KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

De succesfactoren van een Multidisciplinair Overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen

Dr. Jasper Landa, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Rosella Hermens, UMC St Radboud Nijmegen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Dankwoord

Zoals bij iedere goede samenwerking zou dit project niet tot een goed einde zijn gebracht zonder de bijdrage van anderen. Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om hen te bedanken voor hun steun en inzet:

Eerst en vooral wil ik mijn promotor prof. dr. Jan De Lepeleire en mijn co-promotor dr. Rosella Hermens bedanken voor hun voortdurende begeleiding en hun opbouwende kritiek. Hun inzicht en kennis waren voor mij een duidelijke meerwaarde.

Daarnaast wil ik mijn praktijkopleider dr. Luc Baeck bedanken voor de ruimte die hij mij heeft gegeven om aan dit onderzoek te werken en natuurlijk voor zijn medewerking aan de thematische analyse van het panelgesprek.

De medewerkers van de SEL's wil ik bedanken voor de prettige samenwerking en vlotte correspondentie.

Daarnaast wil ik ook de afgevaardigden van de SEL's vermelden omwille van hun constructieve deelname aan het panelgesprek.

Ik bedank de apothekers, huisartsen, maatschappelijk werkers, thuisverpleegkundigen en patiëntvertegenwoordigers die allen noch de tijd noch de moeite hebben gespaard om zich door mij te laten interviewen.

Tenslotte nog een dankwoord aan mijn ouders voor alle steun die zij mij steeds geboden hebben en zeker aan Elisa, mijn vriendin, voor haar waardevolle ondersteuning tijdens dit onderzoek en het nalezen van de tekst.

Abstract

Context:
In de huidige geneeskunde is er een duidelijke verschuiving van acute naar chronische pathologie. Door deze ontwikkeling is er een groeiende behoefte aan meer verschillende zorgverleners om de verschillende aspecten van deze chronische zorg te kunnen vervullen. De toenemende complexiteit en kennis binnen al deze geneeskundige disciplines zorgt voor een steeds toenemende subspecialisatie, ook in de eerste lijn. Deze fractionering van kennis zou men mogelijks kunnen opvangen door goede multidisciplinaire zorgverlening. Een belangrijk onderdeel van multidisciplinaire zorgverlening is een doelmatig multidisciplinair overleg (MDO). Dit is echter niet eenvoudig te bewerkstelligen en lijkt afhankelijk te zijn van tal van factoren.

Onderzoeksvraag:
Wat zijn de kritische succesfactoren voor een doelmatig en doeltreffend multidisciplinair overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen?

- Wat is hierover bekend in de literatuur?
- Waarop is de regelgeving van Vlaanderen gebaseerd?
- Wat is de visie van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)?
- Wat is de visie van de betrokken zorgverleners van Vlaanderen?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Tijdens de maand Maart 2011 werd een brede systematische zoekopdracht gedaan via Pubmed waarbij artikels werden geïncludeerd aan de hand van hun relevantie voor de eerste lijn en de vraagstelling van dit onderzoek (3 selectieprocedures). Tevens werden de SEL's aangeschreven voor literatuur met betrekking tot de regelgeving van het MDO. In Oktober 2011 vond een paneloverleg plaats met de afgevaardigden van deze SEL's om te spreken over de succesfactoren van het MDO. Tenslotte werden in Maart 2012 interviews uitgevoerd met zorgverleners die betrokken kunnen zijn bij het MDO, namelijk apothekers, huisartsen, maatschappelijk werkers, thuisverpleegkundigen en patiëntvertegenwoordigers. De resultaten werden middels een thematische analyse verwerkt. Op grond van alle resultaten werd een model opgesteld hoe een MDO in de eerste lijn er idealiter zou moeten uitzien.

Resultaten:
Voor een doelmatig en doeltreffend MDO worden een aantal succesfactoren duidelijk, met name: er is sprake van een transdisciplinair zorgsysteem met voldoende maatschappelijke, politieke en financiële ondersteuning voor MDO. Zorgverleners beschikken over de basiscompetenties voor samenwerking en hebben kennis over elkaars rol. Zij zijn vertrouwd met het MDO en zien er de meerwaarde van in. Het MDO zelf vindt fysiek plaats en verloopt gestructureerd onder kundige leiding van één (externe) persoon. De patiënt en diens mantelzorgers worden waar mogelijk maximaal betrokken. Achteraf wordt een verslag en zorgplan opgesteld met daarin de zorgdoelen en duidelijke afspraken. Regelgeving en administratie dienen te worden beperkt en er is een vergoeding voor de deelnemers op basis van tijdsinvestering.

Conclusies:
Multidisciplinair overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen kan volgens de afgevaardigden van de SEL's en de zorgverleners van het MDO een meerwaarde zijn op de kwaliteit van chronische zorg. Dit overleg kan slechts succesvol zijn als rekening wordt gehouden met een aantal voorwaarden. Om dit te bewerkstelligen dienen het huidige zorgsysteem en mogelijks ook de werkwijze van zorgverleners te veranderen. Noodzakelijke ondersteunende voorwaarden zijn een goede infrastructuur en een maatschappelijk en politiek draagvlak. Daarnaast dient men systematisch het effect van het MDO op de zorg voor de patiënt te controleren.

E-mail: jasper.landa@gmail.com
ICPC: n.v.t.

Inhoudsopgave

Dankwoord 2

Abstract 3

Inhoudsopgave 4

1. Algemene inleiding 6

2. Literatuurstudie 8

2.1 Inleiding 8

2.2 Methode (figuur 1) 8

2.3 Literatuurbespreking 9

2.4 Voorlopig besluit en vraagstelling 13

3. Bevraging van de SEL's 15

3.1 Inleiding 15

3.2 Methode 15

3.3 Resultaten 16

3.4 Voorlopig besluit en vraagstelling 21

4. Panelgesprek met de afgevaardigden van de SEL's 22

4.1 Inleiding 22

4.2 Methode 22

4.3 Resultaten 23

4.4 Voorlopig besluit en vraagstelling 26

5. Interviews met zorgverleners die deelnemen aan een MDO 28

5.1 Inleiding 28

5.2 Methode 28

5.3 Resultaten 29

6. Conclusie 40

6.1. Het MDO 40

6.2 De zorgverlener 41

6.3 De patiënt 42
6.4 Sociale omgeving....42
6.5 Organisatie....43
6.6 Politiek, financieel en maatschappelijk 44
6.7 Aanbevolen stappenplan voor een succesvol MDO....45
7. Discussie 46
7.1 Algemeen....46
7.2 Sterke en zwakke punten van de studie....48
7.3 Hoe kan men de relatie tussen de huisarts en het MDO verbeteren? 49
7.4 Aanbevelingen 50
8. Referenties 51
Bijlage 1. Tabellen en figuren 53
Tabel 1. De 15 SEL's....53
Tabel 2. GDT regelgeving....54
Tabel 3. Vergoedingen van het MDO....55
Tabel 4. Opstellen van de vragenlijst (39) 55
Figuur 1. Schema van de methode van het literatuuronderzoek....56
Bijlage 2. De vragenlijst van het interview....57
Bijlage 3. Overzichtstabel met de resultaten van de interviews....60

1. Algemene inleiding

Geneeskunde in de 21e eeuw is in grote mate verschillend van deze in de 20e eeuw. In de Westerse wereld is er een duidelijke verschuiving van acute naar chronische pathologie (in de VS bijvoorbeeld zorgt 40% van de bevolking voor 80% van de gezondheidsuitgaven) (1, 2). Door deze ontwikkeling is er een groeiende behoefte aan meer verschillende zorgverleners om de verschillende aspecten van deze chronische zorg te kunnen vervullen. Hierbij valt te denken aan fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, maatschappelijk werkers, apothekers, psychologen/psychotherapeuten, gezins- en bejaardenhelpers evenals huisartsen, specialisten en ziekenhuisdiensten.
Door onaangepaste reglementering en een organisatie van zorg die niet op deze verandering is voorzien, ontstaat er over- en onderconsumptie en zelfs verkeerd gebruik van al deze soorten van zorgverlening (1).

Daarnaast ontstaat door de toenemende complexiteit en kennis binnen al deze geneeskundige disciplines een steeds toenemende subspecialisatie. Hierdoor kan de gespecialiseerde zorgverlener meer kwaliteit leveren in zijn domein, maar tegelijk wordt zijn of haar kennis beperkt tot de kennis over dit specifieke domein. Zieke patiënten die door verschillende zorgverleners worden behandeld krijgen dus van elk van hen stukken informatie te horen die niet altijd even eenduidig zijn. Fragmentatie van de zorg is het resultaat. Hieruit volgt de noodzaak aan goede communicatie en uniformiteit naar deze patiënten (3). Vanuit de literatuur blijkt hier mogelijks een belangrijke rol voor de huisarts te zijn weggelegd. Immers, terwijl andere teamspelers vaak veranderen aan de hand van de zorgbehoefte van de patiënt, verzorgt de huisarts de continuïteit van zorg gedurende zeer lange periodes in het leven van de patiënt (3, 4). Multidisciplinaire zorgverlening zou dus ook in de eerste lijn een belangrijke rol dienen te gaan spelen. Echter door een verscheidenheid aan redenen staan niet alle huisartsen hiervoor open (5, 6). Het bewerkstelligen van multidisciplinaire zorgverlening zal een andere aanpak vragen dan in bijvoorbeeld ziekenhuizen, waar dit al een meer gangbare praktijk is.

Men zou dus de multidisciplinaire zorgverlening kunnen beschouwen als één van de elementen voor een betere afstemming van zorg, aldus leidend tot een meer kwaliteitsvolle zorg. In Vlaanderen bijvoorbeeld bestaat bij sommige groepen het idee dat een multidisciplinair overleg (MDO) de kern is van de (re)organisatie van multidisciplinaire zorgverlening. Er bestaan echter verschillende vormen van dit soort overleg (7). Enkele voorbeelden zijn:

- Ontslagmanagement in het ziekenhuis
- Multidisciplinair oncologisch overleg
- Palliatief overleg
- Overleg met betrekking tot het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
- Teamoverleg in het woonzorg centrum
- Overleg in het kader van de therapeutische projecten (zoals de geestelijke gezondheidszorg)
- Overleg over patiënten met een psychiatrische problematiek (Psychiatrisch MDO) (8)
- Overleg in de complexe thuiszorg (Samenwerkingsinitiatieven EersteLijnsgezondheidzorg)

Overleg op zich blijkt geen garantie te zijn voor betere resultaten (4). Ook is niet duidelijk wat nu de eigenlijke doeltreffendheid is van MDO. In deze masterproef wordt dan ook het onderzoek beschreven naar de succesfactoren voor een doelmatig en doeltreffend MDO. Als eerste wordt er via een brede zoekopdracht nagegaan wat er in de literatuur beschreven is over MDO in de eerste lijn en hoe we succesvol MDO in de praktijk zouden kunnen bewerkstelligen (*2. Literatuurstudie*).
Zoals hierboven reeds aangegeven zal door de toename van chronische pathologie en de toenemende veroudering van de bevolking de eerste lijn een steeds belangrijkere rol moeten gaan spelen om aan de groeiende zorgbehoefte te kunnen voldoen. Aangezien dit reeds een draagvlak en

structuur heeft gekregen in de vorm van de Samenwerkingsinitiatieven EersteLijnsgezondheidzorg (SEL's), is het zinvol om de bevindingen toe te passen op dit overleg in de complexe thuiszorg.
Om meer zicht te krijgen op de structuur en organisatie van het MDO van de SEL's werd hen dan ook gevraagd de documenten ter beschikking te stellen waarmee zij werken (*3. Bevraging van de SEL's*). Vanuit deze bevindingen werden zij uitgenodigd voor een panelgesprek over de organisatie en het verloop van het MDO en de mogelijke succesfactoren hiervoor (*4. Panelgesprek met de SEL's*). De resultaten werden geëvalueerd en vervolgens gebruikt voor interviews met zorgverleners over hun ervaringen met het MDO en hun mening over het MDO (*5. Interviews met zorgverleners*).

Tenslotte is, onder geleide van de resultaten van de deelstudies, een stappenplan opgesteld om te komen tot een doelmatig en doeltreffend MDO voor de eerste lijn in Vlaanderen.

2. Literatuurstudie

2.1 Inleiding

Door middel van een ruime zoekopdracht is geprobeerd zicht te krijgen op wat er bekend is in de literatuur met betrekking tot de organisatie en het verloop van een doelmatig en doeltreffend MDO voor de eerste lijn. Er werd getracht de nadruk te leggen op de algemene kenmerken van het MDO en minder op het overleg in pathologie-specifieke situaties of in de ziekenhuisomgeving.

2.2 Methode (figuur 1)

Een brede literatuurstudie werd opgezet via Pubmed. Uit overleg tussen de onderzoekers werden de volgende twee zoekopdrachten weerhouden:

1. *((((((Interdisciplinary communication) OR multidisciplinary-team meeting(s)) OR multidisciplinary teamwork) OR interdisciplinary team(s)) OR interdisciplinary collaboration) OR multidisciplinary clinic) AND Primary Health care*

2. *((((((Interdisciplinary communication) OR multidisciplinary-team meeting) OR multidisciplinary teamwork) OR interdisciplinary team) OR multidisciplinary clinic) OR multidisciplinary consultation) AND primary health care*

Er werden drie restricties toegevoegd aan de zoekopdrachten:

- *Human, English en Full-text*

Via Pubmed werden respectievelijk 731 artikels (14-03-2011) en 1206 artikels (31-03-2011) gevonden. Deze artikels werden overlopen en volgens drie selectieprocedures verder geselecteerd:

1. *1e selectieprocedure*: relevantie qua inhoud voor multidisciplinair overleg aan de hand van het abstract van het artikel.
   84 n 116 artikels = 190

2. *2e selectieprocedure volgens twee voorwaarden*: Online beschikbaarheid via Pubmed en de relevantie voor de 1e lijn.
   65 10-04-11) mogelijks relevante artikels voor dit project.

3. *3e selectieprocedure*: Relevantie van de artikels voor de vraagstelling van dit onderzoek.

Na de drie selectieprocedures werden uit de literatuurstudie 20 artikels weerhouden en gebruikt voor dit onderzoek.
Tijdens het onderzoek werden nog andere relevante bronnen geraadpleegd:
- Referenties vanuit de geselecteerde artikels.
- Aanbevolen literatuur (zoals *Leren Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg).*

2.3 Literatuurbespreking

Hieronder volgt een bespreking van de inhoud van de geselecteerde artikels met betrekking tot de organisatie van een doelmatig en doeltreffend MDO voor de eerste lijn. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende aspecten: definities van samenwerking, rol en competenties van zorgverleners, randvoorwaarden en opleiding.

2.3.1 Definities

De organisatie en uitbouw van multidisciplinaire zorgverlening zou idealiter de volgende aspecten van onze zorg moeten verbeteren (9):

- De klinische resultaten en uitkomsten
- De kwaliteit van het leven
- De tevredenheid van de patiënt
- Doeltreffendheid van de zorg (zoals vastgelegd in richtlijnen)
- Doelmatigheid van de zorg (verbetering van de balans tussen kosten en uitkomsten)

Deze eindpunten kunnen alleen maar worden bereikt indien we weten waaruit goede multidisciplinaire zorgverlening bestaat. Wanneer we de kwaliteit van multidisciplinaire zorgverlening willen nagaan is het noodzakelijk om duidelijk te stellen wat hieronder wordt verstaan. Geïntegreerde, multidisciplinaire zorgverlening kan worden gedefinieerd als:
'Een samenhangende en gecoördineerde groep diensten die georganiseerd geleverd worden aan individuele gebruikers door een aantal organisaties en samenwerkende professionele of informele zorgverleners'(9). In de literatuur worden echter verschillende termen gebruikt voor dit overleg en/of deze samenwerking tussen verschillende zorgverleners (10). Termen zoals 'multidisciplinair' en 'interdisciplinair' worden frequent door elkaar gebruikt en zijn dus niet eenduidig gedefinieerd. De volgende hanteerbare definities werden voorgesteld door D'amour et al (10):

- *Multidisciplinair*: Meerdere zorgverleners werken aan één 'project' (bijvoorbeeld de individuele patiënt of een patiëntenpopulatie). Dit gebeurt parallel en op een onafhankelijke basis. Hierbij is een goede structuur noodzakelijk.
- *Interdisciplinair*: Zorgverleners werken samen met een gemeenschappelijk doel en hanteren een gemeenschappelijke besluitvorming. Grenzen van de 'territoria' tussen disciplines dienen hierbij nog te worden opengebroken.
- *Transdisciplinair*: Een zorgmodel waarbij de grenzen tussen zorgverleners vervagen en alles onderling wordt gedeeld om te komen tot op consensus gebaseerde zorgverlening.

Deze definities werden al verder gekaderd en uitgewerkt door Boon et al in 2004 (11). Het resultaat was een werkbaar continuüm van verschillende mogelijke praktijkmodellen, met inbegrip van de definities zoals voorgesteld door D'amour et al:

- *Parallelle zorgverlening*: Verschillende zorgverleners werken onafhankelijk van elkaar in een gemeenschappelijke omgeving (bv. een gebouw). Grenzen tussen de disciplines blijven hierbij intact.
- *Consultatief*: Zorgverleners voorzien elkaar van vrijblijvend advies op aanvraag, meestal via schriftelijke wijze.
- *Collaboratief*: Informatie betreffende een patiënt wordt ad-hoc gedeeld door de verschillende betrokken zorgverleners. Deze samenwerking ontstaat naar gelang de noodzaak bij een bepaalde casus.
- *Gecoördineerd*: Een team met zorgverleners organiseert haar communicatie en uitwisseling van informatie over te behandelen patiënten. Informatie naar patiënten wordt verzorgd door een 'case manager'.

- *Multidisciplinair*: Een team met zorgverleners onder leiding van één van hen. Hierbij maken individuele teamgenoten nog altijd zelf beslissingen en kunnen zij adviezen geven aan het team, welke worden geïntegreerd door de teamleider.
- *Interdisciplinair*: Het multidisciplinaire team komt via besprekingen tot op consensus gebaseerde 'groepbeslissingen'. Deze besprekingen vinden regelmatig en via persoonlijke ontmoeting plaats.
- *Geïntegreerde zorgverlening*: Interdisciplinaire of transdisciplinaire samenwerking waarbij men op een niet-hiërarchische wijze komt tot zorg waarbij de patiënt centraal staat. Hierbij kan door wederzijds respect en gedeelde visie iedere teamgenoot bijdragen aan het zorgplan voor de patiënt.

Toegepast op Vlaanderen zou de huidige zorg volgens dit systeem het meeste aansluiten bij het begrip 'collaboratieve samenwerking'. De complexiteit van de huidige zorgorganisatie zal toenemen naarmate men meer evolueert naar een geïntegreerd zorgmodel. Ook kan men verwachten dat de autonomie van de individuele zorgverlener zal afnemen en de diversiteit in mogelijkheden van beleid zal toenemen (11).

2.3.2 Rol & competenties van zorgverleners

Alvorens verder in te gaan op hoe de organisatie en structuur van een MDO zou moeten verlopen, is het interessant om na te gaan wat er verwacht kan worden van zorgverleners zelf met betrekking tot multidisciplinaire zorgverlening in het algemeen en het participeren aan een MDO in het bijzonder.
In 2005 werd er een uitgebreide literatuurstudie gedaan door D'Amour et al naar de basis voor een degelijke inter-professionele samenwerking (10). Men vond, zoals reeds eerder aangehaald, een grote diversiteit aan termen en protocollen met betrekking tot het MDO. Hieruit werden vier basisconcepten gedestilleerd die als essentieel werden beschouwd voor een goede samenwerking:

- *Delen*: De betrokkenen maken o.a. gebruik van gedeelde verantwoordelijkheden, data, normen en waarden en passen gemeenschappelijke besluitvorming toe.
- *Partnerschap*: Een professionele relatie of collegialiteit die constructief is en gebaseerd is op wederzijds vertrouwen en respect voortkomend uit open communicatie. Dit veronderstelt kennis over de competenties en perspectieven van andere disciplines.
- *Onderlinge afhankelijkheid*: Er is sprake van synergie in plaats van autonomie. Het gezamenlijke resultaat zou dan groter zijn dan de individuele bijdragen bij elkaar opgeteld.
- *Macht*: Gelijkwaardigheid en gedeelde macht tussen de zorgverleners onderling. Titel en functie worden hierbij ondergeschikt gesteld aan kennis en ervaring.

Deze basisconcepten zouden moeten worden gerespecteerd om een MDO tot een succesvol gegeven te maken. Bovendien kunnen hieruit een vijftal basiscompetenties voor een goed teamlid worden afgeleid. Deze werden beschreven door Suter et al(12):

- Goede *communicatievaardigheden*
- Kennis over de *rol van andere zorgverleners*
- Beschikkend over *teamvaardigheden*
    - Begrip voor groepsnormen
    - Groepsconflicten kunnen oplossen
    - Begrip voor onderlinge verschillen
- Kwaliteiten om te kunnen bijdragen aan *gedeelde zorgplanning*
- Wederzijds *vertrouwen en respect*

Aan deze competenties kunnen vanuit de literatuur nog drie kenmerken worden toegevoegd, namelijk (13, 14):

- *Manager*: Het teamlid is in staat tot het formuleren van realistisch doelen en doeltreffend tijdsmanagement. Hij of zij kan ook coördineren en taak- en procesgericht werken. Het teamlid is bovendien in staat tot participerend leiden.
- *Belangenbehartiger:* Het teamlid *h*oudt voortdurend rekening met de individuele belangen van de patiënt.
- *Levenslang lerende:* Het teamlid handhaaft en verbetert voortdurend zijn inter-professionele activiteiten.

Zorgverleners die met elkaar moeten samenwerken simpelweg samenbrengen in een ruimte is dus niet voldoende. Indien men in zekere zin voldoet aan de bovenstaande competenties, kan een team worden gevormd. Vanuit literatuur over niet-zorggerichte organisaties was al bekend dat teamvorming in verschillende stadia verloopt. Het aantal beschreven stadia varieert en is niet duidelijk wetenschappelijk vastgelegd (9, 10, 13). Een uitgewerkt voorbeeld hiervan is het 6-fasen model beschreven in IPSIG, gebaseerd op het handboek groepsdynamica van Remmerswaal (13):

1. *Voorfase*: De vorming van een groep waarbij doelen en grenzen worden vastgelegd.
2. *Oriëntatiefase*: Het vastleggen van de positie van teamleden binnen deze groep.
3. *Machtsfase*: Er is meer aandacht voor het intern functioneren als groep en als individueel groepslid (invloed en macht).
4. *Affectiefase*: Verder uitbouwen van de onderlinge verhoudingen tussen de leden van de groep.
5. *Autonome fase*: Verwezenlijken van het individu binnen de groep.
6. *Afsluitingsfase:* De groep wordt ontbonden.

Deze groepsdynamiek onderschrijft het gegeven dat een team tegelijkertijd functioneert op een taakniveau (inhoudelijk en proceduraal) en een sociaal-emotioneel niveau (interactioneel en existentioneel)(15). Wanneer men werkt met teams zou het belangrijk kunnen zijn om deze fasen en niveau's te onderkennen, om zodoende meer doelgericht problemen binnen het team op te kunnen lossen. Het belang van ondersteuning in de vorm van goed leiderschap binnen een team mag hierbij niet onderschat worden (3, 13).

2.3.3 Randvoorwaarden voor multidisciplinaire zorgverlening

Implementatie van multidisciplinaire zorgverlening vergt een omgeving die dit ondersteunt. Dit kan in de vorm van implementatie van strategieën die beantwoorden en inspelen op de structurele en contextuele barrières (4). Een goed voorbeeld zijn de *'Family Health Care Teams (FHT)*' in Canada.
In Augustus 2010 waren er reeds 200 FHT's geregistreerd (16). Deze teams bestaan uit verschillende zorgverleners (e.g. huisartsen, thuisverpleegkundigen, praktijkassistenten, maatschappelijk werkers en diëtisten). In 2004 werd door de overheid een tienjarenplan gestart om multidisciplinaire zorg in de eerste lijn toegankelijker te maken voor de Canadese bevolking. Hierin werd echter niet vastgelegd hoe deze teams eruit moesten zien, hoe ze moesten werken of wat ze moesten doen (17).
In een kwalitatief onderzoek werden in Canada 32 leden van dergelijks FHT's geïnterviewd over hun ervaringen met inter-professionele samenwerking. De deelnemers benadrukten het belang van enkele organisatorische aspecten (18):

- Management/leiderschap
- Tijd/ruimte
- Inter-professionele initiatieven tot samenwerking
- Gedeelde zorgverlening

Ook interviews met eerstelijns organisaties in Engeland en Wales onderschreven het belang van implementatie van heldere organisatie en strategieën voor multidisciplinaire zorgverlening (19).

Wanneer professionele identiteiten slecht omschreven zijn, beïnvloedt dit in negatieve zin de samenwerking in de eerste lijn (20). Goldman et al onderzochten het belang hiervan. Volgens hen zijn team protocollen (ook teamrichtlijnen genoemd) noodzakelijk voor het goed functioneren van een team. Deze kunnen worden opgesteld voor specifieke situaties (zoals diabetes, COPD en nierinsufficiëntie) doormiddel van werkgroepen (20). Verdere aanpassing en implementatie kan dan gebeuren in functie van lokale factoren.

Om de kwaliteit en samenwerking bij chronische zorgverlening te bevorderen kan men werken met modellen, zoals het Chronic Care Model (CCM) of het European Foundation Quality Management Excellence Model (EFQM).
Het CCM hanteert 6 essentiële aspecten als basis voor verbetering van organisatie van chronische zorg: maatschappelijke hulpmiddelen en beleid, organisatie van gezondheidszorg, ondersteuning van 'self-management', 'delivery system design', ondersteuning van besluitvorming en klinische informatiesystemen (21). Implementatie ervan zou worden verhinderd door het huidige 'fee-for-service' systeem, gebrek aan innovatief leiderschap en de kosten van zorgregistratiesystemen (22).
Betreffende geïntegreerde zorg hanteert het vier fasen voor de ontwikkeling van samenwerking. Deze fasen zijn niet duidelijk omschreven (9).
Het EFQM is gebaseerd op 8 principes en 9 criteria en wordt gebruikt voor het optimaliseren van resultaten van een organisatie in het bedrijfsleven (23). Nadeel van dit model is dat het niet ontwikkeld is voor gezondheidszorg of geïntegreerde zorg. We zullen hier dus niet verder op ingaan.
In een Nederlands onderzoek werd op basis van consensus een 4-fasen model voor integratieve zorgverlening voorgesteld. Men onderscheidt hierbij:

1. Een initiatiefase
2. Een experimentele/executiefase
3. Een expansie fase
4. Een consolidatie/transformatiefase (9)

Wetenschappelijke evidentie omtrent dergelijke modellen ontbreekt en daarom zijn zij vaak 'expert-based'.

2.3.4 Opleiding

Voor het bewerkstelligen van goede multidisciplinaire zorgverlening is het van belang om na te gaan wat er gedaan kan worden om samenwerking te verbeteren (24). Belanger et al weerhielden de volgende zes aandachtspunten om lokale, multidisciplinaire organisaties te bevorderen (25):

- *Tijd en training*: De initiële fase van samenwerking vergt een flinke investering van tijd en opleiding van de betrokken zorgverleners.
- *Duidelijke rolverdeling*: Slechte taakverdeling fungeert als barrière voor goede samenwerking.
- *Efficiënte communicatiestrategieën*
- *Vertrouwen en respect*: Zonder vertrouwen en respect kunnen professionele identiteiten geen plaats maken voor een teamidentiteit.
- *Gemeenschappelijke doelen*
- Systemen om het bovenstaande te ondersteunen.

Om de huidige barrières met betrekking tot multidisciplinaire zorgverlening bij zorgverleners weg te nemen is er nood aan duidelijke integratie in de opleiding (13, 26-28). Zo zouden de basiscompetenties voor een goed teamlid meegenomen kunnen worden in de opleiding voor zorgverleners. Drie soorten interventies zijn beschreven om dit te bewerkstelligen (20, 29):

- *Interprofessionele educatie*: Bijvoorbeeld in de vorm van seminaries, workshops en lessen over samenwerking.
- *Interprofessionele praktijkvoering*: Het werken met communicatie-instrumenten en 'werkpaden' of bijvoorbeeld educatieve ziekenhuisrondes tijdens de opleiding.
- *Interprofessionele organisatorische interventies*: Dit heeft betrekking op personeel, beleid, werkruimte en 'cultuurverandering'.

Dergelijke interventies zouden multidisciplinaire zorgverlening kunnen verbeteren. Voor deze interventies is het tevens noodzakelijk om inzicht te krijgen in de kritische succesfactoren op andere niveaus dan enkel de basiscompetenties voor een goed teamlid.

2.4 Voorlopig besluit en vraagstelling

Concluderend kunnen we stellen dat er vanuit de literatuurstudie geen eenduidig model naar voren komt om multidisciplinaire zorgverlening in de eerste lijn te optimaliseren. Ook wordt duidelijk dat overleg op zich geen garantie is tot betere zorg.
Teamleden dienen te voldoen aan enkele voorwaarden, alvorens zij succesvol kunnen deelnemen aan een MDO. Deze worden uitgedrukt in basiscompetenties:

- Goede *communicatievaardigheden*
- Kennis over de *rol van andere zorgverleners*
- Beschikkend over *teamvaardigheden (*groepsnormen, groepsconflicten)
- Kwaliteiten om te kunnen bijdragen aan *gedeelde zorgplanning*
- Wederzijds *vertrouwen en respect*

Deze teams doorlopen tijdens hun ontwikkeling verschillende fasen, zoals beschreven in de literatuur:

1. *Voorfase*: De vorming van een groep waarbij doelen en grenzen worden vastgelegd.
2. *Oriëntatiefase*: Het vastleggen van de positie van teamleden binnen deze groep.
3. *Machtsfase*: Er is meer aandacht voor het intern functioneren als groep en als individueel groepslid (invloed en macht).
4. *Affectiefase*: Verder uitbouwen van de onderlinge verhoudingen tussen de leden van de groep.
5. *Autonome fase*: Verwezenlijken van het individu binnen de groep.
6. *Afsluitingsfase:* De groep wordt ontbonden.

De efficiëntie, resultaten en de nood aan begeleiding hangen dus samen met de fase waarin het team zich bevindt. Goed leiderschap speelt hierbij mogelijks een belangrijke rol.

De inhoud die aan de eerder genoemde voorwaarden voor het succesvol MDO gegeven moet worden is sterk gebonden aan de sociale en professionele context waarin het wordt toegepast. Duidelijk wordt dat achteraf moet worden opgevolgd of de gemaakte afspraken zijn uitgevoerd en daadwerkelijk tot het gewenste effect hebben geleid. Om dit te bewerkstelligen is er nood aan begeleiding en opleiding in multidisciplinair functioneren. Dit zou kunnen bijdragen aan een succesvol MDO. Op beleidsniveau dienen deze teams en/of organisaties voldoende te worden ondersteund door een maatschappelijk draagvlak, zoals zorgpaden, specifieke infrastructuur en vergoedingen.

Het doel van het tweede deel van dit onderzoek is om verder na te gaan wat voor zorgverleners in Vlaanderen de kritische succesfactoren zijn van een doelmatig en doeltreffend MDO. Secundair hieraan wordt nagekeken hoe de inhoud en organisatie van een MDO op dit moment is en wat er nog verbeterd zou kunnen worden, gelet op de kritische succesfactoren.

- Wat zijn de kritische succesfactoren van een doelmatig en doeltreffend MDO?
- Hoe verloopt de organisatie en structuur van het huidige MDO in de eerste lijn en waar is nog ruimte voor verbetering, gelet op de kritische succesfactoren?

Om deze vragen te beantwoorden zullen we dieper ingaan op de werking van de SEL's in Vlaanderen:

- Bespreking van de organisatie en structuur van het MDO, via een studie van de documenten van de SEL's, weergegeven in hoofdstuk 3.
- Panelgesprek met afgevaardigden van de SEL's, weergegeven in hoofdstuk 4.
- De resultaten uit hoofdstuk 3 en 4 worden met semi-gestructureerde interviews getoetst aan de ervaringen van zorgverleners die een rol kunnen spelen in het MDO, weergegeven in hoofdstuk 5.

3. Bevraging van de SEL's

3.1 Inleiding

Om de coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging van hulpbehoevende patiënten te faciliteren werden in 1990 de 'Samenwerkingsinitiatieven Thuisverzorging' (SIT's) opgericht. Deze konden tevens erkend worden als Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging (GDT), welke worden aangestuurd door de federale overheid. Sinds 1 januari 2010 zijn de SIT's omgevormd tot 'Samenwerkingsinitiatieven in de Eerstelijnsgezondheidszorg' (SEL's) (30), aangestuurd door de Vlaamse overheid. Dit is vastgelegd in 'het besluit betreffende de SEL's van 19 December 2008', het uitvoeringsbesluit van het eerstelijnsdecreet (31). Sindsdien zijn er 15 SEL's geregistreerd en erkend in het Vlaamse zorgregiodecreet van November 2008 (Tabel 1). Ook zij kunnen erkend worden als GDT. De erkenning en vergoeding van het GDT wordt aangestuurd door de federale overheid. De regelgeving om erkend te worden als GDT overleg staat vermeld in tabel 2.
Overleg dat niet voldoet aan de regels van het GDT, het 'niet-GDT overleg', kan erkend en vergoed worden indien het voldoen aan bepaalde regels opgesteld door de individuele SEL.

Binnen de SEL's is er een samenwerkingsverband tussen eerstelijnszorgverleners (zoals huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen, vroedvrouwen, ergo- en kinesitherapeuten) en organisaties en personen die de eerstelijnsgezondheidszorg mogelijk maken of ondersteunen (zoals openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW), rusthuizen, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) en centra voor algemeen welzijnswerk (CAW)).

Het doel van de oprichting van de SEL's is het verbeteren van de samenwerking in de eerste lijn door onder andere de ondersteuning van multidisciplinaire initiatieven en verheldering van de sociale kaart (het aanbod van zorgverlening in een bepaalde regio). De regelgeving rond de werking en hun taken zijn ook vastgelegd in het besluit (30, 31). Op lokaal niveau mag hier opnieuw op eigen wijze invulling aan gegeven worden (13).

Rekening houdend met het doel van dit onderzoek (namelijk de succesfactoren van het MDO) is het van belang om meer aandacht te besteden aan hoe de SEL's het MDO organiseren en structureren. Tevens wordt er nagegaan op welke literatuur hun werkwijze is gebaseerd.

3.2 Methode

In Maart 2011 werd er een brief gestuurd naar de 15 erkende SEL's in Vlaanderen en Brussel zoals vermeld op de website www.vlaamsesels.be (Tabel 1). Hierin werd verzocht om meer informatie te verschaffen omtrent de organisatie en de structuur van het MDO, aangevuld met literatuurreferenties en regels die gebruikt werden om deze werkwijze te onderbouwen. Er werd een antwoord ontvangen van 12 SEL's. Er werd één gezamenlijk antwoord verkregen voor de 4 SEL's van West-Vlaanderen en één gezamenlijk antwoord voor de SEL's Hasselt en Genk, welke in dit hoofdstuk als respectievelijk SEL West-Vlaanderen en SEL Listel zullen worden behandeld.
Uit de informatie die verkregen werd via de briefwisseling en de websites van de SEL's, die online toegankelijk waren, werd vervolgens per SEL de organisatie en structuur van het MDO nagegaan. Na een oriëntatie op alle aangeleverde stukken werden, op basis van de aspecten die regelmatig terugkwamen in de stukken, zeven gemeenschappelijke topics gekozen en een persoonlijke, vergelijkende beschrijving gemaakt. Dit vond plaats in Juli 2011.

De topics waren:

- Toegankelijkheid (hoofdstuk 3.3.1)
- Aanwezigen op het MDO (hoofdstuk 3.3.2)
- Aanvrager/organisator/zorgbemiddelaar (hoofdstuk 3.3.3)
- Vorm (hoofdstuk 3.3.4)
- Verloop en inhoud (hoofdstuk 3.3.5)
- Zorgplan (hoofdstuk 3.3.6)
- Vergoeding en financiële aspecten (hoofdstuk 3.3.7)

Als laatste werd nog de aangereikte 'grijze literatuur' besproken (hoofdstuk 3.3.8).

3.3 Resultaten

3.3.1 Toegankelijkheid (Tabel 1)

13 SEL's stellen een eigen website ter beschikking. Deze websites zijn terug te vinden op de algemene website van de SEL's (30). Het Thuiszorgoverleg Mechelen en zorgregio Gent hebben nog geen eigen website op moment van het onderzoek.
Elk van deze websites hanteert zijn eigen indeling, inhoud en opmaak. Op elk van deze websites zijn de nodige formulieren en instructies terug te vinden voor erkenning tot een GDT overleg.
Ook op de algemene website van de SEL's staan duidelijk de voorwaarden tot erkenning vermeld (30).

3.3.2 Aanwezigen op het MDO

Om als GDT overleg erkend te worden dienen op het MDO minstens drie zorgverleners aanwezig te zijn, waaronder steeds de huisarts en (indien bij de patiënt betrokken) de thuisverpleging.
Ook de zorggebruiker en/of diens mantelzorger(s) moeten hierbij aanwezig zijn, tenzij zij expliciet toestemming geven om het zonder hen te laten plaatsvinden.
Voor het niet-GDT overleg gelden eventueel andere voorwaarden, die iedere SEL zelf vastlegt.

3.3.3 Aanvrager/Organisator/Zorgbemiddelaar

Definities vooraf:

- *Zorgverlener:* Persoon die zorg verleent aan de patiënt en beschikt over een Riziv-nummer.
- *Hulpverlener:* Persoon die professionele zorg verleent en die niet beschikt over een Riziv-nummer.
- *Zorgbemiddelaar: Z*org- of hulpverlener die de zorg coördineert en aanspreekpunt is voor de patiënt, diens mantelzorger(s) en andere zorg- en hulpverleners.
- *Overlegcoördinator:* Persoon die het overleg plant, organiseert, verslag maakt en initiatief neemt voor evaluatie.

Iedereen die op een of andere manier betrokken is bij de zorg van de patiënt kan een aanvraag indienen voor een MDO. De zorgbemiddelaar is een zorg- of hulpverlener die aangesteld is door de gebruiker of de mantelzorgers. Alle SEL's hanteren deze begrippen op min of meer dezelfde manier.

De termen organisator en zorg-/overleg-coördinator worden door elkaar gebruikt maar hebben beiden betrekking op bovenstaande definitie. Wij geven de voorkeur aan de term overlegcoördinator voor deze definitie. In dit onderzoek zal daarom vanaf nu eenduidig de term overlegcoördinator worden gehanteerd. Een overlegcoördinator kan in principe een interne zorgverlener of externe persoon (meestal aangewezen door de SEL) zijn.
Er zijn SEL's (2 en 6) die als voorwaarde stellen dat de organisator geen betrokken zorgverlener mag zijn. Zo wordt de neutraliteit en objectiviteit van de organisator gewaarborgd.

Sommige SEL's (4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13 en 14) geven een concrete invulling aan de noodzakelijke vaardigheden en taken van een overlegcoördinator. Deze vaardigheden en taken worden soms opgedeeld in drie stadia: voor, tijdens en na het overleg.

Vaardigheden en taken van de overlegcoördinator die regelmatig worden vermeld zijn:
- Verhelderen en toetsen van de zorgvraag.
- Betrekken van de zorgbemiddelaar en de patiënt.
- Bewaken van de onafhankelijkheid en de neutraliteit.
- Administratief:
    - Invullen van de administratieve verplichtingen.
    - Verslaggeving van het overleg achteraf.
    - Opstarten van een zorgplan.
- Organisatorisch:
    - Vastleggen en plannen van afspraken.
    - Voorzitten en leiden van het overleg.
- Sociaal
    - Beschikken over voldoende communicatievaardigheden.
    - Iedereen aan het woord laten komen.
    - Bewaken van een open sfeer.
    - Conflicten kunnen hanteren

3.3.4 Vorm

Als algemene regel wordt gehanteerd dat een MDO fysiek moet plaats vinden. De plaats van dit MDO wordt niet altijd expliciet vermeld. Bij sommige SEL's dient het MDO wel steeds plaats te vinden bij de patiënt thuis.

3.3.5 Verloop en Inhoud

Betreffende de vorm en inhoud van het MDO stellen sommige SEL's (1, 2, 5 en 8) een checklist voor met hierop de GDT/niet-GDT voorwaarden tot terugbetaling.
Andere SEL's (4, 6 en 13) bieden naast deze checklists een document met uitleg over de taakstelling van de overlegcoördinator vóór, tijdens en na het MDO (hoofdstuk 3.3.3).

Enkele SELS (7, 9, 10, 11, 14) stellen een draaiboek voor de organisatie en structuur van het MDO ter beschikking. Hierin staat vermeld wat voor hen de structuur van het MDO dient te zijn, opgedeeld in drie stukken. Elementen die hierin onderscheiden worden zijn:
- Vóór het overleg:
    - Aanmelding van het MDO
    - Verzamelen van informatie betreffende de patiënt en andere betrokkenen
    - Zoeken naar een gemeenschappelijk moment

- Tijdens het overleg:
  - Beschrijving van het verloop
  - Iedereen komt aan het woord
  - Verzamelen van gegevens over de huidige thuiszorgsituatie
  - Opstellen van een weekplanning
  - Aandacht hebben voor de mantelzorgers
- Na het overleg:
  - Verslaglegging van het overleg
  - Opstellen van het zorgplan
  - Opvolging van de gemaakte afspraken

Sommige SEL's (2 en 6) stellen een tijdsminimum als voorwaarde, namelijk 45 minuten per overleg.

3.3.6 Zorgplan

In het Koninklijk besluit van 14 Mei 2003 werd vastgelegd uit welke elementen een zorgplan minstens zou moeten bestaan om erkend te worden binnen het GDT zorgoverleg:

- Geplande zorg van de patiënt of zorggebruiker
- Functioneel bilan (overzicht) van de activiteiten van het dagelijks leven en de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven
- Het bilan van het formele en informele verzorgingsnetwerk
- Het bilan van de omgeving en eventuele aanpassingen hiervan
- De taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners

Eén van de doelstellingen van het MDO is het opstellen van een zorgplan voor de patiënt. Behalve bovenstaande definitie kan er via het zorgplan ook gecommuniceerd worden tussen de betrokken zorgverleners. Dit gebeurt meestal in de vorm van een thuiszorgdossier of communicatieschrift.
In bepaalde SEL's (2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13 en 14) heeft men reeds ervaring met het e-zorgplan, de elektronische versie van het zorgplan (32).

3.3.7 Vergoeding en financiële aspecten (Tabel 3)

Er zijn vergoedingen voorzien (vastgelegd in het koninklijk besluit van 30 November 2005) voor het MDO dat erkend wordt als GDT overleg (33). In aanmerking hiervoor komen de professionele zorgverleners, de zorgbemiddelaar en de overlegcoördinator. Niet meer dan 4 zorgverleners mogen worden vergoed per GDT overleg en van elke discipline slechts één persoon. Deze vergoeding wordt één keer per jaar toegekend. De vergoeding voor de zorgverleners is tamelijk constant en varieert afhankelijk van de locatie van het overleg, gaande van €30 op een willekeurige locatie tot €44 bij de patiënt thuis. De vergoeding van de zorgbemiddelaar wordt niet door alle SEL's in het overzicht weergegeven. De vergoeding voor de overlegcoördinator van het MDO kent een ruime variatie, gaande van €40 tot €200.

Een niet-GDT overleg komt in principe niet in aanmerkingen voor een vergoeding, maar de SEL's stellen op eigen initiatief aan bepaalde voorwaarden vergoedingen ter beschikking.

3.3.8 Bespreking van de 'grijze literatuur'

Als enige 'grijze literatuur' werd een onderzoek door de universiteit van Hasselt ontvangen (34).
Dit onderzoek werd begin 2006 aan de Universiteit van Hasselt uitgevoerd om de werking van het Limburgse Garantiemodel te evalueren. De verschillende actoren uit de thuiszorgsector werden hierbij betrokken, zorgverleners enerzijds (huisartsen, thuisverpleegkundigen, diensten voor gezinszorg, sociale diensten, kinesitherapeuten etc.) en de overlegcoördinatoren Thuis Gezondheidszorg (TGZ) anderzijds.

In het onderzoek wordt een antwoord gezocht op de volgende deelvragen:
- Wat betekent multidisciplinair overleg voor de betrokkenen?
- Wat is de meerwaarde van multidisciplinair overleg?
- Wie stuurt de vraag tot multidisciplinair overleg aan?
- Wie is meer of minder betrokken bij het multidisciplinair overleg?
- Hoe verloopt het multidisciplinair overleg concreet?
- Hoe percipieert men de eigen rol tijdens het multidisciplinair overleg?
- Hoe ervaart men het opstellen van een zorgenplan?
- Waar liggen de successen en de knelpunten tijdens het multidisciplinair overleg?
- Ziet men een evolutie in het verloop van het multidisciplinair overleg?
- Waarvoor staat het begrip 'Limburgse code' of 'Garantiemodel'?

Via 5 focusgroepen (per groep 1 professie) en 7 telefonische interviews werden enkele thema's besproken:
- Hoe wordt er overlegd in de thuiszorg?
- Hoe ziet het multidisciplinair overleg en de overlegcoördinatie thuisgezondheidszorg er in de praktijk uit?
- Wie neemt welke rol op en zijn deze rollen voor iedereen duidelijk?
- Wat zijn de sterke punten en de successen van het overleg?
- Waar liggen de knelpunten? Waar liggen kansen voor de toekomst?

De onderzoekers kwamen tot de volgende bevindingen:

De successen van het MDO:
- Het probleem wordt concreet aangepakt (objectief, constructief, oplossing- en patiëntgericht).
- Multidisciplinaire aanpak van het probleem (een gedeeld probleem is meer dan de som van de delen).
- De aanwezigheid van een zorgplan met duidelijke afspraken.
- Een leermoment vanuit andere disciplines.

De knelpunten van het MDO:
- Er zijn te weinig mantelzorgers in deze maatschappij.
- De planning is moeilijk en flexibiliteit is soms beperkt.
- De huisarts is een frequent afwezige zorgverlener.
- Afspraken worden niet nageleefd.
- Nonchalance bij zorgverleners in verband met noodzakelijke administratie.
- Conflicten (bij patiënten of tussen zorgverleners onderling).
- Men kan niet altijd vraaggestuurd werken.
- Te weinig uitwisseling van medisch relevante informatie vanuit het ziekenhuis.
- De administratie is tijdrovend.
- Toename van complexiteit (te vroeg ontslaguit het ziekenhuis, patiënt zonder familie).

Uit dit onderzoek werden door hen de volgende conclusies getrokken:

1. Alle bevraagde zorg- en hulpverleners en mantelzorgers zien het MDO als een absolute meerwaarde.

2. Alle disciplines zitten evenwaardig in het MDO.

3. Het MDO verloopt steeds vlotter.

4. Multidisciplinair overleg lijkt soms 'gereserveerd' voor zeer moeilijke, complexe zorgsituaties. Vaak wordt gewacht op crisissituaties (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) alvorens een MDO te organiseren.

5. Er is veel verschil in engagement tussen de regio's en gemeenten (OCMW's) ten aanzien van het multidisciplinair overleg en de tijd die overlegcoördinatoren TGZ ter beschikking hebben.
Hun aanbeveling: Het beleid blijven sensibiliseren rond het belang van de overlegcoördinator in kwalitatief MDO.

6. Voor de overlegcoördinator TGZ is het vaak een dunne lijn tussen het MDO coördineren, administratief ondersteunen en hulpverlening. Men zit vaak in een dubbele rol met rolverwarring tot gevolg.
Hun aanbeveling: Intervisie voor overlegcoördinatoren georganiseerd door Listel vzw is een goed platform voor ondersteuning en professionalisering.

7. Er is zeer veel verschil tussen overlegcoördinatoren TGZ in aanpak en efficiëntie van het MDO multidisciplinair overleg (gespreksstructuur, begrenzing in tijd, focus op zorgsituatie).
Hun aanbeveling: Er is binnen Listel een 'handleiding' in voorbereiding met praktische tips en goede modellen.

8. Huisartsen hebben een zeer belangrijke rol tijdens het MDO. Ze zijn echter vaak afwezig.

9. Er is geen duidelijkheid over evaluatie en opvolging van het overleg. Men is onvoldoende op de hoogte van het feit dat er contactpersonen worden aangeduid voor zorg- en hulpverlening enerzijds en voor mantelzorg anderzijds.
Hun aanbeveling: In de handleiding kunnen ook deze sleutelprocessen aan bod komen en uitgewerkt worden in praktische voorbeelden of instrumenten.

10. Een zorgenplan opstellen is een zware administratieve klus en heeft nood aan vereenvoudiging, bijvoorbeeld door een webapplicatie.

11. Bekendmaking van het MDO bij het brede publiek is noodzakelijk.

12. In Limburg wordt multidisciplinair overlegd volgens de contouren van het 'Garantiemodel', maar deze terminologie leeft niet in de praktijk.

3.4 Voorlopig besluit en vraagstelling

Het doel van deze bevraging was om meer zicht te krijgen op de organisatie, structuur en de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot het MDO dat door de SEL's gebruikt wordt.
Op basis van de aangereikte documenten blijkt dat de SEL's zich voornamelijk baseren op de voorwaarden gesteld voor de vergoeding van het GDT overleg, vastgelegd in Koninklijke besluiten. Geen van de SEL's heeft literatuurreferenties medegedeeld. Enkele SEL's (7, 9, 10, 11, 14) hebben een draaiboek voor het MDO ontwikkeld. Vanuit SEL Listel is er onderzoek gedaan naar het functioneren van MDO in hun regio.
Uit bovenstaande gegevens volgen de volgende interessante vraagstellingen:

- Wat is het optimale moment voor een MDO?
- Wat is de structuur van en de toegankelijkheid tot de informatie betreffende het MDO ('sociale kaart')?
- Wie zijn de noodzakelijke betrokkenen bij het overleg?
- Wat is de rol van de overlegcoördinator?
    - Wie neemt deze rol op zich?
        - Wat indien er een dubbele rol is? (coördinator en zorgverlener)
    - Is uniformiteit in aanpak en efficiëntie noodzakelijk?
- Wat zijn de vorm, verloop en inhoud van het overleg zelf?
- Wat zijn de eisen voor het zorgplan na het MDO?
    - Bestaat er een optimale vorm?
    - Overleg over opvolging van gestelde zorgdoelen en afspraken tijdens het MDO
- Reflecties met betrekking tot de beschikbare vergoedingen?
- Zijn het MDO en haar mogelijkheden voldoende bekend bij de zorgverleners?
    - Hoe verklaart men de afwezigheid van huisartsen?

Met behulp van een panelgesprek met afgevaardigden van de SEL's zullen de bevindingen uit de literatuur en informatie van de SEL's verder worden uitgewerkt.

4. Panelgesprek met de afgevaardigden van de SEL's

4.1 Inleiding

Uit de verkenning van de literatuur kwamen enkele factoren die een invloed kunnen hebben op het verloop van een MDO in de eerste lijn. Aan het MDO worden zowel op federaal niveau (GDT) als op Vlaams niveau (SEL's) voorwaarden gesteld om voor terugbetaling in aanmerking te kunnen komen (Tabel 2). Dit werd reeds duidelijk uit de informatie van de SEL's. Ook werd door sommige SEL's gesteld hoe het MDO zou moeten verlopen in de praktijk. Helemaal uniform is de invulling van het MDO niet. Er bleken verschillen te bestaan tussen de SEL's in opzet en aanpak van het MDO. Om de redenen van deze verschillen te bespreken organiseerden we een panelgesprek met afgevaardigden van de SEL's. Verder wilden we een beter beeld krijgen over hoe een doelmatig en doeltreffend MDO volgens deze afgevaardigden opgezet dient te worden.

4.2 Methode

In Oktober 2011 werden er uitnodigingen verstuurd voor een panelgesprek naar de 15 erkende SEL's van Vlaanderen en Brussel met enkele voorgestelde data voor dit overleg. Deze uitnodiging werd door alle SEL's beantwoord. Vervolgens werd in November een definitieve uitnodiging verstuurd waarop 17 inschrijvingen volgden op het overleg. Dit overleg werd gestructureerd volgens de methode van het groepsinterview.
Het overleg vond plaats in Leuven en duurde twee uur. Prof. dr. Jan De Lepeleire nam de rol van moderator op zich en begeleidde samen met dr. Jasper Landa het overleg.
Met behulp van de literatuur en de ontvangen documenten van de SEL's werden enkele topics weerhouden die in de vorm van de volgende stellingen besproken werden:

1. Een crisis is de ideale aanleiding voor een MDO.
2. Voorbereiding van het MDO moet uniform gestructureerd zijn, bijvoorbeeld volgens de BelRAI.
3. Iedereen kan/mag de rol van overlegcoördinator op zich nemen. Zijn/haar rol is onmisbaar.
4. Het overleg moet fysiek plaatsvinden, duurt 45 minuten en gebeurt bij de patiënt thuis.
5. Tijdens ieder overlegmoment kan slechts 1 patiënt besproken worden.
6. Ieder MDO dient een vooraf bepaalde structuur te hanteren tijdens het overleg zelf.
7. Huisartsen zijn niet geïnteresseerd in MDO. Dit valt te concluderen uit hun participatiegraad.
8. Administratieve verplichtingen vormen een drempel tot deelname aan het MDO.
9. De huidige infrastructuur ter ondersteuning van het MDO is voldoende.
10. Toetsing van de resultaten van het MDO gebeurt op gestructureerde wijze.
11. Bijscholing en/of informatieavonden kunnen een meerwaarde zijn voor multidisciplinaire zorgverlening.
12. Een eenduidig (informatie)beleid van alle SEL's zou een meerwaarde kunnen bieden.

Het panelgesprek werd digitaal opgenomen en er werd tevens genotuleerd. Met behulp van de audio-opname werden achteraf deze notulen vervolledigd. Op basis van deze notulen werd een thematische analyse uitgevoerd door dr. Jasper Landa en dr. Luc Baeck. De belangrijkste bevindingen werden per stelling gecodeerd en geselecteerd. Deze bevindingen werden tenslotte met het onderzoeksteam besproken.

4.3 Resultaten

Per stelling volgen hieronder de aspecten die naar voren kwamen tijdens het overleg en die als belangrijk werden ervaren.

4.3.1 Een crisis is de ideale aanleiding voor een MDO

Het ideale moment voor een MDO blijkt in de praktijk niet eenduidig te zijn. Intuïtief voelt men aan dat wanneer er sprake is van een crisis men eigenlijk al te laat is. Vaak is er echter vóór deze crisis plaatsvindt nog geen nood aan een MDO (zeker in verband met efficiëntie en beschikbare middelen). Een crisis is dus wel het moment waarop een MDO noodzakelijk wordt (bijvoorbeeld wanneer een patiënt(e) eerder zorgvermijdend gedrag vertoonde).
Enkele situaties die mogelijks wel in aanmerking zouden komen voor een 'preventief' MDO:

- Bij complexe situaties in de thuiszorg (bijvoorbeeld ook na recent ontslag uit het ziekenhuis).
- Bij (dreigende) overbelasting van mantelzorgers.
- Bij gebrekkige communicatie tussen betrokken zorgverleners.

4.3.2 Voorbereiding van het MDO moet uniform gestructureerd zijn, bijvoorbeeld volgens de BelRAI

Om ervoor te zorgen dat de tijd zo efficiënt mogelijk wordt gebruikt, lijkt een goede voorbereiding absoluut noodzakelijk. Deze taak wordt grotendeels opgenomen door een (externe) overlegcoördinator en de aanvrager van het overleg.
Het werken volgens een bepaalde procedure lijkt in de praktijk een meerwaarde te hebben, maar men moet bepaalde stappen kunnen overslaan indien deze niet nodig zijn voor het MDO. Instrumenten zoals de BelRAI zijn zeer volledig, maar lijken te uitgebreid voor een gemiddeld MDO. Een andere schaal die wel gebruikt wordt door sommige SEL's is de Edminton Frailty Schaal (EFS). Men geeft duidelijk de voorkeur aan een overzichtelijk draaiboek waarin enkele stappen voor, tijdens en na het MDO staan beschreven. Aan de hand van de zorgvraag kan dan worden bepaald wie noodzakelijk aanwezig moet zijn.

4.3.3 Iedereen kan/mag de rol van overlegcoördinator op zich nemen. Zijn/haar rol is onmisbaar

Een verduidelijking van deze terminologie blijkt noodzakelijk te zijn. Met name de termen organisator en coördinator worden door elkaar gebruikt maar zijn geen synoniemen.

Aanvrager
Iedereen die betrokken is bij de zorg voor de patiënt mag een MDO aanvragen en aldus de rol van aanvrager op zich nemen. Het is de verantwoordelijkheid van de aanvrager om voldoende informatie te voorzien en een duidelijke zorgvraag te formuleren. Idealiter gebeurt dit op een gestandaardiseerde manier of nog beter via online registratie.

Zorg-/overleg coördinator/organisator
In de meeste SEL's is intuïtief een lijst van criteria opgesteld waaraan iemand moet voldoen om de rol van overlegcoördinator op zich te kunnen nemen. Minder duidelijkheid is er over hoe men deze criteria zou kunnen toetsen.

Taken van de overlegcoördinator:

- De zorgvraag en de zorgsituatie verder uitdiepen, bepalen wie er noodzakelijk aanwezig moeten zijn (teveel mensen kunnen immers de patiënt afschrikken).
- Nagaan of het MDO hier de beste methode is om het probleem op te lossen.
- Organisatie van het MDO en het invullen van de noodzakelijke administratie.

De overlegcoördinator coördineert het overleg en zorgt voor adequate en tijdige verslaggeving. Sommige SEL's maken hierbij gebruik van externe overlegcoördinatoren. De voordelen hiervan zouden de opbouw van expertise en het behouden van totale neutraliteit kunnen zijn. Mogelijke nadelen zijn de extra kosten en meer organisatie door het betrekken van een externe persoon.

Zorgbemiddelaar

Zijn of haar rol is om op te treden als advocaat van de belangen van de patiënt. Tevens volgt de zorgbemiddelaar op of gemaakte afspraken daadwerkelijk worden nageleefd.
Er is geen eenduidigheid over de scheiding tussen rol van zorgbemiddelaar en overlegcoördinator, al voelt men intuïtief aan dat een scheiding de neutraliteit van de coördinator wel ten goede zou kunnen komen. Dit weerhoudt zorgverleners er niet van in de ene situatie overlegcoördinator en in de andere zorgbemiddelaar te zijn.
Men ervaart over het algemeen de overlegcoördinator als nuttig en als iemand die een groot deel van de organisatie en administratie op zich neemt.

4.3.4 Het overleg moet fysiek plaatsvinden, duurt 45 minuten en gebeurt bij de patiënt thuis

Dit zijn voorwaarden die gesteld worden door sommige SEL's voor de vergoeding van het MDO.
Het fysiek laten plaatsvinden van het MDO lijkt wel essentieel te zijn. Wanneer men als locatie voor het MDO de woning van de patiënt kiest, creëert dit een situatie van geborgenheid voor de patiënt en biedt het tevens een extra inzicht in de thuissituatie. Men kan eventueel een andere locatie overwegen. De huisartsenpraktijk (als voorbeeld) lijkt men niet de ideale plaats te vinden.
Het lijkt praktisch om eerst de beschikbaarheid van de huisarts te polsen alvorens men het overleg gaat plannen. De huisarts zou dan het MDO kunnen inplannen als een huisbezoek.
De minimale tijdsduur lijkt geen noodzaak te zijn voor een succesvol MDO. Men kan beter na een goede voorbereiding op een doelmatige en doeltreffende manier de zorgvraag afwerken.

4.3.5 Tijdens ieder overlegmoment kan slechts 1 patiënt besproken worden

Deze voorwaarde lijkt nuttig om te voorkomen dat het MDO in een teamoverleg zou veranderen. Men is van mening dat dit de kwaliteit van het MDO niet ten goede zou komen. Een uitzondering op deze regel vormt bijvoorbeeld een zorgbehoevend koppel, dat men wel tijdens één overleg zou kunnen bespreken. Wanneer men uitgaat van de voorwaarde dat de mantelzorgers en de patiënt zelf ook op het MDO aanwezig zijn, kan dit voor een organisatorisch probleem zorgen om iedereen op het juiste moment op dezelfde plaats te krijgen.
Men zou eventueel meerdere MDO's op één dag kunnen inplannen.

4.3.6 Ieder MDO dient een vooraf bepaalde structuur te hanteren tijdens het overleg zelf

Uit de bespreking van deze stelling wordt duidelijk dat men niet zit te wachten op een rigide structuur tijdens het overleg. Er moet enige vrijheid tijdens het overleg mogelijk blijven.
Richtlijnen (bijvoorbeeld in de vorm van een draaiboek) of een checklist kunnen wel een meerwaarde vormen.

4.3.7 Huisartsen zijn niet geïnteresseerd in MDO. Dit valt te concluderen uit hun participatiegraad

In geen van de SEL's bestaat de indruk dat er sprake zou zijn van een desinteresse bij huisartsen met betrekking tot het MDO. Men is het eens dat de aanwezigheid van de huisarts een meerwaarde zou kunnen zijn: hij of zij kent de patiënt vaak al goed en biedt continuïteit in het zorgproces. Er is geen consensus over de noodzakelijke duur van zijn aanwezigheid tijdens het overleg.
Mogelijks bestaat er geen verband tussen het wegblijven en gebrekkige vergoeding van het MDO. De afwezigheid van huisartsen zou eerder te wijten zijn aan tijdgebrek en te weinig bekendheid met het MDO. Indien er sprake is van een gepercipieerde meerwaarde door de huisarts volgt er vaak na de eerste deelname verdere betrokkenheid.

4.3.8 Administratieve verplichtingen vormen een drempel tot deelname aan het MDO

Een telefonische aanvraag van een MDO is momenteel niet mogelijk. Voor een digitale aanvraag dient de aanvrager te beschikken over veel administratieve informatie van andere zorgverleners. Dit kan een drempel vormen voor de aanvrager. Het 'kadaster' van de eerste lijn zou hier een oplossing kunnen bieden. Dit is een korte benaming voor de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidsberoepen.
Men heeft niet de indruk dat de administratie de grote barrière is voor deelname aan of aanvraag van het MDO. Een groot deel kan immers worden overgenomen door de overlegcoördinator.

4.3.9 De huidige infrastructuur ter ondersteuning van het MDO is voldoende

Er is momenteel een wildgroei aan regelgeving en verschillende reglementering voor vergoedingen van multidisciplinaire zorgverlening. Er is nood aan herziening van dit systeem zodat meer duidelijkheid en transparantie kan ontstaan.

4.3.10 Toetsing van de resultaten van het MDO gebeurt op gestructureerde wijze

Na ieder MDO wordt een zorgplan opgemaakt volgens een bepaalde indeling.
Idealiter gebeurt dit aan de hand van een elektronisch zorgplan op maat van elke zorgverlener, maar dat is momenteel nog niet beschikbaar. Ook de mogelijkheid tot onmiddellijke integratie in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt zou een meerwaarde betekenen.
Het is vervolgens aan de zorgbemiddelaar om op te volgen of de gemaakte afspraken in het zorgplan daadwerkelijk worden nageleefd. Tevens kan er dan op indicatie verder overleg plaatsvinden.

4.3.11 Bijscholing en/of informatieavonden kunnen een meerwaarde zijn voor multidisciplinaire zorgverlening

Deze meerwaarde komt enkel tot zijn recht indien de bijscholing of informatieavond goed georganiseerd wordt en duidelijk gericht is op één bepaald aspect van multidisciplinaire zorgverlening. Naast de functie van bijscholing en vergroten van bekendheid kan het ook een belangrijke rol spelen in 'netwerking' tussen de zorgverleners in een regio. Men kan elkaar beter leren kennen, wat vervolgens de samenwerking ten goede kan komen. Eventueel kan men via deze weg ook andere zorgverleners die vaak afwezig zijn op het MDO (apothekers, kinesisten) proberen te betrekken.

4.3.12 Een eenduidig (informatie)beleid van alle SEL's zou een meerwaarde kunnen bieden

De afgevaardigden van de SEL's zijn van mening dat bepaalde uniformiteit handig kan zijn, zoals de algemene website van de SEL's (30). Ze vinden wel dat het MDO een lokaal initiatief moet blijven en hierbij hoort dus een eigen structuur en een eigen identiteit.

4.4 Voorlopig besluit en vraagstelling

Het panelgesprek heeft de informatie van de SEL's voorzien van uitleg en bovendien de onderzochte literatuur meer gekaderd. Zodoende werden nog een aantal factoren duidelijk die volgens de afgevaardigden van de SEL's een effect hebben op het wel of niet slagen van een MDO. Deze factoren hebben betrekking op verschillende domeinen.
Wanneer men de bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van een zorgvernieuwing (zoals het MDO) in kaart wil brengen, stellen Fleuren en Grol een verdeling voor in zes verschillende domeinen (35) (36):

1. De innovatie zelf
2. De zorgverlener
3. De patiënt
4. Sociale omgeving
5. Organisatie
6. Politiek, financieel en maatschappelijk

We hebben de succesfactoren voor een doeltreffend en doelmatig MDO uit de voorgaande stappen verdeeld over deze domeinen:

1. De innovatie zelf (het MDO):
    - Basisconcepten voor een goed MDO
    - Heldere definities van multidisciplinaire zorgverlening
    - Duidelijke afspraken in het zorgplan
    - Het juiste moment kiezen om een MDO te organiseren
    - Eenduidige structuur van een MDO (voor, tijdens en na)
    - Fysiek plaatsvinden (in plaats van via bijvoorbeeld telefoon of video conferentie)

2. De zorgverlener
    - De juiste zorgverleners zijn aanwezig
    - Noodzakelijke basiscompetenties voor multidisciplinaire zorgverlening
    - Gepercipieerde meerwaarde van MDO
    - Opleiding in multidisciplinaire zorgverlening
    - Duidelijke roltypering

3. De patiënt
    - Gepercipieerde meerwaarde van MDO
    - Voldoende ziekte-inzicht (geen zorgvermijdend gedrag)

4. Sociale omgeving
    - Voldoende kennis over de functie en mogelijkheden van andere zorgverleners (roltypering)
    - Het principe van groepsdynamiek is voldoende bekend
    - Samenwerkingsinitiatieven ter bevordering van multidisciplinaire zorgverlening

5. Organisatie
    - Administratie beperken tot het noodzakelijke minimum
    - Heldere en transparante regelgeving en organisatie
    - Voldoende betrokkenheid van huisartsen
    - Iedereen vlot samen krijgen

6. Politiek, financieel en maatschappelijk
    - Bijscholing en bekendmaking van het MDO
    - Voldoende maatschappelijk draagvlak voor MDO
    - Adequate vergoeding van de deelnemers aan het MDO

Op basis van deze indeling zullen we de interviews met de zorgverleners in hoofdstuk 5 structureren, zodat we daarna de resultaten overzichtelijk volgens deze domeinen kunnen analyseren

5. Interviews met zorgverleners die deelnemen aan een MDO

5.1 Inleiding

Bij de ontwikkeling van een samenwerkingsmodel dient men rekening te houden met de mensen die ermee moeten werken. Er werd al eerder vermeld dat gepercipieerde meerwaarde een motivatie zou kunnen zijn voor actieve deelname.
In de laatste stap van dit onderzoek zullen we de resultaten uit de voorgaande deelstudies toetsen aan enkele belangrijke zorgverleners uit de eerste lijn:

- Apothekers, vanwege hun potentiële rol bij het medicatiebeleid in de thuiszorg.
- Huisartsen, vanwege hun centrale rol in (de continuïteit van) de zorg voor de patiënt.
- Maatschappelijk werkers, vanwege hun ervaring met het MDO als overlegcoördinator.
- Thuisverpleegkundigen, vanwege hun belangrijke rol in de zorg van de patiënt.

Dit gebeurde aan de hand van gestructureerde interviews. Het was tegelijk een mogelijkheid om ook de patiëntenvertegenwoordigers te bevragen, om via hen meer zicht te kunnen krijgen op de visie en ervaringen van de patiënt en de mantelzorgers met betrekking tot het MDO.

5.2 Methode

Uit het literatuuronderzoek, de informatie van de SEL's en het panelgesprek met de afgevaardigden werden enkele factoren duidelijk die de organisatie en structuur van het MDO beïnvloeden. Deze factoren werden reeds onderverdeeld in zes domeinen (hoofdstuk 4.4).
Hieruit werd een vragenlijst door het onderzoeksteam opgesteld (tabel 4) voor de zorgverleners (bijlage 2). Voor de patiëntenvertegenwoordigers werden enkele vragen (die voor hen niet van toepassing waren) weggelaten.
Tijdens de maand Februari 2012 werd per email en telefonisch contact opgenomen met de 15 SEL's om per discipline de gegevens van twee actoren te bezorgen die bereid zouden zijn om mee te werken aan het interview. Er werden gegevens ontvangen van verschillende SEL's (1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13 en 14). Er werd een willekeurige spreiding doorgevoerd zodat er van iedere SEL tenminste één zorgverlener werd geïncludeerd in de studie. Gedurende de periode van 25 Februari 2012 t/m 10 Maart 2012 werden per telefoon interviews afgenomen met 20 verschillende zorgverleners, 5 per beroepsgroep: Apothekers, huisartsen, maatschappelijk werkers en thuisverpleegkundigen.
Er werden ook nog 4 patiëntenvertegenwoordigers bevraagd.
De interviews werden door dr. Jasper Landa afgenomen, opgenomen en genotuleerd. Achteraf werden de notulen vervolledigd met behulp van de audio-opname. Met behulp van een thematische analyse werden de interviews per beroepsgroep verwerkt. Deze gegevens werden ook weergegeven in tabelvorm (bijlage 3). Aanvullende opmerkingen die nog niet aan de orde waren gekomen werden tenslotte nog besproken per beroepsgroep.
Na verwerking van de resultaten uit de groep patiëntenvertegenwoordigers bleek dat de deelnemers en de resultaten te variabel waren om conclusies uit te kunnen trekken. Er werd dan ook gekozen om deze resultaten niet te includeren in de analyse.

5.3 Resultaten

In het eerste deel van de resultaten zullen alle resultaten tezamen worden besproken volgens de structuur van het interview. In het tweede deel zullen de resultaten per beroepsgroep aan bod komen volgens de domeinen van belemmerende en bevorderende factoren, net als enkele aanvullende opmerkingen.

5.3.1 Algemene resultaten (Bijlage 3)

5.3.1.1 Het MDO

1. Hoe vaak wordt u betrokken bij het MDO?
De frequentie van deelname varieert van enkele keren per jaar tot wekelijks. Als beroepsgroep waren vooral de apothekers nog nooit betrokken geweest bij een MDO.

2. Hoe is de basisappreciatie ten opzichte van het MDO in de eerste lijn?
Alle geïnterviewden hebben de ervaring of perceptie dat multidisciplinair overleg in de eerste lijn nuttig tot zeer nuttig kan zijn.

3. In welke omstandigheden zou het MDO in de eerste lijn moeten worden georganiseerd?
- Als er sprake is van complexe problematiek
- Met een externe persoon als coördinator
- In aanwezigheid van de patiënt

4. Wie moet de centrale rol spelen in het MDO (met uitzondering van de patiënt)?
Zowel de huisarts als de overlegcoördinator worden het meest genoemd voor deze centrale rol. Zorgverleners die echter regelmatig deelnemen aan het MDO geven eerder de voorkeur aan de overlegcoördinator. Opmerkelijk is dat de huisartsen zelf dit ook verkiezen.

5. Welke rol en plaats is er voor de huisarts?
- Centrale spil in de zorg voor de patiënt
- Coördinerende rol (*alleen volgens de apothekers*)
- Medische eindverantwoordelijkheid
- Vertrouwenspersoon en autoriteit voor de patiënt

6. Met wat voor een zorgplan wordt er gewerkt?
Er wordt overwegend gebruik gemaakt van het thuiszorgdossier of zorgplan van de SEL, met eventueel enkele individuele aanpassingen. De voorkeur gaat uit naar een elektronische variant, maar deze wordt in de huidige vorm nog niet optimaal bevonden. Een elektronisch zorgplan zou kunnen leiden tot betere communicatie en het beter nakomen van afspraken.

7. Wat is het ideale moment voor een MDO?
Momenten die het meeste werden benoemd:
- Wanneer er sprake is van complexe pathologie.
- Vlak voor het ontslag uit het ziekenhuis.
- Bij belangrijke verandering(en) in de zorgsituatie.
- Bij overbelasting van mantelzorgers.
- Voor optimalisatie van medicatiebeleid.

Er wordt vanuit iedere beroepsgroep opgemerkt dat men voor ieder MDO dient te vertrekken vanuit een bepaald probleem in de zorg van de patiënt.

Voor de planning lijkt het ideale moment van de dag voor het MDO de vroege namiddag te zijn. Dit geldt zowel voor zelfstandigen als voor zorgverleners in dienstverband.

8. Wat zijn de basisingrediënten voor een goede samenwerking binnen het MDO?
- Openheid
- Vertrouwen en respect
- Bereid zijn tot samenwerking
- Belang van leiderschap / coördinatie
- Betrokkenheid familie/patiënt
- Elkaar kennen

9. Moet het MDO een vaste structuur hebben?
Over het algemeen lijkt men de waarde van een bepaalde structuur in het overleg te erkennen, zolang dit niet te rigide wordt toegepast. Men verkiest eerder te werken met een soort 'kapstok' of een draaiboek.
De tijdsduur van een MDO verschilt in de praktijk enorm tussen de verschillende regio's en ook de opvattingen van de beroepsgroepen zijn hierover niet eenduidig: 30-120 minuten.

10. De MDO's die u meemaakte, hadden die deze structuur?
Voor de meeste zorgverleners gold dat de structuur die zij aanhaalden als voorbeeld, overeen kwam met de structuur van het MDO in de praktijk.

11. Bedenkingen over de huidige vorm van het MDO?
Men heeft duidelijk de voorkeur voor een fysieke bijeenkomst als MDO. Er wordt opgemerkt dat indien de zaken telefonisch oplosbaar zijn er eigenlijk geen indicatie is voor een MDO.
Indien men absoluut niet aanwezig kan zijn verkiest men toch een telefonische beschikbaarheid boven non-participatie (bijvoorbeeld voor de apotheker).

12. Hoe denkt u over de huidige inhoud van het MDO?
De zorgverleners die ervaring hebben met het MDO in de praktijk gaven aan dat de inhoud van het MDO sterk afhankelijk is van de zorgvraag, waardoor zij hierop niet concreet konden antwoorden. Er werden geen lacunes vermeld.

13. Heeft het MDO een meerwaarde op de kwaliteit van zorg voor de patiënt?
Over het algemeen hebben de zorgverleners de indruk dat het MDO een meerwaarde biedt, dit uit zich vooral op gebied van betere zorgcoördinatie en organisatie en afstemming van thuiszorg op maat.

14. Zijn er nog bepaalde problemen met betrekking tot vorm en inhoud van het MDO waartegen u bent gelopen?
Zaken die steeds terugkomen zijn het algemene tekort aan tijd en moeilijkheden met de planning van het MDO. Tevens werd vermeld dat het tijdsverloop tussen aanvraag en het werkelijk plaatsvinden van het MDO soms te lang is (≥ 2 weken).

5.3.1.2 De zorgverlener

15. Over welke kwaliteiten moet iemand die multidisciplinair moet werken beschikken?
Er werden diverse zaken opgenoemd waarover iemand zou moeten beschikken, zoals bereidheid tot actieve deelname en samenwerking. Analytisch vermogen, creativiteit, doorzettingsvermogen, enthousiasme, inzet en zich kunnen aanpassen werden ook vermeld. De zorgverleners bleken allemaal akkoord te zijn met de kwaliteiten die werden vermeld in de literatuur:
- Over goede communicatievaardigheden beschikken
- Kennis over de rol van andere zorgverleners hebben
- Vertrouwen hebben in elkaar en respectvol zijn

16. Werd er in de opleiding tijd en aandacht besteed aan multidisciplinaire zorgverlening?
Met uitzondering van maatschappelijk werkers zijn alle beroepsgroepen het erover eens dat er geen tot zeer weinig aandacht werd besteed aan multidisciplinaire zorgverlening in hun opleiding. Dit zou volgens hen beter moeten worden geïmplementeerd in de basisopleiding, in de vorm van zowel theorielessen als praktijklessen. Een andere mogelijkheid zou het werken met andere zorgverleners aan simulaties of casuïstiek kunnen zijn. Tevens dient men al bekend te worden gemaakt met de 'sociale kaart'.

17. Vindt u dat u voldoende bekend bent met de vaardigheden, competenties en taken van andere zorgdisciplines?
Er was geen sprake van uitgesproken lacunes bij zorgverleners die betrokken zijn bij het MDO.

18. Zijn er bepaalde disciplines zorgverleners die vaak afwezig zijn?
Er is een wisselende aanwezigheid van de huisarts die zou kunnen worden verklaard door een te drukke agenda en een gebrek aan perceptie van meerwaarde van het MDO.
Apothekers en kinesisten zijn vrijwel nooit aanwezig, maar zij worden meestal ook niet uitgenodigd (dit geldt vooral voor de apothekers).

19. Heeft het MDO een meerwaarde op gebied van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners bij 1 patiënt?
Over het algemeen hebben de zorgverleners de indruk dat het MDO de samenwerking tussen zorgverleners op zich ook verbeterd. Redenen die worden aangehaald zijn:
- Drempelverlagend
- Betere communicatie
- Meer kennis over elkaar
- Meer waardering voor elkaar

20. Zijn er nog bepaalde problemen met betrekking tot de verschillende zorgverleners en het MDO waartegen u bent gelopen?
Zie 5.3.2 Resultaten per beroepsgroep.

5.3.1.3 De patiënt

21. Dient de patiënt of zijn vertegenwoordiger/mantelzorger obligaat aanwezig te zijn bij ieder MDO?
De patiënt en zijn/haar mantelzorgers moeten altijd actief betrokken worden bij het zorgplan dat wordt opgesteld. Over de aanwezigheid van de patiënt zelf tijdens het MDO is geen eenduidigheid. Sommigen denken dat beslissingen en afspraken niet worden nagekomen wanneer de patiënt er niet bij is. Mogelijks ontstaat er argwaan doordat men denkt dat er boven het hoofd beslissingen zouden

worden genomen. Maar tegelijk kan de aanwezigheid ook een efficiënt overleg verhinderen, aangezien de patiënt niet altijd kan vatten wat er gebeurd of hoofd- en bijzaken niet kan onderscheiden.

22. Zijn er situaties geweest waarin de patiënt vragende partij was voor een MDO?
Dit komt eerder zelden voor en dan meestal nog onrechtstreeks via signalering aan een zorgverlener (bijvoorbeeld de thuisverpleegkundige).

23. Hoe gaat u om met verzet van de patiënt tegen een MDO? Oplossingen hiervoor?
Dit wordt zelden tot regelmatig meegemaakt. Redenen die worden aangehaald zijn de angst en onbekendheid met het doel van het MDO. Men kan dit oplossen door het bespreekbaar te maken en trachten de barrières bij de patiënt te verkennen.

24. Heeft u al positieve commentaren gekregen van patiënten met betrekking tot het MDO?
Verschillende zorgverleners hebben al positieve feedback gekregen over het MDO van patiënten of hun mantelzorgers, weliswaar niet altijd even expliciet. Zaken die vermeld worden zijn meer duidelijkheid en het beter omkaderd en ondersteund voelen.

25. Zijn er nog bepaalde problemen met betrekking tot de patiënt en zijn mantelzorgers waartegen u bent gelopen?
Zie 5.3.2 Resultaten per beroepsgroep

5.3.1.4 Sociale omgeving

26. Zijn er in uw omgeving initiatieven ter bevordering van de samenwerking?
Door de verschillende zorgverleners worden enkele voorbeelden genoemd:
- Algemeen overleg over samenwerking tussen zorgverleners (SEL 1 en 2)
- Algemeen overleg tussen overlegcoördinatoren (SEL 10)
- Elektronisch zorgplan (SEL 2 en 4)
- Gezamenlijke navorming (SEL 13)
- Huis van de Eerste Lijn (SEL 7)
- Lokaal Steunpunt Thuiszorg of LST (SEL 14)
- Medicofarmaceutisch overleg (SEL 1)
- Overleg tussen apothekers en huisartsen, 1x/jaar (SEL 7)
- Overleg tussen de ziekenhuisapotheker en thuisapotheker na ontslag (SEL 6)
- Palliatief netwerk, 4x/jaar (SEL 6)
- Pilootproject medicatie en woonaanpassing (SEL 5)
- Regionaal Cliënten Overleg of RCO , 1x/2 maanden (SEL 6)
- Teamoverleg Thuis Gezondheidszorg, maandelijks (SEL 7)
- Vitalink project (SEL 1)
- Zorgpas (SEL 7)

27. Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot de samenwerking met de SEL's?
Behalve maatschappelijk werk is de rechtstreekse samenwerking tussen de SEL en zorgverlener eerder beperkt. Men geeft wel aan dat, indien men vragen heeft, men meestal goed wordt verder geholpen. Er is sprake van goede informatieverstrekking en bij expliciete navraag heeft men geen negatieve opmerkingen over de website.

28. Zijn er nog andere problemen waartegen u bent gelopen?
Zie 5.3.2 Resultaten per beroepsgroep.

5.3.1.5 Organisatie

29. Hoe wordt de administratie van het MDO ervaren?
Geen van de zorgverleners doet graag administratie, maar men ziet er wel de noodzaak van in. Desalniettemin zouden sommige zorgverleners bij een toename van deze administratie niet meer gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het MDO. Hier wordt de meerwaarde van een overlegcoördinator unaniem vermeld. Maatschappelijk werkers (die frequent deze rol op zich nemen) beamen dat de administratie van het MDO een zware belasting is voor de overlegcoördinator.

30. Hoe vlot lukt het doorgaans om iedereen samen te krijgen?
Op organisatorisch vlak worden weinig problemen gemeld, met name omdat er vaak een overlegcoördinator aanwezig is die deze verantwoordelijkheid op zich neemt.

31. Lukt het om de huisarts erbij te betrekken?
De ervaringen met betrekking tot de betrokkenheid van de huisarts zijn zeer variabel. Men is van mening, zoals reeds eerder vermeld, dat dit afhankelijk is van de gepercipieerde meerwaarde van het MDO en het tijdsgebrek door een drukke agenda. Sommigen menen dat een oudere huisarts doorgaans minder betrokken is dan een jonge huisarts. Uit de interviews kan men concluderen dat er in een paar regio's grote problemen zijn met de betrokkenheid van de huisarts.

32. Wat vindt u van de huidige regelgeving omtrent de erkenning/terugbetaling van een MDO?
De zorgverleners zijn van mening dat de regelgeving noodzakelijk is om misbruik te voorkomen. De regels mogen echter het overleg niet verhinderen. Ook zou er ruimte moeten blijven voor afwijkende gevallen. De geïnterviewde huisartsen vinden over het algemeen dat hun aanwezigheid noodzakelijk is, terwijl volgens sommige zorgverleners deze voorwaarde voor erkenning mag worden weggelaten. Dit zou dan eventueel kunnen worden vervangen door verplichte verslaggeving aan de huisarts achteraf.

33. Zijn er nog andere organisatorische problemen waartegen u bent gelopen?
Zoals reeds eerder vermeld: het algemene tekort aan tijd en moeilijkheden met de planning van het MDO. Er wordt nog opgemerkt dat er soms moeilijkheden zijn om ook de familie/mantelzorgers op het aangewezen moment bij de patiënt te krijgen.

5.3.1.6 Politiek, financieel en maatschappelijk

34. Vindt u de vergoeding voor het MDO voldoende?
Bij zorgverleners in dienstverband is men zich eerder beperkt bewust van de vergoeding aangezien dit ten goede komt aan de instantie waarvoor zij werken. Dit heeft tot gevolg dat de vergoeding voor hen op dit moment niet relevant wordt bevonden.
Men vindt wel dat men vergoed moet worden voor de tijdsinvestering en zeker wanneer het MDO meer systematisch zou plaatsvinden. Ook vinden sommige zorgverleners dat alle deelnemers aan het MDO vergoed zouden moeten worden.

35. Zouden bijscholing en bekendmaking voor u een meerwaarde kunnen zijn?
Vrijwel alle zorgverleners zijn hiermee akkoord. Er wordt voorgesteld om het MDO eerst bekend te maken binnen de eigen beroepsvereniging, om vervolgens bijscholingen te organiseren voor verschillende zorgverleners samen. Dit laatste blijkt niet eenvoudig te zijn in de praktijk.
Een valkuil hierbij is het huidige overaanbod aan bijscholingen voor de zorgverleners.

5.3.2 Resultaten per beroepsgroep

Hieronder volgt een korte bespreking van de resultaten per beroepsgroep, met aanvullende informatie die typisch was voor een specifieke beroepsgroep.

5.3.2.1 Apothekers

5.3.2.1.1 Het MDO

De geïnterviewde apothekers werden tot nu toe nog nooit betrokken bij een MDO. Zij zijn duidelijk wel gemotiveerd om zich hiervoor in te zetten. Zij zien zichzelf vooral als een meerwaarde op gebied van het medicatie-management van de patiënt. Volgens hen is de huisarts de centrale spil van het MDO. Apothekers onderstrepen het belang van goede structuur in het MDO en het fysiek samenkomen.

Volgens apothekers zou de structuur van het MDO als volgt kunnen zijn:

1. De patiënt komt aan het woord (hoe het gaat, tevredenheid over de zorgsituatie)
2. De huidige medische toestand wordt besproken
3. Tenslotte wordt iedere zorgverlener aan het woord laten over de zorgsituatie

5.3.2.1.2 De zorgverlener

De opvattingen over basiscompetenties van de zorgverleners sluiten aan bij de literatuur (hoofdstuk 5.3.1.2). Zij zijn van mening dat MDO drempelverlagend werkt voor de samenwerking.

Er wordt in hun basisopleiding geen aandacht geschonken aan multidisciplinaire samenwerking. Dit kan o.a. verbeterd worden door laatstejaars studenten van verschillende disciplines (bijvoorbeeld farmacie en huisartsgeneeskunde) samen te brengen en aan casuïstiek te laten werken.

5.3.2.1.3 De patiënt

Zij vinden de aanwezigheid van de patiënt tijdens een MDO over het algemeen niet noodzakelijk. Wel dient de patiënt achteraf te worden ingelicht en betrokken. Mantelzorgers kunnen eventueel een valabel alternatief vormen. Enkele nadelen van de aanwezigheid van een patiënt tijdens het MDO die werden genoemd zijn:

- Zorgverleners kunnen minder vrij spreken (bijvoorbeeld in geval van een slechte prognose).
- De patiënt schat zijn/haar eigen problemen/pathologie niet altijd goed in.
- Indien de problematiek gevoelig ligt voor patiënt worden de mogelijkheden van het overleg afgeremd.

5.3.2.1.4 Sociale omgeving

Apothekers zijn vooral bekend met de rol van de thuisverpleegkundige en de huisarts.

Zij zijn bekend met meerdere initiatieven ter bevordering van de samenwerking (hoofdstuk 5.3.1.4)

Directe samenwerking tussen apothekers en de SEL's komt maar weinig voor. Bovendien hebben apothekers de indruk dat de SEL's nog niet efficiënt werken. Er is een gebrek aan duidelijke richtlijnen en leiding. Vaak zijn er veranderingen in beleid maar niet iedereen wordt hiervan duidelijk op de hoogte gesteld. Dit zou men kunnen oplossen door vanuit de SEL beter te communiceren.

5.3.2.1.5 Organisatie

De administratieve belasting moet worden geminimaliseerd. Voor enkele apothekers zou teveel administratie namelijk een reden kunnen zijn om niet deel te nemen aan het MDO.

Tijdens de openingsuren van een apotheek dient er volgens de wet steeds een apotheker aanwezig te zijn. Dit vormt een obstakel wanneer men als apotheker alleen of met assistenten een apotheek bemand en fysiek aanwezig zou willen zijn bij het MDO.

5.3.2.1.6 Politiek, financieel en maatschappelijk

Apothekers zijn een voorstander van vergoeding naargelang tijdsinvestering. Bijscholing en bekendmaking van het MDO moeten volgens hen gestimuleerd worden. Zij stellen de volgende aanpak voor:

- *Regionaal te organiseren*: Zeer lokaal houden (beperkte regio's om zo het team te versterken), zo kan men ook nieuwe relevante contacten te leggen.
- *Verdelen in twee delen*: Een informatiesessie gevolgd door casuïstiek of workshops. *Informatiecampagnes:* Vanuit de SEL, via brochures en via de beroepsverenigingen.

Tenslotte ervaren zij dat jongere huisartsen mogelijks meer geneigd zouden zijn tot multidisciplinaire zorgverlening dan de oudere generatie huisartsen. Zij zijn ook van mening dat een politieke inzet noodzakelijk is om MDO succesvol te maken.

5.3.2.2 Huisartsen

5.3.2.2.1 Het MDO

De geïnterviewde huisartsen hebben een positieve waardering voor het MDO. Zij erkennen problemen van de tijd en hun agenda maar doen hun best om deel te kunnen nemen, alhoewel het MDO niet bij alle huisartsen 'leeft'. Dit leidt tot wisselende aanwezigheid.
Enkele redenen die door hen worden aangehaald:

- Niet op de hoogte zijn van het fenomeen MDO. Dit is niet hetzelfde als niet op de hoogte zijn van multidisciplinaire samenwerking.
- Perceptie van onvoldoende nut.
- Perceptie van teveel tijdsinvestering.

De huisartsen zien zichzelf niet als de centrale spil binnen dit MDO, wel als medische eindverantwoordelijke.
Zij vinden een overzichtelijke structuur belangrijk, maar deze mag niet te rigide worden toegepast.
Idealiter wordt het MDO voltrokken binnen een tijdsinterval van 30 minuten.
Enkele huisartsen deden een voorstel voor de structuur van het MDO, zoals:

1. Verduidelijken van de huidige zorgsituatie
2. Bespreking van de problematiek/zorgvraag
3. Samen komen tot oplossingen
4. Komen tot een gemeenschappelijk besluit
5. Vastleggen van gemaakte afspraken

Volgens één van hen was dit zelfs terug te brengen tot twee werkbare stappen, waarbij het van belang is dat steeds iedereen (inclusief patiënt) aan het woord kan komen:

1. Gezamenlijke analyse van de zorgvraag
2. Plan van aanpak om dit op te lossen

Huisartsen benadrukken het belang van fysiek samenkomen en zien een meerwaarde op gebied van zorgcoördinatie voor de patiënt.

5.3.2.2.2 De zorgverlener

De opvattingen over basiscompetenties van de zorgverleners sluiten aan bij de literatuur (hoofdstuk 5.3.1.2). Het MDO werkt volgens hen drempelverlagend en de communicatie verloopt vlotter en meer gestructureerd. Bovendien leert men elkaar kennen als persoon, wat de samenwerking versterkt.

In de huisartsenopleiding werd vroeger weinig tot geen tijd besteed aan multidisciplinaire samenwerking. De oplossing is dit op te nemen in de basisopleiding met specifiek aandacht voor:

1. De sociale kaart en de structuur van de eerste lijn;
2. Werken aan simulaties en casuïstiek met andere zorgverleners.

Er werd aangehaald dat door onvoldoende organisatie bij andere zorgdisciplines er geen centraal aanspreekpunt is wanneer men het MDO bekend zou willen maken. Apothekers en kinesisten worden niet of maar weinig betrokken. Maatschappelijk werkers zijn volgens sommige huisartsen vaak moeilijk te bereiken.

5.3.2.2.3 De patiënt

Voor huisartsen is het belangrijk dat de patiënt (en indien mogelijk ook de mantelzorgers) altijd aanwezig is tijdens het overleg. Dit kan eventueel voorafgegaan worden door een overleg tussen zorgverleners onderling om de 'neuzen in dezelfde richting te krijgen'.
Huisartsen ervaren maar weinig weerstand tegen dit overleg bij patiënten. Belangrijk is een goede voorbereiding, om zo ook zicht te krijgen op bijvoorbeeld familiale problemen en spanningen.

5.3.2.2.4 Sociale omgeving

Huisartsen zijn bekend met enkele initiatieven ter bevordering van de samenwerking (hoofdstuk 5.3.1.4). Er is slechts beperkte communicatie met de SEL's. Men is van mening dat de huisartsen meer betrokken zouden moeten worden bij de werking van de SEL.

5.3.3.5 Organisatie

Huisartsen erkennen de meerwaarde van de overlegcoördinator voor de centrale administratieve functie. Toename van administratieve belasting zou voor enkelen van hen een reden zijn om niet deel te nemen. Zij zijn akkoord met de regelgeving, met name dat de huisarts bij het MDO aanwezig moet zijn voor de vergoeding van het MDO.

5.3.3.6 Politiek, financieel en maatschappelijk

De gebrekkige vergoeding is voor sommige huisartsen een argument om niet deel te nemen. Ook zijn zij van mening dat alle aanwezigen zouden moeten worden betaald.
Bijscholing en bekendmaking moet gebeuren op een gestructureerde en praktische manier. Multidisciplinaire bijscholing lijkt volgens hen moeilijk te organiseren, onder andere door de verschillende professionele/intellectuele niveaus van zorgverleners.

Ook geeft men aan dat men op politiek niveau bewust moet zijn dat er buiten het MDO al zeer veel overleg plaatsvindt dat eigenlijk niet vergoed wordt.

5.3.2.3 Maatschappelijk werkers

5.3.2.3.1 Het MDO

Men ervaart het MDO als een nuttig tot zeer nuttig instrument. Maatschappelijk werkers worden als zorgverleners zeer frequent bij het MDO betrokken. In functie van overlegcoördinator voorzien zij voor zichzelf een centrale rol in het MDO.
Er is sprake van een grote variatie van de reële duur van zo'n MDO: 30 – 120 minuten. Men is niet van mening dat dit te lang of te kort zou zijn.
Goede voorbereiding en coördinatie lijken essentieel voor een succesvol MDO. Over de structuur van het MDO zelf verschillen de meningen, waarbij sommigen pleiten voor complete vrijheid.

Fysiek samenkomen wordt belangrijk geacht, onder andere door de meerwaarde van non-verbale communicatie en het persoonlijk contact.
De structuur van het MDO komt volgens maatschappelijk werkers neer op de volgende stappen:

1. Uitgebreide voorbereiding vóór het MDO (x2)
2. Voorstellingsronde van de aanwezigen (x2)
3. Schetsen van de zorgsituatie en de medische toestand van de patiënt (x4)
4. Bespreken van de problematiek (zorgvraag) (x4)
5. Iedereen komt aan het woord (x4)
6. Oplossingen voor de problematiek en gezamenlijke conclusie (x5)
7. Vastleggen afspraken en opvolging (x2)

5.3.2.3.2 De zorgverlener

De genoemde basiscompetenties komen in grote lijnen overeen met de literatuur en de persoonsbeschrijving van de overlegcoördinator die men terugvindt bij de SEL's. Men legt hierbij de nadruk op communicatieve vaardigheden, vertrouwen en respect.
Afwezige hulpverleners zijn vooral de huisarts, apothekers en kinesisten. In één regio worden grote problemen ervaren met de afwezigheid van de huisarts op het MDO.
Het overleg werkt drempelverlagend op de samenwerking onderling.

Maatschappelijk werkers hebben het gevoel dat er tijdens hun opleiding voldoende tijd is gestoken in multidisciplinaire samenwerking. Voorbeelden die worden aangehaald zijn:

- Groepswerk, simulatiegesprekken.
- Vergadertechnieken
- Technieken en multidisciplinaire samenwerking, video-oefeningen, hoorspelen
- Conceptueel denken, verschillende invalshoeken.

5.3.2.3.3 De patiënt

Maatschappelijk werkers ervaren de aanwezigheid van de patiënt tijdens het MDO niet uniform als meerwaarde. Het vooraf en achteraf betrekken van de patiënt en diens mantelzorgers blijft echter wel noodzakelijk.

5.3.2.3.4 Sociale omgeving

Er is bekendheid met enkele initiatieven ter bevordering van de samenwerking (hoofdstuk 5.3.1.4). Samenwerking met de SEL verloopt over het algemeen zonder noemenswaardige problemen. Problemen op bestuursniveau van de SEL kunnen echter wel zorgen voor onduidelijkheid bij zorgverleners, wat het MDO niet ten goede komt.

5.3.2.3.5 Organisatie

Maatschappelijk werkers ervaren de administratie als een toenemende belasting. Soms ziet men af van officiële erkenning om dit te voorkomen.
Over het algemeen vindt men de huidige regelgeving wel zinvol, al is er momenteel geen ruimte voor uitzonderingen. De vergoeding blijkt niet van belang voor een maatschappelijk werker, gezien hun werk in loonverband.
Er wordt opgemerkt dat door de verzuiling van het zorgsysteem (de mutualiteiten) er soms sprake kan zijn van concurrerende posities tussen grote organisaties. Dit heeft als gevolg dat men zal werken binnen vaste groepen met vaak rigide structuren. Het MDO zou zo vaak worden vergeten.
Wachtlijsten bij thuiszorg en gezinshulp vormen soms ook een drempel als men de afspraken van het MDO wil bewerkstelligen.

5.3.2.3.6 Politiek, financieel en maatschappelijk

Er wordt opgemerkt dat de vergoeding voor de zorgbemiddelaar meestal minder is dan die van de overlegcoördinator, alhoewel de zorgbemiddelaar soms meer wordt belast. Een oplossing zou het herdefiniëren zijn van de taakomschrijving en in functie hiervan de vergoeding aan te passen.
Maatschappelijk werkers pleiten voor bijscholingen met verschillende zorgverleners samen. Voor de thematiek van deze bijscholingen houdt men beter rekening met het ruime aanbod aan bijscholingen. Het MDO moet voldoende bekend gemaakt worden, eventueel bekendmaking aan de patiënten zelf.

5.3.2.4 Thuisverpleegkundigen

5.3.2.4.1 Het MDO

De geïnterviewde thuisverpleegkundigen zien duidelijk de meerwaarde in van het MDO.
De thuisverpleegkundigen verwachten nog altijd een centrale leidinggevende rol van de huisarts, alhoewel de ervaring met de overlegcoördinator ook zeer positief zijn.
De tijdsduur varieert van 60 – 90 minuten, waarbij men aangeeft dat volgens hen de huisarts niet gedurende de volledige duur aanwezig dient te zijn. Men geeft de voorkeur aan een niet rigide structuur, bijvoorbeeld een soort van kapstok of draaiboek:

1. Eventueel vooraf overleg om knelpunten/problematiek al te identificeren (x2)
2. Voorstelling patiënt en zorgverleners (x3)
3. Achtergrondinformatie over de patiënt, wat is er reeds aanwezig? (x3)
4. Problematiek bespreken (x5)
5. Delegeren van taken om de problematiek op te lossen (x5)
6. Eventueel plannen van een controlemoment (x1)

Er dient een goede indicatiestelling te gebeuren voor het MDO. Zo voorkomt men onnodig overleg en kan men het fysiek samenkomen beperken tot de meest noodzakelijke situaties.
Afspraken tijdens het MDO over gedeelde zorg worden doorgaans beter nageleefd.

5.3.2.4.2 De zorgverlener

De basiscompetenties die worden aangehaald komen in grote lijnen overeen met de literatuur (hoofdstuk 5.3.1.2). Voordelen van het MDO op gebied van de samenwerking zijn volgens hen:

- Drempelverlagend
- Waardering voor elkaar als zorgverlener
- Elkaar kunnen ondersteunen

Hiertegenover staan enkele zaken die belemmerend kunnen werken:

- Wanneer zorgverleners vaak wisselen van persoon is dit drempelverhogend.
- Samenwerking met artsen/specialisten verloopt soms stroef door traditionele structuur.
- Gebrekkige afbakening van de taken.
- Sommige zorgverleners voelen zich tekort schieten als een MDO wordt gevraagd.

5.3.2.4.3 De patiënt

Thuisverpleegkundigen zijn niet van mening dat de patiënt ten aller tijde aanwezig moet zijn tijdens het overleg. Argumenten die worden genoemd zijn:

- Soms is de problematiek erg delicaat, vooral indien de patiënt het probleem niet inziet.
- Soms kan de patiënt niet mee praten over het probleem en de oplossingen.
- Zorgverleners kunnen minder vrij spreken met de patiënt erbij.

Het MDO geeft patiënten vaak rust en zekerheid, men voelt zich er beter door ondersteund. Mensen weten vaak niet wat er allemaal mogelijk is op gebied van zorgverlening (zoals dagopname en de verschillende thuiszorgdiensten). In sommige situaties is er echter sprake van weerstand bij de familie van de patiënt. Ook kan een geringe financiële draagkracht de mogelijkheden van het MDO beperken.

5.3.2.4.4 Sociale omgeving

Ervaringen met de SEL's zijn overwegend positief. Indien er vragen zijn wordt men meestal vlot verder geholpen. Er wordt melding gemaakt van enkele projecten ter bevordering van de samenwerking (hoofdstuk 5.3.1.4). Men geeft aan dat pilootprojecten vaak worden ondersteund door dezelfde mensen, waarna iedereen ervan kan profiteren. De interesse bij bepaalde zorgverleners voor nieuwe projecten is soms beperkt (eventueel moet dit vanuit de overheid meer worden gestimuleerd).

5.3.2.4.5 Organisatie

Er worden weinig problemen met de administratie ervaren. Dit wordt vaak door de overlegcoördinator geregeld. Voor thuisverpleegkundigen zou een toename van de administratie geen reden zijn tot minder deelname.
Men vindt de voorwaarden die gesteld worden aan het MDO logisch om misbruik te voorkomen. Enkel de voorwaarde dat de huisarts aanwezigheid zou moeten zijn vinden zij niet altijd zinvol. Soms is volgens hen de aanwezigheid van de huisarts niet zo noodzakelijk. Men zou dan eventueel de huisarts achteraf door verplichte verslaggeving kunnen inlichten.

5.3.2.4.6 Politiek, financieel en maatschappelijk niveau

Vergoeding speelt geen rol voor de thuisverpleegkundige indien zij werkzaam is in dienstverband.

Bijscholingen en bekendmaking zouden moeten worden georganiseerd in de vorm van thema-georiënteerde informatieavonden. Deze zouden op regelmatige basis moeten plaatsvinden, zowel binnen eigen beroepsgroep als samen met andere beroepsgroepen.

5.3.2.5 Patiëntenvertegenwoordigers

De interviews met de patiëntenvertegenwoordigers vonden plaats met als doel een beter zicht te krijgen op het standpunt van de patiënt (en de mantelzorger) die geconfronteerd wordt met het MDO. De resultaten waren echter zeer divers en veel interviewvragen konden niet of onvolledig worden beantwoord. Dit is mogelijks te wijten aan de diversiteit van deelnemers binnen deze groep.
Er zijn wel twee zaken die we nog willen vermelden:

- Patiënten en mantelzorgers dienen altijd betrokken te worden bij het MDO zelf. Dit betrekken en samen overleggen zou kunnen bijdragen tot een betere aanvaarding en toelating van zorgverlening.
- Het MDO biedt patiënten en mantelzorgers achteraf meer 'stabiliteit', meer houvast en meer omkadering met betrekking tot de zorgverlening van de patiënt.

6. Conclusie

Voor een succesvol MDO voor de eerste lijn in Vlaanderen dienen een aantal voorwaarden te worden vervuld. Uit alle resultaten van deze exploratieve studie weerhouden wij als antwoord op de onderzoeksvragen 'Wat zijn de succesfactoren voor een doeltreffend en doelmatig overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen' en 'hoe loopt dit in de praktijk en wat kan men nog verbeteren' de volgende punten.

6.1. Het MDO

6.1.1 Definities van samenwerking

Om succesvol samen te werken dient er *transdisciplinair* of toch minstens interdisciplinair samen te worden gewerkt. Het huidige 'collaboratieve' zorgsysteem van Vlaanderen dient hiervoor een reorganisatie te ondergaan. Het vraagt een verandering van attitude bij de verschillende zorgverleners. Om een dergelijke samenwerking te bewerkstelligen dienen ook de infrastructuur en steun vanuit de maatschappij te worden uitgebreid.

6.1.2 Ideale moment voor een MDO

Er werden enkele situaties aangehaald wanneer men een MDO dient te organiseren (hoofdstuk 4 en 5). Dit kan variëren van een echte crisissituatie tot een ontslag uit het ziekenhuis. Belangrijk is dat er sprake is van een complexe thuiszorgsituatie en dat er meerdere zorgverleners bij de zorgverlening op dat moment betrokken zijn. Er lijkt maar weinig draagvlak te zijn voor een anticiperend MDO, vooral omwille van beperkte tijd, organisatie en middelen. Er dient een duidelijke *zorgvraag* te zijn, zodat men doelmatig en probleemoplossend kan overleggen.
De *vroege namiddag* lijkt het meest gemeenschappelijke moment te zijn voor de verschillende zorgverleners om dit te laten plaatsvinden (hoofdstuk 5).

6. 1.3 Structuur van een MDO (voor, tijdens en na)

Er is geen eenduidigheid over de structuur van het MDO bij de zorgverleners of bij de SEL's. Om een efficiënt en doelmatig overleg te organiseren lijkt desalniettemin een zekere basisstructuur onmisbaar. Een te rigide structuur kan het overleg volgens zorgverleners ook belemmeren. Zij opteren eerder voor een flexibele kapstok (hoofdstuk 5). De voorbereiding laten gebeuren aan de hand van een systematisch werkinstrument zouden zorgverleners echter niet zien zitten (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 6.7 zullen wij een aanbeveling doen over de structuur van het MDO.

6.1.4 Vorm (fysiek, telefonisch, video conferentie etc.)

Het *fysiek* samenkomen in de eerste lijn brengt veel organisatorische problemen met zich mee. Desondanks geven zorgverleners hieraan toch de voorkeur. Zaken zoals een betere betrokkenheid en de non-verbale communicatie zouden een duidelijke meerwaarde bieden (hoofdstuk 5). Wanneer problemen telefonisch kunnen worden opgelost, is er geen indicatie voor een MDO. Video conferentie lijkt op dit moment nog geen valabel alternatief te zijn, mogelijks door ontoereikende infrastructuur en gebrek aan affiniteit bij de zorgverleners.

Het MDO laten plaatsvinden bij de patiënt thuis biedt zowel voordelen als nadelen (hoofdstuk 4 en 5). Afhankelijk van de situatie moet men dus kunnen afwijken hiervan zonder dat dit gevolgen zou hebben voor de vergoeding.

6.1.5 Zorgplan

Om door het MDO het zorgproces te laten verbeteren (hoofdstuk 2), dienen zorgdoelen en afspraken te worden vastgelegd en opgevolgd. Het *zorgplan* lijkt de sleutel te vormen om dit te bewerkstelligen. Dit wordt ondersteund door de zorgverleners (hoofdstuk 5).
Het zorgplan dient (aangepast) toegankelijk te zijn voor alle zorgverleners en mogelijks ook voor de patiënt en zijn mantelzorgers. Het mag niet omslachtig of moeilijk in gebruik zijn, dit belemmert immers de toepasbaarheid. Verder uitbouwen van de functionaliteit van het elektronische zorgplan lijkt hier zeker nog aangewezen.

6.2 De zorgverlener

6.2.1 Aanwezigheid

Om gezamenlijk gedragen beslissingen te maken dient er gestreefd te worden naar maximale aanwezigheid van zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgvraag van het MDO. De huisarts mag hierbij duidelijk niet ontbreken. Men dient tevens na te streven om de apotheker en kinesist ook te betrekken bij het MDO (of op zijn minst steeds op de hoogte te stellen).

6.2.2 Basiscompetenties

Er zijn bepaalde *basiscompetenties* (hoofdstuk 2 en 5) die belangrijk zijn voor een goede samenwerking. Men zou kunnen proberen om gebrekkige competenties bij zorgverleners op te vangen door goed *leiderschap,* bijvoorbeeld in de vorm van de overlegcoördinator.

6.2.3 Gepercipieerde meerwaarde van MDO

Wanneer zorgverleners niet overtuigd zijn van de meerwaarde van het MDO, zullen zij niet gemotiveerd om hieraan deel te nemen (hoofdstuk 4 en 5). Het informeren over de mogelijkheden van het MDO en het minimaliseren van administratieve belasting zouden dit kunnen verbeteren. Men dient evenwel realistisch te zijn en wellicht zal een betrokkenheid van 100% niet haalbaar zijn.

6.2.4 Opleiding van de zorgverlener

Multidisciplinaire zorgverlening vormt momenteel nog een lacune in de opleiding van enkele zorgverleners (hoofdstuk 5). Zorgverleners tijdens hun *basisopleiding* beter bekend maken met multidisciplinaire zorgverlening zou een positief effect kunnen hebben op de vertrouwdheid met de kwaliteiten van andere zorgverleners en het MDO zelf. Er lijkt een plaats te zijn voor het laten samenkomen van studenten van verschillende opleidingen en hen samen aan casuïstiek te laten werken (hoofdstuk 5).

6.2.5 Roltypering

Slechte roltypering verhindert de betrokkenheid bij multidisciplinaire zorgverlening (hoofdstuk 2 en 5). Duidelijk maken welke verantwoordelijkheid iedere zorgverlener heeft en wat er van hem/haar verwacht wordt in een multidisciplinair systeem leidt tot betere betrokkenheid en motivatie.

6.3 De patiënt

6.3.1 Gepercipieerde meerwaarde van MDO

Betrokkenheid van de patiënt en diens mantelzorgers bij het MDO vergroot de kans dat afspraken die gemaakt worden tijdens het MDO worden nageleefd (hoofdstuk 5). Er zijn echter ook situaties waarbij deze aanwezigheid het verloop van het overleg kan belemmeren. Men moet hiermee rekening houden wanneer men het MDO organiseert.
Wanneer er sprake is van weerstand bij de patiënt of diens mantelzorgers is dat vaak gebaseerd op angst en/of onwetendheid. Men kan dit oplossen door de tijd te nemen en de patiënt voldoende te informeren over de doelstellingen van het MDO.

6.3.2 Ziekte-inzicht en zorgvermijdend gedrag

Er is veel variatie in normen, waarden en ziekte-inzicht bij patiënten. Dit heeft tot gevolg dat diens visie op het overleg of de eigenlijke zorgnood af kan wijken van de visie van de zorgverleners. Men moet de visie van de patiënt kunnen respecteren. Wanneer zorgverleners echter inschatten dat er een absolute noodzaak is aan een MDO, dan zou dit toch moeten kunnen plaatsvinden zonder de patiënt of mantelzorgers (hoofdstuk 5).

6.4 Sociale omgeving

6.4.1 Kennis over functie en mogelijkheden van andere zorgverleners

Zoals reeds eerder werd besproken is duidelijke roltypering noodzakelijk voor succesvolle multidisciplinaire zorgverlening. Het is echter ook van belang dat zorgverleners voldoende op de hoogte zijn van elkaars rol in de zorgverlening. Dit zou eventueel kunnen worden gecommuniceerd via een sociale kaart. Een belangrijke rol lijkt hier te zijn weggelegd voor de SEL's.
In de praktijk blijken de geïnterviewde zorgverleners niet het gevoel te hebben dat er grote lacunes zijn in de kennis over de rol van andere zorgverleners (hoofdstuk 5).

6.4.2 Groepsdynamiek

Doeltreffend en doelmatig samenwerken zal men niet vanaf de eerste keer kunnen realiseren (hoofdstuk 2 en 5). Het zou dus een meerwaarde kunnen zijn wanneer zorgverleners in de eerste lijn kunnen samenwerken met 'vaste partners' bij multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten.
Met het principe van groepsdynamiek zou men absoluut rekening moeten houden wanneer men het succes of de meerwaarde van een MDO beoordeelt.

6.4.3 Samenwerkingsinitiatieven

Deze initiatieven kunnen een meerwaarde bieden voor de samenwerking en zorgkwaliteit. Er dient voor deze projecten rekening gehouden te worden met de lokale behoeften en gewoontes (hoofdstuk 2, 4 en 5). Goede globale coördinatie dient evenwel te voorkomen dat er een 'wildgroei' ontstaat, eventueel in de vorm van overkoepelend toezicht.

6.5 Organisatie

6.5.1 Administratie

Administratie is nodig om misbruik te voorkomen en afspraken duidelijk vast te kunnen leggen. De administratie van het MDO wordt echter als een belasting ervaren. Men zou dit dus echt tot een noodzakelijk minimum moeten beperken. Sommige zorgverleners zullen immers minder deelnemen aan het MDO indien de administratieve last toeneemt. De meerwaarde van de *overlegcoördinator* lijkt op dit vlak duidelijk (hoofdstuk 4 en 5).

6.5.2 Complexe regelgeving

Regelgeving omtrent het MDO en de samenwerkingsinitiatieven (hoofdstuk 6.4.3) is idealiter helder, transparant en zoveel mogelijk *uniform*. In de huidige situatie zijn er toch verschillen tussen de SEL's (hoofdstuk 2, 3, 4 en 5). Het zou interessant kunnen zijn deze verschillen middels overkoepelend overleg verder te motiveren en indien mogelijk zelfs algemeen te integreren.

6.5.3 Huisarts betrekken

De meeste zorgverleners zijn van mening dat de huisarts een meerwaarde kan betekenen voor het MDO. Om de huisarts betrokken te houden dient men de *meerwaarde* van het MDO duidelijk te maken. Ook moet duidelijk zijn wat er van de huisarts tijdens zo'n overleg wordt verwacht.
(Te) lang overleg vormt een grote barrière tot deelname. In hoofdstuk 7.3 doen we een aanbeveling over de huisarts en het MDO.

6.5.4 Iedereen samen krijgen

Het vergt tijd, inspanning en organisatie om alle zorgverleners samen te krijgen. Het is een meerwaarde als dit door één persoon geregeld kan worden. Om maximale betrokkenheid van de huisarts te kunnen garanderen wordt het beste eerst contact opgenomen met hem of haar.
Zoals reeds eerder vermeld vindt het overleg idealiter plaats tijdens de vroege namiddag.

6.5.5 Leiderschap

Goed leiderschap kan de doeltreffendheid en doelmatigheid van een MDO vergroten (hoofdstuk 2, 4 en 5) . Tevens is dit nodig om zorgverleners aan te sturen, met name in de (moeilijke) beginfase van de samenwerking (6.4.2 Groepsdynamiek). De rol van de overlegcoördinator is reeds uitgebreid aan bod gekomen. Het zou mogelijks een meerwaarde kunnen zijn dit door een externe persoon te laten doen.

6.6 Politiek, financieel en maatschappelijk

6.6.1 Bijscholing en bekendmaking

Bijscholing en bekendmaking kan het succes van het MDO vergroten. Er zijn hiervoor verschillende methoden voorgesteld, waarbij men rekening dient te houden met het 'overaanbod' aan informatieavonden. Informatie wordt indien mogelijk thematisch en praktisch aangeboden, initieel binnen de eigen beroepsgroep en later eventueel ook multidisciplinair. Dit dient bij voorkeur zeer lokaal te gebeuren om aan de lokale behoeften te kunnen voldoen en zorgverleners persoonlijk met elkaar bekend te maken.

6.6.2 Maatschappelijk draagvlak

Om een doelmatig MDO mogelijk te maken dient dit ondersteund te worden door de maatschappij waarin het plaatsvindt (hoofdstuk 2 en 5). Dit kan verwezenlijkt worden door middel van specifieke zorgpaden, ondersteunende infrastructuur en een passende vergoeding. Sommige zorgverleners merkten op dat politieke ondersteuning hiervoor noodzakelijk is.

6.6.3 Vergoeding

Onevenredige vergoeding kan voor sommige zorgverleners een argument zijn om niet deel te nemen aan het MDO (hoofdstuk 5). De vergoeding dient dus in verhouding te staan met de tijdsinvestering, waarbij men mogelijks ook rekening dient te houden met het verschil in werkstatuut (zelfstandige of loonverband).

6.7 Aanbevolen stappenplan voor een succesvol MDO

Op basis van de gegevens uit de literatuur, de documenten van de SEL's, het panelgesprek en de ervaringen van de zorgverleners die deelnemen aan het MDO zullen we nu een voorstel doen over de stappen die men dient te overlopen voor een succesvol MDO.

Vóór het MDO:

1. De aanvraag: duidelijke formulering van het probleem ('zorgvraag').
2. Het aanstellen van een overlegcoördinator (eventueel extern).
3. Actief betrekken van de patiënt en de mantelzorgers tijdens de voorbereiding van het overleg en indien mogelijk ook tijdens het MDO zelf.
4. De voorbereiding van het overleg:
   - Verzamelen van de noodzakelijke informatie (volgens de zorgvraag).
   - Afstellen van de agenda's op elkaar.
5. Op tijd contact opnemen met de huisarts.
6. Afhankelijk van de zorgvraag bepaalde zorgverleners uitnodigen, maar steeds alle betrokken zorgverleners op de hoogte brengen.
7. De tijdsperiode tussen de aanvraag en het MDO trachten te beperken.

Tijdens het MDO:

1. Het is een fysieke bijeenkomst.
2. De overlegcoördinator (eventueel extern) leidt het MDO.
3. Iedereen mag aan het woord komen.
4. Men probeert een open sfeer te handhaven.
5. De tijdsduur van het MDO wordt beperkt
6. Structuur van het MDO:
   - 6.1 Voorstelronde patiënt/mantelzorgers en zorgverleners.
     - Vooral indien men niet bekend is met elkaar.
   - 6.2 De huidige situatie in kaart brengen (medische gegevens, aanwezige zorg).
   - 6.3 Duidelijk maken wat de aanleiding is voor dit MDO.
   - 6.4 Bespreking van de problematiek en de zorgvraag.
     - Iedereen komt hierbij aan het woord.
   - 6.5 Gezamenlijk tot een besluit komen met betrekking tot de problematiek.
   - 6.6 Het delegeren van taken en afspraken.
   - 6.7 De zorgdoelen definiëren.
   - 6.8 De opvolging vastleggen.
7. Opstarten of aanvullen van het zorgplan, bij voorkeur elektronisch.
8. Aanstellen van een zorgbemiddelaar om de gemaakte afspraken op te volgen.

Na het MDO:

1. Beperken van de noodzakelijke administratie.
2. Duidelijke en vlotte verslaglegging naar alle betrokken zorgverleners.
3. De zorgbemiddelaar volgt de gemaakte afspraken op.
4. Voortdurend het effect op de zorgkwaliteit controleren.
   - Dit kan door zorgdoelen vast te leggen in het zorgplan.
5. De beschikbaarheid van een vlotte, transparante vergoeding.

7. Discussie

Tijdens deze exploratieve studie zijn we op zoek gegaan naar de succesfactoren van een MDO voor de eerste lijn in Vlaanderen. De conclusie (hoofdstuk 6) is dat het succes van multidisciplinaire zorgverlening afhankelijk is van een aantal algemene factoren en regionale of plaatsgebonden factoren. Om het draagvlak en succes van het MDO te maximaliseren zal men hiermee rekening moeten houden. Er zijn echter ook nog een aantal discussiepunten, die hieronder ter sprake zullen komen. Vervolgens zullen de sterke en zwakke punten van de studie worden uiteengezet. Omdat de studie is gedaan in het kader van een masterthesis huisartsgeneeskunde doen we een aanbeveling over de hoe de huisarts kan worden betrokken in het MDO, gezien zijn centrale positie in de eerstelijnszorg van de patiënt. We besluiten dit onderzoek met een aantal concrete adviezen.

7.1 Algemeen

De *SEL's* zouden een prominente rol kunnen spelen in de organisatie van multidisciplinaire zorgverlening in de eerste lijn. Het lijkt aangewezen dat de verschillende SEL's regelmatig met elkaar overleggen om een overkoepelend beleid te kunnen voeren, om *eenduidige organisatie* te bevorderen en met vereende krachten aan nieuwe initiatieven te werken. Dit zou tevens moeten voorkomen dat er voortdurend nieuwe termen en begrippen worden ingevoerd, daar waar men bijvoorbeeld bestaande begrippen verder zou kunnen uitbouwen. Een voorbeeld hiervan is het recente psychiatrisch MDO, waarbij men het begeleidingsplan en de referentiepersoon introduceert voor respectievelijk het zorgplan en de zorgbemiddelaar van het MDO in de thuiszorg (8).
Hierover dient verder onderzoek naar te worden gedaan in de eerste lijn.

Transparante organisatie en richtlijnen zijn essentieel voor een doelmatige en doeltreffende samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Dit werd duidelijk uit de literatuur (20) en de interviews met de zorgverleners. Deze richtlijnen zijn echter niet universeel en hangen af van het gebruikte zorgmodel en de lokale afspraken en gewoonten. Wanneer men hiermee geen rekening houdt kan dit resulteren in non-participatie van de zorgverleners. Even belangrijk is het betrekken van de zorgverleners bij het opstellen van deze richtlijnen, om te voorkomen dat men in de praktijk geconfronteerd wordt met een gebrekkig draagvlak of onduidelijkheid over de toepassing ervan.
Om betrokkenheid verder te vergroten dient de samenwerking te worden ondersteund door de politiek en de maatschappij.

Wij hebben getracht een aanbeveling te doen voor de *structuur van een doelmatig en doeltreffend MDO*. Duidelijk is dat er op dit gebied momenteel veel variatie bestaat en dat de verschillende zorgverleners hier een verschillende visie op hebben. Vanuit de literatuur kon hierop ook geen eenduidig antwoord worden gevonden.
Wij zijn van mening dat een bepaalde basisstructuur noodzakelijk lijkt om een houvast te bieden aan de deelnemers en de tijdsduur onder controle te kunnen houden. Dit wordt ook ondersteund door bepaalde zorgverleners. Inhoudelijk lijkt vooral een heldere probleemstelling van belang om zo doelmatig en probleemoplossend te werk te kunnen gaan. De volgende stap is verder onderzoek naar de werkzaamheid van deze methode in de praktijk.

Het wordt nergens duidelijk dat een bepaalde *tijdsduur* een voorwaarde is voor de kwaliteit van het MDO. Men kan zich dan ook de vraag stellen of een minimumtijd zodoende een voorwaarde mag zijn voor terugbetaling van het MDO. Bovendien is de variatie in tijdsduur tussen de regio's enorm zonder dat er sprake is van een duidelijk verband met de ervaren kwaliteit van het MDO. Wanneer een MDO echter te lang duurt kan dit een drempel vormen tot deelname aan het MDO door zorgverleners zoals de huisarts.

Wanneer men het MDO duidelijker zou structureren kan men meer zicht krijgen op de benodigde tijd per MDO. Hierover dient men verder onderzoek te doen.

Zowel uit de literatuur (3, 13) als uit de interviews blijkt dat *leiderschap* een essentiële factor is voor goede multidisciplinaire zorgverlening. Dit is mogelijks moeilijker te realiseren voor de huidige eerste lijn in Vlaanderen dan voor bijvoorbeeld een klassieke ziekenhuisstructuur. Het principe van een overlegcoördinator lijkt dus een meerwaarde te kunnen zijn. Om kwaliteit te kunnen garanderen zou deze coördinator moeten voldoen aan een aantal eisen op vlak van vaardigheden en persoonlijkheid, niet noodzakelijk gebonden aan een bepaalde beroepsgroep (hoofdstuk 3, 4 en 5). Bepaalde SEL's hebben dit reeds opgenomen in hun draaiboek. Er is echter geen duidelijkheid over hoe men dit zou kunnen controleren en op welke literatuur dit is gebaseerd. (hoofdstuk 3).
Er zouden mogelijks enkele voordelen verbonden zijn aan een onafhankelijke, externe coördinator, zoals neutraliteit en de opbouw van expertise. Nadelen zijn dan weer de extra organisatie, meer werkbelasting en de extra kosten.
Men zou verder onderzoek moeten doen naar het ideale profiel van de overlegcoördinator en hoe men dit zou kunnen controleren.

Wanneer men rekening houdt met het principe van *groepsdynamica* (15) kan een overlegcoördinator de moeilijke eerste fase van samenwerking toch doelmatig aansturen. Het zou een meerwaarde kunnen zijn om op lokaal niveau zoveel mogelijk met dezelfde zorgverleners samen te werken (eventueel in lokaal teamverband). Dit zou kunnen voorkomen dat de moeilijke eerste fase te vaak moet worden doorlopen en men zich steeds aan elkaar dient voor te stellen en bekendmaken. Valkuilen hierbij zijn immers het voortdurend veranderen van zorgverleners en onvoldoende beschikbaarheid van bepaalde zorgverleners (gebrek aan continuïteit) (9, 10, 13).
Dit wordt in de praktijk ook ondersteund door de ervaringen van de FHT's in Canada.
Zorgverleners zouden bekend moeten zijn met het principe van groepsdynamica zodat men niet afhaakt wanneer er initieel sprake is van minder vlotte samenwerking.

Voor de vergoeding van het MDO worden bepaalde voorwaarden gesteld (tabel 2). De SELS's baseren zich hierbij op de voorwaarden voor het *GDT overleg* opgesteld door de federale overheid. Tijdens deze studie is niet duidelijk geworden op welke literatuur deze voorwaarden zijn gebaseerd.
Zorgverleners aanvaarden dit en ervaren deze voorwaarden niet als onterecht. Men stelt zich wel vragen bij het administratieve luik en de noodzakelijke aanwezigheid van de huisarts voor de vergoeding. Wanneer echter vooraf getoetst is of er een juiste indicatie is voor het MDO, lijkt de betrokkenheid en dus aanwezigheid van de huisarts een noodzakelijk gegeven te zijn. Misschien dat video conferentie in de toekomst hier een uitkomst zou kunnen bieden.
Men dient verder te onderzoeken hoe men huisartsen meer kan motiveren tot actieve deelname aan het MDO.

Om de samenwerking na het overleg verder te faciliteren is een gemeenschappelijk platform nodig.
Het *zorgplan* lijkt hiervoor de beste methode te zijn. Maar in de huidige situatie is er nog sprake van verschillende zorgplannen: het PSY MDO-, artikel 107-, GDT-, SEL- en COM zorgplan (dit laatste is een zorgplan dat enkel als communicatiemiddel wordt gebruikt) (37). Integratie in één gestandaardiseerd geïntegreerd electronisch zorgplan lijkt de oplossing zijn, maar dit vraagt tijd en financiering. Dit wordt ondersteund door de bevindingen uit de interviews (hoofdstuk 5). Ook de zorgverleners merken op dat binnen het huidige zorgplan zeker nog punten van verbetering zijn.
De noodzakelijk inhoud van een zorgplan werd reeds onderzocht in een onderzoek in Vlaanderen uit 2007. Dit onderzoek vergeleek de bestaande voorwaarden van het thuiszorgdecreet uit 1990 met de literatuur. Het formuleren van concrete zorgdoelen lijkt cruciaal te zijn maar ontbreekt vooralsnog als voorwaarde in Vlaanderen. Er dient opgemerkt te worden dat men nog niet heeft kunnen aantonen dat een zorgplan ook werkelijk leidt tot meer zorgkwaliteit voor de patiënt (38). Uit de interviews werd duidelijk dat men dient te streven naar een gemakkelijk toegankelijk en bruikbaar

zorgplan. Om te voorkomen dat men naast dit zorgplan per discipline aparte zorgplannen of communicatiekanalen creëert dient de informatie aangepast te zijn aan de zorgverlener en elektronisch beschikbaar te zijn. In verscheidene SEL's werkt men reeds met succes via een elektronisch zorgplan, in andere SEL's zijn er reeds proefprojecten gestart. Idealiter zou het elektronische zorgplan gekoppeld worden aan het electronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt.

Uit deze studie blijkt dat er naast de huisarts nog een andere afwezige lijkt te zijn op het MDO, namelijk de *apotheker*. De apotheker kan echter een belangrijke rol spelen in het beleid en aflevering van medicatie voor de patiënt. Ook werd duidelijk dat de geïnterviewde apothekers gemotiveerd zijn om aan het MDO deel te nemen, maar dat zij niet worden uitgenodigd.
Een hindernis voor hun aanwezigheid op het MDO lijkt tevens de werking van de apotheek te zijn (verplichte aanwezigheid tijdens openingsuren).

Zoals reeds eerder besproken zal door de verschuiving van acute naar chronische zorg in de toekomst veel meer een beroep moeten worden gedaan op de eerste lijn. Door de vaak complexe behandeling van chronische pathologie zullen meer zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan één patiënt. Er moet dus verder onderzoek worden gedaan naar de optimale infrastructuur en modaliteiten van kwaliteitsvolle multidisciplinaire zorgverlening voor de eerste lijn in Vlaanderen. Uit de literatuur werd duidelijk dat men rekening moet houden met lokale factoren waardoor men niet zomaar conclusies uit andere landen of van het ziekenhuis naar de situatie van de eerste lijn in Vlaanderen kan extrapoleren.

7.2 Sterke en zwakke punten van de studie

Deze studie bevat enkele beperkingen:

- Het betreft een *exploratieve studie*. Er dient nog verder onderzoek gedaan te worden om de resultaten te kunnen kwantificeren.
- De groep van geïnterviewde zorgverleners was eerder beperkt. Er was aan het einde echter wel sprake van *saturatie* met betrekking tot de antwoorden.
- Er was slechts *beperkte evidentie vanuit de literatuur* beschikbaar voor de vraagstelling.
- Veel informatie is gebaseerd op de *ervaringen van de SEL's*: dit zou mogelijks een positieve bias met betrekking tot de huidige situatie tot gevolg kunnen hebben.
- De *geïnterviewde zorgverleners* werden geselecteerd uit een groep die reeds via de SEL's akkoord waren met deelname aan het onderzoek: hun attitude ten opzichte van het MDO zou mogelijks positiever kunnen zijn dan zorgverleners die nog niet bij de SEL's betrokken zijn.
- De *analyse van de interviews* is niet steeds onafhankelijk door twee personen gedaan, wat mogelijks kan hebben geleid tot meer persoonlijke interpretatie dan bij de beoordeling door twee personen.

Echter, de studie bevat ook een aantal sterke punten:

- De betrokkenheid van alle SEL's uit heel Vlaanderen en Brussel.
- Het paneloverleg met maximale participatie (slechts één afwezige).
- Informatie vanuit drie niveau's: de literatuur, het beleidsniveau en de zorgverleners.
- Informatie van verschillende beroepsgroepen betrokken bij het MDO.
- Resultaten die aansluiten bij conclusies uit eerder onderzoek in Vlaanderen(34, 37, 38)

7.3 Hoe kan men de relatie tussen de huisarts en het MDO verbeteren?

Dit onderzoek werd gedaan in kader van de masterproef huisartsgeneeskunde. Daarom willen we nog eens concreet de factoren die volgens deze studie de aanwezigheid van de huisartsen op het MDO kunnen beïnvloeden herhalen.
Het onderzoek van de universiteit van Hasselt en het panelgesprek gaven immers de indruk dat huisartsen te weinig betrokken zijn bij het MDO. Uit de interviews met de zorgverleners kwam echter naar voren dat dit erg verschillend is van regio tot regio. Wanneer men in de toekomst de aanwezigheid van huisartsen op het MDO wil vergroten dient men met de volgende zaken rekening te houden:

1. *Tijd*: Een huisarts heeft vaak een drukke agenda en dit kan een belemmering vormen tot deelname aan het MDO. Belangrijk is dat men op tijd met de huisarts contact opneemt om zodoende een moment te kiezen waarop hij of zij aanwezig kan zijn. Uit de interviews en het panelgesprek kwam naar voren dat dit bijvoorbeeld ingepland zou kunnen worden als een huisbezoek in de vroege namiddag.
Aanbeveling: Neem als eerste contact op met de huisarts en zorg ervoor dat de tijdsduur van het MDO of de noodzakelijke aanwezigheid beperkt blijft (voorstel: 30 minuten).

2. *Plaats*: Een MDO organiseren brengt verplaatsing met zich mee en aldus dient dit te kunnen worden ingepland. Idealiter is dit niet te ver gelegen van de huisartsenpraktijk.

3. *Perceptie van nut*: Wanneer een huisarts de indruk heeft dat het MDO geen meerwaarde heeft, zal hij of zij zich hier niet voor inzetten. De huisarts heeft door zijn positie te maken met een brede waaier aan initiatieven op het gebied van zorgverbetering en zal zich dus steeds kritisch opstellen voor nieuwe initiatieven.
Aanbeveling: Optimaliseren van de structuur van het MDO en de eindpunten in het zorgplan, bijvoorbeeld door concrete zorgdoelen.

4. *Vertrouwdheid met het MDO*: Onbekend maakt onbemind. Door bijscholing en informatieverstrekking dienen de praktische aspecten en voordelen van het MDO aan de huisarts kenbaar te worden gemaakt. Dit kan de drempel tot deelname verder verlagen.
Aanbeveling: Organiseren van thematische en praktische bijscholingen over MDO via de huisartsenkringen.

5. *Vergoeding*: In de huidige situatie lijkt de vergoeding voor deelname aan het MDO ontoereikend. Wanneer men echter bovenstaande zaken zou realiseren zou dit onevenwicht eventueel kunnen verdwijnen.
Aanbeveling: Herziening van de vergoeding in functie van de reële tijdsbesteding met betrekking tot het MDO (dit geldt uiteraard zo mogelijk voor alle aanwezigen op het MDO).

7.4 Aanbevelingen

Op grond van de resultaten, conclusies en de discussie formuleren we nog enkele concrete aanbevelingen voor het beleid in de praktijk:

- Overkoepelende regelgeving met betrekking tot multidisciplinaire zorgverlening in de eerste lijn is noodzakelijk. Eenduidige terminologie is hierbij onontbeerlijk. Om de werkbaarheid van regels te garanderen moeten onderbouwde lokale afwijkingen wel mogelijk blijven.

- Overleg op zich is geen garantie voor de verbetering van zorgverlening. Een degelijke structuur en een zorgplan lijken noodzakelijk te zijn om dit wel te kunnen bewerkstelligen.

- Het zorgplan is idealiter elektronisch beschikbaar en moet voldoen aan één gemeenschappelijke standaard.

- Concrete zorgdoelen moeten een essentieel onderdeel van het zorgplan vormen.

- Bepaalde beroepsgroepen (zoals apothekers en huisartsen) dienen intensiever betrokken te worden of zijn bij het MDO.

- Wanneer men de huisarts een centrale rol wil toekennen in de eerstelijnszorg, dient hij meer betrokken te worden of zijn bij het opstellen van de regelgeving en richtlijnen met betrekking tot het MDO en andere initiatieven die multidisciplinaire zorgverlening willen bevorderen.

- De voorwaarden en de financiering van het MDO dienen een kritische herevaluatie te ondergaan.

- De administratieve verplichtingen dienen tot het noodzakelijke minimum te worden gereduceerd.

- Verder onderzoek zou nog moeten gedaan worden op gebied van:

    - De optimale structuur en tijdsduur van het MDO

    - Het (elektronische) zorgplan en zorgdoelen

    - Het ideale profiel van de overlegcoördinator

    - Multidisciplinair onderwijs en nascholing

8. Referenties

1. Shine KI. Health care quality and how to achieve it. Acad Med. 2002 Jan;77(1):91-9.
2. Dyer CB, Hyer K, Feldt KS, Lindemann DA, Busby-Whitehead J, Greenberg S, et al. Frail older patient care by interdisciplinary teams: a primer for generalists. Gerontol Geriatr Educ. 2003;24(2):51-62.
3. Penson RT, Kyriakou H, Zuckerman D, Chabner BA, Lynch TJ, Jr. Teams: communication in multidisciplinary care. Oncologist. 2006 May;11(5):520-6.
4. Mitchell GK, Tieman JJ, Shelby-James TM. Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. Med J Aust. 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S61-4.
5. Hetlevik O, Gjesdal S. Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: a register-based study from 2007. BMC Health Serv Res. 2010;10:309.
6. Hansson A, Arvemo T, Marklund B, Gedda B, Mattsson B. Working together--primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. Scand J Public Health. 2010 Feb;38(1):78-85.
7. Delepeire J, Verdonck P. Multidisciplinair overleg: State of the Art? 2010.
8. Psychiatrisch_MDO. Koninklijk Besluit Maart 2012.
9. Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2009;9:42.
10. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. Journal of interprofessional care. [Review]. 2005 May;19 Suppl 1:116-31.
11. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. BMC health services research. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Jul 1;4(1):15.
12. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care. 2009 Jan;23(1):41-51.
13. Tsakitzidis G VRP. Leren Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg. [Book]. 2008:136.
14. Frank JE. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2005.
15. Remmerswaal J. Handboek Groepsdynamica. 2004:402.
16. http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_mn.html.
17. Canada HCo. Teams in action: primary health care teams for Canadians. 2009.
18. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2010 Oct;56(10):e368-74.
19. Pinnock H, Huby G, Tierney A, Hamilton S, Powell A, Kielmann T, et al. Is multidisciplinary teamwork the key? A qualitative study of the development of respiratory services in the UK. J R Soc Med. 2009 Sep;102(9):378-90.
20. Goldman J, Meuser J, Lawrie L, Rogers J, Reeves S. Interprofessional primary care protocols: a strategy to promote an evidence-based approach to teamwork and the delivery of care. J Interprof Care. 2010 Nov;24(6):653-65.
21. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA : the journal of the American Medical Association. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
23. http://www.efqm.org/.

24. Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. J Adv Nurs. 1993 Jun;18(6):918-25.
25. Belanger E, Rodriguez C. More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. J Interprof Care. 2008 Dec;22(6):587-97.
26. Cameron A, Rennie S, DiProspero L, Langlois S, Wagner S, Potvin M, et al. An introduction to teamwork: findings from an evaluation of an interprofessional education experience for 1000 first-year health science students. J Allied Health. 2009 Winter;38(4):220-6.
27. Delva D, Jamieson M, Lemieux M. Team effectiveness in academic primary health care teams. J Interprof Care. 2008 Dec;22(6):598-611.
28. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. Journal of interprofessional care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2005 May;19 Suppl 1:8-20.
29. Goldman J, Zwarenstein M, Bhattacharyya O, Reeves S. Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. The Journal of continuing education in the health professions. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Summer;29(3):151-6.
30. www.vlaamsesels.be.
31. http://www.vlaamsesels.be/drupal/sites/default/files/BVRSELs19dec2008.pdf.
32. www.e-zorgplan.be.
33. http://www.vlaamsesels.be/drupal/sites/default/files/20051130-05.pdf.
34. Vandenberk A, Nielandt B. Focus op samenwerking in de thuiszorg: Een evaluatie van het Limburgse Garantiemodel. 2006.
35. Fleuren M WK, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. Int J Qual Health Care. 2004;16:107-23.
36. Grol R WM. Implementatie: Effectieve verbetering van patientenzorg. Reed Business. 2011.
37. Walraet J. Het e-zorgplan, de drempel voorbij. Symposium E-zorgplan. 2012 20 April.
38. De Lepeleire J, Van Houdt S, Aertgeerts B, Buntinx F. Het effect van een multidisciplinair zorgplan in de thuiszorg. 2007.
39. Peters MH, M; Laurant, MGH; Wensing, M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen. 2003.

Bijlage 1. Tabellen en figuren

Tabel 1. De 15 SEL's

SEL	Website
Algemeen	www.vlaamsesels.be
Aalst	www.selaalst.be
Amberes	www.selamberes.be
Brussel Overleg Thuiszorg	www.botvzw.be
Gent	-
Genk (Listel)	www.listel.be
Goal vzw (Leuven)	www.selgoal.be
Hasselt (Listel)	www.listel.be
Kempen	www.selkempen.be
Tom vzw (Mechelen)	-
Waasland	www.selwaasland.be
West Vlaanderen	www.selwv.be
- **Midden**	www.selwv.be
- **Noord**	www.selwv.be
- **Oostende-Veurne**	www.selwv.be
- **Zuid**	www.selwv.be
Zenneland	www.zenneland.be

Tabel 2. GDT regelgeving

	GDT-OVERLEG
Instemming van patiënt vereist?	Ja
Fysieke bijeenkomst verplicht?	Minstens 1 keer per jaar
Minimale deelnemers aan het overleg?	Minimum 3 hulp- en/of zorgverleners met RIZIV-nummer. Zorgverleners: artsen, tandartsen, apothekers, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedische medewerkers. 1 van volgende hulpverleners kan in hoofde van de GDT optreden: psychologen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, deskundigen van dienst gezinszorg, OCMW's en ziekenfondsen en deskundigen van uitleendiensten
Is de huisarts een verplichte partner?	Ja, noodzakelijk voor financiële vergoedbaarheid
Is de verpleegkundige een verplichte partner?	Ja, indien de patiënt zorg van een verpleegkundige krijgt
Welke gegevens moeten worden ingevuld?	1. Gegevens van de patiënt 2. Gegevens van de zorgverleners 3. Bijlage 64 (ondertekend) 4. Het Evaluatieverslag met: - Taakafspraken - Geplande zorg - Katz-schaal (min. 1 x/jaar in te vullen en bij wijziging van zorgbehoevendheid) - IADL/ADL (min. 1 x/jaar in te vullen en bij wijziging van zorgbehoevendheid) - Externe factoren - Bilan thuisomgeving (min. 1 x/jaar in te vullen en bij wijziging van zorgbehoevendheid) - Verklaring van de huisarts
Welke documenten moeten (op papier) aan de SEL worden bezorgd?	1. Bijlage 64 (door alle deelnemers gehandtekend (min. 1x jaarlijks) 2. Overeenkomst van de hulpverlener(s) die optreden in hoofde van de GDT (min. 1x jaarlijks) 3. Verklaring van de huisarts
Is er een vergoeding voor de deelnemers aan het overleg?	Ja, volgens de bedragen van het GDT

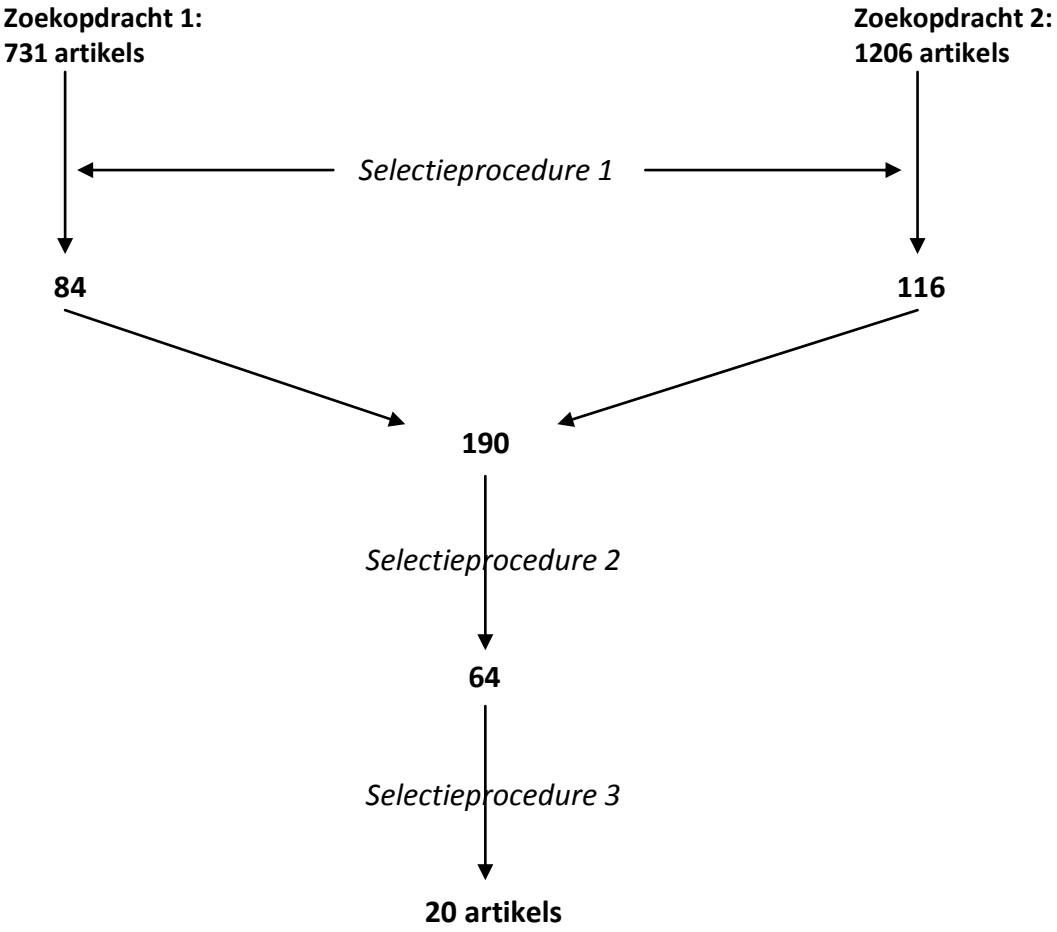
Tabel 3. Vergoedingen van het MDO

SEL	Zorgverlener	Zorgbemiddelaar	Organisator/coördinator
Aalst	SEL begroting	SEL begroting	SEL begroting
Amberes	€ 33/44	?	€ 200
Brussel	?	?	?
Gent	€ 30/40	?	?
Goal vzw	€ 44	€ 84	?
Kempen	€ 33/44	?	Tot € 200
Listel	€ 33/44	?	€ 44 / 88
Tom vzw	€ 30/40	?	€ 200
Waasland	RIZIV	?	?
West Vlaanderen	€ 32/43	€ 30	€ 40
Zenneland	RIZIV	€ 30	€ 50

Tabel 4. Opstellen van de vragenlijst (39)

Stap	Procedure
1	Consensusprocedure (panelgesprek met afgevaardigden + literatuur)
2	Selecteren van factoren
3	Formuleren van vragen
4	Uitzetten van de vragenlijst
5	Definitieve vragenlijst

Figuur 1. Schema van de methode van het literatuuronderzoek



+ andere bronnen (brieven, referenties, aangeraden literatuur, etcetera.)

Bijlage 2. De vragenlijst van het interview

Algemeen

1. Hoe vaak wordt u betrokken bij het MDO?
   - Hoeveel keer per jaar,
   - Aan hoeveel in totaal?

2. Hoe is uw basisappreciatie ten opzichte van het MDO in de eerste lijn?

3. In welke omstandigheden zou dit MDO in de eerste lijn moeten worden georganiseerd?

4. Wie moet de centrale rol spelen in het MDO (met uitzondering van de patiënt)?

5. Welke rol en plaats ziet u voor de huisarts?

6. Met wat voor een zorgplan werkt u?
   - Wat zijn uw ervaringen hiermee?
   - Wordt dit voldoende nageleefd of zijn er punten van verbetering?

1. Het MDO

7. Wat vindt u een ideaal moment voor een MDO?
   - Met betrekking tot het zorgproces van de patiënt
   - Met betrekking tot de organisatie (het moment van de dag)

8. Wat zijn voor u de basisingrediënten voor een goede samenwerking binnen het MDO?

9. Moet het MDO volgens u een vaste structuur hebben?
   - Waarom wel of niet?
   - Indien wel: welke structuur?

10. Hadden de MDO's die u reeds meemaakte deze structuur?

11. Hoe denkt u over de huidige vorm van het MDO?
   - Zou het eventueel ook telefonisch kunnen worden geregeld ('conference call')?
   - Indien ja: Voor alle hulpverleners telefonisch of slechts voor bepaalde disciplines?

12. Hoe denkt u over de huidige inhoud van het MDO?

13. Heeft het MDO in uw ervaring een meerwaarde gehad op de kwaliteit van zorg voor de patiënt?

14. Zijn er nog bepaalde problemen met betrekking tot de vorm en inhoud van het MDO waar u tegen bent gelopen?

2. De zorgverlener

15. Over welke kwaliteiten moet iemand die multidisciplinair moet werken volgens u beschikken?

16. Werd er in uw opleiding tijd en aandacht besteed aan multidisciplinaire samenwerking?
    - Was dit voldoende voor u?
    - In welke vorm?
    - Hoe kan dit verbeterd worden?

17. Vindt u dat u voldoende bekend bent met de vaardigheden, competenties en taken van andere zorgdisciplines?
    - Welke wel of niet?

18. Zijn er bepaalde disciplines zorgverleners die vaak afwezig zijn?
    - Hoe staat u daar tegenover?
    - Heeft u er een verklaring voor?

19. Heeft het MDO in uw ervaring een meerwaarde gehad op gebied van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners bij één patiënt?

20. Zijn er nog bepaalde problemen met betrekking tot de verschillende zorgverleners en het MDO waar u tegen bent gelopen?

3. De patiënt

21. Dient de patiënt of zijn vertegenwoordiger/mantelzorger obligaat aanwezig te zijn bij ieder MDO?
    - Wanneer wel of niet?

22. Zijn er situaties geweest waarin de patiënt de vragende partij was voor een MDO?

23. Hoe gaat u om met verzet van de patiënt tegen een MDO? Wat zijn oplossingen hiervoor?

24. Heeft u al positieve commentaren gekregen van patiënten met betrekking tot het MDO?

25. Zijn er nog bepaalde problemen met betrekking tot de patiënt en zijn mantelzorgers waar u tegen bent gelopen?

4. Sociale omgeving

26. Zijn er in uw omgeving initiatieven ter bevordering van de samenwerking?

27. Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot de samenwerking met de SEL's?

28. Zijn er nog andere problemen waar u tegen bent gelopen?

5. Organisatie

29. Hoe ervaart u de administratie van het MDO?

30. Hoe vlot lukt het doorgaans om iedereen samen te krijgen?

31. Lukt het om de huisarts bij het MDO te betrekken?

32. Wat vindt u van de huidige regelgeving omtrent de erkenning/terugbetaling van een MDO?

33. Zijn er nog andere organisatorische problemen waar u tegen bent gelopen?

6. Politiek, financieel en maatschappelijk

34. Vindt u de vergoeding voor het MDO voldoende?

35. Zouden bijscholing en bekendmaking voor u een meerwaarde kunnen zijn?

Slot

Ruimte voor opmerkingen of mededelingen.

Bijlage 3. Overzichtstabel met de resultaten van de interviews

	Apothekers	**Huisartsen**	**Maatschappelijk werkers**	**Thuisverpleging**
Regio's	Aalst, Gent, Kempen, Listel , Noord West-Vlaanderen	Gent, Listel, Goal, Zuid West-Vlaanderen, Zenneland	Listel, Waasland, Noord West-Vlaanderen, Kempen, Zenneland	Aalst, Amberes, Goal, Listel, Zuid West Vlaanderen
Gemiddelde leeftijd	45 jaar (36 – 50)	54,2 jaar (34-64)	35 jaar (30-50)	49 jaar (41-60)
Geslacht	4 mannen, 1 vrouw	4 mannen, 1 vrouw	5 vrouwen	1 man, 4 vrouwen
1. Betrokkenheid bij het MDO?	Nooit	Enkele keren / jaar	≥ 1 x/ maand	≥ 1 x/ maand
2. Appreciatie van het MDO?	Zeer nuttig	Zeer nuttig	Nuttig tot zeer nuttig	Nuttig tot zeer nuttig
3. Omstandigheden voor het MDO?	Medicatiemanagement (x4)	Complexe problematiek (x3)	*Variabel*	Complexe zorgsituatie (x3)
	Maandelijks, patiëntonafhankelijk (x1)	In aanwezigheid van de patiënt (x2)		Coördinatie door neutrale persoon (x2)
		≥ 4 zorgverleners		Locatie -onafhankelijk (x2)
4. Centrale rol tijdens het MDO?	Huisarts (x5)	Overlegcoördinator (x3)	Overlegcoördinator (x5)	Zorg coördinator (x4)
	Eventueel externe persoon (x1)	Zorgbemiddelaar (x2)	Huisarts zeker niet (1x)	Huisarts (x2)
		Maatschappelijk werker (x1)		
5. Rol van de huisarts bij het MDO?	Centrale spil van de zorg (x5)	Medische eindverantwoordelijkheid (x5)	Medische eindverantwoordelijkheid (x4)	Medische eindverantwoordelijkheid (x4)

	Coördinerend (x4)	Centrale continue factor (x2)	Vertrouwensrol/autoriteit voor patiënt (x4)	Vertrouwensrol/autoriteit voor patiënt (x3)
	Mobiliseert andere zorgverleners (x1)		Sociale achtergrond patiënt (1x)	Als één van de zorgverleners (x2)
				Hoeft niet op volledig overleg aanwezig te zijn (x2)
6. Wat met het zorgplan?	Geen ervaring hiermee (x5)	Thuiszorgdossier SEL (x5), elektronisch (x3)	Thuiszorgdossier SEL (x4) elektronisch (x2)	Thuiszorgdossier SEL +- eigen aanpassingen (x4)
	Meerwaarde elektronisch (x4)	Meerwaarde elektronisch (x3)	Meerwaarde elektronisch (x4)	Voorkeur elektronisch (x4)
		Praktisch instrument (x4)		Voorkeur papier (x2)
	Leidt mogelijks tot een beter medicatiebeleid (x4)	Betere communicatie en afspraken (x4)	Betere communicatie (x2)	Raadpleegbaar door alle partijen (x3)
			Afspraken beter opgevolgd (x2)	Afspraken goed nageleefd door zorgverleners (x3)
7. Ideaal moment voor het MDO?	Ziekenhuis ontslag (x4)	Ziekenhuis ontslag (x3)	Ziekenhuis ontslag (x4)	Ziekenhuis ontslag (x4)
	Medicatie beleid (x3)	Verandering zorgsituatie (x4)	Verandering zorgsituatie (x2)	Complexe pathologie (x3)
	Probleemgestuurd (x3)	Probleemgestuurd (x3)	Probleem/pathologie gestuurd (x3)	Probleemgestuurd (x2)
	Opstarten van thuiszorg (x1)	Overbelasting van mantelzorgers (x1)	Overbelasting van mantelzorgers (x2)	Overbelasting van mantelzorgers (x3)
			Problemen tussen zorgverleners (x3)	
			Aantal zorgverleners is geen argument (x3)	
Moment van de dag?	Vroege namiddag of 's avonds (x5)	Vroege namiddag (x2)	Vroege namiddag (x3)	Vroege namiddag (x4)
		Door overlegcoördinator (x2)	Binnen kantooruren (x1)	
8. Basisingrediënten van goede samenwerking?	Openheid en vertrouwen (x3)	Respect en vertrouwen (x3)	Goede voorbereiding (x3)	Betrokkenheid patiënt/familie (x3)
	Communicatief vaardig	Bereidheid tot samenwerking (x3)	Goede coördinatie (x3)	Betrokkenheid problematiek zorgverleners (x2)
	Respect	Duidelijke taakverdeling (x2)	Belang van leiderschap (x3)	Neutrale coördinator (x3)

	Leiderschap	Open staan voor elkaar (x2)	Efficiënte en open communicatie (x2)	Elkaar kennen (x2)
	Bereikbare locatie (bij dokter of apotheker)	Kennis over elkaar	Locatie (variabel)	
		Perceptie van meerwaarde		
9. Vaste structuur van het MDO?	Structuur nodig, niet te rigide (x5)	Structuur nodig, niet te rigide (x4)	Ja (x3) Nee (x2), vraaggestuurd werken	Kapstok/draaiboek (x5)
		Belang van leiderschap (x2)	Huisarts meestal eerder weg (x2)	Belang leiderschap (x3)
10. Huidige vorm van het MDO?	Fysiek samenkomen (x4)	Fysiek samenkomen (x5)	Fysiek samenkomen (x4)	Fysiek samenkomen (x4)
	Apotheker kan telefonisch bereikbaar zijn (x3)	Video/teleconferentie te complex (x3)	Persoonlijk contact belangrijk, non-verbaal aspect (x2)	Meer interactie mogelijk onderling (x2)
	Huisarts altijd fysiek aanwezig (x2)	Strenge agenda noodzakelijk	Telefonisch indien absoluut onmogelijk erbij te zijn (x2)	Telefonisch indien absoluut onmogelijk erbij te zijn (x3)
11. In de praktijk toegepast?	-	Ja (x5)	Ja (x5)	Ja (x5)
12. Huidige inhoud van het MDO?	-	Probleemafhankelijk (x4)	Probleemafhankelijk (x4)	Probleemafhankelijk (x4)
				Open sfeer belangrijk voor inhoud
13. Meerwaarde voor de kwaliteit van zorg?	Optimalisatie van het medicatie beleid (x5)	Betere zorgcoördinatie (x3)	Organisatie en afstemming thuiszorg op maat (x5)	Meerwaarde (x5)
	Drempelverlagend	Betere omkadering patiënt of mantelzorger (x2)	Afspraken als groep beter gedragen	Meer duidelijkheid over afspraken gedeelde zorg
	Grotere openheid	Minder ziekenhuisopnames	Minder 'zorg-shopping' patiënt	
14. Varia (inhoud en vorm)	*Hoofdstuk 5.3.2.1*	*Hoofdstuk 5.3.2.2*	*Hoofdstuk 5.3.2.3*	*Hoofdstuk 5.3.6*
		Tijdsverloop tussen aanvraag en MDO (x2)	Tijd tussen aanvraag en MDO (2-3 weken)	Tijdsbesteding en agenda
		Tijdstekort en planning (x3)		

15. Kwaliteiten van de zorgverleners?	Vertrouwen en respect (x4)	Vertrouwen en respect (x3)	Vertrouwen en respect (x2)	Wederzijds respect (x5)
	Communicatievaardigheden (x3)	Communicatievaardigheden (x3)	Communicatievaardigheden (x3)	Kennis van elkaars kunnen (x4)
	Kennis over rol andere zorgverleners (x2)	Actieve deelname (x3)	Actieve deelname, mondig zijn (x3)	
	Verder volgens *literatuur* (x5)	Verder volgens *literatuur* (x5)	Verder volgens *literatuur* (x5)	Verder volgens *literatuur* (x5)
16. MDO in de huidige opleiding aanwezig?	Neen (x5)	Zeer weinig tot niet (x5)	Voldoende (x3)	Vooral arts-verpleegkundige communicatie (x4)
			Na afstuderen bij te leren (x2)	Ja (1x)
Hoe te verbeteren?	In basisopleiding (x4)	In basisopleiding (x5)	*Hoofdstuk 5.3.2.3*	In basisopleiding (x5)
	Theorie met praktijklessen (x3)	Sociale kaart/structuur 1e lijn (x3)		Sociale kaart
		Simulaties/casuïstiek met andere zorgverleners (x2)		Simulaties/casuïstiek met andere zorgverleners
17. Bekend met andere zorgverleners?	Vooral arts en verpleegkundige (x5)	Ja (x5)	Ja (x4)	Ja (x5)
	Geen lacunes (x4)	Door nevenactiviteiten buiten huisartsenpraktijk (x2)		Apothekers niet (x1)
18. Afwezige disciplines tijdens het MDO?	Apothekers, maar niet uitgenodigd (x2)	Nodige zorgverleners zijn aanwezig (x2)	Huisartsen (x4), begrip voor drukke agenda (x2)	Wisselende aanwezigheid Huisarts (x5) Meestal aanwezig (x4) Tijdgebrek (x2) Gebrek aan perceptie van meerwaarde (x2)
		Huisarts regelmatig afwezig (x2)	Kinesisten (x4)	Kinesisten (x2)
		Apothekers en kinesisten (x3)	Apothekers (x3), maar niet uitgenodigd	Apothekers (x5)
19. Meerwaarde van het MDO voor de samenwerking?	Drempelverlagend (x5)	Drempelverlagend (x3)	Drempelverlagend (x5)	Drempelverlagend (x4)

	Meer kennis over de zorgverlener als persoon (x3)	Betere en vlottere communicatie (x3)	Zuiloverschrijdend	Waardering voor elkaar als zorgverlener (x2)
		Meer vertrouwen in elkaar	Elkaar leren kennen	Elkaar kunnen ondersteunen (x2)
20. Varia (zorgverlener)	*Hoofdstuk 5.3.2.1*	*Hoofdstuk 5.3.2.2*	*Hoofdstuk 5.3.2.3*	*Hoofdstuk 5.3.2.4*
			Groepsdynamica (x1)	
21. Aanwezigheid van de patiënt?	Moet altijd betrokken worden (x4)	Altijd (x4), Anders argwaan (x2)	Altijd (x1), nodig voor succes	Ja (x1)
	Overleg tussen zorgverleners, achteraf communicatie patiënt (x3)	Achteraf patiënt op de hoogte brengen (x1)	Niet (x4) Kunnen niet altijd vatten wat er gebeurd Ontspoorde zorg/mishandeling	Nee, wel achteraf duidelijk communiceren (x4)
22. Patiënt soms vragende partij?	-	Neen (x2)	Neen (x3)	Wel signaleren van problemen (x4)
		Ja (x3)	Zelden (x2), vaak via verpleging of mantelzorgers	
23. Verzet door de patiënt?	-	Nee (x1)	Komt vaak voor (x5), door angst	Nee (x2)
		Eerder zelden (x4)		Zelden (x3)
		Indien geen akkoord: geen MDO (x2	Zonder toestemming: Wel (x2) Niet (x1)	
		Bespreekbaar maken, barrières verkennen (x3)	Bespreekbaar maken, barrières verkennen (x5)	Bespreekbaar maken, barrières verkennen (x3)
24. Positieve feedback van de patiënt?	-	Meer duidelijkheid voor patiënten/mantelzorgers (x3)	Ja (x4)	Meestal indirect (x5)
		Overzichtelijke afspraken (x2)	Meer duidelijkheid, betere omkadering (x2)	
25. Varia patiënt	-	*Hoofdstuk 5.3.2.2*	*Hoofdstuk 5.3.2.3*	*Hoofdstuk 5.3.2.4*

26. Initiatieven voor samenwerking?	Vitalink (x2)	Niet in de huisartsenkring (x3)	Thematiek met specifieke sprekers	Zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie
	Elektronisch zorgplan	Lokale NST's	Maandelijks team thuis gezondheidszorg	Vitalink
	Diabetesproject / Nierinsufficiëntie	Gezamenlijke navorming	Engagementverklaring	Pilootprojecten medicatie, woningaanpassing
	Regelmatig overleg m.b.t. kleine problemen	Huis van de eerste lijn	Coördinatoren overleg	E-zorgplan
	Medicofarmaceutisch overleg = farmacotherapeutisch overleg		RCO, 1x/2maanden	Overleg over samenwerking tussen zorgverleners
	Binnen wachtkring: 1x/jaar vergadering met Huisarts		Palliatief netwerk, 4x/jaar	Zorgpas Listel
	Overleg ziekenhuisapotheker – apotheker (na ontslag)			Samenkomen met deelSEL, 3x/jaar
27. Samenwerking met de SEL's	Weinig te maken met de SEL (x3)	Meestal beperkt contact (x4)	Informatieverstrekking goed (x3)	Positief (x5)
		Bij vragen vlot geholpen (x2)	Bruikbare website (x2)	Goede informatieverstrekking (x4)
28. Varia (sociaal)	*Hoofdstuk 5.3.2.1*	*Hoofdstuk 5.3.2.2*	*Hoofdstuk 5.3.2.3*	*Hoofdstuk 5.3.2.4*
29. Administratie van het MDO?	Beperkt houden!	Door overlegcoördinator (x4)	Door overlegcoördinator (x2)	Door overlegcoördinator (x5)
	Minder deelname? Ja (x2) Nee (x2)	Minder deelname? Ja (x3) Nee (x2)	Minder deelname? Ja (x2) Nee (x3)	Minder deelname? Ja (x2) Nee (x3)
			Grote belasting (x4)	
			SEL regels variëren (x2)	
30. Iedereen vlot samen?	-	Ja (x5)	Ja (x4)	Ja (x5) , zeker met overlegcoördinator
31. Betrekken van de huisarts?	-	Goed Tot 80-90%	Afhankelijk van gepercipieerde meerwaarde (x2)	Wisselend (x5)
		Wisselend tot moeilijk		

32. Huidige regelgeving?	Ruimte laten voor afwijkende gevallen	Noodzakelijk voor uitbetaling en administratie (x4)	*Variabel*	*Variabel*
	Gebrek aan inhoudelijke vereisten	Huisarts altijd aanwezig: Ja (x3) Nee (x1)		
33. Varia (organisatie)	Plaats en tijd	*Hoofdstuk 5.3.2.2*	*Hoofdstuk 5.3.2.3*	*Hoofdstuk 5.3.2.4*
34. Vergoeding van het MDO?	Vergoeding volgens (tijds-) investering (x4)	Te beperkt (x3)	Onbelangrijk (x5)	Voor alle deelnemers (x4)
	Alle deelnemers vergoeden (x1)	Ontbreken vergoeding reden om weg te blijven? Ja (x2) Nee (x2)	Vergoeding zorgbemiddelaar eigenlijk te weinig (x1)	
			Herdefiniëren taken en aanpassen vergoedingen	
35. Meerwaarde van bijscholingen?	Ja (x5)	Ja (x5)	Ja	Ja (x5)
	Via groepsvereniging IPSA (x4)	Via SEL en LOK's	Verschillende zorgverleners samenbrengen (x3)	
	Verschillende zorgverleners samen (x4)		CAVE: Overaanbod bijscholingen	