



Onderzoeksrapport MSM

Een procesevaluatie



Schrijvers: Chinou Sillekens, Tessa Janssens, Vera Salden

Opleidingen: HBO-V en Ergotherapie

Docentbegeleiding: Ramon Daniels

Projectbegeleiding: Adi Kessels- de Beer, Paul Konings

Faculteit Gezondheid en Zorg

Zuyd Hogeschool

08-01-2014



Voorwoord

Dit onderzoeksrapport is gebaseerd op een proces evaluatie naar de tevredenheid en uitvoerbaarheid van MSM. Voor ons, de schrijvers van dit rapport, was dit een interessant onderwerp, omdat we allemaal studenten zijn die binnenkort zullen afstuderen in de gezondheidszorg. Ook wij zullen te maken krijgen met multidisciplinaire zorg en om nu al betrokken te zijn met innovaties hierin was zeer leerzaam.

Dit onderzoeksrapport was niet tot stand gekomen als wij geen ondersteuning en participatie hadden mogen ontvangen van verschillende mensen. Wij willen graag Adi Kessels- de Beer, mede-oprichter van MSM bedanken. Zij was zeer betrokken bij het onderzoek en kon ons kennis verschaffen over MSM. Paul Konings was onmisbaar voor ons, aangezien hij zijn ideeën heeft geuit over de interviewguide. Maar, ook Ramon Daniels heeft ons bij iedere stap in dit onderzoeksrapport ondersteund en feedback gegeven. Als laatste willen wij graag de 8 participanten bedanken voor hun deelnamen aan het onderzoek.

Chinou Sillekens, Tessa Janssens en Vera Salden.

Heerlen, januari 2014

Samenvatting

Er komen steeds meer ouderen in de samenleving. Zij maken gebruik van zorg van eerstelijns disciplines. Om er voor te zorgen dat deze eerstelijns disciplines effectief multidisciplinair kunnen samenwerken is het multidisciplinair samenwerkingsmodel (MSM) opgericht binnen de gemeente Maasgouw en binnen Parkinsonnet. MSM bestaat uit verschillende onderdelen zoals een digitaal zorgdossier, het proces dat door de techniek gestuurd wordt, een centrale vragenlijst gebaseerd op ICF, beeldcontact bij het MDO en een overzicht van de deelnemers (eerstelijns disciplines). Sinds eind juni 2013 is MSM 2 geïmplementeerd en werken diverse eerstelijns disciplines hiermee. Binnen deze implementatie is een procesevaluatie naar de tevredenheid en uitvoerbaarheid van dit model onder de professionals een belangrijke stap. De opdracht voor het onderzoek betrof dan ook een procesevaluatie naar de tevredenheid en uitvoerbaarheid van MSM onder diverse eerstelijns disciplines. De hoofdvraag die bij dit onderzoek centraal staat luidt als volgt:

Hoe beschrijven diverse eerstelijns disciplines de tevredenheid en uitvoerbaarheid, van de fases “intake door eerste verantwoordelijke zorgverlener” tot “het uitvoeren van het multidisciplinaire behandelplan”, binnen MSM?

De procesevaluatie is uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews. Om zo'n breed mogelijke hoeveelheid informatie te verkrijgen zijn er verschillende professionals geïnccludeerd. Er zijn 8 interviews afgenomen met de interviewgide.

Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat elke professional anders naar MSM kijkt. Er wordt ervaren dat een MDO binnen MSM leidt tot een betere afstemming in de zorg, dit leidt tot minderbehandelingen en kostenbesparing in de zorg. Daarnaast wordt MSM ook gezien als tijdrovend, deze tijd steken de professionals liever in de cliënt. MSM past bij de normale manier van werken van de professionals. Maar MSM wordt soms als overbodig gezien wanneer MSM wordt ingeschakeld voor een cliënt waarbij 2 professionals zorg bieden. MSM is een makkelijk te gebruiken middel en een manier om goed te kunnen samenwerken.

Wanneer er enkele technische aanpassingen zouden worden gedaan zou het systeem nog wat vereenvoudigd worden. Door het gebruik van MSM is er een goede afstemming tussen de verschillende disciplines. Hierdoor kan er beter cliëntgericht worden gewerkt. Helaas wordt het systeem nog niet door iedereen structureel gebruikt.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Methode.....	6
Hoofdstuk 2: Resultaten	8
2.1. Thema's	8
2.1.1. Intake in MSM met overleg over disciplines en praktijken	8
2.1.2. Het invullen van het Mono disciplinair behandelplan in MSM.....	9
2.1.3. Het gezamenlijk behandelplan	10
2.1.4. Het MDO	10
2.1.5. Uitvoering multidisciplinaire behandelplan.....	11
Nabeschouwing	12
Discussie.....	12
Aanbevelingen	14
Bijlage 1: Matrix model van de 8 interviews.	16

Inleiding

Er komen steeds meer ouderen bij in de samenleving. Velen van hen zijn bekend bij verschillende disciplines, vooral in de eerste lijn. Zo vanzelfsprekend als multidisciplinaire samenwerking wellicht is in de tweede lijn, is niet het geval in de eerste lijn. MSM is ontwikkeld vanuit een initiatief van diverse paramedische eerstelijns disciplines. MSM staat voor een multidisciplinair samenwerkingsmodel; het richt zich op een gecoördineerde aanpak en organisatie van multidisciplinaire zorg aan cliënten op het platteland. Dit samenwerkingsmodel is breed geïntroduceerd bij alle betrokken hulpverleners rondom een individuele cliënt binnen de gemeente Maasgouw en Parkinsonnet. Door de grote (letterlijke) afstand tussen de op het platteland gevestigde verschillende eerstelijns disciplines bleek het complex om, binnen een afgestemde ketenaanpak, zorg te verlenen aan die cliënten waarbij multidisciplinaire zorg geïndiceerd is. MSM is een werkmethoediek ondersteund met ICT en andere technologische oplossingen. Sinds eind juni 2013 is MSM 2 van start gegaan en werken diverse eerstelijns disciplines ermee.

Binnen deze innovatie is een procesevaluatie naar de tevredenheid en uitvoerbaarheid van dit model onder de professionals een essentiële stap. De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek is:

‘hoe beschrijven de diverse eerstelijns disciplines de tevredenheid en uitvoerbaarheid, van de fases intake door de eerste verantwoordelijke zorgverlener (EVZ) tot het uitvoeren van het multidisciplinaire behandelplan, binnen MSM’.

Binnen het onderzoek wordt informatie verkregen over de feitelijke uitgevoerde activiteiten en over de deelname en ervaringen van een aantal van de deelnemende disciplines. In het eerste hoofdstuk kunt u nog een verdere beschrijving vinden over de methoden die is gebruikt voor dit kwalitatieve onderzoek. In het tweede hoofdstuk vindt u een weergave van de resultaten waarin u de verschillende meningen naast elkaar ziet. In het laatste hoofdstuk vindt u een conclusie opgevolgd door een discussie waarin de sterke en zwakke kanten van het onderzoek naar voren komen. Als laatste leest u de aanbevelingen die door de schrijvers gedaan zijn. In de bijlage vindt u uiteindelijk nog een korte weergave van alle interviews, waarbij de participanten anoniem zijn gebleven.

Hoofdstuk 1: Methode

In dit hoofdstuk zal kort de opzet van het onderzoek worden beschreven. Er zal worden uitgelegd welke methoden van onderzoek er wordt gehanteerd, welke participanten hierbij aanwezig zijn en hoe data zijn verzameld.

1.1. Participanten

De participanten zijn geselecteerd aan de hand van verschillende selectiecriteria. Deze ziet u hieronder in tabel 1.

Discipline	Geslacht	Leeftijd-categorie	Werk ervaring	Ervaring met MSM	Cliënten binnen MSM	Deelgenomen aan een MDO
Ergotherapeut	man	20-25	4,5 jaar	Vanaf MSM 1	3	Ja, 2x
Logopediste	vrouw	20-25	1 jaar	Vanaf MSM 2	4/5	Ja 3/4x
Fysiotherapeut	vrouw	40-45	23 jaar	Vanaf MSM 1	6	Ja, 6x
Parkinson verpleegkundige	vrouw	46-50	Meer dan 25 jaar	Vanaf MSM 1	20	Ja, 3x
Diëtiste	vrouw	46-50	25 jaar	Vanaf MSM 2	1	Nooit
Ergotherapeut	vrouw	30-35	10 jaar	Vanaf start (medeoprichter MSM)	6	Ja, 8x
fysiotherapeut	man	26-30	4 jaar	Vanaf MSM 2	7/8	Ja, 5x
GZ psycholoog	vrouw	46-50	16 jaar	Vanaf MSM 1 (inbreng in oprichting MDO)	19	Ja, minimaal 35 x

In MSM werken verschillende eerstelijns disciplines, zij waren participanten in het onderzoek. Zij hadden allemaal verschillende leeftijden, waardoor de werkervaring ook gevarieerd was. Enkele participanten hadden meer ervaring met MSM dan andere. Enkele hadden weinig cliënten in MSM, andere meer. Adi Kessel- de Beer heeft de participanten verworven.

1.2. Data verzameling

Het kwalitatief onderzoek naar de tevredenheid en uitvoerbaarheid van MSM werd uitgevoerd aan de hand van semi- gestructureerde interviews. Er is gekozen voor deze manier van interviewen omdat er gemakkelijk kan worden ingehaakt op wat de geïnterviewde zegt. Vooraf aan het houden van deze interviews werd er een interviewgide opgesteld. Deze interviewgide bestond uit vragen gericht op de diverse fasen van MSM. Per fase kwam in ieder geval aan bod:

- Wat is uw ervaring met MSM?
- Waar bent u tevreden over?
- Welke knelpunten heeft u ervaren tijdens het gebruik van MSM?
- Welke oplossingen kunt u ons geven om deze knelpunten mogelijk te kunnen oplossen?

De interviewgide vindt u in de bijlage. Voor elk interview hebben we gebruik gemaakt van dezelfde interviewgide. De interviewgide werd waar nodig aangepast aan de rol van de participant binnen MSM.

1.2.1. Data- analyse

De data die werd verzameld aan de hand van de interviews is door middel van een matrix tabel in de bijlage geordend. Binnen elke fase is vervolgens bekeken welke thematiek de professionals in de interviews inbrachten. Daarna zijn uitspraken van professionals over de betreffende thema's bij elkaar gezet en geanalyseerd zodat een beeld ontstond over de betekenis, en overeenkomsten en verschillen. Deze informatie is weergegeven in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk 2: Resultaten

In onderstaand hoofdstuk vindt u de resultaten die zijn verkregen uit de interviews met de eerstelijns disciplines. Hieruit zijn diverse thema's geselecteerd.

2.1. Thema's

MSM kent verschillende fasen. In dit kwalitatieve onderzoek zijn de fasen: 'intake door EVZ tot de uitvoering van het multidisciplinaire plan' onderzocht op tevredenheid en uitvoerbaarheid. Per fasen zullen de belangrijkste thema's worden besproken. Een volledige weergave van de resultaten uit de 8 interviews vindt u in de bijlage in een matrixtabel.

Algemeen gesproken vinden de professionals MSM een handig middel om samen te werken. Het zorgt voor kort contact tussen de verschillende disciplines, waar dit voorheen niet/minder gebeurde. In de intake fase door de EVZ, maar ook in de fase van het MDO is men bezig met de wensen van cliënt. De cliënt heeft vooral in de fasen voor aan het MDO eigen inbreng in zijn behandeling. Echter als drempels noemden enkele professionals toch dat MSM extra tijd kost. Met hierbij als oorzaak genoemd dat het niet gekoppeld is aan hun eigen digitale dossiers. Verder werden nog opstartproblemen genoemd die bijvoorbeeld samenhangen met MDO's die niet doorgingen of niet optimaal verliepen. Tevens wordt het als belemmerend ervaren dat nog niet veel professionals er gestructureerd mee werken.

2.1.1. Intake in MSM met overleg over disciplines en praktijken

De intake vragenlijst in MSM wordt ingevuld door een professional die ook wel de 'eerste verantwoordelijke zorgverlener' kort weg 'EVZ' wordt genoemd. De EVZ schakelt MSM in.

De professionals noemden vooral de thema's: de volledigheid van de vragenlijst en de inschakeling van disciplines. Omtrent de volledigheid van de vragenlijst werd genoemd dat deze lang is. Desondanks ontbreken er volgens sommige professionals nog vragen. Zo miste de logopediste enkele specifieke vragen over doorverwijzing voor haar discipline. De diëtiste noemde zaken als lengte, gewicht en BMI. De vragenlijst is wel duidelijk en sluit wel aan bij de wensen van de cliënt erkennen verschillende professionals. Wanneer een deel van de vragenlijst is afgesloten en de EVZ toch nog iets wilt veranderen kan dit niet meer, aangezien de pagina dan niet meer opent. Dit wordt als belemmerend ervaren door een professional.

Ten aanzien van de inschakeling van disciplines via MSM vinden de professionals dat het systeem een verwijzing geeft voor de juiste disciplines. Echter er professionals geven aan er

vaak (te)veel disciplines uitrollen. Ook wordt er ervaren dat MSM vaak wordt ingeschakeld als de verschillende disciplines al aanwezig zijn, waardoor de intake vragenlijst zijn oorspronkelijke waarde verliest.

Enkele professionals zijn nog nooit EVZ geweest; hen is gevraagd wat de toepasbaarheid is voor hun discipline als een andere discipline de eerste intake doet in MSM. Hieruit kwam naar voren dat wanneer een andere discipline de intake invult, de nadruk toch meer ligt op de vragen van die specifieke discipline. Ook wordt door enkele professionals ervaren dat de andere disciplines vaak onvoldoende doorvragen in de vragenlijst, waardoor sommige disciplines niet direct worden ingeschakeld na de eerste intake. Een andere professional merkte op dat de vragenlijst wel de mogelijkheid biedt tot doorvragen. Enkele professionals ervoeren dat de vragenlijst volledig werd ingevuld en deze rijk aan informatie was. Tevens is het prettig dat wanneer je geen EVZ bent regelwerk je bespaard blijft. Persoonlijke informatie over de cliënt werd echter wel gemist, dit bleek niet altijd te worden ingevuld. Uiteindelijk bevat de vragenlijst wel veel multidisciplinaire informatie over de cliënt wat je leert kijken vanuit een multidisciplinaire visie.

2.1.2. Het invullen van het Mono disciplinair behandelplan in MSM.

Na de intake in MSM en de disciplinespecifieke intake vult de professional zijn eigen behandelplan in MSM in.

Thema's die hierin genoemd werden waren vooral het rapporteren van gegevens en het bijstellen van de behandeling. Ten aanzien van het eerste punt werd genoemd dat grote lappen tekst niet aantrekkelijk zijn in MSM, waarbij werd aangevuld dat er geen lay-out mogelijkheden zijn. Echter een professional vindt dit niet vervelend wanneer er veel tekst is genoteerd, omdat men hierdoor juist meer informatie krijgt. Het behandelplan is wel gemakkelijk in te vullen en overzichtelijk. Een professional omschrijft het systeem als bruikbaar. Er werd genoemd dat het eigen digitale dossier uitgebreider was, waarna werd geconcludeerd dat het goed is dat MSM niet zo uitgebreid is. Enkele disciplinespecifieke meetinstrumenten werden wel gemist volgens de fysiotherapeuten.

Ten aanzien van het bijstellen van de behandelplannen werd genoemd dat het belemmerend is dat je geen wijzigingen kan aanbrengen als deze bevroren zijn. De behandelplannen kunnen gewijzigd worden totdat het MDO geweest is, daarna worden ze 'bevroren' evenals het ICF-RPS formulier. Na het MDO kunnen nieuwe behandelplannen ingevoerd worden. Belemmerend hierbij is dat er maar 1 behandelplan per discipline in MSM staat.

2.1.3. Het gezamenlijk behandelplan

Wanneer iedere discipline zijn monodisciplinaire behandelplan heeft ingevuld komen deze in MSM onder elkaar te staan in een overzicht. Iedere discipline kan zo het behandelplan van een andere discipline inzien.

Vanuit het gezamenlijk behandelplan werd het thema het inzien van de behandelplannen vooral besproken. Hierin werd genoemd dat er vaak veel tekst is per discipline in het overzicht, waardoor het een groot schema wordt. Dit vindt men onoverzichtelijk en het kost veel tijd om te lezen. Een professional benoemde dat het gezamenlijk behandelplan op 1 a4tje moet passen wanneer het uitgeprint zou worden. Er wordt erkend dat er een betere afstemming is tussen de disciplines, omdat de cliënt volledig in beeld is. Als belemmerend wordt ervaren dat niet alle professionals hun behandelplannen op tijd invullen voor het eerste MDO. Tevens benoemde een professional het als prettig dat je de andere disciplines leert kennen door MSM en waardoor je ook werk uit handen durft te geven. Het ontbreken van een seintje wanneer er iets gewijzigd wordt, ervaart men als een gemis. Doordat het invoegen in MSM veel tijd kost geven enkele professionals aan dat zij liever de tijd in de patiënt zouden steken.

2.1.4. Het MDO

2 weken nadat de EVZ zijn intake heeft gedaan vindt het eerste MDO in MSM plaats. Hierbij zijn alle disciplines aanwezig die zijn betrokken bij de cliënt.

Uitgebreid besproken is het MDO in MSM. Hierin zijn verscheidene thema's besproken. Samengevat zijn dit: de aanwezigheid van de (huis)arts, de tijd van het MDO, het contact, de cliëntenparticipatie en beperkingen hierin, het technische systeem, de rol van de EVZ, het effect van het MDO in MSM en de planning.

Zo ervaren enkele professionals het als een gemis dat de (huis)arts niet aanwezig is in het MDO, zij vinden dat dit handig zou zijn voor extra informatie. De 10 min. die staan voor het MDO moeten worden nagestreefd, wanneer de cliënt complexer is zou er iets meer tijd nodig zijn. Een enkele professional vindt 10 min. echter veel te weinig. Het MDO in MSM wordt door enkele professionals als praktisch ervaren en tijdbesparend doordat je nergens heen hoeft te reizen. Een enkele professional geeft ook aan dat het MDO via MSM gestructureerder plaats vindt. Echter een andere professional geeft aan een MDO in het echt net zo effectief te vinden, omdat de professionals hierin meerdere cliënten tegelijk kan bespreken en de huisarts aanwezig is. Ten aanzien van het contact wordt genoemd dat het prettig is een gezicht te

hebben bij de verschillende disciplines en dat het gemakkelijk samenwerken is. Alleen geeft een professional aan dat niet altijd alle betrokken disciplines aanwezig zijn in het MDO; dit is niet handig. Het technische systeem is helder en aantrekkelijk. Het werkt echter niet altijd optimaal om het MDO via MSM te doen. Beeld en geluid zijn enkele malen genoemd als een belemmerende factor waardoor het MDO niet werkte. Hierdoor is uiteindelijk toch nog telefonisch contact nodig geweest. Het wordt als positief ervaren dat de cliënt bij een MDO aanwezig kan zijn. Echter het ontbreken van informatie voor de cliënt, apparatuur, een reminder of motivatie worden gezien als beperkende factoren. Enkele professionals noemen dat cliënten ook vaak niet de behoefte hebben om erbij aanwezig te zijn. Er werd genoemd door een professional dat de familie de mogelijkheid moet krijgen om bij een MDO aanwezig te zijn. Dit is nu al mogelijk, maar blijkbaar nog niet bij alle professionals bekend en er wordt nog niet gebruik van gemaakt. De EVZ bewaakt de tijd goed en neemt de rol van voorzitter op zich. Het MDO via MSM zorgt voor meer afstemming. Echter een tweede MDO wordt dikwijls niet gepland in het eerste MDO. De reden hiervoor is onduidelijk.

2.1.5. Uitvoering multidisciplinaire behandelplan

Als het MDO heeft plaatsgevonden en de afstemming heeft plaatsgevonden tussen de verschillende disciplines wordt het multidisciplinaire behandelplan uitgevoerd bij de cliënt.

Ten aanzien van de uitvoering van het multidisciplinaire behandelplan werd als thema vooral de meerwaarde van MSM besproken. Hierin is benoemd dat MSM complete en overzichtelijke zorg voor de cliënt en het cliëntensysteem biedt. De samenwerking verloopt beter en er is meer afstemming. Dubbeltaken van verschillende disciplines worden sneller opgemerkt. Hierdoor kan het zijn dat de cliënt minder behandeling nodig heeft. Ook door het gericht samenwerken wordt de zorg efficiënter.

Het is positief dat men leert werken vanuit een multidisciplinaire bril. Men weet waar alle disciplines mee bezig zijn. Een enkele professional noemde echter dat hij waarschijnlijk niet meer multidisciplinair werkt dan voorheen, aangezien bovengenoemde altijd het multidisciplinaire contact wel opzoekt. Tevens noemt een ander professional dat MSM niet nodig is wanneer er maar 2 disciplines betrokken zijn bij een cliënt.

Vanuit deze resultaten wordt in het onderstaande hoofdstuk de nabeschatting besproken. Hierin kunt u de conclusie, discussie en aanbevelingen lezen.

Nabeschuwing

De hoofdvraag die aan het begin van het onderzoek is gesteld luidt: *Hoe beschrijven de diverse eerstelijns disciplines de tevredenheid en uitvoerbaarheid, van de fases ‘intake dooreerste verantwoordelijke zorgverlener’ tot ‘het uitvoeren van het multidisciplinaire behandelplan’, binnen MSM?* In het onderzoek is naar voren gekomen dat MSM een systeem is wat over het algemeen als positief wordt beschouwd. Het is een handig systeem om multidisciplinair mee te kunnen samenwerken. Vooral het afstemmen en het inzien van de behandelplannen wordt als meerwaarde ervaren. Daarnaast voeren de professionals geen dubbele taken uit, waardoor de zorg meer cliëntgericht en effectiever wordt. Uiteindelijk zal dit zorgen voor kostenbesparing. Helaas wordt de meerwaarde hier niet altijd van ingezien.

De thema's die naar voren zijn gekomen binnen de intake fase zijn ‘volledigheid van de vragenlijst’ en ‘inschakelen van de disciplines’. Binnen het invullen van het monodisciplinair behandelplan zijn de thema's ‘rapporteren van de gegevens’ en ‘het bijstellen van het behandelplan’. Het thema dat naar voren is gekomen bij het gezamenlijk behandelplan is ‘het inzien van de behandelplannen van de verscheidene disciplines’. De thema's die naar voren zijn gekomen bij het multidisciplinaire overleg zijn ‘de aanwezigheid van de huisarts, de tijd van het MDO, het contact, de cliëntenparticipatie en beperkingen hierin, het technische systeem, de rol van de EVZ, het effect van het MDO in MSM en de planning’. Het thema dat naar voren is gekomen bij het uitvoeren van het gezamenlijk behandelplan is ‘de meerwaarde van MSM’. De uitkomsten van deze thema's zijn terug te vinden in de resultaten.

Discussie

Bij de implementatie van MSM spelen verschillende kenmerken een rol die deze innovatie bevorderen dan wel belemmeren. De kenmerken die invloed hebben op de innovatie van MSM zijn: voordelen, passendheid, complexiteit en zichtbaarheid (Rogers, 2003). Deze zijn hieronder beschreven.

- *Voordelen*

Over het algemeen wordt MSM als een positief communicatie middel ervaren om multidisciplinair mee samen te werken. Er is op een makkelijke wijze persoonlijk contact met verschillende eerstelijns disciplines. Er wordt ervaren dat door het MDO binnen MSM een beter afstemming is in de zorg, dit leidt tot minder behandeling wat kostenbesparing als gevolg kan hebben. Echter wordt MSM ook ervaren als tijdrovend. Sommige professionals

steken deze tijd liever in cliënten. Opmerkelijk was dat de participanten vooral voor enkele patiëntencategorieën, de parkinsoncliënten en solk cliënten, de meerwaarde inzagen voor MSM.

- *Passendheid*

MSM is opgesteld vanuit het ICF, dit sluit goed aan bij de normale manier van werken van de professionals. Hierdoor is het voor hun makkelijk om te werken via MSM. De fases die worden doorlopen binnen MSM, zoals intake, behandelplan op stellen en het voeren van een MDO is een normale wijze van handelen voor de professionals. Daarentegen wordt MSM als overbodig gezien wanneer de professional maar 1 of 2 cliënten binnen MSM heeft. Ook wanneer er maar 2 disciplines betrokken zijn bij een cliënt past MSM niet binnen het dagelijks werken, maar wordt telefonisch contact als makkelijker ervaren.

- *Complexiteit*

MSM wordt gezien als een makkelijk te gebruiken communicatie systeem. Het wordt ervaren als een handig en begrijpbaar middel om met verschillende eerstelijns disciplines te kunnen samenwerken. Het videocontact maakt het op een makkelijke wijze mogelijk om de andere professional beter te leren kennen, dit verlaagd de communicatieve drempels wat de samenwerking weer bevordert. Ook het makkelijk kunnen inzien van alle gegevens van de cliënt werkt bevorderend voor de persoonlijke zorg van de cliënt. Wanneer er nog enkele technische aanpassingen worden gemaakt, wordt het systeem verder vereenvoudigd. Hierbij moet u denken aan lay-out mogelijkheden.

- *Zichtbaarheid*

Door het gebruik van MSM is er een goede afstemming tussen de verschillende eerstelijns disciplines. Door deze afstemming kan er meer cliëntgericht worden gewerkt. Ook de efficiëntie van de behandelingen worden verhoogd doordat de verschillende behandelingen van de disciplines nu beter op elkaar aansluiten. Echter nog niet bij alle professionals wordt MSM gezien als *het* communicatiemiddel tussen de verschillende disciplines en wordt er nog niet door iedereen structureel mee gewerkt.

Sterke punten onderzoek:

Bij dit kwalitatieve onderzoek heeft er verdieping plaatsgevonden naar verschillende kennis gebieden zoals; bruikbaarheid van technische systemen, cliëntgerichtheid en interdisciplinair

werken. Hierdoor hadden de schrijvers voldoende voorkennis om de interviewgide op te stellen. In de interviewgide zijn enerzijds vragen opgesteld naar de ervaringen van de disciplines over MSM, anderzijds naar de meningen. Hierdoor zijn er brede uitkomsten uitgekomen die onder te verdelen zijn in de verschillende fasen van MSM die zijn onderzocht. Voor de participanten zijn selectie criteria opgesteld die hebben geleid tot voldoende variatie.

Zwakke punten/discutabel:

Het perspectief van de professionals kan mede beïnvloed zijn door de mate waarin zij al of niet betrokken waren bij de ontwikkeling van MSM. Betrokkenheid kan leiden tot meer positievere uitspraken. Enkele participanten hadden minimale ervaring met MSM (1 of 2 cliënten). Wanneer professionals nog maar weinig cliënten in MSM hebben zij hierdoor ook geen- of beperkter antwoord kunnen geven in het interview. Zij misten ervaring en vonden het daardoor ook lastig om een mening te vormen omtrent de uitvoerbaarheid en hun tevredenheid over MSM en oplossingen aan te dragen voor knelpunten .

Aanbevelingen

- *Systeem aanbevelingen:*

Uit het onderzoek zijn een aantal punten naar voren gekomen die volgens de professionals de kwaliteit van MSM zouden verbeteren. Hieronder zijn deze punten beschreven.

- Uit het onderzoek is gebleken dat de professionals niet alle functies van MSM kennen en gebruiken. Persoonlijke informatie werd gemist in de vragenlijst, echter er is wel de mogelijkheid tot deze informatie naast de functie, activiteiten en participatie vragen. Bij enkele professionals was het ook onduidelijk of er in intake terug kon worden gegaan naar een vorige pagina om de informatie terug te lezen en eventueel toe te voegen. Deze mogelijkheid is er wel. De professionals noemde dat het niet mogelijk is om tussentijds aanpassingen te verrichten in het behandelplan. Dit kan echter ook, alleen niet als deze zijn bevroren. Aanbeveling is dan ook om dit op te pakken in de kerngroep van MSM.
- Daarnaast moet het mogelijk zijn voor de professionals om het monodisciplinair behandelplan overzichtelijker te maken door meer lay-out mogelijkheden. Dit betekent dat er de mogelijkheid moet zijn om tekst **vet** te drukken, *cursief* of te onderstrepen. Hierdoor wordt het gezamenlijk behandelplan ook duidelijker en overzichtelijker.

- Voor het MDO zou het van meerwaarde zijn wanneer hier een (huis)arts in aanwezig. Voor bijvoorbeeld het stellen van vragen. De mogelijkheid is er namelijk wel, maar er wordt nog geen of onvoldoende gebruik van gemaakt.
- Verder is het van belang dat elke discipline actief mee participeert in het gehele systeem van MSM en er verantwoordelijkheid voor neemt dat zijn apparatuur werkt.
- Voor de cliënten participatie zou het kunnen helpen om de cliënten meer ondersteuning te bieden door middel van informatieverstrekking en ondersteuning door de EVZ of familie.

- *Implementatie aanbevelingen*

Het strekt tot de aanbeveling aandacht te schenken aan meerwaarde van MSM. Als de professionals de meerwaarde van MSM niet inzien wordt er niet structureel gebruik gemaakt van dit systeem, waardoor het zijn waarde verliest. Bij de uitleg van het systeem moet er rekening worden gehouden met de gedragverandering. Omdat elke professional die met MSM gaat werken zijn gedrag moet veranderen om het een manier van werken te maken die structureel plaats vindt.

MSM wordt door enkele professionals gezien als een communicatiemiddel. De structuur en het proces van MSM wordt minder opgemerkt. Door deze blik die enkele professionals op MSM hebben, wordt de meerwaarde nog niet gezien. Hierdoor is er weerstand tegen de implementatie. Wanneer hun blik op MSM positiever wordt en zij meer gebruik van MSM gaan maken zal er meer routine worden ontwikkeld waardoor er effectiever met MSM gewerkt kan worden.

- *Nader onderzoek*

Nader onderzoek kan van belang zijn bij het in kaart brengen van de participatie van de cliënten. Hierbij moeten cliënten onder behandeling van eerstelijns disciplines als deelnemers dienen. Ook kan er een herhalingsonderzoek naar MSM worden gedaan. Dit kan gedaan worden wanneer de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen zijn opgenomen en wanneer de disciplines meer ervaring hebben met MSM, en dus meer cliënten hebben behandeld via MSM. Doordat de professionals meer ervaring hebben met MSM kunnen zij een betere mening vormen die kan helpen bij het verder ontwikkelen.

Bijlage 1: Matrix model van de 8 interviews.

Fases	Thema's	Interview 1	Interview 2
Algemeen	-Eerste indruk -Drempels	<ul style="list-style-type: none"> - mooi initiatief om via MSM nauwer met elkaar samen te werken. Echter het invoeren etc. Kost extra tijd, nadeel. - klein onderdeel in praktijk, wordt niet vaak ingeschakeld. Niet veel disciplines werken er nog goed mee. - Drempel: systeem werkt soms niet optimaal, ervaring ermee dat discipline iemand ingevoerd en andere discipline had niets ontvangen. Koste extra inspanningen. (telefonisch contact) 	<ul style="list-style-type: none"> - positieve indruk, sluit goed aan op de hot items in de zorg. - gemakkelijke tool om de samenwerking met andere disciplines beter uit te voeren. - MSM geeft een volledig overzicht waar iedere discipline mee bezig is. - Drempel: nog niet zelf EVZ geweest (hoe het precies werkt etc.), of een advies van de verwijzer verandert kan worden → screening naar behandeling. Wie moet dit doen?
Intake door EVZ & Overleg over disciplines en praktijken	- volledigheid van vragenlijst - inschakeling disciplines	<ul style="list-style-type: none"> - compacter dan MSM 1, geeft totaal beeld. - vragenlijst is duidelijk, invoeren naast eigen dossier kost extra tijd. - Vragenlijst biedt ruimte voor inbreng van cliënt. - Het overleg met cliënt over mogelijke disciplines en praktijk verloopt goed. Maar, was ook buiten MSM het geval. Dit is niet echt veranderd. 	Geen ervaring mee.
Intake gedaan door ander discipline (iemand anders EVZ)	- toepasbaarheid voor eigen discipline	<ul style="list-style-type: none"> - prettig dat je ingeschakeld wordt via de lijst, echter er komen vaak veel verschillende disciplines uit. - Nu is vaak dat wanneer MSM wordt ingeschakeld de disciplines al aanwezig zijn, de intake vragenlijst verliest hiermee oorspronkelijke functie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intake verschaft veel informatie, maar er staan geen directe vragen in voor doorverwijzing van Logopediste. Logo is dan wel nodig, achteraf wordt deze dan nog vaak ingeschakeld. - Er ontstaat soms tegenstrijdige informatie in het dossier. Wanneer andere discipline de intake doet, vraagt deze meer door bij de vragen van eigen discipline. - Oplossing: Vragenlijst iets veranderen zodat de andere disciplines worden gestimuleerd tot doorvragen. Of extra training geven. - mis de persoonlijke informatie van de cliënt. Mogelijkheid hiervoor is er wel,

			maar dit wordt niet altijd ingevuld.
Invullen monodisciplinair behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> - rapporteren van gegevens - bijstellen van behandelplan 	<ul style="list-style-type: none"> - het is kort en bondig, zaken die erin moeten staan, staan erin. - het is alleen een maal mis gegaan toen ik geen bericht had ontvangen dat ik was ingeschakeld bij een cliënt. Dan is MSM niet volledig ingevuld, hierdoor verliest het meerwaarde. 	<ul style="list-style-type: none"> - ervaring is positief, maar zij probeert kort en bondig te zijn maar door MSM komen er hele lappen tekst uit. Dit is niet aantrekkelijk Oplossing: meer mogelijkheden tot lay-out (cursief, enters, dikgedrukt etc.) - Wel duidelijk wat waar ingevuld moet worden, voldoende vakjes. - De bijstelling van behandelplannen is nog lastig, er kan er maar een tegelijk erin staan. Behandelplannen uit verleden verwijder ik. Zo kan een andere discipline niet zien of de cliënt logo heeft gehad in verleden. Oplossing: mogelijkheid tot behandel episodes aanbieden in het plan.
Gezamenlijk behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> - Inzien behandelplannen andere disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> - meerwaarde dat je deze kan inzien voor een MDO, hierdoor kan je beter afstemmen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het is een meerwaarde, hierdoor verlopen de MDO's vlotter. - er is weinig eenduidigheid over de manier van rapporteren in MSM. Je ziet duidelijk verschillen in stijl tussen de disciplines. Oplossing: iedereen moet kort en bondig rapporteren, hier afspraken over maken.
MDO	<ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheid huisarts - tijd MDO - contact - Cliënten participatie (beperking) - technisch systeem - rol EVZ - effect MDO in MSM 	<ul style="list-style-type: none"> - planning: verloopt goed. - minpunt aan MDO, Huisarts zit er niet bij. Hierdoor is het MDO niet volledig. Wanneer huisarts aanwezig is bij MDO dan kun je direct overleggen. - Oplossing: In Maasbracht zijn er ook huisartsen niet betrokken in MSM. Deze toch erin mee krijgen. - Goede ontwikkeling dat cliënt erbij aanwezig kan zijn, echter vanwege apparatuur en vaardigheden zijn ze er nog niet bij aanwezig. - Kan ook juist nuttig zijn om een MDO te doen zonder cliënt, dit verschilt per cliënt. - 10 min nastreven, wanneer een cliënt complexer is dient er meer tijd te worden ingepland. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planning verloopt goed, flexibel qua datum verzetten. Ideaal zou een planningstukje in MSM zijn m.b.t. plannen van een MDO. (dat het systeem uitkiest wat de beste datum is) - uitvoering: MDO meerwaarde via MSM, prettig dat je een beeld hebt bij de disciplines. Je bent allemaal samen en kunt direct afspraken maken en afstemmen. - Positief dat cliënt bij de MDO's kan zijn, vergroot inzicht in therapie en dan weet cliënt hoe disciplines over hem praten. Belangrijk voor zelfmanagement. - Oplossing: cliënten er meer bij betrekken door meer voorlichting, meer vaardigheden aanleren. Bij eerste MDO moet de EVZ hulp bieden en erbij zitten bij cliënt. - MDO moet plaats vinden na 2 weken. - 10 min is voldoende tijd, EVZ bewaakt

		<ul style="list-style-type: none"> - helder systeem, beeldcontact is nuttig. - vooraf wordt niet besproken wie welke rol heeft. Het verloopt wel goed, iedereen heeft het zelfde doel. - vindt MDO in het echt net zo effectief dan MDO via MSM. In het echt zit huisarts erbij en dan bespreekt discipline meerdere cliënten tegelijk. 	<p>tijd. Het mag geen koffie uurtje worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - het is aantrekkelijk, belangrijk is een goede internetverbinding. - Eisen: iedereen moet aanwezig zijn, EVZ moet leiding nemen, moet vlot verlopen, ruimte voor afstemming.
Uitvoering multidisciplinair plan	- meerwaarde MSM	<ul style="list-style-type: none"> - denk niet dat MSM een grote meerwaarde heeft, discipline zocht multidisciplinaire samenwerking altijd wel op, via telefoon net zo handig. - Voordeel dat de complete zorg van cliënt is samengepakt, overzichtelijk. - het effect van MSM verzwakt na het eerste MDO, overleg zou hierna weer gepland moeten worden. - ik bekijk MSM niet structureel, krijg geen seintje wanneer er een vraag/opmerking is geplaatst. - denk niet dat MSM meer cliëntgericht werkt. 	<ul style="list-style-type: none"> - zou prettig zijn als iedereen aangeeft wanneer de behandeling verwacht te eindigen. - meerwaarde het vragen kunnen stellen, wordt gebruikt door discipline, krijgt email wanneer er reactie is. (kijken de verwijzers er ook naar?) - maakt weinig gebruik van RPS formulier, gebruikt liever de ICF vragenlijst.

Fases	Thema's	Interview 3	Interview 4
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> - indruk - drempels 	<ul style="list-style-type: none"> -Het is qua indeling positief verbeterd. -Het kost administratief meer werk en hierdoor meer tijd. -Vanuit het MDO is het erg praktisch. - Het is een goed middel om multidisciplinair samen te werken. - MSM zorgt voor betere afstemming 	<ul style="list-style-type: none"> - positief - opstart problemen - eigen tijden bepalen - snel dingen invoeren - overzicht - communicatie - toekomst meer mee willen werken
Intake door EVZ & Overleg over	<ul style="list-style-type: none"> - volledigheid van vragenlijst - inschakeling disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> -De intake is erg uitgebreid en kost veel tijd. - Vanuit de intake komen de juiste discipline eruit. 	<ul style="list-style-type: none"> - beknopt en volledig - je kan niet naar vorige pagina

disciplines en praktijken		<ul style="list-style-type: none"> - Het past bij mijn eigen manier van werken. - De cliënt staat centraal bij het maken van de keuze van verschillende disciplines, hierdoor kan de cliënt zelf kiezen welke discipline hij/zij wel of niet inschakelt. 	
Intake gedaan door ander discipline (iemand anders EVZ)	- toepasbaarheid voor eigen discipline	<ul style="list-style-type: none"> - Wanneer de intake door andere wordt gedaan bevat deze ook informatie die voor mij toepasbaar is. - Je moet zelf zorgen dat er een nieuw MDO word gepland, dit is niet handig. 	<ul style="list-style-type: none"> - gaat goed - maakt juiste keuze
Invullen monodisciplinair behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> - rapporteren van gegevens - bijstellen van behandelplan 	<ul style="list-style-type: none"> - Het komt overeen met de manier waarop ik in de praktijk mijn behandelplan invul. - het zou handig zijn om MSM te koppelen aan ons eigen systeem zodat het minder werk kost. - De lay-out is een verbeterpunt. Het is nu een groot onoverzichtelijk schema. - Het systeem is duidelijk de invulwijze wijst zich vanzelf. 	<ul style="list-style-type: none"> - indeling is overzichtelijk - aanpassingen in het behandelplan kan je later na niet meer maken zou wel handig zijn - behandelplannen moeten kort geformuleerd worden anders worden ze niet gelezen
Gezamenlijk behandelplan	- Inzien behandelplannen andere disciplines	<ul style="list-style-type: none"> - Het is goed om de verschillende behandelplannen voor het MDO te kunnen inzien. Er kunnen hierdoor afspraken worden gemaakt met een betere afstemming. - Het kost nog steeds meer tijd. Ik wil liever deze tijd in cliënten contact steken. 	<ul style="list-style-type: none"> - hele behandelplan moet gezamenlijk op 1 a4tje - handig cliënten volledig in beeld krijgen
MDO	<ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheid huisarts - tijd MDO - contact - Cliënten participatie (beperking) - technisch systeem - rol EVZ - effect MDO in MSM 	<ul style="list-style-type: none"> - De EVZ plant het MDO. Wanneer je niet kunt kan er een andere datum worden gepland. - Het MDO zelf loopt niet altijd soepel. Niet alle disciplines nemen deel en de internet verbinding is niet altijd optimaal om een MDO te houden. - Niet elke discipline heeft zijn behandelplan compleet, waardoor je het niet vooraf kan inlezen. 	<ul style="list-style-type: none"> - goed communiceren - 2 weken van planning is te kort - cliënt meer gemotiveerd worden om deel te nemen aan MDO - ouderen lastig te stimuleren - te weinig ervaring MDO om mening te geven - toekomst gaat beter

		<ul style="list-style-type: none"> - Alle disciplines moeten wennen aan het systeem het moet geleidelijk aan worden ingebracht. - Vaak duurt het lang voordat de arts op een bepaald tijdstip kan. Beter zou zijn dat de POH het MDO bijwoont. - Niet elke cliënt wil of kan het MDO bijwonen. Door bijv. de middelen of de kennis. - Het is leuk om elkaar te kunnen zien tijdens het MDO. - Er wordt vanuit gegaan dat de EVZ de doelen terugkoppelt aan de cliënt. Dit gebeurt niet altijd. - Er moet meer tijd worden gepland voor de MDO's. - Het is voor iedereen duidelijk dat de EVZ de leiding neemt in het MDO. - Er is meer afstemming door het MDO. - Er zouden duidelijke afspraken moet worden gemaakt over wanneer er een vervolg MDO moet worden gepland. 	
Uitvoering multidisciplinair plan	- meerwaarde MSM	<ul style="list-style-type: none"> -De samenwerking verloopt beter, waardoor je niet langs elkaar af werkt. - Het is handig dat je opmerkingen kunt plaatsen in MSM. Maar dit gebeurde normaal gesproken ook, alleen dan via de mail. - MSM is niet nodig wanneer je maar met twee disciplines bent. 	<ul style="list-style-type: none"> - makkelijk om dingen toe te voegen - gezamenlijk communiceren - afstemmen

Fases	Thema's	Interview 5	Interview 6
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> - indruk - drempels 	<ul style="list-style-type: none"> - fijn programma om mee te werken 	<ul style="list-style-type: none"> -Het is een handige tool om binnen de eerstelijns met elkaar samen te kunnen werken. -Een motief om deel te nemen aan MSM is dat de zorg beter wordt gecoördineerd. Er wordt effectief betere zorg geleverd. - Het is noodzakelijk iets te hebben om beter te kunnen samenwerken. - Het is een nadeel dat je alles dubbel moet invullen, het is een lange vragenlijst, maar wel gemakkelijk te gebruiken.
Intake door EVZ & Overleg over disciplines en praktijken	<ul style="list-style-type: none"> - volledigheid van vragenlijst - inschakeling disciplines 	(geen ervaring)	<ul style="list-style-type: none"> -Het is prettig om andere te kunnen informeren doordat jij als EVZ de intake voor hen doet. - Het is een lange lijst je bent dubbel werk aan het doen doordat je twee systemen bij moet houden. - Het zou handig zijn wanneer de systemen samen zouden kunnen worden gekoppeld. -De vragenlijst sluit goed aan op de wensen van de cliënt. -De vragenlijst sluit goed aan op mijn normale manier van werken. - MSM wordt gebruikt wanneer het bij een cliënt handig is met elkaar te communiceren. De disciplines zijn er dan allang bij.
Intake gedaan door ander discipline (iemand anders EVZ)	<ul style="list-style-type: none"> - toepasbaarheid voor eigen discipline 	<ul style="list-style-type: none"> - krijgt totaal beeld - voor haar discipline zouden de vragen uitgebreider mogen (BMI gewicht lengte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Je ervaart vaak verschil wanneer andere disciplines de intake voor jou doen. Zij kunnen meer naar hun eigen discipline en niet met een multidisciplinaire bril.
Invullen monodisciplinair behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> - rapporteren van gegevens - bijstellen van behandelplan 	<ul style="list-style-type: none"> - duidelijk programma - goed uitgelegd - ICF normale werkwijze 	<ul style="list-style-type: none"> - Het moet kwaliteit bieden want andere kunnen meekijken in jou behandelplan. - De zorg is meer effectief. Je weet nu wat andere disciplines doen waardoor de zorg beter wordt afgestemd. - Door MSM is het gemakkelijk met elkaar contact op te nemen of om een opmerking te plaatsen.

			-Het zou handig zijn wanneer elke discipline een taal spreek waardoor de geschreven taal voor iedereen duidelijk is.
Gezamenlijk behandelplan	- Inzien behandelplannen andere disciplines	- meer informatie - geen seintje wanneer iemand anders iets wijzigt - goede afstemming	-Het is goed om het behandelplan van andere te kunnen inzien. Hierdoor kan de zorg beter worden afgestemd. - Iedereen moet zijn afspraken nakomen. MSM moet een denkwijze worden.
MDO	- aanwezigheid huisarts - tijd MDO - contact - Cliënten participatie (beperking) - technisch systeem - rol EVZ - effect MDO in MSM	- arts aanwezig moet zijn - wanneer cliënt MDO niet kan overzien familie aanwezig <i>Dit zijn mw. haar verwachtingen, zij heeft nog geen MDO meegemaakt in MSM.</i>	- Ervaring met het MDO d.m.v. MSM is erg positief er is een betere afstemming. -De internetverbinding is niet altijd goed waardoor sommige deelnemers aan het MDO afvallen. Dan is het MDO minder effectief. - Het is goed dan de EVZ de planning van MDO is handen heeft. - Het is goed dat de cliënt bij het MDO kan zijn waardoor hij/zij inbreng kan hebben. Daarnaast brengt het ook beperkingen met zich mee, je kunt niet alles zeggen wat je wil bijv. betreft de bejegening. - De doelen worden goed afgestemd en deze worden ook terug gekoppeld aan de cliënt. - Tijdens het MDO moet de tijd goed bewaakt worden 10 min per cliënt is voldoende daarna is het niet meer effectief.
Uitvoering multidisciplinair plan	- meerwaarde MSM	- handig systeem over een uitgestrekt gebied - veel achtergrond informatie	- Door MSM ben je zekerder wat je moet doen en wat er van je verwacht word. Tussen de disciplines is een betere afstemming. - Doordat je effectief multidisciplinair werkt kijk je met een multidisciplinaire bril naar je behandeling. Je weet hoe andere te werk gaan en hoe jij te werk moet gaan. - Voor de cliënt is het makkelijker om zijn problemen te bespreken.

Fases	Thema's	Interview 7	Interview 8
Algemeen	-Eerste indruk -Drempels	- positieve eerste indruk, MSM zorgt voor kort contact met verschillende disciplines. - cliënt staat centraal - dhr. Is zelf nog geen EVZ geweest. - MDO in MSM is vaak niet optimaal door beeld en geluid wat niet werkt.	-MSM is een mooi systeem het spaart tijd wanneer je overleg pleegt. Hierdoor ben je bewust bezig met de cliënt. - Mijn motief om deel te nemen aan MSM is de het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking. Het is zonde wanneer dit niet gebeurt. Drempel → Wanneer een patiënt er niet mee instemt om MSM te gebruiken, dat word dit gewaardeerd.
Intake door EVZ & Overleg over disciplines en praktijken	- volledigheid van vragenlijst - inschakeling disciplines	Geen ervaring mee.	-De intake wordt gedaan door met de patiënt de vragenlijst af te nemen. Hierbij heb je al kans om door te vragen. - Het is een goed systeem, de vragen zijn duidelijk. - Het is een algemene intake. Iedere disciplines voert zelf nog een eigen intake uit. -De intakevragenlijst volgens ICF past bij mijn normale manier van werken. -Het systeem is bruikbaar, ik ben niet handig met computers en ik kan ermee werken. - De cliënt heeft meestal vooraf aan de intake al duidelijk welke behandeling er nodig is en welke disciplines hierbij betrokken worden. - De cliënt heeft voldoende inbreng bij de keuze van disciplines.
Intake gedaan door ander discipline (iemand anders EVZ)	- toepasbaarheid voor eigen discipline	-Vragenlijst wordt altijd ingevuld door psychologe bij dhr. Deze is altijd zeer volledig - prettig om van te voren al informatie te hebben over cliënt. - wel vaak nog kort telefonisch contact -wanneer dhr. wordt ingeschakeld als fysiotherapeut is dit altijd geïndiceerd.	-Het is gemakkelijk is krijg informatie aangeleverd. - Ik ben vaak zelf EVZ wanneer ik dit niet ben heb ik een stuk minder regelwerk.
Invullen monodisciplinair behandelplan	- rapporteren van gegevens - bijstellen van behandelplan	- kost extra tijd - maar het is gemakkelijk en overzichtelijk om in te vullen. - eigen systeem van fysiotherapeut is uitgebreider, het is goed dat MSM niet ook zo	- De richtlijnen voor het invullen van het monodisciplinaire plan zijn makkelijk te gebruiken. - Ik kan alles in dit plan kwijt. - Anderen schrijven vaak veel informatie op. Dit vind ik niet

		<p>uitgebreid is.</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft een standaard look. - wellicht discipline specifieke meet instrumenten toevoegen (die van de fysiotherapeut). 	<p>vervelend om te lezen, omdat ik vind wanneer je deelneemt aan dit programma je verplicht bent om dit te lezen. Je krijgt zo alleen nog maar meer handige informatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het invullen van dit plan past bij mijn normale manier van werken.
Inzien behandelplannen andere disciplines	- Inzien behandelplannen andere disciplines	<ul style="list-style-type: none"> - voordeel dat ik behandeling kan bijstellen op die van andere disciplines. - misschien een melding geven wanneer iets gewijzigd is in MSM. Aangezien discipline soms vergeet om in MSM te kijken. 	<ul style="list-style-type: none"> -Je kunt gemakkelijker zien wat anderen doen, waardoor dubbelwerk word voorkomen. -Door MSM leer je de andere disciplines beter kennen en durf je ook werk uit handen te geven waardoor je zelf minder hoeft te doen en de zorg beter is afgestemd.
MDO	<ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheid huisarts - tijd MDO - contact - Cliënten participatie (beperking) - technisch systeem - rol EVZ - effect MDO in MSM 	<ul style="list-style-type: none"> - Planning verloopt goed. Dhr. Kan voldoende inbrengen in de datum/tijd van MDO. - Uitvoering verloopt niet altijd optimaal door slecht beeld en geluid contact, hierdoor vaak de telefoon er nog bij gehaald bij het overleg. Dit kan niet als je in een overleg zit met veel disciplines. - Positief dat cliënt bij een MDO kan zijn. Echter cliënten krijgen onvoldoende informatie over de mogelijkheid hiervan in MSM. En zij krijgen geen reminder - EVZ neemt goed voortouw in MDO. - MDO via MSM is goed planbaar, je hoeft niet ergens naar toe te reizen. - 10 min. Moeten worden nagestreefd. 	<ul style="list-style-type: none"> -De planning en uitvoering van het MDO verloopt goed. - Wanneer andere het MDO plannen moet je soms dingen verschuiven. - Als EVZ leid je het MDO en legt vast wat teruggekoppeld moet worden met de cliënt. -Het is goed dat de cliënten de mogelijkheid hebben om bij het MDO te zijn. -De meeste cliënten vinden het fijner om achteraf te horen wat er besproken is in het MDO, ze willen er liever niet bij zijn. - Het houden van een MDO is nu praktischer, het kost minder tijd. -Het MDO vindt door MSM gestructureerde plaats. Er is directe terugkoppeling naar de verwijzer. - Iedereen bereid zich goed voor, voor het MDO waardoor 10 min per cliënt goed haalbaar is. - De EVZ houdt de tijd bij per cliënt. -Het beeldcontact is niet altijd goed. Dit zijn technische problemen.
Uitvoering multidisciplinair plan	- meerwaarde MSM	<ul style="list-style-type: none"> - Meerwaarde voor cliënten dat zij in MSM staan, omdat disciplines bij elkaar kunnen kijken waar ze mee bezig zijn. - Mogelijkheid tot opmerkingen plaatsen of vragen gebruikt dhr. Niet, ervaart dat wanneer hij belt dit sneller gaat. 	<ul style="list-style-type: none"> -Je werk efficiënter en gericht, waardoor de cliënt minder behandelingen nodig heeft. Dit komt door een goeie afstemming tussen de disciplines. - Zelf maak ik geen gebruik van het plaatsen van opmerkingen binnen MSM. De mail word vaker gebruikt als

			<p>alternatief.</p> <ul style="list-style-type: none">- Het gebruik van deze manier van opmerkingen plaatsen wordt tevens niet gedaan omdat enkele cliënten niet willen dat elke discipline privé informatie te weten komt.
--	--	--	---