

# ONDERZOEK MESO IN VELP ONDERZOEKSVERSLAG

**KLANT**  
**AUTEURS**  
**DATUM**  
**VERSIE**

Stichting MESO  
Anouk van den Eeckhout, Wouter Jongebreur en Ellen Westhoff  
3 februari 2023  
Definitief



# Inhoudsopgave

Inleiding	3
Onderzoeksverantwoording	4
Inzet van MESO leidt tot minder verwijzingen naar de tweede lijn	5
Inzet van MESO leidt bij groot deel patiënten voor uitstel verpleeghuisopname	9
De eerder geformuleerde start- en stopcriteria komen grotendeels overeen met de Velpse praktijk	13
Conclusie en beschouwing	16

# Inleiding

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 in de eerste lijn opgezet. 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.

Uit onderzoek in 2015 (op basis van een trendanalyse) bleek onder andere dat MESO een besparing oplevert doordat ouderen langer thuis konden blijven wonen en zij minder vaak naar specialisten in het ziekenhuis hoefden te worden verwezen. Ook zijn zowel patiënten als mantelzorgers tevreden over deze vorm van zorg en zien de gezondheidswinst en toename in kwaliteit van zorg en leven die hiermee wordt behaald.

In 2021 en 2022 is de herhaalbaarheid van MESO in andere contexten, namelijk pilotlocaties in Tiel, Zoetermeer en Rotterdam onderzocht. Hoewel het herhaalbaarheidsonderzoek qua opzet dicht bij het in 2015 uitgevoerde onderzoek blijft, leven er vragen waar in een aanvullend onderzoek in Velp antwoord op kan worden gegeven. In dit onderzoek beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

- a) Zorgt de inzet van MESO voor een afname in het aantal verwijzingen naar specialisten in de tweede lijn?
- b) Zorgt de 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 van criteria gevonden?

Onderzoeksvragen a en b zijn gericht op het aantonen van de (financiële) waarde van MESO in de praktijk. De onderzoeksvraag over start- en stopcriteria draagt bij aan een actuele kwaliteitsbeschrijving, om kwaliteit en een passende, structurele vorm van financiering te borgen.

# Onderzoeksverantwoording

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we in co-creatie met de overkoepelende MESO-projectleiders een aanpak vormgegeven, waarin de registratie van gegevens een belangrijk onderdeel was. De werkwijze en het format om gegevens te registreren, hebben we in een eerste instructie- en inspiratiesessie met team Velp besproken en aangescherpt. Een leeg format is als bijlage aan deze rapportage toegevoegd.

Na de eerste sessie hebben de verschillende duo's van SO en verpleegkundigen die in het team aanwezig zijn het format ingevuld voor patiënten die in zorg zijn geweest vanaf 01-01-2022. Niet voor al deze patiënten was het MESO-traject afgerond op het moment van dataregistratie. Voor deze patiënten is indien mogelijk prospectief een inschatting gemaakt. Als dat niet mogelijk was, is een deel van de invulvelden leeg gelaten. In totaal zijn voor maximaal 158 patiënten verschillende indicatoren geregistreerd (precieze aantallen worden vermeld bij de betreffende figuren).

De bevindingen zijn geduid met team Velp en vervolgens met de overkoepelende projectleiders. Hieruit kwamen enkele aanvullende vragen naar voren, die het team daarna heeft beantwoord of waarop aanvullende dataregistratie of controle heeft plaatsgevonden. De laatste versie van de geregistreeerde gegevens is gecontroleerd op onregelmatigheden en middels beschrijvende analyses verwerkt tot tabellen en figuren.

**Inzet van MESO leidt tot minder verwijzingen  
naar de tweede lijn**

## Onderzoeksvraag 1: Zorgt de inzet van MESO voor een afname in het aantal verwijzingen naar specialisten in de tweede lijn?

### Diverse categorieën 'voorkomen verwijzingen'

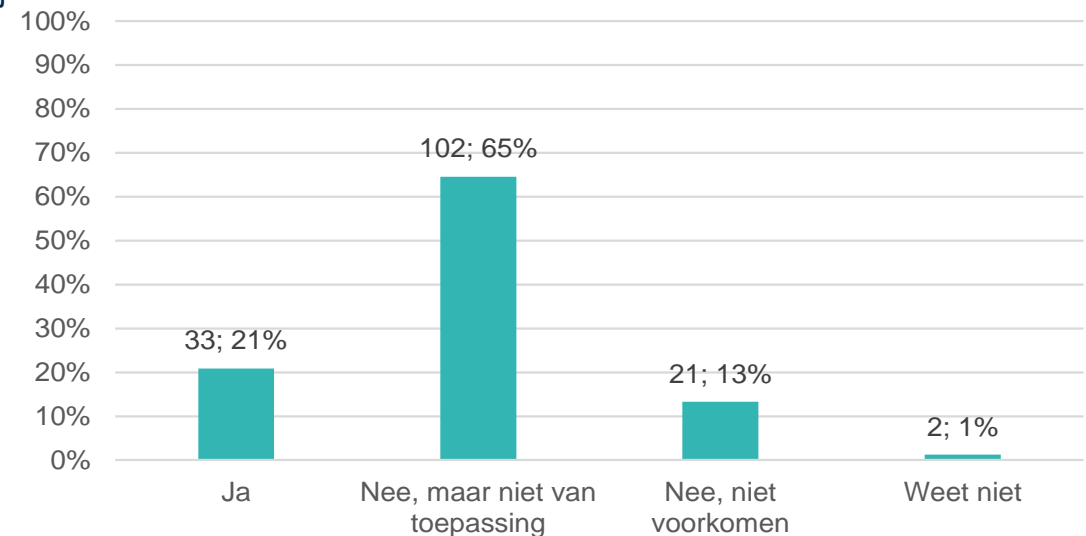
'Voorkomen verwijzingen naar de tweede lijn' zijn op verschillende manieren in te delen: 1) voorkomen van een verwijzing door de huisarts; 2) bestaande inzet van tweedelijns specialisten afschalen; 3) voorkomen van verwijzingen als gevolg van nieuwe inzichten vanuit het MESO traject, door expertise die binnen MESO-team aanwezig is; 4) nieuwe verwijzingen voorkomen door vooruit te kijken en behandelwensen te bespreken (advance care planning). De inzet van MESO is voor veel patiënten een verschuiving van zorg vanuit de tweede lijn en kan je dus beschouwen als het voorkomen van een verwijzing door de huisarts (categorie 1). In dit onderzoek heeft het MESO-team zich gericht op (voorkomen) verwijzingen uit categorie 3 en 4.

### Werkwijze dataverzameling

Het MESO-team heeft voor 158 patiënten aangegeven of de inzet van MESO een verwijzing naar een specialist in de tweede lijn heeft voorkomen. Voor 46 patiënten is deze inschatting prospectief (tijdens het traject) gemaakt, voor de overige 112 patiënten is de inschatting retrospectief (na het traject).

### Aantal voorkomen verwijzingen

Het MESO-team schat in dat bij 21% van de patiënten een verwijzing (als gevolg van het MESO-traject) naar de tweede lijn is voorkomen (zie figuur). Bij 65% van de patiënten is een verwijzing niet voorkomen, maar was een verwijzing ook niet nodig. Dit gaat om patiënten waarbij het aannemelijk is dat zij in de nabije toekomst ook geen verwijzing nodig zouden hebben gehad. Bij deze patiënten is dan ook geen sprake van het echt voorkomen van een verwijzing in categorie 3 of 4. Een belangrijke kanttekening is dat er bij deze patiënten door de verwijzing naar MESO naar alle waarschijnlijkheid al een verwijzing naar de tweede lijn is voorkomen (categorie 1). Voor 13% van de patiënten was een verwijzing naar de tweede lijn niet te voorkomen. Een deel van deze verwijzingen betreft ook toevalsbevindingen en acute voorvallen die niet voorkomen kunnen worden, bijvoorbeeld het breken van een heup na een val waardoor een verwijzing noodzakelijk is.



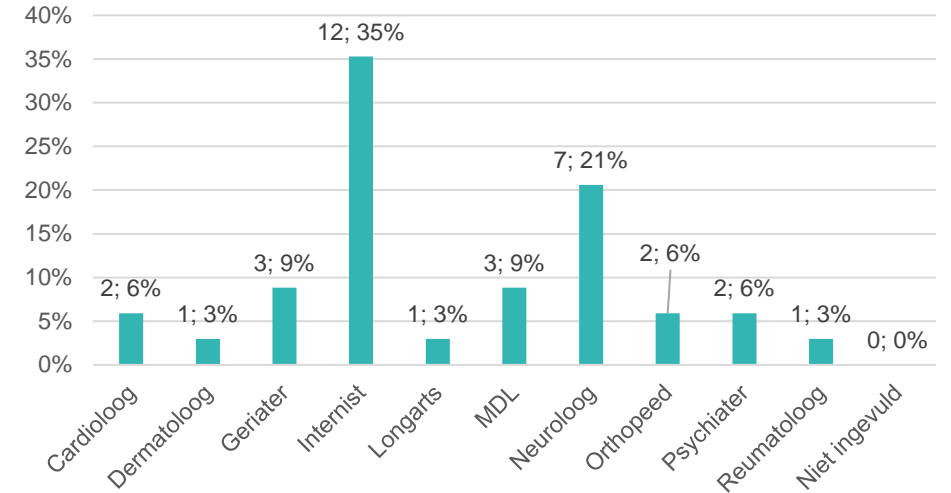
### Werkwijze voorkomen van verwijzingen

De MESO-professionals benoemen meerdere redenen voor het succesvol voorkomen van verwijzingen naar de tweedelijnszorg. De meeste patiënten bij wie een verwijzing is voorkomen, zouden zijn doorverwezen naar de internist (35%) of naar de neuroloog (21%) (zie figuur rechtsboven). Voor het MESO-team is dit een logisch verklaarbaar beeld; de patiënten die zij zien hebben vaak problemen die vallen binnen de expertise van de internist of de neuroloog. Dit zijn dan ook specialisten met wie structurele consultatie plaatsvindt. Deze consultatie is een deel van de reden waardoor verwijzingen voorkomen worden. Verwijzingen worden ook voorkomen door de binnen het team aanwezige expertise, in het geval van voorkomen verwijzingen naar de internist gaat het mogelijk ook specifiek over de expertise van een van de MESO-teamleden (internist ouderengeneeskunde). Een andere genoemde reden voor het voorkomen van verwijzingen is dat het team (als er een behandelindicatie aanwezig is) het gesprek met patiënten aangaat of een verwijzing naar de tweede lijn bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt, mede op basis van de eerder besproken behandelwensen.

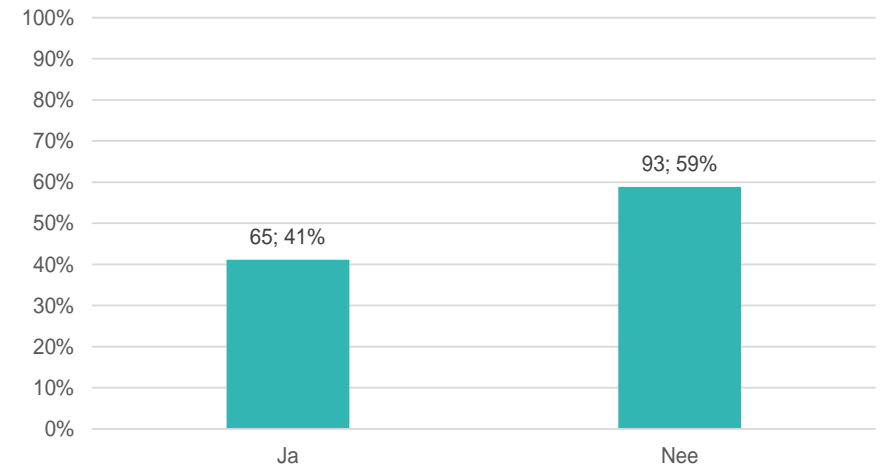
### Consultatie specialisten: wanneer en waarom

De kwaliteit van de samenwerking met specialisten is een belangrijke randvoorwaarde voor het succesvol voorkomen van deze verwijzingen naar de tweedelijns zorg. In 41% van de MESO-trajecten waarin een verwijzing voorkomen is is er met een specialist gespard (zie figuur rechtsonder).

Zo ja, naar welke specialist?



Is er met een specialist gespard?

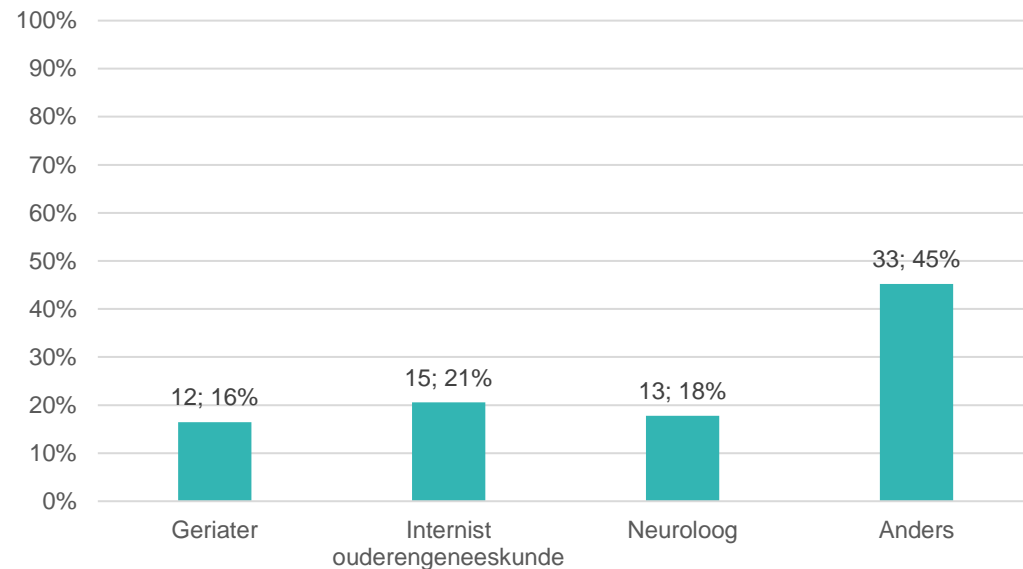


Door het MESO-team worden meerdere redenen benoemd voor het consulteren van een specialist. Zo kan er sprake zijn van problematiek die goed binnen de eerste lijn kan worden behandeld wanneer met de expertise van een specialist (door middel van consultatie) bepaald is welk beleid het best kan worden gevolgd. Een voorbeeld hiervan is het aanpassen van medicatie. Ook kan een specialist worden geraadpleegd om te overleggen of de zorg kan worden gecontinueerd binnen de eerste lijn of dat een verwijzing noodzakelijk is. Ten derde kan het sparren ook van toegevoegde waarde zijn wanneer patiënten niet naar het ziekenhuis willen of kunnen.

Teamleden geven aan dat sparren vooral belangrijk is bij deze laatste groep. Door het sparren van een SO met een specialist kunnen deze patiënten de meest passende zorg binnen de eerste lijn ontvangen.

### **Consultatie specialisten: welke expertise en wat levert het op**

In de meeste gevallen is er gespard met de internist ouderengeneeskunde uit het eigen team (21%), een geriater (16%) of een neuroloog (18%) (zie figuur). Ook dit is verklaarbaar voor het team door de vaste consultatie die bij deze specialisten plaatsvindt. Het sparren levert volgens het team met name input op voor het behandelplan, maar ook medische kennis die in het vervolg bij andere casuïstiek ingezet kan worden





In de categorie 'anders' gaat dit om de (ouderen)psychiater (n=13). Het sparren met de psychiater gaat met name over medicatie. Opvallend is dat, ondanks dat er veel wordt gespard met de (ouderen)psychiater, weinig verwijzingen worden voorkomen (in 6% van de voorkomen verwijzingen betrof dit een psychiater). Het MESO-team heeft veel ervaring met ouderenpsychiatrie en kan daarom veel problemen in dat domein zelf oplossen. Wel overleggen ze geregeld met de (ouderen)psychiater over ziektebeelden, medicatievoorstellen en specifieke casuïstiek. Een deel van de patienten over wie overlegd wordt behandelt het team vervolgens zelf, maar bij ernstige psychiatrie is verwijzing alsnog niet te voorkomen. Dat is met name het geval als de patiënt al bekend is bij de psychiater. Veel patiënten hebben cognitieve problemen (zoals dementie) en daarbij milde psychiatrische klachten, stemmingsproblemen en/of gedragsproblemen. Deze patiënten kan het team meestal goed zelf behandelen.

Tot slot geeft het team aan dat ondanks dat zij zien dat hun kennis en expertise toenemen door het sparren met verschillende specialisten, de frequentie van sparring zoeken niet afneemt. Gezien het overleg zich veelal op casusniveau afspeelt en de complexiteit van de casuïstiek hoog is voorkomt eerder opgedane kennis uit consultatiesessies niet dat er steeds nieuwe specifieke vragen ontstaan.

### **Kostenbesparing als gevolg van voorkomen verwijzingen**

Vanuit de aanname dat tweedelijns zorg duurder is dan zorg in de eerste lijn, leveren de 33 voorkomen verwijzingen naar de tweede lijn een substantiële kostenbesparing op. Een inventarisatie van het verschil in gemaakte kosten tussen de inzet van MESO en een ziekenhuistraject is echter geen onderdeel geweest van dit onderzoek.

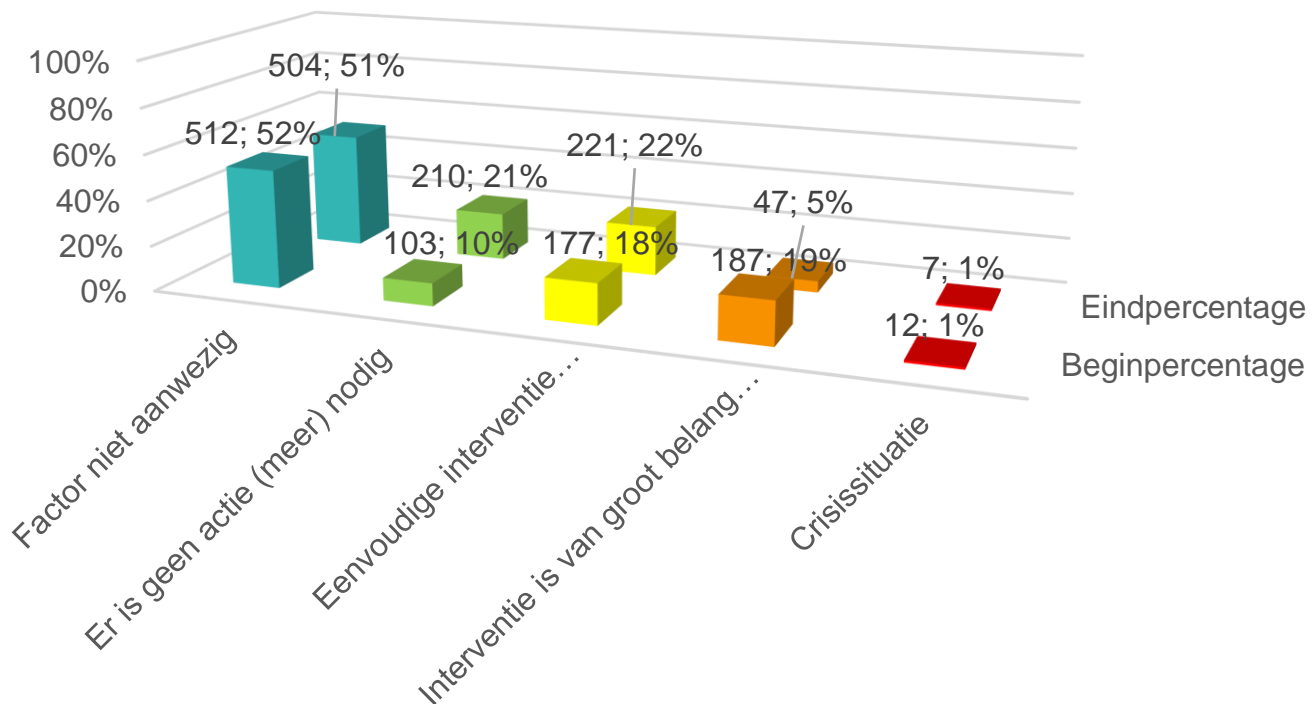
**Inzet van MESO zorgt bij een groot deel van  
de patiënten voor uitstel van een  
verpleeghuisopname**

## Onderzoeksvraag 2: Zorgt de inzet van MESO ook anno 2022 voor uitstel van een verpleeghuisopname?

### Werkwijze eerder en huidig onderzoek

In Velp heeft ten tijde van het eerdere onderzoek (2015) uitgebreide literatuurstudie plaatsgevonden naar de risicofactoren die leiden tot een intramurale opname bij ouderen. Uit deze studie zijn acht risicofactoren geformuleerd waarvan de aanwezigheid en de urgentie vervolgens in het eerdere onderzoek zijn meegenomen en bekeken werd in welke mate zij voor en na MESO aanwezig waren. Ook in het huidige aanvullende onderzoek heeft het MESO-team dit 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 vijf niveaus van urgentie kiezen, variërend tussen factor niet aanwezig en crisissituatie.

In dit onderzoek is voor 124 patiënten het vóórkomen en de urgentie van de risicofactoren geregistreerd. Hun gemiddelde leeftijd is 82 jaar. In de figuur is te zien voor hoeveel patiënten tijdens de beginmeting en tijdens de eindmeting een bepaalde urgentie is gescoord.



### **Toe- en afname, inclusief analyse van de verschuivingen**

In totaal is voor 23% van de risicofactoren de urgentie afgenomen (n=231), voor 74% is deze gelijk gebleven (n=735) en voor 3% is de urgentie toegenomen (n=26). De grootste positieve verschuivingen zijn te zien bij de risicofactoren loop- en balansstoornissen (37% verbetering) en cognitieve problemen (42% verbetering).

Er zijn na het MESO traject minder risicofactoren ingedeeld in de rode categorie (crisissituatie; afname n=5) en in de oranje categorie (interventie van groot belang; afname 14%, n=140). Een analyse van de verschuivingen laat zien dat er bij 6 van de 12 gevallen waarin voor MESO sprake was van een crisissituatie in een van de risicofactoren er na MESO geen sprake meer is van een crisissituatie. In 1 van de 7 gevallen waarin er na MESO nog sprake is van een crisissituatie betreft het een nieuwe crisissituatie. Het gaat in dit geval om een risicofactor (gedragsproblemen) die voor MESO als oranje is bestempeld. Na MESO zijn 7 van de 47 oranje risicofactoren nieuw ingedeeld in de oranje categorie vanuit een lager niveau van urgentie.

### **Relatie aanwezigheid (urgentie) risicofactoren en complexiteit problematiek?**

Er wordt binnen de MESO-populatie onderscheid gemaakt tussen patiënten met complexe en patiënten met hoogcomplexe problematiek. Dit onderscheid is gebaseerd op een aantal eerder in Velp ontwikkelde factoren, zoals 'afwezigheid van gewenste afstemming tussen zorgverleners' en 'risico op crisis groot'. Bij aanwezigheid van drie of meer van deze factoren (of twee factoren die in hoge mate de situatie beïnvloeden) wordt een patiënt over het algemeen als hoogcomplex beschouwd. De lijst van factoren wordt als ondersteunend instrument gebruikt, in combinatie met het professionele oordeel, en niet als 'hard' beslisschema. In de huidige onderzoekspopulatie is 92% van de patiënten hoog complex. Als we de complexe en hoogcomplexe patiënten afzonderlijk bekijken, zien we hetzelfde beeld van afname van urgentie van risicofactoren.

### **Mogelijke verklaringen**

Het MESO-team ziet een aantal mogelijke verklaringen voor de positieve verschuiving. Zo is in de loop van de tijd door het team een goede netwerkstructuur en samenwerking met andere zorgaanbieders en professionals opgebouwd. Ook is er vergeleken met andere gemeenten weinig versnippering in zorglandschap. Beide elementen dragen bij aan het verlagen van de urgentie op risicofactoren..

Het team geeft aan dat structurele investering in het netwerk belangrijk is. Dit zie je terug in risicoscores, zowel aan de voorkant (eerdere verwijzingen vanuit huisarts zorgen voor minder crisissituaties bij start) als aan de achterkant (door patiënten snel naar de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden neemt urgentie van de problematiek af). Daarnaast is MESO in Velp een ‘volwassen’ zorgvorm, wat zorgt voor voldoende ervaring en zelfvertrouwen binnen het MESO-team om de urgentie op risicofactoren met interventies die binnen MESO mogelijk zijn te kunnen verlagen.

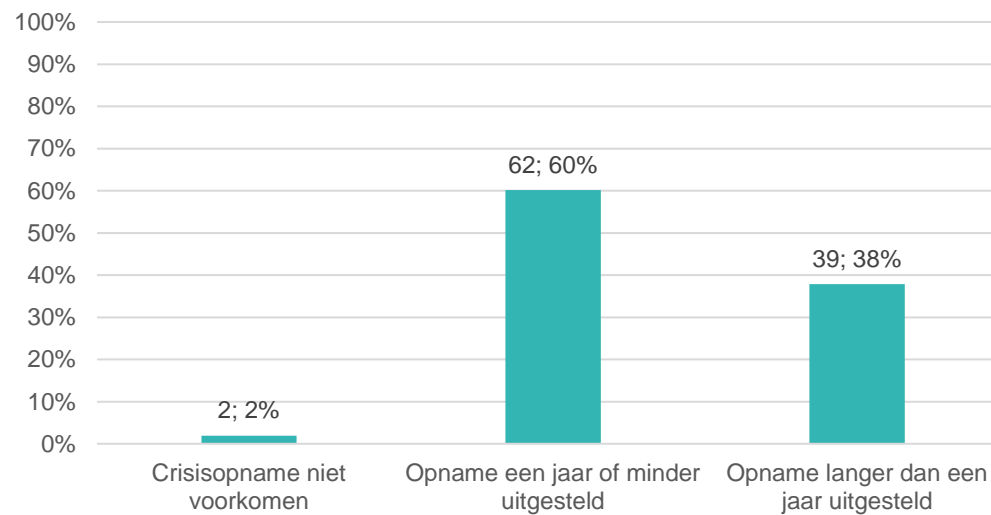
### **Uitstel verpleeghuisopname**

Naast een inschatting van de aanwezigheid en urgentie van risicofactoren voor opname, heeft het MESO-team voor patiënten voor wie dit van toepassing was een inschatting gemaakt of een verpleeghuisopname (naar verwachting) is uitgesteld en zo ja, of dit meer of minder dan een jaar is (of zou zijn).

Bij 38% van de patiënten is verpleeghuisopname (naar verwachting) langer dan een jaar uitgesteld en bij 60% van de patiënten is opname een jaar of minder uitgesteld. Slechts voor 2% van de patiënten was een crisisopname niet te voorkomen.

### **Conclusie**

Al met al is het aannemelijk dat de inzet van MESO in staat is om opname in het verpleeghuis uit te stellen. Dat blijkt zowel uit het verlagen van de urgentie van verschillende risicofactoren als uit de inschatting van het uitstellen van verpleeghuisopname. Net als bij het voorkomen van verwijzingen naar de tweede lijn levert langer thuis wonen een substantiële kostenbesparing op. Op basis van het huidige onderzoek is het niet mogelijk om daar een bedrag aan te koppelen.



**De eerder geformuleerde start- en stopcriteria  
komen grotendeels overeen met de Velpse  
praktijk**

### Onderzoeksvraag 3: Hoe komen de geformuleerde start- en stopcriteria overeen met de Velpse praktijk? En hoe werkbaar wordt deze set van criteria gevonden?

#### Aanleiding

In een eerder stadium zijn criteria geformuleerd die professionals helpen beschrijven wanneer zij een MESO-traject kunnen inzetten (startcriteria) en wanneer ze het kunnen afsluiten (stopcriteria). De vraag die voorligt, is of de eerder geformuleerde criteria nog passend zijn bij de huidige praktijk. Zijn ze passend bij de huidige patiëntenpopulatie en kunnen professionals ermee uit de voeten? Zijn er aanvullende criteria nodig of is aanscherping of concretisering van de huidige criteria gewenst?

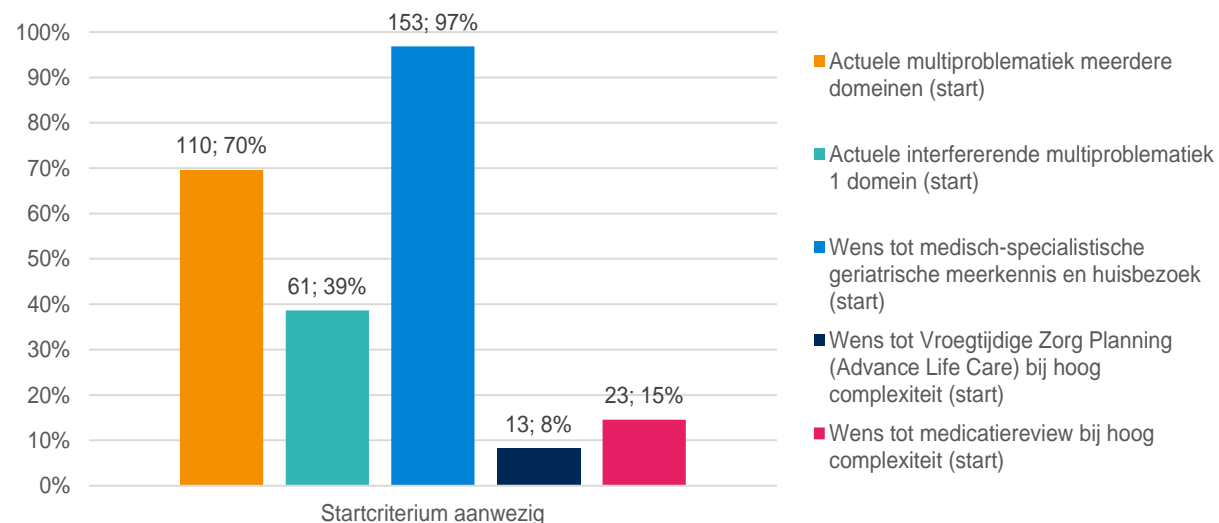
#### Werkwijze startcriteria

Team Velp heeft voor 158 patiënten de aanwezigheid van de volgende (eerder geformuleerde) startcriteria geregistreerd:

- Actuele multiproblematiek meerdere domeinen;
- Actuele interfererende multiproblematiek één domein;
- Wens tot medisch-specialistische geriatrische meerkennis en huisbezoek
- Wens tot Vroegtijdige Zorg Planning (Advance Life Care) bij hoog complexiteit
- Wens tot medicatiereview bij hoog complexiteit.

#### Bevindingen startcriteria

In de figuur hiernaast is te zien dat de wens tot medisch-specialistische geriatrische meerkennis en huisbezoek bij 97% van de patiënten een reden was om met MESO te starten. Ook actuele multiproblematiek op meerdere domeinen (70%) en actuele interfererende multiproblematiek op één domein (39%) zijn vaak een reden. Teamleden geven aan dat er geen aanvullende criteria nodig zijn om te bepalen bij welke patiënten MESO ingezet kan worden.



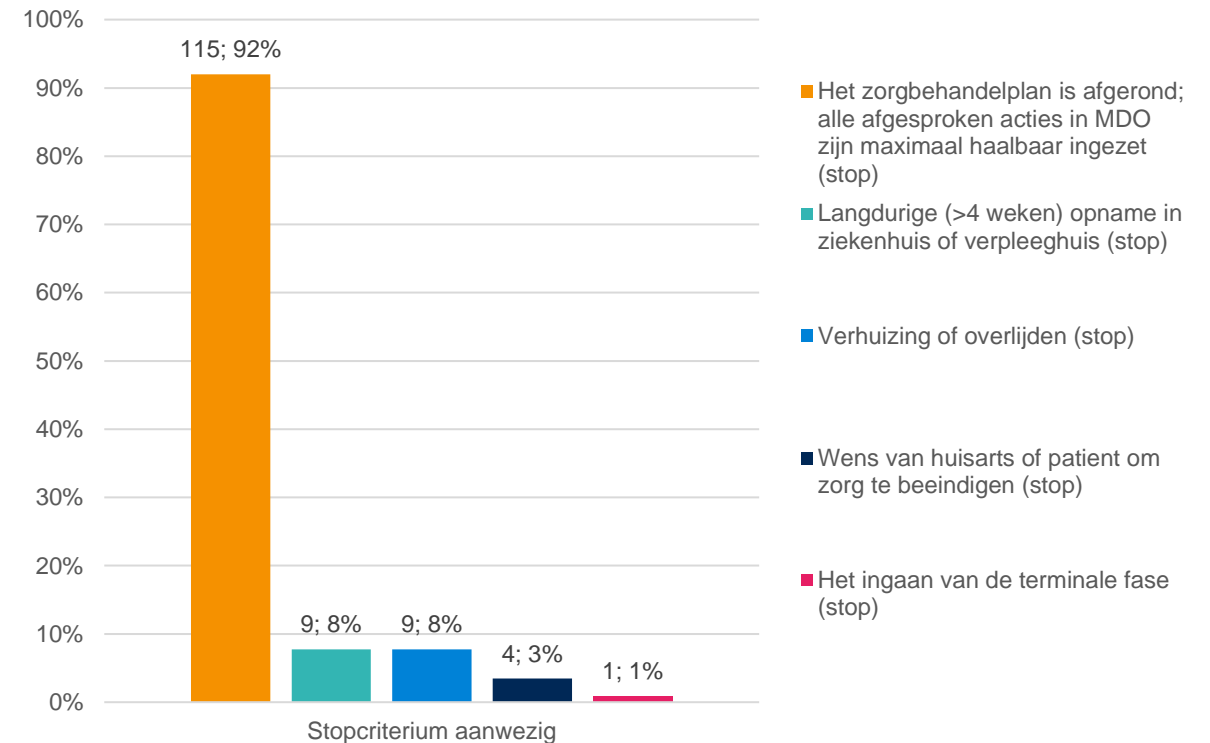
## Werkwijze stopcriteria

Voor 125 patiënten is bekeken welke van de volgende (eerder geformuleerde) stopcriteria van toepassing was:

- Het zorgbehandelplan is afgerond; alle afgesproken acties in het MDO zijn maximaal haalbaar ingezet;
- Langdurige (>4 weken) opname in ziekenhuis of verpleeghuis;
- Verhuizing of overlijden;
- Wens van huisarts of patiënt om de zorg te beëindigen;
- Het ingaan van de terminale fase.

## Bevindingen stopcriteria

Bij de meerderheid van de patiënten wordt het MESO-traject afgerond op het moment dat het zorgbehandelplan is afgerond; alle afgesproken acties in het MDO zijn maximaal haalbaar ingezet (92%). Dit kan ook betekenen dat bepaalde acties (zoals het aanmelden voor dagbesteding) wel zijn aangeboden en overlegd met de patiënt, maar dat de patiënt heeft besloten niet op dit aanbod in te gaan. Een andere mogelijkheid is dat de betrokken hulpverlener een actie wel op gaat pakken, maar een rustig tempo van uitvoering nodig is. De overige stopcriteria zijn bij 8% of minder van de patiënten een reden om MESO te stoppen (al dan niet in aanvulling op het afronden van het zorgbehandelplan). Het team geeft aan geen moeite te hebben om te bepalen wanneer zij MESO gaan afronden. Bij nieuwe zorgvragen die zich gedurende het MESO-traject voordoen wegen zij kritisch af bij welke zorg- of hulpverlener de verantwoordelijkheid ligt om de nieuwe vraag op te pakken. Ook kunnen huisartsen indien nodig patiënten opnieuw verwijzen na afloop van een eerste MESO-traject.





# Conclusie en beschouwing (1/2)

Uit het onderzoek blijkt dat MESO leidt tot **minder verwijzingen (tijdens en na MESO) naar specialisten in de tweede lijn**, met name verwijzingen naar de internist en de neuroloog worden voorkomen. In totaal gaat het in 2022 om 33 voorkomen verwijzingen (bij 158 patiënten). We maken de voorzichtige inschatting dat dit een substantiële kostenbesparing oplevert. De inzet van MESO is op zichzelf al een verschuiving van zorg vanuit de tweede lijn, maar is dus ook in staat doorverwijzing te voorkomen. Deels omdat patiënten door de expertise binnen het MESO-team niet doorverwezen hoeven te worden, deels door intensieve en doelmatige samenwerking met de tweede lijn en tot slot omdat het gesprek over wat nog wenselijk en noodzakelijk is voor de patiënt (met het oog op kwaliteit van leven) een belangrijk onderdeel van het traject is. Het team verwacht dat het voorkomen van verwijzingen voor in ieder geval een deel van de patiënten bijdraagt aan hun kwaliteit van leven.

De inzet van MESO zorgt **bij bijna alle patiënten voor een uitstel van verpleeghuisopname**. Dit is zowel terug te zien in een verlaging van de urgentie van risicofactoren voor opname als in de inschatting die professionals hebben gemaakt over het uitstellen van het moment van verpleeghuisopname. Er zijn minder risicofactoren ingedeeld in de rode categorie (crisissituatie; afname n=5) en in de oranje categorie (interventie van groot belang; afname 14%, n=140). Met name bij de risicofactoren loop- en balansstoornissen en cognitieve problemen neemt de urgentie af en is een verbetering te zien. Voor 60% van de patiënten is opname naar verwachting een jaar of minder uitgesteld en voor 38% is opname naar verwachting meer dan een jaar uitgesteld. Voor slechts 2% van de patiënten kon het MESO-team een crisisopname niet voorkomen. Een belangrijke factor bij het verlagen van urgentie van risicofactoren en het uitstellen van een verpleeghuisopname is een goede inbedding van MESO in het lokale zorglandschap, zodat patiënten op tijd worden doorverwezen naar MESO en de juiste zorg ingezet kan worden. Op het moment dat patiënten zich nog niet in een crisissituatie bevinden, is de meerwaarde van de verpleegkundige en medisch-specialistische expertise van het MESO-team het grootste en kunnen zij het meeste betekenen voor de patiënt. Ook een goede samenwerking met andere netwerk- en ketenpartners is van belang om patiënten te kunnen doorverwijzen naar de juiste zorg en ondersteuning om ze, indien gewenst en veilig, zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Ook door het uitstellen van opname zorgt MESO voor een afname van de zorgkosten. De omvang van deze afname is op basis van het huidige onderzoek niet te kwantificeren.

# Conclusie en beschouwing (2/2)

De **eerder geformuleerde startcriteria functioneren goed in de huidige zorgpraktijk**. Teamleden geven aan dat er geen aanvullende criteria nodig zijn om te bepalen bij welke patiënten MESO ingezet kan worden. **De stopcriteria zijn voor team Velp ook voldoende ondersteunend**, zij kunnen goed inschatten wanneer het MESO-traject kan worden afgerond. Het meest gehanteerde criterium (het zorgbehandelplan is afgerond; alle afgesproken acties in het MDO zijn maximaal haalbaar ingezet) kan zeker bij een complexe doelgroep bij wie zich in de loop van het traject nieuwe problemen of aandoeningen voordoen lastig zijn voor nieuwe MESO-professionals. Daarom adviseren we hier verdere concretisering. Ook het blijven voeren van het gesprek over wanneer te stoppen is van belang.