunnen handelen daar kun je wel nee op zeggen”.

In de volgende paragrafen bespreken we de ervaren uitdagingen en successen van het werken volgens een aantal specifieke kernelementen door de MESO-teamleden.

4.5.1 De meerwaarde van het MESO MDO

Een van de kernwaarden van MESO luidt: 'Multidisciplinair overleg zorgt voor samenhangende zorg'. Een verpleegkundige uit de MESO-pilot in Rotterdam vertelt over hoe MESO haar kijk op deze uitspraak veranderde:

“Als wijkverpleegkundige sloot ik ook vóór MESO bij MDO's aan, maar ontbrak mij de toegevoegde waarde ervan. Met MESO organiseer je het MDO bewust aan de start van een behandeltraject. Er wordt gekeken naar het toekomstbeeld en hoe iedereen vanuit de eigen discipline daarnaar kijkt. Doordat je met elkaar een duidelijke focus op de toekomst hebt en direct vervolg aan acties kan geven, kom je tot meer inzichten dan normaal. De vernieuwende manier van kijken zorgt ervoor dat je geen blinde vlek meer kan hebben voor andere disciplines.”

Tijdens een van de bijeenkomsten van het samenwerkingsverband Seghwaert in Zoetermeer kwam ook het belang en de meerwaarde van het MDO ter sprake:

“Het MDO is één van de cruciale momenten binnen MESO en stimuleert integrale zorg. Het zorgbehandelplan of een verwijsoopdracht kan schriftelijk verstuurd worden, maar tijdens een MDO kan men nadrukkelijk op elkaar ingaan en expliciet benoemen waar accenten op gelegd moeten worden.”

Zo kan een paramedicus of casemanager bijvoorbeeld vragen stellen die de SO uit het MESO team weer aan het denken zet en krijgen de aanwezigen een goed beeld bij de rol die andere betrokkenen spelen. Het is voor een aantal professionals niet mogelijk om het MDO te schrijven binnen het eigen tarief. Die professionals kunnen de tijd van een MDO voor MESO voor maximaal een half uur per MDO daarom declareren. Dit is ook de beoogde duur van een MESO MDO.

In Zoetermeer vinden er buiten MESO relatief weinig reguliere MDO's plaats. Het verschil tussen een MESO MDO en een regulier MDO zit volgens de interne projectleider voornamelijk in de timing en het voorzitterschap.

“Binnen een MESO MDO bespreekt de SO als voorzitter gericht het zorgbehandelplan na afloop van een diagnostische fase en zet het MDO als het ware alle betrokken behandelaren op één spoor. Bovendien houdt de geriatrie verpleegkundige tijdens MESO nog een-op-een contact met de behandelaren. Een regulier MDO draait daarentegen vaak om het reageren op acute problematiek.”

4.5.2 Kwaliteit van leven patiënten staat altijd voorop

Kwaliteit van leven staat in de MESO kernwaarden boven optimale behandeling van ziekten. Een teamlid uit Zoetermeer zegt hierover:

“Vanuit mijn perspectief als professional kan het soms duidelijk zijn dat een behandeling van meerwaarde is, maar je hebt soms te maken met patiënten die in de eigen leefwereld een bepaalde structuur hebben. Door die structuur omver te gooien doe je de patiënt geen plezier. Het is belangrijk dat MESO als niet hinderlijk ervaren wordt en de kwaliteit van leven dus voorop blijft staan. Dat doen we door bespreekbaar te maken wat de wens van de patiënt is.”

Ook onderstaande casus uit Zoetermeer illustreert op welke wijze MESO-teamleden de kwaliteit van leven van patiënten boven optimale behandeling van ziekten plaatsen:

“Via de huisarts kwam er een zorgmijdende patiënt met anorexia bij ons terecht. De hamvraag was: moeten we alles blijven behandelen? Om deze vraag te beantwoorden hebben we met mevrouw zelf, familie en alle betrokken professionals gesproken. We constateerden dat ‘het kaarsje uit aan het gaan is’, maar dat mevrouw nog veel levenslust heeft. Optimalisatie van voeding en conditie was mogelijk geweest, maar had niet bijgedragen aan wat voor mevrouw belangrijk is. Namelijk minder strijd met zichzelf en anderen over het eten en acceptatie dat zij zich om meer redenen dan anorexia aan het einde van haar leven bevindt. Het verschil hebben we kunnen maken door mevrouw meer aandacht te geven en zo erachter te komen waarom zij regelmatig geen hulp wil ontvangen of niet meer in bed wilde gaan liggen. Het accepteren van hulp was moeilijk, maar met de juiste tijd en aandacht bleek dat er gène zat omdat er voornamelijk mannen in de thuiszorg werkzaam zijn. Een switch naar een ander team bood meer passende hulp voor mevrouw. Daarnaast heeft het team de wensen in de laatste levensfase gesproken, samen met haar en haar dochter (wat voor haar op dat moment kwaliteit van leven was).”

Om kwaliteit van leven voorop te kunnen stellen gaat MESO uit van de behoefte van de patiënt. Dat is bij deze populatie echter niet altijd goed te ontdekken. Het komt daarnaast geregeld voor dat patiënten in eerste instantie terughoudend zijn over de geboden opties in het zorgbehandelplan. Dat heeft vaak te maken met onvoldoende inzicht in de aandoening(en) en het beperkt kunnen overzien van de eigen situatie. In dat geval is het nodig dat het MESO-team goed afweegt of er toch (kleine) stappen gezet kunnen worden. Aan de verantwoordelijkheid die MESO op zich neemt om niet te veel, maar ook niet te weinig zorg te bieden kleven ook allerlei ethische afwegingen. Die zorgvuldig kunnen maken is onderdeel van de benodigde competenties om MESO te kunnen verlenen.

4.5.3 *Er is altijd aandacht voor de mantelzorg*

In de kernelementen staat beschreven dat de oudere en mantelzorg een cruciale rol hebben. Door het MESO-team wordt de mantelzorg expliciet betrokken gedurende het onderzoek (waaronder de hetero-anamnese) en het behandelgesprek (vaak al beginnend met aanwezigheid bij het uitslaggesprek). Het netwerk rond de oudere, zeker ook het sociale, is volgens de MESO-teams los van de benodigde behandeling, een cruciaal onderdeel van het onderzoek en de oplossing.

“Als je helder hebt wat er speelt en wat iemand nodig heeft, dan is de vervolgvraag hoe we dat kunnen versterken? Mantelzorgers zijn over het algemeen de meest duurzame contacten”.

Het MESO-team kijkt echter niet alleen naar wat een mantelzorg voor de patiënt kan betekenen, maar ook naar de belasting van de mantelzorg door de situatie van de patiënt. Ondanks dat de patiënt de primaire focus heeft van het MESO-team kunnen zij wel advies geven om te voorkomen dat de mantelzorg overbelast raakt. Bijvoorbeeld door te adviseren huishoudelijke hulp in te schakelen en te ondersteunen bij het regelen daarvan. Ook door structuur aan te brengen in het leven van de patiënt en duidelijkheid te brengen over wat hij of zij mankeert en hoe daarmee om te gaan brengt MESO verlichting bij de mantelzorg. De mantelzorg ontvangt alleen zelf MESO wanneer hij of zij ook valt onder de groep kwetsbare ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie en verwezen wordt door de huisarts, bijvoorbeeld als het gaat om een hulpvraag bij de partner van een al geïnccludeerde patiënt.

4.5.4 *De unieke samenstelling van het MESO-team*

Alle pilotteams wijzen op de unieke samenwerking tussen de SO, de verpleegkundige en de secretaresse in een MESO-traject. Deze samenwerking komt (deels) terug in de volgende kernelementen: de SO maakt onderdeel uit van een team, de SO en verpleegkundige komen bij de mensen thuis en de SO blijft betrokken in de behandelfase. De

samenwerking tussen de SO en verpleegkundige onderscheidt zich volgens de MESO-teamleden van reguliere zorg vanwege de vaste structuur waarin het team met elkaar werkt.

“Het is echt anders om als verpleegkundige structureel onderdeel te zijn van een team, in plaats van betrokken te worden bij losse samenwerkingen of consulten.”

“Juist het feit dat je als SO kan overleggen met de verpleegkundige, maakt de zorg voor de oudere beter. De kwaliteit van de diagnosestelling is beter, het samenvoegen van ons beider specialistische kennis, medisch, verpleegkundig en sociaal én kennis van het lokale netwerk maakt de kwaliteit van de besluitvorming voor het zorgbehandelplan completer. Ten slotte is de monitoring van de acties in het zorgbehandelplan door de verpleegkundige van cruciaal belang. Dat maakt de kansen op een daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van leven wellicht groter.”

Niet alleen de samenwerking tussen de SO en de verpleegkundige maken het MESO-team uniek; ook de secretaresse vervult een cruciale rol in het team:

“Het belang van goede secretariële ondersteuning zou beter benoemd kunnen worden. Ons vak speelt zich vaak meer op de achtergrond af, we leggen vaak bescheidenheid aan de dag maar zijn o zo cruciaal voor goede zorg. We faciliteren zodat dokters en verpleegkundigen zich op de zorg kunnen richten en zij geen dingen hoeven te doen waar ze eigenlijk ook niet voor toegerust zijn. Laat dat maar aan ons over, dat scheelt een hoop dure tijd.”

De overkoepelend projectleiders wijzen bovendien op het doorbreken van hiërarchie als gevolg van de intensieve samenwerking, waardoor kruisbestuiving ontstaat:

“De bestaande hiërarchie kan de kwaliteit van zorg in de weg zitten. Door de verpleegkundige en SO als gelijkwaardige teamleden te zien, stimuleren we dat zij afwegingen maken op basis van eigen competenties en niet op basis van hiërarchie”.

4.6 MESO als verandertraject

Het proces om de visie en uitgangspunten van MESO op papier in de praktijk te brengen, komt niet vanzelf tot stand. Het gaat niet om het simpelweg volgen van de patiëntreis, maar om een transformatie in de manier van kijken, denken en doen van alle betrokkenen bij MESO. Een van de overkoepelend projectleiders zegt hierover:

“MESO is behalve zorg voor kwetsbare ouderen ook een voorbeeld van een cultuurverandering. MESO vraagt om voorbij te gaan aan het systeem en het vakmanschap van jezelf en van de professionals om je heen te volgen. MESO gaat bovendien over het gesprek wanneer durf je te stoppen? Wanneer durf je te zeggen ik weet het niet?”

Binnen MESO vinden er diverse activiteiten plaats om de gewenste cultuurverandering te realiseren. Zo heeft elke pilot een projectleider die de begeleiding van het team op zich neemt en het veranderproces faciliteert en volgen alle MESO-teamleden specifieke scholing. Daarnaast organiseren de twee overkoepelende projectleiders diverse uitwisselingen: driemaandelijks pilot overstijgende bijeenkomsten voor alle MESO-teams en projectleiders, driewekelijkse digitale uitwisselingen tussen de MESO-teams en zij zitten met de pilot projectleiders in een lerend netwerk voor het uitwisselen van kennis en ervaring.

4.7 Factoren die bijdragen bij aan het succes van MESO

Gedurende het onderzoek naar de herhaalbaarheid van MESO zijn er diverse factoren ter sprake gekomen die bijdragen aan een succesvolle werkwijze. We willen hierbij benadrukken dat deze factoren niet zoals de kernelementen cruciaal zijn voor het leveren van MESO, maar wel als helpend worden ervaren in de praktijk. De meest gehoorde elementen zijn:

- a. Met huisartsen op dezelfde locatie gehuisvest zijn voor korte lijnen.

-
- b. Het creëren van een veilig leerklimaat, waarbij sprake is van vertrouwen, laagdrempelig contact, er minstens een keer per week fysiek teamoverleg is en men elkaar op inhoud durft te confronteren.
 - c. Het creëren van heldere verwachtingen van rollen, taken en verantwoordelijkheden binnen het MESO-team.
 - d. Het aanwijzen van een regisseur om na afloop van het MESO-traject de coördinatie over te nemen. Het MESO-team is altijd tijdelijk betrokken bij de patiënt. Personen die de regiefunctie van de MESO verpleegkundige kunnen overnemen zijn bijvoorbeeld een praktijkondersteuner/-verpleegkundige, casemanager dementie, wijkverpleegkundige of maatschappelijk werker.

4.8 Wensen voor doorontwikkeling vanuit de pilots

Naast de succesfactoren zijn diverse wensen met ons gedeeld gedurende de onderzoeksperiode. De volgende wensen komen naar voren:

- a. De voorkeur van alle MESO-teams gaat uit naar een informatiesysteem dat toegankelijk is voor alle betrokken partijen. Curasoft, het informatiesysteem waar op dit moment het merendeel in gewerkt wordt, is anders dan de EPD-software die men in de ouderenzorg gewend is. Curasoft vraagt meer handwerk en volgt 'andere logica', wat gebruik foutgevoelig maakt wanneer er onvoldoende geïnvesteerd wordt in werken met het systeem;
- b. Op dit moment is inclusie van Wlz-patiënten alleen mogelijk in Rotterdam en Tiel. De wens is om MESO voor alle kwetsbare ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie te kunnen bieden (waar de huisarts hoofdbehandelaar van is), ongeacht de aan- of afwezigheid van een indicatie tot langdurige zorg.
- c. De MESO-teams zouden het merendeel van de verwezen patiënten eerder willen zien om preventiever te kunnen handelen. Momenteel worden patiënten voornamelijk doorverwezen naar MESO wanneer de situatie al zo nijpend is, dat verpleeghuisopname maar kort of zelfs niet meer uit te stellen is. Om patiënten in de toekomst eerder te kunnen verwijzen naar MESO, is het belangrijk dat er casuïstiek gedeeld wordt. Zo gaan huisartsen en praktijkondersteuners ouderen eerder situaties herkennen waarbij MESO passend is. Om de toename van patiënten te kunnen opvangen is het van belang dat de capaciteit van de MESO-teams wordt uitgebreid (zie volgende wens).
- d. In de ideale situatie zouden de MESO-teams de aantallen uitbreiden en dagelijks bereikbaar zijn voor patiënten en hun naasten. *"We zijn als klein team best kwetsbaar. Je zou beter en sneller willen communiceren en overdragen. Door dagelijks aanwezig te zijn is er meer continuïteit en kun je sneller taken oppakken. Nu worden taken soms door andere professionals opgepakt waardoor iemand de regiefunctie verliest."*
- e. De naam MESO brengt verwarring en leidt volgens diverse MESO-teamleden af van passende uitleg over zorg die geleverd wordt. Een naamverandering kan hier iets aan doen.
- f. Grotere dromen hebben betrekking op het werken zonder schotten, vanuit één bekostigingswijze, met genoeg personeel (in- en extern) en zonder wachttijden.
- g. MESO heeft de interne projectleider van het MESO-team in Zoetermeer geïnspireerd tot het starten van een persoonlijk project waarin alle geriatrische expertise samen moet komen. Het project is nog niet officieel gestart, maar zal komen te vallen onder de noemer van Zoetermeer 2025. Het idee van het project is een denktank waarin onder andere SO's, geriater, neurologen, ouderenpsychiaters, spoedeisende hulp, huisartsen, praktijkverpleegkundigen ouderenzorg en verpleegkundig specialisten kunnen samenkomen om out of the box 24/7 domeinoverstijgende toekomstbestendige integrale geriatrische expertise te organiseren voor alle patiënten ongeacht waar ze verblijven en waar ze verzekerd zijn. De wens is om de financiering van het project te laten lopen via de experimentele financieringsstromen binnen het integraal zorgakkoord (IZA). *"Ik zie veel interesse van SO's om in de eerste lijn te gaan werken. Zo hebben zich in de zoektocht naar een nieuwe SO wel vier geïnteresseerden gemeld, ondanks de capaciteitsproblemen die ook spelen bij SO's. Daar zijn wij als MESO heel blij mee, maar het is belangrijk dat het specialisme zich op alle domeinen blijft richten. Dus bijvoorbeeld ook in de VVT, GRZ, projecten en bij de spoedeisende hulp."*

5 Beschouwing MESO

In dit hoofdstuk beschrijven we de maatschappelijke ontwikkelingen en geven we een reflectie op MESO vanuit onze interpretatie van de (kwantitatieve) resultaten vanuit het herhaalbaarheidsonderzoek.

5.1 Maatschappelijke ontwikkeling en relevante verschillen voor de waardering van de resultaten

Er zijn diverse (maatschappelijke) ontwikkelingen en contextfactoren aan de orde die relevant zijn om mee te nemen bij het waarden van de resultaten zoals deze volgen uit het onderzoek in de pilotomgevingen. De pilots zijn uitgevoerd in een andere tijd dan de periode waarop het onderzoek naar MESO in Velp is uitgevoerd. In deze paragraaf beschrijven we de maatschappelijke ontwikkelingen en de verschillen in tijd en omgeving tussen de pilots en MESO in de periode 2011-2015.

Sinds de periode 2011-2015 hebben diverse ontwikkelingen in de maatschappij en in het (landelijk) gevoerde zorgbeleid plaatsgevonden. Deze hadden effect op de populatie thuiswonende ouderen en de veranderingen in het zorglandschap. De laatste 10 jaar is de vergrijzing doorgezet en zijn er veel ouderen met dementie bij gekomen. In het landelijke zorgbeleid is, onder andere met het programma Langer Thuis, uitgebreid ingezet op de beweging om mensen langer thuis te laten wonen. Verzorgingshuizen zijn afgebouwd en de capaciteit van verpleeghuizen is niet groter geworden. Dat betekent dat meer mensen langer thuis wonen. Dit is bovendien een ontwikkeling die nog lang niet ten einde is. Er komen wel patiënten bij met (hoog)complexe (multi)problematiek, maar er komt geen verpleeghuisplaats bij. Deze beweging is gepaard gegaan met ontwikkelingen in het zorglandschap, bijvoorbeeld door de inzet op praktijkondersteuners ouderen bij de huisarts en casemanagers dementie in de wijkverpleging. De beweging naar langer thuis wonen is goed merkbaar bij de huisartsen die te maken krijgen met meer oudere patiënten met complexe en hoogcomplexe problematiek. Dit is bijvoorbeeld ook zichtbaar in de populatie in de pilotomgevingen Tiel en Rotterdam die MESO ontvangen met een relatief groter percentage hoogcomplexe problematiek versus complexe problematiek dan de populatie in Velp van 2011-2015.

De pilots zijn, zoals het doel was, uitgevoerd in andere regio's met een andere context qua organisatie, samenwerking, beschikbare 'voorzieningen', et cetera. In Velp is MESO ontstaan en 'van binnenuit' opgezet, geïmplementeerd en uitgevoerd door de grondlegger van MESO en vanuit een praktijk die zich hierop specifiek heeft gericht. In de pilotomgevingen is MESO met ondersteuning van de stichting MESO vormgegeven en geïmplementeerd. De aanleiding voor deze verandering komt 'van buiten' en kost daarom meer tijd om te implementeren en MESO goed werkend te krijgen en eigen te maken. Bovendien werd in de pilots gedurende de opstartfase al data verzameld, terwijl de dataverzameling in Velp later van start ging. Ook zijn er verschillen in de manier waarop MESO georganiseerd was en hoe dit zich verhoudt tot de context, zoals de andere 'voorzieningen' in het zorglandschap (POH-O, casemanagers dementie en de consultatiemogelijkheid). Ten slotte is het zo dat de pilotomgevingen te maken hebben gehad met een aantal extra uitdagingen, zoals implementatie grotendeels tijdens het coronavirus, tekorten op de arbeidsmarkt met onder andere wisselingen in de MESO-teams als gevolg. Dit heeft extra tijd gekost voordat de beoogde werkwijze in de pilots goed kon worden uitgevoerd.

We hebben ons onderzoek gebaseerd op pilots die korter lopen dan destijds in Velp, in een andere tijdsperiode plaats hebben gevonden en hebben deels andere vragenlijsten ingezet, omdat de belasting van direct betrokkenen ook acceptabel moest blijven. Ook hebben we in de gesprekken gemerkt dat de persoonlijke interpretatie en ervaring van professionals bij het invullen van de vragenlijsten mogelijk een rol heeft gespeeld, waardoor deze wellicht minder eenduidig zijn ingevuld.

5.2 MESO bereikt onder moeilijke omstandigheden positieve resultaten bij complexe doelgroep

MESO richt zich op kwetsbare thuiswonende ouderen die te maken hebben met in min of meerdere mate interfererende (multi)problematiek. Een groep ouderen die, zonder ingrijpen van MESO, vaak intensieve en gespecialiseerde zorg nodig heeft in de tweede lijn en/of voor wie opname in het verpleeghuis snel dichterbij komt. Deze ouderen bevinden zich in een zorglandschap met een veelheid aan partijen, waar het door versnippering van aanbod en schotten tussen de verschillende wettelijke domeinen soms moeilijk is om integrale en multidisciplinaire zorg te verlenen die alle problematiek passend aanpakt. *“We horen het vaker in de zorg: “Multidisciplinair werken is belangrijk, dat sorteert het grootste effect”. De praktijk is weerbarstiger, in veel disciplines is monodisciplinair werken (nog) dominant en de huidige condities, denk aan financiering van overleg, afstemming en coördinatie, werken niet bevorderend.”*

Dit wordt versterkt door de arbeidsmarktproblematiek in combinatie met de nasleep van het coronavirus. Al met al een complexe doelgroep in een complexe omgeving en tijd.

Uit dit onderzoek blijkt dat MESO in staat is om positieve resultaten te bereiken bij de doelgroep. Soms in de vorm van vooruitgang, soms door het voorkomen van achteruitgang en dat op alle resultaatgebieden van de quadruple aim: verbeterde gezondheid/ervaren kwaliteit van leven, verbeterde ervaren kwaliteit van zorg, lagere zorgkosten en tevredenheid van betrokken zorgverleners. Gezien de populatie, de omstandigheden en de (maatschappelijke) ontwikkelingen van de laatste jaren is dat met recht een prestatie te noemen.

We zien dat het enthousiasme en de (verpleegkundig en medisch specialistische) kennis en kunde van de teamleden niet alleen resultaten bereikt op het gebied van gezondheid, welbevinden, inzicht en overzicht van patiënten en mantelzorgers maar dat het veel van hen niet onberoerd laat. Reacties van patiënten en mantelzorgers op open vragen en in opmerkingenvelden zijn veelal (zeer) positief en weerspiegelen de zachte kant van MESO: empathie, een luisterend oor en het goede gesprek. Ook dat is kwaliteit van leven en draagt bij aan gezondheid in al zijn aspecten.

5.3 En er is nog ruimte voor verbetering

Als we kijken naar de resultaten die in het eerdere onderzoek in Velp zijn behaald en naar de input vanuit gesprekken met de MESO-teamleden en reacties van huisartsen, mantelzorgers en patiënten op de vragenlijsten dan is er nog verdere verbetering mogelijk op meerdere vlakken. Daar zijn verschillende redenen en verklaringen voor. Sommige factoren liggen buiten de invloedssfeer van MESO en zijn voor langere tijd, of misschien wel blijvend van invloed op resultaten van MESO (een grotere populatie met complexere problematiek te midden van brede arbeidsmarktproblematiek, beweging naar langer thuis wonen et cetera). Andere factoren zijn wel te beïnvloeden en hebben deels te maken met de opstartfase van de pilots ten tijde waarvan dit onderzoek zich heeft afgespeeld. Een MESO-teamlid zegt hierover:

“MESO, tijdelijke multidisciplinaire medebehandeling in de eerste lijn is een nieuwe manier van werken. Als je mij in een verpleeghuis aan het werk zet dan liggen de structuren en de rails er. Ik werk als zzp'er en voeg in elke situatie geruisloos in. Hier is nog niets, er liggen geen rails, er zijn geen gebaande paden. Het is pionieren en dat kost nu eenmaal meer tijd. Je moet zoeken: trial en error.”

Verschillende van deze factoren zijn al aan de orde gekomen in eerdere hoofdstukken. We benoemen ze hier nogmaals kort:

- a. Grotere bekendheid van MESO in het lokale en regionale zorglandschap. De opstartfase van de pilots werd gekenmerkt door lockdowns en beperkingen in fysiek contact door het coronavirus, waardoor het opbouwen van een netwerk bemoeilijkt werd.
- b. Eerdere verwijzing van patiënten door huisartsen. Grotere bekendheid van MESO is niet alleen van positieve invloed op samenwerking in de keten en in het netwerk; het zorgt er ook voor dat huisartsen patiënten in een

eerder stadium doorverwijzen. Dit vergroot de mogelijkheden van MESO om optimaal resultaat te behalen in het kader van gezondheid en kwaliteit van leven.

- c. Meer ervaring met het verlenen van MESO in het algemeen en in dezelfde teamsamenstelling in het bijzonder. De looptijd van de pilots is beperkt, waardoor de teams nog weinig gelegenheid hebben gekregen om de opgedane ervaring te bestendigen. Daarnaast hebben wisselingen in teamsamenstelling invloed gehad op de borging van MESO.
- d. Dagelijkse opening van de MESO-praktijk. Alle betrokkenen geven aan dat meer continuïteit in de opening wenselijk is om meerdere redenen. Het zorgt onder andere voor meer snelheid in het oppakken van diagnostiek en acties. En de grotere bereikbaarheid zorgt voor meer duidelijkheid voor patiënten, die anders met vragen naar hun huisarts gaan.

6 Conclusies

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen in concluderende zin:

- a. In hoeverre zijn de uitkomsten die in de pilots naar voren komen vergelijkbaar met de resultaten van de POGB in Velp (zoals onderzocht en gepubliceerd in 2015)?
- b. Wat zijn mogelijke verklaringen voor zowel de verschillen en overeenkomsten in deze uitkomsten?
- c. Welke (aanvullende) succesfactoren en randvoorwaarden zijn op basis van de onderzoeksresultaten en pilotkenmerken nodig om effectieve MESO te realiseren (inclusief benodigde borging op kwaliteit en financiën)?

6.1 MESO is herhaalbaar in andere contexten en pilots laten dezelfde typen resultaten zien

Het belangrijkste doel van de MESO-pilots was om aannemelijk te maken of de resultaten van MESO die in Velp in de periode 2011-2015 zijn bereikt, herhaalbaar zijn in een andere context. De resultaten op de vier gebieden van de quadruple aim zijn over het algemeen positief en wijzen in dezelfde richting als de resultaten van MESO in Velp in de periode 2011-2015. En dit is vertrouwenwekkend te noemen gezien de maatschappelijke ontwikkelingen zoals beschreven in het vorige hoofdstuk en zeker gezien het feit dat de doelgroep in de pilots gedurende de afgelopen jaren complexer was dan in Velp (75% was hoogcomplex). In Zoetermeer was dit vergelijkbaar en in Tiel en Rotterdam beduidend hoger (87% en 88%). We onderbouwen onze conclusie aan de hand van de evaluatie op de elementen van de quadruple aim: ervaren kwaliteit van zorg, ervaren kwaliteit van leven, tevredenheid van (andere) zorgverleners en de afname in zorgkosten.

6.1.1 Kwaliteit van zorg is verbeterd

Uit het onderzoek blijkt dat in de pilots de inzet van MESO ertoe leidt dat de ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd. Dit meten we af aan de volgende aspecten:

1. De kwaliteit van zorg is verbeterd door inzet van verpleegkundig- en medisch specialistische expertise in een multidisciplinair overleg (MDO) met de SO, (geriatrie) verpleegkundige en een of meer andere betrokken professionals en het uitvoeren van een medicatiereview. Het MDO wordt structureel georganiseerd: in Zoetermeer in 93% van de gevallen en in Rotterdam in \pm 50% van de gevallen³¹. De medicatiereview heeft in de drie pilots bij patiënten met een afgerond traject in bijna alle gevallen plaatsgevonden (93%). In Velp heeft destijds bij 82% van de patiënten een MDO plaatsgevonden en is er altijd een medicatiereview uitgevoerd.
2. De kwaliteit van zorg wordt ook verbeterd door de actieve betrokkenheid van de mantelzorger. Hierop wordt in MESO op ingezet. In Zoetermeer en Rotterdam zijn vergelijkbare resultaten gehaald als eerder in Velp: in 95% van de gevallen is de mantelzorg actief betrokken. In Tiel ligt dit iets lager (79%).
3. De mate waarin er na inzet van MESO sprake is van voldoende (en adequate) zorg is over de pilots heen gestegen naar 70% (63% in Zoetermeer; 77% in Tiel; 71% in Rotterdam) ten opzichte van 67% in Velp. De mate waarin patiënten ten tijde van de beginmeting voldoende (en adequate) zorg ontvingen lag in de pilots gemiddeld hoger (25%) dan in Velp (12%). Alleen in Zoetermeer was het beginniveau met 5% lager.
4. Ook de tevredenheid van de patiënten over de ervaren kwaliteit van zorg geven een goed beeld: in Zoetermeer is 94% (zeer) tevreden (en 6% neutraal) en beoordelen de patiënten dit gemiddeld met een rapportcijfer 7,8. In Tiel is 64% (zeer) tevreden (en 25% neutraal) en beoordelen patiënten dit gemiddeld met een rapportcijfer 6,7. De zorg sluit ook beter aan op de wensen van de patiënt en de mantelzorger ten opzichte van de situatie vóór MESO.

³¹ In Tiel is in 52% van de gevallen een MDO georganiseerd met meer dan 3 professionals, het werkelijke percentage MDO's ligt dus hoger.

6.1.2 *De kwaliteit van leven voor de patiënt is verbeterd; de mantelzorgers ervaren ondanks belasting meer in- en overzicht*

Uit het onderzoek blijkt ook dat de ervaren kwaliteit van leven op de meeste aspecten verbeterd door de inzet van MESO.

1. MESO-professionals geven in de eindmeting aan dat de lichamelijke gezondheid (fitheid) van patiënten in 44% van de gevallen als voldoende of goed wordt beoordeeld ten opzichte van 29% in de beginmeting; een stijging van 15% dus. In Velp is de verbetering gemeten op een schaal van 1 tot 10, waarbij een stijging zichtbaar was van 5,5 naar 6,7.
2. Ook het welbevinden van patiënten is sterk verbeterd. De mate van nervositeit daalde van 53% naar 27% en de mate van somberheid van 52% naar 23%. Deze daling was in alle pilots zichtbaar. Er is sprake van eenzelfde soort daling als eerder vastgesteld in Velp, maar daar wel met een lager begin- en eindniveau. Ook de samenvattende mate van welbevinden (waaronder 'genieten van eten en drinken' en 'hebben van plezierige relaties en contacten') is sterk verbeterd: 65% beoordeelt dit als voldoende of goed ten opzichte van 46% in de beginmeting. Ook is het inzicht en overzicht van de patiënten in de eigen situatie verbeterd (een stijging van 38% naar 54%). Patiënten geven aan de ingeschakelde zorg en ondersteuning en dat ze konden meebeslissen het meest te waarderen. De richting van deze effecten is, voor zover de indicatoren vergelijkbaar gemeten zijn, vergelijkbaar met de resultaten uit Velp.
3. Bij de mantelzorgers zien we een gevarieerd beeld ten aanzien van de ervaren kwaliteit van leven in termen van belasting, gezondheid en ervaren inzicht en overzicht. Het inzicht en overzicht van mantelzorgers verbetert sterk (stijging van 62% naar 75%). De gezondheid en het welbevinden van mantelzorgers daalt licht na MESO (van 75% naar 72%). De ervaren belasting door mantelzorgers neemt in Zoetermeer en Rotterdam beperkt toe in termen van het aantal belastende taken (van 3,3 naar 3,8) en overall belasting (van 5,5 naar 5,7 op een schaal van 1 tot 10), terwijl dit in Tiel en eerder in Velp afnam na MESO. Mogelijke verklaringen voor de (in twee pilots) toegenomen belasting en gelijk gebleven ervaren gezondheid en welbevinden zijn mogelijk de (hogere) complexiteit van de doelgroep, de ouderdom van de mantelzorgers en de mate waarin de belasting van mantelzorgers gecompenseerd kan worden door een kleiner MESO-team in de pilots ten opzichte van Velp in 2015.

6.1.3 *Betrokken huisartsen zijn tevreden over (de samenwerking met) MESO*

De tevredenheid van betrokken professionals is goed. Het onderzoek heeft zich gericht op bij MESO betrokken huisartsen. Het overgrote deel (90%) van de huisartsen wil dat MESO mogelijk blijft, vanwege de mogelijkheden die dit biedt om te gaan met de toenemende complexiteit van de problematiek van patiënten waar ze mee te maken krijgen. Daarnaast zijn huisartsen over het algemeen tevreden over de samenwerking met het MESO-team. Twee derde kwalificeert de samenwerking met 'goed' en een derde antwoordt 'neutraal' na 1 jaar samenwerking met het MESO-team. Huisartsen geven aan dat MESO nieuwe inzichten, wijziging in beleid rondom een aantal patiënten en vermindering in hun werkbelasting heeft opgeleverd.

6.1.4 *De herhaalbaarheid van de kostenreductie door MESO is aannemelijk*

Het vierde doel van de quadruple aim gaat over kostenreductie in de zorg. In het onderzoek is gekeken naar de risicofactoren vóór en na MESO en de (verwachte) voorkomen verwijzingen naar specialisten in de tweede lijn.

1. Zonder inzet van MESO zou ongeveer driekwart van de patiënten die nu MESO ontvangt door de huisarts naar een specialist (geriater, neuroloog of anders) zijn verwezen. Dit percentage is hoger dan eerder in Velp is gemeten (56%). De bespaarde kosten per doorverwijzing zijn naar verwachting enkele duizenden euro's per patient en levert derhalve een substantiële kostenreductie op.
2. Daarnaast is de mate van aanwezigheid van risicofactoren voor een verpleeghuisopname geregistreerd. We zien bij patiënten in de pilotomgevingen een stabiel verloop wat betreft cognitieve en fysieke risicofactoren en bovendien geen of beperkte achteruitgang als het gaat om overbelasting of het wegvallen van de mantelzorgers. In andere woorden, patiënten die MESO ontvangen in de pilotomgevingen scoren ondanks hun kwetsbaarheid

en complexe (multi)problematiek aan het eind van het traject hetzelfde of maar heel beperkt slechter op risicofactoren die tot een crisissituatie (en vervolgens verpleeghuisopname) kunnen leiden. In Velp werd na vier jaar MESO een duidelijke afname zichtbaar op de risicofactoren die leiden tot acute opname in het verpleeghuis. Het onderzoek in Velp toonde daarnaast een kostenreductie aan door een gemiddeld uitstel van verpleeghuisopname van acht maanden. Op basis van het onderzoek in de pilotomgevingen kunnen we hier geen directe resultaten aan koppelen, aangezien er geen registratie heeft plaatsgevonden van het verwachte uitstel van opname als gevolg van MESO.

3. In Velp is eerder ook een multidisciplinaire inschatting gemaakt dat MESO verpleeghuisopname gemiddeld acht maanden heeft uitgesteld, wat leidde tot een duidelijke kostenreductie. In het huidige onderzoek heeft geen registratie plaatsgevonden van het verwachte uitstel van opname als gevolg van MESO en was de onderzoeksperiode 1 tot 2 jaar.

6.2 Bevindingen in het licht van diverse maatschappelijke ontwikkelingen en contextfactoren

Er zijn diverse (maatschappelijke) ontwikkelingen en contextfactoren die relevant zijn bij het waarden van de resultaten van het onderzoek naar de pilotomgevingen. De pilots zijn tot stand gekomen en de zorg is uitgevoerd in een andere tijd dan de tijdsperiode waarin MESO in Velp is onderzocht. Het gaat om de volgende ontwikkelingen en contextfactoren. Ten eerste de maatschappelijke ontwikkelingen die ten aanzien van de doelgroep, de beleidsontwikkelingen en de veranderingen in het zorglandschap waardoor er meer ouderen zijn die langer thuis wonen. Daardoor zijn er ook meer ouderen met complexe(re) (multi)problematiek in de thuissituatie, wat zorgt voor ontwikkelingen in het zorglandschap. Onder andere de inzet op praktijkondersteuners en casemanagers dementie.

Ten tweede zijn de pilots, zoals het doel was, uitgevoerd in andere regio's met een andere context qua organisatie, samenwerking, beschikbare 'voorzieningen', et cetera. Voor de vergelijking van de resultaten is het relevant dat de pilots in een andere tijd zijn gestart, een kortere voorbereidingstijd hebben gekend en korter hebben gelopen dan MESO in Velp destijds. De langere voorbereidingstijd in Velp heeft onder andere geleid tot een grotere bekendheid van MESO en een nauwere samenwerking van MESO met het lokale netwerk. Daarnaast is MESO in Velp destijds 'van binnenuit' opgezet, geïmplementeerd en uitgevoerd, terwijl dit in de pilots een verandering 'van buiten' was die meer tijd kostte. Dit werd nog extra onder druk gezet door uitdagingen als de coronacrisis en problematiek op de krappe arbeidsmarkt. Als laatste komen de bevindingen voort uit een onderzoek waar onderzoek en opbouw, anders dan in Velp, parallel liepen, waar de looptijd korter was en waar (deels) andere informatie is uitgevraagd. Door de kortere looptijd, in combinatie met de tijd die de implementatie en het veranderingsproces hebben gekost, zijn de resultaten over een andere periode verzameld (vroeger in de implementatie- en leercurve).

6.3 Enkele geleerde lessen van implementatie van MESO uit de pilots

We geven vanuit dit onderzoek enkele inzichten mee op basis van onze waarnemingen in ons actieonderzoek. Stichting MESO gaat hier in de overall beschrijving van de projectresultaten uitgebreider op in.

Uit het onderzoek blijkt dat de veertien kernelementen van MESO herkenbaar zijn voor de MESO-teams in de pilots. De kernelementen bieden ruimte om – binnen de gegeven MESO-waarden - voor een invulling te kiezen die past bij de lokale/regionale context. Er zijn geen kernelementen die men op basis van de eigen pilot wil toevoegen of aanpassen. De teamleden geven aan niet dagelijks bewust bezig te zijn met de kernelementen, aangezien ze verwerkt zijn in de patiëntreis die centraal staat in elk MESO-traject. De patiëntreis biedt volgens de MESO-teamleden concrete handvatten, terwijl de kernelementen meer vrijheid voor eigen invulling of interpretatie geven. De kernelementen helpen volgens de pilotteams voornamelijk bij het vertellen over de visie en of meerwaarde van MESO aan patiënten, naasten en professionals. Wat als een rode draad door MESO heen loopt maar explicieter in de formulering van de veertien kernelementen terug zou mogen komen, is de verpleegkundig en medisch specialistische expertise die MESO onderscheidt van andere vormen van zorg en ondersteuning in de eerste lijn en de teamsamenstelling. De intensieve en gelijkwaardige samenwerking tussen secretaresse, verpleegkundige en SO is uniek te noemen.

We concluderen dat de meerwaarde van MESO ten opzichte van reguliere zorg met name zichtbaar wordt in een completer beeld dat gevormd wordt van de patiënt en diens naaste(n) als gevolg van de uitgebreide diagnose en de ruimte die er is om het netwerk te betrekken. Vanuit de diagnose kan snel actie ondernomen worden en vervolgens wordt er toegewerkt naar een meer stabiele situatie waarin het MESO-team blijft waarnemen hoe het gaat met de patiënt in de thuissituatie. Wij willen hierbij benadrukken dat MESO niet als vervanger van alle reguliere ouderenzorg kan of moet fungeren. Voor specifiek de groep kwetsbare ouderen met (hoog)complexe (multi)problematiek in de thuissituatie kan MESO uitkomst bieden. Ouderen met eenvoudige vragen zijn beter, effectiever en goedkoper geholpen via bijvoorbeeld de consultatiefunctie. Echter, om passende zorg voor de kwetsbare doelgroep met hoogcomplexe (multi)problematiek te kunnen blijven bieden, is een goed werkend zorgsysteem daaromheen in zowel de eerste als de tweede lijn vereist, waarin MESO een plek heeft.

De pilots passen de kernelementen toe in hun eigen specifieke context, die niet alleen verschilt met de context waarin de POGB in Velp zich bewoog, maar die ook onderling op een veelheid van details verschillen. We benoemen hier de belangrijkste verschillen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen en die zijn te relateren aan de herhaalbaarheid. Als eerste valt op dat in de pilotteams minder uren beschikbaar zijn voor het leveren van MESO dan de professionals in Velp hadden. Lagere beschikbaarheid heeft onder andere gevolgen voor de snelheid waarmee interne en externe samenwerking tot stand komt en waarmee zaken in de patiëntreis opgepakt kunnen worden.

Verder zien we in één van de pilots (Zoetermeer) dat er een meerwaarde kan zijn van het vervullen van een dubbelrol als (geriatrie) verpleegkundige binnen MESO en praktijkverpleegkundige ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Deze professional speelt een rol in het tijdig verwijzen van patiënten van de huisarts naar MESO, maar ook vice versa zorgen voor een warme overdracht en continuïteit van zorg voor de patiënt binnen de huisartsenpraktijk. Er zijn verschillen tussen de pilots in de mate waarin de consultfunctie van de SO al vóór MESO werd ingevuld. Daar waar de consultfunctie op een uitgebreide wijze wordt ingevuld, ondanks de beperkte financiering, ligt deze in lijn met het MESO-traject voor patiënten met complexe problematiek. In die situatie zien we dat het afstemmen en stroomlijnen van verantwoordelijkheden tussen huisarts, consulterend SO en MESO-SO aandacht vraagt, bijvoorbeeld over welke patiënten waarheen worden verwezen. Als laatste heeft het tekort aan casemanagers dementie in Zoetermeer invloed gehad op de invulling van MESO, maar mogelijk ook op de ernst van de situatie waarin patiënten en mantelzorgers door de huisarts naar MESO zijn verwezen.

Uit het onderzoek blijkt zowel de MESO-teams als de huisartsen die met de teams samenwerken, MESO niet meer kunnen missen en willen dat dit verder wordt geborgd. De borging zit in zekerheid over financiering voor de langere termijn. Als daar zekerheid over is, kan ook worden gewerkt aan het verder bestendigen en waar mogelijk uitbreiden van MESO. Dit geldt voor alle pilots.

Nieuwe MESO-teams/praktijken kunnen profiteren van hetgeen in de praktijk van Ester Bertholet ontwikkeld en geleerd is. Op basis van onze waarnemingen binnen de pilots kunnen we zien dat dit zeker zo is maar dat de ondersteuning vanuit het project daarbij belangrijk is. Het is ook noodzakelijk om rekening te houden met een opbouwfase waarin de teams zich moeten vormen, de samenwerking met de huisartsen moet vorm krijgen, het netwerk moet worden gebouwd en onderhouden, de patiëntenpopulatie uitkristalliseert, et cetera. Hierbij is ook lokale ondersteuning in de vorm van projectleiderschap en praktijkmanagement belangrijk.

6.4 Succesfactoren, wensen en verbeterpunten

Om MESO succesvol te implementeren is ons gedurende het onderzoek een aantal factoren opgevallen. Deze succesfactoren zijn het creëren van een veilig leerklimaat, nabijheid met de huisarts, het creëren van heldere verwachtingen ten aanzien van rollen, taken en verantwoordelijkheden binnen het MESO-team en het organiseren van goede nazorg door het aanwijzen van een regisseur na afloop van het MESO-traject.

Daarnaast vroegen wij MESO-teamleden tijdens een creatieve brainstorm om hun dromen te delen voor MESO in de toekomst. MESO-teamleden dromen onder andere over het in alle contexten kunnen aanbieden van MESO voor Wlz-patiënten, het preventiever kunnen inzetten van MESO, het uitbreiden van de MESO-teams (in formatie) en het aantal beschikbare uren voor MESO en het werken met één bekostigingswijze en informatie- en communicatiesysteem.

De wensen sluiten ook deels aan op de verbeterpunten die we zijn tegengekomen: grotere bekendheid van MESO in het lokale en regionale zorglandschap, een eerdere verwijzing van patiënten door huisartsen en het opdoen van meer ervaring met MESO in het MESO-team en het liefst in een zo continu mogelijke samenstelling van het team.

A. Onderzoeksverantwoording

A.1 Herhaalbaarheidsonderzoek met vragenlijsten

De inclusie van patiënten in het onderzoek naar de herhaalbaarheid van MESO is uitgevoerd door de pilotlocaties zelf. De verpleegkundige geeft de patiënt tijdens het eerste bezoek (het huisbezoek) niet alleen uitleg over het MESO-traject (naar behoefte en niveau van patiënt) maar ook over het onderzoek (naar behoefte en niveau van patiënt). De verpleegkundige laat een schriftelijke toestemmingsverklaring bij de patiënt achter, zo kan patiënt desgewenst de brief nog eens doornemen, al dan niet met zijn/haar naaste bespreken en nadenken over het toestemmingsverzoek. De SO bezoekt de patiënt één à twee weken later. Aan het einde van dit bezoek informeert de SO naar de toestemmingsverklaring; heeft de patiënt nog vragen en geeft hij/zij toestemming voor gebruik van gepseudonimiseerde data? Bij toestemming neemt de SO de ingevulde en getekende verklaring mee. Het verloop van de inclusie en het onderzoek is gemonitord aan de hand van een overzicht van geïnccludeerde patiënten, ingevulde vragenlijsten en redenen van uitval of (deels) niet invullen van vragenlijsten.

Gedurende het MESO-traject worden op verschillende momenten en door verschillende betrokkenen vragenlijsten ingevuld. Het gaat om de volgende vragenlijsten:

- a. Registratielijst kwaliteit van zorg: vragenlijst gericht op het monitoren van het verloop van MESO met vragen gericht op de organisatie en invulling van het MDO en de betrokkenheid van de mantelzorger. Deze vragenlijst wordt eenmalig na afloop van het MESO-traject ingevuld door de secretaresse en verpleegkundige;
- b. Huisartsenvragenlijst: ongeveer een jaar na de start van de samenwerking vult elke bij MESO betrokken huisarts een vragenlijst in over hoe zij MESO ervaren, bijvoorbeeld op het gebied van samenwerking en werkbelasting, of zij willen dat MESO mogelijk blijft en of er verbeterpunten zijn;
- c. Patiëntenvragenlijst: een onafhankelijke, getrainde vrijwilliger vult samen met de patiënt een vragenlijst in over hoe zij MESO hebben ervaren. Er wordt onder andere aandacht besteed aan wat MESO (praktisch) voor de patiënt heeft geregeld, wat het de patiënt heeft opgeleverd aan steun en informatie, of zij MESO zouden aanraden en of er verbeterpunten zijn;
- d. Registratielijst patiënt door MESO team: vragenlijst die door de SO, vaak in samenspraak met de verpleegkundige, wordt ingevuld. Onderwerpen die in de vragenlijst aan bod komen zijn een algemene beoordeling van de gezondheid, de mate van welbevinden, een beoordeling van mate van inzicht en overzicht en risicofactoren voor opname (risicoscorelijst). De risicoscorelijst is op basis van literatuuronderzoek ontwikkeld door Marlies Blom als onderdeel van haar opleiding tot SO en bevat de meest voorkomende redenen voor intramurale opname van ouderen. De registratielijst patiënt wordt aan het begin en aan het eind van het MESO-traject ingevuld. In de nameting wordt ook gevraagd of een medicatiereview (naar vaste definitie) is uitgevoerd door de SO;
- e. Mantelzorgvragenlijst: vragenlijst voor de mantelzorger gericht op de belasting die het mantelzorgen met zich meebrengt en de mogelijke invloed van het verlenen van mantelzorg op de eigen gezondheid van de mantelzorger. Daarnaast wordt gevraagd naar de mate van inzicht in en informatie over de situatie van de naaste. Deze vragenlijst wordt aan het begin en aan het eind van de MESO ingevuld.

Gedurende het herhaalbaarheidsonderzoek hebben de pilots op verschillende momenten de op dat moment beschikbare vragenlijsten aangeleverd (september 2021, februari 2022, juni 2022, augustus 2022 en oktober 2022). Op deze momenten hebben we de compleetheid en de consistentie in de registratie bekeken en gelet op de respons op de vragenlijsten. Eventuele onduidelijkheden of inconsistenties (bijvoorbeeld tussen aantal ingevulde vragenlijsten in het overzicht en aantal daadwerkelijk aangeleverde vragenlijsten) hebben we geverifieerd bij de medewerkers uit de MESO-teams. Aandachtspunten zijn besproken met de projectleiders.

We hebben de binnengekomen gegevens verwerkt tot een analysebestand per vragenlijst en per pilot, naast een overkoepelend analysebestand per vragenlijst dat de gegevens van alle pilots bevat. We voeren zowel beschrijvende analyses uit (aantallen en percentages) op de gegevens van de pilots afzonderlijk, als op alle data. De registratielijst patiënt door het MESO-team en de mantelzorgvragenlijst wordt aan het begin en aan het einde van het MESO-traject afgenomen. We geven in de bijlage alle binnengekomen voormetingen en alle nametingen weer (los van of er voor diezelfde patiënt een nameting c.q. voormeting is ingevuld, zodat we alle data mee kunnen nemen). Daarnaast laten we voor deze vragenlijsten de voormeting, nameting en verschilscore zien voor de patiënten voor wie beide metingen zijn ingevuld. Voor het weergeven van uitkomstmaten per pilot hanteren we een minimumrespons van 10, in lijn met richtlijnen die het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert voor het minimumaantal waarnemingen. Is er voor een van de pilots minder data beschikbaar, dan geven we de betreffende uitkomstmaat alleen weer voor de drie pilots gezamenlijk.

A.1.1 Verloop inclusie per pilot

	Tiel	Rotterdam (wijk Ommoord)	Zoetermeer (wijk Seghwaert)
Aantal patiënten in zorg gekomen	82	29	91
Aantal patiënten dat toestemming gaf voor deelname onderzoek	67	24	80
Aantal MESO-trajecten afgesloten	46	14	51
Aantal trajecten geëindigd door overlijden	4	4	7
Aantal trajecten geëindigd door opname	8	1	5
Geen mantelzorgvragenlijst want geen mantelzorg aanwezig	15 voormeting 8 eindmeting	1	9
Geen mantelzorgvragenlijst want mantelzorger wil niet bijdragen	6 voormeting 11 nameting	0	18
Geen patiëntenvragenlijst want patiënt wil niet bijdragen	5	0	16

A.1.2 Aantal ingevulde vragenlijsten

Vragenlijst	Tiel	Rotterdam (wijk Ommoord)	Zoetermeer (wijk Seghwaert)
Registratielijst kwaliteit van zorg	42	14	54
Huisartsenvragenlijst	11	5	5
Patiëntenvragenlijst	15	0	22
Registratielijst patiënt - beginmeting	61	21	69
Registratielijst patiënt - eindmeting	38	14	42
Mantelzorgvragenlijst - beginmeting	43	20	55
Mantelzorgvragenlijst eindmeting	20	13	16

A.2 Actieonderzoek

Om naast de inhoudelijke randvoorwaarden, ook goed inzicht te krijgen in de organisatorische randvoorwaarden, de context en implementatiewijze per pilot, de manier en kwaliteit van samenwerking, de succesfactoren en lessen voor het bieden van MESO op basis van de veertien kernelementen hebben we actieonderzoek ingezet. Hiermee hebben we 'on the job' handvatten verzameld die nodig zijn voor de borging van kwalitatief goede MESO. Doordat we kennis en data gedurende de looptijd van de pilots verzamelden en daar gaandeweg met de MESO-teams op reflecteerden, gaven de hieruit opgedane reflecties inzichten om gaandeweg al aanpassingen te doen wanneer dit de uitvoer van de MESO ten goede kwam. Het actieonderzoek is uitgevoerd aan door korte lijntjes te hebben met zowel de pilot projectleiders als met de overkoepelende projectleiders om goed in te kunnen spelen op hun context en situaties.

Gedurende het onderzoek zijn de volgende activiteiten in het kader van het actieonderzoek uitgevoerd:

- a. Startgesprekken met de pilot projectleiders, overkoepelende projectleiders en praktijkmanager en -houder van de praktijklocaties in Velp en Arnhem³²;
- b. Startgesprekken met MESO-teamleden van de pilots;
- c. Observaties van een teamoverleg, MDO en bila's op alle pilotlocaties;
- d. Observaties bij trainings- en supervisiemomenten van de MESO-teams;
- e. Observaties bij het lerend netwerk;
- f. 3 interviews met MESO-teamleden in diverse samenstellingen (1 interview per pilot);
- g. 3 interviews met huisartsen (1 interview per pilot);
- h. 3 interviews met mantelzorgers (1 interview per pilot);
- i. 3 interviews met patiënten (1 interview met een patiënt in Zoetermeer, 1 interview met een patiënt in Rotterdam en 1 interview met een echtpaar in Rotterdam);
- j. Mede-organisatie van een pilot overstijgende bijeenkomst op 23 juni 2022 en een bijeenkomst gericht op de MESO-praktijken in Velp en Arnhem op 23 juni 2022.

De activiteiten in het kader van het actieonderzoek hadden zowel een kennis- als een veranderdoelstelling. Enerzijds waren ze bedoeld om zicht te krijgen op de gemaakte keuzes in de aanloop, opstartfase en uitvoering van de pilots. Anderzijds om het leerproces (verder) tot stand te brengen. Het leermoment is voornamelijk gefaciliteerd in de pilot overstijgende bijeenkomst op 23 juni 2022, waarbij verschillen en overeenkomsten tussen de pilots aan het licht kwamen. De resultaten van de activiteiten in het kader van het actieonderzoek zijn verwerkt in hoofdstuk 2, 3 en 5.

³² Bij wisselingen in functies is een aanvullend kennismakingsgesprek uitgevoerd.