

Bijeenkomst Utrecht

16 juni 2026

Op 16 juni 2026 vond een bijeenkomst plaats in Utrecht waarbij medewerkers, cliënten, teamleiders, managers en coaches van Fokus samenkwamen voor een zogenaamd kampvuurgesprek. Het doel was om vanuit alle perspectieven in gesprek te gaan over de kwaliteit van zorg, samenwerking en communicatie binnen de organisatie. Bij de opening werd direct benadrukt dat dit geen eenmalige exercitie mocht zijn, maar dat dit type open dialoog structureel en regelmatig zou moeten plaatsvinden, zowel projectgebonden als organisatiebreed. De sfeer was betrokken en openhartig, met een duidelijke bereidheid van alle deelnemers om zich open op te stellen.

Kampvuurgesprek 1



De vraag die in de eerste gespreksronde centraal stond, was: “Hoe kunnen we ervoor zorgen dat jij als cliënt veilig zelfstandig kan blijven wonen en jij als medewerker goed je werk kan blijven doen, ook als de zwaarte van de zorg toeneemt?” De groep ging uiteen in kleinere groepen om over dit onderwerp te praten. Na afloop werd plenair een samenvatting van deze gesprekken gegeven.

Groep 1: communicatie als sleutelvraagstuk

De bijeenkomst opende met de presentatie van de bevindingen van de eerste gespreksgroep. De groep gaf aan dat het kampvuurgesprek zo verdiepend was geweest dat de beschikbare tijd bijna ongemerkt voorbijging, waardoor de post-its pas op het laatste moment waren opgehangen en grotendeels moesten worden voorgelezen. Juist dit gegeven onderstreepte de waarde van het gesprek zelf.

Het meest opvallende inzicht dat uit de groepsbespreking naar voren kwam, was dat vrijwel alle bevindingen uiteindelijk terug te voeren waren op één gemeenschappelijk thema: communicatie. Maar liefst acht post-its kwamen bij elkaar te hangen onder dit thema. Cliënten bleken vaak niet op de hoogte te zijn van wat er achter de schermen in de ADL-assistentie speelt en werden onvoldoende meegenomen in de probleemanalyse of bij het bedenken van oplossingen. Tegelijkertijd werd benadrukt dat elk project zijn eigen dynamiek en uitdagingen heeft, en daarmee ook zijn eigen oplossingen vraagt.

Vanuit het perspectief van de cliënt benoemde de groep de noodzaak van goed opgeleide medewerkers en moderne, toegankelijke woonomgevingen. Er werd gesignaleerd dat soms gesprekken met woningbouwcorporaties nodig zijn om de zelfstandigheid van cliënten te vergroten. Ook werd de diversiteit aan teamafspraken aangekaart: doordat deze afspraken per team worden gemaakt op basis van cao-ruimte, ontstaan grote onderlinge verschillen tussen projecten, wat zorgt voor ongelijkheid in werkwijze en verwachtingen. Het tekort aan personeel werd eveneens benoemd, al erkende de groep direct dat dit niet eenvoudig op te lossen is.

Vanuit het medewerkersperspectief pleitte de groep voor meer openheid vanuit het management richting de werkvloer. Vragen als: wat speelt er in het MT, hoe komt dat binnen bij de ADL-medewerkers, welk taalgebruik wordt gebruikt en wie presenteert wat op welke manier: al deze elementen werden als onderdeel van het communicatievraagstuk aangemerkt. De groep concludeerde dat organisatie en werkvloer simpelweg onvoldoende met elkaar in gesprek zijn, zowel op cliënten- als medewerkerniveau, en dat dit de kern vormt van veel terugkerende problemen.

Groep 2: regie, veiligheid en intrinsieke motivatie

De tweede groep bestond uit een coach, een teamleider, een manager en een cliënt. Dit maakte het gesprek meteen rijk aan perspectieven. Een van de cliënten bracht een concreet en belangrijk punt in: sommige cliënten weten simpelweg niet wat ze de medewerker moeten vragen of aanwijzen, en zijn volledig afhankelijk van de professionaliteit en het initiatief van de ADL-medewerker. Dit vraagstuk raakte direct aan het thema van eigen regie.

Vanuit het veiligheidsperspectief werd aangekaart dat er bij bepaalde diensten onvoldoende bevoegd en bekwaam personeel aanwezig is, waardoor cliënten zich onveilig voelen. De wens was helder: nieuwe collega's moeten goed worden ingewerkt en moeten de juiste bevoegdheden bezitten voordat zij zelfstandig worden ingezet.

De groep sprak ook over het belang van intrinsieke motivatie bij nieuwe medewerkers. Er werd gesteld dat het essentieel is om mensen binnen te halen die oprecht willen weten waar ze voor gaan, en dat er vervolgens voldoende tijd en aandacht moet zijn om hen goed te begeleiden. Wanneer al na twee of drie weken blijkt dat iemand niet past, zijn die weken verloren; en in de zorg telt elke minuut.

Een gevoelig punt was de timing van bepaalde organisatiebeslissingen, zoals het niet inzetten van specifieke medewerkers vlak voor de zomervakantie. Een van de cliënten gaf aan dat dit beter eerder gecommuniceerd had kunnen worden, maar erkende zelf ook dat er nooit een perfect moment is voor zulke beslissingen.

Het gesprek verdiepte zich daarna in de grenzen van eigen regie. Er werd de vraag gesteld waar de gelijkwaardigheid ligt en waar het wederzijds respect begint en eindigt. Een concreet voorbeeld dat werd aangehaald: sommige ADL-medewerkers moeten bij bepaalde cliënten eerst drie keer op de mat stappen voordat ze binnenkomen. De groep worstelde openlijk met de vraag of dergelijke rituelen nog passen binnen een professionele werkrelatie. Er werd geconcludeerd dat grenzen en duidelijke kaders noodzakelijk zijn, en dat binnen de gewenste uniformiteit; beeldend omschreven als "98 bootjes die op dezelfde manier moeten varen"; afspraken voor iedereen gelijkwaardig moeten gelden.

Trots op het eigen werk en de eigen organisatie werd expliciet benoemd als iets wat meer aandacht verdient. Een deelnemer riep de aanwezigen op om bewuster stil te staan bij wat Fokus biedt en doet.

Discussie over eigen regie en de grenzen van aanwijzingen

Na de tweede groepspresentatie ontstond een discussie over het vraagstuk van eigen regie. Een van de cliënten bracht een ethisch en praktisch dilemma in: als een cliënt geen dual assistentie wil, maar de medewerker oordeelt dat dit vanuit veiligheid of ARBO-oogpunt noodzakelijk is, hoe ga je daar dan mee om? De cliënt heeft immers recht op regie over zijn of haar eigen leven, maar de medewerker draagt ook een verantwoordelijkheid voor de eigen veiligheid.

De discussie bracht verschillende nuances naar boven. Er werd gesteld dat de meest werkbare benadering is om één lijn te trekken, maar tegelijkertijd werd erkend dat dit niet altijd mogelijk is en dat maatwerk soms onvermijdelijk is.

Een deelnemer bracht een concreet voorbeeld in: een cliënt woont samen met haar man, die zelf ook ziek is geworden. Zij geeft aanwijzingen namens hem, wat spanning oplevert rondom de vraag wie nu werkelijk de regie voert. Er werd geconcludeerd dat dit soort situaties het gesprek vereisen tussen cliënt, medewerker en verpleegkundig coach en dat samenwerking de oplossing is.

Een ander deelnemer benadrukte dat cliënten wel degelijk rekening moeten houden met de fysieke en professionele mogelijkheden van de ADL-medewerkers. Eigen regie betekent niet dat men als een vorst bepaalt; het is en blijft een samenwerkingsrelatie. Tegelijkertijd werd scherp gesteld dat wanneer een cliënt te zwaar is om zonder duo-assistentie veilig te begeleiden, de keuze simpelweg duo-assistentie of geen assistentie is; dit is geen kwestie van regie van de cliënt over de medewerkers, maar een kwestie van ARBO en professionele verantwoordelijkheid.

Er werd gewezen op het belang van heldere afspraken over wat Fokus wel en niet doet, zodat zowel cliënten als medewerkers weten waar ze aan toe zijn. Samenwerking en wederzijds respect werden herhaaldelijk naar voren gebracht als de fundamenten waarop alles rust.

Groep 3: scholing, ECD en ketensamenwerking

De derde groep bracht een breed scala aan thema's in, waarbij werd benadrukt dat communicatie ook hier centraal stond. Er werd vastgesteld dat cliënten vaak niet weten wat hun zorg precies inhoudt en wat ze mogen vragen. De behoefte aan goede scholing werd breed gedeeld; niet alleen voor ADL-medewerkers zelf, maar ook voor teamleiders die in staat moeten zijn hun team aan te sturen en te faciliteren.

Een specifiek punt dat naar voren werd gebracht, betrof de taakverdeling tussen korte en lange assistenties. Het bleek voor te komen dat cliënten met een korte hulpvraag moeten wachten omdat een langere assistentie voorgaat. De groep gaf aan dat hier betere keuzes in gemaakt moeten worden.

De groep pleitte sterk voor de invoering van een elektronisch cliëntensysteem (ECD). Op dit moment gaat veel informatie verloren doordat afspraken en aantekeningen verspreid staan over mail, Teams en losse notities. Een centraal platform waarop alle disciplines kunnen registreren, acties kunnen uitzetten en de

voortgang kunnen monitoren, zou hier structureel uitkomst bieden. De overdraagbaarheid van zorgafspraken en de opvolging van actiepunten zouden hiermee aanzienlijk verbeteren.

Verder werd gepleit voor persoonlijk gerichte zorgdocumentatie per cliënt, zodat ook nieuwe of tijdelijke medewerkers weten wat er per individu nodig is en verwacht wordt. In samenhang daarmee werd de behoefte aan maatwerk in trainingen benoemd: iedere locatie heeft zijn eigen populatie en zijn eigen uitdagingen, en scholing zou daarop afgestemd moeten zijn.

Groep 4: samenwerking, differentiatie en werkdruk

De meest uitgebreide presentatie werd verzorgd door een deelnemer die verschillende thema's samenbracht. De boodschap was breed: Fokus staat voor grote uitdagingen en de oplossingen vragen om structurele keuzes op meerdere niveaus.

Ten aanzien van de cliëntenpopulatie werd gesignaleerd dat Fokus steeds complexere cliënten bedient: mensen met psychische problematiek, ouder wordende cliënten met dementie en cliënten wiens conditie langzaam achteruitgaat door aandoeningen zoals MS. De vraag werd gesteld of Fokus daar nog voldoende op is toegerust en of de expertise aanwezig is om deze groepen verantwoord te begeleiden. Gedifferentieerde inzet van medewerkers (ADL-medewerker, verzorgende IG, verpleegkundige) werd als noodzakelijk gezien.

In dit verband werd gerefereerd aan een eerdere periode waarin Fokus verzorgenden IG had opgeleid. Er was destijds een VIG-opleiding aangeboden en velen hadden die ook succesvol afgerond. Nu werd geconstateerd dat het misschien een vergissing is geweest om die competentie niet vast te houden, omdat deze medewerkers nu ook taken in de thuiszorg hadden kunnen overnemen. Het pleidooi voor een herwaardering van differentiatie was daarmee duidelijk.

De werkdruk op de medewerkers werd indringend besproken. Medewerkers lopen soms de hele ochtend door zonder pauze of drinken, om vervolgens gestrest bij de volgende cliënt aan te komen. Cliënten merken dit feilloos, ze zien en voelen de stress van de medewerker. Er werd een warm pleidooi gehouden voor zelfzorg: een ADL-medewerker die goed voor zichzelf zorgt, kan ook beter voor de cliënt zorgen.

Het belang van signalen serieus nemen werd benadrukt, evenals de noodzaak dat medewerkers zich veilig voelen om aan te geven wanneer een situatie te zwaar is of wanneer zij iets moeilijk vinden richting teamleider, coach of cliënt.

Een ander voorstel was het idee van uitwisseling tussen locaties. Omdat ADL-medewerkers in principe bevoegd en bekwaam zijn om overal te werken, zou meer mobiliteit tussen locaties zowel de werkdruk kunnen verlichten als de professionele ontwikkeling stimuleren.

Er werd ook gepleit voor het inzetten van coaches achter de voordeur (verpleegkundig coaches, transfercoaches en gedragkundigen) niet alleen als achtervangfunctie, maar ook actief bij cliënten thuis, om medewerkers te ondersteunen en cliënten te begeleiden bij wat zij zelf nog nodig hebben.

Een praktisch en creatief voorstel dat vanuit een cliënt was ingebracht betrof gezamenlijke schoonmaak op locatieniveau: in plaats van dat iedere cliënt een eigen schoonmaakorganisatie heeft, zouden alle cliënten op één locatie gebruik kunnen maken van één schoonmaakmedewerker. Dit zou de coördinatielast verminderen en de samenwerking vergemakkelijken.

Tot slot werd de "belevingsdag" aangehaald als inspirerend voorbeeld: een dag waarop medewerkers in de rol van cliënt werden geplaatst, vastgebonden in een rolstoel of liggend in bed, afhankelijk van anderen voor het kleinste verzoek. De oproep was om dit soort ervaringsleren terug te brengen, omdat het begrip en empathie verdiept op een manier die geen training kan evenaren.

Groep 5: Cliënt en medewerker centraal

Deze groep presenteerde thema's rondom wat nodig is om als cliënt veilig en zelfstandig te blijven wonen en als medewerker goed te kunnen werken.

Voor cliënten werden de volgende punten benoemd:

- Een betere interne en externe samenwerking, zodat cliënten en het team goed kunnen functioneren.
- Toegang tot een elektronisch cliëntendossier.
- Samenwerking met externe partijen om kortdurend meer zorg te kunnen realiseren.

Voor medewerkers kwamen de volgende punten naar voren:

- Waardering voor ADL-medewerkers en het gevoel gehoord te worden.
- Meer mandaat voor verpleegkundigen en andere functies.
- Structurele evaluatie op organisatieniveau.
- Goede communicatie op alle niveaus.
- Duidelijke rolverdeling: wie doet wat en wie staat waar in de lijn.
- Ruimte voor ontwikkeling en creativiteit.

Op de vraag wat bedoeld werd met "duidelijke rolverdeling" werd toegelicht dat verpleegkundigen soms niet weten wanneer zij meegenomen moeten worden in beslissingen. Dit leidt ertoe dat informatie te laat of helemaal niet aankomt; bijvoorbeeld bij wisselingen in beleid of wanneer een manager zijn functie verlaat zonder dat de verpleegkundige hiervan op de hoogte wordt gesteld.

Groep 6: Deskundig personeel en positieve cultuur

Deze groep bestond uit ADL-medewerkers, een cliënt, een HR-adviseur en een teamleider/manager. De belangrijkste thema's waren:

- Voldoende en deskundig personeel dat bekwaam is in zijn werk.
- Medewerkers en cliënten voelen zich voldoende gesteund.
- Heldere afspraken, kaders en verwachtingen.
- Respect voor eigen regie en zelfstandigheid van de cliënt.
- Regelmatige evaluatie en afstemming van zorg en ondersteuning.

- Goede begeleiding, scholing en ondersteuning van zowel nieuwe als bestaande medewerkers.
- Een positieve werkcultuur, inclusief teamuitjes en teambuildingactiviteiten.
- Heldere communicatie vanuit het management.

Vanuit de zaal werd de nadruk gelegd op het niet vergeten van medewerkers zonder formele opleiding die via praktijkervaring (zoals de Fokus-opleiding) uitstekende vaardigheden hebben ontwikkeld. Deze "doorpakkers" leveren grote waarde en mogen niet ondergesneeuwd raken in de focus op scholing.

Groep 7: Communicatie, kaders en differentiatie

Deze groep, samengesteld uit ADL-medewerkers, verpleegkundigen, een manager en een cliënt, noemde communicatie als het meest centrale thema, op alle niveaus:

- Communicatie van management naar medewerkers verdient meer zorg en respect: mails met typefouten of vluchtig opgestelde berichten geven het gevoel dat medewerkers niet serieus worden genomen.
- Betere samenwerking en communicatie met ondersteunende disciplines van buiten Fokus, zoals transferverpleegkundigen. Zij moeten welkom zijn en als samenwerkingspartner worden gezien, niet als bedreiging.
- Samenwerking met de WMO-consulenten en gemeente kan sneller en soepeler.
- Kaders zijn essentieel: medewerkers willen weten wanneer zij nee mogen zeggen, wanneer iets voor de thuiszorg is, en wanneer iets voor een verpleegkundige of transfercoach is.
- Korte lijnen en duidelijke overlegstructuren op projectniveau zijn gewenst.

Volgende zorgpersoneel blijft een wens, maar de vraag is of dat alleen ADL-assistenten moeten zijn, of ook VIG-ers (verzorgenden niveau 3) en verpleegkundigen, gezien de toenemende zorgwaarde.

Scholing heeft grenzen: complexe psychosociale problematiek kan niet worden neergelegd bij de ADL-medewerker door middel van bijscholing. Differentiatie in functies is noodzakelijk, bijvoorbeeld een verpleegkundige die dagelijks langsgaat op een project.

Woningkwaliteit en aanpassingen zijn randvoorwaarden: plafond-en tilliften en andere voorzieningen moeten beschikbaar zijn vóórdat een cliënt intrekt.

Ook werd het advies gegeven om ADL-medewerkers te waarderen die vroeger in het zelfsturende model extra verantwoordelijkheden oppakten. Hoewel zelfsturing niet voor iedereen werkte, is het jammer dat bij het verdwijnen van de zelfsturing ook talenten niet altijd meer worden benut.

Groep 8: Platformideeën, woningverbetering en flexibele planning

Een cliënt presenteerde namens de laatste groep een aantal aanvullende en deels vernieuwende ideeën:

- **Vaste teams:** Als basisvoorwaarde wil een cliënt in een project wonen met een vast team van zorgverleners.

- **Platform voor cliënten:** Een besloten online forum, aangeboden door Fokus, zodat bewoners onderling kunnen communiceren.
- **Samenwerking met zorgopleidingen:** Door samen te werken met opleidingsinstituten kunnen ADL-medewerkers worden opgeleid tot VIG-er (verzorgende individuele gezondheidszorg, niveau 3). Dit biedt ontwikkelperspectief voor medewerkers die meer uitdaging zoeken én vergroot het zorgaanbod voor cliënten met hogere zorgbehoefte. Dit is in het verleden al gedaan bij Fokus, maar later stopgezet.
- **Uitbreiding ondersteunende functies:** Om samenwerking met andere organisaties en opleidingstrajecten te realiseren, zijn meer FTE's en investeringen in ondersteunend personeel nodig.
- **Woningverbetering via collectieve inzet:** Fokus staat sterker dan individuele cliënten bij het aanspreken van woningbouwcorporaties en de WMO op noodzakelijke aanpassingen. Een voorbeeld: verouderde deursloten in Houten Centrum vragen al jaren om vervanging, maar individuele cliënten komen niet verder.
- **Flexibele zorgplanning bij personeelstekort:** In geval van onderbezetting kunnen cliënten in overleg gevraagd worden om planbare zorgtaken (opstaan, naar bed gaan, eten) op andere tijdstippen te laten plaatsvinden, zodat de beschikbare zorg efficiënter kan worden ingezet. Dit gebeurt al incidenteel, maar kan vaker en structureler.
- **Transfercoach:** Werd benadrukt dat de transfercoach minder projecten onder zich zou moeten hebben om meer betrokkenheid bij individuele projecten en cliënten te kunnen tonen.

Er volgde een discussie over de rol van Fokus als collectieve belangenbehartiger richting woningbouwcorporaties en WMO. Benadrukt werd dat cliënten zelfstandig wonen en primair zelf met de woningbouw in gesprek gaan, maar dat Fokus hierin een ondersteunende en versterkende rol kan spelen.

Kampvuurgesprek 2



Na de groepspresentaties volgde een plenaire sessie over de vraag: *Hoe en met wie zou Fokus meer kunnen samenwerken?*

Een deel van de cliënten heeft meer ondersteuning nodig dan alleen ADL. Denk aan psychische problematiek, verslaving of somatische problemen zoals wonden. Fokus mag en kan deze zorg niet zelf bieden; er zijn strikte beleidsregels voor ADL-assistentie en de subsidie hiervoor. Cliënten kunnen via de Zorgverzekeringswet thuiszorg inschakelen, maar in de praktijk verloopt dit moeizaam door onduidelijkheid over de taakverdeling, lange doorlooptijden en onbekendheid met Fokus bij externe

partijen. Mogelijke samenwerkingspartners die werden benoemd: andere zorginstellingen, WMO-consulenten, wijkorganisaties, vrijwilligers, familie en naasten, ziekenhuizen, revalidatiecentra en zorgopleidingen.

Zichtbaarheid richting revalidatieinstellingen

Een medewerker uit Zuid signaleerde dat er veel te halen valt bij instellingen voor niet-aangeboren hersenletsel, zoals de Sintmaartenskliniek. Vragen die later opkomen bij een cliënt die al een jaar thuis woont, kunnen nog steeds bij die instelling worden neergelegd; maar in de praktijk gebeurt dit niet. Er is een accountmanager-achtige functie nodig per regio die relaties opbouwt en onderhoudt met relevante partijen.

WMO als onbenutte bron

De WMO biedt veel meer dan bekend is bij cliënten en medewerkers: dagbesteding, financiële ondersteuning, aanpassingen aan woningen. In sommige gemeenten bestaan subsidieposten van circa €20.000 voor woningaanpassingen. Een website werd genoemd als bron van informatie over dit soort mogelijkheden. WMO-consulenten zijn gespecialiseerd in het in kaart brengen van behoeften via keukentafelgesprekken en kunnen dagbesteding, vrijwilligers en andere ondersteuning regelen. Ook de onafhankelijke cliëntondersteuner, een gratis voorziening in elke gemeente, werd als weinig bekend maar waardevol instrument benoemd.

Risico: Fokus als 'afvalput' van de zorg

Er werd gewaarschuwd dat Fokus het risico loopt om de organisatie te worden die overblijft als andere partijen hun handen terugtrekken. Andere zorgorganisaties, huisartsen en ziekenhuizen gaan ervan uit dat Fokus alles regelt, terwijl dit helemaal niet zo is. Dit vraagt om actieve bewaking van de grenzen van de taakstelling van Fokus.

WLZ-indicatie als knelpunt

Een WLZ-indicatie is in theorie een alternatief voor cliënten die niet meer thuis kunnen wonen, maar in de praktijk is die indicatie moeilijk te verkrijgen. Dit beperkt de doorstroommogelijkheden.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

Bij complexe casuïstiek werd het MDO als instrument aanbevolen: door tijdig alle betrokken partijen aan tafel te brengen (huisarts, verpleegkundige, transfercoach, WMO) kan gezamenlijk worden bepaald wat Fokus kan blijven bieden en wat door anderen moet worden opgepakt. Soms leidt dit tot een goed onderbouwd besluit dat iemand elders beter geholpen is.

Onbekendheid van Fokus bij ziekenhuizen

Meerdere deelnemers deelden ervaringen waarbij ziekenhuizen niet wisten wat Fokus is en doet. Hierdoor worden cliënten naar huis ontslagen zonder adequate voorbereiding, soms zelfs nadat de transfercoach van Fokus expliciet had geadviseerd dat terugkeer naar huis niet verantwoord was. Een structurele oplossing vraagt om actieve zichtbaarheid van Fokus bij transferafdelingen van ziekenhuizen.

Gebrek aan toegang tot cliëntendossier

Verpleegkundig coaches van Fokus hebben geen toegang tot het dossier van een cliënt die in het ziekenhuis ligt, waardoor zij niet tijdig betrokken worden bij ontslagplanning. Ziekenhuismedewerkers bevragen de cliënt zelf die uiteraard het liefst naar huis wil, zonder Fokus te raadplegen.

Fokus als aanbieder richting de wijk

Een deelnemer stelde voor om ook omgekeerd te denken: Fokus kan iets bieden aan de wijk. Op momenten dat ADL-medewerkers minder bezet zijn, zouden zij breder inzetbaar kunnen zijn voor ouderen of zorgbehoevenden in de directe omgeving van een project.

Samenwerking met zorgopleidingen

Nogmaals werd bepleit om samen te werken met MBO-zorgopleidingen. Studenten kunnen stage lopen bij Fokus, uitvallers uit verpleegkundige opleidingen kunnen worden aangetrokken, en ADL-medewerkers kunnen worden begeleid naar een niveau-3 kwalificatie. Dit vergroot zowel de instroom als de deskundigheid.

Conclusies:

- Fokus is onvoldoende bekend bij externe partijen; actieve profilering is noodzakelijk.
- Er liggen onbenutte kansen bij de WMO, revalidatie-instellingen en zorgopleidingen.
- Er is behoefte aan een accountmanagerfunctie per regio voor relatiemanagement met externe partijen.
- Het MDO is een waardevol instrument bij complexe casuïstiek.
- Fokus moet bewaken dat het niet de opvangfunctie wordt voor problemen die elders niet worden opgelost.