



Adviesrapport

‘Op weg naar een toekomstbestendig MDO’

Dr. Stéphanie van der Burgt

Prof.dr. Saskia Peerdeman

Mr. Liesbeth Rieter

Drs. Marieke van Maanen

December 2022





Inhoudsopgave

1. Samenvatting	3
1.1. Niet technische aspecten.....	4
<i>Menselijke randvoorwaarden</i>	4
1.2. Technische aspecten.....	4
<i>Fysieke randvoorwaarden</i>	4
<i>Organisatorische randvoorwaarden</i>	4
2. Inleiding	5
2.1. Aanleiding	5
2.2. Doel MDO	5
2.3. Doel project.....	6
3. Achtergrond	6
4. Aanpak onderzoek.....	9
5. Resultaten	9
5.1. Niet- technische aspecten	10
1) <i>De noodzakelijke expertise zit gevoelsmatig gelijkwaardig aan tafel</i>	10
2) <i>Fysiek bij elkaar komen van interne behandelteams</i>	10
3) <i>Vergaderhygiëne</i>	11
5.2. Technische aspecten.....	11
1) <i>Fysieke randvoorwaarden</i>	11
2) <i>Organisatorische randvoorwaarden</i>	12
6. Advies voor de weg naar een toekomstbestendig MDO	12
6.1. Hybride vorm.....	12
6.2. Volledig online	13
6.3. Overig advies.....	14
<i>Niet-technische randvoorwaarden:</i>	14
<i>Technische randvoorwaarden:</i>	14
7. Ambitie	14
Referenties	15
Bijlagen	19



Op weg naar een toekomstbestendig MDO

1. Samenvatting

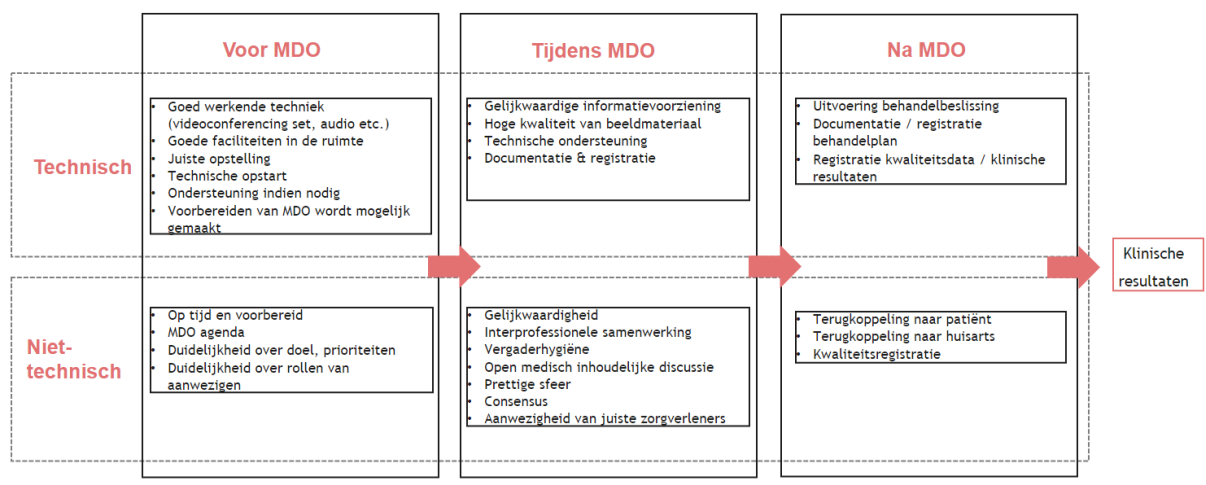
In nationale en internationale richtlijnen voor behandeling van verschillende ziektebeelden wordt besluitvorming in een multidisciplinair overleg (MDO) gevraagd. MDO's worden steeds vaker regionaal of nationaal georganiseerd. Sinds 2020 zijn MDO's daarnaast steeds vaker aan het digitaliseren en zijn deze overleggen vaak hybride of online. Echter vraagt de praktijk om handvatten en een vorm van uniformering voor toekomstbestendige MDO's. Het bespreken van patiënten in MDO's is immers een belangrijk onderdeel om te komen tot een juiste- en gedragen diagnose en behandelplan.

Binnen Amsterdam UMC wordt nauw samengewerkt door het innovatie- en digitaliseringsprogramma Samen Digitaal en het TeAMZ-programma (Training en Assessment van Medische Zorgprofessionals) in het project *Op weg naar een toekomstbestendig MDO*. Vanuit dit project wil Amsterdam UMC de optimalisatie van (regionale) MDO's ondersteunen door onze huidige kennis over MDO's te bundelen en onze aanbevelingen te delen. Het project heeft geleid tot dit adviesstuk waarin belangrijke aandachtspunten omtrent besluitvorming en organisatie van een MDO aan bod komen.

Binnen de (regionale) MDO's van Amsterdam UMC is eigen onderzoek gedaan om de ervaring en behoeften uit de praktijk in kaart te brengen. Dit is onder andere gedaan door:

- Literatuuronderzoek
- Het organiseren van expertsessies met specialisten (deelnemers MDO's)
- Analyse van data uit observatietrainingen van MDO's
- Wetenschappelijk onderzoek binnen de MDO's van Amsterdam UMC
- Interviews met stakeholders
- Bezoek aan UMC Utrecht

Om alle expertise in een MDO tot zijn recht te laten komen, gevoelsmatige gelijkwaardigheid te creëren en interprofessioneel samen te werken zijn drie aspecten geïdentificeerd uit de verzamelde data en informatie, namelijk: menselijke aspecten, fysieke randvoorwaarden en organisatorische randvoorwaarden. Deze kunnen grofweg worden verdeeld in niet-technische en technische aspecten. In het figuur hieronder zijn dezen weergegeven.





Advies voor de eerste stappen op weg naar een toekomstbestendig MDO vloeien voort uit onze bevindingen in combinatie met achtergrond literatuur.

Eén van de belangrijkste elementen voor een optimaal MDO is gevoelsmatige gelijkwaardigheid, is bij de expertise uitwisseling gebleken. Hiervoor is het relevant dat alle deelnemers van een MDO elkaar kunnen zien evenals de beeldvorming. Het advies om dit te bereiken is:

Tijdens het MDO vindt het gesprek altijd online plaats.

Daarbij is het belangrijk om aandacht te besteden aan de volgende aspecten:

1.1. Niet technische aspecten

Menselijke randvoorwaarden

- Gelijkwaardige deelname
- Fysiek bijeenkomen van de interne teams
- Vergader hygiëne;
 - o Agendavoering;
 - o Rolverdeling;
 - o Sterk voorzitterschap;
- Training

1.2. Technische aspecten

Fysieke randvoorwaarden

- Vergaderruimtes zijn uniform ingericht; denk aan opstelling van de zitplaatsen, en technische apparatuur als beeldschermen, computers en microfoons;
- De benodigde software voor het delen van beeldvorming, notulen et cetera (in de ruimte en online) is in gebruik.

Organisatorische randvoorwaarden

- ICT software ondersteuning;
- ICT hardware: goed werkend conferencing systeem om een digitaal MDO mee te organiseren;
- Trainingsgelegenheid, voor ontwikkeling van zorgprofessionals binnen de specifieke MDO's op proces, samenwerking, rolverdeling en interactie/besluitvorming.

In dit document vindt u de achtergrond en onderbouwing van de adviezen.



2. Inleiding

Amsterdam UMC werkt aan de optimalisatie van MDO's. Hiervoor wordt nauw samengewerkt door het innovatie- en digitaliseringsprogramma Samen Digitaal en het TeAMZ-programma (Training en Assessment van Medische Zorgprofessionals) in het project *Op weg naar een toekomstbestendig MDO*. Vanuit dit project wil Amsterdam UMC de optimalisatie van (regionale) MDO's ondersteunen door onze huidige kennis over MDO's te bundelen en onze aanbevelingen te delen. Het project heeft geleid tot dit adviesstuk waarin belangrijke aandachtspunten omtrent besluitvorming en organisatie van een MDO aan bod komen.

2.1. Aanleiding

Vanuit de MDO-trainingen bij Amsterdam UMC van het TeAMZ-programma komen verschillende aspecten ter optimalisatie regelmatig naar boven. Over het algemeen hebben de verschillende deelnemers aan een MDO de inhoudelijke expertise die voor het overleg noodzakelijk is. Er worden echter regelmatig aspecten genoemd die voor verbetering in aanmerking komen: tijdsmanagement, samenwerking, besluitvorming, efficiëntie, werkplezier en teamgevoel (zie bijlage 1 voor alle resultaten). Ook worden technische faciliteiten en ondersteunende diensten genoemd, terwijl deze van cruciaal belang zijn. De problemen die zorgprofessionals ondervinden op deze vlakken kunnen resulteren in frustratie, suboptimale communicatie en tijd- en kwaliteitsverlies.

Vanuit Samen Digitaal worden de hierboven geconstateerde problemen in Amsterdam UMC en de regionale netwerken ook teruggezien. De rol van techniek en daarmee ICT is groeiende, zeker nu steeds meer MDO's op afstand en in netwerken plaatsvinden: online en/of hybride, vanaf meerdere locaties en/of met andere ziekenhuizen. De COVID-19 maatregelen vormden daarbij de katalysator voor transitie van fysiek naar hybride of online overleggen.

Zoals eerder genoemd, vraagt de praktijk om handvatten en een vorm van uniformering voor toekomstbestendige MDO's met oog voor de dynamiek en organisatorische of randvoorwaardelijke uitdagingen per MDO. Het bespreken van patiënten in MDO's is immers een belangrijk onderdeel om te komen tot een juiste- en gedragen diagnose en behandelplan. Zowel de patiënt als de specialisten zijn gebaat bij een goed MDO.

2.2. Doel MDO

Het doel van een MDO is *primair: komen tot een eensluidende diagnose en/of optimale behandelopties passend bij de situatie van de patiënt waarbij de belangrijkste afwegingen voor de behandelaar inzichtelijk worden vastgelegd*. (Generieke Blauwdruk MDO, Citrienfonds)

Secundaire doelen van een MDO zijn onderwijs, wetenschap, regionale samenwerking. Voor onderwijs is het MDO een moment van kennisontwikkeling voor AIOS, fellows en eventueel coassistenten. Het MDO is voor de wetenschap een moment waarop inclusie van patiënten in trials (wetenschappelijk onderzoek) bepaald kan worden. Qua regionale samenwerking kan het MDO de relatie, kennisdeling en verspreiding versterken. (Generieke Blauwdruk MDO, Citrienfonds)

Een regionaal georganiseerd MDO vormt de ruggengraat van de (oncologische) zorg en het bindmiddel van de netwerkgroep. (Oncologienetwerken in beeld, 2022) Het MDO kan bovendien heel goed fungeren als scharnierpunt waar gezamenlijke kwaliteitsverbeteringen gesignaleerd en geïnitieerd en uiteindelijk ook in praktijk worden gebracht. (Oncologienetwerken in beeld, 2022)



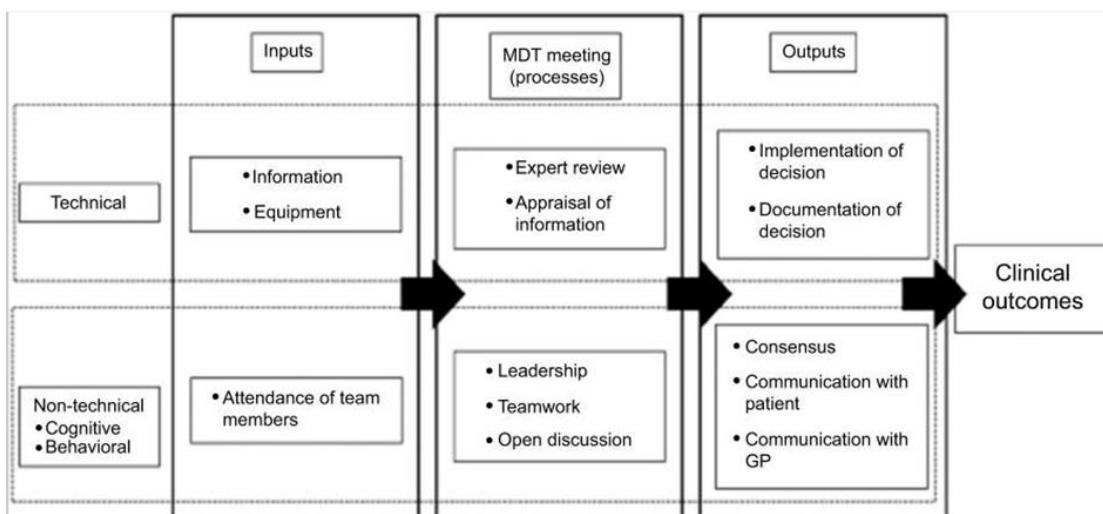
Landelijk zijn er veel verschillende richtlijnen die te maken hebben met de behandeling van patiënten met een bepaald ziektebeeld. Bespreking van patiënten in een MDO wordt regelmatig in richtlijnen genoemd. Geldende richtlijnen omtrent deze MDO's gaan over behandelopties, medische inhoud en over welke expertise aanwezig moet zijn bij ieder specifiek MDO. Daarnaast zijn er aanbevelingen voor het proces van een MDO (Generieke Blauwdruk MDO, Citrienfonds) en in het geval van regionale MDO's voor de samenwerking. De richtlijnen en aanbevelingen gaan niet over de manier van besluitvorming, de manier waarop een MDO het beste georganiseerd kan worden of over de randvoorwaarden om een MDO het beste te faciliteren. In het rapport 'Oncologienetwerken in beeld' wordt beschreven dat de versnipperde zorgnetwerken ieder voor zich oplossingen organiseren voor vraagstukken omtrent het MDO op het gebied van digitale uitwisseling, data, samen beslissen, passende zorg, regionaal casemanagement en MDO-portalen. Een regionale regie ontbreekt veelal en is één van de belangrijke uitdagingen.

2.3. Doel project

Het doel van het project *Op weg naar een toekomstbestendig MDO* is het optimaliseren van het MDO in alle facetten. Om dit zo doeltreffend mogelijk te doen worden inzichten en behoeften vanuit de praktijk gebundeld om zo idealiter tot de beste oplossing te komen. Een MDO is een complexe en dynamische samenwerking van zorgprofessionals. Om een MDO zo optimaal mogelijk te laten verlopen zullen op verschillende aspecten stappen moeten worden ondernomen en zullen we in de toekomst flexibel en up to date moeten blijven om de complexiteit en dynamiek van een MDO bij te blijven. In dit adviesrapport delen we onze kennis tot nu toe en geven we advies over MDO optimalisatie die op dit moment uitgevoerd kan worden en een eerste stap vormt. Dit, zodat in alle organisaties gezamenlijk op de kernelementen en randvoorwaarden aangestuurd kan worden om de eerste stappen te zetten op weg naar een toekomstbestendig MDO dat de kwaliteit van de patiëntenzorg hooghoudt. Hierbij is ruimte voor ieder MDO om te kiezen wat het best passend is.

3. Achtergrond

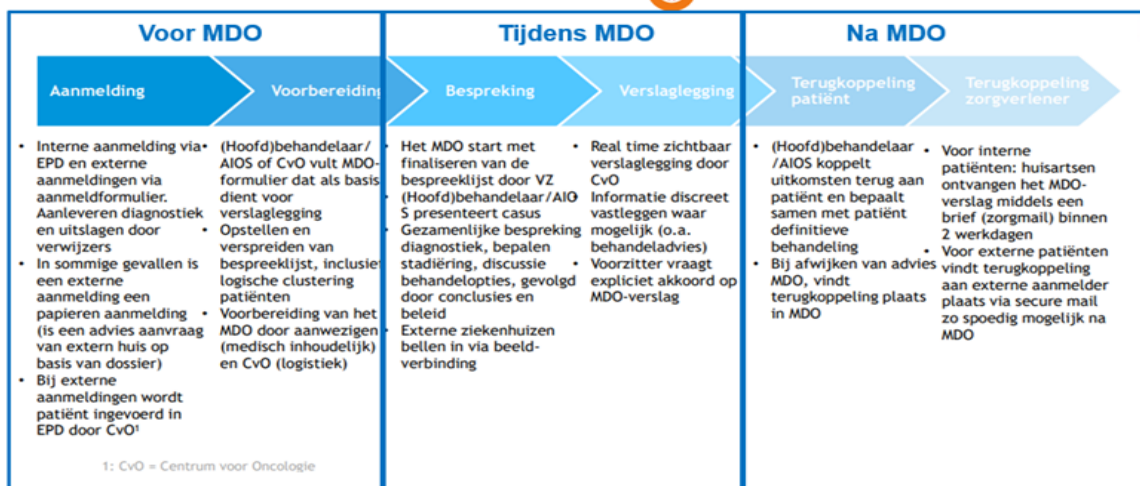
Om een MDO goed te laten verlopen en de MDO-doelen te behalen, is het van belang om een aantal kernelementen zo optimaal mogelijk te gebruiken en in te zetten. De kernelementen kunnen het beste onderverdeeld worden naar onderzoek van Soukup et al. (2018). Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen technische en niet-technische elementen voor goede klinische uitkomsten bij een MDO. Figuur 1 geeft deze verdeling weer.



Figuur 1: schematisch overzicht van elementen van een MDO volgens Soukup (2018)



Met name de technische aspecten, zoals Soukup et al deze noemen, zijn uitgewerkt in een blauwdruk voor MDO's. (Generieke Blauwdruk MDO, Citrienfonds). De blauwdruk is een beschrijving van het werkproces van een MDO met zes fases: aanmelding, voorbereiding, bespreking, verslaglegging, terugkoppeling. (Figuur 2) Onder elke stap in het proces hangen vervolgstappen met ieder een verantwoordelijke. Bij aanmelding is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat het aanmeldformulier per patiënt volledig wordt ingevuld door de aanmelder of dat eventuele externe patiënten eventueel worden ingevoerd in het EPD. Of zoals onder de stap bespreking, waarbij wordt beschreven dat het gebruikelijk is dat het MDO start met het finaliseren van de lijst met te bespreken patiënt casussen door de voorzitter of het presenteren van de casus door (meestal) de hoofdbehandelaar. Over de blauwdruk van het werkproces met de eerdergenoemde zes fases kan de indeling van Soukup et al (2018), voor, tijdens en na het MDO, gelegd worden. (Zie figuur2)



Figuur 2: werkproces van een MDO (Generieke Blauwdruk MDO, Citrienfonds) gecombineerd met Soukup

In de generieke blauwdruk MDO is geen rekening gehouden met de, volgens Soukup, niet-technische aspecten voor goede klinische uitkomsten bij een MDO evenals de organisatorische randvoorwaarden zoals rolverdeling, ruimte indeling en communicatie. Als we echter kijken naar literatuur over netwerkgeneskunde (waar regionale MDO's onder vallen) of naar literatuur over teamfunctioneren vinden we dat de niet-technische factoren minstens zo belangrijk zijn voor optimale samenwerking. In onderzoek van Dees & Opheij (2019) worden 5 succesfactoren geformuleerd voor optimale samenwerking in een netwerk. Een MDO, zeker een regionaal MDO, kan gezien worden als zo'n netwerk. Deze vijf succesfactoren hebben weinig met (medische) inhoud te maken, maar betreffen voornamelijk de niet-technische aspecten zoals deze bij Soukup genoemd worden en focussen juist op proces, organisatie en relatie.



Figuur 3: succesfactoren voor samenwerking volgens Opheij



Ook in literatuur over samenwerken in teams wordt duidelijkheid over organisatie, relatie, gezamenlijke doelen en rollen genoemd als belangrijke factoren voor optimale samenwerking. (de Jong, 2021) De Jong beschrijft een team ook wel als een taaksysteem. Een taaksysteem bestaat uit leden die afhankelijk zijn van elkaar om de gezamenlijke doelen of concrete resultaten te realiseren. Zo is ieder MDO te beschouwen als een taaksysteem met een gezamenlijk - individu-overstijgend - doel, waartoe samenwerking de sleutel is. De verbindende kracht in een taaksysteem is de gezamenlijke taak of doelstelling. Duidelijkheid hierover is een basisvoorwaarde voor effectief samenwerken waardoor alle leden weten waar ze gezamenlijk verantwoordelijk voor zijn. Dit betekent dat het taaksysteem van een MDO als geheel, beter gaat presteren als:

1. Duidelijk is wat de gezamenlijke doelen zijn en de MDO-deelnemers deze doelen onderschrijven.
2. Er afspraken gemaakt worden om de doelen te realiseren: wie doet wat en hoe doen we dat/wat zijn de procedures en hoe zijn we georganiseerd?

Hier kunnen werkafspraken op afgestemd worden; welke bijdrage levert elk individu aan het doel (wie doet wat?), afspraken over timemanagement en samenwerking (procedures en werkprocessen,) even als ondersteuning en gebruik van ICT. Als de werkafspraken helder zijn, kun je elkaar ook veel makkelijker aanspreken op gedrag dat hiervan afwijkt.

Onduidelijkheid over doel en organisatie geeft ruis in een overleg/samenwerking, wat sterk verstoring kan werken op het inhoudelijke proces. Men heeft dan individuele focus en aanpak, voelt geen verbinding meer met de groep en waardoor minder goed wordt samengewerkt. Dit wordt vaak niet expliciet besproken, maar de verschillen in aanpak zijn vaak wel bron voor frustratie en irritatie onderling. Een gevolg hiervan is dat de informatieoverdracht ineffectief is. Men praat sneller langs elkaar heen en de daaruit volgende frustratie roept vaak nog meer ineffectieve informatieoverdracht op. Binnen een MDO kan dit het besluitvormingsproces verstoren wat kan leiden tot suboptimale behandelkeuzes.

Duidelijk is dat teaminteractie een sterke invloed heeft op de uitkomsten van een bespreking. Kennis van teaminteractie en aandacht voor het functioneren van een team is daarom van belang voor optimalisatie van MDO's. Daaronder vallen onder andere 'Speaking up' en voorzitterschap. Over beiden is geschreven in de literatuur. Om de voordelen van het MDO te kunnen benutten, is het belangrijk dat de betrokken zorgverleners tijdens het MDO hun stem laten horen wanneer zij ideeën of een nieuw perspectief hebben, of wanneer zij mogelijke problemen voorzien rondom de zorgverlening aan de patiënt (Okuyama et al., 2014; Weiss et al., 2018). Dit heet: Speaking up. De communicatie verloopt niet altijd optimaal binnen een MDO. Er kan sprake zijn van historische rivaliteit, hiërarchie en verschillende persoonlijkheidstijlen die professionele uitwisseling met respect voor verschillende gezichtspunten nadelig kunnen beïnvloeden (Fleissig et al., 2006). Teamleden met een hogere professionele status hebben vaak een aanzienlijk sterkere rol en stem in teamdiscussies, wat kan leiden tot hun dominantie in casusbesprekingen (Hahlweg et al., 2015; Lee et al., 2022). Dit leidt er echter toe dat lagere statusmedewerkers niet altijd hun stem durven of willen laten horen, waardoor mogelijk belangrijke kennis niet benut wordt. Deze verhoudingen kunnen een multidisciplinair team disfunctioneel maken (Fleissig et al., 2006).

Over de rol van de voorzitter wordt met name benoemd dat dit een belangrijke positie is binnen een team en in dit geval een MDO. De voorzitter brengt structuur aan in de vergadering en speelt een belangrijke rol bij het bepalen van de sfeer binnen een MDO (Horlait et al., 2021; Wihl et al., 2020). Het is dan ook van belang dat de voorzitter een goed begrip heeft van de rollen van de teamleden en in staat is om naar de mening van



anderen te luisteren. Daarnaast kan de voorzitter een grote rol spelen in het verbeteren van de communicatie tussen de disciplines door open en constructieve discussies te bevorderen en daardoor een effectieve besluitvorming vergemakkelijken (Horlait et al., 2021). Wanneer voorzitters de (hiërarchische) barrières in een MDO wegnemen, bevorderen zij een klimaat van vertrouwen en veiligheid waarin werknemers zich veilig voelen om niet alleen suggesties te delen, maar, nog belangrijker, zorgen te uiten over werkgerelateerde kwesties, zoals de patiëntveiligheid (Gao et al., 2011; Hsiung, 2012; Wu et al., 2021). Het werkt bevorderend als voorzitters woorden en daden gebruiken die bijdragen aan het uitnodigen en waarderen van anderen. (Farell et al., 2021).

4. Aanpak onderzoek

Binnen de (regionale) MDO's van Amsterdam UMC is eigen onderzoek gedaan om de ervaring en behoeften uit de praktijk in kaart te brengen. Dit is onder andere gedaan door:

- Literatuuronderzoek
- Het organiseren van expertsessies met specialisten (deelnemers aan MDO's)
- Analyse van data uit observatietrainingen van MDO's
- Wetenschappelijk onderzoek binnen de MDO's van Amsterdam UMC
- Interviews met stakeholders
- Bezoek aan UMC Utrecht

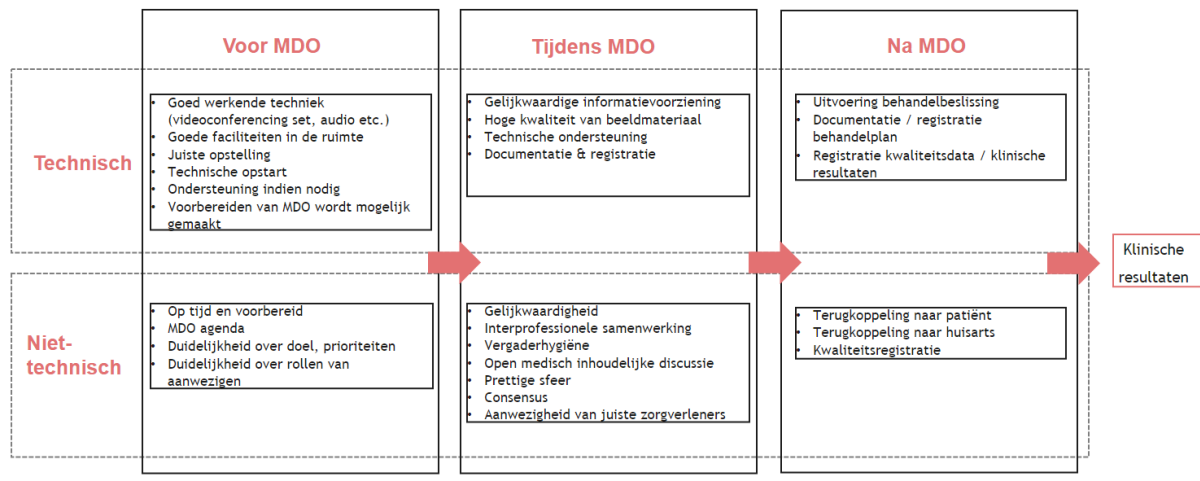
De combinatie van literatuur voor achtergrondinformatie en onderzoek, eigen wetenschappelijk onderzoek en de ervaringen uit de praktijk van TeAMZ en de specialisten maakt dat een breed inzicht is verkregen in de factoren die van invloed zijn op de besluitvorming tijdens een MDO en de randvoorwaarden.

De verzamelde data vanuit het huidige werkveld is geanalyseerd en knelpunten en behoeften zijn in kaart gebracht.

5. Resultaten

Na analyse van de verzamelde data en informatie zijn er een aantal elementen en randvoorwaarden naar voren gekomen die bijdragen aan een goed lopend MDO zoals zorgverleners ervaren in de praktijk. De belangrijkste elementen die door specialisten van Amsterdam UMC genoemd worden voor een optimaal MDO staan hieronder beschreven.

Om alle expertise in een MDO tot zijn recht te laten komen, gevoelsmatige gelijkwaardigheid te creëren en interprofessioneel samen te werken zijn drie aspecten geïdentificeerd uit de verzamelde data en informatie, namelijk; Menselijke aspecten, fysieke randvoorwaarden en organisatorische randvoorwaarden. Deze kunnen grofweg worden verdeeld in niet-technische en technische aspecten zoals gezien in Soukup et al., (2018). Ze zijn ingevuld in het schema in figuur 4 en worden eronder besproken zoals door de MDO deelnemers genoemd en aangedragen. Wat verder in de analyse opvalt, is dat de niet-technische en dus menselijke interactie als het belangrijkste element ervaren wordt. De technische randvoorwaarden moeten dit zowel fysiek als online ondersteunen.



Figuur 4: Blauwdruk Amsterdam UMC

5.1. Niet- technische aspecten

Hieronder vallen de menselijke interactie en aspecten van een MDO. Hierbij kan gedacht worden aan gedrag, gewoontes, werkafspraken en rolverdeling. De aspecten die vanuit de praktijk als belangrijkste worden ervaren, worden hieronder beschreven.

1) De noodzakelijke expertise zit gevoelsmatig gelijkwaardig aan tafel

Het is belangrijk dat alle deelnemers een gelijkwaardige inbreng kunnen hebben en durven te geven. Daarnaast is het van belang dat alle zorgverleners in een MDO gelijkwaardig toegang hebben tot de patiënt/casus informatie, om zo de inhoudelijke discussie aan te scherpen en tot consensus binnen de groep te komen. Dit geldt zowel voor een fysiek als een online MDO. Echter wordt in de praktijk tot op heden in de huidige fysieke ruimtes geen rekening gehouden met gelijkwaardige deelname, wat zich regelmatig uit in ruimtes met zitplaatsen in meerdere 'rangen'. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een ruimte met tafel en stoelen in het midden met een rij banken aan de zijkant. De verdeling van zitplaatsen in rangen zorgen voor een gevoelsmatig ongelijke deelname aan een MDO. Met name de artsen in opleiding, de net startende artsen of de artsen die de groep minder goed kennen zijn vaak de personen die op de banken aan de zijkant terecht komen. Zij geven aan dat hierdoor een barrière wordt ervaren om input in het MDO te leveren. Online wordt deze barrière minder (groot) ervaren. Juist als alle deelnemers online gelijkwaardig in beeld zijn, durven zij eerder iets te zeggen of vragen.

Optimale besluitvorming tijdens een MDO begint juist met de mogelijkheid om op een gelijkwaardige manier de discussie voor een behandelplan te voeren. Het is daarom erg relevant dat iedereen elkaar goed kan zien, zowel in een fysieke, online als hybride MDO. Het voordeel van een online MDO, is daarbij dat er minder sprake is van hiërarchie, wat automatisch betekent dat er meer gelijkwaardigheid is (Jongeneelen, 2022).

2) Fysiek bij elkaar komen van interne behandelteams

In de praktijk wordt het zo ervaren dat fysiek bij elkaar zijn tijdens een MDO zorgt voor een goede medisch inhoudelijke discussie. Dit komt omdat er oog is voor verbale en non-verbale uitingen. Dit is binnen een team noodzakelijk voor de besluitvorming en voor het versterken van de onderlinge relatie. Fysiek samenkomen benadrukt het gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid voor besluitvorming in een MDO (Faustinelli, 2022). Bovendien wordt door zorgprofessionals aangegeven dat fysiek bij elkaar zijn belangrijk is voor de



kennisdeling tijdens een MDO. Een blik van verstandhouding tussen collega's kan soms net dat duwtje in de rug zijn om toch input te leveren in een discussie. Deze input is belangrijk voor de expertise en kennisdeling tijdens een MDO.

Tevens werd door de zorgprofessionals benadrukt dat teamgevoel of de relaties onderling beter opgebouwd worden als men fysiek bij elkaar komt. Hoe beter men elkaar kent, hoe meer teamgevoel er ontstaat. Daarbij werd aangegeven dat als een team goed op elkaar ingespeeld is, de kwaliteit van de technische randvoorwaarden (denk aan ICT) minder effect hebben op het verloop van een MDO. Er is minder afhankelijkheid van de randvoorwaarden; men zoekt sneller een creatieve oplossing of stapt sneller en gemakkelijker over op een andere manier van vergaderen wanneer nodig. Dit zorgt ervoor dat de besluitvorming en kwaliteit van een MDO beter behouden blijft wanneer er toch technische problemen of obstakels zijn zoals apparatuur die niet aanwezig is of niet werkt, geen beschikbare facilitaire ondersteuning etc.

3) Vergaderhygiëne

- Scherpe vergaderetiquette, zoals
 - Alleen (non-)verbale communicatie die functioneel is (overleg over het advies, de behandeling etc., gebaren van instemming of juist niet)
 - Geen non-verbale communicatie die disfunctioneel is (gesmoes, lachen etc.)
 - Voorbereid en gefocust aanwezig
- Agenda creëren, waarbij je kunt aangeven welke specialisten aanwezig moeten zijn, zodat er efficiëntere deelname mogelijk is (bijvoorbeeld: radiologen hoeven dan alleen bij de eerste 3 patiënten aanwezig te zijn)
- Zorgen voor een duidelijke rolverdeling, met name voor voorzitter, notulist en radioloog/patholoog en andere specialismen die nodig zijn voor de casussen.
- Sterk voorzitterschap. In de praktijk wordt verschil ervaren in het verloop van een MDO met verschillende voorzitters en de manier van voorzitten. Uit onderzoek blijkt dat de voorzitter een belangrijke rol heeft in het creëren van gelijkwaardige deelname aan een MDO (Beenhakkers, 2022). Het gaat er volgens de zorgprofessionals met name om dat de verschillende perspectieven en expertises gedeeld worden. Aangegeven wordt dat de voorzitter kan gelijkwaardigheid stimuleren door
 - Uitnodigend te zijn en gastvrij
 - Duidelijke en eenduidige rol voor de groep
 - Deelnemers gericht aan te spreken en te stimuleren om hun perspectief te delen
 - Structuur aan te brengen tijdens het gesprek
 - Zichzelf - als hoge status actor - zoveel mogelijk afzijdig te houden van het inhoudelijke debat
 - Tijdbewaking: voldoende tijd om de discussie te kunnen voeren. Hierbij helpt het om niet te veel casussen per MDO te bespreken. Een duidelijk doel van het specifieke MDO en daardoor duidelijkheid over welke casus wel en welke niet in aanmerking komt is hiervoor belangrijk.
 - De gelijkwaardigheid in discussievoering bewaken

5.2. Technische aspecten

1) Fysieke randvoorwaarden

- De vormgeving van de vergaderruimte: Op dit moment is een overleg ruimte vaak ingedeeld in college opstelling of heeft een tafel in het midden met daar omheen aan de zijkant nog een tweede rang zitplaatsen. Beiden opstellingen worden echter niet als optimaal ervaren. Vaak kunnen de deelnemers elkaar niet allemaal



aankijken, deelnemers zijn geneigd per specialisme bij elkaar te gaan zitten en er wordt gemakkelijk door de discussie heen gesmoesd of in kleine groepjes onder elkaar over de casus gesproken. De vormgeving van de ruimte kan daarmee van degelijke invloed zijn op de dynamiek van het overleg. Uit onderzoek van Beem (2016) blijkt dat zelfs de intensiteit en het type licht van invloed is op deelnemers aan een overleg. Zo ook de opstelling van de tafels en stoelen. Met name looproutes worden aangegeven als cruciaal punt. Wanneer looproutes aan de buitenkant van de ruimte lopen, hebben de deelnemers aan het overleg het minste last van mensen die later binnenkomen, eerder weggaan of tussendoor buiten de ruimte een pieper aannemen. Daarnaast zou de opstelling van de ruimte zo moeten zijn dat alle aanwezigen elkaar kunnen aankijken en zien wanneer ze deelnemen aan het overleg. Dit laatste geldt ook voor een online overleg. Deelnemers moeten ook daar elkaar allemaal kunnen zien.

2) Organisatorische randvoorwaarden

- ICT software ondersteuning: technische en facilitaire ondersteuning waardoor de benodigde hardware daadwerkelijk meteen vanaf de start van een MDO bruikbaar zijn. Dit levert tijdswinst op tijdens een MDO en kan het verschil maken voor een optimale besluitvorming. Daarnaast is er per MDO ruimte iemand verantwoordelijk om technische issues snel op te lossen, zonder dat de zorgverleners daar geen of minimale last van hebben.
- ICT hardware: goed werkend conferencing systeem om een digitaal MDO mee te organiseren, waarbij het bedieningssysteem gebruiksvriendelijk is. Iedere ruimte heeft voldoende microfoontegels en boxen nodig. Het is daarbij afhankelijk van de ruimte hoeveel er nodig zijn.

Deze resultaten laten zien dat het de samenwerking in een MDO ten goede komt als alle deelnemers gelijkwaardigheid ervaren en als er ruimte is om elkaar tijdens een MDO fysiek te kunnen blijven ontmoeten. Ook blijkt uit de praktijk dat vergaderhygiëne belangrijk is en met name de rol van de voorzitter en de werkafspraken. De technische aspecten en dus de ICT spelen een grote rol als ondersteunend en faciliterend aan een MDO. Daarnaast heeft het eigen onderzoek inzicht gegeven in details, wensen en oplossingen voor deze specifieke context die belangrijk zijn om mee te nemen in dit advies als eerste stap op weg naar een toekomstbestendig MDO.

6. Advies voor de weg naar een toekomstbestendig MDO

Alle inzichten vanuit literatuur en praktijk samengenomen, weergegeven in figuur 4, geven een goed beeld van welke eerste stappen gezet kunnen worden om de samenwerking in een MDO te optimaliseren. Juist nu zijn veel MDO's aan het digitaliseren en is het belangrijk om deze digitalisering georganiseerd aan te pakken.

Eén van de belangrijkste elementen voor een optimaal MDO is gevoelsmatige gelijkwaardigheid, is bij de expertise uitwisseling gebleken. Hiervoor is het relevant dat alle deelnemers van een MDO elkaar kunnen zien evenals de beeldvorming. Het advies om dit te bereiken is:

Tijdens het MDO vindt het gesprek altijd online plaats.

Dit kan bereikt worden door middel van een keuze tussen de volgende twee opties:

6.1. Hybride vorm

Het MDO online organiseren waarbij interne teams fysiek kunnen samenkomen. Hierbij vindt het gesprek tussen beide teams dan online plaats. Hoe ziet dit er praktisch uit:



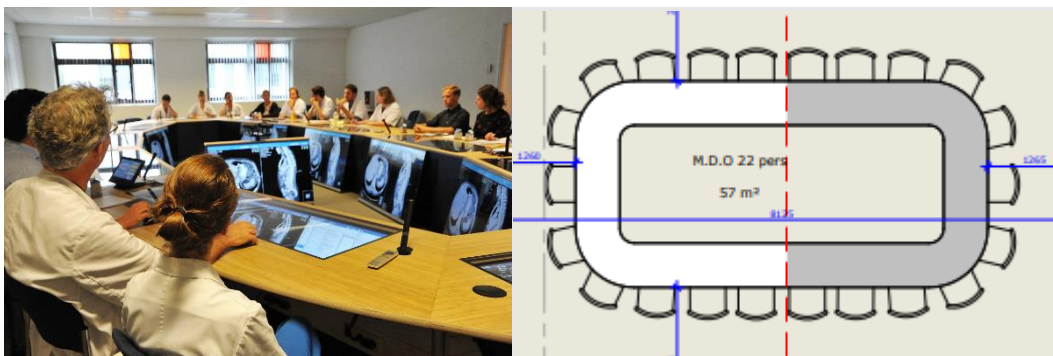
De MDO ruimte is op locatie zo ingericht dat iedere deelnemer online apart in beeld is en de gedeelde beeldvorming voor zich heeft, zodat het gesprek gelijkwaardig online kan plaatsvinden.

Geadviseerd wordt om de zorgverleners die noodzakelijk aanwezig moeten zijn om de behandeling van de patiënt te bespreken, wel fysiek bij elkaar te laten komen in de organisatie waar ze werken. Zij zijn in het online gesprek dan per individu in beeld. Eventuele deelnemers (mensen die meeluisteren om te leren), nemen online deel aan het MDO. Op deze manier zijn er de voordelen van een online MDO, namelijk een gelijkwaardige deelname en geen reistijd. Maar ook van een fysiek MDO: zorgverleners vanuit het eigen ziekenhuis wel fysiek laten samenkomen in de ruimte voor de teamvorming en onderlinge afstemming.

Benodigde materialen:

- Een ovale tafel, waarbij iedereen elkaar kan aankijken en zicht heeft op 3 televisieschermen. Belangrijk hierbij is dat er geen schermen op tafel staan die het fysieke zicht beperken;
- Drie computerschermen waarop de beelden getoond kunnen worden (denk hierbij na over de plaatsing van deze schermen zodat bijv. reflectie van daglicht geen hinder geeft);
- Een webcam per persoon of een andere manier waarop ieder individu digitaal in beeld gebracht kan worden, zodat iedereen op een gelijkwaardige manier zichtbaar is;
- Microfoon(tegel)s waardoor iedereen goed verstaanbaar is;
- Vaste werkstations voor vaste deelnemers, zoals voor de voorzitter, radioloog, notulist;
- Microfoon(tegel)s waardoor iedereen goed verstaanbaar is;
- Een goede videoconferencing set met hoge kwaliteit van beeld en geluid.

Op de afbeeldingen hieronder is een voorbeeld te zien van hoe dit er fysiek en schematisch in de ruimte uit zou kunnen zien.



Bron foto links: MDO ruimte in UMCU.

6.2. Volledig online

Alle deelnemers aan het MDO (vanuit alle deelnemende locaties) zijn apart online ingebeld. Dit kan gerealiseerd worden doordat alle zorgprofessionals vanaf een eigen locatie (kamer, kantoor, thuis) zelf inbellen. Het is belangrijk dat iedereen gelijkwaardig in beeld is.

- Benodigde materialen:
 - Per deelnemer een eigen ruimte / werkplek met ten minste 2 pc's, een webcam, microfoon en headphone;
 - Een veilige videoverbinding om het gesprek online te laten plaatsvinden;



6.3. Overig advies

Niet-technische randvoorwaarden:

Naast deze technische en organisatorische aspecten van het optimaliseren van een MDO wordt de professionele- en persoonlijke interactie bij de uitwisseling van expertise beschouwd als minstens even relevant. Als menselijke randvoorwaarden zijn sterk voorzitterschap, vergader hygiëne, duidelijke rolverdeling als meest belangrijk genoemd. Advies is om binnen het MDO hier heldere afspraken over te maken of de eventuele al bestaande afspraken duidelijk te communiceren en misschien eens tegen het licht te houden of deze nog afdoende zijn. Voor eerste hulp, checklists, handvatten of tips bij optimalisatie van deze aspecten van een MDO kan men terecht op www.mdokompas.nl. Het platform waar we alle informatie en kennis rondom MDO optimalisatie beschikbaar stellen en up to date houden. Daarnaast is het aan te raden om op regelmatige basis (bijvoorbeeld één keer per twee jaar) stil te staan bij de interactie die plaatsvindt tijdens het MDO tussen de zorgprofessionals. Dit kan met de MDO observatie training (feedback training) van het TeAMZ programma.

Wanneer gekozen wordt voor een volledig online MDO, is er geen ruimte voor de fysieke samenkomst. In dat geval wordt geadviseerd om voor de fysieke samenkomst en daarmee het onderhouden van de onderlinge relaties, alternatieven voor te vinden, zoals een dagelijkse stand-up, een koffiemoment of andere bijeenkomst.

Technische randvoorwaarden:

Voor beide opties geldt dat om de technische randvoorwaarden te optimaliseren het noodzakelijk is dat ICT ondersteuning altijd bereikbaar is om ad-hoc issues op locatie direct te lossen.

7. Ambitie

Zoals eerder benoemd is het doel van dit adviesrapport het delen van de kennis tot nu toe. Dit zijn de eerste stappen waar nu al op aangestuurd kan worden ter optimalisatie van het MDO. Er blijven technische en niet-technische aspecten die een uitdaging vormen en waar meer verdieping en inzicht voor nodig is, opdat doeltreffende oplossingen of veranderingen ontwikkelt kunnen worden. Vanuit het project *Op weg naar een toekomstbestendig MDO* blijven Samen Digitaal en het TeAMZ-programma werken aan en onderzoek doen naar optimalisatie van het MDO.



Referenties

- Dees, T. Opheij, W. (2019) Samenwerken van idee naar afspraak - aan de slag met jullie samenwerking. Uitgeverij Boom.
- De Jong, L. (2021) Competente mensen incompetente teams - handboek voor het interveniëren met impact in samenwerking. Uitgeverij Boom.
- Farrell, S. E., Bochatay, N., & Kim, S. (2021). Embracing or relinquishing sources of power in interprofessional communication: implications for patient-centered speaking up. *Journal of Interprofessional Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1975665>
- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology*, 7(11), 935-943. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(06\)70940-8](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(06)70940-8)
- Gao, L., Janssen, O., & Shi, K. (2011). Leader trust and employee voice: The moderating role of empowering leader behaviors. *The Leadership Quarterly*, 22(4), 787-798. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.05.015>
- Generieke Blauwdruk MDO, Citrienfonds (2020)
- Hahlweg, P., Hoffmann, J., Härter, M., Frosch, D. L., Elwyn, G., & Scholl, I. (2015). In Absentia: An Exploratory Study of How Patients Are Considered in Multidisciplinary Cancer Team Meetings. *PLOS ONE*, 10(10), e0139921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139921>
- Horlait, M., Baes, S., De Regge, M., & Leys, M. (2021). Understanding the Complexity, Underlying Processes, and Influencing Factors for Optimal Multidisciplinary Teamwork in Hospital-Based Cancer Teams. *Cancer Nursing, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000923>
- Hsiung, H. H. (2011). Authentic Leadership and Employee Voice Behavior: A Multi-Level Psychological Process. *Journal of Business Ethics*, 107(3), 349-361. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1043-2>
- Lee, M., Ong, Y. H., & Martimianakis, M. A. (2022). Ideological dilemmas of healthcare professionals who do not speak up at interprofessional team meetings. *Journal of Interprofessional Care*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2037530>
- Oncologienetwerken in beeld (2022)
- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospitalbased health care professionals: a literature review. *BMC health services research*, 14(1), 1-8.



Soukup, T et al. *Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature*. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2018;11: 49-61
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S117945>

Thesis* Janske beenhakkers: Een kwalitatief onderzoek naar: De complexe rol van de voorzitter van een neuro-oncologisch multidisciplinair overleg.

Thesis* Zita Jongeneelen; Wie laat van zich horen? Een kwalitatieve studie naar factoren die voice behavior van zorgverleners in een multidisciplinair overleg in een academisch ziekenhuis beïnvloeden.

Thesis* Frederieke Faustinelli: Het MDO van de toekomst; Hoe kan het MDO van de toekomst binnen het Amsterdam UMC worden vormgegeven online, hybride of fysiek, daarbij inspeland op de vereisten en behoeften vanuit de praktijk?

Thesis* Jesse Beem: How can design improve multidisciplinary team meetings in neuro-oncology?

Weiss, M., Kolbe, M., Grote, G., Spahn, D. R., & Grande, B. (2018). We can do it! Inclusive leader language promotes voice behavior in multi-professional teams. *The Leadership Quarterly*, 29(3), 389-402. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.09.002>

Wihl, J., Rosell, L., Bendahl, P. O., De Mattos, C. B., Kinhult, S., Lindell, G., Von Steyern, F. V., & Nilbert, M. (2020). Leadership perspectives in multidisciplinary team meetings; observational assessment based on the ATLAS instrument in cancer care. *Cancer Treatment and Research Communications*, 25, 100231. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2020.100231>

Wu, F., Dixon-Woods, M., Aveling, E. L., Campbell, A., Willars, J., Tarrant, C., Bates, D.

W., Dankers, C., Mitchell, I., Pronovost, P. & Martin, G. P. (2021). The role of the informal and formal organisation in voice about concerns in healthcare: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine*, 280, 114050.

* Onderzoek uitgevoerd binnen Amsterdam UMC

Verdere achtergrond artikelen/informatie bronnen

Prineas, S., Mosier, K., Mirko, C. *et al.* Non-technical Skills in Healthcare. Textbook of patient safety and clinical risk management pp 413-434 (2020).

Peerdeman, S., Nauta, K., Both, L. *et al.* Introducing a Hospital Wide Multidisciplinary-Interprofessional Training Program: Challenges of the TeAMZ Program. *Quality in Primary Care* 25 (6): 379-385 (2017).

www.mdokompas.nl



- Atwal, A., & Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 268-273. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00338.x>
- Conron, M., & Denton, E. (2016). Improving outcomes in lung cancer: the value of the multidisciplinary health care team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 137. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s76762>
- Devitt, B., Philip, J., & McLachlan, S. A. (2010). Team Dynamics, Decision Making, and Attitudes Toward Multidisciplinary Cancer Meetings: Health Professionals' Perspectives. *Journal of Oncology Practice*, 6(6), e17-e20. <https://doi.org/10.1200/jop.2010.000023>
- Dew, K., Stubbe, M., Signal, L., Stairmand, J., Dennett, E., Koea, J., Simpson, A., Sarfati, D., Cunningham, C., Batten, L., Ellison-Loschmann, L., Barton, J., & Holdaway, M. (2014). Cancer Care Decision Making in Multidisciplinary Meetings. *Qualitative Health Research*, 25(3), 397-407. <https://doi.org/10.1177/1049732314553010>
- Green, B., Oeppen, R., Smith, D., & Brennan, P. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams - ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(5), 449-453. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010>
- Horlait, M., Baes, S., Dhaene, S., Van Belle, S., & Leys, M. (2019). How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 12, 159-167. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s196660>



- Hsiung, H. H. (2011). Authentic Leadership and Employee Voice Behavior: A Multi-Level Psychological Process. *Journal of Business Ethics*, 107(3), 349-361. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1043-2>
- Janssen, A., Robinson, T., Brunner, M. *et al.* Multidisciplinary teams and ICT: a qualitative study exploring the use of technology and its impact on multidisciplinary team meetings. *BMC Health Serv Res* 18, 444 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3242-3>
- Oeppen, R. S., Davidson, M., Scrimgeour, D. S., Rahimi, S., & Brennan, P. A. (2019). Human factors awareness and recognition during multidisciplinary team meetings. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 48(8), 656-661. <https://doi.org/10.1111/jop.12853>
- Sidpra, J., Chhabda, S., Gaier, C., Alwis, A., Kumar, N., & Mankad, K. (2020). Virtual multidisciplinary team meetings in the age of COVID-19: an effective and pragmatic alternative. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 10(6), 1204-1207. <https://doi.org/10.21037/qims-20-638>

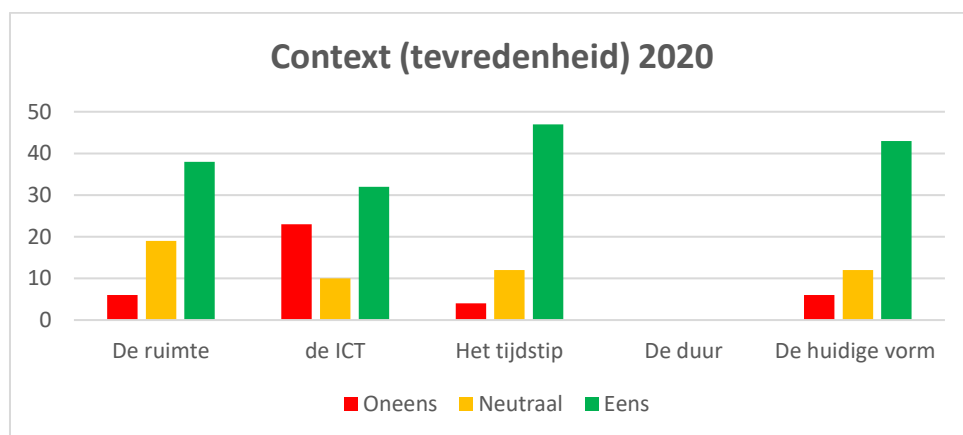


Bijlagen

Bijlage 1

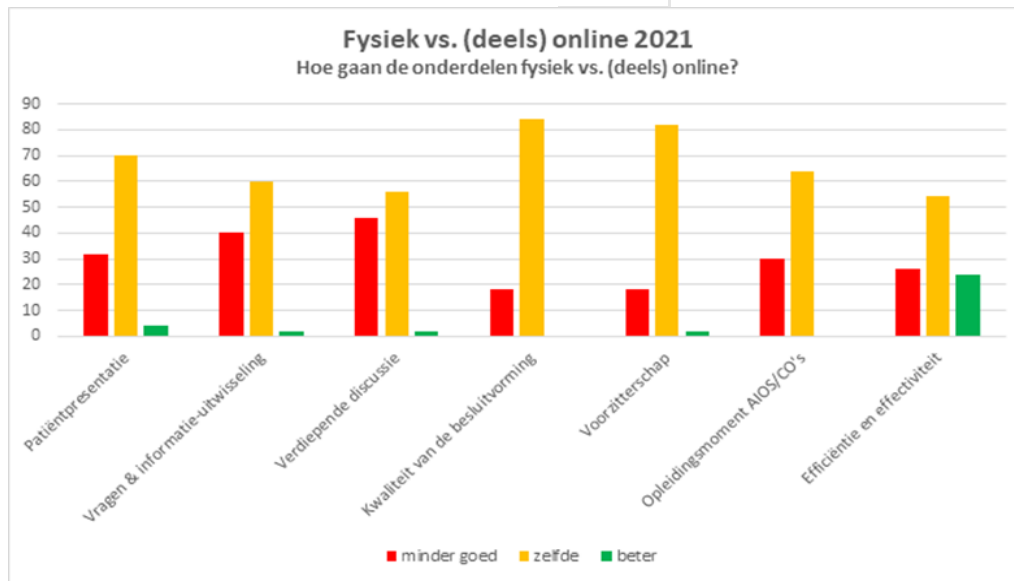
Overzicht van data vanuit de MDO trainingen van het TeAMZ programma uitgevoerd in 2020 en 2021.

Figuur 1 geeft een overzicht van de tevredenheid met verschillende aspecten van de context van een MDO in het jaar 2020. Dat is het jaar dat COVID een katalysator vormde voor digitalisering van de MDO's. In de grafiek is te zien dat 39% van de ondervraagde zorgprofessionals eens heeft geantwoord op de vraag of men tevreden is over de ruimte waar het MDO gehouden wordt. En 25% heeft neutraal of eens geantwoord. Daarbij kunnen we ons afvragen of er gedacht werd aan de vormgeving van de ruimte als aspect dat invloed heeft op de meeting. Zeker als we kijken naar de signalering vanuit de zorgprofessionals van knelpunten die toch beïnvloedt zouden kunnen worden door de vormgeving van de ruimte. Denk hierbij aan gevoelsmatige ongelijkheid in deelname aan een MDO, beeldvorming niet goed/duidelijk zichtbaar, collega's niet kunnen aankijken, verstaanbaarheid van collega's, etc. In figuur 1 is eveneens te zien dat 23% van de ondervraagde zorgprofessionals ontevreden is met de ICT en dat 10% hierbij neutraal heeft geantwoord. Van de ondervraagde zorgprofessionals is 31% tevreden. Hierbij moeten we niet vergeten dat 2020 de start was van een grote digitaliseringsslag in de MDO's en ICT alleen sindsdien alleen maar belangrijker is geworden. Over de vorm van het overleg (fysiek, hybride of online) zijn de meeste ondervraagde zorgprofessionals tevreden (42%). Veel MDO's vonden een deel van 2020 nog in originele vorm plaats (meestal was dat fysiek) voordat dezen over moesten op hybride of online.



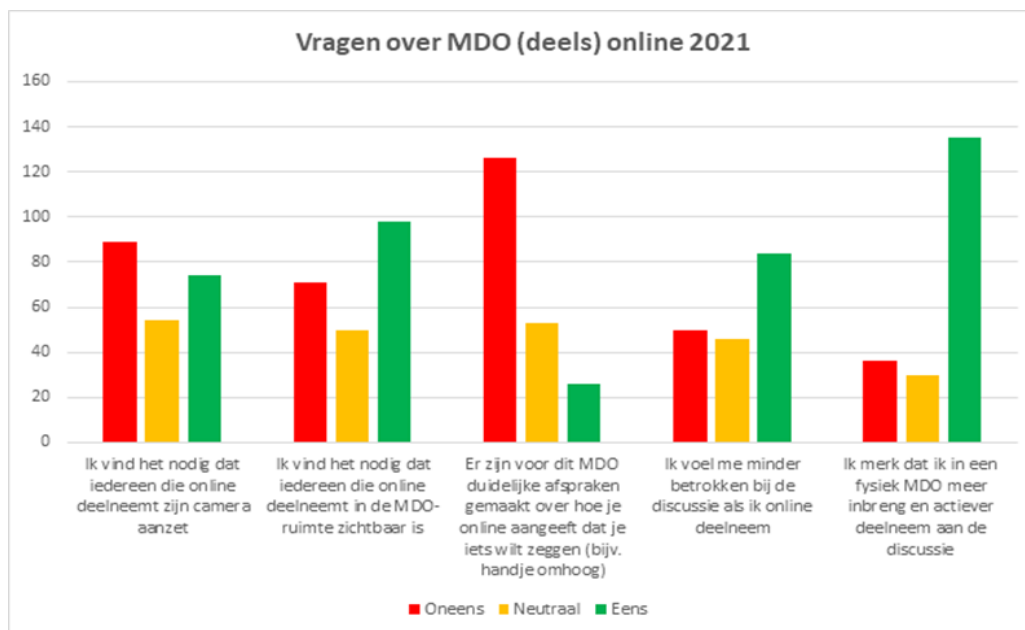
Figuur 1. Tevredenheid. N.B: de duur is uit deze meting gehaald, omdat de deelnemers aangaven dit niet goed meer te kunnen beoordelen omdat zij gewend waren geraakt aan de lange duur van een MDO.

In 2021 is het TeAMZ programma de hybride of online MDO's ook gaan trainen en zijn er vragen gesteld over de verschillende aspecten van een MDO en hoe het verloop hiervan verschilt in een online MDO ten op zichte van het originele fysieke MDO. In figuur 2 zijn de resultaten weergegeven en is te zien dat eigenlijk alle aspecten van een MDO bij een hybride of online overleg vaker minder goed verlopen. Dit komt ook omdat de MDO's momenteel niet ondersteund worden door de juiste techniek om een MDO goed digitaal te laten verlopen.



Figuur 2. Fysiek vs. online

Uit verdiepende vragen blijkt dat er vaak geen duidelijke werkafspraken zijn voor, bijvoorbeeld, het inbrengen van kennis en expertise. Ook blijkt dat de ondervraagde zorgprofessionals zich minder betrokken voelen bij de discussie tijdens een online MDO. Zorgprofessionals geven daarbij ook aan dat zij überhaupt actiever deelnemen bij een fysiek MDO. Deze resultaten staan weergegeven in figuur 3.



Figuur 3. MDO deels online