

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

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.



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 83 jaar en daarmee vergelijkbaar met de pilots. Er zijn meer vrouwen (n=98; 57%) dan mannen (n=73; 43%) geïncludeerd. 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.

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.



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

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.

risicofactoren en bovendien geen of beperkte achteruitgang als het gaat om overbelasting of het wegvallen van de 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.

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

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.



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.