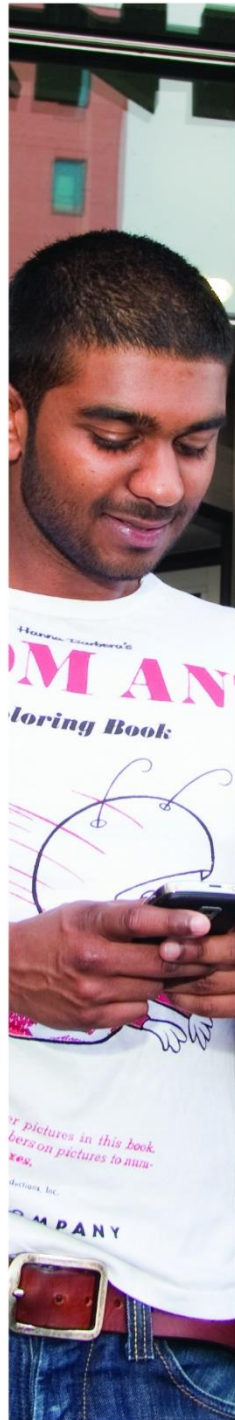


## Multidisciplinair overleg in de Tarwewijk

*Ervaringen met de samenwerking tussen huisarts, CJG, wijkteam en CDT*

Onderzoek en Business Intelligence



© 2017 Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Project: 5167

Auteur(s): T. Wentink

Oktober 2017

Postadres:

Postbus 21323

3001 AH Rotterdam

## Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Vraagstelling en methode	6
3	Stand van zaken pilot	8
4	Theorie	10
5	De praktijkervaringen	14
5.1	Verwachtingen	14
5.2	Aanmelding	14
5.3	Het overleg	16
5.4	Monitoring en afsluiting	17
5.5	Ervaren meerwaarde van het MDO	18
6	Conclusies en discussie	22
6.1	Conclusies	22
6.2	Discussie	24
	Literatuur	25

# 1 Inleiding

Van 1 september '16 tot 1 september '17 is in Tarwewijk een pilot uitgevoerd gericht op een verbetering van de samenwerking tussen huisartsen, het wijkteam en het CJG in deze buurt. Daarvoor hebben de gemeente Rotterdam, de Stichting Gezond op Zuid en het CJG de handen ineen geslagen.

De kern van de pilot is een maandelijks multidisciplinair overleg (MDO) waarin vertegenwoordigers van de huisartsenpraktijk, het wijkteam en het CJG casussen bespreken. Daarbij is ook een lid van het Consultatie- en Diagnoseteam (CDT) aanwezig. De pilot wil onder meer bijdragen aan efficiënter werken, aan vroegsignalering én aan integraal werken ten einde beter passende hulp te organiseren voor de jeugdige en diens omgeving.

De pilot vindt plaats in de context van de transitie en transformatie van de jeugdhulp. In dat verband is reeds eerder geconstateerd dat de netwerkvorming, in het bijzonder de vorming van zgn. wijknetwerken, verdere ontwikkeling behoeft. Daarbij is ook geconstateerd dat vooral de relatie tussen huisartsen en wijkteams verbeterd kan worden. (Anschutz et al. 2016) Het MDO Tarwewijk beoogt een oplossing te vinden voor de nog beperkte samenwerking tussen huisartsen en jeugdhulpverleners.

Overigens wordt in de literatuur het belang van multidisciplinaire samenwerking ook gezien in een onderstroom van langer lopende ontwikkelingen. Bolhuis (2002) noemt onder meer de toenemende specialisatie in de zorg, het complexer worden van problemen, de mondigheid en het consumentisme van klanten, veranderingen in juridische aansprakelijkheid en economische overwegingen.

De pilot is opgezet door een huisarts in Tarwewijk, die tevens projectleider is. Er is projectfinanciering verkregen van het Fonds Achterstandswijken. De afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI) van de gemeente Rotterdam is gevraagd deze pilot te evalueren. Van dit onderzoek vindt u hier het verslag.



## 2 Vraagstelling en methode

Doel van de evaluatie is om te bezien of de samenwerking die in de pilot wordt uitgeprobeerd effectief is, wat belangrijke onderdelen van de samenwerking zijn en wat de voorwaarden zijn om een dergelijke samenwerking te implementeren. De centrale vraagstelling kan als volgt worden geformuleerd:

*Wat zijn de (ervaren) resultaten van de samenwerking? Wat zijn essentiële elementen in de samenwerking en wat zijn verbeterpunten? Welke voorwaarden zijn nodig om deze samenwerking te kunnen implementeren?*

Optioneel lag er ook een vraag naar de kosteneffectiviteit van de pilot. Echter, omdat het aantal casussen aanvankelijk wat lager lag dan verwacht – in combinatie met de doorlooptijd van de casuïstiek, is deze optie niet gelicht.

Gezien de kleine schaal van de pilot is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering, waarbij de ervaringen van de verschillende stakeholders centraal worden gesteld. We kunnen de volgende typen stakeholders onderscheiden:

- Direct betrokkenen bij het MDO (de huisarts, het wijkteamlid, de CJG-medewerker en het CDT-lid);
- Professioneel betrokkenen in de omgeving van het MDO, zoals collega's uit de huisartsenpraktijk, andere wijkteamleden en CJG-medewerkers, professionals verbonden aan scholen (zoals IB'ers of SMW'ers), welzijnsprofessionals, specialistische jeugdhulpverleners;
- Jeugdigen en gezinnen die in het MDO worden besproken.

### *Onderzoeksactiviteiten*

De volgende onderzoeksactiviteiten zijn uitgevoerd om de pilot te evalueren:

#### - Documentatie casussen MDO

Elke casus die voor het MDO wordt aangemeld wordt gedocumenteerd in een excel-document. Diverse kenmerken die te maken hebben met achtergrond van de casus, het proces in de pilot, afspraken en waargenomen 'effecten'. De projectleider verzorgt deze documentatie.

#### - Observatie MDO

Onderzoeker heeft 8 maal het MDO bijgewoond om te zien hoe het proces van samenwerking in de praktijk vorm krijgt. Het gaat onder meer om te observeren hoe informatie wordt uitgewisseld, afspraken rondom casuïstiek worden gemaakt, de coördinatie wordt geregeld, etc.

#### - Interviews met individuele leden van het MDO

Met de directbetrokkenen bij het MDO zijn separate interviews gehouden over hun ervaringen met en visie op de samenwerking het MDO. Daarbij gaat het zowel om de opbrengsten van de samenwerking als om de wijze van samenwerking. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Analyse heeft plaatsgevonden met behulp van het programma Atlas.ti.

- Raadpleging professionele stakeholders in de omgeving

De projectleider heeft, vanwege een eigen verslaglegging voor haar opleiding, een aantal stakeholders 'in de directe omgeving' van het MDO geïnterviewd. Het betreft 6 informanten: een jeugdarts, een jeugdverpleegkundige, 3 huisartsen en een wijkteammedewerker. Deze data zijn ook voor dit onderzoek gebruikt.

Tot slot dient te worden vermeld dat ook de betrokken cliënten zouden worden geraadpleegd over hun visie op de verkregen ondersteuning, het feit dat hun situatie in het MDO besproken is, wat ze daarvan verwachtten, gemerkt hebben, etc. Helaas is dit onderzoeksonderdeel niet uit de verf gekomen. Een aantal cliënten is niet benaderd, omdat zij de Nederlandse taal niet machtig zijn<sup>1</sup>. Enkele andere cliënten zijn niet benaderd, omdat hun relatie met de hulpverlening fragiel te noemen is; er is twijfel of zij hulp wel zullen accepteren en de contacten verlopen soms moeizaam. De resterende afgeronde cases (op dat moment waren er 6) zijn diverse malen benaderd, maar dat heeft slechts één interview opgeleverd.

---

<sup>1</sup> In die gevallen is door de hulpverleners soms een tolkentelefoon gebruikt.

### 3 Stand van zaken pilot

In de eerste 10 maanden van de pilot (september t/m juni) zijn 19 cases besproken, waarvan 5 anoniem omdat er geen toestemming was gevraagd of gekregen van de ouders. 11 van deze cases zijn aangemeld door de huisarts, 3 door het CJG, 1 casus door huisarts en CJG tezamen en 4 cases door het wijkteam.<sup>2</sup>

Van de 14 niet-anonieme cases ging het in 3 gevallen om jeugdigen in de middelbare-schoolleeftijd (13 – 14 jaar). 8 cases gaan over jeugdigen in de basisschool-leeftijd en 2 cases betreffen een kleuter.<sup>3</sup> De redenen voor aanmelding bij het MDO zijn divers. Het betreft soms factoren die kind-gerelateerd zijn (somatisch, psychisch, gedragskenmerken), soms factoren die systeem-gerelateerd zijn (verslaving, LVB of psychische problematiek van ouders, vechtscheiding, huisvestingsproblemen), en soms een combinatie van deze typen factoren.

De maandelijkse MDO's duurden 1,5 tot 2 uur. De overleggen werden doorgaans bijgewoond door de huisarts (tevens projectleider en voorzitter), de praktijkverpleegkundige van de huisartsenpraktijk, een jeugdverpleegkundige en jeugdarts van het CJG (vaak om en om), de wijkteamleider en een vertegenwoordiger van het CDT. De wijkteamleider en CDT-vertegenwoordiger zijn later vervangen door andere vertegenwoordigers van deze organisaties.

Het aantal aanmeldingen per MDO varieerde door het jaar heen. Gemiddeld werden 2,5 nieuwe casussen per MDO aangemeld. Afhankelijk van de toestemming van de cliënt wordt een casus anoniem of niet-anoniem voorgelegd. In het eerste geval wordt restrictiever omgegaan met het bespreken van kenmerken van de casus – wat overigens soms niet verhindert dat casussen door andere deelnemers van het MDO worden herkend.

Doorgaans wordt voor het MDO in de casussen 'met toestemming' slechts de naam en geboortedatum van de betrokken jeugdige verspreid. Meer informatie over de casus wordt pas tijdens het MDO gedeeld. Welke informatie wel en niet wordt gedeeld, wordt in eerste aanleg door de aanmelder bepaald.

De overleggen hebben in het algemeen een vast verloop. Na de opening van het MDO en mededelingen worden de notulen besproken. In de notulen zijn ook kenmerken van de besproken nieuwe en lopende casussen vastgelegd, alsmede de acties die naar aanleiding van die casussen zijn afgesproken – en degene die ervoor verantwoordelijk is. Daarnaast is vastgelegd of een casus op een volgend MDO terugkomt of wordt afgesloten. Vervolgens wordt de casuïstiek besproken. Nieuwe casussen worden door de aanmelder toegelicht – het betreft informatie die niet vooraf is gedeeld. Vaak kan worden waargenomen dat de participanten bij de casusbesprekingen ter plekke hun dossiers gaan raadplegen en informatie uitwisselen. Naar aanleiding van de uitwisseling wordt bepaald wat de (eerste) stappen zijn die in een casus ondernomen moeten worden en wie de casusregisseur wordt. De voorzitter en projectleider van het MDO vat een en ander samen. De praktijkverpleegkundige verzorgt doorgaans de verslaglegging.

---

<sup>2</sup> In het gehele pilotjaar zijn uiteindelijk 26 cases behandeld in 11 MDO's.

<sup>3</sup> In 1 casus gaat het om gezinsproblematiek die alle kinderen aangaat.



De kenmerken en afspraken worden per casus in een beveiligd excel-document bijgehouden dat voor elk overleg wordt verspreid. Daarnaast worden in de notulen achtergronden en afspraken van de besproken casussen anoniem<sup>4</sup> vermeld.

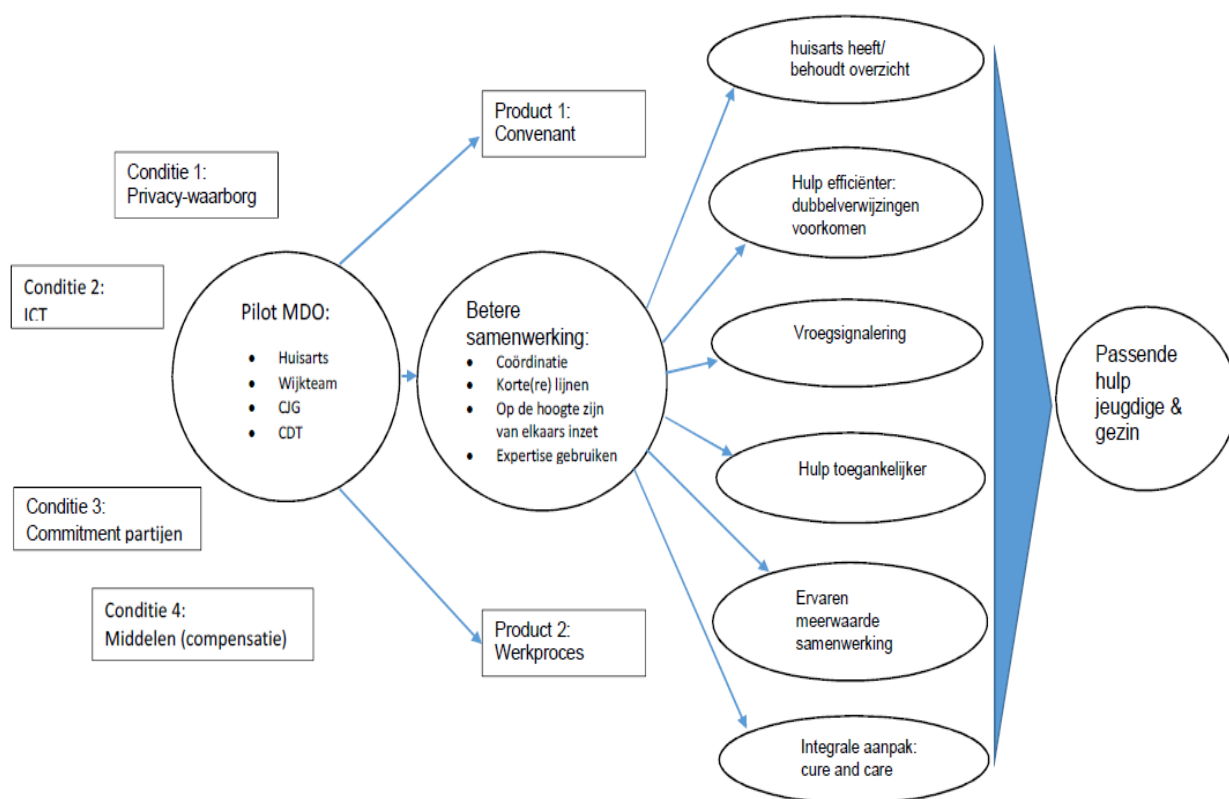
---

<sup>4</sup> De casussen worden met een nummer aangeduid, dat gekoppeld is aan een nummer (en bijbehorende persoonsgegevens) in het beveiligde excel-document.

## 4 Theorie

Op basis van een analyse van projectdocumenten en gesprekken met de projectleider is de theorie achter de inzet van een MDO in Tarwewijk gereconstrueerd. Deze theorie wordt in het schema hieronder verbeeld.

Overzicht doelen pilot MDO Tarwewijk



Uit het schema blijkt dat er grofweg twee categorieën doelen aan het MDO zijn verbonden. Ten eerste een categorie organisatorische doelen, die direct of indirect de samenwerking tussen de betrokken partijen betreffen, zoals coördinatie, korte lijnen, op de hoogte zijn van elkaars inzet en dergelijke. Ten tweede betreft het een categorie zorginhoudelijke doelen, zoals integrale aanpak, vroegsignalering en toegankelijker hulp die uiteindelijk moeten leiden (beter) passende hulp voor de jeugdige en/of het gezin.

Naast de doelen is een aantal condities benoemd die van belang zijn voor een goede uitvoering van het MDO. Voorts zijn twee concrete producten benoemd die de pilot moet opleveren: een convenant met afspraken tussen de samenwerkende partijen en een beschrijving van het werkproces.

Specifiek onderzoek naar de werking en effectiviteit van MDO's is in beperkte mate voorhanden (Spreeuwenberg et al. 2012). Veelal richt het onderzoek in bredere zin op thema's als

multidisciplinair samenwerken of interprofessionele samenwerking. Daarbij wordt opgemerkt dat dit type onderzoek op zijn beurt zich in hoofdzaak richt op de determinanten van en, in mindere mate, de effecten op de samenwerking tussen partijen en zelden op de gevolgen voor het welzijn of de gezondheid van de cliënt (Rijsdijk et al. 2015). Het onderzoek levert, met andere woorden, vooral inzicht op in de organisatorische voorwaarden en effecten en niet of nauwelijks in de zorginhoudelijke effecten. Al wordt in een onderzoek bij Amsterdamse Ouder-Kindteams aangegeven dat deelnemers aan het MDO meer drang ervaren om aandacht aan de vraagverheldering te besteden (Vermaak et al. 2017).

Vahedi Nikbakht et al. (2012) schrijven dat multidisciplinair patiëntoverleg niet door alle partijen onmiddellijk als een verbetering wordt gezien. Toch wordt door een aantal deelnemers het overleg wel positief ervaren, onder meer door betere kennis van wat van andere disciplines kan worden verwacht, meer begrip en onderling vertrouwen. Rijsdijk et al. (2015) constateren op basis van literatuurstudie over interprofessionele samenwerking dat dat onder meer kan bijdragen aan meer flexibiliteit in mogelijke aanpakken van complexe vraagstukken. Het risico op 'groupthink' zou verminderen omdat verschillende disciplines elkaar kritisch bevragen – al staat daar weer het risico om miscommunicatie en onenigheid tegenover. De uitwisseling vanuit verschillende disciplines kan bijdragen aan creativiteit en probleemoplossend vermogen, en daarenboven leereffecten bevorderen. Ook kan interprofessionele samenwerking bijdragen aan een betere werkverdeling en het voorkomen van dubbel werk.

In de literatuur worden verschillende determinanten van een goed werkend multidisciplinair overleg of – breder – interprofessionele samenwerking onderscheiden. We geven ze hier op hoofdlijnen weer.

Op het niveau van de *professional* worden genoemd: motivatie om samen te werken, algemene communicatieve en sociale vaardigheden, kennis van en waardering voor de rol van andere hulpverleners, vertrouwen in andere hulpverleners, samenwerkingsvaardigheden (o.a. begrip voor en kunnen omgaan met verschillen in positie en opvattingen), gerichtheid op leren. (Bolhuis 2002, Landa 2012, Spreeuwenberg et al. 2012, Rijsdijk et al. 2015)

Ten aanzien van de *teamstructuur* worden de volgende factoren genoemd. Duidelijke roltoepassing, goed en duidelijk leiderschap, gelijkheid tussen professionals, support van de betrokken organisaties (tijd, mandaat). (Rijsdijk et al. 2015, Landa 2012). Wat betreft de samenstelling van MDO's gaat het erom dat de relevante professies om tafel zitten. Soms worden MDO's met aanwezigheid van de cliënt georganiseerd. Landa (2012) constateert dat dat bijdraagt aan het nakomen van afspraken, maar dat het ook belemmerend kan werken, bijv. als de visie van de cliënt erg afwijkt van die van de professionals. Rijsdijk et al. (2015) merken op dat regelgeving, administratieve procedures, financieringsstromen en wijze waarop informatie georganiseerd is (toegankelijkheid) een goede samenwerking kunnen belemmeren.

Ook de *teamcultuur* is van belang. Gitell (2006) betoogt op basis van onderzoek dat gedeelde doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect helpen om een collectieve identiteit te construeren, die op haar beurt bijdraagt aan een effectieve coördinatie. Dit is nog belangrijker in situaties waarin er een grote onderlinge afhankelijkheid is, taak-onzekerheden zijn of er omstandigheden zijn die aanpassingsvermogen vergen. Het gericht zijn op reflexiviteit of samen leren wordt door verschillende auteurs genoemd (Rijsdijk et al. 2015, Spreeuwenberg 2012 en Bolhuis 2002). Het centraal stellen van de behoeften van de cliënt is een belangrijk uitgangspunt en helpt om rolconflicten te voorkomen (Rijsdijk et al. 2015).

Tot slot refereren diverse auteurs aan het belang van een goed georganiseerd en uitgevoerd *werkproces*. Zo benadrukken Van Houdt et al. (2011) een goede voorbereiding van het overleg, bijvoorbeeld door het verzamelen van alle beschikbare informatie over een casus aan de hand van een assessment-instrument. Anderen wijzen op het belang van een gestructureerd overleg (Spreeuwenberg et al. 2012) met onder meer goede agendavoering, notuleren, afspraken maken en acties toewijzen aan de participanten, evaluatie wat er beter kan. Landa (2012) benadrukt het vastleggen van doelen en afspraken in een zorgplan. Mulder (2010) heeft geconstateerd dat de toepassing van een methodiek, lees: een meer gestructureerde aanpak, bijdraagt aan meer draagvlak voor het gekozen beleid op casusniveau. Het werken met 'werkhypotheses' in de dialoog over het beleid geeft meer duidelijkheid over de afwegingen die aan keuzes ten grondslag liggen.



## 5 De praktijkervaringen

### 5.1 Verwachtingen

Alvorens we de praktijkervaringen beschrijven is het goed om stil te staan bij de verwachtingen die de verschillende participanten van het MDO hadden. Wat zou het MDO voor hen moeten gaan opleveren en wat was in hun ogen het belang van het MDO voor hun organisatie?

De introductie van deze pilot vindt plaats in een context waarin lokale netwerken op het gebied van zorg en ondersteuning (deels) opnieuw moeten worden gevormd. Uiteraard opereren de organisaties niet een vacuüm. Ze participeren vaak al in netwerken, soms binnen de eigen sector, of er zijn van oudsher samenwerkingsrelaties met andere organisaties, zoals het CJG die met scholen heeft. En er is ook wel sprake van enige samenwerking tussen de direct betrokken partijen – als het nodig is weet men elkaar te vinden, en soms zijn er structurele contacten zoals tussen wijkteam en gezondheidscentrum rondom volwassenencasussen. Maar de huidige netwerkvorming is partieel (betreft bijvoorbeeld niet de jeugdcasussen), ad hoc en vaak bilateraal. Men mist vormen van structurele en/of multilaterale samenwerking. Er wordt door diverse informanten gerefereerd aan niet meer bestaande samenwerkingsvormen als het Lokale Zorgnetwerk en de intensieve samenwerking tussen CJG en wijkteam. In dit opzicht ziet men het MDO als een mogelijkheid om lokale netwerken verder te ontwikkelen. Men verwacht dat men elkaar, door het *persoonlijke* contact, makkelijker zal weten te vinden, ook buiten het overleg van het MDO om.

Uiteraard staat netwerkvorming niet op zichzelf. De informanten geven een aantal doelen aan, waarvan zij hopen dat die met het MDO worden bereikt.

Eén van de doelen is het beter op de hoogte raken van elkaars werkwijzen en zorg- of ondersteuningsaanbod. Diverse participanten in het MDO geven aan dat men zelf niet altijd goed weet wat andere professionals en organisaties te bieden hebben, en andersom hebben zij de indruk dat andere partijen dat niet van hen of hun organisatie weten. Meer inzicht in het hulpaanbod zou kunnen leiden tot vergroting van handelingsalternatieven. Als voorbeeld wordt gegeven dat, mocht men bij verwijzingen naar de GGZ geconfronteerd worden met wachtlijsten, zo nodig verwezen kan worden naar de GZ-psycholoog van het wijkteam.

Daarnaast verwacht men dat het MDO bijdraagt aan de zorgcoördinatie. Nu ervaart men dat men weinig inzicht heeft in de betrokkenheid van andere partijen bij casussen en bij verwijzing of overdracht vindt niet altijd een terugkoppeling plaats van wat er verder in de casus gaat gebeuren. Het gaat vanzelfsprekend niet alleen om beter inzicht op casusniveau, maar ook om afstemming van het handelen, verwijzingen en overdrachten, etc. Een informant hoopt dat het MDO kan bijdragen aan het transformatiedoel van '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'.

### 5.2 Aanmelding

Zoals eerder beschreven, zijn in de onderzoeksperiode 19 cases aangemeld, waarvan 5 anoniem. De gedeelde ervaring was, zoals de projectleider ook in haar verslag schrijft, dat de aanmeldingen traag op gang kwamen. In de praktijk bleek het aantal aanmeldingen gedurende de pilotperiode overigens erg wisselend te zijn. Gemiddeld waren dat er ong. 2,5 casus per maand.

De participanten aan het MDO hadden aanvankelijk meer aanmeldingen verwacht, mede gezien het aantal burgers in de Tarwewijk dat met problemen van diverse aard kampt. De projectleider heeft bij de participerende organisaties in werkoverleggen voorlichting gegeven over de pilot om de medewerkers te stimuleren casussen aan te melden.

Er liggen enkele redenen ten grondslag aan de bij de verwachting achterblijvende aanmeldingen:

- De bekendheid van de pilot bij de 'achterban' van de deelnemende organisaties. Hierin is door de deelnemers van het MDO en de projectleider geïnvesteerd, maar uiteindelijk is geconcludeerd dat het merendeel van de casussen afkomstig is van de participanten zelf, en nog zelden van hun collega's;
- De inhoudelijke kennis over de pilot bij collega's binnen de aangesloten organisaties. Het gaat daarbij niet om bekendheid sec, maar ook om duidelijkheid wat de rol van het MDO kan zijn, welke cliënten wel en niet aangemeld kunnen worden, de communicatie over de uitkomsten van de besprekingen e.d.;
- Daarbij komt dat uitvoerders verschillende alternatieven hebben om consultatie in te winnen. Dat geldt voor medewerkers van het CJG en misschien meer nog voor de wijkteammedewerkers. De laatsten participeren al in een multidisciplinair team, kunnen bij de aangesloten gedragswetenschapper terecht en kunnen casussen zo nodig voorleggen aan het Consultatie- en Diagnostiseteam;
- Cliënten geven lang niet altijd toestemming om informatie te delen met andere professionals of organisaties. Met name van de kant van het wijkteam wordt dit als een belemmering gemeld.

Bij een aantal participanten was er aanvankelijk wel wat verwondering over het feit dat het wijkteam geen casussen aanmeldde. Dat is deels te verklaren uit diens positie in het veld (als tweedelijns-organisatie zonder eigen 'voorkeur' waar burgers zich kunnen melden), het gaat met andere woorden vaak om lopende casussen waarin de aanpak (deels) al is bepaald. Voorts is dat te verklaren uit, wat hierboven is gemeld, de bestaande interne en externe mogelijkheden om consultatie in te winnen.

Daarnaast wordt door enkelen ervaren dat het wijkteam, in hun ogen, strikt omgaat met toestemming van de klant (en zonder die toestemming geen informatie uitwisselt). Er zijn dus kennelijk wat verschillen in inzicht wanneer je een cliënt kunt bespreken in het MDO.

Vanuit het wijkteam zelf wordt aangegeven dat de relatie met de huisarts mogelijk nog belangrijker is voor volwassenencasussen dan de jeugdcasussen, waarop het MDO is gericht. Bij volwassenen zou vaker sprake zijn van problemen met lichamelijke of psychische gezondheid.<sup>5</sup>

Tot slot is gebleken dat een deel van de aanmeldingen van buiten de Tarwewijk komen – en soms ook al door wijkteams elders worden ondersteund. Mogelijk vormt de schaal van het MDO ook een deelverklaring voor het bij de verwachting achterblijvende aantal aanmeldingen.

---

<sup>5</sup> Overigens bestaat er volgens betrokkenen al een goede relatie tussen wijkteam en huisartsenpraktijk in verband met volwassenencasussen. Deze samenwerkingsrelatie is bij de oprichting van het integrale wijkteam ontstaan en houdt in dat men, al dan niet anoniem, elkaar consulteert, over en weer verwijst, samen op huisbezoek gaat e.d.

### 5.3 Het overleg

In algemene zin zijn de participanten (zeer) tevreden over het overleg. Er is inmiddels een vaste vergaderoutine ontstaan. Er is waardering voor de wijze waarop de vergadering wordt voorgezeten en voor de verslaglegging van de besprekingen. Naast allerlei organisatorische mededelingen bestaat de kern van het overleg uiteraard uit de bespreking van diverse nieuwe en lopende casussen.

Veel voorbereidingstijd vergen de MDO's in de praktijk niet. Dat heeft uiteraard ook te maken met feit dat vooraf niet bijzonder veel informatie over de (nieuwe) casussen wordt verspreid – en het aantal casussen nog te overzien is. Enkele participanten vertellen dat ze vaak pas op het moment dat de stukken voor het overleg worden rondgestuurd, gaan voorbereiden.

De participanten geven aan dat een overleg twee of drie uur tijd vergt, de voorbereiding inclusief. Ze beschouwen dit niet als een enorme belasting op zichzelf. Een probleem is wel dat een aantal participanten voor hun deelname niet is vrij geroosterd, maar dit naast hun bestaande taken moet doen. Zolang het aantal casussen, zoals in het pilotjaar, beperkt is, is dit nog te combineren, aldus één van de respondenten. Dat wordt anders als de voorbereidingstijd zal toenemen.

Deze casuïstiekbesprekingen zijn 'vormvrij' in tegenstelling tot sommige andere MDO-praktijken waarin een methodiek wordt toegepast en bijvoorbeeld informatie via aanmeldformulieren vooraf wordt verspreid. Dat betekent dat de participanten doorgaans voor het eerst tijdens het overleg worden geïnformeerd over de "in's and out's" van een casus – en dat, zeker de eerste bespreking, een heel explorerend karakter heeft. Voortdurend zie je ook participanten hun elektronische dossiers raadplegen.

De algemene ervaring van de casuïstiekbesprekingen is dat er op respectvolle wijze kennis en opvattingen worden uitgewisseld. Informatie uit de dossiers wordt, mits er toestemming van de klant is, vrijelijk uitgewisseld. Het kan gaan om kenmerken van de klant of het gezinssysteem, om betrokkenheid van andere (of eerdere) hulpverleners. Zo biedt de huisarts meer zicht op de medische achtergrond, kan het CJG, naast haar eigen rol en waarnemingen, bijvoorbeeld aangeven of er signalen zijn in verband met het functioneren op school en kan het wijkteam vertellen of er andere hulpverleners betrokken zijn en of er bijvoorbeeld een melding is geweest bij Veilig Thuis. Zo bezien beschikken de participanten over complementaire informatiebronnen die bij kunnen dragen aan een breder beeld op de problematiek van een jeugdige en het systeem, op de hulpverleningsgeschiedenis en op lopende zorg- of ondersteuningstrajecten. De bespreking van casussen eindigt in het algemeen met een kort résumé en een benoeming van de acties en de casusregisseur door de voorzitter van het MDO. De afspraken worden doorgaans als duidelijk ervaren door de participanten, zij het dat er ook nog wel eens teruggehaald moet worden in overleggen wat eerder aan acties is bepaald.

In 6 van de 14 niet-anonieme cases is de casusregie bij de aanmelder gebleven. In 8 cases is de regie overgedragen naar een ander partij: 3 maal aan het CJG en 5 maal aan het wijkteam.

De algemene tevredenheid over het overleg, in het bijzonder de casuïstiekbespreking, neemt niet weg er nog wat verschillen van inzicht zijn over aspecten van het overleg. De eerste heeft te maken met de efficiëntie van de casuïstiekbesprekingen. Zo wordt opgemerkt dat casussen nogal eens terugkomen in MDO's - wat op zichzelf niet bijzonder is, maar dat soms discussies weer opnieuw worden gevoerd en dat informatie die eerder is uitgewisseld, weer wordt gedeeld. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat er incidenteel 'losse eindjes' zijn waarop niet meer wordt teruggekomen. Zo vertelt een participant dat haar zorgen om de toekomst van een jeugdige,



wiens ouders ernstige persoonlijke problemen kennen, niet echt werden 'opgepakt'. Twijfelend in hoeverre ze nu moest blijven "doorzeuren", heeft ze het er op een gegeven moment maar bij laten zitten.

Een andere participant vertelt over verschillen van inzicht in 'need to know' en 'nice to know'. Welke informatie moet worden gedeeld teneinde gezamenlijk tot een beeld te komen van de situatie van de cliënt? Waar sommigen wat strikter zijn in wat moet worden gedeeld, lijken anderen een rekkelijker standpunt in te nemen.

De CDT'ers in het gezelschap merken op dat zij vanuit hun achtergrond gewend zijn om veel dieper op de casussen in te gaan alvorens een advies te geven. Ze moeten er erg aan wennen om op basis van beperkte informatie een inhoudelijk advies te geven.

De weinige literatuur over MDO's adviseert om de uitkomsten vast te leggen in een plan of verslag waarin zaken als 'werkhypotheses' (wat zijn mogelijke problemen in een gezin), doelen en acties goed worden vastgelegd. Zo omvattend zijn de afspraken in het MDO Tarwewijk niet. De 'acties' die per casus worden afgesproken hebben vooral een, zo men wil, 'procedureel' of organisatorisch karakter: wie neemt contact op met de klant, met een andere hulporganisatie, met als doel informatie in te winnen, diagnostische rapporten op te vragen, de klant te motiveren om een hulptraject in te gaan, etc. Er worden daarbij wel aandachtspunten benoemd als het functioneren op school, opvoeding en opvoedingsondersteuning, e.d.

De gedachtenuitwisseling over de stappen die moeten worden ondernomen, leidt in het algemeen vrij snel tot consensus. Momenten die wat meer discussie uitlokken zijn de overgang tot de inzet van meer drang en dwang, bijv. door een melding bij Veilig Thuis, en de afsluiting van een casus. Het is niet verwonderlijk dat juist de CDT'ers aangeven wat onwennig te zijn om te adviseren op basis van een beperkt inzicht in de casuïstiek. Tegelijkertijd gaat het in dit MDO om casussen in een vroeger stadium van 'probleemcumulatie' dan bij het CDT, met als bijkomend kenmerk dat er wat minder bekend is over de betrokken jeugdigen of gezinnen. Veel afgesproken acties hebben dan ook op informatieverzameling betrekking.

Overigens geldt voor de CDT'ers dat ze zich gehinderd voelen in hun bijdrage doordat ze geen toegang hebben tot klantgegevens – in tegenstelling tot de andere partijen die hun eigen registraties hebben. Ze zijn afhankelijk van beperkte informatie die voor het overleg wordt verspreid. Ze kunnen zich daardoor nauwelijks voorbereiden en kunnen ook moeilijk reconstrueren om wie het, bij een herhaalde bespreking, ook al weer ging en wat de afspraken waren.

#### 5.4 Monitoring en afsluiting

Elk MDO worden de lopende casussen nagelopen en wordt gezien hoe het staat met de realisatie van de afspraken. Na verloop van tijd worden de casussen voor het MDO afgesloten. De beëindiging van casussen is doorgaans op een van de volgende twee redenen terug te voeren. Of er wordt geconcludeerd dat de casus in goede handen is bij een van de partners in het MDO of een andere zorgaanbieder. Of er wordt vastgesteld dat het probleem beheersbaar is geworden of weggenomen is. In één geval is de casus afgesloten omdat de ouder zijn medewerking beëindigde en zijn toestemming voor verdere bespreking in het MDO introk.

Na afsluiting wordt een evaluatie-moment gepland als controle of de casus inderdaad op goede gronden is afgesloten.

Van de 14 niet-anonieme cases die in de onderzoeksperiode zijn aangemeld, zijn er 9 afgesloten. De gemiddelde doorlooptijd van de cases bedraagt ruim 3 maanden. Dit gemiddelde

wordt wel wat opgetrokken door twee uitschieters van resp. 7 en 8 maanden doorlooptijd. Doorgaans worden cases twee maal in het MDO besproken en daarna afgesloten.

De uitschieters, een nog lopende casus van 9 maanden inclusief, worden alle gekenmerkt door een fragiele relatie tussen de hulpverleners en de cliënt. In een geval, zoals hiervoor genoemd, heeft de cliënt zich teruggetrokken. In de andere gevallen werd het contact bemoeilijkt doordat betrokkenen, tegen een achtergrond van psychische problematiek en cognitieve beperkingen, weinig besef toonden van de problematiek en niet geneigd waren hulp te accepteren. Het kost daarom meer tijd om contacten te leggen en informatie in te winnen om een goed beeld van de situatie te krijgen.

Overigens levert het MDO in de ogen van de participanten wel meer mogelijkheden op om aan de contacten met de cliënt te 'werken'. Er kan gebruik worden gemaakt van de verschillende rollen, betrekkingen met de cliënt, verschillende contactmomenten van de participanten om te cliënt te motiveren en bijvoorbeeld te stimuleren om ondersteuning te accepteren. Zo heeft in een casus met verslaafde ouders de huisarts vanuit het oogpunt van ernstige en acute gezondheidsrisico's getracht hen te motiveren daar iets aan te doen. In andere casussen is het CJG ingeschakeld om in het kader van de reguliere contactmomenten met kinderen en ouders cliënten te motiveren of meer informatie in te winnen.

Door de participanten wordt het in ieder geval belangrijk gevonden dat door het MDO de terugkoppeling op casusniveau nu goed georganiseerd is: men is nu op de hoogte van wie betrokken zijn, wat er gaat gebeuren in een casus en wat mogelijke scenario's zijn (bijv. als een cliënt niet meewerkt, melden bij Veilig Thuis).

Zoals al eerder gemeld komen bij de afsluiting van casussen soms de verschillen in opvattingen aan de orde, immers wanneer ben je er zeker van dat een casus 'losgelaten' kan worden en, soms, in goede handen is bij een andere zorgverlener? Daarover is bij enkele casussen in het MDO uitgebreid van gedachten gewisseld – al voorkomt dat niet altijd dat participanten soms het gevoel houden dat men beter de vinger aan de pols had kunnen houden. Dergelijke verschillen in opvatting of attitude zie je ook bij keuzes om wel of geen 'drang en dwang'-traject in te gaan, bijvoorbeeld via Veilig Thuis.

Over de betrokkenheid en bijdragen van de verschillende partijen in het MDO zijn de participanten in het algemeen tevreden. Hoewel er aanvankelijk, incidenteel wat sluimerende onvrede was over bijvoorbeeld de rol van het wijkteam in de aanmeldingen bij het MDO overheerst de ervaring dat men elkaar goed aanvult wat betreft expertise, netwerken, informatiebronnen en hulpaanbod – en is er waardering voor ieders betrokkenheid. Dat geldt ook voor de CDT'ers, met name vanuit hun inhoudelijke expertise. Het belang van hun deelname als vertegenwoordigers van de organisatie het CDT is vooralsnog niet heel duidelijk – ook niet voor betrokkenen zelf.

## **5.5 Ervaren meerwaarde van het MDO**

Zoals in het eerder gepresenteerde schema van de theorie achter het MDO kan een onderscheid gemaakt worden tussen aspecten van ervaren meerwaarde die te maken hebben met de organisatorische doelen en aspecten van ervaren meerwaarde in verband met de zorginhoudelijke doelen.

Om met de eerste categorie te beginnen. De kennis- en informatie-uitwisseling heeft in de ervaring van de participanten op twee niveaus effect. Aan de ene kant gaat het om meer inzicht in elkaars aanbod en werkwijze. Daardoor kunnen meer of andere handelingsalternatieven worden overwogen bij het bedenken van een aanpak. Participanten geven aan dat daardoor mogelijk ook gericht kan worden doorverwezen.

Aan de andere kant gaat het om cliënt-informatie, hetzij kenmerken van de persoon of de situatie van de cliënt, hetzij informatie over de hulpverleningsgeschiedenis en kennis over partijen die reeds betrokken zijn bij de casus. Daardoor kan een betere en bredere analyse worden gemaakt. Voorts wordt genoemd dat men daardoor wat minder afhankelijk is van de informatie die door de cliënt zelf (niet altijd volledig, zo wordt gesuggereerd) wordt verstrekt.

Ook het regelmatige, persoonlijke contact wordt als een meerwaarde ervaren. Het draagt bij aan het onderlinge begrip en het wederzijdse vertrouwen. Bovendien kan het contact, ook buiten het MDO om, tussen de participanten en hun organisaties bevorderen.

Daarnaast hebben de participanten de indruk dat het MDO bijdraagt aan het sneller en efficiënter aanpakken van problemen. De snelheid wordt gezien in het feit dat al vrij snel na signalering of aanmelding een brede analyse van situatie in het MDO plaatsvindt, of actie wordt ondernomen om duidelijkheid te krijgen in de aard van de probleemsituatie van cliënten. De efficiëntie wordt voorts bevorderd doordat op basis van die brede analyse gericht verwijzingen kunnen worden gedaan. Een participant noemt het 'pragmatisme' als meerwaarde: het MDO is sterk handelingsgericht en er wordt altijd actie ondernomen.

Daarnaast kan meerwaarde gevonden worden in zorginhoudelijke aspecten, zoals 'vroegsignalering', 'integraal werken' en, uiteindelijk, 'passende(r) hulp'. Wat betreft de 'vroegsignalering' hebben de participanten wel het idee dat het MDO daaraan bijdraagt. Signalen kunnen eerder worden opgepakt doordat ze uit verschillende organisaties kunnen komen. Daarbij wordt eerder informatie gedeeld en kunnen op basis daarvan handelingsscenario's worden besproken. Een participant nuanceert deze opvatting. Het is in diens ogen niet zo dat er eerder wordt gesignaleerd dan voor het MDO, maar de bundeling van signalen en informatie is wel een meerwaarde en kan aanleiding geven tot een snellere en meer gerichte aanpak. De casuïstiek laat ook zien dat er doorgaans geen sprake is van nieuwe probleemsituaties. Naast enkele casussen die niet eerder lijken te zijn gesignaleerd, gaat het vooral om casussen met een hulpverleningsgeschiedenis en soms ook al wel actuele betrokkenheid van bijvoorbeeld een wijkteam.

Er is consensus over de bijdrage van het MDO aan het integraal werken. Dat heeft met name te maken met het in een vroeg stadium uitwisselen van informatie en een bredere analyse maken van de situatie van de cliënt. Tegelijkertijd geven enkele participanten aan dat ze vanuit de eigen organisatie al wel gewend zijn om dergelijke brede analyses te maken – alleen zijn er nu meer informatiebronnen beschikbaar.

Overigens wordt door een enkele participant opgemerkt dat ten behoeve van de integrale benadering en brede analyse uitbreiding met bijvoorbeeld een vertegenwoordiger van het (passend) onderwijs wenselijk zou zijn. Bij latere MDO's, buiten de onderzoeksperiode, zijn naar aanleiding van de bespreking van specifieke casussen, vertegenwoordigers van betrokken scholen en kinderopvang aanwezig geweest.

Tot slot is gevraagd of er door het MDO sprake is van meer passende hulp. In algemene zin menen de participanten dat dit wel het geval is. Maar daar staat tegenover dat men het er op casusniveau niet altijd over eens is dat het MDO een toegevoegde waarde heeft gehad voor de aanpak, dat casussen niet altijd anders zijn gelopen in vergelijking met de situatie dat er nog

geen MDO was, en of er naar aanleiding van de analyse wel consequent gehandeld is – eerder sprake we van ‘losse eindjes’ die er incidenteel gezien worden.



## 6 Conclusies en discussie

### 6.1 Conclusies

#### *Resultaten*

In de theorie die ten grondslag ligt aan het multidisciplinaire overleg, kunnen twee categorieën doelen worden onderscheiden: organisatorische doelen, die de verbetering van de samenwerking betreffen, en zorginhoudelijke doelen, die verbetering van de zorg betreffen.

Geconcludeerd kan worden dat, in de ervaring van betrokkenen, er belangrijke resultaten geboekt zijn in de samenwerking tussen de betrokken partijen. De belangrijkste opbrengsten zijn, puntsgewijs:

- Meer onderlinge bekendheid met de werkwijze, het hulpaanbod en de organisatie van betrokken partijen. Dit heeft onder meer tot gevolg dat in casussen meer handelingsmogelijkheden kunnen worden overwogen;
- Meer complementaire informatie op casusniveau, zowel wat betreft kenmerken van jeugdigen en gezinnen, als wat betreft de hulpverleningsgeschiedenis. Dit bevordert de kwaliteit van de probleemanalyse en het inzichtelijk maken van wie er allemaal bij een casus betrokken zijn, en zou het langs elkaar heen werken voorkomen;
- Persoonlijk contact bevordert het onderlinge begrip, de wederzijdse waardering en de samenwerking, ook buiten het MDO om.
- Door de, soms vroegtijdige, informatie-uitwisseling en gerichte verwijzing naar hulp draagt het MDO bij aan een efficiëntere aanpak.

Ook ten aanzien van de zorginhoudelijke doelen – vroegsignalering, integraal werken en passende(r) hulp – zijn de betrokkenen geneigd om het MDO positief te waarderen. Dat geldt wellicht het meest voor het *integraal werken*. Aansluitend op de organisatorische opbrengsten, ziet men de combinatie van informatie, expertise en hulpaanbod als belangrijke bronnen om breder te kunnen kijken en handelen.

De bijdrage van het MDO ten aanzien van *vroegsignalering* wordt welwillend bezien, maar hierover zijn de ervaringen niet eensluidend. Geconcludeerd kan worden dat er in strikte zin niet eerder signaleerd wordt, maar dat door het MDO nu in een aantal gevallen wel eerder signalen worden gebundeld, die weer bijdragen aan de integrale benadering.

Voorts is men in algemene zin van mening dat het MDO bijdraagt aan het bieden van *passende hulp*. Doordat men informatie heeft gedeeld, heeft men in een aantal casussen een betere analyse kunnen maken en is gerichter verwezen of hulpaanbod ingezet, zo is de gedeelde ervaring. Echter, in een aantal andere casussen lopen de opvattingen uiteen of het MDO heeft bijgedragen aan een ander of beter passend hulpaanbod.

Let wel, het gaat hier om *ervaren* resultaten. Binnen de pilot was er, zo bleek, onvoldoende gelegenheid, gezien het beperkte aantal en de doorlooptijd van de casussen, voor een goede toetsing van de resultaten. Is er uiteindelijke sprake van een goede aansluiting tussen de georganiseerde hulp bij de problematiek en behoeften van de cliënt? En: is deze beter nu casussen in het MDO worden besproken dan in de 'oude' situatie, waarin de partijen ad hoc, bilateraal samenwerkten, met weinig persoonlijk contact? Deze vragen kunnen met dit onderzoek niet worden beantwoord.

### *Werkzame ingrediënten*

Over de wijze waarop het MDO wordt uitgevoerd zijn de participanten tevreden, al zijn er incidenteel vragen i.v.m. efficiency (discussies die herhaald worden), over de volledigheid van casusbesprekingen ('losse eindjes') en over wat noodzakelijke en voldoende informatie is om te delen met de andere participanten. Deze vragen zijn overigens wel wezenlijk om op den duur te komen tot een gedeelde opvatting over of 'visie' op zowel de wijze waarop je het overleg goed structureert als op de inhoud van de zorg(-coördinatie).

Over werkzame bestanddelen is hiervoor onder de 'samenwerkingsresultaten' al gerapporteerd. In het kort betreft dat allereerst de organisatie van *persoonlijk* contact, voorts de *toegang* tot meer informatiebronnen, netwerken en hulpaanbod en het delen van *kennis* daarover.

Een belangrijk mechanisme is de onderlinge bevraging over de casuïstiek en overdenken van scenario's. Zoals de literatuur ook aangeeft, ligt hierin de bron van creatieve oplossingen en leereffecten in vergelijking met situaties waarin monodisciplinair wordt gewerkt. Participanten hebben de werking van het MDO in een aantal casussen – niet allemaal - als zodanig ervaren.

### *Voorwaarden*

Deelname aan het MDO kost, gegeven de huidige werkwijze die bijvoorbeeld weinig voorbereiding vergt én het vooralsnog beperkte aantal casussen, in de ervaring van betrokkenen niet buitengewoon veel tijd. Het is wel zo dat de meeste participanten dit naast hun gebruikelijke werkzaamheden moeten doen – hetgeen de vraag doet rijzen naar de borging van dit type werkzaamheden in de toekomst.

De registratie is verdeeld over twee bronnen: de notulen en een excel-overzichtsdocument. Geconstateerd is dat het voor participanten die niet daarnaast over een eigen cliëntregistratie beschikken (de CDT'ers) ontoereikend is. Zij zijn niet altijd in staat om op basis hiervan inzicht en overzicht te houden over de aard en voortgang van de casussen.

De directe betrokkenheid van de partijen in het MDO wordt in het algemeen positief gewaardeerd. De relatie van het MDO met de bredere omgeving buiten het overleg, ook binnen de 'eigen' organisaties, vergt nog wel aandacht. Zo is het aantal aanmeldingen van collega's nog beperkt: ook omdat men niet altijd duidelijk heeft welke casussen op welk moment aangemeld kunnen worden en welk doel het MDO dient.

Hieraan verwant is een bredere, institutionele kwestie: hoe verhoudt dit MDO zich tot andere, eveneens multidisciplinaire, platforms die door uitvoerders kunnen worden benut voor bijvoorbeeld consultatie? Bijvoorbeeld de wijkteams zijn inherent al een dergelijk platform, waarin verschillende expertises zijn georganiseerd. Bovendien staan wijkteammedewerkers diverse andere (soms ook multidisciplinaire) mogelijkheden voor consultatie ter beschikking: van gedragswetenschappers tot het CDT (in de toekomst: expertiseteams).

De keuze voor de wijk als operationeel niveau knelt soms. Cliënten blijken niet (meer) binnen de wijk te wonen en er zijn organisaties van buiten de wijk bij betrokken. Mogelijk verklaart deze keuze ook het bij de verwachtingen achterblijvende aantal aanmeldingen.

## 6.2 Discussie

In deze slotparagraaf wordt een korte reflectie beschreven naar aanleiding van de bevindingen over de pilot MDO in Tarwewijk. Er wordt achtereenvolgens ingegaan op de beleidsmatige en organisatorische aspecten van het MDO, de werkwijze en voorwaarden.

Op *beleidsniveau* speelt vanzelfsprekend de vraag of deze pilot nu zicht biedt op een oplossing voor het vraagstuk hoe de samenwerking tussen de eerstelijns-zorg en de ondersteuning op wijkniveau kan worden verbeterd. De pilot laat zien dat het MDO een organisatorische vorm is waarmee de samenwerking tussen partijen kan worden geïnitieerd en gestructureerd – zo kan de lacune worden opgevuld.

Tegelijkertijd geeft de pilot niet voldoende onderbouwing om de vraag te kunnen beantwoorden of het MDO als vorm ook zorginhoudelijk effect, lees: meerwaarde, heeft. Zolang deze vraag niet beantwoord is, kan ook niet vastgesteld worden of dit nu de optimale wijze is om de samenwerking tussen zorg en ondersteuning op wijkniveau structureel vorm te geven.

De keuze voor de organisatorische vorm van een MDO wordt gecompliceerd doordat de uitvoerders ook elders specifieke consultatie kunnen halen of dergelijke multidisciplinaire platforms kunnen raadplegen. Een toekomstige keuze voor een MDO als vorm om de samenwerking tussen zorg en ondersteuning te bevorderen, vereist dat er beleidsmatig duidelijkheid gecreëerd wordt hoe verschillende overleggen of platforms zich tot elkaar verhouden (waartoe moeten uitvoerders in verschillende organisaties zich wenden?). Daarvoor is de gemeente aan zet.

Wat betreft de *organisatie* van het MDO is het wellicht zinvol om te experimenteren met het ad hoc betrekken van professionals naast de vaste kern – zoals na de onderzoeksperiode enkele keren is gebeurd. Vaak zie je dat bijvoorbeeld de school, of zorgprofessionals die aan het onderwijs verbonden zijn, een belangrijke schakel zijn. Hen erbij betrekken zou kunnen bijdragen aan een betere zorgcoördinatie. Het MDO krijgt dan de meer de vorm van een open netwerk met een vaste kern.

De literatuur geeft aan dat het betrekken van ouders en eventueel jeugdigen een versterkend effect kan hebben (partijen houden zich beter aan afspraken), maar er zijn ook risico's op 'uitval' als de visies te veel uiteenlopen. Het kan zinvol zijn om te experimenteren met het betrekken van ouders – al zijn mogelijk niet alle casussen daarvoor geschikt.

Wat betreft de *werkwijze* is het MDO hiervoor omschreven als 'vormvrij'. Dat wil uiteraard niet zeggen dat er geen ordening is, maar wel dat er geen heel sterke structuur is voor de voorbereiding en uitvoering van de overleggen, natuurlijk in bijzonder de kern ervan: de casusbesprekingen. Het voordeel ervan is dat de voorbereiding weinig tijd kost, het nadeel dat er soms pas op het laatste moment aandacht aan de voorbereiding wordt besteed. En dat mogelijk discussies worden herhaald of besprekingen soms niet als 'volledig' worden ervaren. Het loont, kortom, de moeite om na te denken over meer structurering van de voorbereiding en het overleg zelf – daarvoor zijn in de literatuur aanknopingspunten te vinden. Gedacht kan worden aan aanmeldingsformulieren en een methodische benadering van overleggen. In combinatie met een goede registratie van de overeengekomen aanpak, en de afwegingen die daaraan ten grondslag liggen, zou dit tot (nog) meer kwaliteit en effectiviteit van de aanpak kunnen leiden – en mogelijk ook tot meer efficiëntie.



## Literatuur

Anschutz, J., C. de Haan, C. Mieloo, L. Rietveld, T. Wentink en S. van Zeele (2016), *Evaluatie Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel. Tussenmeting*. Rotterdam: gemeente Rotterdam Onderzoek & Business Intelligence.

Bolhuis, S. (2002), *Multiprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Onderzoek naar educatieve interventies*. Nijmegen: Onderwijsinstituut UMC St. Radboud.

Gittell, J.H. (2006), *Relational coordination: coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect*.  
<https://www.researchgate.net/publication/286629377>

Houdt, S. van, J. de Lepeleire, K. Vanden Driessche, G. Thijs en F. Buntinx (2011), *Multidisciplinary team meeting about a patient in primary care: an explorative study*. In: Journal of primary care and community health 2 (2), p. 72 – 76.

Krom, M. de (2017), *Projecteindrapport. Pilot: vernieuwing samenwerking huisarts, Centrum voor Jeugd en Gezin en sociale wijkteams*. Rotterdam.

Landa, J. (2012), *De succesfactoren van een multidisciplinair overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven. Diss.

Mulder, C.E. (2010), *“Besluitvorming palliatieve fase.” Effect training*. Utrecht: UU, afstudeerscriptie.

Rijsdijk, L., J. Hofhuis, L. ten Den en S. de Vries (2015), *Interprofessional samenwerken in wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs. Een internationale verkenning*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

Spreeuwenberg, M., Y. Ping Man, G. Cremers, L. de Witte (2012), *Ondersteuning van het geriatrisch multidisciplinair overleg (MDO) met informatie- en communicatietechnologie; een pilotstudie*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Vermaak, H., R. Emmelkamp en C. van der Wal (2017), *Hoe generalisme het werken met LVB-gezinnen verrijkt. Samen werken, leren en sturen door multidisciplinaire teams*. Amsterdam.

Viheda Nikbakht, M., C. Baar, F. Baar et al. (2012), *Minder knelpunten in de palliatieve zorg door implementatie van het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg?* In: Nederlands-Vlaams tijdschrift voor Palliatieve Zorg (12) 3/4, p. 12 – 28.