

# MULTIDISCIPLINAIRE EERSTELIJS OUDERENZORG MET EEN SO MESO-ZORG

---

ESTER BERTHOLET, HERMA BARNHOORN, PETRA NAS

2019

# MESO-ZORG

---

1. Doel
2. Werkwijze
3. Resultaten
4. Substitutie: besparingen
5. Financiering
6. Toekomst

# I DOEL MESO-ZORG

---

Ouderen langer thuis  
met meer kwaliteit van leven  
tegen lagere kosten

## 2.1 TEAM MESO

---

- SO met kennis/ervaring 1<sup>e</sup> lijn
- Geriatrieverpleegkundige
- Secretaresse

## 2.2 PATIËNTENREIS

---

- Secretaresse: binnen 2 dagen na verwijzing contact
- Huisbezoek verpleegkundige (binnen 2 weken): verpleegkundige anamnese
- Huisbezoek SO: vertrouwen en hoofdprobleem
- Verpleegkundige contact: mantelzorganamnese
- SO bureaubezoek: onderzoek

## 2.2 PATIËNTENREIS

---

- Overleg binnen team en met huisarts
- Multidisciplinair overleg en zorgbehandelplan met netwerk (2 maanden na verwijzing)
- Start behandeling, ingezet en gecoördineerd door team MESO

## 2.3 KERNKWALITEITEN MESO

---

De **veertien kernpunten die de MESO-zorg** tot een succes hebben gemaakt:

1. Kwaliteit van leven boven optimale behandeling van ziektes
2. De huisarts verwijst en blijft hoofdbehandelaar
3. De meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde wordt optimaal benut

## 2.3 KERNKWALITEITEN MESO

---

4. De specialist ouderengeneeskunde en huisarts onderhouden het (actuele) medische dossier
5. De specialist ouderengeneeskunde maakt deel uit van een team
6. De specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundige komen bij de mensen thuis
7. De praktijk werkt samen met het lokale zorgnetwerk



## 2.3 KERNKWALITEITEN MESO

---

8. Eigen regie is de basis: oudere en mantelzorger staan centraal
9. Een zorg(behandel)plan op één A4 is het uitgangspunt
10. Multidisciplinair overleg zorgt voor samenhangende zorg
11. De specialist ouderengeneeskunde blijft betrokken in de behandelfase

## 2.3 KERNKWALITEITEN MESO

---

12. De behandeling is gericht op versterking van mogelijkheden van de oudere en het steunsysteem
13. De specialist ouderengeneeskunde is geworteld in de eerste lijn
14. De inzet van de MESO-zorg eindigt bij nieuw evenwicht/afronding zorgplan

## 2.4 STEPPED CARE MODEL VELD

---

1. Huisarts: zien veel kwetsbare ouderen alleen (wijkverpleegkundigen ook)
2. Indien meer aandacht nodig: inzet/overleg POHO
3. Indien meer expertise nodig: SO 'in consult' in overleg huisarts/POHO
4. **Te complex: verwijzing naar SO via huisarts: MESO-zorg**
  - DBC voor complexe patiënten
  - DBC voor hoogcomplexe patiënten

Consultatie 2<sup>e</sup> lijns specialist (geriater 1x/mnd video, neuroloog 1x/kwartaal thuis)

## 2.5 BEGINPUNTEN MESO ZORG

---

- Verwijzing altijd via huisarts
- Casefinding, geen screening

## 2.5 BEGINPUNTEN MESO ZORG

---

### Casefinding:

- Actuele multiproblematiek over meerdere domeinen
- Actuele interfererende multiproblematiek binnen 1 domein
- Wens tot medisch-specialistisch geriatrische meerkennis én huisbezoek
- Wens tot Vroegtijdige Zorg Planning (Advanced Life Care) bij hoog complexiteit
- Wens tot medicatiereview bij hoog complexiteit

## 2.6 EINDPUNTEN MESO ZORG

---

- het zorgbehandelplan is afgerond; alle afgesproken acties in MDO zijn ingezet of klaar
- langdurige (>4 weken) opname in ziekenhuis of verpleeghuis
- verhuizing of overlijden
- wens van huisarts, patiënt om de zorg te beëindigen
- het ingaan van de terminale fase

## 3.1 RESULTATEN: KENMERKEN ONDERZOEKSPOPULATIE

---

- Okt 2011-jan 2015: 296 behandeld
- Gemiddeld ruim 83 jr oud (61 – 104)
- 90% hoogcomplex, 10% complex

## 3.2 RESULTATEN: KWALITEIT GELEVERDE ZORG

---

- 5-6 disciplines bij MDO aan tafel
- Goede samenwerking ervaren door 87%
- Bij 95% ouderen zorg voor de mantelzorger
- Gemiddeld 2,7 medicatie wijzigingen
- 5-6 nieuwe (relevante) diagnoses per oudere
- **Alle** respondenten (zeer) tevreden over hoe rekening is gehouden met eigen wensen oudere



### 3.3 RESULTATEN: KLANTERVARING

---

- Gevoelens van nervositeit, angst, somberheid of eenzaamheid verminderd van 30% naar 10%
- Kennis over de aandoeningen bij de oudere/systeem nam toe van 10% naar 90%

## 4.1 SUBSTITUTIE 2<sup>E</sup> LIJN

---

Onderzoeksvraag: indien geen POGB, waar dan naar toe verwezen?

- 8 maal naar psychiater  
7 naar orgaanspecialismen  
110 maal naar geriater
- verschilkosten behandeling MESO tov geriatrie:
- 3500 ppt x 110 = € 385.000 in 2,25 jaar of 171.000 per jaar
- VZP en verminderen doorverwijzingen nog niet meegerekend

## 4.2.1 SUBSTITUTIE WLZ

---

Verschilkosten t.a.v. intramurale opname (56 ptn):

- Deze wonen begin 2015 gemiddeld 8 maanden langer thuis tov verwacht!
- Hiermee besparen we:  
kosten vph/jaar: € 60.000  
kosten 1<sup>e</sup> lijn/jaar: € 11.000 (incl. DBC MESO-zorg)  
besparing al:  $8/12 \times € 49.000 \times 56 = € 1.800.000$  in 2.25jr  
ofwel € 800.000 per jaar

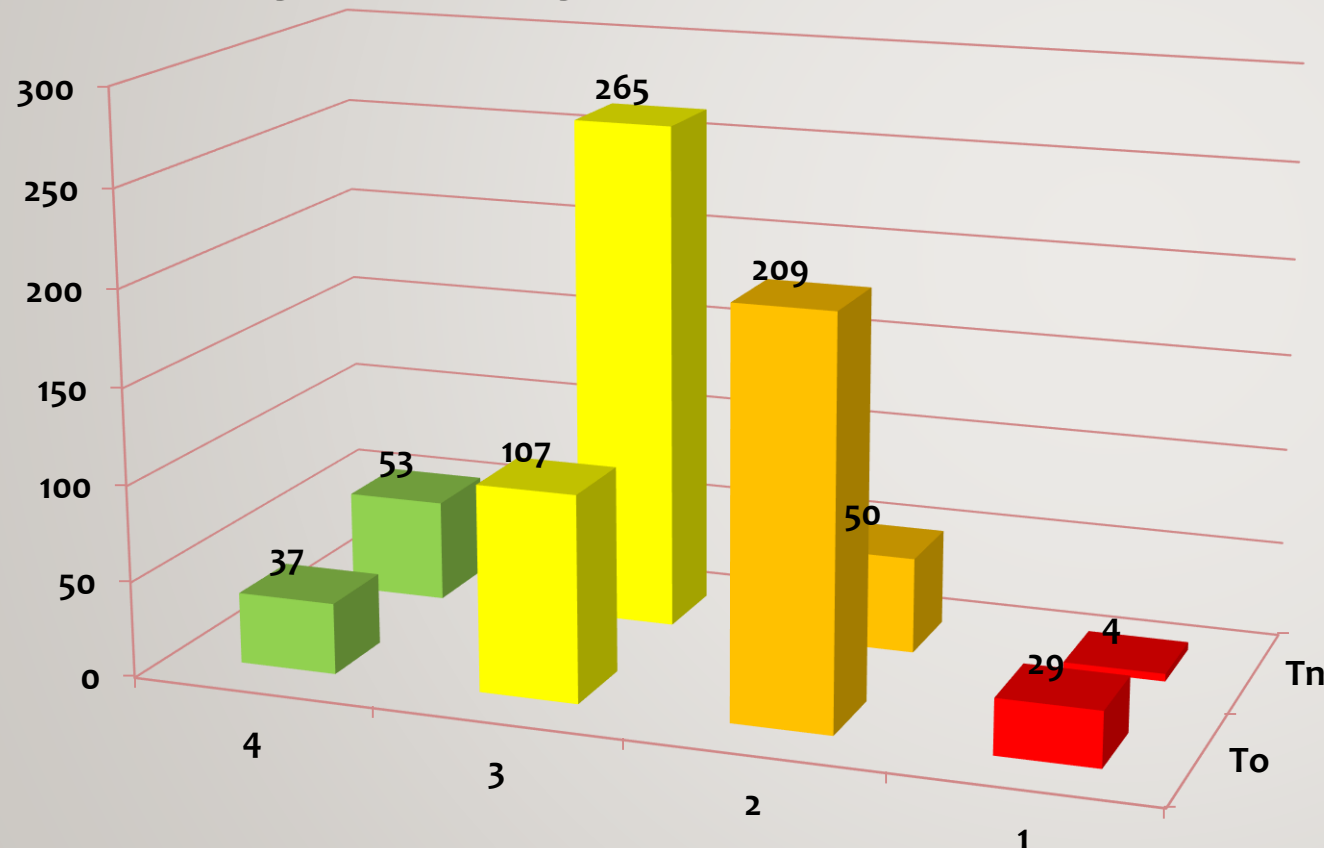
## 4.2.2 RESULTATEN VOORKOMEN CRISISOPNAME

---

- Redenen/factoren die leiden tot intramurale opname:
- Beperkingen in ADL
- Loop- en balansstoornissen
- Cognitieve problemen
- Stemmingsproblemen
- Gedragsproblemen
- Overbelasting mantelzorger
- Wegvallen mantelzorger
- Alleenstaand zijn

## 4.2.3 RESULTATEN VOORKOMEN (CRISIS)OPNAME

aantal meldingen per categorie (n=75) op To en Tn



ROOD crisissituatie:  
zonder interventie opname  
op korte termijn nodig

ORANJE interventie van  
groot belang om op  
termijn thuis te kunnen  
blijven wonen

GEEL eenvoudige  
interventies aangewezen  
en/of blijven opletten

GROEN er is geen actie  
(meer) nodig

## 5.1 HUIDIGE FINANCIERING MESO

---

2 DBC met integraal tarief binnen Beleidsregel Innovatie, met:

- Inzet specialistisch team ouderengeneeskunde
- Directe én indirecte tijd (55%) team ouderengeneeskunde
- Overlegtijd (MDO) van alle samenwerkingspartners
- Consultatie 2<sup>e</sup> lijnspecialisten
- Praktijkmanagement (7%), werkplekkosten (21%), ontwikkeling (26%)

## 5.2 FINANCIERING VAN DE SO IN DE ZVW

---

SO per 2020 ZvW.

- financiering van alleen 'directe' patiëntentijd staat goede inzet SO in de weg
- inzet andere zorgverleners specialistisch ouderenteam niet geregeld/gefinancierd
- deelname MDO en bila's noodzakelijke disciplines niet gefinancierd
- zeer complexe voorwaarden aan organisatie, die bv. niet gelden voor huisartsenzorg (Wtzi-instelling, RvT)
- subsidieregeling geeft weinig impuls tot inbedding 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>-lijn

## 6.1 TOEKOMST, VERTREKPUNT

---

- Effecten MESO zorg bewezen in Velp / Arnhem (2011-heden)
- Stakeholders positief: VWS, NZa, ZIN, ZN ,Verenso
- Preferente verzekeraar Menzis
- 2 DBC's binnen Beleidsregel Innovatie (EI-337) nog een jaar verlengd



## 6.2 TOEKOMST: PILOTS

---

- Pilots: andere regio's met andere betrokkenen en andere zorgverzekeraars
- Mee in huidige verlenging Beleidsregel Innovatie (EI-377) i.o.m. NZa
- Na 2020 via experiment GZSP
  
- Nza/VWS: gelijktijdig werken aan structurele financiering

## 6.3 TOEKOMST: STRUCTURELE INBEDDIING IN DE EERSTE LIJN

---

- Herhalen en aanvullen monitoring resultaten in pilots
  - Tevredenheid oudere/mantelzorg, zorgverleners, substitutie, kwaliteit.
  - Meer: bv. voorkomen verwijzingen/ziekenhuisopnames
- Ontwikkelen kwaliteits- en toetsingskader
- Lokale uitdagingen / verschillen, leidend tot verschillende vormen met dezelfde kernkwaliteiten en resultaten
- Structurele financiering met landelijke reikwijdte en behoud van kracht en kwaliteit

## 7. DISCUSSIE EN UITWISSELING

---

- De complexiteit van de problematiek (bij ouderen) wordt door vrijwel alle zorgverleners onderschat die zich in de eerste lijn met ouderen bezig houden, wat kunnen we hieraan doen?
- Bij complexe (ouderen)problematiek is MDO cruciaal voor een effectieve en efficiënte behandeling. Wat is nodig om voor deze noodzakelijke zorg ook een betaaltitel te verkrijgen?
- SO's zijn veelal in dienst bij V&VT-instellingen. Hoe voorkomen we discontinuïteit in hun eerstelijnsinzet door fluctuaties in de inzet intramuraal?