



Model voor borging van MESO-kwaliteit



Augustus 2025

Resultaat van het MESO-project sinds 1/11/2023 gesubsidieerd door ZonMw
(projectnummer 10020032310001)

Inleiding

In het kader van het MESO-project (**M**ultidisciplinaire **E**erstelijns ouderenzorg met een **S**pecialist **O**uderengeneeskunde), een door ZonMw gesubsidieerd project, werken we als Stichting MESO en de vier aangesloten MESO-praktijken, aan twee opgaven:

- 1) Het realiseren van een model voor borging van de kwaliteit van MESO-zorg;
- 2) Bijdragen aan een proces dat leidt tot structurele bekostiging van deze vorm van zorg opdat opschaling en borging tot stand kan komen.

Sinds de start van dit project werken we aan deze beide opgaven. Onlangs heeft ZonMw ingestemd met een budget neutrale verlenging van het project tot 1 november 2025. Opdat we ruimte hebben om andere initiatieven in het land met raad bij kunnen staan in hun ambitie MESO-zorg of op MESO-geïnspireerde zorg in de eigen regio te verwezenlijken. Als ook om een bijdrage te leveren aan het tot stand komen van de beoogde doorontwikkeling in de bekostiging van deze – en vergelijkbare – vormen van zorg voor patiënten, hun naasten en hun huisarts die een hoog complexe zorgvraag hebben dan wel zich in een complexe zorgsituatie bevinden.

Dit document gaat in op een model voor borging van kwaliteit en borduurt voort op eerdere MESO-producten:

- ✓ De kwaliteitsbeschrijving van MESO-zorg (juli 2023). De beschrijving is enigszins aangepast als bijlage bij dit kwaliteitsmodel opgenomen (juli 2025)
- ✓ Het [document 'Ouderengeneeskundige expertise in een transformerend zorglandschap'](#) (april 2025)

Deze notitie is als volgt opgebouwd. Allereerst staan we kort stil bij de aanleiding en de inhoud van beide bovengenoemde documenten. Vervolgens beschrijven we het Kwaliteitsmodel voor matched care (ofwel passende zorg) MESO als onderdeel van een stepped care infrastructuur (zorgcontinuüm).

Meer weten?

Voor vragen over dit kwaliteitsmodel of meer in algemene zin over inzet van specialistische ouderengeneeskundige expertise in de eerste lijn kunt u contact opnemen met de Stichting MESO, info@mesozorg.nl.

We zullen t.z.t. via de website, de nieuwsbrief en sociale media kenbaar maken op welke wijze de informatie over MESO-zorg en de geleerde lessen in het MESO-project (sinds juni 2020) na afronding van het project per 1/11/2025 beschikbaar zal blijven. De website zal – zo mogelijk - nog enige tijd beschikbaar blijven ter naslagwerk.



Stichting MESO
Augustus 2025

Hoofdstuk 1: De inbedding van dit kwaliteitsmodel

Het MESO-project loopt al enige tijd. In de periode mei 2020-december 2023 is het project gesubsidieerd door VWS. Toen bleek dat er nog geen structurele bekostiging voor MESO-zorg beschikbaar zou zijn per 2024 heeft VWS aan ZonMw het verzoek gedaan het project over te nemen. ZonMw heeft daar mee ingestemd en een éénmalig, incidentele subsidie toegekend (tot 1/11/2025). Gedurende de looptijd van het VWS-project werd duidelijk dat er geen specifieke MESO-betaaltitel beschikbaar zou komen maar een generieke opdat andere initiatieven daar ook gebruik van zouden kunnen maken. De keuze voor een generieke betaaltitel heeft er toe geleid dat we de toenmalige projectopgave om een 'Kwaliteitstandaard voor MESO-zorg, tripartiet aan te reiken aan het ZINL' is aangepast. In plaats daarvan hebben we eerst, in samenwerking met vier andere innovatieve zorgpraktijken, een 'De vakinhoudelijke functionaliteiten van de specialist ouderengeneeskunde voor kwetsbare ouderen' (april 2023) opgeleverd. Een document dat we op verzoek van het Zorginstituut opstelden en dat een beeld geeft van een viertal functionaliteiten¹ zoals de specialist ouderengeneeskunde die inzet. Later hebben we ook een MESO-specifieke '[kwaliteitsbeschrijving](#)' opgeleverd. In deze beschrijving is uitgebreid beschreven wat MESO-zorg is en welke kwaliteitsaspecten van belang zijn om de MESO-resultaten te kunnen behalen. Deze resultaten zijn vastgelegd in een aantal publicaties betreft onderzoek hiernaar, zie voor deze documenten de pagina '[Onderzoek naar effecten van MESO-zorg](#)' onder het kopje 'MESO-zorg' in het hoofdmenu op de MESO-website.

De [kwaliteitsbeschrijving](#) zoals opgeleverd in 2023 is, met een kleine bijstelling in augustus 2025, nog steeds actueel met dien verstande dat de kwaliteitsbeschrijving van MESO-zorg onbedoeld geïnterpreteerd zou kunnen worden als dé enige vorm van zorg, gebaseerd op specialistische ouderengeneeskundige expertise, in de eerste lijn in samenwerking met de huisarts. MESO-zorg kan en wil geen geïsoleerde positie in het zorglandschap innemen. Er is altijd sprake van een intensieve samenwerking met de huisarts, met informele en formele hulp- en zorgverleners in de eerste lijn én wanneer nodig ook met aanbieders in de tweede lijn (VVT-zorg, Ziekenhuiszorg) en dus een samenhang met verschillende vormen van zorg, lokaal én regionaal.

MESO-zorg richt zich op hoog-complexe zorgvragen c.q. zorgsituaties. Indien lichtere vormen van inzet passend zijn wordt er géén MESO-geboden dat geldt ook voor situaties waarin VVT-zorg passend is. In geval van tijdelijke ziekenhuisopname hangt het van de casus af of er naast de huisarts ook betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde nodig is.

Naast het inpassen van MESO-zorg als puzzelstukje in het gehele aanbod van hulp en zorg, passend in de huidige maatschappelijke context² is het ook nodig om te kijken hoe MESO-zorg in de specifieke lokale en regionale context³ kan passen. Soms vraagt dat aanpassingen in de organisatievorm, soms in de vorm van en het gedrag in de samenwerking en/of soms in de teamsamenstelling.

¹ Vier functionaliteiten: (1) Inzicht verwerven; (2) Zorgbehandelplan ontwerpen/opstellen; (3) Passende zorg bewerkstelligen; (4) Zorg afstemmen en coördineren.

² Denk aan: IZA/AZWA, WOZO, Visie eerstelijnszorg 2030 en het daaruit voortvloeiende Versterking Eerstelijnszorg en het nieuwe Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg.

³ Op wijkniveau als het gaat over het succesvol onderdeel worden van de 'Hechte Wijkverbanden' (waarbij het sociaal domein ook een belangrijke partner is) en op regioniveau o.a. over de vorming van en participatie in Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV).

Het is belangrijk deze ontwikkelruimte te nemen om te kunnen komen tot de best passende vorm in de wijk en regio.

T.b.v. het 'Model voor borging van MESO-kwaliteit' schreven we eerder het document ['Ouderengeneeskundige expertise in een transformerend zorglandschap' \(april 2025\)](#). Een document waarin we uitgebreid ingaan op de maatschappelijke actualiteit. Waarin de nadruk minder op MESO-zorg ligt maar vooral de gedachte van een stepped care infrastructuur t.b.v. matched care centraal staat. En waarin inzichtelijk gemaakt is wat het vakmanschap van de specialist ouderengeneeskunde concreet inhoudt en welk instrumentaria zij, samen met haar team, tot haar beschikking heeft.

Beide bovengenoemde documenten vormen de bedding voor het model zoals we in hoofdstuk 2 beschrijven.

Hoofdstuk 2: Model voor borging van MESO-kwaliteit

We beschrijven een aantal cruciale elementen die onderdeel moeten zijn van de inhoud en organisatie van de zorg. Vervolgens staan we stil bij een aantal proces-inrichtingen rondom gedrag en reflectie om de onderliggende visie en de beoogde resultaten van MESO-zorg tot uitdrukking te kunnen laten komen.

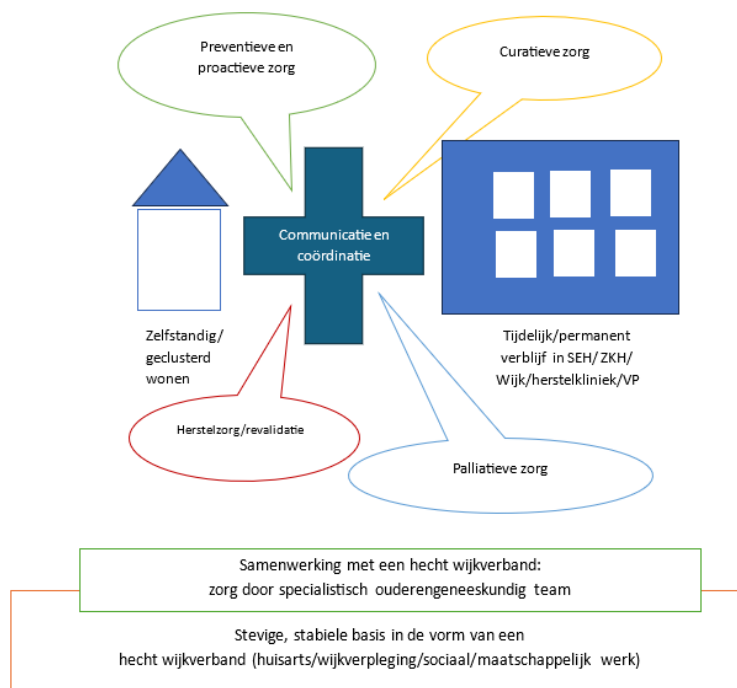
2.1. *Borging via de cruciale kenmerken van MESO-Trajectzorg*

Onderstaande kenmerken dienen aanwezig te zijn in de werkwijze c.q. het zorgpad van het team dat MESO-Trajectzorg beoogt te leveren. Meer toelichting bij deze kenmerken en ook uitgebreide beschrijving van de andere kenmerken is te vinden in de [kwaliteitsbeschrijving](#).

1. MESO-Trajectzorg wordt in de context van de thuissituatie geboden in een **vast duo-schap van specifieke⁴ medische én verpleegkundige specialistische ouderengeneeskundige expertise, ondersteund door een secretariaat** opdat de verschillende noodzakelijke aan de zorg verbonden werkzaamheden door de juiste vakkundige professional geboden kunnen worden (juiste expertise tegen het juiste tarief);
2. MESO-Trajectzorg is **samenwerkingszorg** en kenmerkt zich door een **intensieve, nabije samenwerking tussen – in de basis – een huisartsenpraktijk en een MESO-team**. De samenwerking maakt onderdeel uit van de lokaal gekozen vorm van hechte wijksamenwerkingsverbanden in de eerste lijn (en kan dus variëren al naar gelang de lokale en regionale context) waar het gezondheids- en het sociale domein elkaar treffen. Dit leidt tot de lichtst mogelijke en zwaarst noodzakelijke inzet van de juiste partijen. Ook de samenwerking met VVT-, GGZ- en Ziekenhuiszorg heeft de aandacht;
3. MESO-Trajectzorg heeft als doel de totstandbrenging van passende zorg. De focus ligt op **kwaliteit van leven** en de effectieve en duurzame inzet van mensen en middelen en kent dus een balans tussen het belang van het individu (maatwerk) en het belang van de samenleving (duurzame inzet en verdeling). Het gedrag van de teamleden en de cultuur in de praktijk reflecteren deze focus. De praktijkorganisatie creëert ruimte voor reflectie hierop.
4. MESO-Trajectzorg is **tijdelijke zorg en brengt inzicht, overzicht en een nieuw evenwicht** opdat de huisarts(enpraktijk) zelf weer volledig in de (regie op de) patiëntenzorg kan voorzien. Dat betekent: er is duidelijk wat en wie actueel bijdraagt aan de kwaliteit van leven en welbevindingen en hoe men samenhangende zorg kan leveren; ; er is duidelijkheid waar behoeften, mogelijkheden en grenzen van zowel de patiënt als de zorg liggen; er is duidelijkheid over wie de regierol na afronding van de trajectzorg vervult; er zijn toekomstscenario's geschetst.
5. MESO-trajectzorg is **onderdeel van een lokale en regionale stepped care infrastructuur**. Daarin dragen MESO-professionals naast de patiëntenzorg actief bij aan het verhogen van het kennisniveau in wijk/dorp/stad én bijdrage aan beleid rondom zorg en aandacht voor ouderen die geconfronteerd worden met afnemende vitaliteit. Op die manier kan er preventiever en actiever gehandeld worden. Naarmate de samenwerking en inzet van een MESO-team in de wijk vordert, neemt het inzicht toe wanneer de inzet van ouderengeneeskundige expertise nodig is om effectief en efficiënt tot passende zorg te komen.
6. MESO-Trajectzorg kent **geen vaststaand protocol** van handelen. De variatie in de eerste lijn is divers en de vraag van patiënt, mantelzorger en huisarts kent een individuele en een contextuele

⁴ Te weten 'expertise zoals een eerstelijns specialist ouderengeneeskunde en een eerstelijns geriatrie verpleegkundige', zie ook de kwaliteitsbeschrijving MESO-zorg.

component waar rekening mee gehouden moet worden om passende en duurzame zorg te kunnen leveren. Het gedrag van de teamleden en de cultuur in de praktijk reflecteren deze focus. De praktijkorganisatie creëert ruimte voor reflectie hierop.



Specialistische ouderengeneeskundige expertise is van belang zowel als het gaat om preventieve en proactieve zorg, curatieve zorg, zorg in de palliatieve fase en als er sprake is van revalidatie. De zorg is ingebed in een hecht eerstelijns wijkverband (veelal 0^e en 1^e lijn) als ook in vormen van regionale samenwerking (1^e en 2^e lijn. Adequate communicatie en coördinatie zijn belangrijke sleutelbegrippen/succesfactoren. MESO vervult een rol in dit landschap.

Checklist cruciale kenmerken MESO-zorg

- ☐ Het basis MESO-team bestaat minimaal uit een Specialist Ouderengeneeskunde, een geriatrie verpleegkundige en een secretaresse met de beschreven competenties.
- ☐ Het gedrag van de teamleden en de cultuur in de praktijk reflecteert de focus op de kwaliteit van leven (versus veiligheid/huisregels/organisatiecultuur etc.) en duurzame inzet (met balans tussen belang van de individu en belang van de samenleving) . Dit is zichtbaar in het gedrag en de competenties van de teamleden en in een praktijk-structuur van evaluatie en reflectie.
- ☐ De werkwijze van het MESO-team leidt tot maatwerk voor de patiënt, mantelzorger, de huisarts en waar nodig de wijk. De werkwijze komt tot uitdrukking in het gedrag en de competenties van de teamleden en in een praktijk-structuur van evaluatie en reflectie.
- ☐ Het MESO-team houdt fysiek praktijk in de wijk waar zij zorg verleend, in de nabijheid van de huisartsenpraktijk waarmee zij samen werkt. Zodoende is er structureel periodiek fysiek contact tussen de MESO-teamleden onderling, het MESO-team en de huisartsenpraktijken en het MESO-team en de betrokkenen in de wijk (hulp, zorg, sociaal domein, informele zorg).
- ☐ De samenwerking tussen het MESO-team maakt onderdeel uit van de lokaal gekozen vorm van hechte wijksamenwerkingsverbanden in de eerste lijn.
- ☐ Het MESO-team draagt naast de patiëntenzorg actief en structureel bij aan het verhogen van het kennisniveau in wijk/dorp/stad (op casusniveau en middels klinische lessen ed.) én bijdrage aan beleid rondom zorg en aandacht voor ouderen die geconfronteerd worden met afnemende vitaliteit (door aansluiten bij werkgroepen en regiotafels).
- ☐ MESO-teams zijn tijdelijk betrokken bij ouderen en dragen de zorg en regie na enige tijd weer volledig over aan de huisartspraktijk en de lokale betrokkenen.

2.2. Borging via gedrag

Gedrag waarmee voortdurend wordt gezocht naar verbinding, waarmee de complexiteit wordt ontrafeld en zorgvuldige afwegingen worden gemaakt. Gedrag dat past bij c.q. voortvloeit uit de MESO-visie is ook beschreven in de kwaliteitsbeschrijving in de beschrijving van de bij MESO-passende waarden, de [competentiebeschrijving](#) van de teamleden en doorvlochten in de beschrijving van de werkzame [elementen](#) van MESO-zorg.

Bovenstaande ‘cruciale kenmerken’ betekenen onder andere dat het MESO-team een belangrijke rol vervult in het ontrafelen van de complexiteit, in de situatie van de oudere of de lokale/regionale context, waarmee zij geconfronteerd wordt om vervolgens de juiste afwegingen te maken. Het betekent ook dat – omwille van zorg van goede kwaliteit – dat het MESO-team reflectief gedrag aan de dag legt en zichzelf en de anderen scherp houdt op de wijze waarop de afwegingen gemaakt worden. Met regelmaat is de vraag aan de orde: “Welke afwegingen maakte ik/maakten we; zijn die navol- en uitlegbaar en dragen we daadwerkelijk bij aan passende zorg: passend bij het individuele belang van de patiënt, de mantelzorger en de huisarts én passend bij onze maatschappelijke opgave de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.”

In de MESO-[kwaliteitsbeschrijving](#) schreven we hier ook al over:

“MESO-zorg kent geen protocol. MESO-zorg is zorg op maat, gebaseerd op een aantal kernwaarden en kernovertuigingen, in een (systeem)wereld vol aanbod, risicomijding, schotten, gewoontes, protocollen en richtlijnen. Ook binnen de ouderenzorg raken professionals onbedoeld in gedragspatronen die individueel maatwerk, naar patiënten, diens naasten en naar collega’s, in de weg staan. Het regelmatig stellen van onderstaande vragen, aan elkaar en jezelf, kan helpen je bewust te blijven van (oude) gedragspatronen en bewust te kiezen voor nieuw gedrag.

2.2.1 Vragen t.b.v. verbinding op maat

- Welk tempo, welke woorden, welke betrokkenen passen in deze situatie?
- Vanuit wiens normen, waarden en context handel ik? De oudere, diens naasten, mijn eigen, die van betrokkenen?

2.2.2 Vragen t.b.v. een zorgbehandelplan op maat

- Een zorgbehandelplan is gericht op het hier en nu, maar zeker ook op de toekomst en heeft daarmee ook een preventief aspect naast het schetsen van scenario’s. ‘Uw vader heeft deze ziekte, om erger te voorkomen doen we dit en dat’. En ‘te verwachten valt dat zus of zo gaat gebeuren, denkt u er alvast over na wat we dan gaan doen’.
- Wat draagt bij aan levensgeluk, welzijn, kwaliteit van leven(seinde) voor deze oudere?
- Welk netwerk is nodig voor een optimale situatie, nu en in de toekomst?
- Wat moeten (doelmatig) en kunnen (belastbaarheid) we wel én juist niet doen?

2.2.3 Vragen t.b.v. samenwerking op maat

- Wordt ieders expertise optimaal en duurzaam ingezet?
- Komt de gewenste onderlinge lokale samenwerking voldoende tot stand?
- Is de huisarts voldoende op de hoogte om morgen zorg en behandeling te leveren als het MESO-team afwezig is?
- Lopen samenwerkingen, afspraken en behandelingen op gewenste wijze voort als MESO afsluit? Wie voert regie wanneer het MESO-team afsluit?”

2.3. Borging via thematische reflectie en intervisie

MESO-cultuur wordt zichtbaar in keuzes van het team in de zorginhoud én in het zorgproces. Op beide vlakken stilstaan bij je handelen en je afwegingen geeft reflectie op de vraag of je 'met MESO-visie' werkt. Onderstaand hebben we onder beide thema's suggesties gedaan voor gespreksonderwerpen van bv. thema-besprekingen in team overleggen, (team)beleidsdagen, intervisiebijeenkomsten, functioneringsgesprekken of evaluatiegesprekken met samenwerkingspartners.

2.3.1. Themabesprekingen zorgproces

Periodiek samen stil staan bij een aantal thema's scherpt het bewustzijn op gedrag, op (oude) gedragspatronen en gewenst nieuw gedrag. Zo ondersteunt dit het tot stand brengen van nieuwe zorg én het vasthouden ervan. Deze thema's kunnen in verschillende vormen besproken worden.

Denk bij dergelijke thema's aan:

- Samenwerking SO en verpleegkundige
- Samenwerking met de huisarts(enpraktijk)
- Samenwerking met het (lokale) netwerk
- Netwerkopbouw, -uitbreiding en -onderhoud
- Rolverdeling en afspraken binnen MESO-team
- Begin- en eindpunten zorg
- Vorm en doel(en) zorgbehandelplan en overige correspondentie (patiënt, betrokkenen, huisarts)

In het zorgproces is 'samenwerking' een bijzonder thema. Samenwerking is een cruciaal element in MESO-zorg, zowel binnen het team, als met de oudere en diens netwerk en alle partners in de wijk/regio.

Het is waardevol zowel individueel als als team op bovenstaande thema's te reflecteren, maar ook om deze periodiek met samenwerkingspartners (en in het bijzonder de huisartsenpraktijk) te evalueren.

Denk daarbij aan thema's zoals:

- ✓ Cultuur en waarden:
 - Hoe is je betrokkenheid bij de oudere, diens netwerk, de partners in de wijk, je teamgenoten?
 - Hoe is je flexibiliteit t.a.v. de verschillende karakters van partners/patiënten, t.a.v. agendawijzigingen, t.a.v. verschillende werkwijzen van partners/collega's?
 - Omgang met elkaar en anderen: wat vindt je normaal, wat niet, wat verwacht je van de ander, waar spreek je elkaar wel/niet op aan en waarom?
 - Wat is jouw verantwoordelijkheid, wat mag je loslaten en wat als je het niet verantwoord los kunt laten (bijv. omdat er geen casemanagement, thuiszorg, mantelzorg/netwerk beschikbaar is). Welke hiërarchie voel je wel of niet in de zorg voor een patiënt en hoe ga je daar mee om als er nadelige effecten optreden voor de patiënt en/of naasten?

- ✓ Wat biedt het MESO-team en wat vraagt het MESO-team?
 - Inhoud van zorg: welke rolverdeling is er binnen het team en t.o.v. de huisartspraktijk, en de partners in de wijk? Is het nodig daarin flexibel te zijn? Ben je dat?
 - Bereikbaarheid en beschikbaarheid: weet iedereen hoe ze jou of jouw vervanger kunnen bereiken, en wanneer? Is dat laagdrempelig genoeg (of juist te veel)? Is het helder/eenvoudig genoeg?
 - Informatie en communicatie: welke informatie zet je in brieven, folders en waarom? Weet je zeker dat het aansluit bij de ander? Wanneer bel je, wanneer mail je en waarom? Is dat jouw behoefte of die van de ander? Welke gegevens vraag je bij verwijzing en waarom, hoe flexibel met je daarin, hoe wil je benaderd worden en waarom? Wat verwacht je van de ander? Is de communicatie voldoende veilig?

2.3.2. Themabesprekingen zorginhoud

Ook het samen stil staan bij inhoudelijke thema's scherpt het bewustzijn en ondersteunt de totstandkoming van passende zorg via een gezamenlijke visie. Naast inhoudelijke (diagnostische en behandeltechnische) vraagstukken bij bv. onderstaande thema's is de 'waarom'-vraag stellen hier cruciaal: waarom doe je wat je doet, waarom twijfel je?

Denk bij dergelijke inhoudelijke (cq. ethische) onderwerpen aan:

- Diagnostiek dementie
- Culturele invloed op gezondheid, gezondheidszorg, communicatie en welzijn
- Gebruik van klinimetrie
- Eenzaamheid
- Complexe psychiatrische problematiek
- Zorgmijding
- Veiligheid versus vrijheid bij bv. valgevaar, dwaalgevaar, brandgevaar, etc.

Checklist praktijkstructuur van gedrag, reflectie en evaluatie

- ☐ Een MESO-team hanteert een werkwijze waarin ruimte wordt gemaakt en bewaakt voor individuele en gezamenlijke reflectie op en evaluatie van bovengenoemde thema's. Periodiek wordt een plan en een planning gemaakt voor gesprekken op individueel, intern (team) en extern (samenwerkingspartners) niveau ter reflectie op en evaluatie van ieders gedrag en handelen.

2.4. Instrumenten t.b.v. borging van kwaliteit

In lijn met de kenmerken van MESO-zorg waarin het menselijke contact en zorgvuldige aandacht belangrijke aspecten zijn, hebben we in het MESO-project ondervonden dat de beste vorm van kwaliteitsborging tot stand komt als er ruimte gevonden wordt voor het goede gesprek. Dat vraagt aandacht van alle betrokkenen, in de hectiek van alle dag sneeuwt het zomaar onder.

De basis van kwaliteit wordt gevormd door een kundige beheersing en invulling van het vakmanschap, aangevuld met de specifieke waarden en kenmerken van MESO-Trajectzorg zoals bovenstaand en in de kwaliteitsbeschrijving beschreven. Het maken en delen van navolgbare en uitlegbare afwegingen maakt onderdeel uit van het handelingsrepertoire. Ook het maken van ruimte voor het bespreken van zorginhoudelijke- en samenwerkingsthema's hoort daar bij.

Diverse gespreksmodellen kunnen behulpzaam zijn en al naar gelang het doel en het beoogde resultaat in te zetten. In deze paragraaf geven we enkele voorbeelden.

Gespreksmomenten en -modellen

Het gesprek is belangrijk om vanuit de ontmoeting en dialoog inzichten te verwerven, bewustzijn te creëren, consensus te creëren en uiteindelijk vertrouwen te creëren.

Belangrijk is dat het doel van het gesprek helder is (waar draagt het aan bij) als ook de gekozen vorm (past die bij het doel en de context) en de daadwerkelijke wederkerige interactie op basis van nieuwsgierigheid naar de inbreng van de ander (passend bij de MESO-waarden).

2.4.1. Gespreksdoelen

Doel van het gesprek kan zijn de kwaliteit op inhoud, op proces of op beiden met elkaar te verkennen en uit te diepen om zodoende tot eventuele aanpassingen te komen: in overtuigingen, in werkwijze en/of gedrag.

2.4.2. Gespreksvormen

Er zijn diverse vormen van gesprek mogelijk. Er kan gekozen worden voor een intervisie-aanpak. De meeste professionals zijn bekend met uiteenlopende vormen van intervisie. Mocht dat niet zo zijn dan zijn er op Internet vele vormen te vinden, bijvoorbeeld via deze [link](#).

Ook de consultatievorm, al dan niet met begeleiding, is een mogelijkheid.

In de praktijk zien we dat deze vormen zowel fysiek als digitaal hun waarde kunnen bewijzen. De ervaring leert dat de afwisseling van deze beide vormen goed werkt. Alleen digitaal contact wordt ervaren als wat kil en kaal. Als er zo nu en dan een fysieke ontmoeting plaatsvindt, voelt men de onderlinge verbinding veel sterker en zoekt men elkaar – ook in niet georganiseerd verband – makkelijker op.

De vormkeuze heeft alles te maken met het doel. Soms zijn er meerdere doelen aan de orde: bewustwording creëren; elkaar inspireren, elkaar praktische handvatten geven/ondersteunen; aanzetten tot reflectie.

2.4.3. De context van het gesprek

De context kan sterk variëren: gaat het om een intern- of extern gesprek; is het een gesprek in een reeks als onderdeel van de werkcultuur; is er een specifieke aanleiding (een duidelijke vraag; een incident; een inwerkprogramma; de ontwikkeling van een beleidsplan/invulling van een beleidsdag)?

Afhankelijk van de context en het doel wordt een passende vorm gekozen. Bij een inwerkprogramma gaat het gesprek samen met kennis- en cultuuroverdracht; t.b.v. de beleidsontwikkeling wordt er gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve data; gaat het om interne deskundigheidsontwikkeling dan is er helderheid over welke deskundigheid aan de orde is en is er sprake van een veilige leerwerk omgeving; gaat het om een gesprek n.a.v. een incident om uit te vogelen wat er in de samenwerking e/o door een individuele professional e/o een externe prikkel/voorval heeft plaatsgevonden, zitten de juiste gesprekspartners aan tafel.

2.4.5. Resultaten van gesprek

In de kern gaat het er met de betrokken tot helderheid en consensus te komen: “Hoe komen we vanuit visie en – in dit geval - de MESO-kernwaarden tot kwaliteit van zorginhoud, van samenwerking en van processen? Welke aanpassingen zijn aan de orde en hoe gaan betrokkenen daarmee aan de slag? Hoe houden we de voortgang in de gaten (monitoring) en hoe stellen we tijdig weer bij?”

Door op bovengenoemde aspecten (aanleiding, context, doel, beoogd resultaat, vorm, besluiten en monitoring) doorlopend en op natuurlijke wijze met elkaar in gesprek te zijn, draagt dat bij aan realiseren en borgen van kwaliteit zonder onnodige/onzinnige/belastende controlevormen. Betrokkenen werken met elkaar aan een gemeenschappelijke vorm van bewustzijn op het belang van kwaliteit, ontwikkelen meer en meer vertrouwen in elkaar en groeien toe naar een vorm van adaptief ontwikkelen. Op die manier kunnen zij zich tijdig en adequaat aanpassen aan veranderende omstandigheden.

2.5. Belangrijke randvoorwaarden

MESO-Trajectzorg is geen geprotocolleerde zorg. Dat betekent dat het belangrijk is dat de organisatie (standalone of als samenwerkingsmodel) professionals de ruimte geeft. Ruimte voor:

- het verlenen van zorg, gebaseerd op vakmanschap, het ontrafelen van complexiteit en het maken van afwegingen die moeten leiden tot passende zorg;
- het investeren in lokale, wijkgerichte samenwerking én regionale samenwerking;
- het zorgdragen voor kennisoverdracht en -deling;
- het kunnen reflecteren op het eigen handelen en de geleverde kwaliteit, individueel en samen met andere betrokkenen.

MESO-Trajectzorg is geen geïsoleerde vorm van zorg, het is een vorm van samenwerkingszorg als onderdeel van een stepped care infrastructuur. MESO-Trajectzorg komt tot haar recht als zij gestoeld is op een duidelijke visie en er sprake is van een hoge mate van congruentie tussen die visie, de gekozen structuur en de bijbehorende cultuur. Dit stelt eisen aan het leiderschap van de organisatie c.q. organisaties als het MESO-team gevormd wordt door professionals vanuit verschillende moederorganisaties.

NB deze randvoorwaarden gelden aanvullend aan de ‘standaard randvoorwaarden’ voor het leveren van passende zorg, zoals passende regelgeving en kaders, passende bekostiging, goede systemen voor informatieopslag en -uitwisseling en optimale capaciteitsverdeling.

2.6. MESO-zorg nu en MESO-zorg in de toekomst

MESO-Trajectzorg is een bewezen passende vorm van zorg voor ouderen. Als MESO-praktijken hebben we in de afgelopen jaren de toegevoegde waarde van het concept zoals Ester Bertholet dat in 2011 samen met de huisartsen ontwikkelde kunnen waarmaken. Het feit dat we onderling konden leren en konden samenwerken in het MESO-project heeft daar enorm bij geholpen. Het concept is niet in beton gegoten en in de praktijk zien we dan ook regionale verschillen optreden. Wat blijft is de visie en de onderliggende waarden van het concept.

We zijn dan ook van mening dat met name daarin de kracht van het concept ligt. De vorm kan anders zijn en zal zich in de komende jaren ontwikkelen.

Voor aanbieders die graag MESO-Trajectzorg (volgens deze beschreven kwaliteit en resultaten) willen gaan aanbieden menen wat dat deze het meest en snelst zal worden benaderd door de eerste twee jaar samen te werken met een bestaande MESO-praktijk. Om niet alleen te leren van papier, maar van de praktijk. Keuzes en regionale vormen te spiegelen en tegen het licht te houden. Om te leren, in de praktijk en de uitwisseling, van de meer ervaren teams. Door samen te reflecteren en bewustwording te creëren. Ook zijn we graag bereid onze ervaringen en inzichten met geïnteresseerde zorgaanbieders te delen en hen met raad bij te staan gedurende de resterende MESO-projectperiode (tot 1/11/2025).



Kwaliteitsbeschrijving

Ontwikkeld m.b.v. subsidie van ministerie van VWS en ZonMW

Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO)

Augustus 2025

Inhoudsopgave

Inleiding en leeswijzer	15
MESO in een notendop	16
Visie	16
Waarden MESO	18
Werkzame elementen	18
1 MESO-zorg: specialistische, lokale, multidisciplinaire, domein-overstijgende netwerkzorg	19
2 MESO-zorg: voor optimale levenskwaliteit van kwetsbare ouderen	21
3 MESO-zorg: tijdelijke zorg met een begin en een eind	22
Organisatie en (rand)voorwaarden	25
Handvatten	28
Afspraken met elkaar, huisartsen en lokale betrokkenen	28
Afwegingsvragen	28
Themabesprekingen	29
Patiëntenreis	29
Bijlage 1.1.a Competentiebeschrijvingen MESO-teamleden	31
Bijlage 1.2.b Beschrijvingen regionale contexten	33
Bijlage 1.3.c Handreiking Maken contextanalyse	45
Bijlage 1.4.d Illustraties van mogelijke (regionale) uitdagingen	46
Bijlage 1.5.e Voorbeelden van Samenwerkingsafspraken	54
Bijlage 1.6.f Voorbeelden van informatievoorzieningen	70



Inleiding en leeswijzer

Over MESO-zorg is reeds veel geschreven, en valt nog veel meer te schrijven. Tegelijkertijd leert de ervaring dat het tot stand komen van MESO-zorg om veel meer vraagt dan uitwisseling van (papier) informatie. Desalniettemin zijn deze documenten waardevol en het delen en het lezen waard. Daarnaast is het waardevol een dialoog met elkaar te hebben en blijven voeren. Welke visie deel je, welke uitdagingen zie je, wat vraagt de lokale situatie en de actuele context, hoe krijg je de juiste voorwaarden georganiseerd, en zo meer.

Eerdere documentatie

In de beginperiode van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB), de praktijk opgezet door Ester Bertholet en waar MESO-zorg ontwikkeld is, zijn veel van deze mooie en waardevolle documenten geschreven. De veertien kernelementen van MESO-zorg⁵, het artikel over het onderzoek met indrukwekkende resultaten in Bijblijven⁶, de Handreiking⁷, de randvoorwaarden voor MESO-zorg⁸ en vele interviews⁹ en informatie uitingen (www.praktijkouderengeneeskunde.nl, praktijkfolder, lezingen, scholingen, presentaties) sinds de oprichting van de praktijk. Deze documenten bevatten visie, kernelementen, handvaten en succesfactoren voor organisatie en praktische zaken, en verbinding met de cruciale financiering en samenwerking.

Dit document

Mede op basis van deze documenten heeft de MESO-zorg in de MESO-pilots vorm gekregen. Alle inzichten opgedaan in dit project, de actuele en regionale uitdagingen, het bieden van de zorg in een andere organisatievorm, verder weg van de grondlegger, leggen we graag vast in een nieuwe kwaliteitsbeschrijving. Gebaseerd op het bestaande, met een duidelijke overlap, maar verrijkt met nieuwe ervaringen. Opnieuw over de visie, de onderliggende waarden, de werkzame elementen, de voorwaarden en een aantal handvaten.

Geen blauwdruk, geen harde checklist

Zoals gezegd heeft de praktijk ons geleerd dat het delen van deze set waarden, elementen, voorwaarden en handvaten niet per sé leidt tot dezelfde vorm van zorg. Deels is er rekening te houden met, en aan te passen aan, de actuele tijdsgeest, ontwikkelingen, de regionale context, het lokale (zorg)landschap. Deels is (gedrags)verandering geen lineair traject van informatie(uitwisseling) naar gedrag en praktische invulling. Implementatie én borging van de kwaliteit van MESO-zorg vraagt regelmatige intervisie, evaluatie, (zelf)reflectie en uitwisseling over dilemma's en op thema's. Ben je na het lezen van deze kwaliteitsbeschrijving dus geïnspireerd geraakt om ook MESO-zorg vorm te gaan geven? Zorg dan dat je in contact komt met MESO-aanbieders. Samenwerking en uitwisseling met hen is nodig om tot zorg met precies deze visie en resultaten te komen. In onze zoektocht naar de juiste vorm om MESO-zorg op de meest effectieve en efficiënte wijze op meer plekken in Nederland aan te kunnen bieden en overal de kwaliteit te kunnen borgen zijn we ook gekomen tot de beschrijving van een kwaliteitsmodel. Deze bijgestelde versie van de kwaliteitsbeschrijving is als bijlage aangehecht aan dit model.

⁵ POGB, *De 14 kernpunten van onze aanpak*, 2014

⁶ Bijblijven, *Kernelementen en resultaten van MESO in Velp*, Barnhoorn en Bertholet, 2015

⁷ POGB & EenPlus, *Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn*, 2014

⁸ MESO, *Randvoorwaarden voor het leveren van MESO*, 2020

⁹ Bv. op www.praktijkouderengeneeskunde.nl – www.mesozorg.nl of via <https://www.linkedin.com/in/ester-bertholet-639444120> en <https://www.linkedin.com/company/meso-ouderengeneeskunde>

MESO in een notendop

MESO-zorg heeft als doel de kwaliteit van het leven(seinde) van kwetsbare thuiswonende ouderen met (hoog)complexe problematiek/in (hoog)complexe situaties te optimaliseren door op verwijzing van de huisarts tijdelijk medisch en verpleegkundig specialistische expertise in te voegen op het gebied van diagnostiek en behandeling (incl. regie en coördinatie). MESO-zorg doet dit door multidisciplinaire samenwerking tussen het MESO-team (specialist ouderengeneeskunde (SO)¹⁰, (geriatrie) verpleegkundige, secretariaat), de huisartsenpraktijk en het lokale netwerk (informeel en professioneel) en organisatie van proactieve, persoonsgerichte, duurzame en samenhangende zorg. Bij het bereiken en bieden van inzicht en overzicht aan alle betrokkenen en het bereiken van nieuw evenwicht draagt het MESO-team de regie over en sluit haar betrokkenheid af.

Visie

[waarom] Omdat bij deze populatie specifieke expertise nodig is om kwaliteit van leven optimaal te verbeteren en verergering/crises en onnodige zorg te voorkomen.

De problematiek, de doelgroep en de huidige context (versnippering van het zorglandschap, complexe financieringsroutes en oplopende tekorten in de zorg) vragen inzet van andere, specialistische, kennis. Anders kijken (wat draagt bij aan kwaliteit van leven en wat niet, wat is – gezien de kwetsbaarheid – haalbaar), een ander tempo, en in een optimale afstemming en verdeling van rollen/taken tussen betrokkenen.

Die specifieke kennis en kunde stelt de MESO-professional in staat een dusdanig overzicht en inzicht te creëren dat met/namens de oudere en diens naasten keuzes gemaakt kunnen worden t.b.v. passende zorg: geen over- en geen onderbehandeling, nu en in de toekomst.

Deze aanpak is cruciaal om in deze groep tot nieuw evenwicht te komen, om verdere verergering van problemen, crisisinterventies (verpleeghuis- en ziekenhuisopnames, In Bewaring Stelling, Rechterlijke Machtiging) en onnodige zorg te voorkomen.

De proactieve, preventieve, specialistische aanpak zorgt voor passende, doelmatige en duurzame zorg.

De complexiteit van de vaak verschillende (interacterende) aandoeningen en zorgvragen en diens onderlinge samenhang vraagt inzet van diverse professionals en optimaal benutten van aanwezige expertise. Onderlinge afstemming is dan cruciaal om tot een goede balans tussen belasting en belastbaarheid van de oudere te komen én dezelfde en de juiste focus van zorg voor ogen te houden. Een centrale partij die regie voert (focus legt en houdt, initiatief neemt, evalueert, bijstuurt) in een dermate precaire situatie is cruciaal voor het komen tot passende zorg. De huisarts ondersteunt altijd de eigen regie van de patiënt. Bij de kwetsbare oudere met (hoog)complexe problemen of in (hoog)complexe situaties heeft de huisarts de aanvulling van de SO daarin nodig. Regelmatig is het nodig vertegenwoordiging voor de regie te organiseren, als gevolg van toegenomen kwetsbaarheid. De SO heeft de expertise daarin de juiste afweging te maken en de passende lijn uit te zetten.

[voor wie] Kwetsbare ouderen met (hoog)complexe problematiek bij wie het lokale netwerk vastloopt.

MESO is er voor kwetsbare thuiswonende¹¹ ouderen met (hoog)complexe problematiek/in (hoog)complexe situaties. Wanneer de huisarts er samen met de oudere, diens naasten en alle betrokkenen (formeel en informeel) niet in slaagt de (oorzaak) van de problematiek te ontwarren en passende zorg te organiseren, moet extra medisch en verpleegkundig specialistische expertise (kunnen) worden ingeschakeld, dichtbij de oudere.

NB: Onder ‘ouderen’ worden doorgaans mensen van 65 jaar of ouder verstaan. MESO-zorg is bedoeld voor mensen met specifieke kwetsbaarheid en complexe geriatrische problematiek. Dat betekent dat

¹⁰ Er is ook positieve ervaring opgedaan met een geriater en een internist-ouderengeneeskunde binnen een MESO-team.

¹¹ Bij wie huisarts hoofdbehandelaar is, dus bv. ook in particuliere woonvoorzieningen.

ook voor een aantal mensen jonger dan 65 jaar MESO-zorg belangrijke zorg is. Gedacht kan worden aan sommige mensen met een migratieachtergrond, een lage SES-status of bepaalde aandoeningen (bv. ziekte van Pick, Multiple Sclerose, en meer). Voor spreek- en schrijfgemak blijven we in dit document werken met de term 'ouderen', we bedoelen echter de hierboven beschreven groep.

[wat] Medische en verpleegkundige expertise in geriatrische problematiek en holistische, multidisciplinaire diagnostiek en behandeling (incl. regie en coördinatie).

Een team van zorgverleners met geriatrische specialistische medisch en verpleegkundige expertise¹² levert in nauwe samenwerking met de huisarts holistische, multidisciplinaire diagnostiek en gecoördineerde behandeling, samen met het lokale netwerk, dicht bij de kwetsbare ouderen en hun naasten. Samen brengen zij de situatie van de oudere in kaart, komen bij de mensen thuis om de context mee te kunnen nemen, diagnosticeren en prioriteren de problemen en stellen samen met de oudere/hun naasten, huisarts en het betrokken netwerk een multidisciplinair zorgbehandelplan op. Dit plan wordt in de volgende maanden uitgevoerd, samen met het lokale netwerk¹³.

De huisarts is hoofdbehandelaar en de SO werkt in deze periode als medebehandelaar. De huisarts neemt de patiënt weer volledig over als een nieuw evenwicht is bereikt, waarbij het voor iedere betrokkene helder is wat er aan de hand is en welke acties ingezet zijn/kunnen worden, nu en in de toekomst.

[resultaat] Toename welzijn, hoge tevredenheid, afname zorgkosten, hoge kwaliteit van zorg.

Dankzij MESO-zorg, in intensieve samenwerking met het lokale netwerk, kan de oudere met de meest optimale kwaliteit van leven langer thuis blijven wonen tegen lagere kosten. Lokale kennis, kwaliteit van zorg, kwaliteit van samenwerking en werkplezier groeit. Ingezette zorg is doelmatiger, effectiever en kostenefficiënter.

[voorwaarden] Cultuur en gedrag van samenwerken en duurzame inzet. Ruimte voor leren en ontwikkelen.

MESO-zorg leveren vraagt bepaald gedrag en uitdrukkelijke samenwerking met de lokale betrokkenen. Om 'de juiste zorg door de juiste persoon' te doen plaatsvinden en (mede daarmee) zorg te organiseren die doelmatig en duurzaam is moet je 'thuis zijn' in de populatie, het lokale netwerk en het 'organisatie- en domein overstijgend samenwerken'. Dat betekent bijvoorbeeld relaties aangaan, hebben en onderhouden, weten wat jij en de ander kan, samen leren en reflecteren, samen zorgvuldig afwegen. Hiervoor is het belangrijk je lokaal te verankeren, bestaande samenwerkingsrelaties te kennen en te gebruiken, evenals faciliteiten voor afstemming en samenwerking (korte lijnen, bekende gezichten, evt. regionale digitale middelen) te organiseren. Alleen in samenwerking komt passende zorg voor deze kwetsbare groep tot stand: passend bij de behoefte van de oudere, zonder onder- en overbehandeling en met de juiste inzet van de andere betrokkenen.

MESO-zorg leveren kan gedragsverandering van betrokkenen vragen. Dan is het van belang dat er aandacht is voor dit proces van verandering en betrokkenen een open, lerende houding hebben, hiervoor tijd maken en krijgen.

De professionals worden ondersteund in het reflecteren, maar bv. ook ontzorgt in taken waar hun expertise niet in nodig is.

¹² Specialist ouderengeneeskunde, (geriatrie) verpleegkundige, secretariaat.

¹³ O.a. huisartsenpraktijk, thuiszorg en wijkverpleegkundige, paramedici, sociaal wijkteam, casemanagers dementie, ouderenwerkers vanuit welzijn, ziekenhuisspecialisten.

Waarden MESO

Onderstaande waarden liggen ten grondslag aan de invulling van MESO-zorg, en zijn sterk met elkaar verbonden: alles begint bij het streven naar verbinding. Daar is een nieuwsgierige en leergierige houding voor nodig. Samen leidt dat tot de juiste weloverwogen afwegingen om tot passend resultaat te komen. Met een zelfbewuste en zelfverzekerde houding wordt verbinding, ontwikkeling en passend resultaat uiteindelijk behaald.

1. Verbinding leidt tot goede kwaliteit.

Om voor en met anderen tot de juiste afwegingen en samenwerking te komen is verbinding een vereiste. Die verbinding vraagt aandacht, voor de behoeften van de ander en die van je zelf. In het tot stand brengen en behouden van die verbinding is een eerlijke houding belangrijk. Net als de overtuiging van gelijkwaardigheid, dat vraagt een flexibele, invoegende houding en zorgt voor waardevolle samenwerking.

2. Nieuwsgierigheid en leergierigheid draagt bij aan passende zorg en optimale samenwerking.

Kijken naar passende zorg en in de schoenen van een ander (kunnen) gaan staan, vragen beide een nieuwsgierige en leergierige houding. Het is nodig met een open vizier, bewust van eigen normen en waarden en zonder oordeel, nieuwsgierig te kijken naar situaties, het handelen van anderen en de beschikbare informatie. Jezelf oprecht afvragen waarom iets gebeurt, iemand iets (wel/niet) doet en met respect kijken naar het antwoord/de verklaring, zorgen dat je met en voor de ander tot optimale zorg, behandeling en samenwerking kunt komen.

3. Niet zwart/wit, maar gewogen grijs geeft ruimte aan maatwerk en verbinding.

Maatwerk is voortdurend gevraagd bij multidisciplinaire zorg en behandeling aan kwetsbare patiënten met (hoog)complexe problematiek/in (hoog)complexe situaties. Maatwerk in je houding, je handelen en je communicatie. Naar de patiënten zelf, hun naasten, maar ook naar de andere - professionele en niet professionele – betrokkenen. Afwegingen maak je met een verantwoordelijke, behulpzame en creatieve, flexibele houding. Die houding zorgt voor de nodige verbinding.

4. Zelfbewust en zelfverzekerd te werk gaan verbindt maatwerk en doelmatige, effectieve inzet.

Vanuit verbinding, openheid, behulpzaamheid en flexibiliteit tot een doelmatige, effectieve inzet komen vraagt dat je zelfbewust en zelfverzekerd te werk gaat. Dat je reflecteert op je eigen handelen, verantwoordelijkheid draagt, leiderschap toont, keuzes maakt en blijft leren.

Werkzame elementen

MESO-zorg kent een aantal werkzame elementen. De ervaring leert dat de elementen pas volledig tot betekenis en effectieve uitvoer komen wanneer deze bij de start van MESO-zorg in samenwerking met ervaren MESO-teamleden in de praktijk worden gebracht.

We beschrijven de verschillende elementen om deze vervolgens in een samenvattend overzicht weer te geven.

1 MESO-zorg: specialistische, lokale, multidisciplinaire, domein-overstijgende netwerkzorg

MESO-zorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team met specifieke (gezamenlijke) competenties en een specifieke werkwijze. Het team is verankerd in de eerste lijn, werkt samen met het lokale netwerk en is samen met de huisarts verantwoordelijk voor de populatie kwetsbare ouderen (diagnostiek en behandeling). Expertise wordt optimaal benut. Het MDO is een belangrijk element.

Het specialistische MESO-team

Het MESO-team bestaat uit leden met geriatisch specialistische medische en verpleegkundige expertise, ondersteund door een secretariaat. Oftewel een specialist in de ouderengeneeskunde (doorgaans, maar niet beperkt tot, een SO¹⁴), een verpleegkundige met geriatische expertise en een secretaresse met plan- en overzicht expertise. Samen beschikken zij over een set competenties¹⁵, en zij werken in een cultuur van gelijkwaardige samenwerking, reflectie en zorgvuldige afweging. Zij worden hiertoe door de organisatie ondersteund en gefaciliteerd. Deze samenstelling en samenwerking borgt volgens MESO-teamleden dat de oudere compleet in beeld is en de juiste keuzes kunnen worden gemaakt: de juiste zorg kan worden ingezet, nu en in de toekomst.

De huisarts en SO zijn samen verantwoordelijk

De huisarts verwijst, blijft dossierhouder en huisarts van de oudere. De SO treedt op als medebehandelaar en pakt rondom de verwijsvraag de regie tijdelijk over. Dat vraagt om verbinding en samenwerkingsafspraken tussen de MESO-praktijk en de huisartsen, op maat. En dus met ruimte voor afstemming en evaluatie. Afspraken over taakverdeling, bereikbaarheid, informatie-uitwisseling. De huisarts en de SO doen dat samen met het lokale netwerk, en organiseren een cultuur van samenwerking en communicatie. De SO blijft hierin investeren.

Vanuit de gezamenlijke cruciale rol voor deze populatie is nodig dat huisarts én SO beschikken over actuele en relevante informatie¹⁶. Opdat op elk moment passende en persoonlijke zorg geleverd kan worden, door beide partijen. En de complexiteit kan worden ontwaart tot overzicht en inzicht en veilig medicatiebeleid gevoerd kan worden en doelmatig aanvullend onderzoek kan worden gedaan.

Medisch en verpleegkundig specialistische diagnostiek en behandeling

Het MESO-team geeft niet uitsluitend overzicht, inzicht en advies, maar voert (onderdelen van) behandeling uit en begeleidt uitvoer van het behandeltraject. Diagnostiek vindt uitvoerig en zorgvuldig plaats door intensieve samenwerking tussen de SO en de verpleegkundige. Dit onderzoek, wat meestal over enkele weken verspreid wordt, heeft altijd de vorm van een uitvoerig geriatisch assessment. Waarin zowel de SO als de verpleegkundige informatie verzamelen en samenbrengen in de vorm van (hetero)anamnese, observatie en onderzoek. Denk hierbij aan een uitgebreide (hetero)anamnese op alle domeinen, inclusief de medische en sociale voorgeschiedenis, een persoonsschets, medicatiegebruik en wensen/gedachten betreft vroegtijdige zorgplanning. Observatie vindt plaats in de eigen (thuis) en de vreemde (praktijk) omgeving. Onderzoek omvat top tot teen lichamelijk onderzoek, psychiatrisch en cognitief onderzoek, labonderzoek, (huisarts)dossieronderzoek en een medicatiereview. Uiteraard wordt dit onderzoek op indicatie bijgesteld en vormgegeven, maar in de praktijk heeft dit altijd de vorm van een breed onderzoek waarin al deze componenten in meer of mindere mate terugkomen.

In de behandelfase coördineert en evalueert de verpleegkundige, hij/zij stuurt waar nodig bij. De

¹⁴ Er is ook positieve ervaring opgedaan met een geriater en een internist-ouderengeneeskunde binnen een MESO-team.

¹⁵ Een notitie over de benodigde competenties is toegevoegd in bijlage 5.1.a.

¹⁶ In de huidige MESO-praktijken hebben SO's toegang tot het huisartsdossier van de verwezen ouderen. Dit voorziet in optimale informatievoorziening en -uitwisseling, én draagt bij aan medicatieveiligheid. MESO- en huisartsenpraktijk maken hierover afspraken in een samenwerkingsdocument, met bijbehorende gedragscode. Meer hierover in bijlage 5.1.e van dit document.

verpleegkundige zorgt dat de juiste informatie, focus en afspraken bij betrokkenen de aandacht hebben, dat de juiste verbinding en samenwerking ontstaan en dat de stappen zoals beschreven in het zorgbehandelplan en besproken in het MDO uitgevoerd kunnen worden. Dit alles in nauwe afstemming met de SO, die met name – indien nodig - medicatieaanpassingen, vervolgonderzoek en/of -overleg uitvoert.

Verankerd in de eerste lijn

Maatwerk kunnen leveren in intensieve samenwerking met lokaal betrokkenen vraagt een goede verbinding, en korte lijnen. Zichtbaarheid, bereikbaarheid en beschikbaar spelen dan cruciale rollen. Zowel in de samenwerking met de huisarts, als met de andere lokale betrokkenen is het noodzakelijk gebleken frequent lokaal aanwezig te zijn. Laagdrempelig fysiek contact, binnen het MESO-team en met de andere betrokkenen, door regelmatige aanwezigheid in de huisartsenpraktijk en in de wijk is hiervoor een voorwaarde.

Samen met het lokale (zorg)netwerk

Naast de huisarts(enpraktijk) zijn paramedici, casemanagers dementie, thuiszorg, het sociaal domein, zorgverleners in de tweede lijn, intramurale zorgverleners, vrijwilligers en naasten betrokken bij passende zorg voor kwetsbare ouderen. Ieder kan zijn eigen expertise optimaal invullen. Het MESO-team heeft kennis van dit lokale netwerk om de juiste persoon voor de juiste patiënt in te kunnen schakelen (zie hieronder). Het MESO-team investeert in en onderhoudt een relatie met dit netwerk om tot optimaal contact en samenwerking te komen. Door het netwerk lokaal aan te spreken komt optimale samenwerking onderling en met de oudere en de huisarts tot stand.

De meest passende persoon doet de meest passende handeling

Het MESO-team bestaat uit een arts en verpleegkundige met specifieke geriatrische expertise, en een secretariaat. Zij zetten samen hun expertise in, wanneer die van het lokale netwerk van zorg- en hulpverleners niet volstaat om volledig inzicht te krijgen in de situatie van de oudere en tot een nieuw evenwicht te komen.

Om deze groep kwetsbare ouderen van passende zorg te voorzien is belangrijk dat de juiste zorg en juiste zorg-/hulpverlener wordt ingezet. Wie kan het beste bijdrage aan de kwaliteit van leven van deze ouderen, op basis van de juiste expertise, de juiste klik (persoonlijkheid), de juiste samenwerking met anderen? Dat kunnen we vragen o.a. kennis van het lokale netwerk en zorglandschap: elkaar kennen, elkaars kennis en kunde kennen, goede relaties creëren en onderhouden. Aansluiten bij de aanwezige kennis en kunde, aanwezige relaties, en je toegevoegde waarde zodoende optimaal invullen. Aansluiten bij het (soort organisatievorm van) aanwezige samenwerkingsverband is belangrijk.

Multidisciplinair overleg zorgt voor passende zorg: samenhangend, effectief en efficiënt.

Het vruchtbaar invoegen van specialistische kennis en het tot stand brengen van optimale samenwerking vraagt onderling overleg t.b.v. bv. kennisdeling, afstemming en taakverdeling op meso- en macroniveau.

Verder is het bij hoog complexe problematiek en betrokkenheid van meerdere hulp- en zorgverleners cruciaal op één moment (zo veel mogelijk) met zijn allen tegelijk aan tafel te schuiven: het MDO. Daar wordt gericht en efficiënt alle informatie bijeen gebracht en vindt optimale afweging en afstemming plaats. Alle betrokken of te betrekken hulp/zorgverleners, met toestemming oudere, worden uitgenodigd. De huisarts¹⁷, oudere en/of naaste (met toestemming oudere) sluiten aan op indicatie. Het door het MESO-team met de oudere opgestelde zorgbehandelplan¹⁸ is de agenda van het MDO. Aan de hand daarvan wordt: informatie gedeeld; vindt afstemming plaats over behandeldoelen;

¹⁷ De huisarts wordt altijd uitgenodigd, de praktijk wijst uit dat aanwezigheid niet altijd nodig is.

¹⁸ Zie ook pagina 11/12

worden prioriteiten gesteld en afspraken gemaakt: wie gaat wanneer wat doen; wordt vooruit gekeken: wat kan men verwachten en hoe kan men dan handelen.

Een herhaald of periodiek MDO is in MESO-zorg vrijwel¹⁹ niet nodig noch bijdragend gebleken (het vraagt vaak ook te veel van het lokale netwerk om meermaals om tafel te gaan). Middels één MDO, gevolgd door de door MESO gecoördineerde en geregisseerde uitvoer van het zorgbehandelplan komt doelmatig en duurzaam een nieuw evenwicht met passende zorg tot stand.

2 MESO-zorg: voor optimale levenskwaliteit van kwetsbare ouderen

Het MESO-team ziet de oudere in zijn/haar hele context. Het in kaart brengen van problemen en het formuleren (en prioriteren) van doelen en acties gebeurt vanuit de kennis en bril van de oudere en diens naasten. Optimaliseren van kwaliteit van leven van de individuele ouderen binnen de gegeven omstandigheden staat boven optimale behandeling van ziektes. Daarin is versterking van de mogelijkheden van de oudere en het steunsysteem cruciaal. Het zorgplan reflecteert deze individuele doelen en aanpak.

De oudere in zijn/haar gehele context

‘Wat is het meest belangrijk voor deze oudere’ is de centrale vraag. In het licht van een eindig leven verschuiven prioriteiten. En in het licht van hoge kwetsbaarheid verschuiven de mogelijkheden. Dan is het belangrijk anders te kijken en zorg anders te organiseren: er is een multidisciplinaire, multidomein aanpak nodig. De oudere wordt in alle levensdomeinen gezien. De relatie met welzijn moet stevig worden gelegd. De naasten zijn nadrukkelijk betrokken. De oudere wordt in zijn/haar (t)huis gezien.

Behandelaren moeten werken met (tijd voor) voortdurende (zelf)reflectie. Alleen zo komt men tot de juiste keuzes t.a.v. wel en niet in te zetten diagnostiek en behandeling. Mede door duo samenwerking in het MESO-team (arts-verpleegkundige) lukt het om voorbij de eigen normen en waarden te kijken, en voorbij protocollaire en systeem schotten en -beperkingen, om zo primair vanuit de behoefte (en normen en waarden) van de oudere te redeneren en handelen. En tot inzet van die hulpverlener die het meest passend is: er vindt bv. een weging plaats van expertise, persoonlijkheid en (mogelijke) samenwerking met andere betrokkenen, wat is voor deze oudere het meest belangrijk? Wie heeft de juiste mix?

Behoeft van de oudere centraal

Zoals gezegd is het bij kwetsbare ouderen met hoog complexe problemen of in hoog complexe situaties, in het licht van eindig leven belangrijk keuzes te maken. Zorgvuldig af te wegen (met of namens de oudere) welke interventies in welke volgorde passend en het meest bijdragend zijn voor het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Het vraagt risico-afwegend en niet risicomijdend handelen. Kijken naar het nu én naar de toekomst (vroegtijdige zorgplanning, ook wel advance care planning).

De oudere in zijn/haar gehele context zien, het observeren en doorgronden van het dagelijks functioneren, maar vooral het kunnen achterhalen ‘wat is echt belangrijk, nu en in de toekomst’. Dat vraagt goed kijken, goed luisteren en dus tijd, aandacht en reflectie.

Om te komen tot een overzicht waarmee de behoefte van de oudere centraal kan worden gesteld wil je alle informatie op tafel hebben:

- van de oudere, diens naasten en andere betrokkenen
- vanuit het verleden, heden en toekomst (prognoses, wensen)
- vanuit alle domeinen

¹⁹ Uitzondering is bv. een ethisch of moreel dilemma in de loop van de behandeling. Waarin het belangrijk is opnieuw met alle betrokkenen op hetzelfde moment om tafel te gaan en informatie samen te brengen en samen af te wegen.

Kennis over de oudere (wie is hij/zij, wat is belangrijk voor hem/haar) stelt je in staat een plan ‘vanuit de behoefte van deze oudere met dit specifieke netwerk’ op te stellen; vanuit de bril van deze oudere.

Samen met de naasten

Deze kwetsbare oudere zijn vaak al afhankelijk van derden voor fysieke, organisatorische of mentale hulp: hulp bij boodschappen, financiën, zorgkeuzes, zelfzorg, het huishouden. Zij die hen hierin ondersteunen, het huidige functioneren kennen en bij voorkeur ook kunnen vertellen over de historie, het karakter en de wensen van de oudere, kunnen cruciale input leveren om te komen tot overzicht en een passend plan. Ook zijn dit vaak degene die gesteund dienen te worden, om daarmee ook de oudere in evenwicht te houden. De term mantelzorger kan van toepassing zijn, maar ook degene die zichzelf niet zo zien. Of zij die momenteel geen duidelijke ondersteunende bijdrage leveren, maar de situatie kennen en wel willen bijdragen.

Door de kracht en passies van de oudere te vinden en aan te spreken kun je de juiste keuzes maken (wat nodig is voor balans tussen mogelijkheden en wensen) en bevorder je welbevinden. De juiste naasten betrekken, voorzien van informatie en ondersteunen realiseert meer overzicht en inzicht (alle informatie kan worden meegenomen), meer begrip (met daarbij welbevinden voor de oudere) en meer ondersteuning (met bijkomend welbevinden en evenwicht).

Het zorgbehandelplan voor overzicht, inzicht, evenwicht

Het MESO-team ontwerpt op basis van haar onderzoek, samen met de betrokkenen, een multidisciplinair zorgbehandelplan. Dit plan is kernachtig en biedt houvast voor het nu en de toekomst: de genoemde problemen zijn relevant voor de betrokken in de multidisciplinaire samenwerking en leiden tot actie binnen het MESO-traject of bieden belangrijk inzicht voor betrokkenen. Een en ander is systematisch in beeld gebracht: het legt verbanden tussen aanwezige problemen, en maakt duidelijk waar de prioriteiten en behandelwensen liggen. Het is specifiek en persoonlijk, in het zorgbehandelplan klinkt de stem van de oudere door. Helder wordt waarom de actie nodig is om (meest) bij te dragen aan kwaliteit van leven voor deze oudere, waarom bepaalde acties juist niet, of niet nu worden genomen, welke zorg/hulpverlener past het best (kennis, klik, netwerk) en aan welke behandelwensen de keuzes ten grondslag liggen. Het plan steunt de naasten waar nodig en sorteert voor op komende problemen door middel van het in kaart brengen van behandelwensen, en duurzame inzet van en kennisverspreiding aan betrokkenen.

Het plan is bedoeld om voor en met de oudere tot een nieuw evenwicht te komen. Het wordt gebruikt door het MESO-team (biedt focus, is SMART geformuleerd en wanneer het plan leeg is, is het MESO-team klaar) en een communicatiedocument met de huisarts en (de relevante delen) met de andere betrokkenen (in het MDO en de verschillende verwijzingen). De ouderen krijgen informatie op maat: in gesprek(ken) en waar bijdragend op papier (bv. in een patiëntbrief). Allen worden aangepast in bijvoorbeeld taal en volume²⁰.

3 MESO-zorg: tijdelijke zorg met een begin en een eind

Wanneer inzicht, overzicht en een nieuw evenwicht zijn bereikt sluit het MESO-team haar betrokkenheid af. De expertise van het MESO-team wordt doelmatig ingezet en deze inzet eindigt wanneer betrokkenen samen passende zorg kunnen (blijven) organiseren.

Beginpunt(en) MESO-zorg: starten

Bij introductie van een nieuwe zorgvorm worden door betrokken, zowel professionals als

²⁰ Überhaupt is het belangrijk dat de oudere informatie op maat ontvangt. Zie voorbeelden hiervan in de bijlage 5.1.f ‘Voorbeelden van informatievoorzieningen’.

beleidsmakers, tal van vragen gesteld. Bv. voor wie is deze zorg, wanneer moet dit ingezet worden. Maar ook, gezien de visionaire tijdelijkheid van de inzet, wanneer eindig je, waar werk je naar toe? Vanwege het karakter van deze zorg (individueel maatwerk in een doelgroep die complex, gevarieerd en in beweging is (a.g.v. demografie én landelijk beleid²¹)) is het belangrijk deze kadering niet te strikt te doen. Zie ook de beschrijving 'voor wie' onder visie op pagina 3. Het is noodzakelijk dat er ruimte blijft voor professionele afweging. Om telkens samen tot de juiste keuzes te komen waarmee passende zorg, passende inzet van expertise en doelmatige inzet van beschikbare mensen en middelen tot stand komen.



De doelgroep bestaat uit ouderen²² met (hoog)complexe problemen, zonder of met een Wlz-indicatie. De huisarts als hoofdbehandelaar is altijd de verwijzer. Hij/zij heeft behoefte aan specialistisch geriatrische medisch en verpleegkundige meerkennis (in termen van diagnostiek en behandeling) én huisbezoek in verband met complexiteit blijkend uit actuele multiproblematiek over meerdere domeinen of actuele interfererende multiproblematiek binnen 1 domein. De specialist ouderengeneeskunde zet met haar team een MESO-traject in wanneer een SO-consult niet volstaat.

Eindpunt(en) MESO-zorg: afsluiten

Het MESO-team sluit haar betrokkenheid af wanneer problematiek helder in kaart is gebracht en behandeldoelen helder en haalbaar zijn, de oudere, diens naasten en andere betrokkenen goed geïnformeerd zijn, hulp- en zorgverleners weten welke werkzaamheden ze waarom (gaan) uitvoeren²³, en helder is hoe en wanneer betrokkenen elkaar informeren / kunnen vinden. Er is vooruitgekeken, de oudere, diens naasten en het betrokken netwerk weten wat te verwachten en hoe zij dan kunnen handelen. Het MESO-team zorgt dat, wanneer nodig²⁴, de regie wordt overgenomen wanneer zij afsluiten.

Ten dele zal het netwerk zich na verloop van tijd veel van bovengenoemde werkzame elementen, kennis en kunde ook eigen kunnen maken. Voor een deel blijft expertise van het MESO-team bij sommige ouderen (tijdelijk) nodig. Werken op lokaal niveau biedt ruimte aan groeiende samenwerking, groeiende kennis en kennisverspreiding en een optimale taakverdeling.

Al met al kan men na MESO-zorg vaak langdurig verder met het bieden van passende zorg: het netwerk is versterkt, de focus is helder, er is vooruit gekeken, en er is regie(ondersteuning) georganiseerd, ook na MESO-zorg.

Het MESO-team bepaalt veelal het eindpunt van de MESO-zorg: wanneer het zorgbehandelplan is afgerond; alle acties zoals afgesproken in het MDO zijn duurzaam ingezet of klaar en multidisciplinair samenhangende zorg komt tot stand/loopt.

Verder komt voor: de patiënt is opgenomen geweest in ziekenhuis of verpleeghuis, waarna de hulpvraag en/of situatie wezenlijk veranderd is; het ingaan van de terminale fase; overlijden; wens van huisarts en/of patiënt (bij wilsonbekwaamheid de vertegenwoordiger), om de zorg te beëindigen; verhuizing naar een andere omgeving/huisarts waar geen MESO-zorg wordt gegeven.

De samenhang in beeld

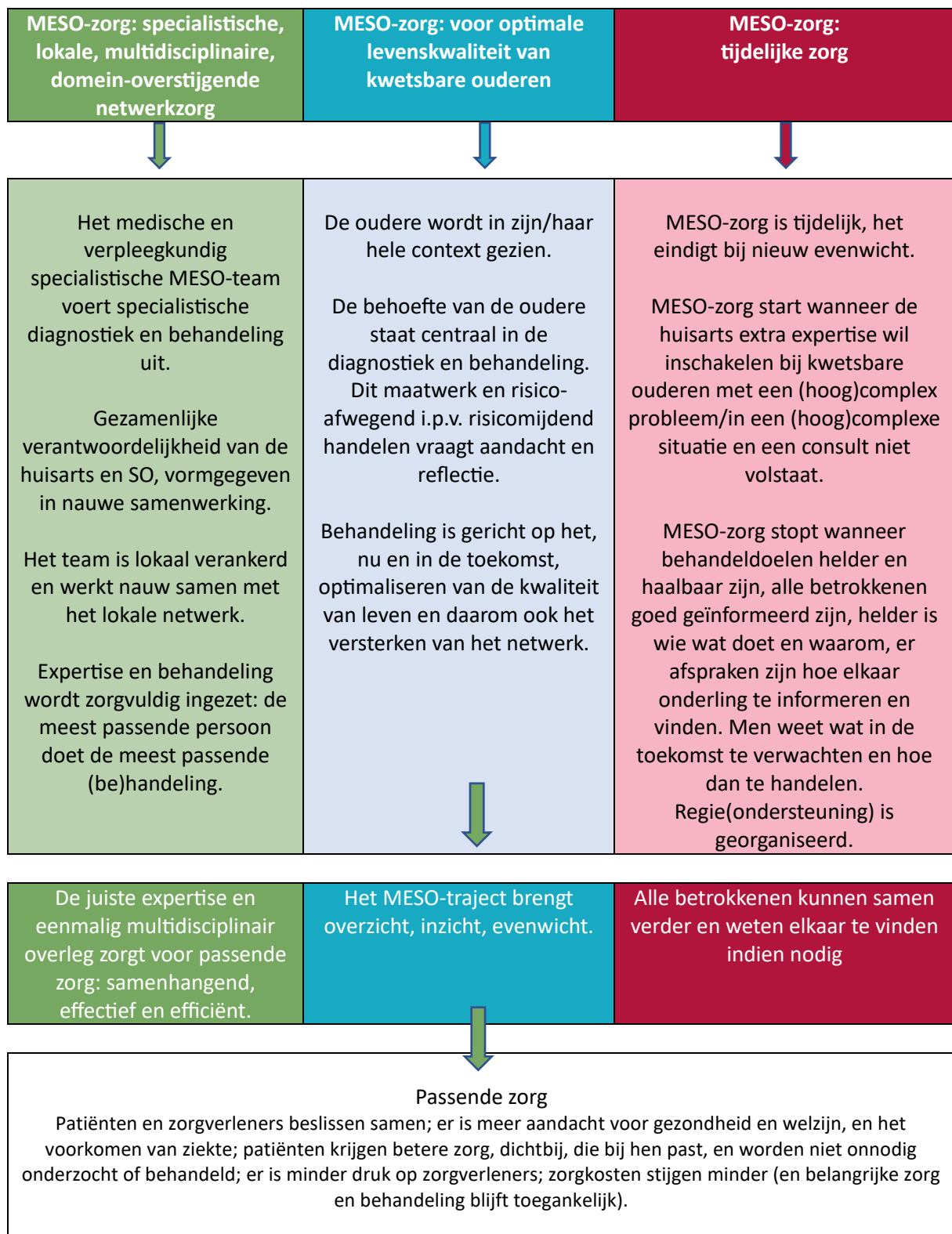
In onderstaande tabel zijn de werkzame elementen, omwille van het creëren van een vorm van overzicht, samengevat en schematisch weergegeven. Door het samenvatten gaan veel belangrijke details en nuances verloren. Deze zijn terug te vinden in de uitwerking van de elementen zoals hiervoor beschreven.

²¹ Actuele voorbeelden zijn 'Langer Thuis' en 'WOZO'

²² Zie NB op pagina 4

²³ Met het vertrouwen dat ze worden uitgevoerd, doordat betrouwbare afspraken zijn gemaakt.

²⁴ Doorgaans hebben kwetsbare ouderen ondersteuning nodig bij het voeren van regie. Daarin ondersteunt MESO en daartoe benoemt MESO een opvolger bij afsluiten.



Organisatie en (rand)voorwaarden

Bij aanvang van het MESO-project in 2020 zijn randvoorwaarden²⁵ opgesteld voor het leveren van MESO-zorg. Deze randvoorwaarden zijn gebaseerd op de kernelementen van MESO en alle ervaringen met de uitvoer, organisatie en financiering van MESO-zorg in de POGB te Velp/Arnhem. Met de bestuurders van Stichting MESO is afgesproken om de pilotpraktijk binnen het MESO-praktijk vorm te geven aan de hand van deze voorwaarden. Om zodoende vergelijkbare zorg te leveren, en resultaten derhalve goed te kunnen vergelijken.

Tijdens de projectperiode bleek het niet voor alle praktijken haalbaar om alle voorwaarden op precies deze wijze vorm te geven. Binnen het Lerend Netwerk van projectleiders, en waar nodig in afstemming met het bestuur, werd telkens gekeken naar een goede en haalbare alternatieve invulling. Deze lessen zijn verwerkt in onderstaand overzicht. Meer over deze geleerde lessen is te vinden in de bijlage 1.1.d 'Illustraties van mogelijke (regionale) uitdagingen'.

Inhoud MESO-zorg	
Voorwaarden	Succesvol gebleken invulling in pilots 2020-2023
MESO-teamleden zijn gemotiveerd en toegerust voor het verlenen van MESO-zorg in de 1e lijn in nauwe samenwerking met de huisarts	De werving vond plaats op basis van profielbeschrijvingen en de kandidaat teamleden zijn opgeleid. Gaandeweg was er sprake van in- en uitstroom: teamleden vonden een nieuwe baan/kozen een andere weg/gingen met pensioen; MESO-zorg 'paste niet elk teamlid als een jas'. Zo zagen we bij enkele verpleegkundigen dat de verschuiving van het directe zorgcontact met de oudere naar een meer regisserende rol in de behandelfase als een belangrijke verandering in werkzaamheden werd gezien.
MESO-teamleden hebben ruimte voor scholing, tijd om zich e.e.a. eigen te maken, tijd voor reflectie (voor start en tijdens MESO-zorg).	- Periodieke inhoudelijke en praktische dialoog. - Meekijken in ervaren MESO-team. - Aansluiten in intervisie/reflectie-bijeenkomsten.
MESO-teamleden nemen deel aan kwaliteitsbesprekingen.	- Projectleiders vormen Lerend Netwerk - MESO-teamleden nemen deel aan centrale intervisie/reflectie-bijeenkomsten
Er is teamaansturing en -ondersteuning ²⁶ .	Het MESO-team krijgt passende ondersteuning en wordt gefaciliteerd in de zin van: - Praktijkfaciliteiten, techniek, financiën - Ruimte voor overleg en reflectie - Samenwerking(safspraken) intern en extern

²⁵ MESO, *Randvoorwaarden voor het leveren van MESO*, 2020

²⁶ Dit kan in de vorm van een praktijkmanager, maar ook andere vormen zijn denkbaar. De POGB heeft bv. een praktijkhouder en praktijkmanager, in de pilotpraktijken werd het team aangestuurd en ondersteund door een projectleider.

Verankering eerste lijn	
<i>Voorwaarden</i>	<i>Succesvol gebleken invulling in pilots 2020-2023</i>
Fysieke ontmoeting tussen MESO-team onderling én met lokale betrokkenen is nodig. Periodiek fysiek contact faciliteert de totstandkoming van korte lijnen en ondersteunt het behoud ervan.	De MESO-praktijk is fysiek gevestigd in de praktijk van de huisartsen/het gezondheidscentrum. Het MESO-team kan zodanig dichtbij werken dat even binnenlopen laagdrempelig mogelijk is. Het MESO-team in de wijk fysiek zichtbaar is voor lokaal netwerk.
Er is een overlegstructuur met de huisarts(enpraktijk) en enkele (samenwerkings)afspraken op maat worden gemaakt.	Periodiek worden thema's besproken en waar nodig worden afspraken gemaakt tussen de verwijzend huisartsen en het MESO-team. Denk aan praktische afspraken rondom verwijzen, onderlinge communicatie, communicatie naar patiënt en het netwerk, informatie uitwisseling (waaronder toegang HIS) maar ook periodieke evaluatie van de samenwerking, de zorg en samen kunnen leren.
Het MESO-team zet in op samenwerking lokale (eerstelijns) hulpverleners, waarmee HA gewend is te werken.	- Elkaars kende en kunde (expertise en aanbod) kennen. - Investeren in samenwerken (relatie ontwikkelen). - Afspraken maken over communicatie en informatie uitwisseling). - (flexibele) rol- en taakverdeling bespreekbaar maken (afspraken over stepped care, afwegingsvragen) - Aansluiten bij bestaande (periodieke) afspraken en netwerken/werkgroepen. - Thematische ontmoetingen organiseren/er bij aansluiten.
Waar nodig blaast het MESO-team contact en samenwerkingen nieuwe energie in, de teamaanstuurder/-ondersteuner geeft het team daarvoor tijd en faciliteert gelegenheid,	Evt. werkgroepen, aandachtsvelders

Praktijkvoering	
<i>Voorwaarden</i>	<i>Succesvol gebleken invulling in pilots 2020-2023</i>
Het MESO-team heeft voldoende tijd voor de patiënt, diens naasten, voor ontwikkeling van zorg, organisatie van zorg, onderhoud en behoud van het netwerk. Er is een juiste verhouding (aan dienstverbanden) binnen het team. Het team werkt vanuit verbinding én onafhankelijk, waarbij continuïteit, beschikbaarheid en 'maatwerk handelen' zijn geborgd.	Werken volgens Velps model (gemiddelde tijd per patiënt en bijbehorende verhoudingen binnen het team), met enige bandbreedte. Er worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de bijdragende organisaties (over beschikbare formatie en inhoudelijke vrijheid van handelen), nakomen hiervan werd geborgd door de teamaanstuurder/-ondersteuner verbonden aan contracterende partij.
Het MESO-team is voldoende zichtbaar, aanwezig en benaderbaar, vanuit voldoende flexibiliteit, en biedt zodoende continuïteit.	Elke teamlid is minimaal 16u/wk werkzaam binnen de MESO-praktijk; elke team heeft minimaal 2 personen per functie SO en vpk; er

	is bij secretariële omvang van 16u/week flexibele opvang van het secretariaat (andere secretaresse, of binnen MESO-team een ander teamlid). Zie ook fysieke aanwezigheid onder inbedding eerste lijn.
Het MESO-team werkt (wekelijks) vanuit een fysieke praktijk om elkaar en het netwerk te ontmoeten, en waar de teamaanstuurder/-ondersteuner faciliteiten kan regelen.	Zie inbedding eerste lijn.

Financiën	
<i>Voorwaarden</i>	<i>Succesvol gebleken invulling in pilots 2020-2023</i>
MESO-zorg is basiszorg: toegang voor iedereen, geen (financiële) drempels, geen schotten (Zvw en Wlz geïncludeerd)	- Contracteren middels een integraal tarief dat door 1 partij verdeeld werd. - Opgebouwd uit de componenten: personele inzet (en bijbehorende marktconforme lasten), overhead, MDO-aansluiters (elke professional moet afstemming en coördinatie t.b.v. deze populatie vergoed krijgen), structurele consultatie tweedelijns specialist, (door)ontwikkeling. - Geen eigen risico, geen eigen bijdrage - Alle verzekeraars doen mee
MESO-zorg is een 'Eerlijke dienst voor een eerlijke prijs' (bv. geen dubbele financiering van dezelfde tijd, maar ook geen ongefinancierde inzet)	

Handvatten

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal handvatten: manieren om uitwisselingen en reflecties vormgegeven kunnen worden.

Afspraken met elkaar, huisartsen en lokale betrokkenen

Het is belangrijk en bijdragend om periodiek met elkaar stil te staan bij onderstaande thema's.

Afspraken hierover en evaluaties hiervan zorgen voor een gezamenlijke koers naar de benodigde verandering en ontwikkeling.

Thema's:

- ✓ Cultuur en waarden:
 - Hoe is je betrokkenheid bij de oudere, diens netwerk, de partners in de wijk, je teamgenoten?
 - Hoe is je flexibiliteit t.a.v. de verschillende karakters van partners/patiënten, t.a.v. agendawijzigingen, t.a.v. verschillende werkwijzen van partners/collega's?
 - Omgang met elkaar en anderen: wat vindt je normaal, wat niet, wat verwacht je van de ander, waar spreek je elkaar wel/niet op aan en waarom?
- ✓ Wat biedt het MESO-team en wat vraagt het MESO-team?
 - Inhoud van zorg: welke rolverdeling is er binnen het team en t.o.v. de huisartspraktijk, en de partners in de wijk? Is het nodig daarin flexibel te zijn? Ben je dat?
 - Bereikbaarheid en beschikbaarheid: weet iedereen hoe ze jou of jouw vervanger kunnen bereiken, en wanneer? Is dat laagdrempelig genoeg? Is het helder/eenvoudig genoeg?
 - Informatie en communicatie: welke informatie zet je in brieven, folders en waarom? Weet je zeker dat het aansluit bij de ander? Wanneer bel je, wanneer mail je en waarom? Is dat jouw behoefte of die van de ander? Welke gegevens vraag je bij verwijzing en waarom, hoe flexibel met je daarin, hoe wil je benaderd worden en waarom? Wat verwacht je van de ander?

Afwegingsvragen

MESO-zorg kent geen protocol. MESO-zorg is zorg op maat, gebaseerd op een aantal kernwaarden en kernovertuigingen, in een (systeem)wereld vol aanbod, risicomijding, schotten, gewoontes, protocollen en richtlijnen. Ook binnen de ouderenzorg raken professionals onbedoeld in gedragspatronen die individueel maatwerk, naar patiënten, diens naasten en naar collega's, in de weg staan. Het regelmatig stellen van onderstaande vragen, aan elkaar en jezelf, kan helpen je bewust te blijven van (oude) gedragspatronen en bewust te kiezen voor nieuw gedrag.

Vragen t.b.v. verbinding op maat

- Welk tempo, welke woorden, welke betrokkenen passen in deze situatie?
- Vanuit wiens normen, waarden en context handel ik? De oudere, diens naasten, mijn eigen, die van betrokkenen?

Vragen t.b.v. een zorgbehandelplan op maat

- Wat draagt bij aan levensgeluk, welzijn, kwaliteit van leven(seinde) voor deze oudere?
- Welk netwerk is nodig voor een optimale situatie, nu en in de toekomst?
- Wat moeten (doelmatig) en kunnen (belastbaarheid) we wel én juist niet doen?

Vragen t.b.v. samenwerking op maat

- Wordt ieders expertise optimaal en duurzaam ingezet?
- Komt de gewenste onderlinge lokale samenwerking voldoende tot stand?
- Is de huisarts voldoende op de hoogte om morgen zorg en behandeling te leveren als het MESO-team afwezig is?
- Lopen samenwerkingen, afspraken en behandelingen op gewenste wijze voort als MESO afsluit? Wie voert regie wanneer het MESO-team afsluit?

Themabesprekingen

Periodiek samen stil staan bij een aantal thema's scherpt het bewustzijn op gedrag, op (oude) gedragspatronen en gewenst nieuw gedrag. Zo ondersteunt dit het tot stand brengen van nieuwe zorg én het vasthouden ervan. Deze thema's kunnen in verschillende vormen besproken worden.

Denk bij dergelijke thema's aan:

- Samenwerking SO en verpleegkundige
- Samenwerking met de huisarts(enpraktijk)
- Samenwerking met het (lokale) netwerk
- Netwerkopbouw, -uitbreiding en -onderhoud
- Rolverdeling en afspraken binnen MESO-team
- Begin- en eindpunten zorg
- Vorm en doel(en) zorgbehandelplan en overige correspondentie (patiënt, betrokkenen, huisarts)
- Inhoudelijke onderwerpen, zoals:
 - o Diagnostiek dementie
 - o Culturele invloed op gezondheid en gezondheidszorg
 - o Gebruik van klinimetrie
 - o Eenzaamheid
 - o Complexe psychiatrische problematiek

Patiëntenreis

In Velp en in de drie pilots wordt gebruik gemaakt van een uitgeschreven patiëntenreis. Dit biedt hen een handvat voor de (onderlinge) samenwerking, planning van afspraken en werkzaamheden en communicatie.

Deze patiëntreis kan echter onbedoeld als strak kader ervaren worden, waarmee te veel afbreuk gedaan wordt aan de ruimte die nodig is voor maatwerk en professionele afweging. Tegelijk geven teams aan het lastig te vinden zonder een dergelijk handvat te werken.

Daarom hebben we er, in plaats van het opnamen van deze patiëntenreis in dit document, voor gekozen de gedachtes onderliggend aan deze patiëntenreis hier te beschrijven. De patiëntenreis is wel beschikbaar voor geïnteresseerden.

Tempo en communicatie

De overwegingen en inzet van het MESO-team hebben als doel de oudere met zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven (zo lang mogelijk) thuis te laten blijven wonen. Daartoe moet het MESO-team werken aan een optimale verbinding met de oudere, diens naasten en de andere (professionele en niet professionele) betrokkenen. Dat vraagt herhaald contact, heldere communicatie en ruimte voor afweging en overdenking.

Een compleet beeld en een vertrouwensband

De betrokkenheid van het MESO-team kent een diagnostische fase, en een behandelfase. Tijdens de diagnostische fase streeft het MESO-team er naar een compleet beeld te krijgen van de ouderen, diens netwerk en de lokale betrokkenen en lokale mogelijkheden. Dat doet zij door twee specialisten,

op verschillende momenten, in verschillende settings contact te laten hebben met de oudere. Daarnaast wordt contact gelegd met relevante naasten en (lokale) betrokkenen. Dit alles is bedoeld om informatie te verzamelen én een (vertrouwens)relatie op te bouwen. In de behandelfase voert het MESO-team samen met de oudere de regie, opdat de besproken acties leiden tot het gewenste resultaat en daarmee nieuw evenwicht. Deze regievoering vraagt een (pro)actieve houding op het gebied van afstemming en coördinatie. De twee specialisten verdelen onderling taken opdat iedere de juiste expertise doelmatig in kan zetten.

Samenwerking

In de samenwerking met de huisarts, die gedurende het hele traject hoofdbehandelaar blijft, is communicatie essentieel. De vorm en intensiteit van de communicatie is afhankelijk van de huisarts(praktijk), het stadium van de MESO-praktijk (beginnend/gevorderd) en de specifieke casus. In de basis geldt: de MESO-praktijk en de huisartsenpraktijk maken afspraken op basis waarvan zij elkaar te allen tijde van de juiste informatie voorzien (mondeling, schriftelijk, etc.) opdat zij beiden hun verantwoordelijkheden goed in kunnen vullen.

MESO-zorg is tijdelijke zorg, met als doel optimale inzet van lokale betrokkenen opdat de oudere met een versterkt netwerk zonder het MESO-team verder kan. Ook dat vraagt optimale samenwerking en dus communicatie met betrokkenen, dat vraagt initiatief, flexibiliteit en koersen op verbinding (van het MESO-team) en ruimte voor afweging, afstemming en coördinatie.

Ondersteuning

Het secretariaat zorgt voor optimale ondersteuning van het team in de planning, correspondentie en communicatie in de patiëntenreis.



Bijlage 1.1 Competentiebeschrijvingen MESO-teamleden

Inleiding

Het MESO-team bestaat uit leden met geriatrisch specialistische medische en verpleegkundige expertise, ondersteund door een secretariaat. Oftewel een specialist in de ouderengeneeskunde (doorgaans, maar niet beperkt tot, een SO²⁷), een verpleegkundige met geriatrische expertise en een secretaresse met plan- en overzicht expertise. Samen beschikken zij over een set competenties, en zij werken in een cultuur van gelijkwaardige samenwerking, reflectie en zorgvuldige afweging. Zij worden hiertoe door de organisatie ondersteund en gefaciliteerd. Deze samenstelling en samenwerking, in combinatie met andere elementen, zorgt volgens MESO-teamleden voor écht passende zorg: de oudere is compleet in beeld, de juiste keuzes kunnen worden gemaakt, de juiste zorg kan worden ingezet.

Bestaande profielen

Voor specialisten ouderengeneeskunde²⁸, verpleegkundigen met geriatrische expertise en secretaresses zijn reeds competentieprofielen beschikbaar.²⁹ We kunnen opleggers schrijven waarin we herhalen wat daar geschreven is, wat we daarin binnen MESO-zorg als meest cruciaal ervaren, welke overtuigingen of gedrag daaraan ten grondslag moeten liggen, waar de aandacht naar uit moet gaan en welke aanvullingen eventueel passen. (En dat hebben we ook gedaan, deze documenten zijn op te vragen). Maar we denken dat het beter is uit te gaan van de bestaande goede profielen, en hier te benoemen waar de kern ligt voor MESO-teamleden.

Cruciaal

Expertise: kennis en kunde

Een MESO-teamlid brengt specialistische kennis en kunde in. Dit gaat bijvoorbeeld om kennis en kunde van ziektebeelden, diagnostiek, problemen gerelateerd aan gezondheid en welzijn en hun onderliggende verbanden, mogelijke oplossingsrichtingen, hoe die tot stand te brengen en omgang en communicatie met (kwetsbare) ouderen, diens naasten en de andere betrokken in de 0^e, 1^e en 2^e lijn. Dit is de expertise die ze tijdelijk inbrengen wanneer de situatie en het lokale netwerk daar, in afstemming met de huisarts, om vraagt.

Stevigheid

Tijdelijk invoegen in een bestaand netwerk, nieuwe samenwerkingen opzetten en onderhouden, samen verantwoordelijkheid dragen in (hoog)complexe situaties en regie en sturing geven aan het organiseren van een nieuw evenwicht, op maat, vraagt stevigheid. Het vraagt zelfvertrouwen, zelfbewustzijn en leiderschap. Reflecteren op je eigen denken, je eigen handelen, dat van de ander en zorgen voor dialoog en samenwerking.

²⁷ Er is ook positieve ervaring opgedaan met een geriater en een internist-ouderengeneeskunde binnen een MESO-team.

²⁸ En geriater en internist-ouderengeneeskunde.

²⁹ *Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde, Verenso, 2019 - Verpleegkundige Gerontologie – Geriatrie, A+O VVT, 2020 – Beroepscompetentieprofiel secretaresse, ECABO, 2010*

Verbinding

MESO-zorg is passende zorg, en dat vraagt goed afstemmen met en op de oudere patiënt. Iemand leren kennen, ontdekken hoe zijn/haar kwaliteit van leven optima(a)l(er) kan zijn. Dat vraagt verbinden, contact maken, je in de ander kunnen verplaatsen.

MESO-zorg is samenwerkingszorg, multidisciplinaire samenwerking. Een MESO-teamlid is dus een samenwerker, sterk in communiceren, afstemmen en -waar nodig- invoegen ten behoeve van het gezamenlijke doel. Een MESO-teamlid streeft in contact met ouderen en collega's naar verbinding en blijft daar voortdurend energie op in zetten.

Ruimte voor groei

Al deze competenties kunnen in meer of mindere mate ontwikkeld worden. De bereidheid c.q. wens daartoe moet er dan uiteraard zijn. De bij MESO-zorg passende waarden³⁰ moeten ergens in de basis wel aanwezig zijn en passen bij je persoonlijke identiteit.

Competenties die minimaal in het collectief aanwezig moeten zijn

MESO-zorg vraagt van professionals om er zelfbewust op uit te gaan, die initiatief (blijven) nemen, die onderling kennis delen, beschouwend en reflectief zijn, die open staan voor vernieuwing en altijd nieuwsgierig zijn naar wat de ander beweegt.

Een team opbouwen uit mensen die alle competenties in sterke mate bezitten, zeker in de huidige context met arbeidsmarktkrapte, is niet realistisch. Het is ook niet nodig. MESO-zorg is samenwerkingszorg, en vraagt dus een teamresultaat. Daarin kan ieder zijn eigen bijdrage aan het geheel doen. Niet elke teamlid hoeft in de voorhoede te staan om het netwerk uit te leggen wat MESO-zorg komt brengen, niet iedereen hoeft voortdurend verbinding te onderhouden (en uit te breiden) met alle partijen in het lokale netwerk, niet iedereen hoeft voortdurend kansen tot innovatie en doorontwikkeling te zien en in te brengen. Het ene teamlid is sterk in pionieren, de ander in bestendigen, de ene is pragmatischer, de andere idealistischer. Een mix en balans van dit alles, zorgt voor het juiste resultaat.

Een jonge of volwassen MESO-praktijk

Ook vraagt een beginnende MESO-praktijk andere competenties van de teamleden, dan een 'volwassen' MESO-praktijk. Een beginnende praktijk vraagt een (of meerdere) pioniers met enthousiaste volgers: sterke verbinder(s), leider(s), zelfbewuste samenwerker(s).

Nieuwe collega's werven

De visie van MESO is makkelijk te onderschrijven. Het past in de huidige tijdsgeest, de noodzaak tot ander organiseren van zorg en van de maatschappij. Het vraagt daarmee ook gedragsverandering, en dat is zo makkelijk niet. Competenties zijn soms makkelijk te beamen, maar de praktijk moet leren of je echt tot de benodigde gedragsverandering kunt komen. MESO-teamleden hebben een aantal dingen aangegeven die bij werving van nieuwe collega's helpend en belangrijk zijn. Bijvoorbeeld: kijk naast competenties ook of iemand goed in het team past; kijk of iemand zijn/haar competenties in het gesprek ook toont of kan tonen d.m.v. een casus/situatiebespreking; ga de diepte in, vraag hoe mensen iets doen of ervaren; laat iemand een dag(deel) meelopen en/of kennismaken met andere betrokkenen, om mede daarmee af te wegen of iemand goed past.

Tenslotte

Lees voor het verwerven van een concreet beeld van MESO-zorgverleners (en hun competenties) in de praktijk de publicatie 'De mensen van MESO, portretten en verhalen' (Stichting MESO, mei 2023).

³⁰ MESO kwaliteitsbeschrijving 2023, Bijlage 5.1 MESO-project 2020-2023



Bijlage 1.2 Beschrijvingen regionale contexten

Inleiding

Elke MESO-praktijk bevindt zich in een andere regio. Hieronder beschrijven we per regio een aantal aspecten:

- ✓ Welk zorgaanbod is er lokaal en regionaal aanwezig bij de introductie van MESO-zorg?
- ✓ Hoe is het huidige MESO-team gepositioneerd/georganiseerd?
- ✓ Welke lokale uitdagingen zijn er/met welke ambitie is er gestart met MESO-zorg?
- ✓ Is er een regiovisie geformuleerd?
- ✓ Wat zijn de ambities, lokaal en in de regio, nu en op lange(re) termijn?
- ✓ Hoe past MESO-zorg daarin?

In deze bijlage beschrijven we per regio de situatie voor zover die nu bekend is.



Velp

Praktijk en gezondheidscentrum

Ester Bertholet, grondlegger van MESO-zorg, heeft in het najaar van 2011 de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB)³¹ in Velp (Gelderland) opgericht. Sinds juni 2025 werkt de praktijk onder de naam Praktijk Ouderengeneeskunde Thuis (POGT).

De POGT is een zelfstandige praktijk, gevestigd in het gezondheidscentrum in Velp en is aangesloten bij Stichting EenPlus. Dit is een samenwerkingsverband van zorgverleners die met elkaar zorgen voor samenhangende en wijkgerichte eerstelijnszorg in Velp, Rozendaal en in diverse Arnhemse wijken. Onlangs zijn er ook spraken gemaakt met huisartsenpraktijken in Dieren, Rheden en Brummen. Samenwerking vindt plaats met huisartsen, apothekers, paramedici (fysiotherapeuten, oefentherapeut, ergotherapeuten, podotherapeuten, logopedisten, diëtisten, thuiszorg, psychologen), het sociale domein als ook met informele ondersteuners.

Het MESO-team is sinds 2011 gegroeid van een enkele SO, verpleegkundige en secretaresse naar inmiddels een team van vijf artsen, vier verpleegkundigen, één AIOS, twee secretaresses, een praktijkmanager en een praktijkhouder.

Positionering/organisatie MESO-team

De POGT is een zelfstandig gevestigde partij. Alle MESO-teamleden zijn in dienst van de POGT, de POGT is de contracterende partij.

Ouderen in Velp

In de gemeenten Velp en Rozendaal was de bevolkingssamenstelling in 2011 al zoals deze in 2040 in heel Nederland zal zijn. Ruim een kwart (27%) is ouder van 65 jaar, en 15% van de inwoners is ouder

³¹ De naam is per juni 2025 gewijzigd naar Praktijk Ouderengeneeskunde Thuis (POGT)

dan 75 jaar. Dit is mede de reden geweest dat MESO-zorg zijn oorsprong in Velp heeft. Huisartsen vroegen Ester Bertholet destijds samen met hen passende zorg vorm te geven voor deze groep. Zodat door de juiste en tijdige inzet van expertise verergering van problematiek (en dus crisisinterventies, opname in ziekenhuis en verpleeghuis) bij deze kwetsbare ouderen voorkomen kan worden. En zij met optimale kwaliteit van leven thuis kunnen blijven wonen.

Het dorp Velp kent in 2022 18.185 inwoners, in 2011 waren dat er 17.865 (CBS). Volgens de LASA-studie³² is gemiddeld 17% van de 65-plussers kwetsbaar, in Velp gaat het anno 2022 dus om zo'n 835 ouderen. Daarvan worden jaarlijks ongeveer 110 ouderen behandeld door het MESO-team.

Lokaal zorgaanbod

Er was geen breed en samenhangend zorglandschap ten behoeve van ouderenzorg aanwezig in Velp bij de start van de POGT. Er was met name een ergotherapeut en een casemanager dementie die veel taken op zich namen. Taken van deze professionals werden gaandeweg overgenomen door meerdere casemanagers dementie en wijkverpleegkundigen. Bij aanvang van de POGT was ook geen praktijkondersteuner ouderen (hierna: POH-O) werkzaam bij de huisartsen. Dit is op initiatief van en samen met het MESO-team ingevoerd, het MESO-team droeg daarin bij aan beleidsvorming, scholing en begeleiding. De POH's-O kenden diverse scholingsachtergronden. In de samenwerking met en begeleiding door het MESO-team werd een gezamenlijk Stepped Care model mogelijk: eerst ouderenzorg door de huisarts, dan waar nodig de huisarts met POH-O, dan eventueel advies of eenmalig consult van SO en dan MESO-zorg. Lange tijd kon POGT geen consultaties bieden, m.i.v. 2025 is dat weer wel mogelijk op een enkele verzekeraar na.

Sinds 2021 kan het MESO-team in Velp geen MESO-zorg meer bieden aan ouderen met een Wlz-indicatie. Dit is het gevolg van ontbrekende financiering. De laatstgenoemde groep ouderen wordt nu bediend met SO-consultatie door een externe partij.

Doordat MESO-zorg op deze locaties is ontwikkeld en al langere tijd wordt uitgevoerd, is de samenwerking met partners uit het lokale zorg- en hulpverlenerslandschap organisch gegroeid en grotendeels uitgekristalliseerd. Zo heeft rol- en taakverdeling met andere betrokkenen aandacht gehad en zijn er in Velp en Arnhem 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.

Regionale ontwikkelingen Arnhem

De uitdagingen voor de complexe ouderenzorg die op landelijke niveau worden gezien en besproken (WOZO, IZA, GALA, BACO) worden in de regio Arnhem herkend. Met diverse organisaties werden de afgelopen periode gesprekken gevoerd, denk aan de regionale huisartsenorganisatie Onze Huisartsen, de gemeente Rheden en diverse VVT-organisaties. Deze gesprekken geven verschillende aanknopingspunten om een vervolg te geven aan de vraag naar verdergaande samenwerking in de regio.

Het MESO-team werkt verder structureel en prettig samen met het sociaal domein (o.a. Includio, maar ook organisaties als Ons Raadhuis) en met partners als het Rijnstate ziekenhuis t.b.v. tweedelijsconsultatie met neuroloog, psychiater en geriater. Met Rijnstate zijn de afgelopen jaren een aantal extra samenwerkingslijnen opgezet, bijvoorbeeld betrokkenheid van het MESO-team bij patiënten/MDO's in het ziekenhuis. Daarnaast breidt de praktijk op dit moment verder uit naar huisartsen in de regio; er zijn op dit moment gesprekken met meerdere nieuwe potentieel verwijzende huisartspraktijken.

³² <https://lasa-vu.nl/>

Een ander voorbeeld is de overheveling van behandeling van Wlz naar Zvw. In de regio worden volop initiatieven gezien die hieraan een bijdrage kunnen leveren, met name door het versterken van de eerste- en tweede lijn rond ouderenzorg. Voorbeelden zijn sociaal domein initiatieven als Ons Raadhuis³³, uitbreiding van de capaciteit van POH-ouderen, het ondersteunen van mantelzorgers en het versterken van wijk Samenwerking rond ouderenzorg en MESO-zorg. Vanuit Stichting EenPlus en MESO-zorg is er contact met de gemeente Rheden, over het inzichtelijk krijgen van de vraagontwikkeling naar ouderenzorg, op basis van de gemeentelijke plannen t.a.v. woonvoorzieningen voor ouderen. Het is wenselijk dat deze verkenning uitgebreid wordt voor de hele regio en verbonden wordt met de ontwikkeling van de beschikbare medisch-generalistische zorg voor ouderen in de hele regio.

Ook is op initiatief van MESO-zorg in samenwerking met Onze Huisartsen het gesprek gestart met de SO-ers in de regio. *Welke uitdagingen liggen er met betrekking tot duurzame medische zorg voor kwetsbare ouderen in de regio Arnhem?* Omdat ook in de regio Arnhem een groeiend tekort aan SO-capaciteit wordt ervaren, bij een toenemende- en complexer wordende zorgvraag. In de toekomst is het goed denkbaar dat deze uitkomsten gedeeld kunnen worden binnen het traject 'Duurzame medische zorg in de regio' en is het wenselijk dat leerervaringen binnen dit traject gedeeld worden in de regio Arnhem.

Momenteel is er een vernieuwd regioplan in de regio Arnhem. Een van de 3 speerpunten binnen het regioplan is de aandacht voor 'grijze gebieden met ouderen met meervoudige hulpvragen'. Daarbij beoogt het vernieuwde regioplan een transitie van zorg, met een veranderstrategie die focust op de wijk en de zorg zoveel mogelijk thuis. MESO-zorg past uitstekend bij deze veranderstrategie, mede omdat de huisarts hoofdbehandelaar blijft bij MESO-zorg en er binnen MESO-zorg aandacht is voor de betrokkenheid van het persoonlijke netwerk van de cliënt. Op deze manier versterkt MESO de eerstelijnszorg en kan MESO-zorg een bijdrage leveren in de beoogde transitie van het regioplan. Zowel via Stichting EenPlus, als via Onze Huisartsen wordt gestreefd om MESO-zorg als onderdeel van de veranderstrategie in de wijk een plek te geven. Transformatiemiddelen kunnen een bijdrage leveren in het regiobreed opzetten van het stepped-care model voor ouderen met een complexe zorgvraag.

³³ <https://onsraadhuis.com/>

Tiel

Gezondheidscentrum en zorggroep

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. Meer dan 20 goed samenwerkende disciplines zetten zich gezamenlijk in voor de gezondheid van de inwoners van Tiel. Naast 9 aangesloten huisartsenpraktijken, 4 apothekers, 6 GGZ-praktijken, diverse leefstijlcoaches, paramedici en verloskundige zorg zijn er ook samenwerkingen met Ziekenhuis Rivierenland (onderzoek) en het Servicepunt Thuiswonen (één loketfunctie voor alle zaken rondom 'langer thuiswonen' en 'meer mobiliteit').

Positionering/organisatie MESO-team

Het MESO-team in Tiel is een samenwerking tussen ECT, als contracterende partij en werkgever van de MESO-secretaresse, Stichting Zorgcentra Rivierenland (SZR) als werkgever van de MESO-specialisten ouderengeneeskunde en SantéPartners als werkgever van de MESO-verpleegkundigen. Op basis van onderlinge afspraken wordt de inzet van de betrokken professionals geborgd en gefinancierd.

Ouderen in Tiel

Relatief veel inwoners van Tiel kennen grote gezondheidsuitdagingen. Zowel wat een gezonde leefstijl betreft, als ook het leven met één of meerdere chronische aandoeningen. Mensen maken vaker gebruik van geestelijke gezondheidszorg en worden vaker in het ziekenhuis opgenomen. Waar het RIVM in de toekomstige verkenning op landelijk niveau een gezond vooruitzicht schetst, is dit beeld voor de inwoners van Tiel minder herkenbaar. Voor de komende jaren is de verwachting dat in Tiel het aantal mensen met een chronische aandoening verder gaat toenemen. Met name het aantal mensen met hart- en vaatziekten of psychische problematiek, oudere in een kwetsbare situatie (en die palliatieve zorg behoeven) en mensen met dementie die thuis wonen gaat verder oplopen.

De gemeente Tiel kent 42.277 inwoners (2022, CBS³⁴), 19% hiervan is 65 jaar of ouder. Zo'n 17% van alle ouderen in Tiel worden gezien als kwetsbaar (2020, Vektis³⁵), dat zijn zo'n 1.366 ouderen.

Behoeftes van patiënten

Inwoners van Tiel vragen aan zorgverleners in de breedte naar hun gezondheid te kijken en ook oog te hebben voor sociale uitdagingen. Er is meer behoefte aan persoonsgerichte zorg. Een grote zorg van patiënten zijn wachttijden en de regie over de zorg. Welke zorgverlener heeft een goed beeld van alle lopende zorgactiviteiten als zijzelf het overzicht verliezen?

Om thuiswonende ouderen met zeer complexe problematiek goed binnen de huisartsenpraktijk te kunnen helpen, stelden de huisartsen een specialistisch team samen, het MESO-team.

Het ECT richt zich op die vormen van preventie waarvan de betrokkenheid van de zorgverleners een aantoonbare meerwaarde heeft: de zorg gerelateerde en geïndiceerde preventie. De zorgverleners denken graag met partners (GGD, gemeente) mee inzake wijkgebonden preventie. Diverse voorbeelden hiervan, naast MESO-zorg, zijn de Tielse wandel challenge, Coalitie Tiel Rookvrij, Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO), Convenant gemeente Tiel.

³⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/regionaal/inwoners>

³⁵ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen>

Lokaal zorgaanbod

De SO-consultatiefunctie in Tiel bestaat al vele 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 alle huisartsenpraktijken de consultatie uitvoeren. De verpleegkundige is daar niet integraal bij betrokken en er is geen financiële ruimte om een MDO te organiseren.

Alle praktijken hebben een praktijkondersteuner specifiek gericht op ouderenzorg. In drie praktijken is een POH-O, met achtergrond als POH-S, werkzaam. Alle huisartsenpraktijken kunnen verwijzen naar een SO voor een consult, of naar MESO-zorg.

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 is er dus brede samenwerking met veel partijen. Het MESO-team had bij aanvang reeds uitgebreide contacten met netwerk in de eerste lijn, maar zag dit netwerk in de loop van de pilot verder groeien. Het contact met bv. kleinere thuiszorgorganisaties en paramedici is daardoor gaandeweg de pilot steeds verder gegroeid.

Regionale ontwikkelingen Rivierenland

Om goed aan de (veranderende) zorgvraag te kunnen voldoen, is een verdere integratie en uitbreiding van het huidige zorgaanbod in Tiel voor mensen met hart- en vaataandoeningen, psychische problematiek, kwetsbare ouderen en mensen met dementie nodig.

In samenwerking met de preferente zorgverzekeraar Menzis, patiënten(vertegenwoordigers) en aangesloten zorgverleners werkt het ECT haar visie in een zorgaanbodplan uit. Menzis stuurt aan op persoonlijke gezondheidsdoelen, dat sluit aan bij de opvatting van het ECT van optimale zorg. Het ECT is met Menzis, het ziekenhuis en de gemeente in gesprek om de speerpunten voor de komende jaren verder te definiëren en aan de gekozen focus invulling te geven, ook op financieel gebied. Binnen de uitwerking is er ook oog voor de doelmatigheid van de zorg.

Momenteel wordt het regioplan voor Gelders Rivierenland opgesteld binnen het bestuurlijke 'Rivierenland Samen Beter'. Deelnemers aan dit overleg zijn het: het ECT, Stichting Zorgcentra Rivierenland, Santé Partners, Ziekenhuis Rivierenland, Zorggroep Gelders Rivierenland, Coöperatieve Huisartsen Vereniging Rivierenland, ProPersona, Mura Zorgadvies (ROS), gemeenten, woningcorporaties, sociaal domein en Menzis.

Rivierenland Samen Beter heeft 9 speerpunten voor de komende jaren. Eén daarvan, 'Samen Oud in Rivierenland', heeft als ambitie: *"Ouderen in Rivierenland zijn goed voorbereid op hun oude dag en leven zo gezond mogelijk in een vertrouwde fysieke en sociale omgeving. Als zij hulp of zorg nodig hebben dan is dat ook beschikbaar en goed geregeld. Hierdoor voelen zij zich zo lang mogelijk vitaal en onderdeel van de maatschappij. Dit resulteert in gezonde oudere inwoners goede kwaliteit van zorg, beheersbare kosten en tevreden medewerkers."*

ECT, SZR en Santé-partners hebben in april 2023 uitgesproken zich samen hard te willen maken voor een gezamenlijke uitrol van MESO-zorg in de regio Gelders Rivierenland. Met behulp van IZA-gelden wordt de verbinding vanuit deze drie organisaties tussen WOZO en IZA gelegd, om zich zo samen te kunnen verdiepen in toekomstscenario's.

Belangrijke bespreekpunten zijn:

- Wie wordt de contracterende partij in de toekomst? VVT of RHO?
- Wat is het tarief waarvoor de zorg verleend moet worden?

- Wat zijn de kernelementen van MESO zorg die overeind moeten blijven als het tarief lager wordt dan nu het geval is?
- Hoe verhoudt MESO zorg zich tot gewenste continuüm van zorg voor kwetsbare ouderen in onze regio?
- Als de hele regio meedoet (180.000 ION), hoeveel MESO-patiënten verwachten wij dan en wat betekent dit voor de organisatie en de formatie?

Zoetermeer

EerstelijnsZorg Zoetermeer

EerstelijnsZorg Zoetermeer (EZZ) richt zich op ondersteuning en ontzorging van huisartsen, apothekers en andere eerstelijnsprofessionals, én op versterking van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg in Zoetermeer en Benthuisen. Kwaliteit in termen van goede deskundigheid, een samenhangend (geïntegreerd) zorgaanbod, voldoende beschikbaarheid (capaciteit) en continuïteit, goede service (patiëntgericht) en doelmatigheid.

EZZ is een lokale eerstelijnszorgorganisatie van, voor en door huisartsen, apothekers en andere professionele hulpverleners in Zoetermeer en Benthuisen. Het zorgaanbod wordt grotendeels geleverd door zelfstandige beroepsbeoefenaren en voor een kleiner deel door hulpverleners in dienst bij EZZ of bij andere zorgaanbieders.

Positionering/organisatie MESO-team

Het MESO-team in Zoetermeer is een samenwerking tussen EEZ, als contracterende partij en werkgever van de MESO-secretaresse, twee MESO-SO's en de MESO-verpleegkundigen (tevens praktijkverpleegkundige/verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk). Een MESO-SO is in dienst van de VVT-organisatie WoonZorgcentra Haaglanden (WZH). Op basis van onderlinge afspraken wordt de inzet van de betrokken professionals geborgd en gefinancierd.

Ouderen in Zoetermeer

Het werkgebied van EZZ bestaat uit de gemeente Zoetermeer en de woonkern Benthuisen (gemeente Alphen aan den Rijn). Het gaat om ongeveer 130.000 inwoners. Zo'n 20,6% is 65 jaar of ouder³⁶. Hiervan is zo'n 16-17% kwetsbaar³⁷, dat zijn circa 4.385 65-plussers.

Van de ongeveer 130.000 in de huisartsenpraktijken ingeschreven patiënten is 8,2% 75 jaar en ouder. Bij ruim 31% van deze groep is geïnventariseerd of er sprake is van kwetsbaarheid. Bij ruim 22% is hiervan sprake, dit betreft dus zo'n 2.329 75-plussers.

Lokaal zorgaanbod

Alle huisartsenpraktijken contracteren via EerstelijnsZorg Zoetermeer de zogenoemde Segment 3 prestatie ouderenzorg. Dat is multidisciplinaire, afgestemde en proactieve zorg aan kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie. Deze zorg is bedoeld voor ouderen van 75 jaar of ouder, inclusief ouderen met dementie en ouderen die in woonzorgcentra wonen met de huisarts als hoofdbehandelaar.

De complexe ouderenzorg wordt primair uitgevoerd door de huisarts en praktijkverpleegkundige ouderenzorg. Van de 54 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen beschikken er 52 over een praktijkverpleegkundige ouderenzorg, op één na in dienst van EZZ. De overige twee praktijken hebben een praktijkondersteuner ouderen. De meeste praktijkverpleegkundigen zijn in het bezit van het post hbo-diploma Verpleegkundige Gerontologie en Geriatrie.

³⁶ <https://zoetermeer.incijfers.nl/dashboard/zoetermeer-in-cijfers/bevolking>

³⁷ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen>

Met alle huisartsenpraktijken bestaan sinds enkele jaren afspraken over de beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde als consulent, door middel van samenwerkingsafspraken met WZH, Goudenhart (Fundis) en GeriCall.

Naast de paramedici en VVT-organisaties (inclusief het casemanagement dementie) wordt ook met een aantal organisaties, in het kader van de zorg voor kwetsbare ouderenzorg, intensief afgestemd. Dat betreft de diverse takken van de VVT (zorgpension, GRZ, ELV, Wlz), met de gemeente (Wmo Bureaudienst) en het sociaal domein (InZet), het Hospice Zoetermeer, de Ouderenpsychiatrie incl. wijk SPV en de poli Geriatrie en Neurologie incl. Geheugenpoli HagaZiekenhuis. Ondanks de nauwe samenwerking en de korte lijnen tussen bij de ouderenzorg betrokken organisaties is het beeld dat de problematiek van kwetsbare ouderen in complexiteit enorm toeneemt. Daarvoor zijn verschillende redenen aan te geven.

- Zoetermeer kent een relatief hoog aantal ouderen met een Wlz indicatie
- De toegenomen complexiteit van de zorgvraag van kwetsbare ouderen creëert een zwaarder beroep op diverse vormen van ondersteuning in de keten
- Crisisplaatsingen vragen veel tijd van de huisartsenpraktijk.

Regionale ontwikkelingen Zoetermeer

In de regio Zoetermeer vergrijsst de bevolking sneller dan in de rest van Nederland. De kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod is groot en de urgentie om nieuwe manieren van samenwerken te ontwikkelen en te implementeren is dus groot.

EerstelijnsZorg Zoetermeer is één van de mede-initiatiefnemers van het initiatief Zoetermeer 2025, inmiddels Samen ZoeterMeerGezond. In dit initiatief slaan inwoners, patiënten, cliënten, mantelzorgers, zorg- en welzijnsprofessionals, vrijwilligers en zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeente in Zoetermeer de handen ineen.

Het doel: een gezonde regio Zoetermeer in 2025. Door een betere gezondheid te stimuleren en op die manier zorg te voorkomen. Door zorg en welzijn voor inwoners te verbeteren, dicht bij huis te organiseren en voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden.

Onder de vlag van Zoetermeer 2025 zijn twee lijnen te onderscheiden, de acute lijn en de chronische lijn. Hieronder wordt voor beide lijnen geschetst welke projecten/activiteiten zijn gestart in relatie tot ouderenzorg en hoe MESO-zorg zich daartoe verhoudt.

1) Acute lijn – Herziening acute keten met focus op ouderenzorg ter voorkoming instroom en verkeerde bedden tweede lijn en verlaging druk op de eerste lijn:

- **Centrum Acute Zorg:**

In juli 2025 hebben EerstelijnsZorg Zoetermeer, Fundis en HagaZiekenhuis locatie Zoetermeer, het voorgenomen besluit genomen tot oprichting van de coöperatieve vereniging Centrum Acute Zorg. In een innovatief centrum zal de acute zorg georganiseerd worden door de functies Huisartsen Spoedpost, Dienstapothek, Spoedeisende Hulp (locatie Zoetermeer), Regionaal Transferpunt en Multifunctionele bedden samen te voegen. Er zal daarnaast intensief worden samen gewerkt met de acute wijkverpleging van Spoedteam Enea (Fundis).

Hieronder wordt meer uitgelegd over de functies RTP en MFB:

- **Regionaal Transferpunt**

Verwijzers in Zoetermeer kunnen één telefoonnummer bellen als zij een ongepland tijdelijk verblijf voor een (kwetsbare) oudere nodig hebben. Een team van transferverpleegkundigen denkt met hen mee en heeft inzicht in welke bedden beschikbaar zijn. Voor complexe casuïstiek is een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar voor advies en ondersteuning;

- **Multi Functionele Bedden (in ontwikkeling)**

Er zijn patiëntengroepen die tijdelijk niet thuis kunnen blijven, maar ‘tussen de wal en het schip vallen’ als een beroep wordt gedaan op de in Zoetermeer beschikbare ELV-locaties (Zorgpension en Buurtzorgpension), een crisisbed Wlz of het REO. Fundis heeft in 2021 het initiatief genomen om te verkennen of het haalbaar is voor deze patiëntengroepen tijdelijke bedden te creëren. In 2022 werden andere partners binnen Zoetermeer 2025 bij deze verkenning betrokken, zoals aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en van verpleging en verzorging intramuraal en thuis. De in 2022 ontwikkelde contouren en concept-businesscase worden in 2023 verder doorontwikkeld.

- **MESO-zorg**

In oktober 2020 startte in Zoetermeer de drie jaar lopende pilot Multidisciplinaire *Eerstelijnszorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO)* met als doel het optimaliseren van passende zorg zodat kwaliteit van leven verbetert met als onvermijdelijk effect: verminderen instroom acute keten, substitutie en langer thuis. Inmiddels kunnen twaalf huisartsenpraktijken in de wijken Seghwaert, Noordhove en Buytenwegh niet stabiele kwetsbare ouderen met niet-acute multiproblematiek doorverwijzen naar de MESO Praktijk Ouderengeneeskunde.

2) **Chronische lijn** – “Chronische zorg en kwetsbare ouderen- waardevolle zorg dichtbij: persoonlijk, passend en pro-actief”:

Herinrichting netwerk kwetsbare ouderen met relevante netwerkpartners en ouderen gelet op nieuwe uitdagingen als gevolg van landelijke ontwikkelingen op met name de domeinen (para)medische zorg, wijkverpleging, sociaal domein en wonen. Dit zal gepaard gaan met een herverdeling van de aansturing per domein met een domeinoverstijgende brede ondersteuning voor wat betreft thema’s zoals preventie, passende zorg en digitalisering. Projecten die hier onder vallen zijn; Reablement, de MantelzorgAcademie, Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging en Zorg op Afstand (voor chronische zorg). De deelprojecten voor Proactieve zorgplanning en de Regionale Aanpak ouderenzorg worden hieronder nader toegelicht:

- Passende zorg door middel van Proactieve zorgplanning. Vroegtijdige gesprekken tussen zorgprofessional en patiënt over de behandelwensen en behandelgrenzen wanneer de eindigheid van het leven zichtbaar en/of voelbaar wordt draagt bij aan passende zorg. Het project beoogt om binnen de diverse chronische netwerken gebruik te maken van een uniforme toolbox voor zorgprofessionals en patiënten en handvatten te bieden voor de invulling van beleefde randvoorwaarden. Tenslotte ligt de focus op het in kaart brengen van de wensen en mogelijkheden om de PZP- patiëntreis te ondersteunen via ICT en digitalisering.
- Regionale aanpak ouderenzorg, bestaande uit drie deelplannen: Allereerst krijgt het RTP een expertiseschil van specialisten ouderengeneeskunde zodat voor zoveel mogelijk patiënten in de acute fase een passende plek gevonden wordt. Ten tweede zal er een overlegtafel voor subacute ouderenzorg worden ingericht. Wekelijks kunnen zorgverleners casuïstiek inbrengen en multidisciplinair bespreken met huisartsen, geriater, SO’s, neurologen, revalidatieartsen en verpleegkundige. Het laatste deel plan is de oprichting van een leernetwerk, samengesteld uit verwijzers en professionals met somatische en psychogeriatrische expertise. Met hen wordt een regionale visie geformuleerd over nieuwe vormen van samenwerken en organisatie op grond waarvan 24/7 geriatrische expertise beschikbaar is voor elke kwetsbare oudere, ongeacht waarop deze verzekerd is, ongeacht plaats van verblijf en ongeacht het moment waarop de

behoefte aan geriatische expertise ontstaat (dag/nacht/weekend). MESO-zorg is hier onderdeel van.



Rotterdam

Zovida

Zovida is een organisatie die actief is in het ondersteunen en ontwikkelen van eerstelijns samenwerkingsverbanden in de regio Rijnmond. Zij organiseren, sinds de fusie met Gezond op Zuid per 1 januari 2023 de zorg vanuit 15 gezondheidscentra voor ruim 105.000 patiënten in de wijk. De zorgprofessionals (huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, logopedisten en assistenten) werken en handelen vanuit hun beroepsnormen aan individuele en persoonsgerichte patiëntenzorg, waarbij de samenwerking met de patiënt centraal staat.

Positionering/organisatie MESO-team

MESO-zorg wordt in Rotterdam-Ommoord geboden in gezondheidscentrum Ommoord door een samenwerking tussen Zovida, aanvoerder van het project en organisator van de experimentfinanciering, eigenaar van gezondheidscentrum Ommoord en werkgever van de MESO-secretaresse en Laurens, werkgever van de MESO-specialisten ouderengeneeskunde en MESO-verpleegkundigen. Op basis van onderlinge afspraken wordt de inzet van de betrokken professionals geborgd en gefinancierd.

Ouderen in Rotterdam

Rotterdam kent 655.468 inwoners (2022, CBS) waarvan 25.690 inwoners in de wijk Ommoord. Waar in heel Rotterdam zo'n 15,6% 65 jaar of ouder is, is dat in de wijk Ommoord zo'n 29,3%. Van alle oudere inwoners (65+) van Rotterdam is zo'n 20% kwetsbaar (2020, Vektis).

Lokaal zorgaanbod

In gezondheidscentrum Ommoord zijn zorgverleners uit de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam zoals huisartsen, assistentes, praktijkondersteuners, fysiotherapie en een apotheek. Het Gezondheidscentrum Ommoord kent al vanaf 2012 een structurele aanpak eerstelijns ouderenzorg, met twee praktijkverpleegkundige-ouderen die werkzaam zijn voor alle 10 huisartspraktijken in het gezondheidscentrum. Beiden hebben een verpleegkundige achtergrond met diverse en brede aanvullende opleidingen. Sinds 2015 is ook de consultfunctie voor de SO en advance care planning toegevoegd aan deze aanpak.

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

Start met MESO

Onder huisartsen, PVH en de consulterende SO's ontstond de behoefte in sommige vallen meer expertise in te kunnen zetten. Na oriëntatie op bestaande voorbeelden sprak de MESO-werkwijze aan. De SO's en verpleegkundigen van MESO bespreken nu na verwijzing van de huisarts onderling of een consult of MESO-zorg het meest passend is. Een SO zegt over de inclusie voor MESO-zorg: *"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."*

De MESO-teamleden merken dat sinds de start van MESO-zorg lokale multidisciplinaire samenwerking een stevigere vorm krijgt. En dat dit voor de betreffende populatie leidt tot meer passende zorg.

Regionale ontwikkelingen

De huisartsen van GC Ommoord willen MESO-zorg niet missen. Zij hebben inmiddels ook voorgesteld MESO-zorg ook beschikbaar te stellen voor de andere huisartspraktijken in de wijk Ommoord. Dit verzoek is voorlopig nog aangehouden in afwachting van de uitkomsten van het overleg met Zilveren Kruis. Zovida denkt verder samen met Laurens na over de mogelijkheid om MESO beschikbaar te gaan stellen voor alle patiënten van de huisartsenpraktijken van Zovida, vooral in Rotterdam Zuid (met een grote populatie met migranten van niet-Europese achtergrond). Gedacht wordt aan een MESO-centrum in zowel Rotterdam Noord als Rotterdam Zuid.

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. Rijnmond Dokters heeft momenteel de aandacht op alle aangesloten praktijken naar een hoger niveau van ouderenzorg brengen (patiënten in kaart brengen, ondersteuning door POH-OZ, implementatie ACP en MDO).

Zilveren Kruis, de preferente zorgverzekeraar, concludeert op basis van de uitkomsten van het herhaalbaarheidsonderzoek naar MESO-zorg dat het in ieders belang is dat de MESO-infrastructuur in Rotterdam behouden blijft totdat de landelijke prestatie inclusief tarief vastgesteld is. Er is inmiddels inhoudelijk en procesmatig overleg gaande over de uitvoering van de overgangsfase.

In regionaal verband, binnen Conforte (de regionale brancheorganisatie van (VVT) ondernemers in de zorg) wordt onderzoek gedaan naar de behoeften aan multidisciplinaire extramurale zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, de mogelijke 'zorgvormen' en hoe dat in te passen in het bestaande zorgaanbod. Een eerste stap in dit proces zal gericht zijn op onderlinge kennisdeling opdat er een gedeeld beeld ontstaat van het zorgaanbod, de verschillen en overeenkomsten en de toegevoegde waarde (of niet) van de verschillende vormen.

De gemeente Rotterdam volgt de ontwikkeling van MESO-zorg met interesse, en wil graag betrokken zijn bij de aansluiting van MESO-zorg bij het sociaal domein. Om tot verdergaande samenwerking te komen is het belangrijk de verbinding met de aanbieders in het sociale domein tot stand te brengen c.q. te versterken.



Bijlage 1.3 Handreiking Maken contextanalyse

Toelichting

MESO-zorg is samenwerkingszorg en waarde(n)-gedreven zorg. In het MESO-project (2020-2023) hebben we kennis en inzichten verworven over wat het vraagt om als zorgaanbieder deze vorm van zorg te implementeren, de juiste kwaliteit te bieden en deze ook vast te houden (borging). Een van de geleerde lessen is het feit dat MESO-zorg geen blauwdrukszorg is. M.a.w. alleen een handboek/toolbox MESO-zorg erbij pakken, leidt niet vanzelfsprekend tot MESO-zorg en de gewenste kwaliteit. MESO-zorg is zorg die medisch specialistische expertise verbindt aan verpleegkundig geriatrische expertise en komt tot stand tussen het MESO-team en de huisarts(en).

Als de keuze gemaakt is om MESO-zorg te willen implementeren, is het in kaart brengen van de context waarbinnen dat gerealiseerd moet worden belangrijk. MESO-zorg gedijt beter naarmate er aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Het is raadzaam de randvoorwaarden bij aanvang zo dicht als mogelijk te benaderen. Voor die zaken die nog onvoldoende in orde zijn, wordt een ontwikkelpad vastgelegd waarvan de voortgang wordt gemonitord. De ervaringen in het MESO-project hebben laten zien dat de praktijk van alledag geregeld om nieuwe oplossingen/bijstellingen vraagt. De contextanalyse kan houvast geven bij het maken van nieuwe afwegingen.

Er is niet 1 specifieke manier om een context in kaart te brengen. Deze handreiking 'contextanalyse' is tot stand gekomen op basis van inzichten binnen het MESO-project 2020-2023.

Een contextanalyse is geen statisch document, het is prima om een begin te maken en deze gaandeweg uit te bouwen.

De analyse start vanuit het perspectief van de professional (SO e/o verpleegkundige), dat zijn niet per definitie de initiatiefnemers. Het initiatief kan namelijk ook bij het management/bestuur liggen. Toch kiezen we voor deze invalshoek omdat het ook of juist in dat geval cruciaal is dat hun betrokkenheid er van meet af aan is.

Klik [hier](#) voor de contextanalyse vragenlijsten.



Bijlage 1.4 Illustraties van mogelijke (regionale) uitdagingen bij de implementatie en uitvoer van MESO-zorg

Inleiding

Tijdens het vormgeven van MESO-zorg op andere plekken, in andere regio's, onder andere omstandigheden, zijn de pilot-teams en -projectleiders geconfronteerd met tal van uitdagingen. Samen met de pilot-teams, het Lerend Netwerk van projectleiders, het MESO-bestuur en de MESO-praktijk in Velp werd telkens gekeken naar een goede en haalbare aanpak. Deze lessen zijn verwerkt in het geactualiseerde overzicht³⁸ van *randvoorwaarden voor het leveren van MESO-zorg*. Hieronder beschrijven we enkele vraagstukken die een rol speelden, formuleren we een advies om vervolgens wat meer uitgebreid te beschrijven wat we zijn tegengekomen, welke overwegingen zijn gedaan en welke keuzes (en waarom) zijn gemaakt.

Algemeen advies

Maak voor de start van implementatie van MESO-zorg een goede contextanalyse. Elementen die daarin zoal een rol spelen zijn:

- Is er voldoende kennis aanwezig van met MESO-concept en de betekenis daarvan voor het (kunnen) verlenen van MESO-zorg;
- Welke kenmerken heeft het werkgebied in termen van zorgvraag en zorgaanbod;
- Welke spelers vormen samen het speelveld ofwel: welke ambities zijn er, welke vraagstukken vragen om een oplossing, wie wil daar een bijdrage aan leveren en vanuit welke motivatie?
- Welke doelen en welke beoogde resultaten worden nagestreefd, voor wie en waarom?
- Zijn de randvoorwaarden in voldoende mate aanwezig, is er voldoende ontwikkelruimte, is er voldoende betrokkenheid van de diverse belanghebbenden?
- Is er een cultuur van samenwerken? Wat is de mate van: geven en nemen; onderling vertrouwen; gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid; betrokkenheid? Wie werkt met wie samen? Waar blijkt e.e.a. uit?
- Is er sprake van voldoende oplossend vermogen? Hebben betrokkenen de basis op orde?
- Worden er kennis en inzichten gedeeld? In welke mate is er sprake van een leer- en ontwikkelcultuur?
- Welke ontwikkelingen spelen er lokaal en regionaal? In hoeverre is er verbinding met deze ontwikkelingen.

We adviseren om een goede contextanalyse te maken om zodoende goed zicht te hebben op de beginsituatie op basis waarvan een plan van aanpak tot implementatie opgesteld kan worden. Inzichten in de MESO-pilots leiden tot het advies daarbij kennis en expertise te benutten van ervaren MESO-praktijken. In bijlage 1.3 hebben we een voorbeeld van een context-analysemodel opgenomen.

³⁸ Zie bijlage 5.1 'MESO Kwaliteitsbeschrijving', mei 2023, hoofdstuk 6

Specifieke inzichten/adviezen

1) MESO-zorg implementeren

Lokale/regionale organisatie van (ouderen)zorg

Aan het implementeren van MESO-zorg gaat een goede voorbereiding vooraf. Het is belangrijk om een helder beeld te hebben: niet alleen van het concept 'MESO-zorg' maar ook wat het in de praktijk concreet betekent om op deze manier te werken.

Ervaringen in het MESO-project

Kennis van en ervaring met ouderenzorg, MESO-zorg/inzet SO in de 1^e lijn én ambities en mate van betrokkenheid

MESO-concept doorleven

In alle pilotregio's hebben we ondervonden dat het belangrijk is goed stil te staan bij het MESO-gedachtegoed en de onderliggende waarden. Op het eerste oog lijken deze zo evident logisch dat snel gedacht kan worden dat het niet veel anders is dan men gewend is te doen. We hebben gemerkt dat de hoge mate van effectiviteit van deze vorm van zorg bereikt wordt als bestaande gedragspatronen doorbroken worden. De MESO-teamleden in de pilots maar ook nieuwe instromers in de gevestigde MESO-praktijk POGB ontdekken gaandeweg, mede op basis van contact en intervisie met ervaren MESO-professionals, dat dit expliciete aandacht vraagt. Gaandeweg krijgt het concept meer en meer concrete betekenis.

Variatie in kennis en kunde

In de verschillende regio's is wisselende kennis en capaciteit aangaande ouderenzorg aanwezig. Een regionale visie en samenwerking ontbreekt soms en niet alle partijen hebben ouderenzorg optimaal georganiseerd. Zo zagen we individuele verschillen tussen huisartsen en huisartsenpraktijken. Denk aan de aanwezige competenties en expertise. Of, het al dan niet voelen van affiniteit met de oudere populatie; persoonlijkheden/karakters van betrokkenen; de aan- of afwezigheid van een POH-O/PVH-O in de praktijk; de aan- of afwezigheid van samenwerking met de SO (in de vorm van consultatie) en de kenmerken van de te bedienen populatie.

Samen bouwen vanuit visie en ambitie

Het is belangrijk gebleken dat er telkens ruimte is voor de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde om hun samenwerking op maat vorm te geven. Op zodoende toe te werken naar een gezamenlijke ambitie, doelmatige inzet van ieders expertise en vanuit onderling vertrouwen samen verantwoordelijkheid nemen voor de populatie kwetsbare ouderen.

Bij reserves t.a.v. nieuw zorgaanbod of een nieuwe samenwerking kan de MESO-expertise het best eerst ingezet worden waar die het meest gewenst is. Het MESO-team kan vanuit daar zorgen voor een groeiende lokale en regionale samenwerking en voor kennisverspreiding. Daarmee ontstaat dan de ruimte voor het gezamenlijke gesprek 'welk zorgcontinuüm is hier het meest passend, het meest wenselijk' en 'het meest haalbaar'?

Inzichten/adviezen

- ❖ Contact met ervaren MESO-professionals/organisaties is een belangrijke voorwaarde om van plan tot implementatie te komen.
- ❖ MESO-zorg implementeren verloopt soepeler naarmate de lokale en regionale organisatie van (ouderen)zorg zich kenmerkt door een cultuur van samenwerken. Waarin er sprake is van heldere ambities, doelen en beoogde resultaten; er voldoende initiatief en doorzettingsvermogen aanwezig is om met de beschikbare capaciteit doelen te verwezenlijken én de betrokken organisaties de basis op orde hebben.

- ❖ Tegelijkertijd kan MESO-zorg een belangrijke katalysator zijn om bovenstaande zaken te organiseren en optimaliseren. MESO-zorg stoelt op lokale samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid, zowel op micro-, meso- als macroniveau.
- ❖ Té strikte kaders en voorwaarden stellen voor het starten met MESO-zorg (of andere initiatieven) belemmert naar onze ervaring innovatie. Door samen aan de slag te gaan, toe te werken naar duurzame en doelmatige inzet van expertise, groei je samen in optimalisering van (ouderen)zorg.

2) Organisatie en kwaliteit van de MESO-zorg/MESO-praktijk

MESO-zorg kan op uiteenlopende wijze georganiseerd worden. De zorg kan geboden worden vanuit een zelfstandige praktijk 'Ouderengeneeskunde' maar ook in de vorm van een samenwerkingsverband tussen meerdere zorgaanbieders/organisaties. Bijvoorbeeld een MESO-team dat gepositioneerd is onder een Eerstelijnsgezondheidscentrum/Zorggroep en bemenst wordt door professionals vanuit een VVT-organisatie e/o Thuiszorgorganisatie.

In elk gekozen organisatievorm is het t.b.v. het behalen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het team:

- de samenstelling: individuele en gezamenlijke competenties;
- de onderlinge samenwerking;
- de teamontwikkeling.

Het team

Het MESO-team, bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en secretaresses, kan vanuit meerdere invalshoeken bekeken worden:

- Vanuit werkgeversperspectief: wie betaalt het salaris, wie draagt de verantwoordelijkheid'
- Vanuit competentieperspectief: welke competenties brengen de individuele teamleden in en zijn daarmee in het collectief vertegenwoordigd;
- Vanuit ontwikkelingsperspectief: welke ontwikkeling dient plaats te vinden in het proces van implementatie (startsituatie) tot borging (bestendiging) en doorontwikkeling (duurzame zorg) zowel op het gebied van de zorginhoud, de samenwerking in- en extern, organisatie en financiën.

Werkgeversperspectief

De teamleden van het MESO-team kunnen in dienst zijn van een zelfstandige ouderenzorgpraktijk of werknemer zijn van bijv. een VVT- e/o Thuiszorgorganisatie, als dan niet lokaal verankerd, of van Eerstelijnsgezondheidscentrum en in die hoedanigheid een MESO-rol vervullen. Dat laatste mogelijk in combinatie met andere werkzaamheden.

Bijvoorbeeld men werkt als praktijkverpleegkundige van de huisarts én als MESO-verpleegkundige. Of als specialist ouderengeneeskunde werkt met in het MESO-team (extramuraal) én in een verpleeghuisinstelling (intramuraal). Elke situatie kent zijn specifieke uitdagingen.

Competentieperspectief

MESO-teamleden dienen hun vakmanschap (SO, verpleegkundige, secretaresse) individueel op goed niveau te beheersen. Daarnaast dienen zij zicht te onderscheiden op de aspecten: initiatief en ondernemerszin'; 'samenwerken op basis van gelijkwaardigheid en onderling vertrouwen'; 'reflectief, en ontwikkelingsgericht' en tenslotte 'betrokken, zelfbewust en trots (op resultaat, effect, bijdrage)'. MESO-teamleden vullen elkaar aan en met functioneert als een collectief.

Ontwikkelingsperspectief

Een MESO-team zoekt blijven naar creatieve oplossingen, zowel op het niveau van de patiënt en mantelzorger als voor de lokale/regionale ouderenzorg/het ouderenwelzijn. Ze handelt proactief en benut de inzichten vanuit het hier en nu voor verbeteringen in de (nabije) toekomst.

Ervaringen in het MESO-project

Werkgeversperspectief

In het geval van de praktijkverpleegkundige die ook MESO-verpleegkundige is, zien we dat lokale kennis en posities optimaal ingezet kunnen worden: aanwezige kennis en expertise kan door deze constructie duurzaam ingezet worden. Het is dan wel belangrijk dat de verpleegkundige voor beide rollen goed bereikbaar is en continuïteit kan bieden. Dat vraagt vaak flexibiliteit van de verpleegkundige en van de andere betrokkenen (werkgevers, huisarts, MESO-team, samenwerkingspartners), bijvoorbeeld om de werkzaamheden op alle werkdagen te combineren.

Als gevolg van de marktwerking hebben partijen die samenwerken soms meerdere belangen. Een voorbeeld is een VVT-organisatie die een specialist ouderengeneeskunde inbrengt in een MESO-praktijk (die zorg lokaal en op maat organiseert) én die eigen paramedische behandelaars breed extramuraal wil inzetten. Doet hoeft echter niet op spanning te staan, als ook deze behandelaars goed lokaal geworteld zijn (korte lijnen met huisartsen en andere hulpverleners, zichtbaar in de wijk) en het MESO-team ruimte heeft andere behandelaars in te schakelen waar nodig (kennis, karakter, klik)

Competentieperspectief

In de praktijk zien we een grote variatie in aanwezige competenties. Door intervisie en collegiale consultatie leert men zichzelf en de ander steeds beter kennen. Gaandeweg ontwikkelt men individueel en samen wat er nodig is om MESO-zorg te leveren. Professionele autonomie krijgt binnen het duo-schap 'SO-verpleegkundige' vorm, samen worden we (zelf)bewuste keuzes gemaakt. MESO-instrumenten bieden houvast maar vormen geen strakke kaders. Bijvoorbeeld: MESO-zorg is uitgewerkt in een mogelijke patiëntenreis. Onderdelen daarvan zijn het op een bepaalde manier opstellen en op een bepaalde manier werken met een zorgbehandelplan en een patiëntbrief. De patiëntenreis is echter een handreiking, het op deze manier werken met zorgbehandelplan en patiëntbrief kan een individuele werkwijze zijn. De beschreven werkwijze is hier dan ook een middel om een bepaald doel te halen, geen doel op zich.

En ook: In de praktijk is gebleken dat MESO-teamleden enige ervaring nodig hebben bijv. om het moment 'einde zorg' te bepalen. Dit moment bepalen wordt (steeds) makkelijker als het MESO-team:

- een gevoel heeft bij 'passende inzet van MESO-zorg' binnen de principes van Stepped Care, toevoegen i.p.v. overnemen.
- een gevoel heeft bij een gemiddelde caseload (o.b.v. kwalitatieve en financiële principes)
- een lokaal verworven positie (samenwerking is wederkerig) heeft.
- gewend is te reflecteren (bilateraal en als team) op 'wanneer is het genoeg'.

Ontwikkelingsperspectief

De waarden, elementen van en voorwaarden voor MESO-zorg vragen om bepaald gedrag. In de praktijk zien we vaak dat hiertoe enige mate van gedragsverandering bij betrokkenen nodig is. Dat geldt bijvoorbeeld voor het investeren in contact en verbinding met andere betrokkenen, bv. met het sociale domein, voor het bewust inzetten van het sociale domein of een andere speler uit de 0^e lijn als interventie bij (medische) problematiek, en voor de samenwerking binnen het MESO-team. Dit laatste vraagt een nieuwe rol van de verpleegkundige en een nieuwe samenwerking tussen de SO en de verpleegkundige.

Een andere vorm van vaak benodigd gedrag c.q. een vaak benodigde gedragsverandering ligt in één van de transformatieopgaven. Professionals worden, ook in de ouderenzorg, opgeleid binnen een werkcultuur die gedomineerd wordt door protocollen, schotten en beperkingen. De gezondheidszorg handelt veelal risicomijdend en curatief. Daaraan voorbij durven gaan, en risico afwegend handelen

i.p.v. risicomijdend handelen, proactief i.p.v. curatief handelen (bv. door ook dingen te laten) vraagt vaak bewust gedrag/gedragsverandering.

Dergelijk gedrag, of indien nodig gedragsverandering, vraagt reflectie, aandacht, een open en lerende houding, en tijd. Een ondersteuningsstructuur (bv. praktijkmanager en voldoende ruimte in de formatie) is dan helpend en belangrijk gebleken.

Inzichten/adviezen

- ❖ Er is geen eenduidige voorkeur voor de wijze van organiseren van MESO-zorg. De organisatievorm waarvoor gekozen wordt, is sterk afhankelijk van de lokale/regionale context maar hangt ook af van de ambities van betrokken professionals. Willen zij vanuit een eigenstandige praktijk de dienstverlening bieden of juist niet. Onderzoek in de aanloopfase goed welke vorm het best passend is.
- ❖ Zorg voor een zo optimaal mogelijke teamsamenstelling, organiseer ontwikkelruimte en faciliteer processen van reflectie, intervisie, collegiale consultatie en verdergaande ontwikkeling van het eigen vakmanschap.

3. Lokale inbedding

MESO-zorg is netwerkzorg op een schaal die overzichtelijk en te behappen is. Zo is fysieke nabijheid van het team in de huisartsenpraktijk een belangrijke succesfactor. Zowel voor wat betreft de effecten voor de patiënt en mantelzorger, de huisarts en zijn/haar praktijk als voor het versterken van de lokale samenwerking als het lerend vermogen van betrokkenen waarvan een sterke preventieve werking uitgaat.

Praktijkruimte: lokale aanwezigheid

Fysieke aanwezigheid in de nabijheid van de huisarts en zichtbaarheid in de wijk is cruciaal voor het verlenen van MESO-zorg. Dit kan voor een MESO-team een uitdaging zijn.

Netwerkzorg.

Samenwerken met en invoegen in het lokale netwerk vraagt tijd, die moet je krijgen en nemen. Sommige MESO-teamleden zijn nieuw in de wijk en/of nieuw in het samenwerken met partijen buiten de eigen (VVT/ZH)organisatie. Het investeren in contact met het lokale netwerk, en bewust de juiste partijen inzetten als interventie vraagt dan aandacht maar ook vaak een vorm van gedragsverandering. Evaluatie en reflectie helpt dan, maar vraagt ook tijd en aandacht.

Ervaringen in het MESO-project

Lokale, fysieke nabijheid en aanwezigheid

De startende MESO-teams in de MESO-pilots hebben de praktijk fysiek ondergebracht in een eerstelijnsgezondheidscentrum. POGB is al sinds de start in 2011 gehuisvest in het eerstelijnsgezondheidscentrum. Alle praktijken benoemen de voordelen van deze fysieke nabijheid met de mogelijkheid tot zowel geplande als ongeplande snelle contacten. Het opbouwen van een relatie met de huisartsenpraktijk vraagt tijd en aandacht. Om een basis van vertrouwen en gelijkwaardigheid tot stand te brengen en te behouden ligt het initiatief in de beginfase bij het MESO-team. Ook als de interactie aanvankelijk stroef verloopt.

Zichtbaarheid en contact

We hebben ervaren dat naarmate een MESO-team meer ervaring heeft, zij merken hoe cruciaal die aanwezigheid en zichtbaarheid blijkt te zijn. Ook zien we in de teams dat er verschil is in de mate waarin individuele teamleden prioriteit (kunnen) geven aan zichtbaarheid en bijbehorend contact. Met elkaar uitspreken hoe cruciaal deze bereikbaarheid, aanwezigheid, zichtbaarheid zijn, onderlinge

afspraken maken hierover, een en ander periodiek evalueren (zowel intern als met externen) en hierin gefaciliteerd en ondersteund worden (bv. door voldoende formatie en een praktijkmanager) zijn helpend.

Wat als je wilt/gaat groeien

De startende MESO-teams waren in de pilotfase klein in formatie (eigenlijk te klein) en konden daarvoor minder aanwezig en zichtbaar zijn dan gewenst. Desalniettemin zijn er mooie resultaten geboekt (zie ook Rapport Significant 'Rapportage Herhaalbaarheidsonderzoek MESO' inclusief samenvatting (jan. 2023). De ambitie is binnen alle vier de regio's dan ook om in de komende periode MESO-zorg uit te kunnen breiden en deze zorg voor een groter werkgebied en voor meer huisartsen beschikbaar te stellen.

Dat leidt onvermijdelijk tot een aantal afwegingen:

- ✓ Grotere teams kennen vaak een groter werkgebied, waardoor hun aanwezigheid verspreid wordt over verschillende locaties. De vraag speelt dan: kunnen we voldoende in contact blijven en in de relatie investeren met primair de huisarts en secundair met het – zich steeds veranderende – netwerk dat van belang is voor hun bijdrage aan MESO-zorg;
- ✓ Hoe houd je als team het onderlinge contact, hoe blijf je van elkaars werk op de hoogte, hoe blijf je samen ontwikkelen, hoe bewaak je samen de kwaliteit?

Wat als het netwerk wel heel uitgebreid is?

Bij een grote hoeveelheid aan lokale/regionale organisaties (bv. 149 instellingen voor thuiszorg in Rotterdam³⁹) is het moeilijk iedere hulpverlener goed te leren kennen, en korte lijnen in het contact te onderhouden. Dat maakt het inzetten van passende zorg (de best passende hulpverlener/organisatie), de samenwerking, en de coördinatie en regierol van de MESO-teamleden uitdagend. Zeker als er sprake is van budgettaire druk en die is er.

Lerend vermogen vergroot

We hebben in het MESO-project gezien dat kennisverspreiding en gezamenlijke kennisontwikkeling óók voor een lerend effect in de regio zorgt. Het vergroot de aanwezige expertise en ondersteunt een bewuste ontwikkeling naar een lokaal/regionaal model van Stepped Care. Tijd krijgen en nemen voor dergelijke afstemming rondom een casus, of voor het geven van scholing over relevante thema's behoeft specifieke aandacht en de juiste faciliteiten (van de organisatie en/of de praktijkmanager): tijd, het (stimuleren van) initiatief en eventuele introductie in bestaande samenwerkingen/ op bestaande podia.

Het MDO als één van de verbindende factoren

Binnen MESO-zorg is het MDO een belangrijk element. Echter, iedereen op hetzelfde moment aan tafel krijgen voor een dergelijk overleg blijkt, zo zagen we in de pilots, vaak een (grote) uitdaging. In Velp is het effectief gebleken naar een vast moment in de week toe te werken, een moment waarop 'iedereen in de wijk' ruimte beschikbaar houdt voor een dergelijke afstemming. Het duurt naar verwachting minimaal 1 jaar om naar zo'n vast moment toe te werken. In de kleinere formaties, zoals in de pilotpraktijken met teamleden die slechts 1 of 2 dagen per week voor MESO werkzaam zijn, lijkt het niet haalbaar naar één zo'n geschikt moment toe te werken. Dan vraagt het aandacht en creativiteit om iedereen aangesloten te houden: hybride werkvormen, extra korte lijnen met samenwerkingspartners en bv. initiatief nemen om afwezig zijn voor en na het MDO te bespreken. Of het van belang is dat de huisarts aansluit bij het MDO vraagt een afweging per casus, en is mogelijk ook afhankelijk van het stadium van de MESO-praktijk. De praktijk laat zien dat veel huisartsen bij een goed ontwikkelde samenwerking met MESO-zorg vaak niet hoeven aansluiten bij

39

<https://www.zorgkaartnederland.nl/wijkverpleging/rotterdam#:~:text=Op%20dit%20moment%20zijn%20er,voor%20wijkverpleging%20in%20Rotterdam%20bekend.>

het MDO. Door bilateraal contact en contact via de POH-O/PVH is alle informatie toch tijdig bij alle betrokkenen aanwezig.

In de MESO-pilots hebben we gezien dat MESO-professionals in het begin nog wel eens denken dat één MDO-overleg onvoldoende is. Naarmate zij meer ervaring opdoen, verandert hun kijk hierop. Zij zien ze dat wanneer er een duidelijke focus in het zorgbehandelplan is gekozen, passend bij de behoefte van de patiënt met op elkaar afgestemde bijdragen van betrokkenen (professionals e/o mensen uit het eigen netwerk/sociale domein), één MDO in de meeste gevallen volstaat.

Digitale zorg

Digitale middelen worden toenemend ingezet, zowel uit overwegingen van doelmatigheid als vanwege van beperkte beschikbaarheid van mensen en middelen. De ervaring in de MESO-praktijken laten zien dat deze een belangrijke aanvulling zijn maar dat ze de waarde van ook het fysieke contact niet kunnen vervangen.

Inzichten/adviezen

- ❖ Zorg voor een zeer laagdrempelig contact met de huisartsen in het werkgebied, bij voorkeur door fysieke nabijheid te creëren. Zorg er voor dat als fysiek nabijheid niet haalbaar is, het contact zoveel als mogelijk de kenmerken van nabij contact benadert;
- ❖ Zorg voor doorgaande interactie en voorkom dat het contact losser wordt of verwatert met o.a. als gevolg dat het preventieve karakter van MESO-zorg vermindert.
- ❖ De ervaring leert dat een ondersteuningsstructuur t.b.v. lokale inbedding en netwerkonderhoud en -ontwikkeling noodzakelijk is. Dat betekent dat er voldoende formatie en budget beschikbaar moet zijn om dat (blijvend) mogelijk te maken. Een ondersteunend en faciliterende praktijkmanager is daarbij van belang gebleken.
- ❖ Organiseer en faciliteer periodieke reflectie op de gewenste patroon doorbreking en bijbehorende gedragsverandering. Creëer een veilige, open en lerende leerwerkcultuur en faciliteer periodieke (begeleide) sessies, regelmatig inhoudelijk en/of organisatorische teamoverleg, haal de buitenwereld binnen en breng de binnenwereld naar buiten.

4. MESO-zorg in tijd van krapte

Het capaciteitsvraagstuk speelt in alle regio's hoewel er zeker sprake is van onderlinge verschillen. Capaciteitsvraagstukken zijn veelal niet op korte termijn op te lossen. Gelet op de noodzaak om zo goed en zo kwaad als het kan toch de zorg te leveren (en aan de zorgplicht te voldoen), worden er soms oplossingen voor de korte termijn gekozen die op de langere termijn niet persé de optimale keuze is.

MESO-zorg heeft in de kern een preventief karakter: het voorkomt crisissituaties, verwijzingen naar de 2^e lijn en stelt verpleeghuisopname uit of af. MESO draagt op lokaal/regionaal niveau bij aan het verhogen van het kennisniveau van andere betrokkenen in de keten/het netwerk. M.a.w. MESO-zorg leidt op de korte en langere termijn tot een vermindering van zorg en te verrichten zorghandelingen en levert in die zin een positieve bijdrage aan het verminderen van het capaciteitsvraagstuk. MESO-zorg leidt ook tot meer werkplezier bij de betrokken professionals en tot een verminderde belasting van de huisarts. M.a.w. het niet inzetten van MESO uit angst voor capaciteitsvraagstukken sorteert op korte termijn ongewenste effecten voor de patiënten, de mantelzorgers, de huisartsen en op de langere termijn ook voor een toename van het capaciteitsprobleem.

Ervaringen binnen het MESO-project

Ook de MESO-praktijken hebben te maken met de situatie van arbeidsmarktkrapte.

Eén van de vraagstukken die daarin een rol speelt is hoe om te gaan met de aanwezigheid van wachtlijsten of grote tekorten aan personeel of woonvoorzieningen?

We zien dat er daarbij gedacht wordt aan het realiseren van 'centrale, regionale aanmeldpunten'.

Deze ontwikkeling hebben we natuurlijk ook binnen MESO doordacht en dat leidt tot de volgende overwegingen:

- ✓ Kunnen centrale, regionale aanmeldpunten in voldoende mate de mogelijkheid om maatwerk voor de patiënt te leveren behouden?
- ✓ Bemoeilijkt een dergelijke ontwikkelingen het realiseren van bepaalde, gewenste samenwerkingen?

Deze vragen komen voort uit het feit dat je voor een specifieke oudere een specifieke organisatie of hulpverlener wilt kunnen benaderen met als doel zo passend mogelijke zorg te verlenen: effectieve en zo duurzaam mogelijk.

Natuurlijk belemmert een tekort aan mogelijk in te zetten zorg- of hulpverleners, het kunnen bieden van maatwerk. Dit vraagt extra creativiteit van het MESO-team in het organiseren van passende zorg: in creatief kijken naar in te zetten alternatieven, in initiatief nemen tot optimalisering van lokaal zorgaanbod (bv. in denktanks, werkgroepen), in creatief zijn in het onderhouden van contacten en het behouden van verbinding (digitaal en fysiek, beschikbaar, bereikbaar en zichtbaar zijn, aansluiten bij bestaande netwerken en bijeenkomsten, etc.).

Ook de MESO-praktijken hebben zelf de nodige inspanningen moeten leveren om de continuïteit (van personeel en kennis) te kunnen waarborgen. Een te geringe teamomvang leidt tot een zekere mate van kwetsbaarheid.

Inzichten/adviezen

- ❖ Het is raadzaam kortetermijnoplossingen te doordenken in het licht van de langere termijn.
- ❖ Creëer een team/teams van voldoende omvang om zodoende een te hoge mate van kwetsbaar te voorkomen en voldoende continuïteit te kunnen borgen;
- ❖ MESO-teams moeten dan (kunnen) kijken hoe zij – ook in tijde van krapte - toch tot passende zorg kunnen komen voor de populatie. Dat is immers, is gebleken een belangrijke succesfactor in het bereiken van positief effect op alle vier de quadruple aim doelen. MESO-teams kunnen dit doen door deelname aan lokale/regionale werkgroepen, intensief en goed contact met alle lokale betrokken partijen, maatwerkafspraken zoals extra verwijsinformatie of direct contact na toewijzing van zorg, of uitwijken naar andere disciplines. Deze vorm van handelen ligt niet altijd voor de hand voor startende team(leden) en die inzet is dus niet vanzelfsprekend, maar wel nodig voor optimale MESO-zorg.



Bijlage 1.5 Voorbeelden van Samenwerkingsafspraken

MESO-zorg is multidisciplinaire zorg en maatwerk. Zowel richting de oudere en diens naasten, als binnen het MESO-team én richting alle samenwerkingspartners. Ook is de juiste organisatie en inzet afhankelijk van lokale, regionale en actuele context.

Binnen MESO-zorg zien we dat goed samenwerken ondersteunt kan worden door een set samenwerkingsafspraken. Gestoeld op gezamenlijke uitgangspunten en vertaalt in afgesproken gedrag waarin de samenwerking vorm gegeven wordt. Doordat maatwerk echter zo'n breed en integraal deel is van MESO-zorg, werkt een uitgebreide, ver uitgewerkte, vaste set van afspraken echter juist vaak niet.

De volgende thema's zijn eerder genoemd als zinvolle bespreekthema's.

- Cultuur en waarden:
 - o Betrokkenheid en flexibiliteit
 - o Omgang met elkaar en anderen
- Wat biedt het MESO-team:
 - o Inhoud van zorg
 - o Bereikbaarheid en beschikbaarheid
 - o Informatie en communicatie
- Wat vraagt het MESO-team:
 - o Informatie en communicatie
 - o Gezamenlijke afweging, bv. van juiste inzet expertise, rol/taakverdeling

In de praktijk leidt dit vaak tot mondelinge afspraken die regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld worden. In een sfeer van samen leren en samen creëren.

Een aantal financiële afspraken en afspraken met uitdrukkelijk juridisch karakter zijn binnen MESO-zorg wel schriftelijk uitgewerkt. Het betreft in dit geval afspraken met de tweede lijn over periodieke inzet van medisch specialistische expertise, zonder declaratie via ziekenhuisprestaties, maar betaald uit MESO-middelen. Of afspraken met de huisartsen over gegevensuitwisseling in het Huisarts Informatie Systeem. Van beiden zijn op de volgende pagina's voorbeelddocumenten opgenomen.

Voorbeeld Samenwerkingsovereenkomst ouderenpraktijk en specialist

Samenwerkingsovereenkomst Ouderenpraktijk X – Specialisme X

De ondergetekenden, partijen bij deze overeenkomst:

Ouderenpraktijk X, gevestigd te X, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door X, verder te noemen OP,

en

Specialist X, gevestigd X, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door X, hierna te noemen S,

overwegende dat,

De OP tot doel heeft aan de huisartsen aanvullende zorg te bieden aan kwetsbare ouderen en ouderen met (hoog)complexe problematiek in X en

S specialistische zorg biedt voor onderzoek en behandeling van oudere patiënten

komen als volgt overeen:

Artikel 1 zorgprestatie

S levert in een consultatie⁴⁰ aan de OP over bij hen per mail ingediende patiënten casuïstiek.

Deze consultatie vindt plaats volgens afspraak. Degene die de consultatie op het eenmaal afgesproken vaste tijdstip door verplichtingen elders niet kan bijwonen, neemt de verplichting op zich een consultatie op een ander tijdstip te organiseren of vervanging te regelen.

Artikel 2 verplichtingen OP

De OP stuurt uiterlijk 1 week voorafgaand aan de consultatie, in een onderling overeengekomen of nader overeen te komen format, casuïstiek over een aantal geanonimiseerde patiënten met consultatievraagstelling per mail aan S. De OP voorziet S daarbij van de medische gegevens die noodzakelijk zijn om de consultatievraag te kunnen beantwoorden.

Artikel 3 verplichtingen S

S geeft consultatie van X-uur aan de OP op de gestelde vragen via afgesproken medium op het afgesproken tijdstip dat nader is overeengekomen tussen de OP en S.

Artikel 4 Vergoeding en onderlinge verrekening

1. [datum] tot [datum] vergoedt OP G het maandelijks Transmuraal Overleg van X uur en X uur voorbereidingstijd. Het tarief bedrag € X,- per uur.
2. Het is S verboden om werkzaamheden die geacht worden onderdeel uit te maken van de in lid 1 bedoelde prestatie separaat dan wel onder een andere titel bij de zorgverzekeraar te declareren. Ingeval van twijfel of een of meer werkzaamheden al dan niet separaat in rekening kunnen worden gebracht, overlegt S vooraf met OP.
3. Onderhavige consultaties aan de OP maken deel uit van afspraken tussen de zorgverzekeraar en de OP. Het is S niet toegestaan voor de verrichtingen t.b.v. de OP een tweedelijns DBC te openen.

Artikel 5 Declaratie en betaling

1. Eens per jaar stuurt S een factuur aan de OP.

⁴⁰ Dit kan de vorm hebben van een videovergadering, consultatie op locatie, etc.

1. De periode van [datum] t/m {[datum] s gebaseerd op specialistentarief van €X per uur voor X keer per jaar à X uur per keer. Op de factuur wordt vermeld op welk rekeningnummer en tav welke begunstigde de declaratie moet worden uitbetaald.
2. Declaraties die bij de OP binnenkomen meer dan een jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de prestatie is geleverd, komen niet meer voor betaling in aanmerking.
3. OP betaalt het volledige bedrag van de declaratie binnen 30 dagen na ontvangst van de declaratie.
4. Vragen over de rechtmatigheid van declaraties worden desgewenst door partijen besproken. Mocht uit dit overleg blijken dat OP ten onrechte declaraties heeft betaald, dan wel S ten onrechte declaraties niet bij OP heeft ingediend, zullen deze bedragen op basis van nacalculatie worden verrekend, waarbij een verjaringstermijn in acht genomen wordt van één kalenderjaar .
5. Partijen voeren een adequate administratie waaruit in ieder geval blijkt of en in welke mate aan de uit hoofde van deze overeenkomst op hen rustende verplichtingen is voldaan.
6. De dienstverlening is vrijgesteld van BTW op grond van artikel 11.1.g.1, wet Omzetbelasting 1968.

Artikel 6 uitwisseling van patiëntgegevens

Partijen dragen er voor zorg dat communicatie van en verwerking van patiëntgegevens plaatsvindt in overeenstemming met de AVG en met in acht name van het bepaalde in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

Artikel 7 aansprakelijkheid

De samenwerking tussen OP en S laat onverlet de eigen verplichtingen en verantwoordelijkheden die contractpartners uit hoofde van hun individuele beroepsuitoefening hebben op grond van de geldende wet- en regelgeving.

Dit betekent dat de OP verantwoordelijk is voor het aanleveren van de noodzakelijke informatie op grond waarvan S kan adviseren.

S is verantwoordelijk voor de gegeven adviezen op grond van de aangeleverde informatie. En de OP is verantwoordelijk voor de uitvoering van de adviezen, voor zover deze vallen binnen de kennis en kunde en de mogelijkheden van de praktijk.

Artikel 8 Duur overeenkomst

De overeenkomst treedt in werking op [datum] en eindigt van rechtswege op [datum].

Artikel 9 Evaluatie

In [datum] vindt een evaluatie plaats van de samenwerking en worden afspraken gemaakt of en zo ja onder welke condities de samenwerking zal worden voortgezet. De OP neemt hiertoe het initiatief.

Aldus opgemaakt en ondertekend in tweevoud:

S

Naam: X

Functie: X

Plaats: X

Datum:

Handtekening:

OP

Naam: X

Functie: X

Plaats: X

Datum:

Handtekening:



Gebruikersovereenkomst HIS, afspraken en voorwaarden over het uitwisselen van persoonsgegevens van patiënten middels in het kader van medebehandelaarschap praktijk MESO

Ondergetekenden,

De Maatschap Huisartsen te, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door, verder te noemen MH

EN

De praktijk MESO te, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door, verder te noemen de PM,

in aanmerking nemende dat,

- de maatschap huisartsen te X ten behoeve van hoge kwaliteit huisartsenzorg patiëntendossiers aanlegt en onderhoudt in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) (en daarmee brondossierhouder is) én zij in het beheer van deze dossiers optimale bescherming van de privacy van de patiënten over wie dossiers worden aangelegd, nastreeft;
- de praktijk MESO te X op verwijzing van de eigen huisarts, optreedt als medebehandelaar en derhalve een deel van de zorg van de huisarts overneemt en voor de duur van deze interventie moet kunnen beschikken over het actuele en historische patiëntendossier;
- het HIS technisch niet zo is ingericht dat het mogelijk is de Praktijk MESO (PM) te X beperkte toegang tot het Huisartsen Informatie Systeem te verschaffen (namelijk enkel die patiëntendossiers waar de praktijk MESO een behandelrelatie mee heeft), hetgeen ook geverifieerd is bij de leverancier van het Huisartsen Informatie Systeem; Medicom/Pharma Partners;
- partijen in nauw overleg met juristen en een functionaris gegevens bescherming de afspraken, zoals wettelijk zijn bepaald inzake uitwisseling van persoonsgegevens in de zorg en m.b.t. zorgvuldig gebruik van het Huisartsen Informatie Systeem, hebben vastgelegd in onderhavige overeenkomst;
- de onderhavige overeenkomst is besproken met en goedgekeurd door De Maatschap Huisarts te X en de Praktijk MESO te X.

En overwegende dat,

- de Praktijk MESO te X voor haar daartoe bevoegde medewerkers elektronisch toegang wil tot het Huisartsen Informatie Systeem van De Maatschap Huisartsen te X , met inachtneming van

wettelijke bepalingen inzake uitwisseling van persoonsgegevens in de zorg en de bovengenoemde technische mogelijkheden;

- maatregelen zijn getroffen om transparantie en vertrouwelijkheid te waarborgen. Naast geldende wetgeving omtrent gegevensdeling, toestemming en veiligheid van systeem, techniek en beheer en systematische controle op logging betreft dit het ondertekenen van een geheimhoudingsverklaring (bijlage A) en gedragscode (bijlage B) door alle medewerkers van de Praktijk MESO te X en de hieronder overeengekomen autorisaties van de medewerkers van de Praktijk MESO te X;
- bij geconstateerd misbruik van de toegangsbevoegdheid door medewerkers van Praktijk MESO te X deze overeenkomst kan worden ontbonden en worden passende sancties voor de betreffende medewerker getroffen,

zijn overeengekomen als volgt:

Rechten en plichten

Artikel 1 Gedragscode

De PM spreekt af met haar medewerkers dat zij geen dossiers openen van patiënten met wie zij geen behandelrelatie hebben. Ook spreekt zij af welke acties te nemen bij het per abuis openen van dossiers van patiënten met wie zij geen behandelrelatie hebben. Werkgever en werknemer ondertekenen een document waarin de gedragscode is beschreven (zie ook artikel 3.e.)

Artikel 2 Machtiging

2.1. De Huisarts machtigt de daartoe bevoegde medewerkers van de PM om t.b.v. patiënten die door de huisarts naar de PM zijn verwezen en die bijgevolg een behandelrelatie hebben met de medewerkers van de PM, met expliciete toestemming van de patiënt de volgende handelingen in het patiëntendossier uit te voeren:

- a. Het raadplegen en eventueel handmatig overnemen van patiëntengegevens in het eigen patiëntenvolgsysteem van de PM (door SO en vpk van PM),
- b. Het aanmaken van een nieuwe episode in het Huisartsen Informatie Systeem met de episodetitel "Praktijk MESO" met daarin kort de bevindingen, adviezen aan de huisarts en het ingezette beleid (door SO van PM),
- c. Elektronisch voor te schrijven in het Huisartsen Informatie Systeem, om ervoor te zorgen dat het medicatie-overzicht in het Huisartsen Informatie Systeem op ieder moment actueel en compleet blijft (door SO van PM).
- d. Het anoniem (en dus niet herleidbaar tot patiënt of huisarts) aggregeren van gegevens van de bij de PM onder behandeling (geweest) zijnde patiënten t.b.v. rapportage en effectmeting van de inzet van de PM t.b.v. verantwoording aan de financiers. Wanneer het aggregeren van gegevens aan de orde is, wordt hieraan voorafgaand toestemming gevraagd aan de brondossierhouder(s) en zal enkel worden uitgevoerd naar gezamenlijk overeengekomen protocol.

2.2. Medewerkers van de PM zijn **niet** bevoegd tot geheel of gedeeltelijke vernietiging van een patiëntendossier op verzoek van een patiënt of anderszins. De huisarts blijft de verwerkingsverantwoordelijke van alle gegevens die in het HIS worden opgeslagen en daarmee (vanuit de AVG) gezien ook de verantwoordelijke m.b.t. het uitvoeren van de rechten van patiënten, waaronder recht op vernietiging, recht op inzage, recht op correctie en recht op afschrift.

- 2.3. De Huisarts maakt de machtiging als bedoeld in het eerste lid van artikel 2 ongedaan voor medewerkers van de PM vanaf het moment dat zij niet langer in dienst zijn van of werkzaam zijn voor de PM. De PM geeft de namen van betreffende medewerker(s) per ommekeer door aan de huisartsen.

Artikel 3 Vertrouwelijkheid

Voor het waarborgen van de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens geldt bovendien het volgende:

- a. De PM behandelt de gegevens waartoe toegang noodzakelijk is voor behandeling en rapportage met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid, conform de eisen die de wet stelt aan het verwerken van persoonsgegevens in de zorg;
- b. De verantwoordelijkheid voor de vertrouwelijke behandeling berust bij de huisarts als brondossierhouder en daarmee de (eind)verantwoordelijke t.a.v. het patiëntendossier. De praktijkhouder PM ziet erop toe dat medewerkers van de PM vertrouwelijk met de gegevens omgaan, middels een geheimhoudingsverklaring, gedragscode en jaarlijkse evaluatie. Tot slot vindt controle middels logging plaats, zie artikel 3.h;
- c. De PM beperkt de toegang tot het HIS: De specialisten ouderengeneeskunde en specialisten ouderengeneeskunde i.o. hebben toegang tot Medicom. De verpleegkundigen ontvangen enkel een kopie van de ouderenmodule.
- d. De PM eist strikte geheimhouding van deze medewerkers en treft daarvoor een regeling bestaande uit een ondertekende geheimhoudingsverklaring, die deel uitmaakt van de arbeidsovereenkomst en is toegevoegd als bijlage A. Bij overtreding zal in een overleg, bestaande uit de praktijkhouder van De Maatschap Huisartsen (MH) te X en de praktijkhouder PM, besloten worden over passende maatregelen. Mocht de overtreding de praktijkhouder van de Praktijk MESO zelf betreffen is artikel zes van deze overeenkomst van toepassing;
- e. Indien één van de medewerkers van de Praktijk MESO onbedoeld het dossier opent van een patiënt, waarmee de Praktijk MESO geen behandelrelatie heeft, maakt zij daarvan melding in het dossier met de opmerking pa (per abuis), haar initialen en de datum.
- f. De PM te X zal op geen enkele wijze gegevens van patiënten van de individuele huisartspraktijken uit het HIS aan derden ter beschikking stellen, tenzij hiervoor schriftelijk opdracht of toestemming door de huisarts is gegeven en met expliciete toestemming van patiënt of wanneer hiertoe een wettelijke of gerechtelijke verplichting bestaat;
- g. De MH te X houdt toezicht op de vertrouwelijke behandeling van de gegevens door de PM zoals in dit artikel beschreven. De PM stelt daartoe en op verzoek de relevante gegevens ter beschikking die betrekking hebben op de vertrouwelijke behandeling. Hiertoe wordt gerekend de gemaakte afspraken tussen praktijkhouder van de PM en diens medewerkers ("gedragscode"), hun geheimhoudingsverklaringen en het overzicht van publicaties of bekendmakingen van geanonimiseerde gegevens aan derden.
- h. Alle raadplegingen van dossiers in HIS worden geregistreerd in een logbestand dat door medewerkers van de MH te X systematisch wordt gecontroleerd op rechtmatigheid van de raadplegingen.
- i. De huisarts meldt de patiënt dat de Specialist Ouderengeneeskunde in het patiëntendossier van de huisarts zal kijken en vraagt of de patiënt hiermee akkoord. De Specialist Ouderengeneeskunde reikt bij het begin van de patiëntreis een toelichting⁴¹ hierop aan.

⁴¹ Voorbeeld van een dergelijke toelichting is de 'patiëntinformatiebrief MESO-praktijk', zie bijlage C.

Artikel 4 Beveiliging

- 4.1. De PM biedt voldoende organisatorische waarborgen ter beveiliging tegen onrechtmatige verwerking van gegevens.
- 4.2. De PM zal zich ten aanzien van de beveiliging van de apparatuur, data-infrastructuur en de gegevens richten naar de door de MH – in samenspraak met PharmaPartners – opgestelde beveiligingsrichtlijnen. De MH zal de PM steeds op de hoogte stellen van de actuele richtlijnen.

Artikel 5 Verwerking en toegang tot patiëntengegevens

- 5.1. De huisarts is als brondossierhouder en verwerkingsverantwoordelijke eindverantwoordelijke voor het beheer van de patiëntengegevens die worden vastgelegd en bewerkt ten behoeve van de huisartsenpraktijkvoering, de PM is dat voor de gegevens die van daaruit worden overgenomen in de PM-dossiervorming zoals omschreven in artikel 2.
- 5.2. De PM en alle medewerkers, handelend onder haar gezag, hebben uitsluitend toegang tot patiëntengegevens voor zover noodzakelijk voor de vervulling van hun taak.
- 5.3. De PM en alle medewerkers, handelend onder haar gezag, zijn verplicht de patiëntengegevens waarvan zij kennis nemen, geheim te houden, ook na afloop van het dienstverband.
- 5.4. De PM stelt een geheimhoudingsverklaring en een gedragscode op en laat deze ondertekenen door zijn medewerkers (zie bijlagen A en B).

Artikel 6 Conflictregeling

Indien partijen niet tot overeenstemming kunnen komen over de praktische uitvoering van deze overeenkomst, zullen partijen het conflict voorleggen aan een vertrouwenscommissie van drie personen. Partijen wijzen ieder één persoon aan die geen dienstverband heeft bij een van de partijen: deze beide personen wijzen in onderling overleg een derde persoon aan. De commissie doet een bindende uitspraak.

Artikel 7 Aansprakelijkheid

De PM vrijwaart de MH voor iedere aanspraak van derden, welke het gevolg mocht zijn van het onjuiste gebruik door de PM van de via het HIS beschikbaar gestelde (technische) functionaliteiten.

Artikel 8 Kosten

Eventuele kosten die gebruikmaking van het Huisartsen Informatie Systeem (licentiekosten e.d.) met zich meebrengt zullen door MH tegen kostprijs worden doorberekend aan de PM waarvan betaling zal geschieden binnen 14 dagen na facturering.

Artikel 9 Contractuele relatie

- 9.1 De bijlagen bij de overeenkomst vormen een integraal onderdeel van de overeenkomst en enige verwijzing naar de overeenkomst zal tevens een verwijzing inhouden naar de bijlagen en andersom.

- 9.2 De verhouding tussen partijen wordt beheerst door:
Deze overeenkomst;
Bijlage A: Geheimhoudingsverklaring
Bijlage B: Gedragscode
- 9.3 Wijzigingen van en/of aanvullingen op deze overeenkomst zijn eerst geldig indien en voor zover zij schriftelijk tussen partijen zijn overeengekomen. Deze zullen als een nadere overeenkomst integraal deel uitmaken van de overeenkomst.

Artikel 10 Duur en opzegging van de overeenkomst

- 10.1. Deze overeenkomst wordt aangegaan voor de duur van een jaar, en wordt telkens stilzwijgend met een jaar verlengd en lopende zo lang als de duur van het experiment Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO) dat is gehonoreerd in het kader van een experimentele betaaltitel; een en ander zoals bij partijen genoegzaam bekend.
- 10.2. Opzegging van deze overeenkomst geschiedt met een opzegtermijn van één maand.
- 10.3. Indien de PM of de MH te X één of meerdere van de verplichtingen uit hoofde van deze overeenkomst niet nakomt en na schriftelijke ingebrekestelling niet binnen 30 dagen alsnog nakomt, heeft elk der partijen het recht de overeenkomst met onmiddellijke ingang door middel van aangetekend schrijven te beëindigen. Dit is ook mogelijk door een individuele huisarts binnen de maatschap.

Aldus in tweevoud opgesteld en ondertekend,

Naam	Handtekening	Datum
Maatschap Huisartsen te, vertegenwoordigd door		
de Praktijk MESO te X, vertegenwoordigd door de		

Bijlage A bij Samenwerkingsovereenkomst HIS: Passage in de arbeidsovereenkomst over geheimhoudingsverplichting medewerkers PM

Artikel x: geheimhoudingsplicht

De werknemer is verplicht tot geheimhouding van wat haar tijdens het vervullen van haar functie ter ore komt. Dit betreft privacygevoelige informatie m.b.t. patiënten/cliënten en medewerkers van het gezondheidscentrum en het samenwerkingsverband, en met betrekking tot bedrijfsgevoelige informatie voor de praktijk MESO, voor de huisartspraktijken en voor het eerstelijnsamenwerkingsverband, waar de huisartspraktijken deel van uitmaken; dit geldt ook na beëindiging van het dienstverband.

Bijlage B bij Samenwerkingsovereenkomst HIS: Gedragscode 'omgang met persoonsgegevens' in het HIS voor MESO-medewerker

In het kader van de Wet Algemene Bescherming Persoonsgegevens (AVG) stelt de eigenaar van de persoonsgegevens in het Huisarts Informatie Systeem (HIS), de praktijkhouder/huisarts, bepaalde voorwaarden aan de omgang met persoonsgegevens in het HIS. Deze gedragscode is van toepassing op MESO-teamleden die in opdracht van de huisarts toegang verkrijgen tot gegevens binnen het HIS. In het onderstaande worden zij derden genoemd.

Algemeen

- de MESO-medewerker draagt zorg voor een zorgvuldige en betrouwbare omgang en verwerking van persoonsgegevens, in overeenstemming met de toegangsbevoegdheden zoals de praktijkhouder deze heeft gedefinieerd;
- de MESO-medewerker behandelt de gegevens waartoe toegang noodzakelijk is voor behandeling en rapportage met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid, conform de eisen die de wet stelt aan het verwerken van persoonsgegevens in de zorg;
- de MESO-medewerker draagt er persoonlijk zorg voor dat gegevens niet in onbevoegde handen komen, verloren raken en/of uit onachtzaamheid openbaar worden;
- de huisarts meldt de patiënt dat de MESO-Specialist Ouderengeneeskunde in het patiëntendossier van de huisarts zal kijken en vraagt of de patiënt hiermee akkoord is. Het MESO-team reikt aan het begin van de patiëntreis een toelichting⁴² hierop aan.

Raadpleging en rapportage

- de MESO-medewerker neemt uitsluitend kennis van persoonsgegevens voor zover die voor de uitvoering van zijn/haar taak noodzakelijk is en waarvoor door de patiënt expliciet toestemming is gegeven aan de eigenaar van de persoonsgegevens. Het is niet toegestaan om persoonsgegevens in te zien van personen die op dat moment niet onder behandeling zijn of van personen die geen toestemming hebben gegeven;
- indien de MESO-medewerker onbedoeld het dossier opent van een patiënt, waarmee de MESO praktijk geen behandelrelatie heeft, maakt zij daarvan melding in het dossier met de opmerking pa (per abuis), haar initialen en de datum;
- de MESO-medewerker voegt enkel gegevens toe conform het beschrevene in artikel 2 in de 'Gebruikersovereenkomst HIS' tussen de MESO-praktijk en de huisarts.

⁴² Voorbeeld van een dergelijke toelichting is de 'patiëntinformatiebrief MESO-praktijk', zie bijlage D.

Verstreking aan derden

- de MESO-medewerker geeft uitsluitend gegevens ter inzage en verstrekt uitsluitend gegevens (bijvoorbeeld in de vorm van verwijzinformatie) aan andere hulpverleners of instanties dan de vaste hulpverlener(s) en diens waarnemers of de assistente(s) voor zover hiervoor expliciet toestemming van de betrokken cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger is verkregen, dan wel voor zover zulks noodzakelijk is in het kader van de behandeling en toestemming verondersteld kan worden op grond van het principe van 'informed consent';
- de MESO-medewerker is niet gerechtigd om zonder overleg of afstemming met de huisarts patiëntgegevens ter inzage te geven of afschriften te verstrekken aan partijen buiten de eigen praktijk ;
- de verplichting tot geheimhouding blijft ook van toepassing nadat de behandelrelatie tussen de patiënt en de MESO-praktijk is beëindigd en/of de arbeidsrelatie met de MESO-praktijk is beëindigd.

Muteren en verwijderen

- de MESO-medewerker brengt geen wijzigingen aan in de stamgegevens (het NAW-deel, de huisartsen- en apotheekcode en de debiteurengegevens) van het HIS;
- de MESO-medewerker brengt zonder overleg of afstemming met de huisarts geen inhoudelijke wijziging aan in de door de huisartspraktijk vastgelegde gegevens in het HIS. Gegevens die anderen hebben ingevoerd worden niet verwijderd.
- de MESO-medewerker is **niet** bevoegd tot geheel of gedeeltelijke vernietiging van een patiëntendossier op verzoek van een patiënt of anderszins. De huisarts blijft de verwerkingsverantwoordelijke van alle gegevens die in het HIS worden opgeslagen en daarmee (vanuit de AVG) gezien ook de verantwoordelijke m.b.t. het uitvoeren van de rechten van patiënten, waaronder recht op vernietiging, recht op inzage, recht op correctie en recht op afschrift.

Logging en overtreding gedragscode

- de MESO-medewerker is zich ervan bewust dat alle handelingen van de derde binnen het HIS automatisch worden gelogd en door de huisarts periodiek worden gecontroleerd op onregelmatigheden;
- de MESO-medewerker is zich ervan bewust dat het overtreden van deze gedragscode voor de eigenaar van de persoonsgegevens en/of de eigenaar van praktijk MESO aanleiding kan zijn (buitenrechtelijk of rechtelijke) stappen te nemen. Ook kan het voor de eigenaar van de persoonsgegevens aanleiding zijn om maatregelen te nemen m.b.t. toegangsbevoegdheden van de derde.

Voor akkoord,

naam:.....praktijk:.....

datum:.....handtekening:.....

[xxx],

X
X

Betreft: informatie over hoe wij omgaan met uw gegevens

Geachte,

Uw huisarts heeft u onlangs verwezen naar de MESO-Praktijk Ouderengeneeskunde [locatie]. Wij vinden het belangrijk om u zo goed mogelijk van dienst te zijn en daarbij zorgvuldig om te gaan met uw gegevens. In deze brief leest u hoe we dat in onze praktijk doen.

Waarom vragen we uw persoonsgegevens?

Als u in onze praktijk komt, zijn we wettelijk verplicht om te controleren wie u bent. Deze verplichting geldt voor elke zorgverlener. Wilt u daarom uw identiteitsbewijs meenemen of klaarleggen als u een afspraak met ons heeft? Een medewerker van de praktijk zal u vragen dit te mogen zien. Dit gebeurt meestal tijdens de eerste afspraak.

Welke gegevens over uw gezondheid gebruiken we en waarom?

In de MESO-Praktijk Ouderengeneeskunde [locatie] maken de arts en de verpleegkundige gebruik van het medisch dossier dat uw huisarts heeft opgebouwd. Daarin zijn de gegevens opgeslagen over uw gezondheid en over de eventuele ziektes en behandelingen die u heeft gehad. Wij kijken in dit dossier omdat we:

- uw medische voorgeschiedenis zo volledig mogelijk willen kennen, zodat we niets over het hoofd zien. Owat belangrijk is voor uw behandeling;
- u niet willen belasten met een herhaling van onderzoeken die uw huisarts misschien onlangs al heeft gedaan.

We garanderen dat alle medewerkers in onze praktijk uiterst zorgvuldig met deze gegevens omgaan.

Wanneer delen we gegevens over u met andere zorgverleners?

Soms delen we uw persoonlijke gegevens en gegevens over uw gezondheid met andere zorgverleners. Bijvoorbeeld met een fysiotherapeut, een specialist in het ziekenhuis of een medewerker van de thuiszorg. Dit doen we alleen als dit nodig is voor een behandeling die door ons is ingezet. We delen dan niet uw hele medisch dossier, maar alleen de gegevens die de andere zorgverlener nodig heeft om u optimaal te kunnen helpen. In alle andere gevallen delen wij uw gegevens alleen met uw uitdrukkelijke toestemming.

Hoe bewaren we uw gegevens in onze praktijk?

Wij bewaren uw persoonlijke gegevens en gegevens over uw gezondheid ook in een eigen medisch dossier. Uw gegevens zijn in dit dossier beschermd volgens de laatste eisen die hieraan wettelijk worden gesteld. Als u dit dossier wilt inzien, kan dit altijd. Een medewerker van onze praktijk staat u dan bij om de medische termen toe te lichten.

Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Bel dan gerust met een van onze medewerkers via telefoonnummer [xxx]. U kunt ook een e-mail sturen naar [xxx]. Wij helpen u graag verder.

Met vriendelijk groet,
namens de MESO-Praktijk Ouderengeneeskunde [locatie],

XXX
(praktijkhouder/arts)

Bijlage D bij Samenwerkingsovereenkomst HIS bij Samenwerkingsovereenkomst HIS

versie 30-11-2022

Inleiding

Binnen de bestaande samenwerkingsconstructies met de MESO praktijken werkt de praktijk MESO op verwijzing van de eigen huisarts, treedt daarbij op als medebehandelaar en neemt derhalve een deel van de zorg van de huisarts tijdelijk over. Voor de duur van deze interventie moeten de medewerkers van de praktijk MESO kunnen beschikken over het actuele en historische patiëntendossier. Om dit mogelijk te maken verkrijgen daartoe bevoegde medewerkers van praktijk MESO elektronisch toegang tot het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) van de huisartsenpraktijk.

Volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) hoort een zorgverlener bij het verwerken van patiëntgegevens te zorgen voor een goede beveiliging. In de Nederlandse Norm (NEN 7510) worden beveiligingsmaatregelen genoemd waarmee een zorgverlener aan de verplichting vanuit de AVG verder invulling kan geven. Eén van deze beveiligingsmaatregelen is de controle van de toegangslogging van patiëntendossiers. Dit betekent dat de verantwoordelijke voor de gegevens (de zorgverlener) regelmatig hoort te controleren wie toegang heeft gekregen tot een patiëntendossier en waarom. Zo kan ongeoorloofde en/of onnodige toegang opgemerkt worden en hier passende maatregelen op doorgevoerd, zodat de privacy van patiënten zo goed mogelijk is beschermd. Ten aanzien van de samenwerking met de praktijk MESO geldt deze controle op toegangslogging in het bijzonder, omdat het HIS (Medicom) technisch niet zo kan worden ingericht dat het mogelijk is dat de medewerkers van praktijk MESO beperkte toegang tot het HIS verkrijgt, namelijk enkel die patiëntendossiers waar de praktijk MESO een behandelrelatie mee heeft.

Leeswijzer

Dit document is bedoeld als handreiking aan de huisarts die t.b.v. optimale en veilige zorg de praktijk MESO toegang verleent tot Medicom, naar de afspraken in 'Gebruikersovereenkomst HIS'.

Hierin beschrijven we allereerst een geadviseerde werkwijze, stapsgewijs (pg. 2). Om daarna nog een overzicht te schetsen van de verschillende vormen van logging binnen Medicom (pg 3-5), met daarbij de voor- en nadelen van deze vormen (pg. 6).

Advies controle op inzage door medewerkers praktijk MESO

Controleer periodiek in Medicom de toegangslogging op organisatie- en medewerkerniveau . Vanuit (zie pg. 4-5 en bijlage⁴³) de visie van de AP is het advies om deze controle met enige regelmaat uit te voeren, bijv. **1 x per twee weken**.

1. Start vanuit de toegangslogging op organisatieniveau en stel bovenin de periode in op bijv. de afgelopen twee weken.
2. Sorteer het overzicht op de kolom "Medewerker".
3. Loop het overzicht na en controleer hoeveel raadplegingen er vanuit de praktijkmedewerkers van MESO zijn gedaan.
4. Klik op de naam van de betreffende MESO medewerker, de toegangslogging op medewerkerniveau wordt nu getoond.
5. Beoordeel de lijst van geraadpleegde patiënten of dit patiënten zijn waar de praktijk MESO een medebehandelaar voor is.
6. Indien er een vermoeden is op onrechtmatige raadpleging van een dossier, raadpleeg dan het betreffende dossier en controleer of er een melding in het journaal is opgenomen met de opmerking pa (per abuis), de initialen van de betreffende medewerker en de datum.

⁴³ Handleiding Toegangslogging Medicom

7. Herhaal vanaf stap 3 voor eventuele andere MESO medewerkers die in de logging staan.
8. Indien op basis van deze controle wordt geconstateerd dat er onrechtmatig patiëntendossiers zijn geraadpleegd, maak hiervan een aantekening (op bijv. een papieren uitdraai van de logging) en maak vervolgens hiervan melding aan de verantwoordelijke van praktijk MESO.
9. Bij geconstateerd misbruik van de toegangsbevoegdheden door medewerkers van praktijk MESO worden er al dan niet verdere disciplinaire maatregelen genomen, e.e.a. conform de daartoe gemaakte afspraken in de "Gebruikersovereenkomst HIS" en/of de door de medewerker ondertekende gedragscode.
10. Noteer als praktijkverantwoordelijke dat de betreffende controle is uitgevoerd, bijvoorbeeld door vastlegging hiervan in het eigen kwaliteitssysteem.

Opmerking: hoewel het snuffelverslag dus minder toegankelijk en praktisch is om bovenstaande controle uit te voeren, kunnen praktijken die al gewend zijn om snuffelverslagen periodiek te beoordelen (voor bijv. de controle op waarnemingen) het snuffelverslag eventueel ook gebruiken voor het controleren van de bevestigingen door medewerkers van praktijk MESO. Vanwege de praktische beperkingen van het snuffelverslag, heeft de werkwijze middels de controle van de toegangslogging echter de voorkeur.

Verschillende vormen van logging binnen Medicom:

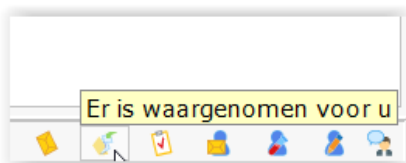
Het HIS Medicom kent de volgende vormen van (toegangs)logging:

1. Snuffelverslagen
2. Groene knop verslagen
3. Toegangslogging: op organisatieniveau, per medewerker en per patiënt

Snuffelverslagen

Toegang vanuit een andere Medicom praktijk of raadpleging van dossiers via het LSP worden gerapporteerd in het snuffelverslag. Op het snuffelverslag worden dus alle bij de eigen praktijk ingeschreven patiënten vermeld die tijdens de waarneming zijn geraadpleegd (alle activiteiten die vanuit een andere praktijk of via het LSP zijn uitgevoerd). Ook is het mogelijk om alle raadplegingen door medewerkers van de eigen praktijk op het snuffelverslag te tonen. Hiervoor dient echter een instelling op medewerkerniveau (het veld Test/Rapportage op "R") te zijn aangezet.

Het snuffelverslag is rechtsonder in Medicom te raadplegen:



Groene knop verslagen

Naast het 'algemene' snuffelverslag bestaat er ook een snuffelverslag van het gebruik van de 'groene-knop procedure'. Op dit verslag wordt per betrokken huisarts vermeld welke patiënten via de noodprocedure "groene knop" bekeken zijn en om welke reden. Met de groene knop kan een andere Medicom praktijk een dossier raadplegen, zonder dat de waarneming voor deze praktijk is open gezet. Bij gebruik van de "groene knop" dient door de waarnemer dan wel altijd een reden te worden opgegeven.

Het groene knop verslag is via dezelfde knop rechtsonder in Medicom te raadplegen als voor het raadplegen van het snuffelverslag, en vervolgens via de knop “Ander overzicht” te kiezen voor het groene knop verslag.

In het snuffel- en groene knop verslag wordt per geraadpleegde patiënt de volgende rubrieken getoond:

- Datum/tijd raadpleging
- Patiëntnaam
- Behandelend arts (tweeletterige code)
- Medewerkercode van de gebruiker die geraadpleegd heeft (tweeletterige code)
- Medicom schermnummer

Daarnaast is er de mogelijkheid om het snuffel- en groen knop verslag op papier uit te printen. In de papieren uitdraai wordt dan aanvullend per logregel aangegeven welke informatie eventueel aan het dossier is toegevoegd en worden de journaalregels die op de snuffeldatum zijn ingevoerd weergegeven.

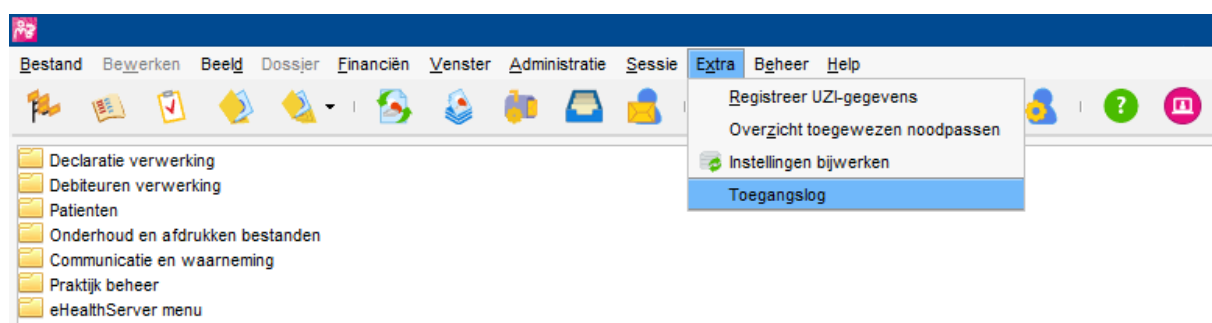
Let op: deze aanvullende informatie (welke informatie aan het dossier is toegevoegd) is dus alleen zichtbaar op de papieren uitdraai van het verslag.

Toegangslogging

In Medicom is het mogelijk om op drie verschillende niveaus te controleren welke patiëntendossiers door welke medewerkers zijn geraadpleegd:

- Organisatieniveau: in deze logging is te zien welke medewerkers hoe vaak dossiers hebben ingezien. Het betreft dus een totaalstelling van het aantal raadplegingen door medewerkers over een zelf in te stellen periode.
- Medewerkerniveau: vanuit het overzicht op organisatieniveau kan per individuele medewerker worden doorgeklikt om vervolgens te zien welke patiëntdossiers door de betreffende medewerker zijn ingezien.
- Patiëntniveau: tot slot is het mogelijk om op patiëntniveau in te zien door welke medewerkers en wanneer het dossier van deze ene patiënt is geraadpleegd.

De toegangslog op organisatieniveau is in Medicom te raadplegen via de werkbalk bovenin het scherm en vervolgens te kiezen voor Extra > Toegangslog.



De toegangslog op medewerkerniveau is te raadplegen door in het overzicht op organisatieniveau op een medewerker te klikken.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de werking van de toegangslogging, de wijze van raadplegen en welke gegevens er dan getoond worden, zie de 'Handleiding Toegangslogging Medicom' (bijlage).

Voor- en nadelen snuffelverslag en toegangslogging

Voor het periodiek kunnen controleren van eventuele onrechtmatige raadplegingen van dossiers zijn er in de basis twee mogelijkheden: of via het snuffelverslag of via de toegangslogging op organisatie-/medewerkerniveau.

Het snuffelverslag geeft – mits deze uitgedraaid wordt op papier – meer inhoudelijke informatie weer dan de toegangslogging. Dit betreft dan de weergave van de door de medewerkers toegevoegde informatie aan het dossier. Nadeel van het snuffelverslag is echter dat deze niet te filteren is op bijvoorbeeld medewerker of periode (het betreft één lang op datum gesorteerd overzicht) en dat de medewerker wordt weergegeven met een tweeletterige medewerkercode (en niet met de volledige naam). Verder worden de acties van een interne medewerker alleen in het snuffelverslag getoond, wanneer de optie "Rapportage" op medewerkerniveau is aangezet.

De toegangslogging op organisatie-/medewerkerniveau geeft veel sneller en toegankelijker inzicht in eventuele onrechtmatige raadplegingen van dossiers. Deze logging is in te stellen op een zelf te bepalen periode, toont de volledige naam van de medewerker en kent de mogelijkheid om te sorteren waardoor sneller medewerkers te herkennen zijn in het totale overzicht. Nadeel is alleen dat niet direct in deze logging zichtbaar is welke gegevens door de medewerker aan het dossier zijn toegevoegd. Hiervoor dient het betreffende dossier van de patiënt of het snuffelverslag te worden geraadpleegd.

Bijlage 1.6 Voorbeelden van informatievoorzieningen

Inleiding

Zorg voor kwetsbare ouderen, met de ouderen en diens naasten centraal, multidisciplinaire, domein-overstijgende netwerkzorg, lokaal verankerd en samen met het lokale netwerk. Dat vraagt allemaal om een goede en zorgvuldige informatievoorziening. In deze bijlage delen we een aantal manieren waarop de MESO-praktijken deze vormgeven.

Praktijkfolder(s)

Alle MESO-praktijken hebben hun eigen praktijkfolder. Naast informatie over de zorg bevat ook deze bron gegevens over het team en de (bereikbaarheid van de) praktijk. De praktijkfolder wordt overhandigd aan elke oudere die in behandeling komt bij MESO-zorg, wordt uitgedeeld aan (potentiële) samenwerkingspartners en is beschikbaar voor de verwijzend huisartsen. De laatste kunnen de folder gebruiken in de spreekkamer, bijvoorbeeld wanneer zij samen met de oudere een verwijzing naar MESO-zorg overwegen.



Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die zich heeft gespecialiseerd in de ziektes en problemen van oudere mensen. De meeste mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en daar kan een specialist ouderengeneeskunde bij helpen.

De MESO-praktijk Ouderengeneeskunde Tiel is op werkdagen geopend van 9.00 – 17.00 uur. De praktijk is gevestigd op de eerste verdieping van het Eerstelijns Centrum Tiel.

Bezoek en correspondentie:
MESO-praktijk Ouderengeneeskunde Tiel
Dodewaardlaan 5.09
4006 EA Tiel
T (0344) 227151
E meso@ecttiel.nl
www.ecttiel.nl

De pilot 'MESO-praktijk Ouderengeneeskunde Tiel' is in september 2020 gestart. Sindsdien kan een aantal huisartsen uit Tiel patiënten vanaf 60 jaar verwijzen naar deze praktijk.

MESO staat voor Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde. De werkwijze van MESO is ontwikkeld door de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet in Velp. In Velp zijn ouderen, hun omgeving en de hulpverleners heel positief over hun ervaring met MESO. Daarom onderzoeken we in opdracht van het ministerie van VWS of de werkwijze uit Velp in andere plaatsen van Nederland kan worden herhaald. Het gaat om pilotpraktijken in Tiel, Zoetermeer en Rotterdam.

Waarvoor kunt u terecht?
De problemen waarmee patiënten verwezen worden, zijn heel divers. Soms is het een vraag om een keer alles op medisch- en zorggebied op een rij te zetten. Soms vraagt een patiënt om onderzoek naar zijn of haar geheugen of stemming.

Ons doel is altijd om, desgewenst, zo prettig en zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen!

Onze werkwijze

Om een duidelijk beeld te krijgen van uw situatie, beginnen we met een gesprek met de verpleegkundige en de arts. Daarvoor komen we graag bij u thuis, maar dit kan ook in de praktijk.

Meestal betrekken we in die gesprekken ook de mantelzorger. Daarna doet de arts aanvullend onderzoek, zoals een lichamelijk onderzoek. Dan bespreken wij de resultaten met de huisarts en soms met andere hulpverleners, zoals een fysiotherapeut of een ouderenadviseur. Vervolgens brengen wij u op de hoogte van de uitkomst van het onderzoek en de adviezen die wij u als team geven. De adviezen die u krijgt, kunnen ook een behandeling betreffen. Deze behandeling kan vervolgens door uw huisarts of door de Praktijk Ouderengeneeskunde in gang worden gezet.

De huisarts blijft altijd de hoofdbehandelaar. U dient in geval van een acute medische situatie en buiten kantooruren als eerste hem of haar te bellen. Voor vragen rondom uw verwijzing kunt u op onze werkdagen bij ons terecht.

Onze inzet wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. U hoeft hiervoor geen eigen bijdrage of eigen risico te betalen.

Inga Melsert
specialist ouderengeneeskunde

Jos van de Water
specialist ouderengeneeskunde

Rianne Nieuwhoff-Kok
verpleegkundige

Tessa van den Berg
verpleegkundige

Lineke de Bruin
managementassistent

Informatiebrief

Verder werken de MESO-praktijken ook met een aanvullende informatiebrief. Hierin wordt verder ingegaan op de informatie- en gegevensverzameling en -uitwisseling die er tijdens MESO-zorg plaatsvindt. Zo is de oudere, naast de uitleg die het MESO-team geeft in de verschillende contacten, goed geïnformeerd en kan hij/zij en diens naasten weten wat zij omtrent gegevensverzameling en -uitwisseling kunnen verwachten.

[plaats], [datum]

Betreft: informatie over hoe wij omgaan met uw gegevens

Geachte,

Uw huisarts heeft u onlangs verwezen naar de MESO-Praktijk Ouderengeneeskunde. Wij vinden het belangrijk om u zo goed mogelijk van dienst te zijn en daarbij zorgvuldig om te gaan met uw gegevens. In deze brief leest u hoe we dat in onze praktijk doen.

Waarom vragen we uw persoonsgegevens?

Als u in onze praktijk komt, zijn we wettelijk verplicht om te controleren wie u bent. Deze verplichting geldt voor elke zorgverlener. Wilt u daarom uw identiteitsbewijs meenemen of klaarleggen als u een afspraak met ons heeft? Een medewerker van de praktijk zal u vragen dit te mogen zien. Dit gebeurt meestal tijdens de eerste afspraak.

Welke gegevens over uw gezondheid gebruiken we en waarom?

In de MESO-Praktijk Ouderengeneeskunde maken de arts en de verpleegkundige gebruik van het medisch dossier dat uw huisarts heeft opgebouwd. Daarin zijn de gegevens opgeslagen over uw gezondheid en over de eventuele ziektes en behandelingen die u heeft gehad. Wij kijken in dit dossier omdat we:

- uw medische voorgeschiedenis zo volledig mogelijk willen kennen, zodat we niets over het hoofd zien wat belangrijk is voor uw behandeling;
- u niet willen belasten met een herhaling van onderzoeken die uw huisarts misschien onlangs al heeft gedaan.

We garanderen dat alle medewerkers in onze praktijk uiterst zorgvuldig met deze gegevens omgaan.

Wanneer delen we gegevens over u met andere zorgverleners?

Soms delen we uw persoonlijke gegevens en gegevens over uw gezondheid met andere zorgverleners. Bijvoorbeeld met een fysiotherapeut, een specialist in het ziekenhuis of een medewerker van de thuiszorg. Dit doen we alleen als dit nodig is voor een behandeling die door ons is ingezet. We delen dan niet uw hele medisch dossier, maar alleen de gegevens die de andere zorgverlener nodig heeft om u optimaal te kunnen helpen. In alle andere gevallen delen wij uw gegevens alleen met uw uitdrukkelijke toestemming.

Hoe bewaren we uw gegevens in onze praktijk?

Wij bewaren uw persoonlijke gegevens en gegevens over uw gezondheid ook in een eigen medisch dossier. Uw gegevens zijn in dit dossier beschermd volgens de laatste eisen die hieraan wettelijk worden gesteld. Als u dit dossier wilt inzien, kan dit altijd. Een medewerker van onze praktijk staat u dan bij om de medische termen toe te lichten.

Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Bel dan gerust met een van onze medewerkers via telefoonnummer xxx. U kunt ook een e-mail sturen naar xxx. Wij helpen u graag verder.

Met vriendelijk groet,
namens de MESO-Praktijk Ouderengeneeskunde,

Websites

Op zowel de [website](#) van de Praktijk Ouderengeneeskunde Thuis als de [website](#) van Stichting MESO is informatie te vinden over MESO-zorg⁴⁴. Beide website geven naast inhoudelijke informatie over de zorg, en de visie achter de zorg, ook praktische informatie over de praktijken en diens bereikbaarheid. Op deze manier zijn ze ondersteunend in het voorzien van ouderen, hun naasten, alle lokale betrokkenen en alle landelijk geïnteresseerden van informatie over dit type zorg, en de praktijken die deze zorg leveren.

⁴⁴ www.praktijkouderengeneeskunde.nl en www.mesozorg.nl