Kaderdocument | Multidisciplinair overleg (MDO) binnen de eerstelijnszorg

De beweging naar passende inzet van MDO binnen de eerstelijnszorg in 2030

Realisatieagenda Visie Eerstelijnszorg 2030
Werkgroep Zorg & Ondersteuning | Deelproject MDO binnen de eerstelijnszorg

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
De beroepsvereniging van fysiotherapeuten

verenso
specialisten in ouderengeneeskunde

ergotherapie nederland

In samenwerking met:
Patiëntenfederatie NL, LHV, NVAVG, V&VN, KNMP, NVD, OVN, NVH, NVLF, VvO en Ministerie van VWS

3 juli 2026

Inhoudsopgave

Samenvatting & leeswijzer 1
Samenvatting 1
Leeswijzer 1
1. Inleiding 3
1.1 Achtergrond 3
1.2 Desksearch 5
1.3 Uitgangsprincipes van de beweging naar Passende zorg 5
1.4 Uitgangspunten Kaderdocument MDO binnen de eerstelijnszorg 6
1.5 Hoe verhoudt het MDO binnen de eerstelijnszorg zich tot andere overleggen? 6
2. Inhoudelijke kaders voor MDO binnen de eerstelijnszorg 8
2.1 Definitie: wat verstaan we onder MDO binnen de eerstelijnszorg? 8
2.2 Doel van het MDO binnen de eerstelijnszorg 9
2.3 Doelgroep, casusselectie & aanmelding 9
2.4 Inhoud 12
2.5 Organisatie, proces en structuur 13
2.6 Taken en verantwoordelijkheden 15
2.7 Communicatie, dossiervoering en transparantie 17
2.8 Inbreng van patiënt 18
3. Randvoorwaarden voor MDO binnen de eerstelijnszorg 20
3.1 Inleiding 20
3.2 Inhoudelijke randvoorwaarden 22
3.3 Organisatorische randvoorwaarden 22
3.4 Financiering 23
3.5 Digitale dossiervoering en gegevensuitwisseling 25
3.6 Taalgebruik en communicatie 27
3.7 Veiligheid 28
4. Toepassing in de praktijk, leren en verbeteren en duurzame borging van het MDO 29
4.1 Inleiding 29
4.2 Toepassing in de praktijk 29
4.3 Leren en verbeteren 33
4.4 Duurzame borging 35
5. Vervolgstappen Kaderdocument MDO 37

Bijlage 1: Enquête werkveldraadpleging (sept 2025) **38**
Bijlage 2: Resultaten werkveldraadpleging (okt 2025) **44**
Bijlage 3: Processtappen en planning totstandkoming Kaderdocument MDO **52**
Bijlage 4: Desksearch ten behoeve van uitgangspunten MDO **56**
Bijlage 5: Inventarisatie randvoorwaarden en knelpunten per beroepsgroep **61**

Samenvatting & leeswijzer

Samenvatting

Dit kaderdocument beschrijft de gezamenlijke uitgangspunten, inhoudelijke kaders en randvoorwaarden voor passende inzet van multidisciplinair overleg (MDO) binnen de eerstelijnszorg. Het document is opgesteld binnen de werkgroep Zorg & Ondersteuning in opdracht van de bij de Visie Eerstelijnszorg betrokken partijen. Deze opdracht is onderdeel van de Realisatieagenda Visie Eerstelijnszorg 2030.

De oorspronkelijke opdracht luidt dat betrokken partijen zich inzetten voor het mogelijk maken van MDO voor alle eerstelijns zorgverleners, met transparante en uitlegbare bekostiging voor zorgprofessionals, voor patiënten bij wie dit passend is. Dit kaderdocument geeft invulling aan die opdracht door te beschrijven wat onder een MDO in de eerste lijn wordt verstaan, wanneer een MDO passend is, welke inhoudelijke uitgangspunten gelden en welke randvoorwaarden nodig zijn om deelname van betrokken zorgprofessionals mogelijk te maken.

Het MDO wordt in dit document gepositioneerd als een vraag gestuurd instrument op individueel patiëntniveau. Het MDO is geen doel op zich en geen standaard overlegstructuur voor iedere patiënt bij wie meerdere zorgprofessionals betrokken zijn. De zorgvraag van de patiënt bepaalt of een MDO nodig is, welke disciplines deelnemen en hoe het overleg wordt vormgegeven.

Een MDO wordt alleen ingezet wanneer lichtere vormen van afstemming, zoals bilateraal overleg, telefonische afstemming of digitale gegevensuitwisseling, onvoldoende zijn om tot samenhangende en passende zorg te komen. Daarmee beoogt het Kaderdocument zowel overgebruik als ondergebruik van MDO's te voorkomen.

Het document beschrijft de richting waar partijen naartoe willen bewegen in 2030. Het is daarmee een richtinggevend kader en geen blauwdruk, implementatiehandboek of beroepsgroep specifieke rolbeschrijving. De verdere toepassing vraagt om nadere afspraken in de praktijk, ondersteuning op wijk- en regionaal niveau en landelijke vervolgstappen met betrekking tot randvoorwaarden zoals bekostiging, digitale gegevensuitwisseling en wet- en regelgeving.

Leeswijzer

Dit Kaderdocument is bedoeld voor beroepsverenigingen, zorgprofessionals, regionale samenwerkingsverbanden, beleidsmakers, financiers en andere partijen die betrokken zijn bij de verdere ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

Het document heeft drie functies:

1. **Richting geven** aan wat onder passende inzet van MDO in de eerstelijnszorg wordt verstaan.
2. **Houvast bieden** voor zorgprofessionals en samenwerkingsverbanden bij het maken van afspraken over MDO op individueel patiëntniveau.
3. **Agenderen van randvoorwaarden** die nodig zijn om deelname van alle relevante zorgprofessionals aan MDO's mogelijk te maken.

Hoofdstuk 1 beschrijft de achtergrond, afbakening, uitgangspunten en definitie van het MDO binnen de eerstelijnszorg. Hoofdstuk 2 beschrijft de inhoudelijke kaders: doel, doelgroep, selectiecriteria, aanmelding, samenstelling, inhoud, organisatie, verantwoordelijkheden, communicatie en betrokkenheid van de patiënt. Hoofdstuk 3 beschrijft de randvoorwaarden die nodig zijn voor passende inzet van MDO. Hoofdstuk 4 gaat over toepassing van het MDO in de praktijk, leren en verbeteren en duurzame borging. Hoofdstuk 5 beschrijft de vervolgstappen na vaststelling van het kaderdocument.

In dit document wordt steeds onderscheid gemaakt tussen het MDO op individueel patiëntniveau en overlegvormen over (groepen) patiënten op wijk-, regionaal of landelijk niveau. Het MDO is nadrukkelijk gericht op de individuele patiëntenzorg. Afspraken op wijk-, regionaal en landelijk niveau zijn ondersteunend en randvoorwaardelijk.

Totstandkoming van het Kaderdocument MDO

Het Kaderdocument is tot stand gekomen vanuit de Werkgroep Zorg en Ondersteuning. De vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Ergotherapie Nederland (EN) zijn namens de Werkgroep karttrekker van dit deelproject en hebben een belangrijk deel van de werkzaamheden uitgevoerd.

Het Kaderdocument is meerdere malen ter bespreking en feedback voorgelegd, waarbij de werkgroepleden op verschillende momenten uitgebreid zijn geïnformeerd, hun feedback en input hebben gegeven en actief zijn meegenomen in de verwerking hiervan. Daarbij is steeds ruimte geboden voor aanvullende input. Deelnemende partijen hebben de gelegenheid gekregen om het document voor te leggen aan achterban en/of bestuur. Gedurende het proces van de totstandkoming van het Kaderdocument is ervoor gekozen om naast procesinformatie ook tussentijdse versies van het Kaderdocument te delen.

Het document is meerdere malen geagendeerd op de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg en wordt geagendeerd op het Bestuurlijk Overleg Versterking Eerstelijn van juni 2026. Daarnaast zijn inhoudelijke gesprekken gevoerd met Team Overheid (VWS, NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Een brede werkveldraadpleging is gedaan via een enquête (bijlage 1) onder zorgprofessionals van de betrokken eerstelijns partijen om niet alleen op beleidsniveau input te geven aan dit Kaderdocument, maar ook om input vanuit het werkveld in dit document te kunnen meenemen. De uitkomsten van deze enquête (bijlage 2) zijn verwerkt in de tekst ofwel weergegeven via roodgekleurde quotes in oranje kaders. De enquête is ingevuld door 422 eerstelijns zorgprofessionals.

De processtappen en planning van de totstandkoming zijn opgenomen in bijlage 3.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Kader Passende Zorg & Integraal Zorgakkoord

In het Kader Passende Zorg is een heldere en ambitieuze missie geformuleerd: in 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland[1]. Deze missie is gebaseerd op het uitgangspunt dat er niet meer mensen en middelen beschikbaar zullen zijn dan nu. De uitvoering van deze missie is gestoeld op vier leidende principes. Eén van deze principes stelt dat passende zorg gezamenlijk met en rondom de patiënt tot stand komt. Dit vraagt om nauwe samenwerking tussen zorgprofessionals en een actieve rol voor de patiënt[2] zelf in het zorgproces. Het Kader Passende Zorg moet ook bijdragen aan het verminderen van gezondheidsverschillen. Er wordt dan ook specifiek aandacht gevraagd voor mensen met gezondheidsachterstanden.

Het Kader Passende Zorg is de basis onder het Integraal Zorgakkoord (IZA). In het IZA staan afspraken om passende zorg te organiseren en te financieren. Het IZA heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden[3][4]. Eén van de werkagenda's van IZA is de Visie Eerstelijnszorg 2030[5].

Visie eerstelijnszorg 2030

In de Visie Eerstelijnszorg hebben de eerstelijnspartijen zich gecommitteerd aan een aantal doelen om de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg te waarborgen. Partijen nemen de verantwoordelijkheid voor onder andere het betrekken van burgers bij de doorontwikkeling van eerstelijnszorg, en het (waar mogelijk) stimuleren van burgers tot meer eigen verantwoordelijkheid, regie en zelfmanagement.

Om beter gebruik te maken van de beschikbare capaciteit en meer persoonsgerichte zorg en ondersteuning te kunnen leveren opereren professionals in 2030 in wijken en dorpen binnen hechte wijkverbanden. Binnen deze verbanden zijn de lijnen tussen zorgprofessionals kort, wat hen in staat stelt om in te spelen op de specifieke behoeften van burgers. Deze structuur biedt ruimte voor innovatie en versterking van preventieve zorg. Samen beslissen wordt een vanzelfsprekendheid en integraal onderdeel van de zorgverlening: patiënt en zorgprofessional nemen gezamenlijk beslissingen over welke zorg of ondersteuning passend is.

Daarnaast wordt het steeds belangrijker om multidisciplinair samen te werken, met name in het licht van de toenemende complexiteit van zorgvragen. De groeiende groep mensen met meervoudige en langdurige zorg- en ondersteuningsbehoeften vraagt om betere afstemming en coördinatie tussen verschillende disciplines.

---

[1] Zorginstituut Nederland (ZIN). (2022). *Kader Passende zorg.* Diemen: ZIN. | Kader Passende zorg | Zorginstituut Nederland

[2] Daar waar patiënt geschreven staat in dit kaderdocument, kan ook patiënt en/of diens naaste/wettelijk vertegenwoordiger/mantelzorger gelezen worden.

[3] Zorginstituut Nederland (ZIN). (2021) Passende zorg | Passende zorg | Zorginstituut Nederland

[4] Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2022). *Integraal Zorgakkoord.* Den Haag; VWS | Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl

[5] VWS. (2023). *Visie Eerstelijnszorg 2030.* Den Haag; VWS. | Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl

Doelstelling Realisatieagenda
Om uitvoering te geven aan deze Visie is er een Realisatieagenda Visie Eerstelijnszorg 2030 opgesteld.[6] Hiermee gaan alle eerstelijnszorg partijen aan de slag om de ambities uit de Visie Eerstelijnszorg in de praktijk te brengen. In de agenda is opgenomen dat het beter benutten van de capaciteit binnen de eerstelijnszorg en het waar nodig optimaler organiseren van taken begint met het erkennen en herkennen van de verschillende vakgebieden van eerstelijns zorgprofessionals. Dat is zowel van belang voor de zorgprofessionals zelf t.b.v. onderlinge afstemming en samenwerking als voor patiënten t.b.v. oriëntatie op de juiste zorg.

Projectopdracht
"Beroepsverenigingen beschrijven kaders voor multidisciplinair overleg (MDO) voor alle eerstelijns zorgverleners (met voor zorgprofessionals transparante en uitlegbare bekostiging) voor patiënten waarbij dit passend is. Zij doen Q1 2026 een voorstel voor de invulling en randvoorwaarden die nodig zijn".

Dit kaderdocument geeft invulling aan deze opdracht vanuit een gezamenlijke begripsdefinitie en een beschrijving van inhoudelijke kaders en randvoorwaarden voor passende inzet van MDO in de eerste lijn. Het document richt zich op MDO op individueel patiëntniveau en beschrijft wat nodig is om dit doelmatig, patiëntgericht en uitvoerbaar te organiseren.

Het document is nadrukkelijk een kader. Het beschrijft de gewenste richting naar passende inzet van MDO in de eerstelijnszorg. Het document is geen implementatiehandboek, bevat geen beroepsgroep specifieke rolbeschrijving en vormt geen blauwdruk voor een vaste overlegstructuur. De zorgvraag van de patiënt is leidend en een MDO wordt alleen ingezet als dit van waarde is voor de zorg voor de betreffende patiënt; structuren en randvoorwaarden zijn ondersteunend.

Afbakening
De uitgangspunten die worden beschreven in dit document gaan over het MDO op individueel patiëntniveau. Deze overlegvorm is direct gerelateerd aan de zorgvraag van de patiënt, waarbij sprake is van betrokkenheid van meerdere disciplines.

Het MDO is geen overlegvorm voor het maken van overkoepelende werkafspraken op wijk-, regio- of doelgroepniveau. Dergelijke afspraken kunnen wel randvoorwaardelijk zijn voor goede uitvoering van MDO's binnen de individuele patiëntenzorg. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over bereikbaarheid, gegevensuitwisseling, verwijzing, terugkoppeling en samenwerking met het sociaal domein.

Het document beschrijft de uitgangspunten voor een passende inzet van MDO door zorgprofessionals als opmaat voor verbreding naar het sociaal domein. Deze afbakening is gekozen in verband met aanvullende eisen/aandachtspunten bij het delen van zorginhoudelijke/patiëntgegevens met niet-zorgprofessionals.

[6] VWS. (2024). *Realisatieagenda Visie Eerstelijnszorg 2030*. Den Haag; VWS. | Realisatieagenda visie eerstelijnszorg 2030 | Publicatie | Rijksoverheid.nl

1.2 Desksearch

Voor dit Kaderdocument is een desksearch uitgevoerd naar bestaande handreikingen, kwaliteitsbeschrijvingen, beleidsdocumenten en onderzoeken over multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. De desksearch is gebruikt om de definitie, uitgangspunten en randvoorwaarden voor MDO binnen de eerstelijnszorg te onderbouwen. Een korte samenvatting per document en onderzoek is opgenomen in bijlage 4.

1.3 Uitgangsprincipes van de beweging naar Passende zorg

De principes van het Kader Passende zorg en de uitgangspunten van de Visie Eerstelijnszorg 2030:

- Kader Passende zorg: "zorg komt samen met en rond de patiënt tot stand"
- Kader Passende zorg draagt bij aan het verminderen van gezondheidsverschillen en vraagt specifiek aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden.
- De (individuele) patiënt staat centraal.
- We denken toekomstgericht: hoe willen we het MDO in de toekomst (2030) vormgeven?
- Zorginhoud is leidend, niet de structuren.
- We denken vanuit de brede eerste lijn: zorgverlener- en doelgroepoverstijgend.

De eerste lijn verandert ingrijpend door demografische ontwikkelingen en een toenemende zorgvraag. Tegelijkertijd is de beschikbaarheid van zorgprofessionals schaars. Om de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg te borgen, hebben we gezamenlijk de opgave en verantwoordelijkheid om de beweging naar passende zorg te maken. In zowel het rapport *Juiste zorg op de juiste plek* als in het *Kader Passende zorg* en dus ook in de *Visie eerstelijnszorg 2030* staat het functioneren van de patiënt centraal en wordt gepleit voor zorg op maat, met efficiënte inzet van capaciteit. Deze uitgangsprincipes zijn leidend voor de uitwerking van het Kaderdocument MDO binnen de eerstelijnszorg.

Kader Passende zorg: "zorg komt samen met en rond de patiënt tot stand"
De zorgvraag van de individuele patiënt staat centraal en is het uitgangspunt. De insteek is niet biomedisch of geprotocolleerd (in lijn met de beweging van ziekte naar gezondheid), maar het gaat om zorg die ertoe doet en gericht is op wat voor die specifieke patiënt belangrijk is (de juiste zorg op de juiste plek en kwaliteit van leven).

Passende inzet van MDO: de zorginhoud is leidend, niet de structuren.
Het MDO wordt in dit Kaderdocument gepositioneerd als een zorgvuldig en vraag gestuurd instrument. Het wordt uitsluitend ingezet wanneer andere vormen van afstemming – zoals bilateraal overleg of digitale gegevensuitwisseling – onvoldoende zijn om samenhang en kwaliteit van zorg te borgen. Niet voor iedere patiënt bij wie meerdere zorgverleners betrokken zijn, is een MDO nodig. Het Kaderdocument beoogt daarmee zowel overgebruik als ondergebruik van MDO's te voorkomen. De nadruk ligt op het individuele zorgtraject.

Toekomstgerichtheid: passende inzet van MDO richting 2030
Het is belangrijk om nu in te spelen op dat wat de zorg voor de patiënt verder kan helpen én leidt tot meer efficiënte en effectieve zorg. Met het oog op 2030 is het noodzakelijk om zorgprofessionals in staat te stellen doelgericht samen te werken bij complexe of urgente zorgvragen, zonder onnodige overlegstructuren te creëren. Vertrouwen in en gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en patiënten zijn de basis om de beweging te maken naar passende inzet van MDO.

1.4 Uitgangspunten Kaderdocument MDO binnen de eerstelijnszorg

Op basis van de desksearch (H1.2) en de beleidsdocumenten over de beweging naar passende zorg (H1.3) kunnen de volgende uitgangspunten worden benoemd als leidend voor het Kaderdocument MDO binnen de eerstelijnszorg:

- De inzet van het MDO is belangrijk voor afstemming van zorg tussen verschillende disciplines bij complexe, meervoudige of domein overstijgende zorgvragen van een individuele patiënt.
- De inzet van een MDO wordt steeds afgewogen ten opzichte van andere vormen van afstemming, zoals bilateraal overleg, telefonische afstemming of digitale gegevensuitwisseling.
- Het MDO draagt bij aan samenhangende, passende zorg en ondersteunt de gezamenlijke besluitvorming.
- Zowel MDO's mét als zonder aanwezigheid van de patiënt zijn waardevol, mits goed voorbereid, afgestemd, teruggekoppeld en vastgelegd in het dossier.
- Heldere procesafspraken, rolverdeling en dossiervoering zijn randvoorwaardelijk.
- Er is structurele aandacht nodig voor randvoorwaarden zoals financiering, ICT en interprofessionele samenwerking.

Het Kaderdocument beschrijft daarom:

- Flexibiliteit in tijd en frequentie (geen structureel karakter);
- Efficiënte inzet van capaciteit (de samenstelling van een MDO is altijd afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en kent geen vaste of structurele bezetting. Alleen relevante disciplines sluiten aan);
- Continu evalueren, leren, verbeteren en monitoren (lerende beweging);
- Het versterken van organisatorische en digitale randvoorwaarden.

Het MDO is geen nieuw instrument, maar vraagt in de huidige context om heldere kaders, zodat zorgprofessionals gelijkwaardig kunnen deelnemen aan een MDO in het belang van goede patiëntenzorg. Het gezamenlijke doel hierbij is dat MDO doelmatig en patiëntgericht kan worden ingezet. De ontwikkeling van MDO-inzet en randvoorwaarden verloopt parallel en in samenhang met regionale en landelijke ontwikkelingen.

1.5 Hoe verhoudt het MDO binnen de eerstelijnszorg zich tot andere overleggen?

Het MDO richt zich uitsluitend op individuele patiëntenzorg; de patiënt staat centraal. Het is géén overlegvorm ten behoeve van structurele samenwerkings-, proces- of beleidsafspraken op wijk- of regioniveau. Voor bredere hulpvragen die primair in het sociaal domein liggen, zijn andere overlegstructuren meer passend. Het MDO kan hier wel op aansluiten, wanneer een hulpvraag vanuit het sociaal domein overgaat in een zorgvraag die multidisciplinaire afstemming met zorgprofessionals vereist.

Het MDO onderscheidt zich daarmee van het wijkgerichte overleg dat in de *Visie Eerstelijnszorg 2030* wordt beoogd. In dat overleg staat het gezamenlijke leren, signaleren en organiseren van zorg en ondersteuning in de wijk centraal, gericht op populaties en wijkgerichte thema's.

Het MDO kan input leveren aan dit bredere overleg – bijvoorbeeld door signalen over knelpunten in samenwerking of samenhang in zorg en ondersteuning – terwijl afspraken op wijk- of regionaal niveau andersom ook kunnen bijdragen aan betere randvoorwaarden voor de uitvoering van MDO's in de praktijk. Zo ontstaat een wisselwerking tussen overleg over individuele patiënten (MDO) en wijkgerichte samenwerking, zonder dat deze overlegvormen samenvallen.

Een medicatiebeoordeling (MBO) is geen MDO wanneer deze plaatsvindt tussen twee disciplines, bijvoorbeeld huisarts en openbaar apotheker. Een MBO kan wel aanleiding geven tot of onderdeel worden van een MDO wanneer de zorgvraag breder is en afstemming met ten minste drie verschillende disciplines nodig is.

Voorbeelden van andere overlegvormen die niet onder de definitie MDO vallen zijn:

- Structureel werkoverleg/ketenafspraken: op regio- dan wel wijkniveau afspraken maken over proces, werkwijze, verantwoordelijkheden en randvoorwaarden (veelal gericht op groepen patiënten).
- Overleg over populatie gerichte activiteiten, bijvoorbeeld voortkomend uit een wijkscan (o.a. signalering en preventie).
- Werkoverleg binnen een beroepsgroep of praktijkorganisatie.

2. Inhoudelijke kaders voor MDO binnen de eerstelijnszorg

Dit hoofdstuk beschrijft de inhoudelijke kaders voor het multidisciplinair overleg (MDO) in de eerste lijn. Achtereenvolgens worden de definitie (H2.1), het doel (H2.2), de doelgroep, casusselectie en aanmelding (H2.3), de inhoud (H2.4), de organisatie, het proces en de structuur (H2.5), de taken en verantwoordelijkheden (H2.6), de communicatie, dossiervoering en transparantie (H2.7) en de inbreng van de patiënt (H2.8) beschreven. De kaders sluiten aan bij de in Hoofdstuk 1 geformuleerde uitgangspunten.

2.1 Definitie: wat verstaan we onder MDO binnen de eerstelijnszorg?

Op basis van de beschreven uitgangspunten in H1.4 is de definitie van MDO binnen de eerstelijnszorg als volgt geformuleerd:
Een multidisciplinair overleg (MDO) is een moment waarop betrokken zorgprofessionals – bij voorkeur samen of in overleg met de patiënt – gezamenlijk afstemmen en afspraken maken over de doelen, aanpak en voortgang van zorg en ondersteuning.
Het MDO is bedoeld voor patiënten met een complexe of meervoudige of domein overstijgende zorgvraag waarbij coördinatie, samenwerking en afstemming essentieel zijn om passende zorg te leveren. Er is sprake van een multidisciplinair overleg bij betrokkenheid van minimaal drie zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines.

Complexiteit kan zich uiten in de gevolgen van één of meerdere aandoeningen op de individuele patiënt. Deze gevolgen kunnen liggen op verschillende domeinen, zoals lichamelijk, cognitief, psychisch of sociaal functioneren, en omvatten ook farmacotherapeutische aspecten (bijvoorbeeld polyfarmacie of risico's op medicatie-interacties).

Belangrijk hierbij is dat:

1. Deelname aan het MDO afhankelijk is van de inhoudelijke zorgvraag en de disciplines die daarbij relevant zijn en/of bij betrokken moeten zijn, zoals beschreven staat in richtlijnen.
2. De arts niet standaard bij ieder MDO aanwezig hoeft te zijn, mits adequate afstemming en terugkoppeling zijn geborgd.
3. Een MDO fysiek, digitaal of hybride kan plaatsvinden.
4. De patiënt betrokken is bij het MDO. Dit betekent niet dat de patiënt zelf altijd bij het MDO aanwezig moet zijn. Het MDO wordt per definitie teruggekoppeld aan de patiënt en afspraken worden in begrijpelijke taal gecommuniceerd en vastgelegd.
5. Bij medische complexiteit duidelijk moet zijn hoe de verantwoordelijkheid voor het medisch beleid en de continuïteit van zorg is geregeld. Dit kan, afhankelijk van de aard van de zorgvraag en betrokkenheid, bijvoorbeeld de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicaptenzorg zijn of een verpleegkundig specialist of physician assistent binnen voornoemde deskundigheidsgebieden.
6. Iedere discipline verantwoordelijk is en blijft voor het eigen aandeel in het zorgproces, de eigen professionele inbreng in het MDO en de dossiervoering.

2.2 Doel van het MDO binnen de eerstelijnszorg

Een MDO is vraag gestuurd, tijdelijk en situationeel, vormt geen doel op zich en is geen vaste overlegstructuur. Het MDO is een middel:

- om bij complexe, urgente of domein overstijgende zorgvragen de afstemming tussen betrokken zorgprofessionals te verbeteren, zodat zorg en ondersteuning, doelen, aanpak en voortgang beter aansluiten bij de behoeften en het functioneren van de patiënt;
- om bij te dragen aan gezamenlijke besluitvorming, eenduidige communicatie en een doelmatige inzet van beschikbare zorgcapaciteit. Het wordt ingezet wanneer andere vormen van afstemming, zoals bilateraal overleg of digitale gegevensuitwisseling, onvoldoende zijn om de samenhang en kwaliteit van zorg te borgen;
- dat bijdraagt aan samenhangende, passende zorg voor de patiënt.

Het MDO wordt beschouwd als een integraal onderdeel van professionele zorgverlening wanneer de zorgvraag van de patiënt hierom vraagt. Iedere zorgprofessional levert vanuit zijn of haar eigen expertise een bijdrage aan de zorg voor de patiënt. Wanneer deze expertise ontoereikend is om de zorgvraag adequaat te beantwoorden, vindt afstemming plaats met andere zorgprofessionals, zowel bilateraal als multidisciplinair.
De keuze voor mono-, bilaterale of multidisciplinaire afstemming is altijd afhankelijk van de aard en complexiteit van de zorgvraag van de patiënt.

Het doel van het MDO is daarmee niet het organiseren van meer overleg, maar het verbeteren van de samenhang, kwaliteit en doelmatigheid van zorg rondom de patiënt. Het Kaderdocument beoogt nadrukkelijk geen sturing op standaardisering, automatisme of structureel karakter van het MDO. Het MDO is een instrument dat passend wordt ingezet met die zorgprofessionals die op dat moment relevant zijn voor de zorgvraag van de patiënt.

2.3 Doelgroep, casusselectie & aanmelding

Paragraaf 2.3 beschrijft onder andere voor welke doelgroep het MDO is bedoeld, de casusselectie, hoe de aanmelding in zijn werk gaat, wie een casus kan aanmelden voor een MDO en de samenstelling van de deelnemers aan een MDO.

2.3.1 Doelgroep

Het MDO binnen de eerstelijnszorg is bedoeld voor individuele patiënten[7] met een complexe, meervoudige of domein overstijgende zorgvraag, waarbij afstemming tussen ten minste drie zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines nodig is en lichtere vormen van afstemming ontoereikend zijn. Dit type zorgvraag vraagt om (gelijkwaardige) afstemming en samenwerking tussen meerdere disciplines om tot samenhangende en passende zorg te komen.

Dit sluit aan bij de uitgangspunten uit de recente handreikingen, waarin wordt benoemd dat het MDO met name van meerwaarde is bij complexe problematiek, multimorbiditeit en situaties waarbij er sprake is van functioneringsproblemen op meerdere levensdomeinen. Zorginhoudelijke complexiteit en de behoeften van de patiënt staan centraal en zijn leidend voor de inzet van een MDO. De disciplines zijn meestal werkzaam in de eerste lijn, maar kunnen ook uit de tweede of derde lijn komen.

[7] Daar waar patiënt geschreven staat in dit kaderdocument, kan ook patiënt en/of diens naaste/wettelijk vertegenwoordiger/mantelzorger gelezen worden.

Complexiteit van problematiek ontstaat niet alleen door het aantal ziekten/medische diagnoses of de zwaarte van de aandoeningen, maar ook door de interacties tussen aandoeningen, behandelingen, sociale omstandigheden en het zorgsysteem zelf. Bijvoorbeeld patiëntgebonden complexiteit zoals beperkte gezondheidsvaardigheden en kwetsbaarheid door geriatrische syndromen (zoals vallen, dementie, incontinentie). Maar ook zorgsysteem-gerelateerde complexiteit met fragmentatie van zorg die zorgt voor tegenstrijdige adviezen van verschillende behandelaren of leidt tot behandelplannen die niet aansluiten bij de persoonlijke doelen of mogelijkheden van de patiënt.

Patiëntvoorbeelden ter illustratie

- Patiënten met multimorbiditeit of kwetsbare ouderen, bij wie meerdere risico's samenkomen, zoals moeite met dagelijks functioneren, risico op ondervoeding, gebruik van veel medicijnen en verminderde zelfredzaamheid.
- Kwetsbare patiënten met multiproblematiek op meerdere domeinen, bijvoorbeeld medisch, verpleegkundig en sociaal, en verminderde zelfredzaamheid.
- Patiënten met een complexe zorgvraag op één domein, bijvoorbeeld farmacotherapie, waarbij de gevolgen doorwerken op andere domeinen.

2.3.2 Selectiecriteria

Het initiëren van een MDO moet voldoen aan bepaalde selectiecriteria. Een of meerdere voorwaardelijke selectiecriteria moeten minimaal aanwezig zijn om een MDO te organiseren. Het overige selectiecriterium kan aanvullend aanwezig zijn. De selectiecriteria voor het organiseren van een MDO zijn als volgt:

<u>Voorwaardelijke selectiecriteria:</u>
Uitgangspunt is dat de zorgvraag van de patiënt de deskundigheid van twee disciplines overstijgt en dat samenwerking van minimaal drie verschillende disciplines vereist is.

Ten minste één van de volgende criteria dient daarnaast te gelden voor de patiënt:

- De zorgvraag is complex, waarbij meerdere zorg- en behandeldoelen elkaar beïnvloeden;
- Er is sprake van kwetsbaarheid of beperkte belastbaarheid van de patiënt, bijvoorbeeld door een opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren;
- Er is sprake van een nieuwe, veranderende of verslechterende situatie die gezamenlijke besluitvorming en opvolging vraagt.

<u>Overige selectiecriteria:</u>

- Er zijn signalen van onvoldoende afstemming of regie op het zorgproces.
- De inzet van een MDO wordt altijd expliciet afgewogen ten opzichte van lichtere vormen van afstemming vanuit het principe: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.

2.3.3 Aanmelding

Signalering

Iedere betrokken zorgprofessional kan signaleren dat een MDO mogelijk passend is. Ook de patiënt of diens naaste kan bij een betrokken zorgprofessional aangeven behoefte te hebben aan gezamenlijke afstemming.

Initiëren & aanmelden

Een MDO wordt geïnitieerd door een direct bij de patiëntenzorg betrokken zorgprofessional (casusinbrenger). Deze beoordeelt, zo nodig in afstemming met andere betrokken professionals, of aan de selectiecriteria wordt voldaan en of een MDO meerwaarde heeft ten opzichte van lichtere vormen van afstemming.

De aanmelding voor een MDO kan laagdrempelig plaatsvinden, bijvoorbeeld via een vast digitaal aanmeldformulier, bestaande samenwerkingsafspraak of afgesproken coördinerend aanspreekpunt.

Bij de aanmelding motiveert de casusinbrenger waarom een MDO gewenst is, welke zorgvraag centraal staat, welke disciplines relevant zijn en hoe de patiënt wordt betrokken.

2.3.4 Samenstelling

De samenstelling van de deelnemers aan het MDO wordt bepaald op basis van de zorgvraag van de patiënt, met als uitgangspunt dat minimaal drie verschillende disciplines deelnemen. Waar relevant kunnen ook professionals uit de tweede of derde lijn en/of het sociaal domein worden betrokken.

De patiënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij het gehele MDO(-proces): casusselectie, voorbereiding, uitvoering en terugkoppeling van het MDO. Waar passend zijn naast de patiënt ook naasten, mantelzorgers of wettelijk vertegenwoordigers betrokken, afhankelijk van de situatie en de wensen van de patiënt.

Aanwezige disciplines bij het MDO kunnen zijn[8]:

- Huisarts (of andere zorgprofessionals uit de huisartsenpraktijk, zoals praktijkondersteuner, physician assistent of verpleegkundig specialist)
- Specialist ouderengeneeskunde (of physician assistent of verpleegkundig specialist)
- Arts Verstandelijk gehandicapten (of physician assistent of verpleegkundig specialist)
- (Wijk)verpleegkundige
- (Openbaar) Apotheker
- Fysiotherapeut
- Oefentherapeut
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Diëtist
- Huidtherapeut
- Optometrist
- Psycholoog
- Zorgprofessionals uit de tweede lijn
- Zorgprofessionals uit de derde lijn

[8] Het overzicht is niet bedoeld als limitatieve lijst.

2.4 Inhoud

Paragraaf 2.4 beschrijft de inhoud van het MDO en beschrijft welk inhoudelijk toetsingskader gehanteerd wordt.

2.4.1 Inhoud

In een MDO worden verschillende zaken, zowel op zorginhoudelijk als procesniveau, besproken.

Zorginhoudelijke bespreking

Uitgangspunt tijdens de zorginhoudelijke bespreking is de borging van passende zorg.

- Het bespreken van de inbreng en behoeften van de patiënt; wat is de belangrijkste zorgvraag van de patiënt?
- Gezamenlijke probleemanalyse en het vaststellen van de zorgvragen.
- Het bespreken van relevante medische, paramedische, psychosociale en waar nodig sociaal-maatschappelijke aspecten.
- Het formuleren van concrete doelen, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, behoeften en het functioneren van de patiënt.
- Het vastleggen van de gezamenlijke doelen en afspraken in een (multidisciplinair) behandel-, zorg- of ondersteuningsplan, passend bij de situatie. Het behandelplan is gericht op herstel, op het vertragen van achteruitgang en/of op het zo lang mogelijk behouden van zelfredzaamheid en het vermogen tot eigen regie. Waar mogelijk gebaseerd op richtlijnen en professionele standaarden.
- Het bespreken van signalen van verslechtering of toename van risico's, bijvoorbeeld ondervoeding, valgevaar, medicatieproblemen, overbelasting van mantelzorgers of afnemende zelfredzaamheid.
- Het evalueren of behandeldoelen behaald zijn en/of waar nodig het aanpassen/bijstellen van gestelde doelen, bijvoorbeeld bij een verslechtering of een nieuw probleem.

Procesbespreking

- Het maken van afspraken over het wel of niet opstellen, uitvoeren en evalueren van behandeldoelen in een multidisciplinair behandelplan.
- Het zorgen voor afstemming over de inzet, taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken disciplines (zie ook H2.6).
- Het evalueren van lopende zorg, signaleren van knelpunten en het maken van nieuwe werkafspraken.
- Het maken van afspraken over overdracht, communicatie en dossiervoering, met aandacht voor duidelijke verslaglegging en transparante terugkoppeling aan patiënt en alle betrokkenen.
- Het maken van afspraken over een eventueel vervolg MDO, opvolging en verdere coördinatie.
- Het maken van afspraken over beëindiging van een MDO of MDO-cyclus (bijvoorbeeld wanneer het doel is bereikt, verdere multidisciplinaire afstemming niet meer nodig is of een ander traject passender is).

2.4.2 Inhoudelijk toetsingskader

Het inhoudelijk toetsingskader voor het MDO bestaat uit de landelijke en/of regionale richtlijnen, professionele standaarden en de leidende principes van passende zorg en samen beslissen, zoals beschreven in het Integraal Zorgakkoord en de Visie Eerstelijnszorg 2030. Persoonsgerichte zorg, integrale besluitvorming en expliciete betrokkenheid van de patiënt zijn hierin kernelementen.

Hoewel het MDO een herkenbare basisstructuur kent, is er ruimte voor flexibiliteit en maatwerk afhankelijk van de aard van de casus en de wensen van de patiënt. Uniformiteit in dossiervoering, heldere verslaglegging en duidelijke afspraken over terugkoppeling worden als randvoorwaardelijk beschouwd.

2.5 Organisatie, proces en structuur

Paragraaf 2.5 beschrijft de organisatie, het proces en de structuur voorafgaand, tijdens en na afloop van het MDO.

De beschrijving in deze paragraaf is geschreven vanuit de gewenste situatie. Nog niet alle benoemde punten zullen per direct in de praktijk kunnen worden gebracht, omdat randvoorwaarden nog ontbreken en/of samenwerking nog tot ontwikkeling moet komen. In de beschrijving van de randvoorwaarden in Hoofdstuk 3 zullen we aangeven waar nog stappen te zetten zijn.

2.5.1 Organisatie

Afspraken organisatie

Afspraken over de organisatie van het MDO worden duurzaam gemaakt: er worden afspraken op landelijk, regionaal of wijkniveau gemaakt, waarin ruimte is om dit af te stemmen op de specifieke situatie van de patiënt. In lijn met het Kader Passende Zorg is continu leren en verbeteren een vast onderdeel bij de evaluatie van de organisatorische kant van MDO's (zie ook H4). Er worden minimaal afspraken gemaakt over:

- De wijze van samenwerking en verslaglegging: waar mogelijk wordt samengewerkt op basis van één digitaal en inzichtelijk multidisciplinair behandelplan dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en waarden/doelen van de patiënt.
- De totstandkoming van het behandelplan: het multidisciplinair behandelplan is gebaseerd op samen beslissen met de patiënt.
- Continuïteit van zorg en ondersteuning: er is aandacht voor continuïteit van zorg en ondersteuning, ook wanneer de situatie van de patiënt verandert.
- Medische complexiteit: het is duidelijk hoe de verantwoordelijkheid voor het medisch beleid en de continuïteit van zorg is geregeld[9].
- Evaluatie: er wordt periodiek samen met de patiënt geëvalueerd.
- Betrokken professionals: er is duidelijk welke professionals of disciplines afspraken hebben met elkaar over samenwerking rondom vergelijkbare zorgvragen.
- Rolverdeling en deelname: er zijn duidelijke afspraken gemaakt over wie het MDO initieert, leidt en voorbereidt en op basis waarvan zorgprofessionals aansluiten.

[9] Dit kan, afhankelijk van de aard van de zorgvraag en betrokkenheid, bijvoorbeeld de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicaptenzorg zijn of een verpleegkundig specialist of physician assistent binnen voornoemde deskundigheidsgebieden.

- Processen: er worden afspraken gemaakt over het gebruik van standaard formats voor aanmelding, verslaglegging en besluitvorming, die helpen om het proces overzichtelijk te houden.

Locatie en vorm
Een MDO wordt zo dicht mogelijk bij (het netwerk van) de patiënt georganiseerd.

Het MDO kan zowel fysiek, digitaal als hybride plaatsvinden, afhankelijk van de behoeften van de patiënt en de betrokken zorgprofessionals. De keuze voor de vorm wordt bepaald op basis van wat passend is bij de situatie van de patiënt en de betrokken partijen. Het is van belang dat het MDO laagdrempelig georganiseerd kan worden, waarbij snelheid en toegankelijkheid centraal staan. Indien het MDO in aanwezigheid van de patiënt plaatsvindt dan wordt bij voorkeur gekozen voor overleg in de vertrouwde omgeving van de patiënt, tenzij er duidelijke meerwaarde is voor een andere locatie of vorm.

2.5.2 Proces en structuur
De organisatie van het MDO kent een duidelijke structuur:

- *Vooraf:* de casusinbrenger of centrale coördinator initieert de aanmelding en nodigt de overige relevante disciplines uit. Iedere betrokken zorgprofessional bereidt het overleg tijdig voor, passend bij de urgentie en aard van de zorgvraag. Bij de voorbereiding wordt gebruik gemaakt van de afspraken t.a.v. de uitwisseling van relevante informatie conform richtlijnen en wettelijke kaders. Bij voorkeur wordt dit centraal, digitaal gedaan, maar dat is ook afhankelijk van de werkafspraken die op regionaal of wijkniveau zijn gemaakt. De patiënt wordt waar mogelijk vooraf geïnformeerd en betrokken bij de voorbereiding.
    - Er wordt afgesproken op welke wijze de aanmelding gedaan wordt. Dit kan via een centraal aanmeldpunt, via een bestaande samenwerkingsafspraak of via de praktijk of organisatie van de casusinbrenger. Afspraken over de wijze van aanmelding kunnen per wijk en regio verschillen. Dit geldt eveneens voor het niveau waarop deze afspraken formeel worden vastgelegd (regionaal of lokaal).
    - Het delen van gegevens gebeurt altijd via een beveiligde digitale route en er wordt gewerkt volgens de vigerende wet- en regelgeving.
    - De casusinbrenger of centrale coördinator informeert altijd de arts over de casus en over welke disciplines relevant zijn om aan te sluiten.
    - Voor zover mogelijk worden MDO's ruim vooraf gepland en is de duur van het MDO ook tijdig bekend, zodat zorgprofessionals hiermee rekening kunnen houden in hun planning. De tijdlijn moet voor alle betrokken zorgprofessionals haalbaar zijn.
- *Tijdens:* het overleg verloopt volgens een herkenbare structuur: opening, casusinbreng, multidisciplinaire reflectie, de reflectie van de patiënt, plan- en besluitvorming en het maken van afspraken over uitvoering en terugkoppeling. Er wordt gewerkt met een gespreksleider (dit kan de coördinerend professional zijn of één van de andere aanwezige/betrokken zorgprofessionals), een casusinbrenger en een verslaglegger. Het doel is om gezamenlijk afspraken te maken over doelen, inzet, taakverdeling, opvolging en terugkoppeling. De duur van een MDO is patiëntafhankelijk en kan per MDO verschillen.
- *Na afloop:* alle gemaakte afspraken worden duidelijk vastgelegd en zo spoedig mogelijk teruggekoppeld aan de patiënt en alle betrokken professionals. Er is aandacht voor evaluatie van het multidisciplinaire behandelplan en de gemaakte afspraken, bij voorkeur op vaste momenten én altijd samen met de patiënt.

Bij de organisatie en structuur is het belangrijk om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande formats, werkmodellen en ICT-platforms (zoals ECD, EPD, OZOverbindzorg of Zorgdomein) voor het delen van gegevens en verslaglegging. Dit bevordert uniformiteit en toegankelijkheid voor alle betrokkenen (zie ook H3.5).

2.6 Taken en verantwoordelijkheden

Paragraaf 2.6 beschrijft de taken en verantwoordelijkheden binnen het MDO.

2.6.1 Taken binnen het MDO-proces

Binnen het MDO-proces wordt onderscheid gemaakt tussen organisatorische taken en inhoudelijke verantwoordelijkheden, waarbij de zorgvraag van de patiënt leidend is voor de taakverdeling. Binnen dit MDO-proces zijn er verschillende taken, die belegd moeten worden. Voorafgaand aan het MDO worden hierover (op lokaal niveau) afspraken gemaakt. Het gaat om minimaal de volgende taken:

Voorafgaand aan het MDO

- Aanmelden van een casus voor het MDO.
- Informeren van de arts.
- Afstemmen met patiënt.
- Plannen en organiseren van het MDO en uitnodigen van juiste zorgprofessionals en patiënt.
- Inhoudelijk voorbereiden van het MDO door zorgprofessionals en patiënt.

Tijdens het MDO

- Leiden/voorzitten van het MDO.
- Inbrengen van de casus.
- Betrekken van de patiënt.
- Inhoudelijk bespreken van de casus en opstellen van een multidisciplinair behandelplan via gezamenlijke besluitvorming.
- Maken van procesafspraken (o.a. coördinatiefunctie).
- Verslagleggen van het MDO.

Na afloop van het MDO

- Terugkoppelen aan de patiënt op een manier die past bij diens betrokkenheid bij het MDO.
- Terugkoppelen aan de arts, indien deze niet aanwezig is of medische afwegingen aan de orde zijn.
- (Begrijpelijk) communiceren met en nazorg bieden aan patiënt.
- Opvolgen en evalueren van de gemaakte afspraken door zorgprofessionals, samen met de patiënt waar passend.

De meeste respondenten gaven aan dat de behandelaar die het MDO heeft geïnitieerd, mondeling een terugkoppeling geeft aan de patiënt en/of aan naasten/mantelzorger.

2.6.2 Verantwoordelijkheden

Iedere eerstelijns zorgverlener is zelf verantwoordelijk voor de zorg voor patiënten binnen zijn/haar vakgebied, de eigen professionele inbreng in het MDO en de dossiervoering. De arts hoeft niet standaard bij het MDO aanwezig te zijn, mits er sprake is van adequate en tijdige terugkoppeling van de uitkomsten en de gemaakte afspraken. Hiermee wordt geborgd dat zowel de verantwoordelijkheid voor het medisch beleid en de continuïteit van zorg als een doelmatige inzet van schaarde medische capaciteit in balans zijn. Wanneer er sprake is van medische complexiteit, moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het medisch beleid en de continuïteit van zorg. Dit kan, afhankelijk van de aard van de zorgvraag en betrokkenheid, bijvoorbeeld de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicaptenzorg zijn of een verpleegkundig specialist of physician assistent binnen voornoemde deskundigheidsgebieden.
De *initiator van het MDO* (casusinbrenger) kan elke zorgprofessional zijn, die bij de patiënt betrokken is, al dan niet op aangeven van de patiënt zelf. Diegene hoeft niet per sé een Wet BIG artikel 3 beroep te zijn. Alle betrokken zorgprofessionals kunnen een MDO initiëren op basis van de zorgvraag van de patiënt (zie eerder beschreven selectiecriteria in H2.3.2) en organisatorische taken vervullen.

Duidelijkheid over de taakverdeling en verantwoordelijkheden is essentieel voor een effectief en efficiënt MDO. Ook is het belangrijk dat de verantwoordelijke voor verslaglegging en communicatie eenduidig is aangewezen. De verdeling van taken en verantwoordelijkheden wordt altijd expliciet gedaan voorafgaand aan of tijdens het MDO en is afhankelijk van de specifieke zorgvraag en de betrokken disciplines.

2.7 Communicatie, dossiervoering en transparantie

Paragraaf 2.7 beschrijft de kaders voor communicatie en (platforms voor) gegevensuitwisseling, dossiervoering, de centrale coördinator voor de betrokken professionals en de patiënt en de communicatie naar de patiënt.

Dit hoofdstuk is geschreven vanuit de gewenste situatie. Nog niet alle benoemde punten zullen per direct in de praktijk kunnen worden gebracht, omdat randvoorwaarden nog ontbreken en/of samenwerking nog tot ontwikkeling moet komen. In de beschrijving van de randvoorwaarden in Hoofdstuk 3 zullen we aangeven waar nog stappen te zetten zijn.

2.7.1 Communicatie en (platforms voor) gegevensuitwisseling

Goede communicatie tussen en duidelijke verslaglegging van alle betrokkenen is cruciaal voor het slagen van het MDO. Relevante informatie wordt tijdig, veilig en proportioneel gedeeld met de betrokken zorgprofessionals, binnen de geldende wettelijke kaders. Daarbij geldt dat iedere deelnemer die toegang heeft tot de informatie die noodzakelijk is voor diens bijdrage aan het MDO, niet automatisch toegang heeft tot het volledige dossier van andere disciplines.

Er wordt gewerkt met uniforme formats voor verslaglegging en platforms voor gegevensuitwisseling, zodat informatie toegankelijk en begrijpelijk is voor alle deelnemers. Voor de patiënt is altijd duidelijk wie toegang heeft tot welke gegevens in zijn/haar dossier.

2.7.2 Dossiervoering

De afspraken, besluiten en verslagen van het MDO worden vastgelegd in een, waar mogelijk, gezamenlijk toegankelijk dossier of digitale omgeving voor uitwisseling van relevante gegevens, zodat iedere betrokkene weet waar hij of zij de actuele informatie kan vinden. De patiënt heeft inzage in de uitkomsten en gemaakte afspraken. Iedere zorgverlener is verantwoordelijk voor het eigen aandeel in het zorgproces, de professionele inbreng in het MDO en de dossiervoering. De patiënt heeft altijd recht om zijn/haar eigen dossier in te zien of een kopie ervan op te vragen (WGBO).

Waar sprake is van een individueel zorg- of behandelplan, sluiten de afspraken uit het MDO daar zoveel mogelijk op aan. Het MDO vervangt niet automatisch het individuele dossier of behandelplan van afzonderlijke disciplines.

2.7.3 Centraal aanspreekpunt

Voor ieder MDO wordt afgesproken wie als centraal aanspreekpunt fungeert voor zowel de zorgprofessionals als de patiënt bij vragen over planning, verslaglegging, terugkoppeling en opvolging.

2.7.4 Communicatie naar de patiënt

Transparantie richting de patiënt is een randvoorwaarde; informatie wordt altijd in begrijpelijke taal gecommuniceerd, zowel mondeling als schriftelijk. Indien de patiënt niet aanwezig is bij het MDO worden er tijdens het MDO afspraken gemaakt over welke discipline zorgdraagt voor terugkoppeling aan de patiënt. Toegankelijkheid en overzichtelijkheid van de dossiervoering zijn van groot belang om verwarring of misverstanden te voorkomen.

2.8 Inbreng van patiënt

Paragraaf 2.8 beschrijft de kaders op welke manier de patiënt betrokken is bij het MDO-proces.

De betrokkenheid van de patiënt is een uitgangspunt binnen het MDO-proces, maar deelname aan het MDO zelf is niet verplicht. De vorm en mate van betrokkenheid worden afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Wanneer directe deelname niet passend of wenselijk is, wordt het patiëntperspectief geborgd via voorbereiding en terugkoppeling.
Binnen het MDO-proces komt het multidisciplinaire behandelplan in nauwe samenwerking met de patiënt tot stand. Hierdoor sluit de zorg beter aan bij de behoeften en wensen van de patiënt. De betrokkenheid en het overzicht voor de patiënt nemen toe, wat bijdraagt aan meer regie over het eigen zorgproces.

2.8.1 Inbreng patiënt voorafgaand aan het MDO

De inbreng van de patiënt is een centrale waarde binnen het MDO. Voorafgaand aan het MDO wordt de patiënt betrokken bij de voorbereiding, bijvoorbeeld door het samen opstellen van vragen of het delen van wensen en verwachtingen. Het perspectief van de patiënt is essentieel voor het mede bepalen van doelen, prioriteiten en passende vervolgstappen.
Ook dient de patiënt vooraf te worden geïnformeerd over de werkwijze van het MDO en wordt toestemming gevraagd voor het organiseren van het overleg.
De patiënt kan bij een betrokken zorgprofessional aangeven behoefte te hebben aan gezamenlijke afstemming. De zorgprofessional beoordeelt vervolgens, zo nodig met andere betrokken professionals, of een MDO passend is op basis van de selectiecriteria.

Wat is de rol van de patiënt en/of naaste/mantelzorgers in het MDO-proces?
21% geeft aan: "De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorgers worden vooraf geïnformeerd en krijgen achteraf een terugkoppeling".
19% geeft aan: "De patiënt en/of zijn haar naasten/mantelzorgers zijn aanwezig bij het MDO."

2.8.2 Betrokkenheid patiënt tijdens het MDO

Directe deelname van de patiënt is wenselijk wanneer dit bijdraagt aan de kwaliteit van besluitvorming en aansluit bij de behoeften, wensen en mogelijkheden van de patiënt. Wanneer dit niet haalbaar of passend is, wordt de inbreng van de patiënt op een andere manier geborgd, bijvoorbeeld via voorbereiding met de casusinbrenger, een naaste of een afgesproken coördinerend professional.

Waar mogelijk neemt de patiënt actief deel aan het overleg, fysiek of digitaal, afhankelijk van de situatie en de wensen van de patiënt. Tijdens het MDO staat gezamenlijke besluitvorming ("samen beslissen") voorop: besluiten en/of afspraken worden in begrijpelijke taal samen met de patiënt genomen/gemaakt.

Is de patiënt en/of mantelzorger altijd aanwezig bij een MDO over de voortgang of eventuele knelpunten tijdens uw behandeling?
36% geeft aan: "Dat doen we bij ons MDO nooit (beleid/afspraak)"

2.8.3 Terugkoppeling aan patiënt na afloop van het MDO

Na afloop van het MDO worden de uitkomsten, besluiten en afspraken altijd, in begrijpelijke taal, teruggekoppeld aan de patiënt en vastgelegd. Gezamenlijke besluitvorming (“samen beslissen”) staat voorop: er wordt gezorgd dat afspraken in begrijpelijke taal worden teruggekoppeld, goed worden vastgelegd, opgevolgd en geëvalueerd. Hiermee wordt het overzicht en de regie van de patiënt over het eigen zorgproces versterkt.

3. Randvoorwaarden voor MDO binnen de eerstelijnszorg

Dit hoofdstuk beschrijft de randvoorwaarden, die nodig zijn voor de borging van de inhoudelijke kaders, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

3.1 Inleiding

3.1.1 Uitgangspunten randvoorwaarden

Dit hoofdstuk beschrijft de gewenste situatie om toe te werken naar *passende inzet* van MDO in 2030. Het beschrijft de passende inzet van MDO binnen het *zorgdomein*, uitgaande van de zorgvraag van de patiënt en biedt een mogelijke opmaat voor verbreding naar het sociaal domein in de toekomst. Bij het opstellen van de randvoorwaarden in dit hoofdstuk is uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- Passende inzet van MDO betekent dat een MDO door alle zorgprofessionals kan worden ingezet *als de situatie van de patiënt*[10] *hierom vraagt* ten behoeve van het realiseren van de best passende zorg.
- Bij passende inzet van MDO mag de patiënt verwachten dat betrokken zorgprofessionals de zorg, samen met hem of haar, *optimaal op elkaar afstemmen en de juiste expertise op het juiste moment* inzetten. Hierbij is specifiek aandacht voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Bij passende inzet van MDO mag de patiënt verwachten dat zorgprofessionals *gelijkwaardig kunnen deelnemen* aan een MDO-proces. Het gaat hier dan om gelijkwaardige deelname op zowel inhoudelijk niveau (inbreng van expertise), als op procesniveau (o.a. betrokken worden, beschikbare tijd en capaciteit).
- Passende inzet van MDO gaat uit van *vertrouwen en de gezamenlijke verantwoordelijkheid* van zorgprofessionals en patiënten (bijdrage aan kwaliteit van zorg).
- Bij passende inzet ligt de nadruk op *het continu evalueren, leren en verbeteren* en het waar nodig aanpassen van het MDO-proces.
- Passende inzet van MDO vraagt om *efficiënte inzet van capaciteit*. Dit betekent dat er niet wordt gewerkt met een vaste samenstelling van deelnemende zorgprofessionals, maar dat er ruimte is om de samenstelling af te stemmen op dat wat op dat moment passend is.
- Bij een passende inzet van het MDO hoort ook *flexibiliteit in tijd en frequentie*. De frequentie wordt bepaald door de zorgvraag en niet door een vaste overlegstructuur.

Vanuit het werkveld geeft 55% aan zeker vaker deel te willen nemen aan MDO's als (praktische) belemmeringen/knelpunten worden weggenomen.

[10] Daar waar patiënt geschreven staat in dit kaderdocument, kan ook patiënt en/of diens naaste/wettelijk vertegenwoordiger/mantelzorger gelezen worden.

3.1.2 Niveaus van organisatie

Om de randvoorwaarden duidelijk te kunnen beschrijven, is het belangrijk om onderscheid te maken tussen de verschillende niveaus waarop de randvoorwaarden georganiseerd worden of betrekking hebben. In het volgende kader wordt dit onderscheid uitgelegd.

Onderscheid in niveaus van organisatie

Landelijk niveau

Op landelijk niveau gaat het over het stellen van kaders en borgen van randvoorwaarden. Dit betreft onder andere richtlijnen, financieringsstructuren, wet- en regelgeving en de mogelijkheden voor gegevensuitwisseling.

Regionaal niveau (RESV)

Op regionaal niveau wordt op basis van de landelijke kaders en afspraken in lijn met de Visie op regionaal niveau vastgelegd hoe zorgverleners in de wijk en in de praktijk/werkomgeving worden gefaciliteerd om invulling te geven aan de ambities, zoals verwoord in de Visie Eerstelijnszorg 2030. Op dit niveau kunnen doelgroep overstijgende afspraken worden gemaakt die de inzet van MDO en multidisciplinaire samenwerking ondersteunen. Deze afspraken kunnen mede gebaseerd worden op inhoudelijke en organisatorische signalen vanuit de wijk. Voorbeelden hiervan zijn het ontwikkelen van standaard formats, het maken van regionale afspraken over gegevensuitwisseling en het realiseren van organisatorische randvoorwaarden. Hiermee wordt het mogelijk gemaakt om de zorginhoud op regionaal en lokaal niveau effectief en eenduidig vorm te geven.

Wijkniveau

Hechte wijkverbanden kunnen faciliteren in het creëren van de juiste randvoorwaarden (o.a. passende, patiëntgerichte en doelmatige inzet van MDO, organisatie en samenwerking) voor het MDO op individueel patiëntniveau.



Samenvattend: het MDO zelf vindt plaats op individueel patiëntniveau. Op wijk-, regionaal en landelijk niveau worden vooral de randvoorwaarden georganiseerd die nodig zijn om MDO's op individueel patiëntniveau goed te kunnen uitvoeren.

3.1.3 Inventarisatie randvoorwaarden en knelpunten per beroepsgroep

In bijlage 5 is een uitgebreid overzicht opgenomen van de ingerichte en ontbrekende randvoorwaarden en ervaren knelpunten per beroepsgroep. Goed om daarbij op te merken is dat het gaat om actuele knelpunten gebaseerd op de huidige werkwijze in de praktijk. Bij deze inventarisatie zijn de aanvullende randvoorwaarden, zoals beschreven in dit Kaderdocument, niet meegenomen.

3.2 Inhoudelijke randvoorwaarden

De inhoudelijke randvoorwaarden betreffen voorwaarden die nodig zijn om het MDO vanuit de zorginhoud rondom de patiënt optimaal vorm te geven. Deze randvoorwaarden kunnen bijdragen aan een eenduidige, kwalitatieve, patiëntgerichte en doelmatige uitvoering van het MDO.

- De zorgvraag van de patiënt is altijd leidend voor het initiëren en uitvoeren van het MDO (zorginhoud).
- Dit betekent niet automatisch dat elke zorgprofessional die eerder betrokken was, ook bij ieder volgend MDO opnieuw betrokken hoeft te zijn. De samenstelling van het MDO wordt steeds afgestemd op de actuele situatie en de benodigde expertise.
- Betrokkenen bij het MDO hebben kennis van elkaars expertise en vakgebied, zodat de inbreng goed op elkaar kan worden afgestemd.
- Er zijn inhoudelijke afspraken gemaakt rondom het MDO, bijvoorbeeld over het gebruik en de inhoudelijke invulling van een format voor het zorg- of behandelplan (zie ook H2.4).
- Betrokkenen bij het MDO hebben kennis van deze inhoudelijke afspraken.
- Juridische kaders op basis van vigerende wet- en regelgeving zijn geborgd.

Wat draagt bij aan een effectief MDO?
"Goede samenwerking tussen diverse zorgverleners."
"Duidelijke rolverdeling."
"Een format om het MDO voor te bereiden en uit te voeren."
"Goed agendabeheer en rol-/taakverdeling."

3.3 Organisatorische randvoorwaarden

De organisatorische randvoorwaarden betreffen de voorwaarden die nodig zijn om het MDO optimaal en toekomstbestendig te organiseren. De randvoorwaarden geven richting aan de manier waarop het MDO wordt voorbereid, uitgevoerd en geborgd binnen de dagelijkse praktijk.

- Er zijn afspraken over samenwerking en aansluiting in het MDO met zorgprofessionals vanuit de tweede lijn, derde lijn en – in een vervolgstap – professionals vanuit het sociaal domein, daar waar dat nodig is voor de te bespreken zorgvraag. Deze afspraken worden vanuit de regio en wijk gefaciliteerd en gestimuleerd, maar moeten uiteindelijk op zorgverlener niveau vorm en inhoud krijgen.
- De zorgvraag van de patiënt is leidend voor de inrichting van het MDO op procesniveau.
- Er zijn heldere afspraken over de betrokkenheid van de patiënt in het MDO.
- Elkaar kennen helpt om effectief samen te werken. Tegelijkertijd moet samenwerking ook mogelijk zijn wanneer zorgprofessionals elkaar nog niet persoonlijk kennen. Deze samenhang wordt vanuit de regio en wijk gefaciliteerd en gestimuleerd.
- Er zijn heldere afspraken over de samenwerking onderling (zie H2.5.1).

- Er is duidelijkheid over rollen, taken en verantwoordelijkheden van iedere deelnemer aan het MDO (zie H2.6).
- Zorgprofessionals en patiënt zijn gecommitteerd aan hun rol en bijdrage aan het MDO.
- Er zijn heldere afspraken over de organisatie van een MDO, zoals processen en tijdslijnen.
- Betrokkenen bij het MDO zijn bekend met deze organisatorische afspraken over het MDO-proces.
- Bij een fysiek MDO is een passende locatie beschikbaar.
- Bij een online of hybride MDO is een veilig communicatiemiddel beschikbaar, die zowel voor de zorgprofessional als patiënt beschikbaar en werkbaar is.
- Er is continu aandacht voor administratieve lasten en het voorkomen van extra administratieve belasting.

Wat zijn voor jou belangrijke knelpunten bij deelname aan MDO's?
"Agenda's zijn moeilijk op elkaar af te stemmen."
"Onduidelijk wie, wanneer, wat kan inbrengen."

3.4 Financiering

Het organiseren en uitvoeren van het MDO vraagt om passende en toekomstbestendige financiering. Op dit moment wordt deelname aan het MDO en de multidisciplinaire samenwerking rondom het MDO-proces niet op eenduidige wijze bekostigd. De bekostiging is op dit moment onvoldoende transparant en uitlegbaar. Iedere discipline in de eerstelijnszorg kent een eigen bekostigingsmodel en tussen disciplines bestaat (mede daardoor) geen gelijke toegang tot de bestaande middelen voor multidisciplinaire samenwerking op lokaal niveau.

Dit Kaderdocument doet geen uitspraak over de wijze waarop het MDO wordt bekostigd. Wel maakt het inzichtelijk welke randvoorwaarden nodig zijn om passende en gelijkwaardige deelname van relevante zorgprofessionals mogelijk te maken.

De huidige, veelal monodisciplinaire, bekostigingsmodellen faciliteren samenwerking zoals het MDO nog onvoldoende. Dit knelpunt komt duidelijk naar voren uit de werkveldraadpleging (bijlage 1 en 2) en wordt breed herkend. Het vormt een belemmering voor zowel de passende inzet van het MDO als voor de bredere beweging naar passende zorg en de ambities uit de Visie Eerstelijnszorg, waarin is afgesproken dat de bekostiging voor zorgprofessionals transparant en uitlegbaar moet zijn.

Ten aanzien van financiering wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Financiering van deelname van direct betrokken zorgverleners aan het MDO gericht op de individuele patiëntenzorg (inhoud van zorg);
- Financiering van samenwerking op wijk- en regioniveau, ten behoeve van afstemming, overdracht, onderlinge doorverwijzing en samenwerking tussen disciplines (organisatie van zorg en samenwerking).

3.4.1 Financiering op zorgverlenersniveau

De belangrijkste uitgangspunten voor passende financiering van het MDO op zorgverlenersniveau zijn:

- Een MDO gericht op de individuele patiënt wordt beschouwd als patiëntgebonden tijd (zie kader).
- De bekostiging wordt zodanig ingericht dat frequentie, noodzaak en samenstelling van het MDO kunnen worden afgestemd op de zorgvraag van de patiënt.
- De tijd die nodig is voor voorbereiding, overleg, verslaglegging en terugkoppeling maakt integraal onderdeel uit van deze zorg en wordt passend gefinancierd.
- De precieze vormgeving van deze bekostiging vraagt nadere uitwerking en vraagt medewerking van en afstemming met meerdere (systeem)partijen, waarbij zowel bestaande bekostigingsmogelijkheden als eventuele aanvullende of nieuwe afspraken in beeld moeten blijven.
- Verschillende disciplines in de eerstelijnszorg hebben op gelijkwaardige wijze toegang tot deze financiering.
- Financiering is structureel (op welke wijze dan ook) geborgd en niet afhankelijk van tijdelijke of projectmatige oplossingen, zodat passende inzet van MDO door zorgverleners altijd mogelijk is.
- Voor alle deelnemers aan het MDO is helder hoe de financiering is ingericht (transparant en uitlegbaar).
- Alle deelnemers aan het MDO onderschrijven de uitgangspunten van een passende inzet van MDO (niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk).

Patiëntgebonden vs. niet-patiëntgebonden tijd

- ***Patiëntgebonden tijd:***
    - *Direct patiëntgebonden tijd:* tijd die de zorgverlener direct besteedt aan de (zorg voor de) patiënt. Bijvoorbeeld: patiëntvoorlichting, -informatie, -instructie, ADL-zorg of individuele behandeling.
    - *Indirect patiëntgebonden tijd:* tijd die de zorgverlener besteedt aan werkzaamheden ten behoeve van de (zorg voor de) patiënt, maar niet in direct contact met de patiënt. Bijvoorbeeld: dossiervoering, activiteiten die nodig zijn voor goede multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt, overdracht of contact met mantelzorgers.
- ***Niet-patiëntgebonden tijd:*** tijd die de zorgverlener besteedt aan werkzaamheden die niet direct gericht zijn op zorg van patiënten, maar die belangrijk zijn voor de werking van een zorginstelling of praktijk. Bijvoorbeeld: werkoverleg op procesniveau met andere zorgverleners, administratieve taken, nascholing, kwaliteits-/beleidstaken of taken in het kader van ondernemerschap (o.a. financiën, personeel).

3.4.2 Financiering van samenwerking op wijk- en regioniveau

Ten aanzien van de financiering van multidisciplinaire samenwerking op wijk- en regioniveau zijn de volgende randvoorwaarden van belang:

- Er zijn middelen beschikbaar voor samenwerking op wijkniveau, zowel binnen de zorg als met het sociaal domein, ter ondersteuning van multidisciplinaire afstemming en onderlinge doorverwijzing.
- Op regionaal en wijkniveau wordt samenwerking door de lijnen heen gefaciliteerd ten behoeve van goede overdracht (instroom, doorstroom en terugstroom).
- Voor alle betrokken zorgdisciplines is helder hoe de financiering van deze samenwerking is ingericht.

Wat zijn voor jou belangrijke knelpunten bij deelname aan MDO's?
"Veelal tijd, maar ook de noodzaak om zaken met meerdere disciplines tegelijk te bespreken. Leuk voor in een loondienstsetting, als ondernemer is dit anders."
"Geen vergoeding."

Wat heb je nodig om vaker aan een MDO deel te nemen?
39% geeft aan: "Betere vergoeding."

3.5 Digitale dossiervoering en gegevensuitwisseling

Digitale dossiervoering en veilige gegevensuitwisseling zijn essentiële randvoorwaarden voor een effectief en toekomstbestendig MDO. Een goede digitale basis ondersteunt continuïteit van zorg, voorkomt onnodige herhaling en maakt interprofessionele samenwerking eenvoudiger. Tegelijkertijd moet het MDO ook uitvoerbaar blijven in de huidige praktijk, waarin volledige interoperabiliteit tussen systemen nog niet overal is gerealiseerd. Het streven naar een uniform digitaal fundament mag niet leiden tot uitsluiting van beroepsgroepen of vertraging in het organiseren van passende zorg rondom de patiënt.

De randvoorwaarden voor digitale dossiervoering en gegevensuitwisseling sluiten aan bij de nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel (NVS)[11] en de wettelijke kaders, zoals de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)[12], de Europese verordening European Health Data Space (EHDS)[13] en bestaande kwaliteitskaders. Deze kaders ondersteunen de beweging naar passende, hybride zorg, waarbij databeschikbaarheid en veilige gegevensuitwisseling cruciaal zijn.

[11] VWS (2024). *Nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel.* Nationale visie en strategie | Data voor gezondheid
[12] VWS (2023). *Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz).* Uitleg over de wet | Data voor gezondheid
[13] VWS. *European Health Data Space.* European Health Data Space | Data voor gezondheid

Landelijke standaarden voor gegevensuitwisseling
Landelijke afspraken over digitale gegevensuitwisseling vormen de basis voor een eenduidige, consistente en veilige manier van samenwerken binnen het MDO. Deze omvatten:

- Gebruik van landelijke informatiestandaarden, zoals de Wegiz-verplichte gegevensuitwisselingen, informatiestandaarden van Nictiz[14] en toekomstige EHDS-uitwisselkaders.[15]
- Eenheid van taal door gebruik van terminologie zoals SNOMED[16], zodat disciplines informatie op dezelfde wijze kunnen registreren en interpreteren.
- Aansluiting bij de landelijke beweging 'databeschikbaarheid' (IZA/AZWA-tafel digitalisering), waarin wordt gewerkt aan regionaal en landelijk uitwisselbare basisgegevens. En samenwerking tussen deze landelijke beweging en de sectorale programma's.
- Het maken van heldere governance-afspraken over eigenaarschap, toegankelijkheid en beheer van gedeelde gegevens.
- Doel is dat elke zorgverlener kan beschikken over de voor hem/haar relevante gegevens voor het MDO, ongeacht het systeem waarin deze zijn vastgelegd.

Digitale dossiervoering[17]
Het gezamenlijk werken aan dezelfde patiënt vraagt om digitale dossiervoering die:

- Conform landelijke afspraken wordt ingericht, zodat gegevensuitwisseling tussen systemen mogelijk is;
- Werken in verschillende systemen niet uitsluit, mits minimaal relevante gegevensoverdracht beveiligd en gestructureerd kan plaatsvinden (bijv. via gestandaardiseerde exports, portalen of platforms zoals OZOverbindzorg);
- Aansluit bij de GZSP-kwaliteitsbeschrijving (Verenso, 2025) waarin is opgenomen dat:
    - multidisciplinaire afstemming wordt vastgelegd in het behandelplan;[18]
    - afspraken rondom coördinatie, doelen, voortgang en risico's traceerbaar zijn;
    - verslaglegging gestructureerd en uniform gebeurt binnen het behandelproces.
- Omdat interoperabiliteit tussen sectoren nog in ontwikkeling is, geldt nadrukkelijk dat MDO's altijd uitvoerbaar moeten blijven, ook wanneer volledige systeemkoppeling nog ontbreekt. Daarom blijft het mogelijk om gegevens via veilige routes (bijvoorbeeld beveiligde mail of portalen) te delen, zolang dit voldoet aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wegiz.

Inzage in dossier[19]
De patiënt behoudt altijd het recht op inzage en kopie van zijn/haar dossier (WGBO). Voor het MDO betekent dit:

- Patiënten krijgen in begrijpelijke taal inzicht in uitkomsten en afspraken.

---

[14] Nictiz. *Databeschikbaarheid in de zorg.* Databeschikbaarheid in de zorg | Nictiz
[15] NHG. *Richtlijnen gegevensuitwisseling.* | https://www.nhg.org/praktijkvoering/gegevensuitwisseling/#:~:text=Een%20kerntaak%20van%20het%20NHG,gegevensopslag%20en%2 0eenduidige%20gegevensuitwisseling%20vastgelegd
[16] Nictiz. *Medisch terminologiestelsel SNOMED.* SNOMED | Terminologiestelsel - Nictiz
[17] NHG (2025). *NHG-Richtlijn Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD)* | https://www.nhg.org/praktijkvoering/informatisering/richtlijn-adequate-dossiervorming-epd/
[18] NHG. *HIS-referentiemodel. Thema Multidisciplinair overleg.* | https://referentiemodel.nhg.org/node/2676/publieksversie/published
[19] NHG (2024). *Meer inzicht in online inzage.* | https://www.nhg.org/thema/digitale-zorg/online-inzage/online-inzage-medisch-patientendossier/

- Noodzakelijke toestemmingen voor gegevensdeling worden vooraf expliciet besproken én vastgelegd.[20]
- Zorgverleners uit verschillende disciplines hebben toegang tot relevante informatie, niet tot het volledige dossier van een andere beroepsgroep — in overeenstemming met proportionaliteit (WGBO/AVG).
- De landelijke beweging rond databeschikbaarheid (IZA/AZWA) ontwikkelt een toekomstig model waarin relevante gezondheidsdata voor samenwerking toegankelijk zijn binnen een breder zorgnetwerk; het MDO sluit hierop aan.

Veiligheid, privacy en toestemming
Veilige gegevensuitwisseling is geborgd door:

- Het toepassen van de vigerende wetgeving (AVG, WGBO, Wegiz);
- Expliciete toestemming van de patiënt voor deelname aan het MDO en voor het delen van gegevens die daarbij nodig zijn;
- Gebruik van beveiligde communicatiekanalen;
- Vastlegging van wie toegang heeft tot welk onderdeel van het dossier (logging en autorisatie);
- Mondelinge en schriftelijke terugkoppeling aan patiënten wordt altijd in begrijpelijke taal verstrekt, met extra aandacht voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Wat zijn voor jou belangrijke knelpunten bij deelname aan MDO's?
"Problemen met gegevensuitwisseling tussen de verschillende disciplines."

3.6 Taalgebruik en communicatie

Deze randvoorwaarden gaan over het contact en het taalgebruik in de communicatie tussen zorgverleners en met de patiënt.

Taalgebruik

- Betrokkenen bij het MDO gebruiken zoveel mogelijk eenduidige en begrijpelijke terminologie binnen het MDO-proces en het multidisciplinaire behandelplan.
- Voor patiënten (met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of taalbarrières) wordt het MDO in begrijpelijke taal voorbereid, begeleid en teruggekoppeld (zie ook H2.6 en 2.8). Er wordt nagevraagd of de patiënt zowel het proces, de inhoud als de afspraken goed begrepen heeft. Indien nodig is hier extra tijd voor beschikbaar, afhankelijk van wat voor de patiënt passend is.
- Bij aanwezigheid van de patiënt tijdens het MDO wordt het MDO in begrijpelijke taal gevoerd. Er wordt nagevraagd welke vragen de patiënt heeft, of de patiënt het MDO (in eigen woorden) kan samenvatten en wat de afspraken zijn. Waar nodig kan er een tolk ingezet worden.

[20] Nivel (2025). *Infographic. Merendeel burgers vindt dat de huisarts hun medische en persoonlijke gegevens mag delen met andere eerstelijnszorgverleners. Nivel IZA-monitor: de beweging naar een sterkere eerste lijn.* | Infographic. Merendeel burgers vindt dat de huisarts hun medische en persoonlijke gegevens mag delen met andere eerstelijnszorgverleners. Nivel IZA-monitor: de beweging naar een sterkere eerste lijn. | Nivel

Communicatie

- Er is, indien wenselijk voor de betrokken zorgprofessionals, een gezamenlijke (online) werkomgeving beschikbaar waarin organisatorische zaken of werkafspraken op procesniveau vastgelegd en gedeeld kunnen worden en van waaruit de MDO-agenda gedeeld kan worden. Hierbij is continu aandacht nodig voor de administratieve lasten en het voorkomen van extra administratieve belasting.
- Er zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid, de inzet en het gebruik van digitale communicatieplatforms om de samenwerking soepel te laten verlopen en snel te kunnen schakelen.
- De veiligheid en de privacy van de patiënt zijn geborgd in het werken met digitale communicatieplatforms.

3.7 Veiligheid

Deze randvoorwaarden betreffen de veilige werkomgeving en prettige sfeer die als basis dienen voor samenwerking.

- Er is een veilige omgeving voor de patiënt om diens inbreng te geven.
- Er is een veilige werkomgeving voor zorgverleners om in samen te werken.
- Iedere zorgprofessional kan vanuit zijn/haar eigen expertise aangeven wat nodig is voor de patiënt, in afstemming met de patiënt.
- De inbreng van alle betrokkenen wordt serieus genomen en is gelijkwaardig gewogen vanuit ieders expertise en verantwoordelijkheid.

4. Toepassing in de praktijk, leren en verbeteren en duurzame borging van het MDO

4.1 Inleiding

De beweging naar passende inzet van MDO binnen de eerstelijnszorg, dat breed gedragen is en duurzaam wordt ingezet, vraagt om meer dan alleen inhoudelijke en organisatorische afspraken. Een MDO dat effectief, efficiënt en toekomstbestendig functioneert, vereist gezamenlijke inzet van zorgprofessionals, zorgorganisaties, beroepsverenigingen en beleidsmakers.

De passende inzet van MDO vormt een belangrijke stap om de principes van passende zorg in de dagelijkse praktijk te brengen: zorg en ondersteuning organiseren met en rondom de patiënt[21], op een manier die bijdraagt aan samenhang, kwaliteit en doelmatige inzet van capaciteit. Daarbij wordt geen nieuw instrument geïntroduceerd, maar wordt voortgebouwd op een bestaande praktijk die nadere verduidelijking en versterking van randvoorwaarden vraagt. Er wordt voorkomen dat zorgverleners los van elkaar interventies inzetten of tegenstrijdige adviezen geven. Dit draagt bij aan gerichte inzet van capaciteit en voorkomt onnodige verwijzingen of herhaalcontacten.

In de huidige praktijk vinden al MDO's plaats. Dit hoofdstuk beschrijft hoe de kaders uit dit document kunnen worden toegepast in de praktijk, hoe leren en verbeteren kan worden vormgegeven en welke elementen van belang zijn voor duurzame borging. Het hoofdstuk bouwt voort op de uitgangspunten van de Visie Eerstelijnszorg 2030.

Het doel van dit hoofdstuk is drieledig:

1. Het schetsen van aandachtspunten en stappen voor *toepassing* van het Kader binnen bestaande werkprocessen in de eerste lijn.
2. Het beschrijven van *leren en verbeteren*, zodat de meerwaarde en uitvoerbaarheid van MDO's zichtbaar en bespreekbaar worden.
3. Het benoemen van voorwaarden en strategieën, die nodig zijn om passende inzet van MDO *duurzaam te ondersteunen en borgen* richting 2030.

4.2 Toepassing in de praktijk

De toepassing van de beschreven kaders in dit document voor de beweging naar passende inzet van MDO binnen de gehele eerstelijnszorg vraagt om werkbare afspraken binnen bestaande werkprocessen. Hierbij zijn de kernwaarden van de Visie Eerstelijnszorg 2030 leidend: zorgvraag-gestuurd werken, passende zorg, samenwerking in de wijk en het versterken van het professioneel handelen. De beweging naar passende inzet van MDO moet aansluiten bij bestaande werkprocessen, zonder extra bureaucratie of nieuwe organisatorische structuren te creëren.

[21] Daar waar patiënt geschreven staat in dit kaderdocument, kan ook patiënt en/of diens naaste/wettelijk vertegenwoordiger/mantelzorger gelezen worden.

Het MDO vindt al plaats binnen de huidige zorgpraktijk. De kaders en beschreven randvoorwaarden helpen om bestaande werkwijzen te verduidelijken, te versterken en beter uitvoerbaar te maken. Daarbij wordt gebruikgemaakt van wat er al is, zoals samenwerkingsafspraken, formats, ICT-voorzieningen en kwaliteitsstructuren.
Een werkbare toepassing van dit Kaderdocument vraagt om duidelijke verantwoordelijkheden, praktische ondersteuning, het vormgeven van de randvoorwaarden en aandacht voor vaardigheden en samenwerking. De zorgvraag van de patiënt blijft hierbij altijd het uitgangspunt; de zorginhoud is leidend en de structuren zijn volgend.

4.2.1 Uitgangspunten voor toepassing in de praktijk

De toepassing van de beschreven kaders en randvoorwaarden in dit Kaderdocument is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken partijen in de eerstelijnszorg. Daarbij staat centraal dat de afspraken over toepassing in de praktijk stapsgewijs, gedragen en contextgevoelig tot stand komen. Het MDO wordt niet opgelegd als verplichting, maar passend ingezet als onderdeel van zorgverlening wanneer de zorgvraag van de patiënt daar aanleiding toe geeft.

Bij de toepassing van dit Kaderdocument wordt onderscheid gemaakt tussen:

- De inhoudelijke kaders van MDO gericht op de individuele patiënt, waarbij de zorginhoud en de concrete zorgvraag leidend zijn;
- De benodigde randvoorwaarden vanuit landelijk, regionaal en wijkniveau, die nodig zijn om multidisciplinaire samenwerking en het MDO in de praktijk goed mogelijk te maken.

Belangrijke uitgangspunten voor de toepassing zijn:

1. *Passende inzet vanuit de zorgvraag van de patiënt*
   Het MDO wordt alleen ingezet wanneer dit passend is bij de zorgvraag van een individuele patiënt. De zorginhoud is leidend; structuren, samenwerkingsvormen en organisatie zijn ondersteunend.
2. *Toepassing binnen bestaande werkprocessen*
   De toepassing van MDO sluit aan bij bestaande samenwerkingsafspraken en zorgprocessen. Er worden geen nieuwe overlegstructuren ingericht; wel kunnen bestaande werkafspraken worden verduidelijkt of versterkt.
3. *Professioneel eigenaarschap en gezamenlijk leren*
   Zorgprofessionals bepalen gezamenlijk hoe het MDO het beste kan worden ingebed in hun werkproces. Kennis van elkaars expertise, interprofessioneel leren en gezamenlijke reflectie ondersteunen deze ontwikkeling.
4. *Richtinggevende landelijke kaders en facilitering op praktijk-, wijk- en regioniveau*
   Landelijke kaders geven richting aan samenwerken, gegevensuitwisseling en bekostiging. Op praktijk- wijk- en regioniveau worden de voorwaarden gecreëerd om het MDO daadwerkelijk werkbaar te maken, zonder dat deze niveaus bepalen hoe het MDO op patiëntniveau plaatsvindt.

4.2.2 Rollen van de verschillende niveaus

Het maken van de beweging naar passende inzet van MDO vraagt om samenhang tussen verschillende niveaus, die elkaar ondersteunen, maar ieder een eigen functie hebben. Daarbij geldt dat de inzet van het MDO primair plaatsvindt op individueel patiëntniveau, in de dagelijkse praktijk van zorgverleners en binnen hechte wijkverbanden of samenwerkingsrelaties die al bestaan.

Landelijk niveau

Het landelijk niveau creëert de randvoorwaarden waarbinnen professionals kunnen samenwerken. Belangrijke elementen zijn:

- Landelijke definities, formats en uitgangspunten voor MDO;
- Afspraken over digitale gegevensuitwisseling en interoperabiliteit;
- Landelijke richtingen voor passende bekostiging (transparant en uitlegbaar);
- Kennisdeling en ondersteuning vanuit beroepsverenigingen en landelijke programma's.

Deze kaders zijn ondersteunend en bieden duidelijkheid, zonder voor te schrijven hoe een MDO op individueel patiëntniveau plaatsvindt.

Regionaal niveau

Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's) kunnen een faciliterende, niet-aansturende rol vervullen bij het creëren van randvoorwaarden voor passende inzet van MDO. Zij kunnen bijvoorbeeld:

- Samenwerking tussen disciplines ondersteunen;
- Signalen en knelpunten uit de praktijk bundelen en agenderen;
- Bijdragen aan randvoorwaarden zoals scholing, gegevensuitwisseling en formats;
- Faciliteren en stimuleren van het proces van continu leren en verbeteren;
- Afstemming bevorderen tussen praktijken, wijkverbanden en regionale partijen.

Het MDO zelf wordt echter niet regionaal georganiseerd of verankerd in regionale plannen als aparte overlegvorm. De inzet van een MDO vindt primair plaats binnen bestaande samenwerkingsrelaties ten behoeve van het individuele zorgproces van de patiënt.

Wijk, praktijk- en individueel zorgverlenersniveau

Op praktijk- en individueel zorgverlenersniveau vindt het MDO daadwerkelijk plaats. Hier wordt bepaald of en wanneer een MDO passend is, welke disciplines aansluiten, hoe het overleg wordt voorbereid en hoe afspraken worden teruggekoppeld.

Afhankelijk van de setting kan dit plaatsvinden binnen een huisartsenpraktijk, een praktijk voor fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie, huidtherapie of optometrie, een wijkteam, een paramedisch samenwerkingsverband of een GZSP-zorgteam.

De zorgvraag van de patiënt is hierbij altijd leidend voor frequentie, samenstelling en werkwijze van het MDO. Waar nodig kan op wijk- of praktijkniveau lichte monitoring plaatsvinden om zicht te houden op inclusiviteit en betrokkenheid van relevante disciplines.

4.2.3 Ondersteunende voorwaarden voor toepassing in de praktijk

De toepassing van de beschreven kaders voor passende inzet van MDO vraagt om een aantal ondersteunende voorwaarden die in samenhang moeten worden ontwikkeld.

1. Kennis en interprofessionele competenties

Professionals hebben behoefte aan ondersteuning bij interprofessioneel samenwerken, rolverheldering, gezamenlijke besluitvorming, samen beslissen met de patiënt en digitale vaardigheden. Ook kennis hebben van elkaars expertise is hierin belangrijk. Beroepsverenigingen, praktijken, wijkverbanden en regionale samenwerkingsstructuren kunnen hierin faciliteren door middel van:

- Gezamenlijke scholing;
- Casusbesprekingen en intervisie;
- Formats en voorbeeldmaterialen;
- Handreikingen en richtlijnen.

Deze voorwaarden zijn ondersteunend, dienen het professioneel handelen en gelden niet als nieuwe vereisten op zichzelf.

2. Digitale randvoorwaarden

Digitale randvoorwaarden moeten het werkproces ondersteunen. Dit betekent:

- Dat MDO's uitvoerbaar blijven, ook wanneer systemen nog niet volledig interoperabel zijn;
- Dat digitale ondersteuning voortbouwt op bestaande systemen en afspraken;
- Dat toekomstige infrastructuren geen beroepsgroepen mogen uitsluiten;
- Dat dossiervoering en terugkoppeling aansluiten bij de eerder beschreven principes in H3.5.

Om de gewenste ontwikkeling richting passende en goed ondersteunde multidisciplinaire samenwerking mogelijk te maken, is het van belang dat partijen gezamenlijk toewerken naar een passende strategie voor digitale samenwerking in zorgnetwerken.
Deze implementatiestrategie richt zich op het ondersteunen van samenwerking rondom patiënten, bijvoorbeeld door middel van zorgnetwerkomgevingen waarin relevante informatie gedeeld en ingezien kan worden, passend binnen de geldende wet- en regelgeving.

De ontwikkeling hiervan sluit aan bij landelijke trajecten, zoals de implementatiestrategie voor het gezondheidsinformatiestelsel (GIS). Daarbij is het van belang dat:

- Bestaande systemen waar mogelijk worden benut en doorontwikkeld;
- Landelijke standaarden worden toegepast;
- En dat oplossingen aansluiten bij de praktijk van zorgverleners en geen extra administratieve lasten veroorzaken.

De verdere uitwerking van deze digitale randvoorwaarden vraagt om gezamenlijke inzet van beroepsverenigingen, zorgaanbieders, leveranciers en landelijke partijen.

3. Tijd, organisatie en bekostiging

De beweging naar passende inzet van MDO moet aansluiten bij bestaande werkprocessen. Daarom is nodig:

- Tijd voor voorbereiding, overleg, verslaglegging en terugkoppeling die binnen organisaties en praktijken kan worden ingepland;

- Organisatorische ondersteuning waar passend, bijvoorbeeld bij agendering, coördinatie of verslaglegging;
- Aandacht voor administratieve lasten
- Bekostiging die de inzet van het MDO mogelijk maakt.

Deze voorwaarden zijn ondersteunend, dienen het professioneel handelen en gelden niet als nieuwe vereisten op zichzelf.

Wat heb je nodig om vaker aan een MDO deel te nemen?
"Meer tijd, een vast format en een vergoeding."

4.3 Leren en verbeteren

4.3.1 Doel van leren en verbeteren

Leren en verbeteren heeft als doel inzicht te geven in de bijdrage van het MDO aan kwaliteit, samenhang en doelmatigheid van zorg. Eventuele monitoring is hierbij nadrukkelijk bedoeld als leer- en verbeterinstrument, niet als vorm van verantwoording of afrekening.

Het biedt professionals de mogelijkheid om successen te delen, knelpunten te signaleren en gezamenlijk te werken aan verdere ontwikkeling van samenwerking en samenhangende zorg.
Voor het evalueren van een MDO kunnen er verschillende kaders gebruikt worden, afhankelijk van het doel, met het oog op leren en verbeteren.

De resultaten van evaluaties kunnen worden benut om lokaal, op praktijk- of wijkniveau, en waar passend regionaal van elkaar te leren, zonder dat dit leidt tot extra administratieve lasten of financiële consequenties. De verantwoordelijkheid voor evaluatie ligt zo dicht mogelijk bij de praktijk, met een duidelijke rolverdeling. Op die manier draagt evaluatie bij aan een continu proces van leren en verbeteren, in lijn met passende zorg en interprofessioneel samenwerken.

4.3.2 Evaluatiekaders

Om te borgen dat het MDO daadwerkelijk bijdraagt aan passende, samenhangende en doelmatige zorg, is het van belang het overleg periodiek te evalueren. Evaluatiekaders bieden hierbij een houvast, zij maken inzichtelijk hoe het MDO functioneert, hoe de samenwerking tussen verschillende disciplines verloopt en in hoeverre het overleg leidt tot concrete en gedragen afspraken.

Evaluatiekaders moeten het leren en verbeteren ondersteunen, zonder te leiden tot extra administratieve lasten of formele verantwoordingsdruk. Door gebruik te maken van evaluatiekaders kan het MDO zich ontwikkelen, in lijn met de principes van passende zorg, interprofessioneel samenwerken en continue verbeteren.

Gebaseerd op aanbevelingen uit de *Handreiking MDO* (Verenso, 2015)[22] en het onderzoek *Borgen van multidisciplinair overleg in de eerste lijn* (Zuyd Hogeschool & HOZL, 2025)[23] kan onderscheid worden gemaakt tussen drie typen aandachtspunten::

1. Procesmatige aandachtspunten: frequentie en samenstelling van MDO's, voorbereiding, verslaglegging en follow-up.
2. Uitkomstgerichte aandachtspunten: ervaren kwaliteit van samenwerking en patiënttevredenheid.
3. Randvoorwaardelijke aandachtspunten: beschikbaarheid van digitale ondersteuning, scholing, tijd en bekostiging.

4.3.3 Leren op verschillende niveaus

Om de werking van MDO's te volgen en te verbeteren, kan op verschillende niveaus laagdrempelig worden gereflecteerd. Deze aanpak sluit aan bij het *Kader Passende Zorg* (Zorginstituut Nederland, 2021)[24] waarin leren en verbeteren onderdeel is van de professionele praktijk.

Lokaal

De nadruk ligt op laagdrempelig leren in de praktijk. Deelnemers aan MDO's kunnen periodiek kort reflecteren op het proces en de samenwerking, bijvoorbeeld in bestaande overlegmomenten of teamvergaderingen, zonder extra administratieve belasting.
De ervaringen van patiënten worden hierbij nadrukkelijk meegenomen. Patiënttevredenheid en ervaren regie kunnen periodiek of na afronding van een MDO-cyclus worden geëvalueerd, zodat het perspectief van de patiënt leidend blijft in de verbetering van samenwerking.

Bestaande overleg- en communicatiekanalen binnen praktijken, wijkverbanden of andere samenwerkingsrelaties kunnen worden benut om signalen uit de dagelijkse praktijk te verzamelen en, waar relevant, te agenderen op regionaal niveau.

Regionaal

Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's) kunnen, afhankelijk van behoefte en capaciteit, lerende netwerken of themabijeenkomsten organiseren waarin teams ervaringen uitwisselen en knelpunten signaleren.

Landelijk

De verzamelde inzichten worden waar mogelijk gedeeld binnen de programmastructuur van de *Realisatieagenda Eerstelijnszorg 2030* (VWS, 2024)[25], zodat beroepsgroepen, beleidsmakers en andere betrokken partijen gezamenlijk kunnen leren van praktijkervaringen en deze kunnen benutten voor verbetering van randvoorwaarden en bekostiging.

---

[22] Verenso. (2015). *Handreiking multidisciplinair overleg (MDO)*. Utrecht: Verenso.| VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf

[23] Slowig, J., Ummels, D., Hayen, B., Ausems, T., & Moser, A. (2025). *Op naar morgen! Langdurig borgen van multidisciplinaire overleggen (MDO) 2025–2030 voor kwetsbare oudere patiënten: Adviesnota borgingsbeleid MDO's Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg*. Lectoraat Autonomie en Participatie in Zorg en Welzijn, Zuyd Hogeschool.

[24] Zorginstituut Nederland (ZIN). (2021). *Passende zorg* | Passende zorg | Zorginstituut Nederland

[25] VWS. (2024). *Realisatieagenda Visie Eerstelijnszorg 2030*. Den Haag; VWS. | realisatieagenda_visie_eerstelijnszorg_2030.pdf

4.4 Duurzame borging

Duurzame borging gaat over het blijvend beschikbaar, uitvoerbaar en waardevol houden van het MDO in de dagelijkse praktijk. Borging betekent dat afspraken over samenwerking niet afhankelijk zijn van incidentele projecten of individueel enthousiasme, maar worden ondersteund door duidelijke verantwoordelijkheden, werkbare structuren en onderling vertrouwen.

Wat heb je nodig om vaker aan een MDO deel te nemen?
"Vast aanspreekpunt per patiënt, duidelijke coördinatie en een duidelijke planning."

Het onderzoek van Zuyd Hogeschool & HOZL (2025)[26] benadrukt dat borging zowel technische als relationele randvoorwaarden vraagt: *persoonlijk kennen, gedeelde digitale infrastructuur en structureel reflectiemoment*.
In dit licht worden drie vormen van borging onderscheiden: inhoudelijke, organisatorische en relationele borging.

4.4.1 Inhoudelijke borging

Duurzame borging van het MDO vraagt om verankering in de dagelijkse zorgpraktijk. Essentieel is een heldere rolverdeling en onderlinge afstemming tussen zorgverleners. De *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* (KNMG, 2023)[27] en de Handreiking *Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg* (Verenso, V&VN, NAPA, 2022)[28] bieden hiervoor richting.

Leren en verbeteren zijn onlosmakelijk onderdeel van de vakinhoudelijke ontwikkeling van de betrokken disciplines. Met de toegang tot passende inzet van MDO door alle betrokken zorgverleners wordt dit proces vanzelf versterkt: professionals reflecteren op hun handelen, delen kennis en verbeteren de samenwerking vanuit hun eigen beroepspraktijk. Deze ontwikkeling vindt plaats binnen bestaande kwaliteitsstructuren, zoals intervisie, nascholing en kwaliteitsregisters, en vormt daarmee geen aparte, nieuwe structuur. Zo wordt het MDO onderdeel van het continu leren binnen én tussen disciplines.

4.4.2 Organisatorische en financiële borging

Naast inhoudelijke verankering vraagt borging ook om organisatorische en financiële ondersteuning. Het MDO wordt duurzaam geborgd wanneer het een structurele plek krijgt in kwaliteitsbeleid, jaarplannen en samenwerkingsafspraken van zorgorganisaties en in de regio.

Hiervoor is een aantal stappen van belang:

- De mogelijkheid om een MDO te organiseren is opgenomen in kwaliteitsbeleid en samenwerkingsafspraken.
- Er is een gedeelde digitale infrastructuur of er zijn werkbare afspraken voor veilige en efficiënte informatie-uitwisseling, in lijn met de uitgangspunten van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz).

---

[26] Slowig, J., Ummels, D., Hayen, B., Ausems, T., & Moser, A. (2025). *Op naar morgen! Langdurig borgen van multidisciplinaire overleggen (MDO) 2025–2030 voor kwetsbare oudere patiënten: Adviesnota borgingsbeleid MDO's Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg*. Lectoraat Autonomie en Participatie in Zorg en Welzijn, Zuyd Hogeschool.

[27] KNMG. (2022). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.* Utrecht: KNMG. | Herzien: Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg | KNMG

[28] Verenso, V&VN, NAPA. (2022). *Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg*. Utrecht: Verenso/V&VN/NAPA. | 220331_Handreiking-Taakherschikking-Ouderenzorg_DEF_bij-nieuwsbericht.pdf

- MDO-tijd kan passend worden bekostigd, zodat voorbereiding, overleg, verslaglegging en terugkoppeling mogelijk zijn.
- Waar dit helpt bij de uitvoerbaarheid, zijn samenwerkingsafspraken op landelijk, regionaal en wijkniveau wenselijk om de randvoorwaarden voor passende inzet van MDO te ondersteunen.

4.4.3 Relationele borging

Borging is niet alleen een kwestie van structuren en systemen, maar ook van relaties. Het onderzoek van Zuyd Hogeschool & HOZL (2025) laat zien dat duurzame samenwerking in belangrijke mate wordt gedragen door vertrouwen, persoonlijk contact en gedeeld eigenaarschap. Daarom is het belangrijk dat professionals ruimte houden voor ontmoeting, feedback en gezamenlijke reflectie. Psychologische veiligheid binnen teams en samenwerkingsrelaties is hierbij een voorwaarde: alleen in een open cultuur kunnen professionals elkaar aanspreken en leren van ervaringen. Structurele reflectiemomenten – bijvoorbeeld gekoppeld aan bestaande intervisie, kwaliteitsbesprekingen of andere reguliere vormen van leren en verbeteren – helpen om samenwerking levend en betekenisvol te houden.

5. Vervolgstappen Kaderdocument MDO

Vertrouwen in de beweging naar passende inzet van MDO
Het Kaderdocument beschrijft de gezamenlijke richting, inhoudelijke uitgangspunten en benodigde randvoorwaarden om de beweging naar passende inzet van MDO te maken. Ondersteuning van en vertrouwen in deze richting van alle partijen betrokken bij de Visie Eerstelijnszorg is een belangrijk uitgangspunt om dit onderdeel binnen de eerstelijnszorg in 2030 gezamenlijk goed in te richten. Het Kaderdocument MDO is geagendeerd tijdens het Bestuurlijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg van 16 juni 2026.

Commitment op vervolg
Na vaststelling van deze gezamenlijke richting als uitgangspunt voor de beweging naar passende inzet van MDO zijn vervolgstappen nodig om dit ook daadwerkelijk te realiseren. Het Kaderdocument beschrijft de gezamenlijke richting en inhoudelijke uitgangspunten, maar regelt nog niet alle randvoorwaarden die nodig zijn voor uitvoering. Commitment van alle eerstelijnspartijen om dit vervolg gezamenlijk vorm te geven is essentieel om aan de volledige opdracht van de Realisatieagenda te kunnen voldoen.

Vertaalslag voor het werkveld: communicatie, betrokkenheid en verantwoordelijkheid
Nauwe samenwerking tussen beroepsverenigingen, VWS, NZa, zorgverzekeraars, regionale samenwerkingsverbanden, hechte wijkverbanden en zorgprofessionals is nodig om daadwerkelijk de beweging te maken naar passende inzet van MDO.
Een adequate vertaalslag van de beschreven kaders is nodig om zorgprofessionals te informeren en betrekken en om ze bewust te maken van hun rol, verantwoordelijkheid en essentiële bijdrage om ook in de toekomst passende zorg voor de patiënt te kunnen (blijven) bieden.

Betrokken eerstelijns partijen bij de Visie Eerstelijnszorg 2030.

Bijlage 1: Enquête werkveldraadpleging (sept 2025)

Beste ...,

Wij nodigen je uit om deel te nemen aan de enquête over de **praktische uitvoering van het multidisciplinair overleg (MDO) in de eerstelijnszorg**. In de eerstelijn speelt goede samenwerking en afstemming met de client/patiënt en tussen zorgprofessionals een belangrijke rol, zeker wanneer het gaat om complexe zorg- en ondersteuningsvragen.

Met deze vragenlijst willen we inzicht krijgen in:

- Hoe MDO's in de eerstelijnszorg worden vormgegeven;
- Welke disciplines betrokken zijn;
- Welke factoren bijdragen aan een effectieve samenwerking;
- En welke knelpunten je eventueel ervaart in de praktijk.

Jouw ervaringen zijn hierbij van grote waarde. De uitkomsten gebruiken we om beter zicht te krijgen op de huidige werkwijzen én om aanbevelingen te doen voor verbetering van de samenwerking in de eerstelijnszorg.

Hartelijk dank voor je tijd en bijdrage!

---

1. Wat is uw functie?
    - ☐ Arts verstandelijk gehandicapten
    - ☐ Apotheker
    - ☐ Openbare apotheek
    - ☐ Diëtist
    - ☐ Ergotherapeut
    - ☐ Fysiotherapeut
    - ☐ Huisarts
    - ☐ Huidtherapeut
    - ☐ Logopedist
    - ☐ Maatschappelijk werker
    - ☐ Mantelzorg
    - ☐ Optometrist
    - ☐ Oefentherapeut
    - ☐ Patiënt
    - ☐ Praktijkondersteuner (POH)
    - ☐ Specialist ouderengeneeskunde
    - ☐ (wijk) Verpleegkundige
    - ☐ Geen van de bovenstaande
    - ☐ Anders, namelijk:

2. Aan welk type zorgorganisatie bent u verbonden? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
   - ☐ (openbare) Apotheek
   - ☐ Eenmanspraktijk
   - ☐ Meermanspraktijk
   - ☐ Gezondheidscentrum
   - ☐ Instelling voor verstandelijk gehandicapten
   - ☐ Polikliniek behandeling verstandelijk gehandicapten
   - ☐ Revalidatiecentrum
   - ☐ VVT Instelling
   - ☐ Ziekenhuis
   - ☐ Geen van de bovenstaande
   - ☐ Anders, namelijk:

3. Neem je deel aan multidisciplinaire overleggen (MDO's) in de eerstelijnszorg?
   - ☐ Ja, structureel
   - ☐ Ja, op aanvraag vanuit mijzelf
   - ☐ Ja, op aanvraag vanuit de patiënt en/of mantelzorger
   - ☐ Ja, op aanvraag vanuit collega-zorgprofessional
   - ☐ Ja, op verzoek van huisarts/collega arts
   - ☐ Nee, nooit. *→ Ga door naar vraag 21*
   - ☐ Nee, nooit maar ik zou dit wel willen. *→ Ga door naar vraag 22*

4. Hoe vaak neem je gemiddeld deel aan een MDO?
   - ☐ Wekelijks
   - ☐ Maandelijks
   - ☐ Per kwartaal
   - ☐ Minder dan eens per kwartaal
   - ☐ Anders, namelijk:

5. Wie zijn er op basis van uw ervaringen aanwezig bij deze MDO's?(Meerdere antwoorden mogelijk)
   - ☐ Arts verstandelijk gehandicapten
   - ☐ (Openbare) Apotheker
   - ☐ Diëtist
   - ☐ Ergotherapeut
   - ☐ Fysiotherapeut
   - ☐ GZ-psychologen
   - ☐ Huidtherapeut
   - ☐ Huisarts
   - ☐ Logopedist
   - ☐ Maatschappelijk werker
   - ☐ Mantelzorger
   - ☐ Optometrist
   - ☐ Oefentherapeut
   - ☐ Orthopedagogen
   - ☐ Patiënt

- ☐ Praktijkondersteuner (POH)
- ☐ Specialist ouderengeneeskunde
- ☐ (Wijk) verpleegkundige
- ☐ Anders, namelijk:

6. Is de patiënt en/of mantelzorger altijd aanwezig bij een MDO over de voortgang of eventuele knelpunten tijdens uw behandeling?
   - ☐ Ja, altijd
   - ☐ Ja, alleen op aanvraag van mij als patiënt en/of mantelzorger
   - ☐ Ja, alleen op aanvraag van mijn behandelaar
   - ☐ Nee, het was mij als patiënt en/of mantelzorger niet bekend dat ik daarbij aanwezig kan zijn
   - ☐ Nee, dat doen we bij ons MDO nooit (beleid/afspraak)
   - ☐ Nee, ik vind dat geen meerwaarde

7. Bent u als zorgprofessional altijd aanwezig bij een MDO over de voortgang of eventuele knelpunten van de behandeling van uw patiënt?
   - ☐ Ja, altijd
   - ☐ Ja, alleen op aanvraag van mijn patiënt en/of mantelzorger
   - ☐ Ja, alleen op aanvraag vanuit mijzelf
   - ☐ Soms, alleen als ik als zorgprofessional iets in te brengen heb
   - ☐ Nee, niet standaard
   - ☐ Nee, niet standaard maar wel op aanvraag van collega zorgprofessional
   - ☐ Anders, namelijk:

8. Wat is meestal het doel van het MDO?
   - ☐ Gezamenlijk opstellen van (integraal) behandelplan
   - ☐ Afstemming behandeldoelen
   - ☐ Afstemming inhoud van de zorg
   - ☐ Afstemming volgorde van interventies
   - ☐ Overleg over zorgcoördinatie
   - ☐ Anders, namelijk:

9. Op welke manier vindt het MDO meestal plaats?
   - ☐ Fysiek overleg op locatie
   - ☐ Online (bijv. via Teams, Zoom)
   - ☐ Telefonisch
   - ☐ Schriftelijk (via e-mail of dossierdeling)
   - ☐ Anders, namelijk:

10. Wie initieert het MDO meestal?
    - ☐ Casemanager
    - ☐ Huisarts
    - ☐ Persoonlijk begeleider
    - ☐ Praktijkondersteuner
    - ☐ (Wijk)verpleegkundige
    - ☐ Zorg coördinator
    - ☐ Jij zelf, namelijk:

11. Op welke wijze vindt de terugkoppeling van de uitkomsten van het MDO aan de patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorger plaats?
    - ☐ De behandelaar wie het MDO heeft geïnitieerd geeft mondeling een terugkoppeling aan patiënt en/of aan naasten/mantelzorger
    - ☐ De behandelaar die de eerstvolgende afspraak met patiënt heeft geeft mondeling een terugkoppeling.
    - ☐ De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorger ontvangt schriftelijk per post of per mail een terugkoppeling
    - ☐ De terugkoppeling vindt telefonisch plaats aan patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorger
    - ☐ Anders, namelijk:

12. Hoeveel tijd kost deelname per individuele patiënt aan een gemiddeld MDO (inclusief voorbereiding en verslaglegging)?
    - ☐ Minder dan 30 minuten
    - ☐ 30–60 minuten
    - ☐ Meer dan 60 minuten
    - ☐ Meer dan 90 minuten

13. Hoe vaak vindt er (gemiddeld) een MDO specifiek voor een individuele patiënt plaats?
    - ☐ Eens per maand
    - ☐ Eens per twee maanden
    - ☐ Eens per drie maanden
    - ☐ Eens per zes maanden
    - ☐ Anders, namelijk:

14. Wat is de rol van de patiënt en/of naasten/mantelzorgers in het MDO-proces?
    - ☐ De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorgers worden niet betrokken.
    - ☐ De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorgers worden vooraf geïnformeerd en krijgen achteraf een terugkoppeling
    - ☐ De patiënt en/of zijn haar naasten/mantelzorgers wordt vooraf om input gevraagd en achteraf over de inhoudelijkebespreking geïnformeerd.
    - ☐ De patiënt en/of zijn haar naasten/mantelzorgers zijn aanwezig bij het MDO

15. Wat zijn voor jou belangrijke knelpunten bij deelname aan MDO's?(meerdere antwoorden mogelijk)
    - ☐ Onvoldoende tijd
    - ☐ Geen vergoeding
    - ☐ Moeilijke afstemming van agenda's
    - ☐ Onduidelijke rolverdeling
    - ☐ Geen duidelijke coördinator
    - ☐ Onduidelijke selectiecriteria om een casus in te brengen
    - ☐ Onvoldoende relevantie voor mijn werk
    - ☐ Problemen met gegevensuitwisseling tussen de verschillende disciplines
    - ☐ Gebrek aan kennis over mijn vakgebied bij collega's
    - ☐ Anders, namelijk:

16. Zou je (vaker) willen deelnemen aan MDO's als praktische belemmeringen/knelpunten worden weggenomen?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nee
    - ☐ Weet ik niet

17. Wat heb je nodig om vaker aan een MDO deel te nemen?
    - ☐ Meer tijd
    - ☐ Betere vergoeding
    - ☐ Heldere formats
    - ☐ Minder administratielast
    - ☐ Anders, namelijk:

18. Wat draagt volgens jou bij aan een effectief MDO?

19. Heb je suggesties voor verbetering van MDO's in de eerstelijnszorg? Hoe zou jouw ideale MDO er in de toekomst uitzien?

20. In welke mate vind je MDO's waardevol voor jouw werk als zorgverlener?
    - ☐ Zeer waardevol
    - ☐ Enigszins waardevol
    - ☐ Neutraal
    - ☐ Weinig waardevol
    - ☐ Helemaal niet waardevol

21. Je hebt aangegeven nooit deel te nemen aan een MDO, kun je toelichten waarom dat zo is?

22. Je hebt aangegeven nooit deel te nemen aan een MDO, maar dit wel graag te willen. Waarom vind je dit belangrijk? Wat heb je daarvoor nodig?

Bijlage 2: Resultaten werkveldraadpleging (okt 2025)

Totaal aantal reacties op de enquête: 422

1. Wat is uw functie?

	Aantal	Percentage
Fysiotherapeut	140	33%
Ergotherapeut	64	15%
Specialist ouderengeneeskunde	57	14%
Optometrist	42	10%
Oefentherapeut	33	8%
Apotheker	26	6%
Diëtist	16	4%
Arts verstandelijk gehandicapten	10	2%
(wijk) verpleegkundige	8	2%
(GZ) Psycholoog	7	2%
Logopedist	2	>1%
Psycholoog	1	>1%
Overig/onbekend	16	4%
Geen respons	0	-
Totaal	**422**	**100%**

2. Aan welk type zorgorganisatie bent u verbonden?

	Aantal	Percentage
Meermanspraktijk	156	37%
VVT Instelling	94	22%
Eenmanspraktijk	76	18%
Gezondheidscentrum	41	10%
(openbare) Apotheek	23	5%
Ziekenhuis	13	3%
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	12	3%
Revalidatiecentrum	6	1%
Polikliniek behandeling verstandelijk gehandicapten	5	1%
Overig	38	9%
Geen respons	4	1%

NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%

3. Neem je deel aan multidisciplinaire overleggen (MDO's) in de eerstelijnszorg?

	Aantal	Percentage
Ja, structureel	143	34%
Ja, op aanvraag vanuit collega-zorgprofessional	140	33%
Ja, op verzoek van huisarts/collega arts	117	28%

Ja, op aanvraag vanuit mijzelf	111	26%
Ja, op aanvraag vanuit de patiënt en/of mantelzorger	74	18%
Nee, nooit	73	17%
Nee, nooit, maar ik zou dit wel willen	61	14%
Geen respons	2	>1%

NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%

4. Hoe vaak neem je gemiddeld deel aan een MDO?

	Aantal	Percentage
Maandelijks	85	20%
Minder dan eens per kwartaal	53	13%
Per kwartaal	62	15%
Wekelijks	44	10%
Overig	45	11%
Geen respons	133	32%
Totaal	**422**	**100%**

5. Wie zijn er op basis van uw ervaringen aanwezig bij deze MDO's?

	Aantal	Percentage
Huisarts	194	46%
Praktijkondersteuner (POH)	165	39%
(Wijk) verpleegkundige	164	39%
Fysiotherapeut	157	37%
Specialist ouderengeneeskunde	135	32%
Ergotherapeut	130	31%
GZ psychologen	66	16%
Mantelzorger	59	14%
Patiënt	59	14%
Maatschappelijk werker	53	13%
Diëtist	52	12%
Logopedist	47	11%
(openbare) Apotheker	42	10%
Orthopedagogen	26	6%
Arts verstandelijk gehandicapten	16	4%
Oefentherapeut	14	3%
Optometrist	8	2%
Huidtherapeut	1	>1%
Overig*	121	29%
Geen respons	134	32%

NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%

**o.a. genoemd zijn: casemanagers, begeleiders/ondersteuners, GGD/gemeente/WMO/sociaal domein, specialisten, school/leerkrachten en overig betrokken hulpverleners.*

6. Is de patiënt en/of mantelzorger altijd aanwezig bij een MDO over de voortgang of eventuele knelpunten tijdens uw behandeling?

	Aantal	Percentage
Ja, alleen op aanvraag van mijn behandelaar	55	13%
Ja, altijd	45	11%
Ja, alleen op aanvraag van mij als patiënt en/of mantelzorger	45	11%
Nee, dat doen we bij ons MDO nooit (beleid/afspraak)	150	36%
Nee, ik vind dat geen meerwaarde	10	2%
Nee, het was mij als patiënt en/of mantelzorger niet bekend dat ik daarbij aanwezig kan zijn	5	1%
Geen respons	145	34%

NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%

7. Bent u als zorgprofessional altijd aanwezig bij een MDO over de voortgang of eventuele knelpunten van de behandeling van uw patiënt?

	Aantal	Percentage
Ja, altijd	95	23%
Ja, alleen als ik als zorgverlener iets in te brengen heb	83	20%
Ja, alleen op aanvraag van mij als patiënt en/of mantelzorger	30	7%
Ja, alleen op aanvraag van mijzelf	20	5%
Nee, niet standaard maar wel op aanvraag van collega zorgprofessional	81	19%
Nee, niet standaard	41	10%
Nee, ik vind dat geen meerwaarde	10	2%
Overig	25	6%
Geen respons	135	32%

NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%

8. Wat is meestal het doel van het MDO?

	Aantal	Percentage
Afstemming inhoud van de zorg	112	27%
Gezamenlijk opstellen van (integraal) behandelplan	62	15%
Afstemming behandeldoelen	42	10%
Overleg over zorgcoördinatie	10	2%
Afstemming volgorde van interventies	9	2%
Overig	52	12%
Geen respons	135	32%
Totaal	**422**	**100%**

9. Op welke manier vindt het MDO meestal plaats?

	Aantal	Percentage
Fysiek overleg op locatie	238	56%
Online (bijv. via Teams, Zoom)	125	30%
Telefonisch	26	6%
Schriftelijk (via e-mail of dossierdeling)	20	5%
Overig	15	4%
Geen respons	134	32%
NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%		

10. Wie initieert het MDO meestal?

	Aantal	Percentage
Praktijkondersteuner	101	24%
Huisarts	80	19%
(Wijk)verpleegkundige	54	13%
Casemanager	52	12%
Zorg coördinator	32	8%
Persoonlijk begeleider	22	5%
Overig	107	25%
Geen respons	137	32%
NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%		

11. Op welke wijze vindt de terugkoppeling van de uitkomsten van het MDO aan de patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorger plaats?

	Aantal	Percentage
De behandelaar wie het MDO heeft geïnitieerd geeft mondeling een terugkoppeling aan patiënt en/of aan naasten/mantelzorger	120	28%
De behandelaar die de eerstvolgende afspraak met patiënt heeft geeft mondeling een terugkoppeling.	52	12%
De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorger ontvangt schriftelijk per post of per mail een terugkoppeling	14	3%
De terugkoppeling vindt telefonisch plaats aan patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorger	14	3%
Overig	85	20%
Geen respons	137	32%
Totaal	**422**	**100%**

12. Hoeveel tijd kost deelname per individuele patiënt aan een gemiddeld MDO (inclusief voorbereiding en verslaglegging)?

	Aantal	Percentage
Minder dan 30 minuten	109	26%
30–60 minuten	118	28%
Meer dan 60 minuten	51	12%
Meer dan 90 minuten	10	2%
Geen respons	134	32%
Totaal	**422**	**100%**

13. Hoe vaak vindt er (gemiddeld) een MDO specifiek voor een individuele patiënt plaats?

	Aantal	Percentage
Eens per maand	18	4%
Eens per twee maanden	25	6%
Eens per drie maanden	50	12%
Eens per zes maanden	66	16%
Overig*	126	30%
Geen respons	137	32%
Totaal	**422**	**100%**

**Voornamelijk wisselende frequenties afhankelijk van de situatie/zorgvraag. Enkelen geven wel aan structureel MDOs te voeren (meestal minder dan eens per 6 maanden).*

14. Wat is de rol van de patiënt en/of naasten/mantelzorgers in het MDO-proces?

	Aantal	Percentage
De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorgers worden vooraf geïnformeerd en krijgen achteraf een terugkoppeling	87	21%
De patiënt en/of zijn haar naasten/mantelzorgers zijn aanwezig bij het MDO	81	19%
De patiënt en/of zijn haar naasten/mantelzorgers wordt vooraf om input gevraagd en achteraf over de inhoudelijke bespreking geïnformeerd.	79	19%
De patiënt en/of zijn/haar naasten/mantelzorgers worden niet betrokken.	39	9%
Geen respons	136	32%
Totaal	**422**	**100%**

15. Wat zijn voor jou belangrijke knelpunten bij deelname aan MDO's?

	Aantal	Percentage
Onvoldoende tijd	124	29%
Geen vergoeding	221	52%
Moeilijke afstemming van agenda's	137	32%
Problemen met gegevensuitwisseling tussen de verschillende disciplines	84	20%
Geen duidelijke coördinator	43	10%
Onduidelijke selectiecriteria om een casus in te brengen	24	6%
Gebrek aan kennis over mijn vakgebied bij collega's	24	6%

Onduidelijke rolverdeling	18	4%
Onvoldoende relevantie voor mijn werk	6	1%
Overig	51	12%
Geen respons	135	32%

NB. Meerdere antwoorden mogelijk. Percentages tellen niet op tot 100%

16. Zou je (vaker) willen deelnemen aan MDO's als praktische belemmeringen/knelpunten worden weggenomen?

	Aantal	Percentage
Ja	232	55%
Nee	23	5%
Weet ik niet	33	8%
Geen respons	134	32%
Totaal	**422**	**100%**

17. Wat heb je nodig om vaker aan een MDO deel te nemen?

	Aantal	Percentage
Betere vergoeding	166	39%
Heldere formats	17	4%
Meer tijd	23	5%
Minder administratielast	11	3%
Overig	67	16%
Geen respons	138	33%
Totaal	**422**	**100%**

18. Wat draagt volgens jou bij aan een effectief MDO?

19. Heb je suggesties voor verbetering van MDO's in de eerstelijnszorg? Hoe zou jouw ideale MDO er in de toekomst uitzien?[29]

- *"Een goede voorbereiding is van belang: er moet iemand zijn die de agenda van tevoren maakt en bij de deelnemers vraagt om input"*
- *"Vaste voorzitter, tijdsbewaking en concrete afspraken maken"*
- *"Goed agendabeheer van degene die voorzit."*
- *"Duidelijke vraagstelling waarvoor het overleg is. Goede afstemming in taken en regelmatig contact"*
- *"Duidelijk format en taakverdeling"*
- *"Duidelijke rolverdeling*
- *"Overleg moet zinnig zijn, dus efficiënt"*
- *"Digitaal aansluiten mogelijk maken"*
- *"Gebruik van zelfde communicatiemethoden door de verschillende zorgverleners."*
- *"Goede voorbereiding, goede gegevensuitwisseling waardoor het vertrekpunt hetzelfde kan zijn"*

[29] Vraag 18 en 19 zijn open vragen, hiervan kunnen niet alle 422 reacties worden weergegeven. De genoemde quotes schetsen een beeld van veelvoorkomende antwoorden.

- *"Vergoedingen zijn noodzakelijk. Duidelijke agendapunten vooraf. Goede leiding van het MDO en verslag van de afspraken achteraf"*
- *"Gepaste vergoeding: aparte prestatiecode"*
- *"Vergoeding voor de tijd die je erin steekt. Het draagt namelijk bij aan betere kwaliteit van zorg"*
- *"Tijd en vergoeding, zodat het structureel kan plaatsvinden"*
- *"Een veilig overlegklimaat"*
- *"Betere samenwerking en weten wie wat doet"*
- *"Alle betrokken partijen en cliënt aanwezig"*
- *"Afstemming van zorg vanuit de patiënt"*
- *"Input vanuit mantelzorger of patiënt en terugkoppeling"*
- *"Instemming/betrokkenheid patiënt"*

20. In welke mate vind je MDO's waardevol voor jouw werk als zorgverlener?

	Aantal	Percentage
Enigszins waardevol	74	18%
Helemaal niet waardevol	3	1%
Neutraal	17	4%
Weinig waardevol	7	2%
Zeer waardevol	251	59%
Geen respons	70	17%
Totaal	**422**	**100%**

21. Je hebt aangegeven nooit deel te nemen aan een MDO, kun je toelichten waarom dat zo is?

22. Je hebt aangegeven nooit deel te nemen aan een MDO, maar dit wel graag te willen. Waarom vind je dit belangrijk? Wat heb je daarvoor nodig?[30]

Toelichting voor geen deelname aan MDO:

- *"Geen vergoeding"*
- *"Bij ons in de regio weet ik niet hoe dat werkt, het kost ook veel tijd om te organiseren en ik heb het al erg druk in mijn praktijk"*
- *"Ik word hier niet bij betrokken"*
- *"Nooit een uitnodiging gehad hiervoor binnen de 1e lijn"*
- *"Er worden weinig tot geen MDO's georganiseerd, en anders worden we niet uitgenodigd"*
- *"Er worden geen mdo's gehouden waar ik van afweet"*

Toelichting waarom MDO belangrijk wordt gevonden:

- *"Betere afstemming van de zorg en behandeling, uitwisseling informatie, kennisoverdracht."*

[30] Vraag 21 en 22 zijn open vragen, hiervan kunnen niet alle 422 reacties worden weergegeven. De genoemde quotes schetsen een beeld van veelvoorkomende antwoorden.

- *"Afstemming van zorg, leveren van betere zorg, elkaar kennen"*
- *"Ik zie regelmatig mensen met complexe problematiek … afstemming kan kwaliteit verbeteren"*
- *"Ik merk vanuit het verleden dat het heel erg helpend is om samen naar een client te kijken"*
- *"Omdat vanuit een multidisciplinair team dan breder samen met de patiënt gekeken kan worden"*
- *"Complexe problematiek vraagt om afstemming en een eenduidige benadering"*

Toelichting wat er nodig is voor deelname aan MDO:

- *"Een passende vergoeding…..kost veel tijd om alles goed voor te bereiden en wij worden al niet goed betaald"*
- *"Ik weet niet HOE ik dit kan gaan organiseren en mensen allemaal de goede kant op te krijgen"*
- *"Er moet een overkoepelend persoon zijn die dit gaat organiseren"*
- *"Meer tijd. Beleidsafspraken in de regio over de invulling van MDO"*
- *"Organisatie en financiering is nodig om het in de praktijk haalbaar te maken"*
- *"Ik zou vaker deelnemen aan MDOs als hier vergoeding voor komt"*

Bijlage 3: Processtappen en planning totstandkoming Kaderdocument MDO

Tijd	Wat is het deelresultaat? Mijlpalen	Wie zijn nodig om resultaat te behalen?	Wat zijn benodigde acties?	Wat zijn mogelijke risico's of knelpunten?
2025				
Januari – Juni 2025	• Consensus definitie MDO • Uitgangspunten geformuleerd o.b.v. desksearch • Opbouw Kaderdocument • Uitwerking Kaderdocument H1	Alle partijen binnen de Werkgroep Zorg & Ondersteuning (WG Z&O) en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	*Januari-juni:* • Analyse van bestaande documenten en onderzoeken (desksearch). • Bewaken van uitgangsprincipes Passende zorg en VEL • Definitie en uitgangspunten MDO formuleren o.b.v. desksearch • Uitwerking Kaderdocument H1: achtergrond en uitgangsprincipes, desksearch, definitie en uitgangspunten *WG Z&O 12 mei (fysiek)* • Voorleggen van definitie MDO in WG Z&O • Procesupdate desksearch *Thematafel Eerstelijnszorg 27 mei* • Voorleggen definitie MDO, proces en desksearch *WG Z&O 23 juni (online)* • Voorleggen van definitie en uitgangspunten MDO o.b.v. desksearch in WG Z&O • Verdiepingsslag middels casuïstiek/stellingen • Consensus definitie en uitgangspunten MDO in WG Z&O	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg
Juni – December 2025	• Inhoudelijke beschrijving achtergrond, definitie en uitgangspunten o.b.v. desksearch (Kaderdocument H1) • Beschrijving inhoudelijke kaders MDO (Kaderdocument H2) • Beschrijving randvoorwaarden (Kaderdocument H3) • Beschrijving implementatie, evaluatie, monitoring, borging (Kaderdocument H4)	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	*Juli:* • Ophalen input inhoudelijke kaders MDO (H2) bij WG Z&O • Thematafel 8 juli: korte update *Augustus:* • Uitwerken input voor Kaderdocument H2: inhoudelijke kaders MDO	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg

	• Werkveldraadpleging		• WG Z&O 25 augustus (online): bespreken input H2 + introductie enquête achterban-werkveldraadpleging *September-oktober:* • Thematafel 9 sept: voorleggen Kaderdocument H1 • Uitzetten enquête onder achterban + input verwerken in H2 • Kaderdocument H1-H2 (conceptversie) delen met WG Z&O ter feedback + verwerking feedback • Ophalen + uitwerken input voor Kaderdocument H3: randvoorwaarden MDO • WG Z&O 13 oktober (fysiek): H1-H2 definitief + terugkoppeling uitkomsten enquête + bespreken input H3 • Thematafel 28 okt: voorleggen Kaderdocument H1-H2 *Oktober-november:* • Uitwerking Kaderdocument H3: randvoorwaarden MDO • Uitwerking Kaderdocument H4: implementatie, evaluatie, monitoring en borging • Kaderdocument H3-H4 (conceptversie) delen met WG Z&O ter feedback (1e ronde) + verwerking feedback • WG Z&O 24 november (online): H3-H4 feedback bespreken • Verdere verwerking feedback H3 (later ook H4) *December:* • Kaderdocument H3 opnieuw ter feedback voorleggen aan WG Z&O (2e ronde), ter voorbereiding op Thematafel • Kaderdocument H1-H3 voorleggen aan Team Overheid en ZN	

			• Thematafel 9 dec: voorleggen Kaderdocument H1-H2-H3 ter toetsing/onderschrijving uitgangspunten • 15 december: gesprek Team Overheid en ZN ter bespreking feedback • (BO ELZ 17 december: te vroeg om Kaderdocument ter accordering in te brengen)	
2026				
Januari 2026	• Concept reactie voor Team Overheid en ZN • Inventarisatie randvoorwaarden/knelpunten per beroepsgroep	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	• Doornemen ontvangen schriftelijke feedback Team Overheid en ZN • WG Z&O 19 jan: feedback team Overheid en ZN bespreken • Eind jan/begin feb: concept reacties opstellen voor team Overheid en ZN + inventarisatie randvoorwaarden/knelpunten per beroepsgroep	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg
Februari 2026	• Definitieve reactie voor Team Overheid en ZN • Inventarisatie randvoorwaarden/knelpunten per beroepsgroep	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	• WG Z&O 9 feb: korte procesupdate + reminder inventarisatie randvoorwaarden/knelpunten • Uiterlijk 13 feb: concept reacties voor Team Overheid en ZN delen met PFN/LHV ter feedback-ondersteuning • Uiterlijk 23 feb: schriftelijke reacties versturen naar Team Overheid en ZN • Thematafel 24 feb: procesupdate • 26 feb: bijeenkomst Team Overheid, Kaderdocument MDO is agendapunt	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg
Maart 2026	• Concept Kaderdocument H1-H2-H3-H4 met bijlagen	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	• 12 mrt: schriftelijke reacties bespreken met Team Overheid en ZN • Eerste drie weken maart: alle feedback vanuit WG, Team Overheid en ZN verwerken in Kaderdocument H1-H2-H3-H4 • WG Z&O 23 mrt: terugkoppeling gesprek Team Overheid/ZN, procesupdate en planning richting definitief Kaderdocument MDO • Na 23 mrt: volledige concept Kaderdocument H1-H2-H3-H4-bijlagen ter feedback voorleggen aan WG Z&O /	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg

			Team Overheid / ZN / WG Organisatiegraad (via Thematafel) + ruimte voor toetsing bij achterban/bestuur (tot 20 april)	
April 2026	• Feedback Concept Kaderdocument	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	• Thematafel 7 april: volledige concept Kaderdocument voorleggen • 20 april: deadline feedback aanleveren	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg
Mei 2026	• Definitief Kaderdocument	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg	• Eind april/half mei: laatste feedback verwerken + Kaderdocument definitief maken (bij voorkeur uiterlijk 12 mei) • Eerste week mei: vervolggesprek ZN & Team Overheid • WG Z&O 18 mei: definitieve Kaderdocument ter bevestiging/ondersteuning	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg
Juni 2026	• Definitief Kaderdocument • Formele afronding Kaderdocument met beschrijving van inhoudelijke kaders en randvoorwaarden voor het MDO in de eerste lijn	Alle partijen binnen de WG Z&O en de Thematafel Versterking Eerstelijnszorg Bestuurlijk Overleg ELZ (BO ELZ)	• Thematafel 2 juni: definitieve Kaderdocument ter bevestiging/ondersteuning • BO ELZ 16 juni: definitieve Kaderdocument MDO ter accordering	Commitment van alle partijen binnen de WG Z&O, Thematafel Versterking Eerstelijnszorg en BO ELZ

Bijlage 4: Desksearch ten behoeve van uitgangspunten MDO

Geanalyseerde documenten

1. Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO) (Verenso, 2015)[31]
Deze handreiking van Verenso biedt een procesmatige invulling van het MDO, inclusief spelregels, verantwoordelijkheidsverdeling, agendering, verslaglegging en terugkoppeling. De specialist ouderengeneeskunde wordt gepositioneerd als behandelaar, die eindverantwoorde lijk is voor het medisch beleid, behandelingen en zorgdoelen die vastgesteld worden binnen het MDO.

2. Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) (2024) [32]
In dit convenant wordt het MDO benoemd als middel om de inzet van artsen zo efficiënt mogelijk te organiseren in de regio. Hierin wordt benadrukt dat afspraken over MDO's in de regio bijdragen aan passende inzet van medische capaciteit.

3. Handreiking Kwetsbare ouderen thuis (2025) [33]
Deze geactualiseerde handreiking schetst de werkwijze rondom signalering, indicatiestelling en multidisciplinaire afstemming bij kwetsbare ouderen thuis. Het MDO wordt hierin nadrukkelijk benoemd als een structureel moment van afstemming bij complexe problematiek, gericht op samen beslissen, proactieve zorgplanning en een breed perspectief op functioneren en kwaliteit van leven.

4. Kwaliteitsbeschrijving Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) (Verenso, 2025) [34]
De recente kwaliteitsbeschrijving GZSP van Verenso beschrijft het MDO als essentieel coördinatie-instrument binnen complexe zorg thuis (extramuraal). Het MDO is hierin nadrukkelijk belegd bij de specialist ouderengeneeskunde als die (tijdelijk) de regie voert.

5. Notitie Kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie (ZIN, 2021)
Het document *'Kwetsbare ouderen thuis; handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk*[35]*' (2019)*, een handreiking die zijn oorsprong vindt in de 'Handreiking Kwetsbare ouderen' (Vilans, 2014) en de 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Zorg voor kwetsbare ouderen' (NHG en V&VN, 2017) vormde een belangrijke start voor het beter organiseren van zorg rondom de patiënt. Na het verschijnen van deze handreiking is door Zorginstituut Nederland in kaart gebracht welke interventies tot Zvw-verzekerde zorg behoren: Notitie Kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie (ZIN, 2021)[36]

Zorginstituut Nederland maakt in haar notitie een onderscheid tussen afstemming van de inhoud van zorg (op individueel patiëntniveau) en coördinatie van het zorgproces (op individueel

[31] Verenso. (2015). *Handreiking multidisciplinair overleg (MDO).* Utrecht: Verenso.| VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf
[32] (2024). *Convenant Medisch Generalistische Zorg*. | Convenant samenwerking MGZ - 2 september 2024 (1).pdf
[33] Vilans. (2025). *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis.* Utrecht: Vilans. | Handreiking Kwetsbare ouderen thuis 2025
[34] Verenso. (2025). *Kwaliteitsbeschrijving GZSP.* Utrecht: Verenso. | 250328_handreiking-gzsp_def.pdf
[35] ZIN. (2019). *Kwetsbare ouderen thuis; handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk.* Diemen: ZIN. | Handreiking Kwetsbare ouderen thuis geactualiseerd
[36] ZIN. (2021). *Notitie Kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie.* Diemen: ZIN. | Verduidelijking Zorginstituut: zorg voor kwetsbare ouderen thuis in een complexe zorgsituatie | Publicatie | Zorginstituut Nederland

niveau én op populatieniveau). Beide vormen van activiteiten worden als essentieel beschouwd voor proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg.

6. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, 2023)[37]
Deze handreiking beschrijft uitgangspunten voor het maken van duidelijke afspraken wanneer meerdere zorgverleners bij een patiënt betrokken zijn. Het document beschrijft de verschillende rollen in de samenwerking en afstemming van zorg met en rondom de patiënt. Het document benadrukt dat, welke rollen of taken ook specifiek worden belegd, de betrokken zorgverleners inhoudelijk verantwoordelijk zijn en blijven voor het eigen aandeel in het zorgproces. Deze handreiking vormt een belangrijke basis voor de verdere uitwerking van verantwoordelijkheden binnen het MDO.

7. Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg (Verenso, V&VN, NAPA, 2022)[38]
Deze gezamenlijke notitie van Verenso, V&VN en NAPA beschrijft hoe specialist ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundige samenwerken rondom de oudere patiënt. Het document benadrukt de rol van de regiebehandelaar als coördinerend aanspreekpunt in de zorg en verwijst naar de noodzaak van heldere afspraken over verantwoordelijkheden en afstemming binnen en tussen organisaties.

8. Eindrapport Optimaliseren medicatiegebruik bij ouderen (Rijksoverheid, 2024)[39]
De apotheker is bij een MDO betrokken vanuit het perspectief van de farmacotherapie. De doelgroep voor MDO's bestaat immers vaak uit patiënten met complex medicatiegebruik. In lijn met het VWS-rapport *Optimaliseren medicatiegebruik* wordt benadrukt dat de apotheker bijdraagt aan veilig, doelmatig en samenhangend medicatiebeleid binnen het MDO, door geneesmiddelgebruik en therapietrouw te beoordelen in de context van de gehele behandeling.

9. Samen werken aan medicatieveiligheid (Rijksoverheid, 2024)[40]
Dit rapport, opgesteld in samenwerking met vertegenwoordigers uit diverse zorgsectoren (huisartsenzorg, openbare farmacie, medisch-specialistische zorg, trombosezorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg), richt zich op het verbeteren van medicatieveiligheid door gezamenlijke verantwoordelijkheden te benoemen. Hoewel MDO's niet expliciet centraal staan, wordt de multidisciplinaire medicatiebeoordeling (MBO) genoemd als belangrijk overlegmoment waarin apothekers en andere zorgverleners gezamenlijk risico's, interacties en therapietrouw bespreken. Hiermee vormt het rapport een relevante onderbouwing voor het belang van farmacotherapeutische afstemming binnen MDO's.

---

[37] KNMG. (2022). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.* Utrecht: KNMG. | Herzien: Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg | KNMG
[38] Verenso, V&VN, NAPA. (2022). *Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg.* Utrecht: Verenso/V&VN/NAPA. | 220331_Handreiking-Taakherschikking-Ouderenzorg_DEF_bij-nieuwsbericht.pdf
[39] Rijksoverheid. (2024). *Eindrapport Optimaliseren medicatiegebruik bij ouderen.* Den Haag: Rijksoverheid. | Eindrapport optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen | Publicatie | Rijksoverheid.nl
[40] Rijksoverheid. (2024). *Samen werken aan medicatieveiligheid.* Den Haag: Rijksoverheid. | Samen werken aan medicatieveiligheid | Rapport | Rijksoverheid.nl

Geanalyseerde onderzoeken:

10. Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis (IGJ, 2020)[41]
Uit dit onderzoek kwam als resultaat dat afstemming tussen de zorgdoelen van de huisarts en van de wijkverpleging vaak ontbreekt.
Daarom worden de volgende aanbevelingen gedaan:
Maak afspraken in het werkgebied over de afstemming en coördinatie van de zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de huisartsenzorg en de wijkverpleging.
Betrek kwetsbare ouderen en mantelzorgers zoveel mogelijk bij multidisciplinair overleg, organiseer MDO's zo mogelijk bij de oudere thuis.

11. Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit (Nivel, 2021)[42]
Multimorbiditeit vraagt om andere zorg, de zorgvraag verandert. Dit vraagt om omvorming van chronische zorg in de eerste lijn, omdat de ziekte-specifieke zorgprogramma's niet meer volstaan. Mensen met multimorbiditeit hebben andere zorgbehoeften, onder andere omdat zij – nog meer dan mensen met één chronische aandoening – te maken hebben met meerdere zorgprofessionals, zowel binnen de eerste als in de tweede lijn. Hoewel veel mensen met multimorbiditeit graag zelf, samen met hun naaste(n), hun zorg coördineren, hebben zij daar wel ondersteuning bij nodig. Ook is het soms nodig dat een zorgprofessional de zorg coördineert of een casemanager wordt aangewezen (Rijken et al., 2021). Daarnaast hebben mensen met multimorbiditeit persoonsgerichte zorg nodig, waarbij een holistische benadering en samen beslissen kernelementen zijn. Bij een holistische benadering wordt in de eerste plaats gekeken naar wat voor de persoon als mens belangrijk is ('what matters to you?') – en niet naar de puur medische problemen.

Samen beslissen is extra belangrijk voor mensen met multimorbiditeit. Omdat zij meerdere chronische aandoeningen hebben is het niet bij voorbaat duidelijk waar de behandeling of zorg zich op moet richten. Meestal kunnen niet alle aandoeningen tegelijkertijd maximaal worden behandeld. Dit komt bijvoorbeeld doordat geneesmiddelen niet naast elkaar kunnen worden gebruikt, maar ook omdat dit voor de patiënt een te grote belasting zou vormen. Daarom is het proces van samen beslissen in het geval van multimorbiditeit extra belangrijk, zodat de patiënt samen met diens zorgprofessionals en naasten prioriteiten kan stellen op basis van wat voor hen het meest belangrijk en haalbaar is.

12. Zorgprogramma's kwetsbare ouderen thuis; marktanalyse (Bureau HHM, 2022)[43]
In de zorg voor kwetsbare ouderen thuis is het multidisciplinair overleg (MDO) een belangrijk moment van afstemming. Hier komen professionals zoals de huisarts, wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner en vaak ook een specialist ouderengeneeskunde samen om de situatie van een oudere te bespreken. Afhankelijk van de behoefte schuiven ook andere zorgprofessionals aan, zoals een apotheker of casemanager dementie.

---

[41] Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). (2020). *Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis*. Utrecht: IGJ. | Grote verschillen in samenwerking huisarts en wijkverpleging; kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis | Rapport | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

[42] Nivel. (2021). *Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit*. Utrecht: Nivel. | 1003968.pdf

[43] Bureau HHM. (2022). *Zorgprogramma's Kwetsbare ouderen thuis; marktanalyse.* | Zorgprogramma's kwetsbare ouderen thuis | Rapport | Rijksoverheid.nl

Het MDO zorgt voor overzicht, duidelijke taakverdeling en betere samenwerking. Toch is het organiseren ervan niet vanzelfsprekend. Niet alle deelnemers krijgen hun inzet vergoed, en er zijn knelpunten zoals tijdgebrek, personeelskrapte en onduidelijke financiering. Vooral de deelname van specialisten ouderengeneeskunde blijkt lastig te bekostigen.

Toch is de meerwaarde groot: het MDO helpt crisissituaties te voorkomen en zorgt dat de juiste zorg op het juiste moment wordt ingezet. Daarom pleit het rapport voor structurele financiering van het MDO; met name voor disciplines die nu buiten de reguliere bekostiging vallen. Ook wordt gesproken over het verwerken van de coördinatie en afstemming op microniveau (zoals het MDO) in de reguliere bekostiging van professionals. En tot slot: stimuleer het gebruik van communicatieplatformen om MDO's efficiënter te organiseren en gegevensuitwisseling te verbeteren.

13. Persoonsgerichte zorg nog geen standaardpraktijk voor mensen met chronische aandoeningen bij de huisarts (Nivel, 2025)[44]
De meerderheid van de patiënten heeft geen persoonlijk zorgplan en ervaart niet dat er regelmatig naar hun persoonlijke doelen wordt gevraagd. Ook vinden ze niet dat hun naasten voldoende worden betrokken bij beslissingen over hun zorg. Daarnaast ervaren veel patiënten dat de zorg van verschillende zorgprofessionals nog niet goed op elkaar is afgestemd. Daarom is het belangrijk dat zorgcoördinatie meer aandacht krijgt in de chronische zorg. Dit vereist een goede samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en thuiszorg, die daarbij ook ondersteund moeten worden.

14. Ervaringen met langdurige lichamelijke klachten (Patiëntenfederatie, mei 2025)[45]
Patiënten met meerdere aanhoudende lichamelijke klachten vinden dat hun klachten vaker in samenhang bekeken moeten worden. Dit blijkt uit een onderzoek van de Patiëntenfederatie onder 8.877 mensen met aanhoudende lichamelijke klachten. Uit het onderzoek blijkt onder andere dat 88% van deze groep meerdere klachten ervaart, maar dat slechts bij de helft door de huisarts of praktijkondersteuner gekeken wordt naar de samenhang tussen deze klachten.

8877 deelnemers:
88% van de deelnemers heeft meerdere lichamelijke klachten. 53% binnen deze groep geeft aan dat de huisarts of praktijkondersteuner gekeken heeft naar eventuele samenhang tussen hun lichamelijke klachten.
81% van de deelnemers (die zijn doorverwezen) heeft meerdere zorgprofessionals gesproken na doorverwijzing voor er een oorzaak of diagnose wordt gesteld. Hierbij zijn er verschillende oorzaken en diagnoses voor hun klachten gevonden.
Bij in totaal 74% van de deelnemers (n=5790) zijn er een of meer oorzaken of diagnoses gevonden voor hun klacht(en).

Deelnemers geven aan dat het belangrijk is dat er naar de volledige patiënt wordt gekeken en niet naar de losse klachten.

[44] Nivel. (2025). *Persoonsgerichte zorg nog geen standaardpraktijk voor mensen met chronische aandoeningen bij de huisarts.* Utrecht: Nivel. | Persoonsgerichte zorg nog geen standaardpraktijk voor mensen met chronische aandoeningen bij de huisarts | Nivel
[45] Patiëntenfederatie. (2025). *Ervaringen met langdurige lichamelijke klachten*. Utrecht: Patiëntenfederatie. | Patiëntenfederatie Nederland | Ervaringen met langdurige lichamelijke… / Titel

15. Project 'Borgen van multidisciplinair overleg in de 1e lijn voor ouderen die complexe zorg nodig hebben' (Zuyd onderzoek, 2022-2025)'[46]
Vanuit het (nog lopende) project 'Borgen van multidisciplinair overleg in de 1e lijn voor ouderen die complexe zorg nodig hebben (2022-2025)' is contact gezocht met de projectleider dr. Albine Moser. In twee overleggen is informatie verzameld, wat is meegenomen in de desksearch.

Ouderen met complexe problematiek op meerdere levensgebieden ontvangen zorg van diverse hulpverleners. Om deze zorg goed op elkaar af te stemmen, worden multidisciplinaire overleggen (MDO's) georganiseerd tussen verpleegkundigen, paramedici en huisartsen. Het structureel blijven uitvoeren van deze MDO's is echter een uitdaging.

Het doel van dit project is inzicht verkrijgen in hoe MDO's duurzaam geborgd kunnen worden in het werkproces van betrokken zorgprofessionals, met als uiteindelijk doel het versterken van de ervaren gezondheid van ouderen.

Het project volgt een participatief actieonderzoek, waarbij per MDO de huidige werkwijze wordt geanalyseerd, prioriteiten voor borging worden vastgesteld en op maat gemaakte borgingsstrategieën worden ontwikkeld. Dit gebeurt in samenwerking met Huisartsen Oostelijk Zuid Limburg (HOZL).

Uit het participatief actieonderzoek van Zuyd Hogeschool en HOZL (2022–2025) blijkt dat duurzame borging van MDO's niet alleen organisatorische, maar ook relationele en digitale randvoorwaarden vraagt. Succesvolle MDO's kenmerken zich door korte lijnen, persoonlijke bekendheid tussen professionals en een ondersteunend digitaal communicatiesysteem dat organisatie-overstijgende samenwerking mogelijk maakt. De onderzoekers adviseren elk MDO te voorzien van een borgingsplan met jaarlijkse evaluatie en pleiten voor regionale samenwerking om kennis, formats en sociale netwerken te delen. Het borgen van MDO's moet niet worden gezien als extra taak, maar als integraal onderdeel van bestaande wijk- en kwaliteitsstructuren.

[46] Slowig, J., Ummels, D., Hayen, B., Ausems, T., & Moser, A. (2025). *Op naar morgen! Langdurig borgen van multidisciplinaire overleggen (MDO) 2025–2030 voor kwetsbare oudere patiënten: Adviesnota borgingsbeleid MDO's Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg*. Lectoraat Autonomie en Participatie in Zorg en Welzijn, Zuyd Hogeschool.

Bijlage 5: Inventarisatie randvoorwaarden en knelpunten per beroepsgroep

Inventarisatie randvoorwaarden & knelpunten | *Wat is er? Wat ontbreekt? Welke knelpunten worden ervaren?*							
Beroeps-groep	**Inhoudelijke randvoorwaarden** (inhoud van zorg/MDO)	**Organisatorische randvoorwaarden** (organisatie van zorg)	**Financiering** (financiering direct betrokken zorgverleners en middelen i.h.k.v. samenwerking in bredere zin t.b.v. overdracht en onderlinge doorverwijzing)	**Digitale dossiervoering en gegevens-uitwisseling** (landelijke standaarden gegevensuitwisseling, digitale dossiervoering, inzage in dossier, veiligheid, privacy en toestemming)	**Taalgebruik en communicatie** (contact en taalgebruik in de communicatie tussen zorgverleners en met de patiënt)	**Veiligheid** (werkomgeving, werksfeer)	**Algemene knelpunten**
Verenso	**Wat is er:** • De inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn is inhoudelijk geborgd, bijvoorbeeld binnen de GZSP via een uurtarief of een zorgtraject van minimaal drie maanden. Maar is ook beschreven in de Handreiking GZSP van Verenso. • Het MDO wordt breed gezien als een passende werkwijze bij complexe	**Wat is er:** • Bestaande samenwerkingen tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleging en paramedici. • Regionale initiatieven en netwerken. **Wat ontbreekt:** • Structurele organisatie van MDO's is nu afhankelijk van lokale inzet op samenwerking	**Wat is er:** • De inzet van de specialist ouderengenees-kunde wordt bekostigd via o.a. de Zvw (GZSP), waarbij MDO-tijd als indirecte tijd in het tarief is verwerkt. • In sommige situaties is er ruimte voor overleg binnen bestaande prestaties of via regionale afspraken.	**Wat is er:** • Ontwikkelingen richting betere gegevensuitwisselin g (landelijk en regionaal). **Wat ontbreekt:** • Structurele toegang tot relevante dossiers voor de specialist ouderengeneeskund e.	**Wat is er:** • Aandacht voor begrijpelijke communicatie en samenwerking. **Wat ontbreekt:** • Eenduidig begrippenkader tussen disciplines. **Knelpunten:**	**Wat is er:** • MDO draagt bij aan kwaliteit en veiligheid van zorg. **Wat ontbreekt:** • Heldere afspraken over verantwoordelij kheden binnen het MDO. **Knelpunten:**	Overkoepelend zien wij dat met name de organisato-rische en randvoor-waardelijke borging van MDO's nog onvoldoende is uitgewerkt, waardoor de inzet van de specialist ouderengeneesk unde nu vaak afhankelijk is van lokale afspraken.

	zorgvragen en is binnen de Wlz van oudsher een gangbare manier van werken bij zeer kwetsbare patiënten. **Wat ontbreekt:** • Een heldere en eenduidige definitie van wat een MDO precies omvat. • Duidelijke afbakening van de rol van de specialist ouderengeneeskunde binnen het MDO. **Knelpunten:** • Er is veel variatie in de manier waarop het MDO en de rolverdeling tussen disciplines worden geïnterpreteerd. Ook ten opzichte van de verschillende fasen van kwetsbaarheid van patiënten.	door zorgprofessionals en ondersteuning vanuit zorgaanbieders en verzekeraars. Het is niet overal een standaard manier van werken. • Duidelijke afspraken over initiatief, coördinatie, regie en deelname. **Knelpunten:** • Afhankelijkheid van lokale initiatieven → beperkte borging en continuïteit.	**Wat ontbreekt:** • Een structurele en eenduidige bekostiging van deelname aan MDO's. Alleen wanneer er sprake is van directe patiënttijd kan een MDO worden gedeclareerd op basis van een vast percentage van het tarief. Het is echter onduidelijk welk percentage dit is en wanneer dit wel of niet passend is. • Deelname aan een MDO zonder direct patiëntcontact is niet declarabel. Dit kan onwenselijk zijn, omdat gezamenlijk bepalen van het juiste zorgpad bij verslechtering van een patiëntsituatie vaak wel nodig is. **Knelpunten:** • MDO-deelname past niet altijd binnen de declaratiemoge-lijkheden; soms is er	• Uniforme verslaglegging van MDO's. **Knelpunten:** • Beperkte gegevensuitwisselin g belemmert effectieve samenwerking.	• Verschillen in taal en perspectief leiden tot onduidelijkheid in rol en verwachtingen.	• Onduidelijkheid over regie en verantwoordelijk -heid kan risico's geven.	

			vaker of intensiever overleg nodig dan het tarief toestaat. Of MDO is nodig zonder dat een patiënt is gezien. • Verschillen in bekostigings-systematiek tussen disciplines maken gelijkwaardige deelname lastig.				
Ergotherapie Nederland	Momenteel komen er vrijwel geen MDO's onder ergotherapeuten in de eerste lijn voor. Afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag vindt soms wel incidenteel afstemming plaats, maar geen structurele MDO's. De wens ligt er wel om dit te kunnen organiseren in de toekomst, mits gefinancierd.	Qua organisatie is het nu nog onduidelijk wie de regiehouder is voor de MDO's, wat wel voorwaardelijk is voor een goede organisatie en verloop.	Er is momenteel geen financiering beschikbaar voor MDO's in de eerste lijn. Dit is noodzakelijk voor het realiseren van MDO's in de toekomst. In de coronatijd zijn er wel MDO's georganiseerd, die zijn toen i.h.k.v. de herstelzorgregeling post-COVID gefinancierd. Dit is inmiddels niet meer beschikbaar.	Het is nu landelijk niet geregeld dat digitale gegevensuitwisseling plaatsvindt tussen zorgverleners in de eerste lijn. Er vindt momenteel wel een project plaats 'gegevensuitwisseling in de paramedische zorg' (GUPZ) om hier meer vorm aan te geven. De richtlijn HASP-P is een aantal jaren geleden opgeleverd. Dit is echter nog niet in techniek uitgevoerd. Deze is ook leidend voor het GUPZ-programma.	De paramedici gebruiken momenteel het ICF voor terminologie. Op dit moment wordt landelijk sector-overstijgend bekeken of SNOMED geïmplementeerd kan worden.	Deze randvoorwaarden hebben we nu onvoldoende in kaart, omdat MDO's vrijwel niet voorkomen onder ergotherapeuten in de eerste lijn.	De algemene conclusie is dat er eigenlijk nog te weinig MDO's in de eerstelijn met ergotherapeuten plaatsvinden om goede uitspraken over de randvoorwaarden te kunnen doen. Er ligt wel de wens dat dit in de toekomst kan worden gefaciliteerd en we kunnen ons vinden in de randvoorwaarden zoals deze nu zijn geformuleerd. Met name de financiering is

							hiervoor erg belangrijk.
KNGF	**Wat is er:** • De betrokkenheid van fysiotherapeuten in de zorg voor patiënten die te maken hebben met meerdere zorgverleners is beschreven in diverse richtlijnen en standaarden. • Voor veel patiënten vormen problemen op het gebied van fysiek functioneren een belangrijk deel van de hulp/zorgvraag. • Deelname aan MDO's wordt beschouwd als belangrijk voor eenduidige informatievoorziening richting patiënten en afstemming over intensiteit, volgorde van interventies en/of aanpassing van behandeling. **Wat ontbreekt:**	**Wat is er:** • Bestaande samenwerking met zorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn en met het sociaal domein. • Regionale initiatieven en netwerken, zowel vanuit ziekenhuizen en instellingen als binnen de eerste lijn en met het sociaal domein. **Wat ontbreekt:** • Ruimte om deel te nemen aan MDO's (zowel fysiek als organisatorisch/ agenda-technisch). • De organisatorische randvoorwaarden ontbreken. • Deelname aan MDO's is nu afhankelijk van de mogelijkheden van de praktijk (werkgever) of zelfstandig werkende fysiotherapeut om dit buiten de reguliere werkzaamheden om te organiseren.	**Wat is er:** • Er wordt door fysiotherapeuten incidenteel deelgenomen aan MDO's. • Deelname vindt plaatst in eigen tijd en wordt niet vergoed. **Wat ontbreekt:** • Deelname aan MDO zonder direct patiëntcontact is niet declarabel. • Facilitering (en daarmee financiering) van deelname aan MDO is al jaren onderwerp van gesprek. Startend vanuit een aantal specifieke patiëntengroepen (ouderen en kinderen), waarbij de noodzaak voor afstemming steeds urgenter werd. Inmiddels speelt dit onderwerp beroepsgroep breed i.v.m. toenemende complexiteit en gevoelde noodzaak om	**Wat is er:** • Standaarden gegevensuitwisseling (HA-FT en sinds een aantal jaren HASP-P) • Landelijke ontwikkelingen gericht op gegevensuitwisseling (tussen zorgverleners en met patiënten). **Wat ontbreekt:** • Implementatie van standaarden gegevensuitwisseling. • Eenheid van taal • Structurele toegang tot relevante informatie • Mogelijkheden voor de inrichting van een gezamenlijk behandelplan. **Knelpunten:**	**Wat is er:** • Fysiotherapeuten maken gebruik van ICF, waarbij rekening houdend met de context van de patiënt, samen met de patiënt een behandelplan wordt opgesteld gericht op de voor de patiënt belangrijke doelen. De gebruikte formulering sluit daarmee aan op de hulp/zorgvraag van de patiënt. • Landelijk wordt gewerkt aan eenheid van taal (SNOMED) **Wat ontbreekt:** Eenduidig begrippenkader	**Wat is er:** • - **Wat ontbreekt:** • Afspraken/kaders en borging van afspraken/kaders **Knelpunten:** • Omdat MDO niet wordt gefaciliteerd zijn er binnen de beroepsgroep geen kaders of standaarden opgesteld.	Overkoepelend zien wij dat met name de organisatorische en randvoorwaarde-lijke borging van MDO's nog onvoldoende is uitgewerkt, waardoor deelname aan MDO's staat of valt bij de bereidheid van de fysiotherapeut om, in het belang van de patiëntenzorg, onbezoldigd deel te nemen. Andere disciplines zijn veelal wel op de hoogte van het ontbreken van de randvoorwaarden voor deelname en houden hier rekening mee. Dit betekent in de praktijk dat fysiotherapeuten

	• Een eenduidige inzet van en toegang tot MDO. **Knelpunten:** • Variatie in MDO's en de betrokkenheid daarbij. Daadwerkelijke deelname aan het MDO is, ondanks de directe betrokkenheid van fysiotherapeuten in het zorgproces, zeer beperkt. • Informatie wordt ingebracht via andere disciplines, veelal de huisarts met daardoor indirecte terugkoppeling. • Onduidelijkheid over status van MDO in relatie tot bilaterale overleggen met verschillende zorgdisciplines over dezelfde patiënt. • Bij MDO's die op verzoek van patiënten of mantelzorgers worden geïnitieerd kunnen niet alle betrokken	• De wijze waarop MDO's worden georganiseerd loopt sterk uiteen. • Deelname aan fysieke MDO's op andere locaties werpt een drempel op (benodigde tijd gaat ten koste van de directe zorg voor andere patiënten). • Er lijkt in de praktijk weinig onderscheid te worden gemaakt tussen structurele MDO's en incidentele MDO's. **Knelpunten:** • De huidige randvoorwaarden zijn niet meegegroeid met enerzijds de toenemende complexiteit en anderzijds de noodzaak om zorg te escaleren of te dé-escaleren in afstemming met andere betrokken professionals. • Zorgverleners die niet aanwezig zijn bij MDO's worden niet actief geïnformeerd.	zorg onderling beter af te stemmen in het belang van de patiënt. **Knelpunten:** • Verschil in bekostigings-systematiek maakt gelijkwaardige deelname lastig. • MDO is geen onderdeel van de huidige tarieven. • Aanwezigheid van de behandelend fysiotherapeut wordt niet gefaciliteerd. • De fysiotherapeut kan geen gebruik maken van andere vormen van financiering (buiten de direct patiëntgebonden financiering). • Er is geen onderscheid tussen fysieke en digitale MDO's.	• Gegevensuitwisseling blijft ondanks vastgestelde informatiestandaard en vooral gericht op het delen van relevante informatie en niet op het ontvangen van relevante informatie. • Inzage in dossiers en/of het werken met en vanuit een gezamenlijk behandelplan vormt een grote drempel. • Toestemmings-vereiste van de patiënt wordt niet eenduidig toegepast.	**Knelpunten:** • De biospycho-sociale werkwijze van de beroepsgroep sluit niet altijd aan op de meer biomedisch gerichte werkwijze (zowel in onderlinge communicatie als in communicatie met de patiënt).		niet worden uitgenodigd of pas als het niet anders kan (urgentie of op verzoek van patiënten).

	zorgprofessionals aansluiten.						
LHV		. Wat betreft financiële /organisatorische randvoorwaarden: Deels zit vergoeding in sommige ouderenmodules of (financiering van de) tijd van de POH GGZ (voor de MDO's rondom jeugd/ggz patiënten/lokaal team). Echter dat hangt bij ouderenzorg af van de precieze (regionale) afspraken; er is nog wel discussie bijv. bij Menzis of de module ouderenzorg kostendekkend is c.q. voldoende tijd voor overleg bevat. . Over het algemeen zien wij MDO's als extra en moeten er dus separate afspraken over worden gemaakt. Belangrijk is dat dit voor alle deelnemers geldt. Ook reistijd bijv.	. Wat betreft financiële /organisatorische randvoorwaarden: Deels zit vergoeding in sommige ouderenmodules of (financiering van de) tijd van de POH GGZ (voor de MDO's rondom jeugd/ggz patiënten/lokaal team). Echter dat hangt bij ouderenzorg af van de precieze (regionale) afspraken; er is nog wel discussie bijv. bij Menzis of de module ouderenzorg kostendekkend is c.q. voldoende tijd voor overleg bevat. . Belangrijk is dat er helderheid is over de financiering van overlegtijd en daarmee de ruimte die er is voor deelname incl. voorbereiding en vastlegging. . Daarnaast financiering van het systeem dat voor uitwisseling wordt gebruikt, incl. onderhoud	Eenheid van taal en dossiervoering/gegevensuitwisseling is uiteraard ook voor huisartsen essentieel.	Eenheid van taal en dossiervoering/ge-gevensuitwisseling is uiteraard ook voor huisartsen essentieel.		

			ervan (voor zover het geen systeem is dat al wordt gebruikt door betreffende zorgverleners) . Over het algemeen zien wij MDO's als extra en moeten er dus separate afspraken over worden gemaakt. Belangrijk is dat dit voor alle deelnemers geldt. Ook reistijd bijv.				
KNMP	. Bij ieder MDO worden die zorgprofessionals betrokken die op basis van de actuele zorgvraag en benodigde expertise relevant zijn. . Bij vervolg-MDO's die voortbouwen op eerdere overleggen worden eerder betrokken zorgprofessionals niet bij voorbaat uitgesloten van deelname; de samenstelling wordt zorgvuldig en transparant beoordeeld, waarbij ruimte blijft voor inbreng vanuit ieders professionele expertise om aanvullende aandachtspunten te	. Taken, verantwoordelijkheden en onderlinge samenwerkingsafspraken rondom het MDO zijn vooraf expliciet vastgelegd, zodat helder is wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe afstemming plaatsvindt. Dat is nu niet goed ingeregeld. . Het MDO vindt met een vaste en structurele frequentie plaats, zodat continuïteit wordt geborgd, onderling vertrouwen kan groeien en agendaplanning efficiënt kan verlopen. (b.v. iedere maand en dat	Financiering voor apotheek is er nog niet.	Inzage in dossier andere zorgverleners is niet mogelijk i.v.m. privacy, soms wel gedeeld medicatiedossier als er in clusters wordt gewerkt.	Afspraken over taalgebruik kunnen bij de afspraken over het MDO die er nu nog niet zijn.	Inbreng alle zorgverleners even belangrijk. Dit moet ook goed afgesproken worden.	Binnen onze achterban is de ervaring dat er op dit moment nog niet veel is ingericht rondom het MDO en dat er nog veel ontwikkeld en georganiseerd moet worden.

	signaleren. Dus niet bij voorbaat zorgprofessionals uitsluiten! Degene die dat dan beslist kan bias hebben. . De initiëring van een MDO is niet exclusief belegd bij één discipline, maar kan plaatsvinden door iedere betrokken zorgprofessional wanneer de zorgvraag daar aanleiding toe geeft.	volhouden en helpt ook om de agenda-perikelen niet teveel tijd te laten kosten. . Deelname van de patiënt aan het MDO is waardevol, maar kan extra tijd vragen; daarom wordt gezamenlijk een werkbare modus gevonden om deze deelname goed te kanaliseren.					
NVD	De diëtetiek is onderdeel van verschillende zorgpaden, maar MDO is nog niet geregeld.	In 52 regio's zijn nu Regionale Diëtistennetwerken met mandaat, daarnaast zijn er ook coöperaties van diëtisten specifiek voor ketenzorg. De diëtetiek is op dit moment de beste georganiseerde paramedische discipline.	Niets geregeld.	. Voor de ketenzorg wordt er met huisartsen via HIS/DIS uitgewisseld, daarnaast werken we in GUPZ aan gegevensuitwisseling met alle partners in de eerste lijn. Uitwisseling in de tweede lijn is nog niet geregeld. . Er is een richtlijn dossiervoering, maar eerst moet eenheid van taal georganiseerd worden. Diëtisten	Binnen de NVD is Samen Beslissen een belangrijk leer- en ontwikkel thema.	Hiërarchie in de zorg speelt een rol bij de beleving van werkplezier.	

				waren hier al ver mee (ICF), maar door de keuze van Snomed moet er nu een inhaalslag worden gemaakt samen met de andere paramedische zorgverleners.			
OVN	De inhoudelijke rol van de optometrist binnen een MDO is in de praktijk nog beperkt en sterk casusafhankelijk. Er is inhoudelijk draagvlak om aan te sluiten bij relevante casuïstiek (bijv. kwetsbare ouderen, multimorbiditeit, visus gerelateerde problematiek), maar vaste formats, heldere positionering en wederzijdse bekendheid met elkaars expertise zijn nog onvoldoende uitgewerkt.	Structurele organisatie ontbreekt grotendeels. Deelname aan MDO's gebeurt nu vooral op basis van persoonlijke contacten. Er zijn geen uniforme afspraken over uitnodiging, voorbereiding, rolverdeling of verslaglegging voor optometristen binnen de 1e lijn.	Dit is op dit moment het grootste knelpunt. Er bestaat geen structurele vergoeding voor deelname aan MDO's (noch voor voorbereiding, overleg of verslaglegging). Dit belemmert duurzame en gelijkwaardige deelname aanzienlijk, met name voor zelfstandige zorgverleners.	Er is geen standaard toegang tot gedeelde dossiers of MDO-platforms. Gegevensuitwisseling verloopt versnipperd en vaak buiten bestaande systemen om. Landelijke standaarden zijn (zoals we weten) in ontwikkeling, maar in de praktijk nog niet goed toepasbaar of toegankelijk voor alle disciplines.	Er is inhoudelijk bereidheid om aan te sluiten bij eenduidig en patiëntgericht taalgebruik, maar gezamenlijke afspraken hierover ontbreken. Dit geldt zowel voor interprofessionele communicatie als voor terugkoppeling richting de patiënt.	Over het algemeen geen specifieke knelpunten, maar duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, rolafbakening en verslaglegging zijn wel randvoorwaardelijk om dit goed te borgen.	
NVH			Het grootste knelpunt bij ons als huidtherapeuten is de bekostiging van onze zorg en dus ook van MDO's. Dit belemmert de inzet/deelname van huidtherapeuten bij MDO's rond patiënten met				

			huid/wond/oedeem gerelateerde problematiek.				
NVLF	Er is geen vergoeding voor de logopedist in de 1e lijn om aan te sluiten bij een MDO. Logopedisten behandelen in de 1e lijn veel kinderen. Voor logopedie vinden daarom veel overleggen plaats binnen het sociaal domein en het (speciaal) onderwijs. Het MDO is dus niet alleen nodig voor ouderen.	Er is geen structurele regeling. In veel situaties, zoals bij het behandelen van kinderen, is de patiënt niet aanwezig bij het MDO, maar de ouder/verzorger.	Er is geen vergoeding voor het bijwonen van een MDO. Het bijwonen van een MDO vindt veel plaats in 'eigen tijd' van de logopedist.	Geen extra toevoegingen anders dan al beschreven in het document.	Geen extra toevoegingen anders dan al beschreven in het document.	. Er is een veilige omgeving en positie voor de patiënt gecreëerd om diens inbreng te geven/te participeren. . Er is een veilige omgeving/werksfeer voor de zorgverleners om in samen te werken. . Iedere eerstelijns zorgprofessional kan vanuit zijn/haar eigen expertise/vakinhoudelijke deskundigheid aangeven wie of wat er nodig is/lijkt voor de patiënt, in afstemming met de patiënt. De inbreng van alle zorgprofessionals, evenals dat van de patiënt, is even belangrijk.	

						Staat vooral beschreven in de zorginhoudelijke richtlijnen.	
VvO							
V&VN							
NVAVG							
Patiënten-federatie NL							