

# Méér dan multidisciplinaire samenwerking!

Guy Kessels · Jan Peters · Adi Kessels-de Beer

## Samenvatting

Het Multidisciplinair Samenwerkings Model (MSM) is een project dat zich aanvankelijk vooral richtte op gecoördineerde aanpak en organisatie van multidisciplinaire zorg aan patiënten op het platteland. Gedurende de uitvoering heeft het echter een veel ruimere toepassing gekregen. Het model is ontwikkeld en geïmplementeerd vanuit een pilot in de gemeente Maasgouw in Midden-Limburg. Door de vaak (letterlijk) grote afstand tussen de verschillende vrijgevestigde eerstelijnsdisciplines, is het complex om zorg te verlenen aan patiënten voor wie multidisciplinaire zorg geïndiceerd is. MSM is een project dat eerstelijnspartijen hierbij wil helpen door:

- het ontwikkelen en implementeren van een organisatiemodel voor multidisciplinaire samenwerking;
- het realiseren van randvoorwaarden die multidisciplinaire samenwerking bevorderen, waaronder de voorwaarden voor actieve coördinatie;
- het realiseren van een virtueel gezondheidscentrum en een multidisciplinair zorgdossier, dat ondersteund wordt door slimme ICT-toepassingen.

De *huisarts* is de centrale discipline die de multidisciplinaire zorg binnen MSM indiceert. De gecoördineerde aanpak van multidisciplinaire zorg volgens MSM geeft antwoord op verschillende kwesties die spelen binnen de eerste lijn. Daarbij gaat het op het platteland specifiek om de dubbele vergrijzingsproblematiek, de arbeidsmarktproblematiek en het, meer algemeen, problematischer samenwerken tussen eerstelijnsdisciplines (onder meer omdat zij niet onder één dak en op het platteland vaker niet eens binnen één gemeente gehuisvest zijn).

MSM heeft deze doelstellingen inmiddels gerealiseerd en heeft zich bewezen als een effectief samenwerkingsmodel bij alle vormen van zorg waarbij meerdere

---

Drs. G. Kessels, RC (✉) · J. Peters, MSc. · A. Kessels-de Beer  
Melick, Nederland  
e-mail: [guy@logopedica.nl](mailto:guy@logopedica.nl)

*Bijblijven* (2015) 31:889–899, DOI: 10.1007/s12414-015-0108-z  
© Bohn Stafleu van Loghum 2015  
Published online: 30 November 2015

disciplines betrokken zijn. Dat geldt concreet bijvoorbeeld dus ook voor ParkinsonNet Roermond.

## Inleiding

Grote steden hebben al decennialang een bijzondere band met de rijksoverheid. Probleemwijken spelen daarin vaak een belangrijke rol. Dorpen met hun specifieke problematiek zijn daarentegen vaak onderbelicht gebleven. In Midden-Limburg is sprake een vergrijzende, ontgroenende en dalende bevolking (figuur 1). Dit vraagt om een antwoord op diverse sociale kwesties zoals:

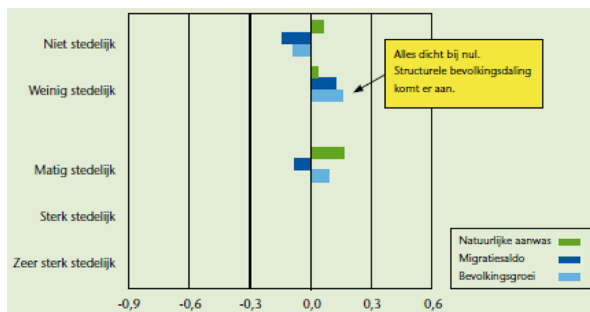
- Hoe zorg je ervoor dat ouderen hun levensavond met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven kunnen doorbrengen?
- Welke essentiële voorzieningen zijn op welk schaalniveau te handhaven?
- Hoe organiseer je toegankelijke en bereikbare keten- of multidisciplinaire zorg wanneer niet alle zorgverleners bij elkaar om de hoek of onder één dak gevestigd zijn?

Vergrijzing is een verschijnsel dat zich al decennialang voordoet en voorlopig ook nog een tijd zal doorgaan. De verschillen in de mate van vergrijzing tussen het platteland en het stedelijk gebied zijn in Nederland gemiddeld niet zo groot. In de provincies Groningen (met uitzondering van Oost-Groningen), Limburg en Zeeland zien we echter een grotere mate van vergrijzing dan in het stedelijk gebied. Ontgroening is een verschijnsel dat we in sterkere mate aantreffen op het platteland.

Aanvankelijk richtte het project MSM zich binnen een pilot op het verbeteren en behouden van goede (paramedische) zorg voor de gemeente Maasgouw.

Het ontwikkelen van een multidisciplinair samenwerkingsmodel moest het antwoord zijn op de verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn, de bedreiging voor het leeftijdbestendig wonen op het platteland en het in stand houden van zorgvoorzieningen in de dorpen. De ambitie was dat het model niet alleen ingezet kon worden ter verbetering van de zorg op het platteland in Midden-Limburg, maar dat het in heel Nederland te implementeren zou moeten zijn, vooral waar sprake is van de hiervoor genoemde demografische ontwikkelingen. Bovendien zouden de

**Figuur 1** Bevolkingsgroei Midden-Limburg in procenten, gemiddeld over de periode 2001/2008 (bron: CBS).



methodiek en de afspraken binnen het model ook te gebruiken moeten zijn voor alle samenwerkingsverbanden, ook die samenwerkingsverbanden die onder één dak verenigd zijn.

---

## **Aanleiding en relevantie**

### **Aanleiding**

Naast de demografische ontwikkelingen, zoals beschreven in de inleiding, en de ambitie om goede zorgvoorzieningen te behouden in Midden-Limburg, was de directe toegankelijkheid, die bij aanvang van het project uitsluitend voor fysiotherapie en oefentherapie bestond, een aanleiding voor het initiatief voor dit project.

Hoewel directe toegankelijkheid de toegangsdrempel voor de individuele cliënt verlaagt, schuilt hierin ook het gevaar van ongecoördineerde verwijzing van de ene naar de andere discipline. Het is dan een verwijzing die niet primair gebaseerd is op een deskundig oordeel over hetgeen geïndiceerd is, maar eerder veroorzaakt wordt door laagdrempeligheid van bereikbare zorg.

Ten slotte zagen de initiatiefnemers van het project MSM in maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de transitie van de tweede lijn naar de eerste lijn, een verdere aanleiding voor het project MSM. Zij ervoeren dat de eerste lijn op dat moment nog niet de mogelijkheden had om de tweede lijn volwaardig te vervangen: er was nog geen duidelijke samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en de mogelijkheid om eenvoudig een MDO (multidisciplinair overleg) te beleggen was nog niet aanwezig, omdat het moeilijker realiseerbaar was.

Het is evident dat multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverleners bijdraagt tot betere kwaliteit van zorg en meer doelmatigheid. Een inhoudelijk uitgangspunt en vereiste blijft daarbij de generalistische en integrale benadering van de patiënt, zoals bijvoorbeeld de huisarts die biedt. Versnippering van zorg dient te allen tijde tegengegaan te worden, waarbij de huisarts wordt gezien als de regisseur van ketens van samenwerking voor patiënten met een multidisciplinaire indicatie.

### **Relevantie**

Inmiddels wordt samenwerking binnen de zorg door iedereen die de patiënt centraal wil stellen als buitengewoon belangrijk gezien. In een concurrerende (gereguleerde) eerstelijnsmarkt is samenwerking echter geen vanzelfsprekendheid. De kracht van samenwerking is gebaseerd op een voortdurende dialoog, onderlinge afhankelijkheid en het streven om samen de optelsom van de individuele zorg te overstijgen.

Minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport schrijft in januari 2008 aan de Tweede Kamer in zijn brief ‘Visie op de eerstelijnszorg: Dynamische eerstelijnszorg’, dat de eerstelijnszorg zich sterker moet inzetten voor multidisciplinaire

samenwerking, teneinde de samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod te vergroten.

In 2004 hebben verschillende beroepsorganisaties in de eerste lijn, de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie en het Ministerie van VWS de ‘*Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg*’ ondertekend. Hierin stellen zij dat voor een toekomstbestendige eerstelijnsgezondheidszorg verdergaande samenwerking tussen beroepsbeoefenaren en organisaties moet plaatsvinden.

### **Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief**

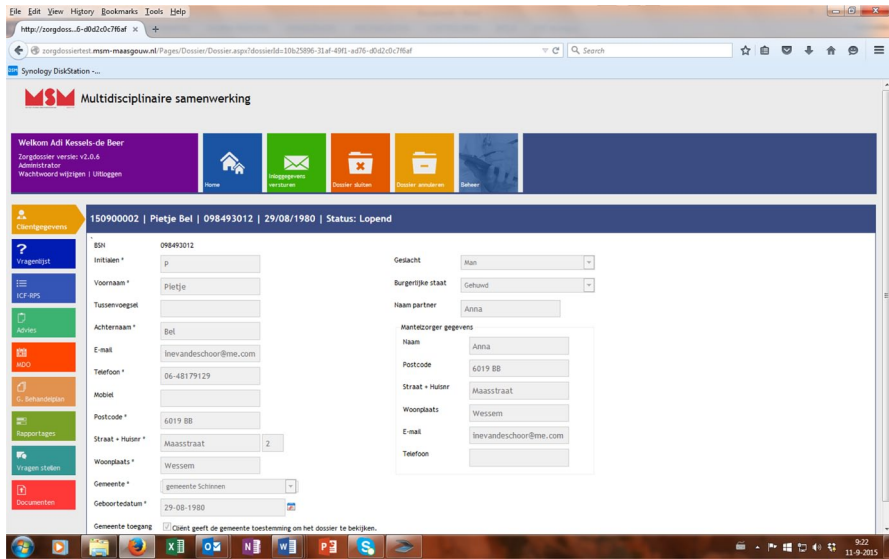
*De NPCF* is van mening dat de eerstelijnsgezondheidszorg met stip de eerste plaats binnen de gezondheidszorg verdient. Zorg, dicht bij huis, veilig en voordelig. Met de huisarts als spelverdeler om ervoor te zorgen dat de patiënten, door voorlichting, advisering, begeleiding en behandeling de juiste hulp op de juiste plek krijgen. Door goede samenwerking in de eerste lijn kunnen de taken veel beter worden verdeeld, in het belang van de individuele zorgvrager en in het algemeen belang. Politiek, overheid en de zorgverzekeraars en vanzelfsprekend ook de zorgverleners moeten veel meer aandacht geven aan de eerstelijnsgezondheidszorg. Samenwerking in de eerste lijn, bij voorkeur onder één dak, is voor de NPCF het sleutelwoord voor verantwoorde zorg.

Bron: ‘Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiënten perspectief’. NPCF, 3<sup>e</sup> herziene druk, augustus 2009

Het creëren van meer multidisciplinaire samenwerking biedt een aantal voordelen. Het leidt tot kortere lijnen en meer contacten tussen de hulpverleners, die hiermee meer kennis van elkaars kwaliteiten krijgen, waardoor er een betere door- en terugverwijzing en een betere onderlinge communicatie en informatievoorziening ontstaan [1]. Bijkomend voordeel is, dat patiënten meer keuzemogelijkheden hebben en efficiënter gebruik kunnen maken van verschillende aanbieders.

Multidisciplinaire zorg is door *de zorgverzekeraars* tot speerpunt benoemd, waarvan de basis wordt gevormd door vanuit eigen expertise, met elkaar samenwerkende disciplines, zodat kennis en zorg rondom een patiënt gebundeld worden.

De toegankelijkheid van multidisciplinaire zorg is gebaat bij een meer ambulante benadering van patiëntcategorieën die zich moeilijker kunnen verplaatsen. Toegankelijke zorg, waar nodig of gewenst ambulant, doet recht aan het principe van stepped care. Volgens het principe van een stepped care model ontvangen cliënten een behandeling die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. Daarmee gaat eerstelijnszorg vóór op tweedelijnszorg. Om bijvoorbeeld somatische dagbehandeling, gericht op het behouden en verhogen van de zelfredzaamheid in de thussituatie, binnen de eerste lijn mogelijk te maken, is gecoördineerde ergotherapeutische, fysiotherapeutische, logopedische zorg en thuiszorgverlening noodzakelijk.



**Figuur 2** Voorbeeld vastlegging NAW-gegevens.

## Doelstelling en stappen

### Doelstelling

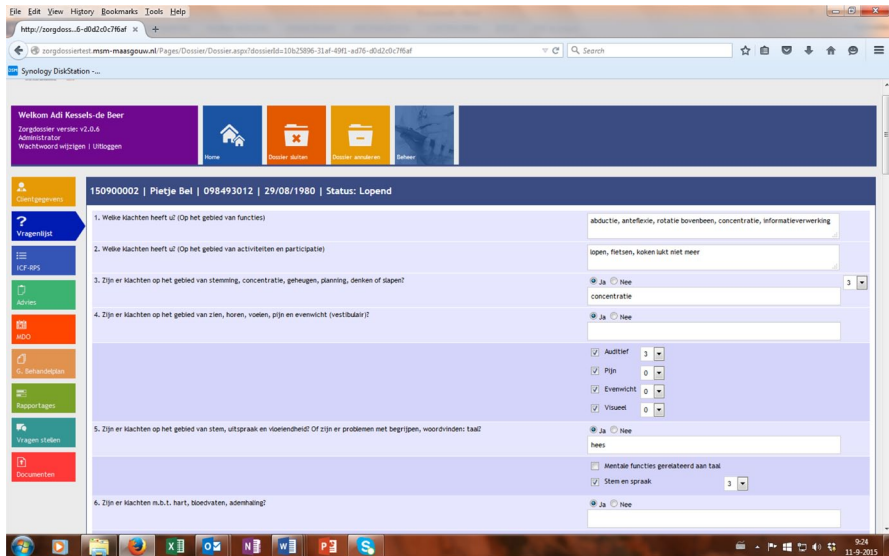
Het doel van het project was te komen tot een efficiënte, toegankelijke en toekomstbestendige eerstelijnszorg voor alle zorgvragers met een multidisciplinaire zorgvraag.

Kernwaarden daarbij waren:

- samenwerking en afstemming;
- huisarts als spil;
- toegankelijke zorg (ambulant of decentraal);
- cliëntvraag staat centraal;
- cliënt blijft onderdeel van zijn sociale systeem;
- geen beperking ten aanzien van openstelling/deelname van disciplines;
- multidisciplinaire indicatie (het behoeft geen ketenzorg te zijn).

### Stappen

Om voorgaande doelstelling te realiseren, is een groot aantal stappen gezet. Zo werd er een infrastructuur gerealiseerd die voor de eerstelijnsdisciplines in de gemeente Maasgouw zorgde voor een aantoonbaar betere samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en de gemeente. Parallel hieraan werden een samenwerkingsmodel en processtructuur ontwikkeld, die bij-



**Figuur 3** Voorbeeld vragenlijst geënt op ICF.

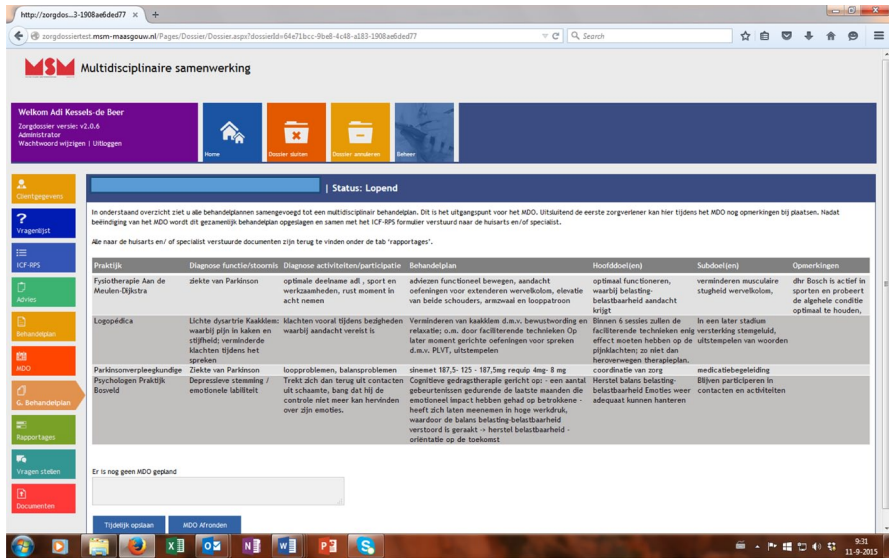
dragen aan het voorkómen van versplintering van de eerstelijnszorg als gevolg van onderlinge verwijzing en het ontbreken van regie. Het samenwerkingsmodel MSM werd geschikt gemaakt om verder uit te rollen binnen bestaande en nog op te richten samenwerkingsverbanden.

Voor de patiënt werd een expliciete rol gecreëerd in het multidisciplinaire zorgproces en bij de toegang tot het elektronisch dossier. Beide zijn bedoeld als middel om eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement te stimuleren, met daarnaast de mogelijkheid tot vrije keuze van zorgverleners.

Al vrij vroeg in het traject werd er een multidisciplinaire vragenlijst ontwikkeld, geënt op de ICF (International Classification of Functioning), die in een elektronische omgeving resulteert in een ICF-RPS- (Rehabilitation Problem Solving) overzicht (één A4). Dit geeft een totaaloverzicht van de status van de patiënt op functie-, activiteiten- en participatieniveau. Hierin worden tevens de externe en persoonlijke factoren meegenomen.

De hiervoor genoemde activiteiten mondden uiteindelijk uit in een beveiligde webbased virtuele omgeving met een elektronisch zorgdossier en met automatisch aangestuurde MDO's via beeldcontact. Deze faciliteiten bevorderen de optimale communicatie tussen de zorgverleners onderling, van de zorgverleners met de huisarts, en van de zorgverleners en de huisarts met de cliënt. Maar ook de specialist kan hierbij betrokken worden.

Ongeveer halverwege het traject is er onder de zorgverleners een tevredenheidsonderzoek verricht door Zuyd Hogeschool en in de eindfase van het traject is ook nog de mogelijkheid gecreëerd om – na goedkeuring door de cliënt – de gegevens



**Figuur 4** Voorbeeld gezamenlijk behandelplan.

van het ICF-RPS-formulier ter beschikking te stellen aan bevoegde instanties van de gemeente ten behoeve van Wmo-aanvragen.

Vermeldenswaard is ten slotte nog dat MSM werd ingezet bij de Roermondse afdeling van ParkinsonNet: een netwerk waarbinnen een neuroloog, parkinsonverpleegkundige, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, oefentherapeuten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten werkzaam zijn.

## Resultaten en meerwaarde

### Resultaten

De uiteindelijke resultaten van het MSM-project laten zich puntsgewijs als volgt samenvatten:

- Er is een website met een sociale kaart, een overzicht van alle zorgverleners en de inlogmogelijkheid in het zorgdossier.
- Er is een procesinrichting en -beschrijving van een multidisciplinaire intake, multidisciplinair overleg en de totstandkoming van een geïntegreerde rapportage aan de huisarts via zorgmail.
- Binnen een beveiligde virtuele omgeving is er een elektronisch zorgdossier ontwikkeld, dat door elke willekeurige, bij de patiënt betrokken, zorgverlener kan worden opgestart.
- MSM bevat een proces dat de zorgverlener als het ware aanstuurt.
- De zorgverleners kunnen onderling en met de cliënt communiceren binnen een beveiligde omgeving.

- De cliënt heeft inzage in zijn dossier en kan desgewenst deelnemen aan het MDO.
- Het eenduidig, gezamenlijk opgestelde zorgdossier leidt tot optimale efficiëntie in afstemming en coördinatie van multidisciplinaire eerstelijnszorg
- In de laatste fase van het project werd ook deelname van jeugdzorg, maatschappelijk werk en de gemeente mogelijk gemaakt (uiteraard met waarborging van alle relevante privacyregels).
- MSM maakt het mogelijk dat voor elke willekeurige zorgvraag de benodigde disciplines ingezet worden.
- MSM kreeg een Award van ZonMw als een van de meest belovende projecten van ‘Op één Lijn’.

Ten slotte:

- Binnen de gemeente Maasgouw wordt MSM door vrijwel alle huisartsen en door alle paramedici ingezet.
- Binnen ParkinsonNet Roermond wordt door alle disciplines MSM ingezet.
- Er zijn enkele huisartsengroepen die MSM inzetten voor ouderenzorg.
- Binnen CVA-ketenzorg Rotterdam bestaat grote interesse voor gebruik van MSM.
- Prof. em. W.van den Bosch noemde bij zijn afscheid van de Radboud Universiteit MSM ‘the missing link in de eerste lijn’.
- In samenwerking met Universiteit Maastricht wordt een validatieonderzoek uitgevoerd naar de op ICF geënte vragenlijst.

## Meerwaarde van het project

Bij multidisciplinaire samenwerking denkt men in het algemeen primair aan het doorspreken van de zorgvraag en aan in gezamenlijkheid goede zorg aanbieden. MSM is echter verder gegaan dan dit uitgangspunt.

Bij het opstarten van een MSM-traject wordt door een (willekeurige) zorgverlener een op ICF (International Classification and Functioning) geënte vragenlijst afgenomen. Deze vragenlijst bevat alle basisinformatie (stoornis, activiteiten- en participatieniveau, externe en persoonlijke factoren) en is voor alle disciplines in te zien, waardoor de cliënt niet steeds dezelfde vragen hoeft te beantwoorden. De antwoorden worden gegenereerd tot een samenvattend overzicht van de status van de cliënt, wat leidt tot een advies voor mogelijk in te zetten zorg. Het overzicht en advies worden voorgelegd aan de huisarts, die aangeeft welke zorg geïndiceerd wordt. Wanneer de huisarts accordeert, krijgen de geïndiceerde disciplines/zorgverleners bericht dat hun interventie gewenst is en dat hun diagnose en behandelplan binnen twee weken in MSM verwerkt moeten zijn, omdat dan een MDO plaatsvindt. De monodisciplinaire behandelplannen worden binnen MSM tot een gezamenlijk behandelplan gegenereerd, dat na bespreking in het multidisciplinair overleg (MDO) via Zorgmail terechtkomt in het HIS. Uiteraard heeft de cliënt vooraf de informatie-uitwisseling tussen de zorgverleners gefiatteerd.



De virtuele omgeving is voor alle betrokkenen een ideaal communicatieplatform: door het uitwisselen van berichten, door beeldcontact en door het ter beschikking stellen van informatie (downloads, links).

### **Meerwaarde voor de cliënt**

De MSM-werkwijze heeft als voordeel dat het afnemen van de anamnese slechts eenmaal hoeft te gebeuren; dit is minder belastend. De multidisciplinaire zorg wordt besproken en afgestemd, zodat voorkómen wordt dat aspecten niet of overlappend door meerdere disciplines behandeld worden. Het dossier is eigendom van de cliënt en de cliënt heeft inzage in de zorg die aan hem verleend wordt.

Tevens kan de cliënt via het zorgdossier met zijn zorgverleners communiceren. Met dit alles kan de cliënt een optimale sturing geven aan zijn eigen zorgproces en er ook medeverantwoordelijk voor zijn.

### **Meerwaarde voor de zorgverlener**

De tijdsinvestering van de diverse disciplines ten aanzien van de intake en anamnese neemt af, aangezien algemene informatie reeds voorhanden is en de discipline meteen doelgericht kan gaan werken. Het MDO vraagt minder tijdsinvestering: iedereen kan vanaf zijn eigen werkplek deelnemen en alle gegevens zijn voor iedereen voorhanden.

Het gezamenlijke zorgdossier en het komen tot een gezamenlijk behandelplan leiden tot een grotere mate van transparantie in de door de verschillende disciplines aangeboden zorg en geven gelegenheid tot het vergroten van de kennis en ervaring met betrekking tot elkaars vakgebieden. Hierdoor zal de visie van de zorgverlener op de cliënt en diens problematiek breder worden en krijgt de zorgverlener de gelegenheid zijn grenzen en inzichten, vaardigheden en kennis te verbreden.

---

## **Lessons learned tijdens het traject**

Uiteraard zijn er bij de uitvoering van het project factoren geweest die belemmerend gewerkt hebben op het realiseren van de doelstellingen. In het algemeen geldt tot dusver dat multidisciplinaire samenwerking in de praktijk vaak moeizaam tot stand komt. Een verkennend kwalitatief onderzoek naar de knelpunten die hieraan ten grondslag liggen, geeft een aantal verklaringen: gebrek aan tijd om de zorg op een andere wijze te organiseren, stoeve communicatie tussen zorgverleners, te veel uitgaan van eigen kennis, kunde en eigen verklaringsmodellen, het niet vergoed krijgen van multidisciplinaire overleggen door de zorgverzekeraar en mogelijk een concurrentiegevoel ten opzichte van andere vrijgevestigde paramedici. Ook tijdens de realisatie van het MSM-project zijn al deze ‘hobbels’ aan de orde geweest. Terwijl de wens van veel zorgverleners onverminderd blijft bestaan om het zorgaanbod in de praktijk meer op elkaar af te stemmen, blijkt dat ook patiënten hier veel waarde aan hechten.

De belangrijkste bedreigingen voor de haalbaarheid van dit project waren de beperkt beschikbare tijd en de bereidheid tot samenwerken van de projectdeelnemers. Beide zijn noodzakelijk om tot de ontwikkeling van het model te komen.

Beschikbare tijd speelde met name bij de huisartsen een grote rol. Ook was er een afwachtende houding, omdat men vond dat men al met te veel nieuwe ICT-systemen geconfronteerd werd en MSM daar dan nog eens bovenop zou komen.

Uit de hiervoor beschreven praktijk blijkt, dat samenwerken niet vanzelf gaat. Het kost energie om de zorg af te stemmen en over de grenzen van de eigen profes-sie heen naar de zorgbehoefte van de cliënt te kijken.

Professionals hebben vaak wel een bepaald ‘niet-pluis’ gevoel, waarbij de zorg-vraag verder gaat dan de zorg die monodisciplinair kan worden geboden. Het kan veel gezondheidswinst opleveren, om, wanneer multidisciplinaire zorg geïndiceerd is, deze meteen vanaf de start in onderlinge samenhang te organiseren met onderling afgestemde zorgdoelen. Aan welke adviezen moet een cliënt zich immers houden wanneer er door meerdere disciplines verschillende adviezen worden gegeven? Wat betekent het voor therapietrouw en zelfredzaamheid wanneer doelen en prioriteiten per discipline anders worden gesteld?

Ook de wens, zoals onder meer geformuleerd door NPCF, om alle zorg onder één dak te verlenen, blijkt in de praktijk niet zo gemakkelijk te vervullen, met name niet op het platteland. Juist in kleine-kernengebieden (zoals de gemeente Maasgouw) is het complex om alle disciplines onder één dak te brengen. (Overigens is het onder één dak brengen van disciplines geen garantie voor goede samenwerking.)

Een van de meest opvallende belemmeringen voor het multidisciplinaire samen-werken is het nog altijd monodisciplinair denken en handelen van veel disciplines. Men is monodisciplinair opgeleid en niet gewend over de grenzen van zijn vakge-bied te denken en handelen.

---

## Mogelijkheden in het voorliggende traject

In de toekomst kan implementatie van het MSM een stevig positieve impuls krijgen wanneer de zorgverzekeraars voor multidisciplinair overleg en multidisciplinaire samenwerking financiële vergoedingen gaan verstrekken. Dit zou recht doen aan het ingezette beleid van de zorgverzekeraars en de overheid, omdat zij samenwer-king binnen de eerste lijn tot speerpunt hebben benoemd.

Uiteraard zouden daarmee de mogelijkheden en de bereidheid onder de zorgver-leners eveneens toenemen om MSM in te zetten als middel voor efficiënte, toegan-kelijke en toekomstbestendige eerstelijnszorg.

## Conclusie en oproep

De conclusie is dat er al veel bereikt is, maar dat er ook nog een wereld te winnen valt. Op 1 juli 2015 is het project MSM afgesloten en staat MSM op eigen benen. Er zijn volop mogelijkheden en er bestaat grote interesse binnen verschillende gelegingen om MSM te implementeren.

In september 2015 vond een update van het programma plaats, waardoor het een eigentijdse uitstraling kreeg en nog gebruiksvriendelijker werd. En dat laatste is iets waaraan voortdurend aandacht besteed zal (moeten) worden.

De initiatiefnemers hebben MSM ontwikkeld tot een up-to-date en betaalbaar product, dat de eerste lijn de gelegenheid geeft multidisciplinaire zorg rondom de cliënt in zijn eigen woonomgeving af te stemmen, te coördineren en te garanderen.

Degenen die bedenkingen hebben, vanwege de vermeende extra tijd die MSM zou kosten, willen we oproepen om eens nauwkeurig na te gaan of dat per saldo ook werkelijk het geval is. Wij denken namelijk van niet. We zouden vooral willen oproepen om de afweging te maken hoeveel beter de zorg voor de cliënt met een multidisciplinaire zorgvraag wordt.

Voor nadere informatie kan contact worden opgenomen met [secretariaat@msm-maasgouw.nl](mailto:secretariaat@msm-maasgouw.nl).

Initiatiefnemers van MSM waren:

Jan Peters MSc., fysiotherapeut, manueel therapeut, psycholoog ([janpeters.1@home.nl](mailto:janpeters.1@home.nl));

Ine Bex-van de Schoor, ergotherapeut;

Adi Kessels-de Beer, logopedist, Zuyd Hogeschool seniordocent afdeling Logopedie ([adi@logopedica.nl](mailto:adi@logopedica.nl)).

---

## Literatuur

1. Bensing JM. Oude beelden, nieuwe koers. Samen werken aan een patiëntgerichte eerste lijn. Presentatie Congres twee jaar in LOVE; 2007.

---

**Drs. G. Kessels RC**, managing partner logopediepraktijk Logopédica, Melick.

**J. Peters MSc.**, fysiotherapeut, manueel therapeut, psycholoog.

**A. Kessels-de Beer**, logopedist, Zuyd Hogeschool seniordocent afdeling Logopedie.