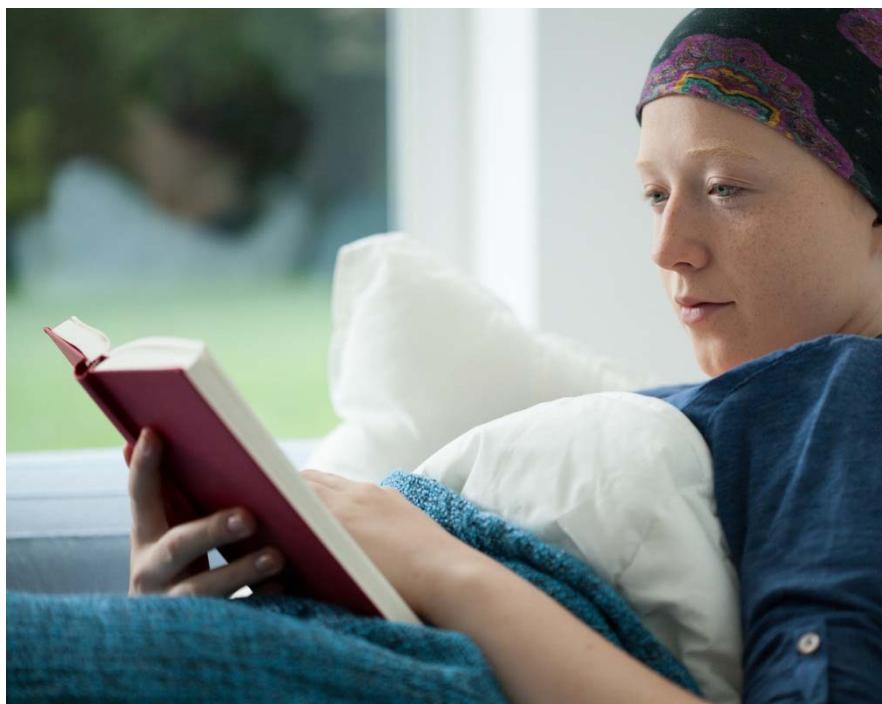


# TEN YEARS OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS MEETINGS IN ONCOLOGY: CURRENT SITUATION AND PERSPECTIVES

## APPENDIX





# TEN YEARS OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS MEETINGS IN ONCOLOGY: CURRENT SITUATION AND PERSPECTIVES

## APPENDIX

FRANCE VRIJENS, LAURENCE KOHN, CÉCILE DUBOIS, ROOS LEROY, IMGARD VINCK, SABINE STORDEUR



## COLOPHON

Title:

Ten years of multidisciplinary teams meetings in oncology: current situation and perspectives – Appendix

Authors:

France Vrijens (KCE), Laurence Kohn (KCE), Cécile Dubois (KCE), Roos Leroy (KCE), Imgard Vinck (KCE), Sabine Stordeur (KCE)

Other authors who collaborated to a specific chapter of this report

Chapter 3: Harlinde De Schutter (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer), Viki Schillemans (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer)

Chapter 4: Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Lieve Vanwaeyenbergh (RIZIV – INAMI)

Chapter 6: Peter Pype (Universiteit Gent), Fien Mertens (Universiteit Gent), JeanLuc Belche (Université de Liège), Christiane Duchesnes (Université de Liège), Piet Vanden Bussche (Universiteit Gent), Myriam Deveugele (Universiteit Gent), Frédéric Ketterer (Université de Liège), Marc Vanmeerbeek (Université de Liège)

Project coordinator and Senior supervisor:

Sabine Stordeur (KCE)

Reviewers:

Nadia Benahmed (KCE), Maria Isabel Farfan-Portet (KCE), Raf Mertens (KCE)

External experts and stakeholders:

Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Michaël Callens (Christelijke Mutualiteit), Sophie Cvilic (Clinique Saint-Jean), Elke Delaey (UZ Gent; WeDO), Jan De Lepeleire (KU Leuven), Brigitte Delvaux (Clinique Saint-Jean), Hilde Engels (RIZIV – INAMI), Sylvie Lambin (Cliniques universitaires Saint-Luc), Frédéric Maddalena (Cliniques universitaires Saint-Luc), Benoît Mores (WIV – ISP), Marianne Paesmans (Institut Jules Bordet), Johan Pauwels (Zorgnet Vlaanderen), Marc Peeters (UZA; College voor Oncologie), Freddy Penninckx (PROCARE), Simon Van Belle (UZ Gent), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Liesbet Van Eycken (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer), Ingrid Waeytens (UZ Gent; WeDO), Patrick Waterbley (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique)

Discussion group web survey results (French):

Hélène Antoine-Poirel (Cliniques universitaires Saint-Luc), Reza Chamlou (Clinique Saint-Jean), Gilbert Chantrain (CHU Saint-Pierre), Jean-Charles Coche (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Nathalie Coeurnelle (CHR de la Citadelle), Lionel Duck (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Rose Ghanooni (Hôpital Erasme ULB), Joseph Gitani (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (CHIREC)), Joëlle Larzille (Hôpital Erasme), Baudouin Mansvelt (Hôpital de Jolimont), Céline Maurois (CHU Liège), Michel Naudin (CHU Ambroise Paré), Vincent Remouchamps (Clinique Sainte Elisabeth Namur), Nathalie Renard (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHWAPI)), Pierre Scalliet (Cliniques universitaires Saint-Luc)



Discussion group web survey results (Dutch):	Johan Abeloos (AZ Sint Jan Brugge), Gwenny De Metter (OLV Ziekenhuis Aalst), Marijke Decat (CHIREC), Mieke Decavele (AZ Groeninge Kortrijk), Sofie Derijcke (AZ Groeninge Kortrijk), Katrien Devalez (UZ Gent), Karin Haustermans (UZ Leuven), Anne Hoorens (UZ Brussel), Sabine Maene (AZ Sint Jan Brugge), Geert Roeyen (UZA), Gwenny Sys (UZ Gent), Filip Van Aelst (AZ Delta Roeselare), Marian Vanhoeij (UZ Brussel)
External validators:	Josep Maria Borras (Universitat de Barcelona, Spain), Jeanne-Marie Bréchot (Institut National du Cancer, France), Olivier Schmitz (Institut de Recherche Santé et Société, Faculté de Santé publique, Université Catholique de Louvain)
Acknowledgements:	Carl Devos (KCE), Mia Slabbaert (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer), Nancy Van Damme (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer)
Reported interests:	<p>Membership of a stakeholder group on which the results of this report could have an impact: Peter Pype (Domus Medica), Fien Mertens (Domus Medica), Mieke Decavele (WeDO), Gwenny De Metter (WeDO), Sabine Maene (committee member <i>Beroepsvereniging Sociaal Werkers in Ziekenhuizen</i>)</p> <p>Owner of subscribed capital, options, shares or other financial instruments: Pierre Scalliet (IBA-SA)</p> <p>Fees or other compensation for writing a publication or participating in its development: Anne Hoorens (guidelines GIST Novartis)</p> <p>Participation in scientific or experimental research as an initiator, principal investigator or researcher: Geert Roeyen (clinical studies), Gwen Sys (PhD about sarcomas behaviour), Anne Hoorens (scientific research as a staff member of a university hospital)</p> <p>Grants, fees or funds for a member of staff or another form of compensation for the execution of research: Geert Roeyen (grants for lecture), Vincent Remouchamps (one student with a grant at the Plan Cancer)</p> <p>Consultancy or employment for a company, an association or an organisation that may gain or lose financially due to the results of this report: Vincent Remouchamps (participation in several study projects without conflict of interests or benefits),</p> <p>Payments to speak, training remuneration, subsidised travel or payment for participation at a conference: Vincent Remouchamps (oncological congress), Geert Roeyen (master's degree; symposia), Gwen Sys (lectures about sarcomas)</p> <p>Presidency or accountable function within an institution, association, department or other entity on which the results of this report could have an impact: Baudouin Mansvelt (president of the <i>Union Professionnelle des chirurgiens belges</i>), Geert Roeyen (member of the <i>Belgische Transplantatie Raad</i>; president local council for transplantations of the UZA; board member Hepatobiliary surgery of the Royal Belgian Society for Surgery), Johan Abeloos (president Vlaamse Werkgroep Hoofd- en Halstumoren), Sabine Maene (president study- and training group of the medical social work West Flanders)</p>
Layout:	Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- The external experts were consulted about a (preliminary) version of the scientific report. Their comments were discussed during meetings. They did not co-author the scientific report and did not necessarily agree with its content.
- Subsequently, a (final) version was submitted to the validators. The validation of the report results from a consensus or a voting process between the validators. The validators did not co-author the scientific report and did not necessarily all three agree with its content.
- Finally, this report has been approved by common assent by the Executive Board.
- Only the KCE is responsible for errors or omissions that could persist. The policy recommendations are also under the full responsibility of the KCE.

Publication date:

17 February 2015 (2<sup>nd</sup> print; 1<sup>st</sup> print: 21 January 2015)

Domain:

Health Services Research (HSR)

Keywords:

Multidisciplinary meeting (MDM); Multidisciplinary team (MDT); Cancer management; Clinical decision-making; Patient outcomes; Tumour boards

NLM Classification:

QZ 200

Language:

English

Format:

Adobe® PDF™ (A4)

Legal depot:

D/2015/10.273/22

Copyright:

KCE reports are published under a "by/nc/nd" Creative Commons Licence  
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports>.



How to refer to this document?

Vrijens F, Kohn L, Dubois C, Leroy R, Vinck I, Stordeur S. Ten years of multidisciplinary teams meetings in oncology: current situation and perspectives – Appendix. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 239S. D/2015/10.273/22.

This document is available on the website of the Belgian Health Care Knowledge Centre.



# ■ APPENDIX REPORT

## TABLE OF CONTENTS

■ APPENDIX REPORT .....	1
TABLE OF CONTENTS .....	1
LIST OF FIGURES .....	2
LIST OF TABLES .....	5
1. APPENDIX A: APPENDICES OF CHAPTER 2 (BACKGROUND INFORMATION) .....	6
1.1. DESCRIPTION OF BILLING CODES FOR MDT MEETING .....	6
1.2. LIST OF ALL AR-KBS RELATED TO MDT MEETINGS .....	7
1.3. ANNEXES 55, 55 BIS, 55 TER FROM MB 14.10.2010 (FRENCH) .....	8
1.4. ANNEXES 55, 55 BIS, 55 TER FROM MB 14.10.2010 (DUTCH) .....	10
2. APPENDIX B: APPENDICES OF CHAPTER 3 (ANALYSIS OF BELGIAN CANCER REGISTRY DATA AND BILLING DATA FOR 7 CANCER TYPES) .....	12
2.1. FLOW CHARTS .....	12
2.2. LIST OF COMPETENCES CODES AND CATEGORIES .....	19
2.3. ADDITIONAL RESULTS .....	24
2.3.1. Overview .....	24
2.3.2. Coverage rate per combined stage .....	24
2.3.3. Time to first MDT meeting per combined stage .....	27
2.3.4. Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting .....	30
2.3.5. Participation rate .....	32
2.3.6. Volume analyses .....	36
3. APPENDIX C: APPENDICES OF CHAPTER 4 (WHAT DO BILLING DTA TELL US ABOUT MDT MEETINGS IN BELGIUM ?) .....	38
3.1. ADDITIONAL FIGURES FROM SECTION 4.3.1 TIME TAKEN TO BOOK THE MDT MEETINGS ...	38
3.2. ADDITIONAL FIGURES FROM SECTION 4.1.3 BENCHMARKING OF MDT MEETING ACTIVITIES .....	39



3.3.	ADDITIONAL FIGURES FROM SECTION 4.4.3 STUDYING THE QUALIFICATION OF MDT MEETINGS MEDICAL SPECIALISTS .....	42
<b>4.</b>	<b>APPENDIX D: APPENDICES OF CHAPTER 5 (MDT MEETINGS IN BELGIUM, EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF ITS PARTICIPANTS) .....</b>	<b>50</b>
4.1.	WEBSURVEY.....	50
4.1.1.	French-speaking questionnaire.....	50
4.1.2.	Dutch-speaking questionnaire.....	68
4.2.	ADDITIONAL RESULTS .....	88
<b>5.</b>	<b>APPENDIX E: APPENDICES OF CHAPTER 6 (WHAT IS THE CURRENT PERCEIVED ROLE OF GPS AT THE MDT MEETING? WHAT ARE THE GPS' EXPECTATIONS AND BARRIERS FOR THEIR ATTENDANCE AT THE MDT MEETINGS ?).....</b>	<b>92</b>
5.1.	THE INTERVIEW-GUIDES .....	92
5.1.1.	A 1: Interview-guide Dutch .....	92
5.1.2.	A 2: Interview-guide French .....	95

## LIST OF FIGURES

Figure 1 – Flow chart – Breast cancer.....	12
Figure 2 – Flow chart – Prostate cancer.....	13
Figure 3 – Flow chart – Lung cancer .....	14
Figure 4 – Flow chart – Rectal cancer .....	15
Figure 5 – Flow chart – Malignant melanoma.....	16
Figure 6 – Flow chart –Acute Leukaemia .....	17
Figure 7 – Flow chart – Soft Tissue Sarcoma.....	18
Figure 8 – Number of patients diagnosed with one invasive tumour and no other lesions (2004-2011) .....	24
Figure 9 – Coverage rate of female breast cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011*) .....	24
Figure 10 – Coverage rate of prostate cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011*) .....	25
Figure 11 – Coverage rate of lung cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011*) .....	25
Figure 12 – Coverage rate of rectal cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011*) .....	26
Figure 13 – Coverage rate of malignant melanoma by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011*) .....	26
Figure 14 – Breast Cancer, time to first MDT meeting by combined stage .....	27
Figure 15 – Lung Cancer, time to first MDT meeting by combined stage .....	28



Figure 16 – Malignant melanoma, time to first MDT meeting by combined stage .....	28
Figure 17 – Prostate Cancer, time to first MDT meeting by combined stage.....	29
Figure 18 – Rectal Cancer, time to first MDT meeting by combined stage .....	29
Figure 19 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting– Rectal Cancer (2004 – 2011*).....	30
Figure 20 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Lung Cancer (2004 – 2011*) .....	30
Figure 21 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Malignant Melanoma (2004 – 2011*) .....	31
Figure 22 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Breast Cancer (2004 – 2011*) .....	31
Figure 23 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Prostate Cancer (2004 – 2011*) .....	32
Figure 24 – Specialists participation rate – Prostate Cancer (2004 – 2011) .....	32
Figure 25 – Specialists participation rate – Lung Cancer (2004 – 2011) .....	33
Figure 26 – Specialists participation rate – Rectal Cancer (2004 – 2011) .....	33
Figure 27 – Specialists participation rate – malignant melanoma (2004 – 2011).....	34
Figure 28 – Specialists participation rate – Leukaemia (2004 – 2011) .....	34
Figure 29 – Specialists participation rate – Sarcoma (2004 – 2011).....	35
Figure 30 – Percentage of MDT meetings with registered general practitioner (2004-2011) .....	35
Figure 31 – Volume analyses – Invasive breast cancer (MDT meeting year 2010).....	36
Figure 32 – Volume analyses – Prostate cancer (MDT meeting year 2010).....	36
Figure 33 – Volume analyses – Lung cancer (MDT meeting year 2010) .....	37
Figure 34 – Volume analyses – Rectal cancer (MDT meeting year 2010).....	37
Figure 35 – All medical supplies* realized in 2011: percentage booked in the same year – analysis per hospital .....	38
Figure 36 – Comparison of two distributions: booking delay for primary MDT meeting's (fig. 1) and general booking delay (fig. 2) Period: 2011 .....	39
Figure 37 – Relation between hospital booking delay for primary MDT meeting's (fig. 1) and general delay (fig. 13) Period: 2011 .....	39



Figure 38 – Relation between hospital booking delay for MDT meeting's (fig. 2) and volume of primary MDT meeting's, Period: 2011 .....	40
Figure 39 – Per acute hospital number of one-day chemo patients* during 2011 .....	40
Figure 40 – Relation between hospitals' number of primary MDT meeting's and their number of one-day chemo patients during 2011.....	41
Figure 41 – Relation between hospitals' number of MDT meeting's and their number of one-day chemo patients during 2011; zoom for 76 hospitals with <500 chemo patients.....	41
Figure 42 – Specialty of MDT meeting coordinator by type of hospital (Period: 2011) .....	42
Figure 43 – Specialty of MDT meeting coordinator by type of hospital Period: 2008 semester1.....	42
Figure 44 – Qualification profile for coordinator in general hospital x1 (total N of coordinations = 312) Period: 2011.....	42
Figure 45 – Qualification profile for coordinator in general hospital x2 (total N of coordinations = 338) Period: 2011.....	43
Figure 46 – Qualification profile for coordinator in general hospital x3 (total N of coordinations = 267) Period: 2011.....	43
Figure 47 – Qualification profile for coordinator in general hospital x4 (total N of coordinations = 455) Period: 2011.....	44
Figure 48 – Qualification profile for coordinator in general hospital x5 (total N of coordinations = 257) Period: 2011.....	44
Figure 49 – Qualification profile for coordinator in general hospital x6 (total N of coordinations = 307) Period: 2011.....	45
Figure 50 – Qualification profile for coordinator in general hospital x7 (total N of coordinations = 216) Period: 2011.....	45
Figure 51 – Per hospital % pathologist as participant (code 870 + 867) (base = tot N of participants), Period: 2011.....	46
Figure 52 – Per hospital % radiologist as participant (code 930) (base = tot N of participants) Period: 2011.....	46
Figure 53 – Per hospital % gastroenterologist (code 650+659) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011 .....	47
Figure 54 – Per hospital % urologist (code 450) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011 .....	47



Figure 55 – Per hospital % gynecologist (code 340) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011 .....	48
Figure 56 – Per hospital % pneumologist (code 620+624) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011 .....	48
Figure 57 – Per hospital ratio of number of ‘debriefings’* to number of primary MDT meetings, Period: 2011.....	49
Figure 58 – Three main advantages of the MDT meetings (N= 941).....	90
Figure 59 – Three first barriers to an efficient MDT meeting (N=526).....	91
Table 1 – List of competences codes and categories .....	19
Table 2 – Participants of the last MDT meeting by hospital size .....	88
Table 3 – Participants of the last MDT meeting according to the type of meeting (general vs. specific) .....	89

## LIST OF TABLES



## 1. APPENDIX A: APPENDICES OF CHAPTER 2 (BACKGROUND INFORMATION)

### 1.1. Description of billing codes for MDT meeting

Specification	Code	Tariff	FR	NL
<b>COORDINATION</b>				
<b>first MDT meeting<sup>a</sup></b>	350372 - 350383	K80	Première consultation oncologique multidisciplinaire (première COM), attestée par le médecin-coordonnateur	Eerste multidisciplinair oncologisch consult (eerste MOC), geattesteerd door de geneesheer-coördinator
<b>follow-up MDT meeting</b>	350276 - 350280	K50	Concertation oncologique multidisciplinaire de suivi (COM de suivi), attestée par le médecin-coordonnateur	Opvolgings-multidisciplinair oncologisch consult (opvolgings-MOC), geattesteerd door de geneesheer-coördinator
<b>supplementary MDT meeting</b>	350291 - 350302	K80	(COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonnateur	Bijkomend multidisciplinair oncologisch consult (bijkomende MOC) in een ander ziekenhuis dan dit van het eerste MOC, op doorverwijzing, geattesteerd door de geneesheer-coördinator
<b>PARTICIPATION</b>				
<b>from within hospital staff</b>	350394 - 350405	K17	Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire	Deelname aan een multidisciplinair oncologisch consult
<b>from outside hospital staff</b>	350416 - 350420	K25	Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers	° Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult door een arts die geen deel uitmaakt van de staf van ziekenhuisgeneesheren
<b>ADDITIONAL FEES FOR ONCOLOGISTS AND HAEMATOLOGISTS</b>				
<b>coordination</b>	350453 - 350464	K15	Supplément d'honoraires à la prestation 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie oncologique multidisciplinaire pédiatriques, lorsque celui-ci coordonne la consultation	Bijkomend honorarium bij de verstrekking 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 aanrekenbaar door de geneesheer-specialist in de medische oncologie, of houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of in de pediatrische hematologie en oncologie, wanneer deze het multidisciplinair oncologisch consult coördineert

<sup>a</sup> Before the change in 2010, the code for the first MOC was used for any type of MOC (first or follow-up), and could be charged once every calendar year.



<b>participation</b>	350475 - 350486	K7,5	Supplément d'honoraires à la prestation 350394-350405 ou 350416-350420, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci assiste à la consultation oncologique multidisciplinaire	Bijkomend honorarium bij de verstrekking 350394-350405 of 350416-350420 aanrekenbaar door de geneesheer-specialist in de medische oncologie, of houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of in de pediatrische hematologie en oncologie, wanneer deze het multidisciplinair oncologisch consult bijwoont
----------------------	-----------------	------	--	---

## 1.2. List of all AR-KBs related to MDT Meetings

Date of AR	Date of publication	Subject of law
25 11 2002	13 12 2002	Creation of 3 billing codes for MDT meetings (one coordination, one participation intra muros, one for participation extra muros)
10 02 2003	28 02 2003	Asking for reimbursement of MOC implicates the registration of the oncological case on a standard cancer registration form, called annex 93, to be used for new diagnosis and follow up.
21 03 2003	25 04 2003	Creation of two programmes of care in oncology (basic program and program of care in oncology). Every hospital treating cancer patient has to be certified.
28 07 2003	29 08 2003	Asking for reimbursement of MOC implicates the registration of the oncological case on a standard cancer registration form, called annex 55, to be used for new diagnosis and follow up.
	12 07 2005	Creation of Belgian Cancer Registry (BCR)
24 07 2006	31 08 2006	Creation of two standard cancer registration forms, one for new diagnoses and one for follow up registrations.
13 12 2006	22 12 2006	Law, describing the modalities for cancer registration, mentioning that the Belgian Cancer Registry collects the registration forms of all cancers, regardless if the cases were discussed or not in MOC.
26 04 2007	20 07 2007	Creation of the breast clinics. Hospitals treating patients with breast cancer have to comply with specific structure norms to receive the recognition as a breast clinic.
	18 02 2009	Recognition of the title "nurse specialized in oncology" (Action 14 Cancer Plan)
20 09 2009	06 10 2009	Cancer Plan: financing of nurses in oncology, psychologists, social workers and data managers in oncology centres. Number of FTE per hospital based on number of MDT meetings in hospital.
18 08 2010	24 09 2010	Changes in billing codes (first, follow-up, supplementary MDT meeting) Reimbursement long consultation for the communication of the diagnosis, after the MDT meeting
18 12 2009	28 01 2010	Additional fee for oncologists and haematologists
27 09 2010	14 10 2010	Annexe 55 Registration of a new diagnostic of cancer Annexe 55 bis Participants to the MDT meeting Annexe 55 ter Registration of a diagnostic of cancer: follow-up
26 10 2011	29 11 2011	Cancer Plan: financing of dieticians in oncology centres. Number of FTE in hospital based on number of MDT meetings in hospital.
	26 04 2012	Interpretation rules 25, 26, 27, 28 to give more information on when to bill (or not) a follow-up MDT meeting.
15 12 2013	23 12 2013	New agreement rules for breast clinics



### 1.3. Annexes 55, 55 bis, 55 ter from MB 14.10.2010 (FRENCH)

Annexe 55

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : *NOUVEAU DIAGNOSTIC*

Patient : ..... Date de naissance : .....  
N° national / N° organisme assureur : ..... Sexe : .....

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA) .....  
ordre de priorité décroissante : 1 = première confirmation histo/cyt., 2 = évaluation clinique/hospitalisation, 3 = décès

2. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis) :  
 1 = autopsie (pas d'application pour la CMO)  
 2 = histologie tumeur primitive  
 3 = histologie métastase  
 4 = cytologie / hématologie  
 5 = examen technique (ex. RX, endoscopie, ...)  
 6 = examen clinique  
 7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)  
 9 = inconnu

3. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer) :  
 0 = Asymptomatique, activité normale  
 1 = Symptomatique, mais ambulant  
 2 = Symptomatique, alité < 50 p.c. de la journée  
 3 = Symptomatique, alité > 50 p.c. de la journée  
 4 = Complètement dépendant pour les soins, gratabare

4. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) : .....

5. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer) :                    1. gauche                    2. droite                    3. inconnu

6. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir) : .....

7. DEGRE DE DIFFERENTIATION (entourer) :                    1 = bien                    2 = moyen                    3 = peu                    4 = indiff/anap                    9 = inconnu

8. TNM CLINIQUE (UICC 2002) :                    cT .....                    cN .....                    cM .....

9. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002) :                    pT .....                    pN .....                    pM .....

10. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (entourer) :  
 1. Ann Arbor, [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, autre (remplir) :

11. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA) : .....

12. TRAITEMENTS DEJA REÇUS :

[REDACTED]

10 : chirurgie	15 : greffe moelle osseuse	70 : symptomatiqu
20 : radiotherapie externe/curiethérapi	30 : isotopes	90 : pas de thérapie
25 : chimioradiothérapie concomitante	50 : hormonothérapi	95 : reflux thérapie
40 : chimiothérapie	60 : immunothérapi	99 : inconnu

80) : autre forme de traitement (remplissage).

[REDACTED]

14. JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)

  - prise en charge d'un patient avec un nouveau diagnostic de cancer
  - traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptées par le centre oncologique
  - répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
  - chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
  - autre (remplir) \_\_\_\_\_

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)  
Dr ..... N° INAMI :  
Institution :  
Finistère

*Annexe 55 (suite)*

## CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Patient : \_\_\_\_\_

N° national / N° organisme assureur : ..... .

Demandeur CMO : ..... N° id. INAMI : .....

Coordinateur CMO : ..... N° id. INAMI : .....

35 N° id INAMU:

(Extramuros) ..... 4..... N° id. INAMI : .....

Je soussigné, certifie en tant que coordinateur de la concertation oncologique multidisciplinaire que les conditions des prestations n° 350276-350280, 350291-350302 et 350372-350383 ont été respectées et que le formulaire d'enregistrement annexé a été rempli.

Institution : Date CMO : Signature du coordinateur :

5 Note: this annex has not yet been adapted with regard to the change in billing codes since 2010 (there should be the possibility to register 4 intra-muros participants, and not only 3)

**Annexe 55 (suite)****FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : FOLLOW-UP**

Patient : ..... Date de naissance : .....  
 N° national / N° organisme assureur : ..... Sexe : .....

**I) DONNEES DE LA TUMEUR PRIMITIVE**

LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :

.....

HISTOLOGIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :

.....

DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA) .....(l'année seule suffit le cas échéant)

Ordre de priorité décroissante : 1=confirmation histo/cyto                    2=hospitalisation/évaluation clinique

INTERVALLE LIBRE ? (entourer) :                    OUI                    NON

DATE DE LA PREMIERE RECIDIVE (si intervalle libre) (JJ-MM-AAAA) :

Ordre de priorité décroissante : 1=confirmation histo-cyto                    2=hospitalisation/évaluation clinique

(entourer, plusieurs items sont permis) :                    local                    régional                    métastases

**II) PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE (intention)**

Remplir les codes chronologiquement

10 : chirurgie	15 : greffe moelle osseuse	70 : symptomatique
20 : radiothérapie externe/curiethérapie	30 : isotopes	90 : pas de thérapie
25 : chimiodadiothérapie concomitante	50 : hormonothérapie	95 : refus de thérapie
40 : chimiothérapie	60 : immunothérapie	
80 : autre forme de traitement (remplir) .....		

--	--	--	--	--

**III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)**

- prise en charge d'un patient avec une récidive
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directives écrites acceptés par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autres (remplir) : .....

**MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)**

Dr. ..... N° INAMI : .....

Institution : .....

Etabli le : .....





## 1.4. Annexes 55, 55 bis, 55 ter from MB 14.10.2010 (DUTCH)

[V – Verord.24-7-20 – B.S. 31-8 – art. 1;V – Verord. 27-9-10 – B.S. 14-10] (°)  
Bijlage 55

KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR EEN NIEUWE DIAGNOSE								
Patiënt:.....	Geb. datum:.....							
Nationaal nr. /Ziekenfondsnr.: .....	Geslacht: .....							
1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY)..... volgorde afhennende prioriteit: 1=eerste hist/cyto bevestiging, 2=klin. evaluatie/opname ziekenhuis, 3=overlijden								
2. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden): 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC) 2 = histologie primaire tumor 3 = histologie metastase 4 = cytologie/hematologie								
5 = technisch onderzoek (bv. RX, endoscopie, ...) 6 = klinisch 7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...) 9 = onbekend								
3. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen) 0 = asymptomatisch, normale activiteit 1 = symptomatisch, maar ambulant 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag								
3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegering								
4. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen).....								
5. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen)..... 1. links 2. rechts 3. onbekend								
6. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen):.....								
7. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen): 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend								
8. KLINISCHE TNM (UICC 2002):..... cT ..... cN ..... cM .....								
9. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002):..... pT ..... pN ..... pM .....								
10. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen): 1. Ann Arbor, [2], 3.Figo, 4.Salmon Dury, 5.Clark, 6.Breslow, andere (invullen):..... Stadium (invullen):.....								
11. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY):.....								
12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN: chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling								
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
10: heelkunde 20: externe radiotherapie/curiëtherapie 25: concomitant chemoradiotherapie 40: chemotherapie 80: andere vorm van behandeling (invullen):.....  15: beenmergtransplantatie 30: isotopen 50: hormonale therapie 60: Immunotherapie  70: symptomatisch 90: geen therapie 95: weigering therapie 99: onbekend								
13. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intensie tot) codes chronologisch invullen zie punt 12								
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
14. REDEN MOC (aankruisen)								
<input type="checkbox"/> patiënt met een nieuwe diagnose van kanker <input type="checkbox"/> voorafgaand aan een oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen <input type="checkbox"/> voorafgaand aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks <input type="checkbox"/> voorafgaand aan een chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult <input type="checkbox"/> andere (invullen):.....  ARTS COORDINATOR (stempel) Dr: ..... RIZIV-nr: ..... Instelling: ..... Datum: .....								

### Bijlage 55 (vervolg)

#### MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT

Patiënt:.....	
Nationaal <del>nr.</del> / Ziekenfondsnr.: .....	
Aanvrager MOC:.....	RIZIV-id nr.: .....
Coördinator MOC:.....	RIZIV-id nr.: .....
Deelnemers MOC: 1) .....	RIZIV-id nr.: .....
2) .....	RIZIV-id nr.: .....
3) .....	RIZIV-id nr.: .....
(Extramuros) 4) .....	RIZIV-id nr.: .....
Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350276-350280, 350291-350302 en 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.	
Instelling: .....	Datum MOC: .....
Handtekening coördinator: .....	

Note: this annex has not yet been adapted with regard to the change in billing codes since 2010 (there should be the possibility to register 4 intra-muros participants, and not only 3)



## Bijlage 55 (vervolg)

## KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR HET REGISTREREN VAN FOLLOW-UP

Patiënt: ..... Geb. datum: .....

Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: ..... Geslacht: .....

## I) GEGEVENS OVER DE PRIMAIRE TUMOR

## PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen):

## HISTOLOGIE VAN DE PRIMAIRE TUMOR (invullen):

INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY) ..... (het jaar is voldoende indien niet te traceren)

volgorde afnemende prioriteit: 1=eerste hist/cyto bevestiging 2=klin. evaluatie/opname ziekenhuis

ZIEKTEVRIJ INTERVAL? (omcirkelen): JA NEEN

DATUM EERSTE RECIDIEF (indien ziektevrij interval) (DD-MM-YYYY): .....

volgorde afnemende prioriteit: 1=hist/cyto bevestiging 2=opname ziekenhuis/klinische evaluatie

(omcirkelen, meerdere items mogelijk) locaal regionaal metastasen

## II) BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIGE PROBLEEM (intentie tot)

## Chronologisch invullen

10: heelkunde	15: beenmergtransplantatie	70: symptomatisch
20: externe radiotherapie/curietherapie	30: isotopen	90: geen therapie
25: concomitant chemoradiotherapie	50: hormonale therapie	95: weigering therapie
40: chemotherapie	60: immunotherapie	
80: andere vorm van behandeling: (invullen) .....		

--	--	--	--	--

## III) REDEN MOC (omcirkelen)

- behandeling van een patiënt met een recidief
- behandeling van een patiënt met een progressieve ziekte
- voorafgaand aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
- aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
- aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
- andere (invullen): .....

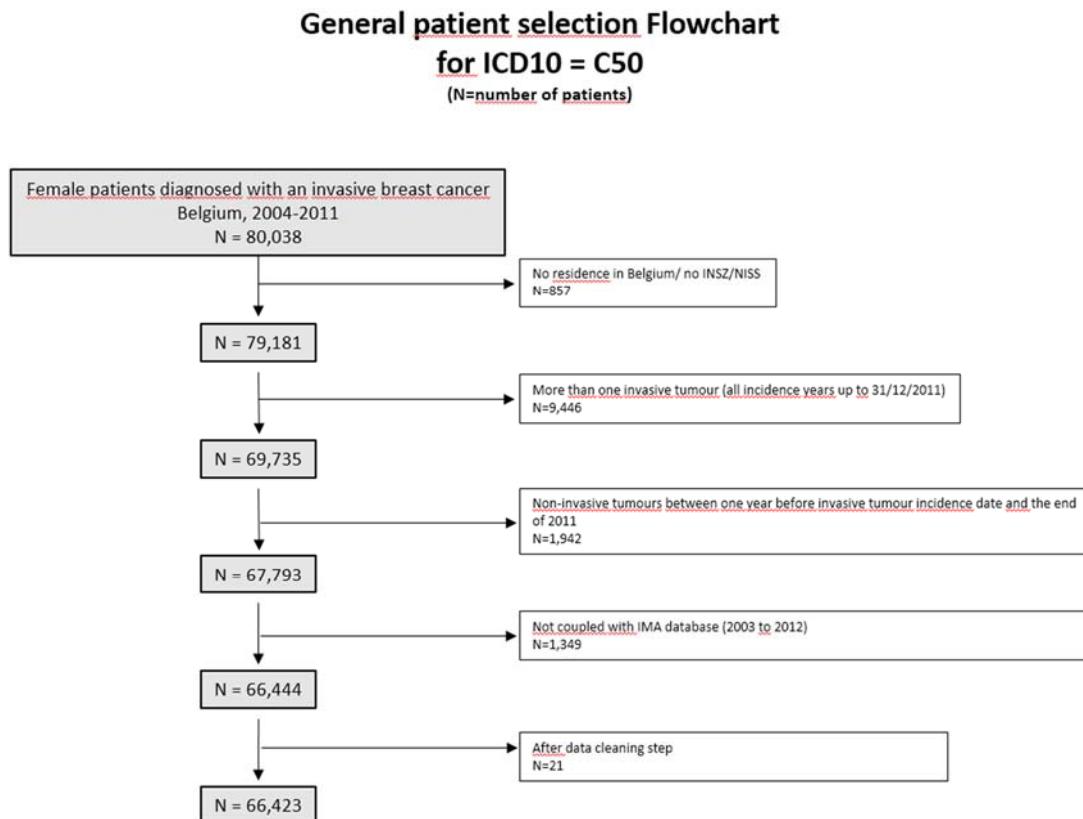
ARTS COORDINATOR (stempel)  
Dr.: ..... RIZIV-nr.: .....  
Instelling: .....  
Datum: .....



## 2. APPENDIX B: APPENDICES OF CHAPTER 3 (ANALYSIS OF BELGIAN CANCER REGISTRY DATA AND BILLING DATA FOR 7 CANCER TYPES)

### 2.1. Flow charts

Figure 1 – Flow chart – Breast cancer



**Figure 2 – Flow chart – Prostate cancer**

**General patient selection Flowchart  
for ICD10 = C61  
(N=number of patients)**

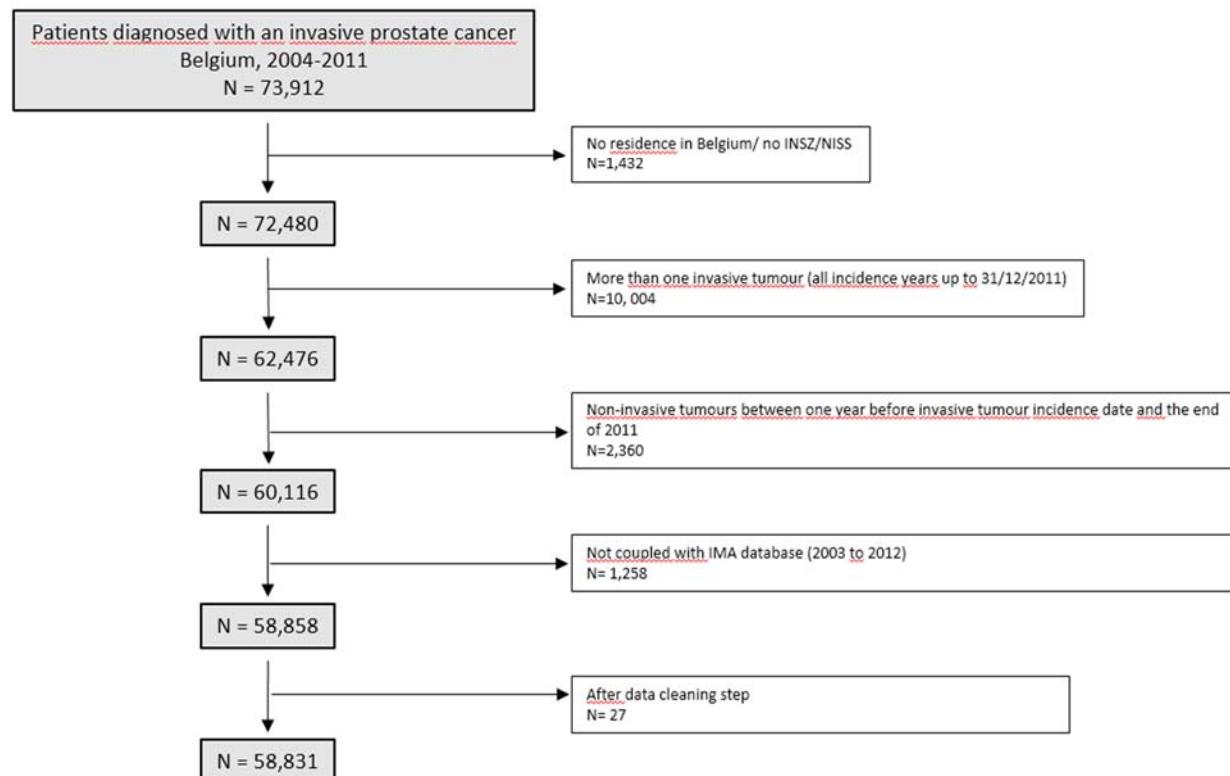
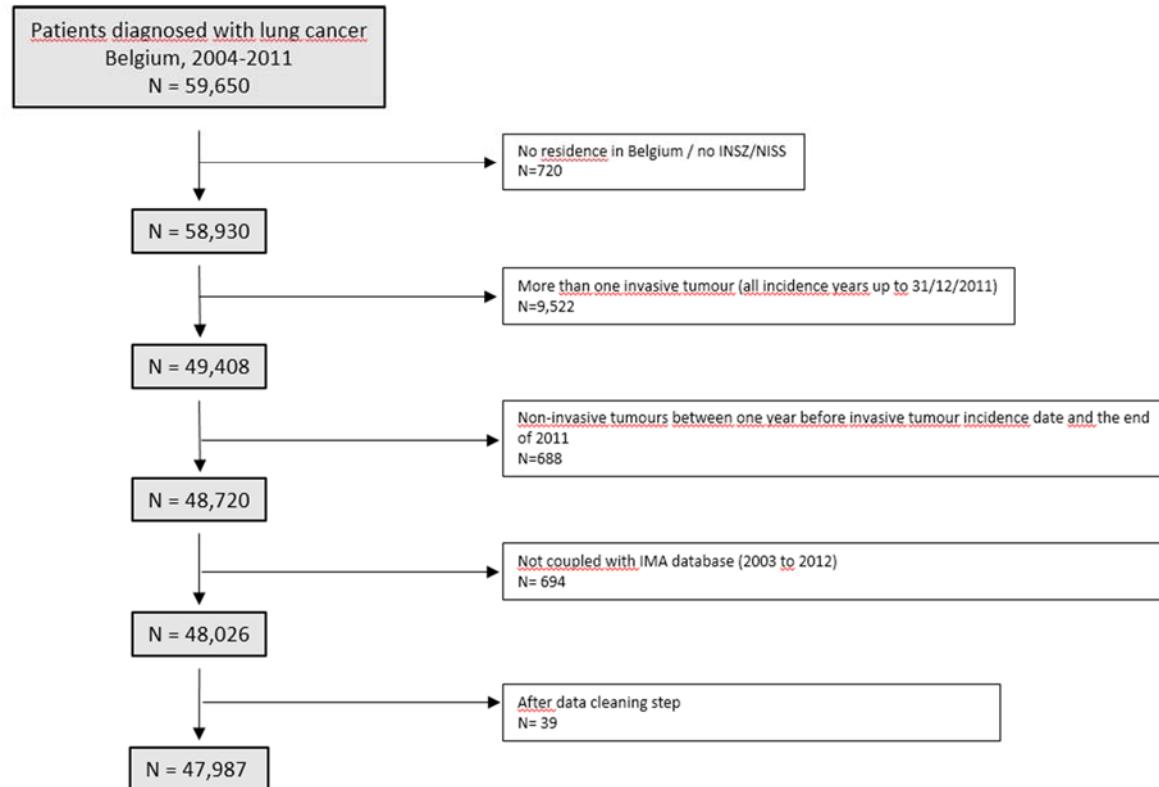




Figure 3 – Flow chart – Lung cancer

**General patient selection Flowchart  
for ICD10 = C34**  
(N=number of patients)



**Figure 4 – Flow chart – Rectal cancer****General patient selection Flowchart****for ICD10 = C20**

(N=number of patients)

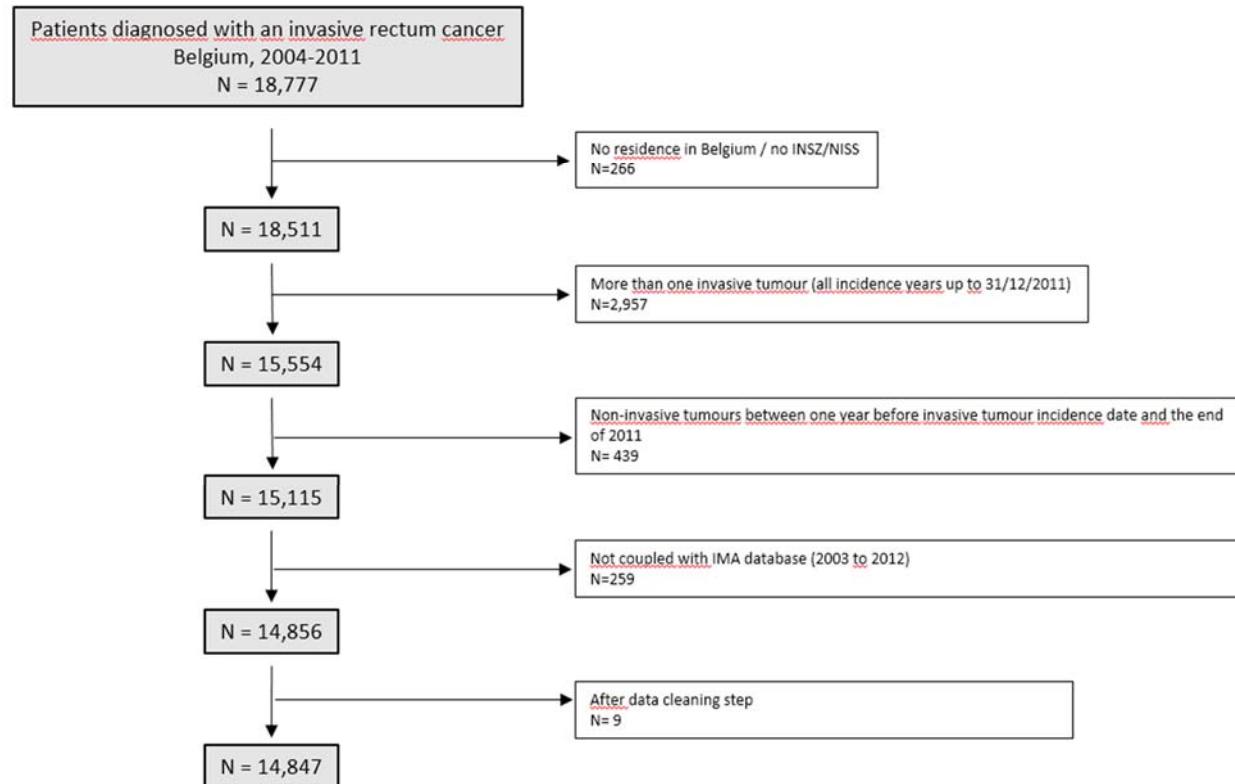
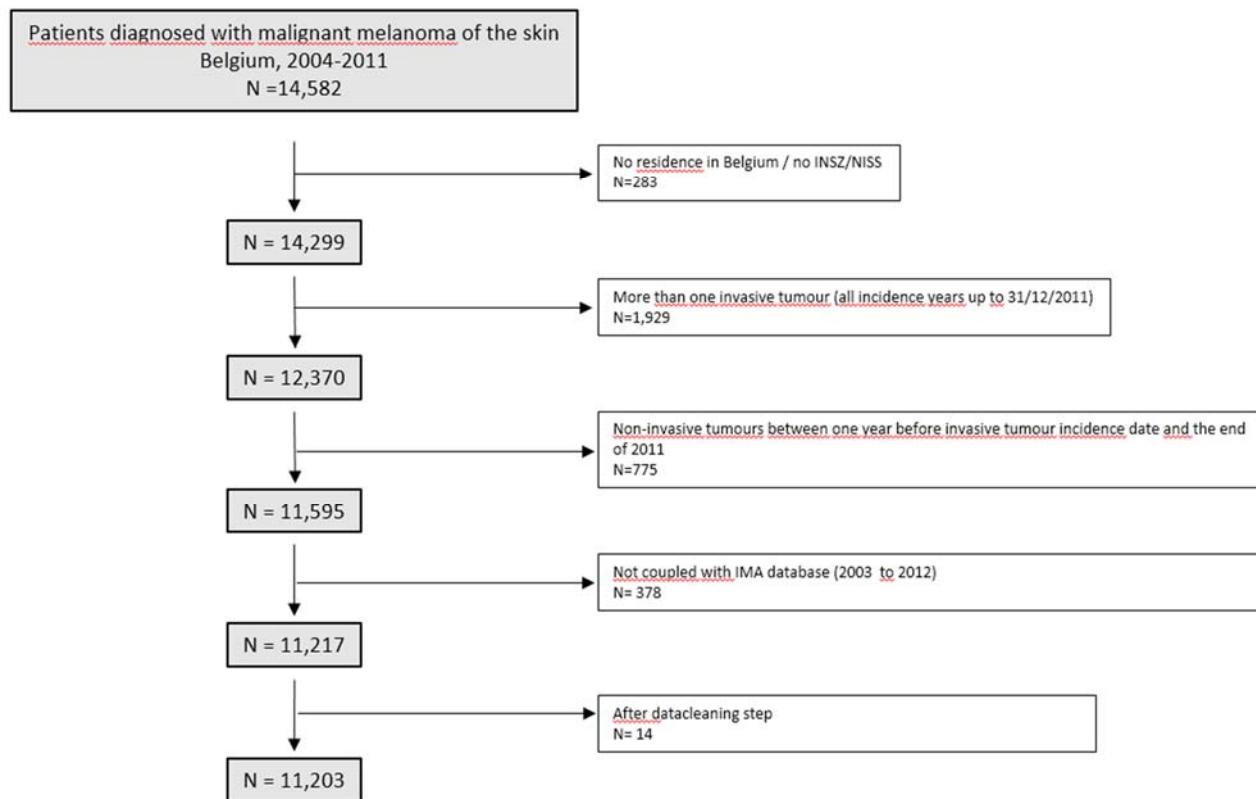




Figure 5 – Flow chart – Malignant melanoma

**General patient selection Flowchart  
for ICD10 = C43  
(N=number of patients)**



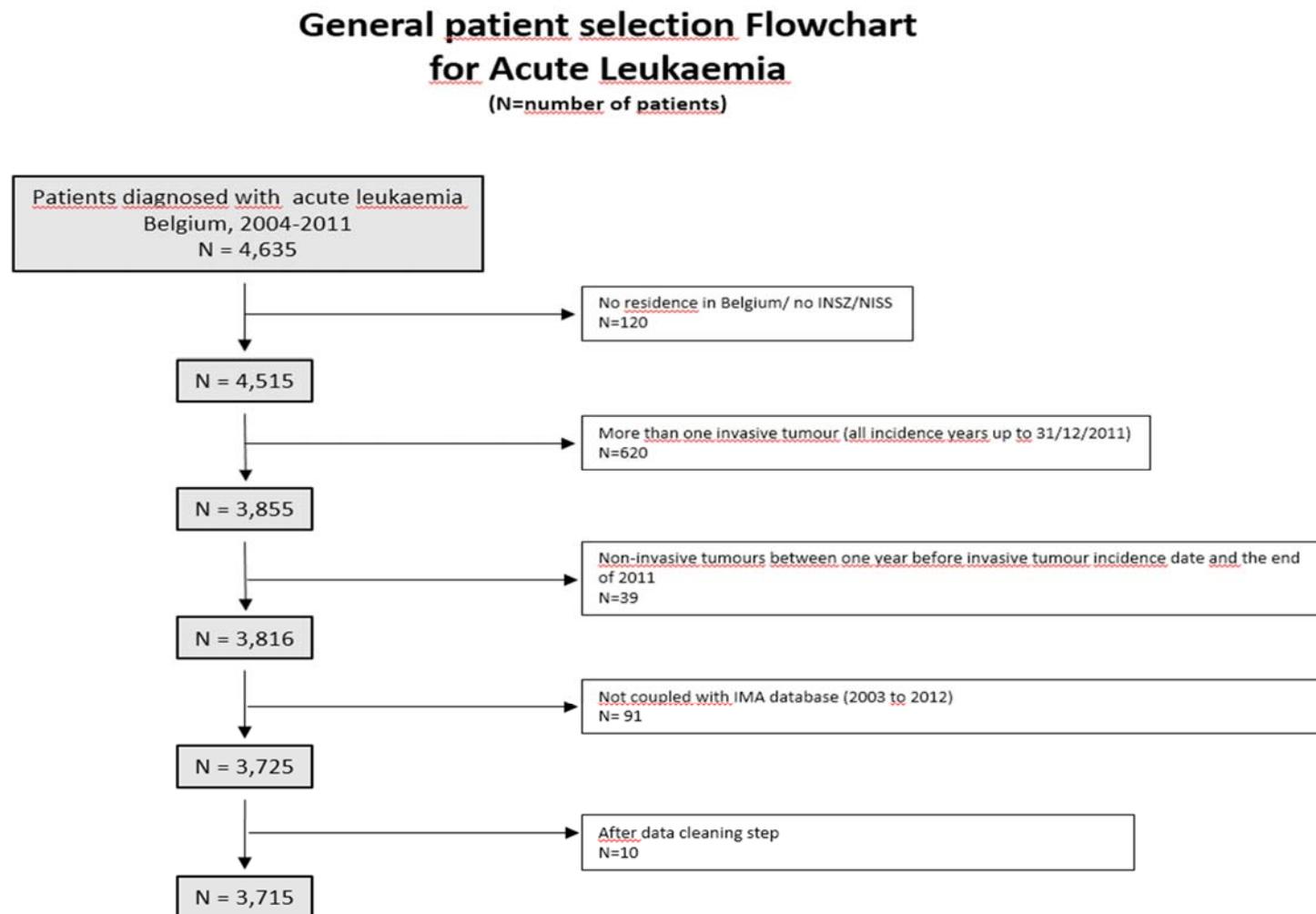
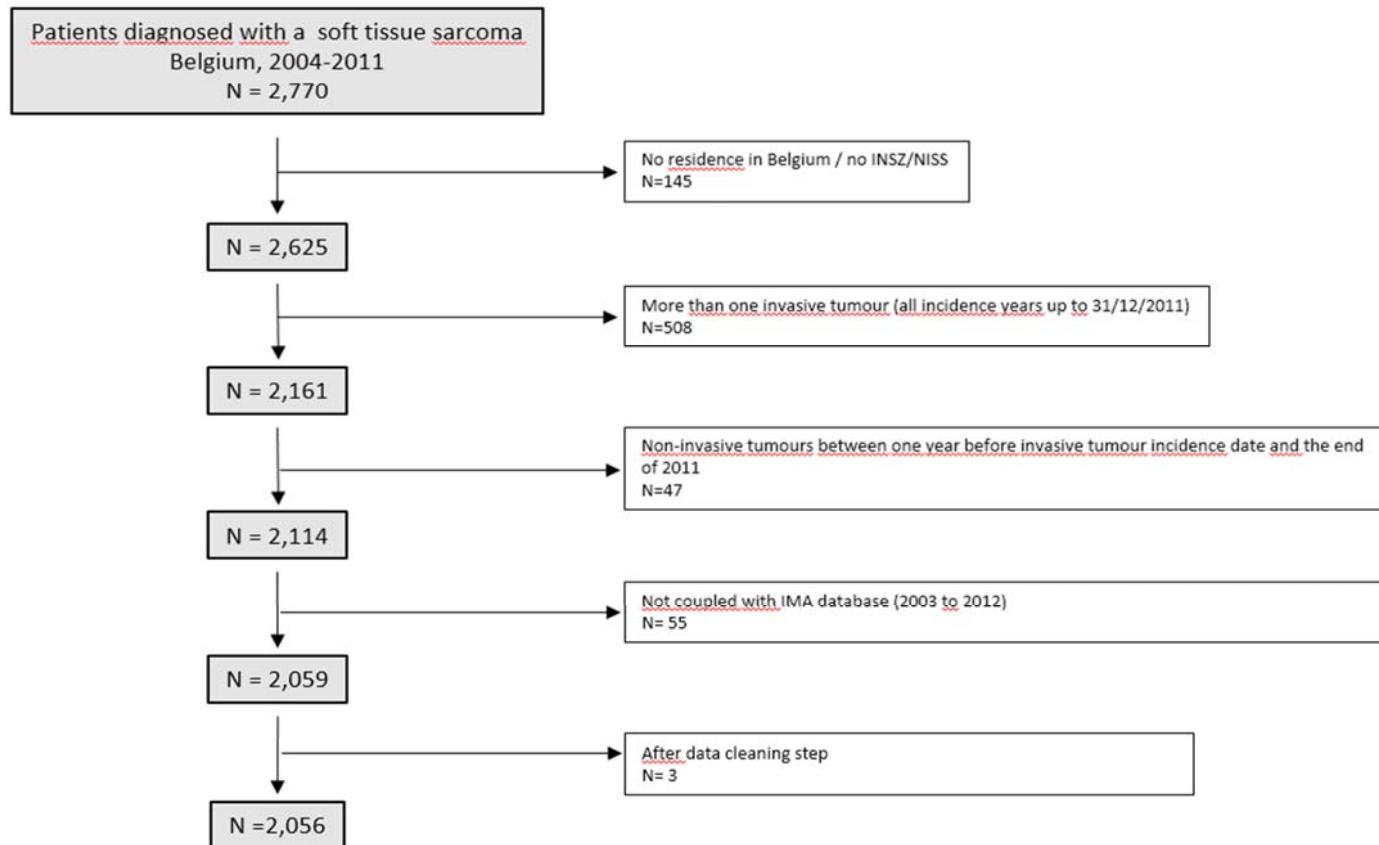
**Figure 6 – Flow chart –Acute Leukaemia**



Figure 7 – Flow chart – Soft Tissue Sarcoma

**General patient selection Flowchart  
for ICD10 = C47+C49  
(N=number of patients)**





## 2.2. List of competences codes and categories

**Table 1 – List of competences codes and categories**

1/	1/ HEELKUNDE	1/ CHIRURGIE
<b>14</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor heelkunde	Médecin spécialiste en formation en chirurgie
<b>21</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor plastische heelkunde	Médecin spécialiste en formation en chirurgie plastique
<b>34</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor gynecologie en verloskunde	Médecin spécialiste en formation en gynécologie-obstétrique
<b>45</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor urologie	Médecin spécialiste en formation en urologie
<b>52</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor stomatologie	Médecin spécialiste en formation en stomatologie
<b>55</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor dermato-venereologie	Médecin spécialiste en formation en dermato-vénérérologie
<b>101</b>	Geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie en algemene geneeskunde	Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et médecine générale
<b>140</b>	Geneesheer-specialist voor heelkunde	Médecin spécialiste en chirurgie
<b>149</b>	Geneesheer-specialist voor heelkunde,houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde	Médecin spécialiste en chirurgie, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
<b>170</b>	Geneesheer-specialist voor neurochirurgie	Médecin spécialiste en neurochirurgie
<b>192</b>	Geneesheer-specialist voor neurochirurgie en neuropsychiatrie	Médecin spécialiste en neurochirurgie et neuropsychiatrie
<b>210</b>	Geneesheer-specialist voor plastische heelkunde	Médecin spécialiste en chirurgie plastique
<b>340</b>	Geneesheer-specialist voor gynecologie en verloskunde	Médecin spécialiste en gynécologie obstétrique
<b>370</b>	Geneesheer-specialist voor oftalmologie	Médecin spécialiste en ophtalmologie
<b>410</b>	Geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie	Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie
<b>414</b>	Geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie + F en P	Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et F et P
<b>450</b>	Geneesheer-specialist voor urologie	Médecin spécialiste en urologie
<b>454</b>	Geneesheer-specialist voor urologie en F en P	Médecin spécialiste en urologie et F et P



<b>480</b>	Geneesheer-specialist voor orthopedische heelkunde	Médecin spécialiste en chirurgie orthopédique
<b>489</b>	Geneesheer-specialist voor orthopedische heelkunde,houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde	Médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
<b>494</b>	Geneesheer-specialist voor orthopedische heelkunde en F en P	Médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et F et P
<b>520</b>	Geneesheer-specialist voor stomatologie	Médecin spécialiste en stomatologie
<b>550</b>	Geneesheer-specialist voor dermato-venereologie	Médecin spécialiste en dermato-vénérérologie
<b>2</b>	<b>2/ INTERNE/ORGAN-SPECIALISTEN</b>	<b>2/ INTERNE/SPÉcialistes DES ORGANES</b>
<b>18</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor geriatrie	Médecin spécialiste en formation en gériatrie
<b>58</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor inwendige geneeskunde	Médecin spécialiste en formation en médecine interne
<b>62</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor pneumologie	Médecin spécialiste en formation en pneumologie
<b>65</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor gastro-enterologie	Médecin spécialiste en formation en gastro-entérologie
<b>66</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor medische oncologie	Médecin spécialiste en formation en oncologie médicale
<b>180</b>	Geneesheer specialist voor geriatrie	Médecin spécialiste en gériatrie
<b>573</b>	Geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde,geriatrie en endocrino-diabetologie (tot en met 30/6/2012)	Médecin spécialiste en médecine interne, gériatrie et endocrino-diabétologie (jusqu'à 30 juin 2012 inclus)
<b>580</b>	Geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde	Médecin spécialiste en médecine interne
<b>581</b>	Geneesheer specialist voor inwendige geneeskunde,houder van de bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie (tot en met 30/6/2012)	Médecin spécialiste en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en gériatrie (jusqu'à 30/06/2012 inclus)
<b>583</b>	Geneesheer specialist voor inwendige geneeskunde,houder van de bijzondere beroepsbekwaming in de endocrino-diabetologie	Médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie
<b>584</b>	Geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde en F en P	Médecin spécialiste en médecine interne et F et P
<b>589</b>	Geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde,houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde	Médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
<b>598</b>	Geneesheer-specialist in inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie	Médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique



<b>620</b>	Geneesheer-specialist voor pneumologie	Médecin spécialiste en pneumologie
<b>624</b>	Geneesheer-specialist voor pneumologie en F en P	Médecin spécialiste en pneumologie et F et P
<b>628</b>	Geneesheer-specialist voor pneumologie,houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde	Médecin spécialiste en pneumologie, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
<b>650</b>	Geneesheer-specialist voor gastro-enterologie	Médecin spécialiste en gastro-entérologie
<b>659</b>	Geneesheer-specialist voor gastro-enterologie,houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde	Médecin spécialiste en gastro-entérologie, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
<b>660</b>	Geneesheer-specialist voor medische oncologie	Médecin spécialiste en oncologie médicale
<b>690</b>	Geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde	Médecin spécialiste en pédiatrie
<b>694</b>	Geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde en F en P	Médecin spécialiste en pédiatrie et F et P
<b>770</b>	Geneesheer-specialist voor neurologie	Médecin spécialiste en neurologie
<b>774</b>	Geneesheer-specialist voor neurologie en F en P	Médecin spécialiste en neurologie et F et P
<b>983</b>	Geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde en nucleaire geneeskunde, houder van de bijzondere beroepsbekwaming in endocrino-diabetologie	Médecin spécialiste en médecine interne et en médecine nucléaire, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie
<b>3/ 3/ ANATOME PATHOLOGIE</b>		<b>3/ ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>
<b>87</b>	Geneesheer-specialist in opleiding in pathologische anatomie	Médecin spécialiste en formation en anatomie pathologique
<b>867</b>	Geneesheer-specialist voor klinische biologie en pathologische anatomie	Médecin spécialiste en biologie clinique et anatomie pathologique
<b>870</b>	Geneesheer-specialist voor pathologische anatomie	Médecin spécialiste en anatomie pathologique
<b>4/ 4/ KLINISCHE BIOLOGIE</b>		<b>4/ BIOLOGIE CLINIQUE</b>
<b>86</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor klinische biologie	Médecin spécialiste en formation en biologie clinique
<b>862</b>	Geneesheer-specialist voor klinische biologie en nucleaire geneeskunde in vitro	Médecin spécialiste en biologie clinique et médecine nucléaire in vitro
<b>860</b>	Geneesheer-specialist voor klinische biologie	Médecin spécialiste en biologie Clinique



<b>5/ 5/ BEELDVORMING/NUCLEAIRE</b>		<b>5/ IMAGERIE/NUCLÉAIRE</b>
93	Geneesheer-specialist in opleiding voor röntgendiagnose	Médecin spécialiste en formation en radiodiagnostic
97	Geneesheer-specialist in opleiding voor nucleaire geneeskunde	Médecin spécialiste en formation en médecine nucléaire
930	Geneesheer-specialist voor röntgendiagnose	Médecin spécialiste en radiodiagnostic
970	Geneesheer-specialist in de nucleaire geneeskunde	Médecin spécialiste en médecine nucléaire
971	Geneesheer-specialist in de nucleaire geneeskunde en anesthesie	Médecin spécialiste en médecine nucléaire et anesthésie
980	Geneesheer-specialist in de nucleaire geneeskunde en otorhinolaryngologie	Médecin spécialiste en médecine nucléaire et otorhinolaryngologie
985	Geneesheer-specialist voor nucleaire geneeskunde en inwendige geneeskunde	Médecin spécialiste en médecine nucléaire et médecine interne
988	Geneesheer-specialist voor nucleaire geneeskunde en kindergeneeskunde	Médecin spécialiste en médecine nucléaire et pédiatrie
991	Geneesheer-specialist voor nucleaire geneeskunde en reumatologie	Médecin spécialiste en médecine nucléaire et rhumatologie
995	Geneesheer-specialist voor nucleaire geneeskunde en radiotherapie	Médecin spécialiste en médecine nucléaire et radiothérapie
<b>6/ RADIOTHERAPIE</b>		<b>6/ RADIOTHÉRAPIE</b>
96	Geneesheer-specialist in opleiding in de radiotherapie	Médecin spécialiste en formation en radiothérapie
960	Geneesheer-specialist in de radiotherapie	Médecin spécialiste en radiothérapie
<b>7/ HUISARTS</b>		<b>7/ MÉDECINE GÉNÉRALE</b>
1	Algemeen geneeskundige ingeschreven voor 01/01/1995	Médecin de médecine générale inscrit avant le 01/ 01/ 1995
2	Algemeen geneeskundige + EKG aan 75 % ingeschreven voor 01/01/1995	Médecin de médecine générale + ECG à 75 % inscrit avant le 01/ 01/ 1995
3	Algemeen geneeskundige, houder van een getuigschrift van aanvullende opleiding	Médecin de médecine générale, porteur d'un certificat de formation complémentaire

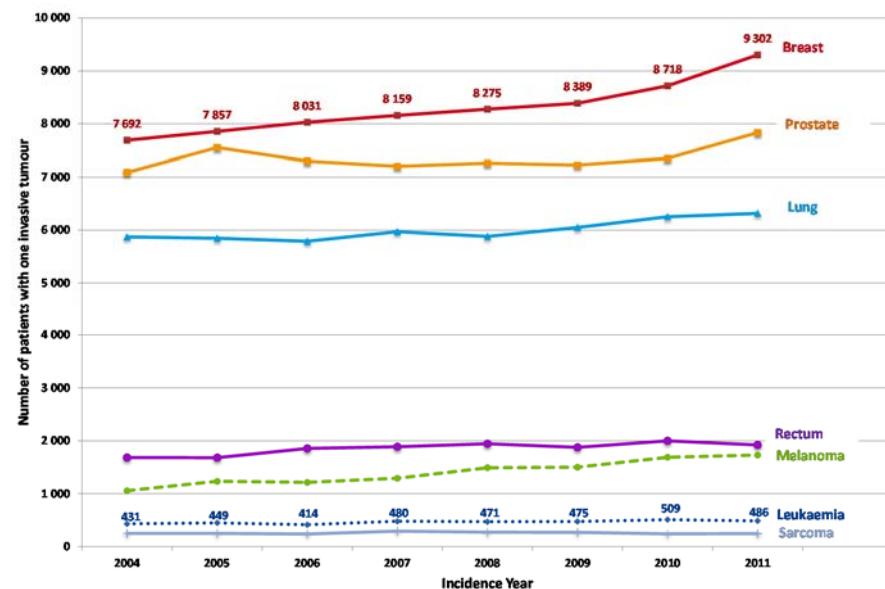


<b>4</b>	Algemeen geneeskundige, houder van een getuigschrift van aanvullende opleiding + EKG aan 100 %	Médecin de médecine générale, porteur d'un certificat de formation complémentaire + ECG à 100 %
<b>5</b>	Kandidaat huisarts (KHA)"	Candidat-Médecin généraliste (CMG)
<b>6</b>	Kandidaat huisarts (KHA) + EKG aan 75 %	Candidat-Médecin généraliste (CMG) + ECG à 75 %
<b>9</b>	Geneesheer ingeschreven tussen 01/01/1995 en 31/12/2004	Médecin inscrit entre 01/01/1995 et 31/12/2004
<b>8/</b>	<b>8/ ANDERE</b>	<b>8/ AUTRES</b>
<b>10</b>	Geneesheer-specialist in opleiding voor anesthesie-reanimatie	Médecin spécialiste en formation en anesthésie-réanimation
<b>100</b>	Geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie	Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation
<b>109</b>	Geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde	Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
<b>730</b>	Geneesheer-specialist voor cardiologie	Médecin spécialiste en cardiologie
<b>734</b>	Geneesheer-specialist voor cardiologie en F en P	Médecin spécialiste en cardiologie et F et P
<b>760</b>	Geneesheer-specialist voor neuropsychiatrie	Médecin spécialiste en neuropsychiatrie
<b>764</b>	Geneesheer-specialist voor neuropsychiatrie en F en P	Médecin spécialiste en neuropsychiatrie et F et P
<b>780</b>	Geneesheer-specialist voor psychiatrie	Médecin spécialiste en psychiatrie
<b>790</b>	Geneesheer-specialist voor reumatologie	Médecin spécialiste en rhumatologie
<b>794</b>	Geneesheer-specialist voor reumatologie en F en P	Médecin spécialiste en rhumatologie et F et P
<b>830</b>	Geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie	Médecin spécialiste en médecine physique et revalidation
<b>834</b>	Geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie en F en P	Médecin spécialiste en médecine physique et revalidation et F et P

## 2.3. Additional results

### 2.3.1. Overview

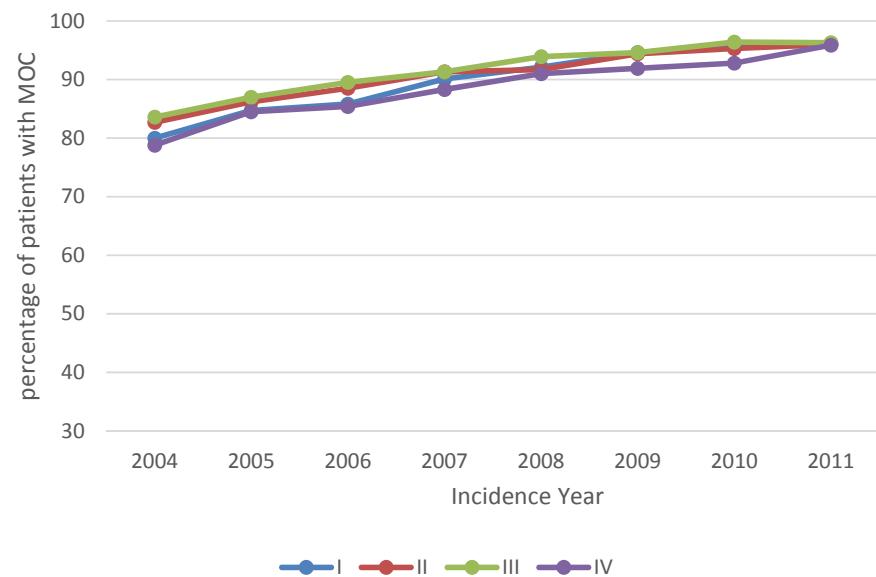
**Figure 8 – Number of patients diagnosed with one invasive tumour and no other lesions (2004-2011)**



Source: BCR-IMA data

### 2.3.2. Coverage rate per combined stage

**Figure 9 – Coverage rate of female breast cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011\*)**

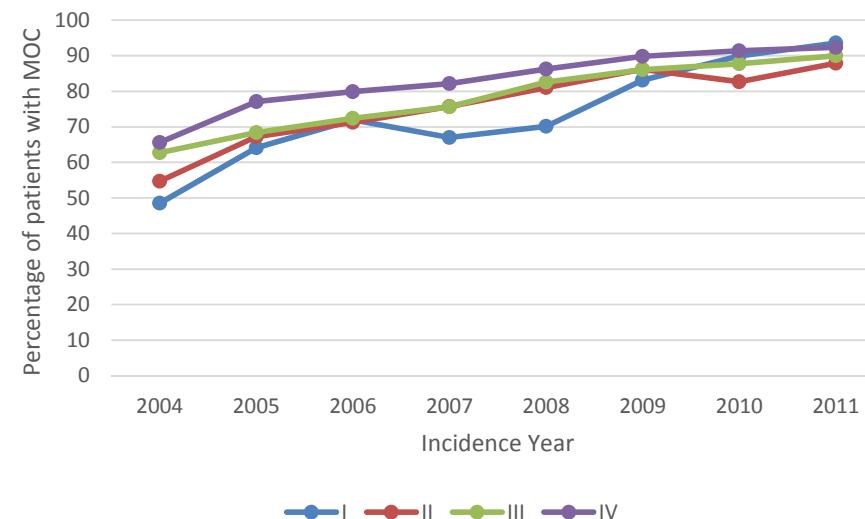


\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data



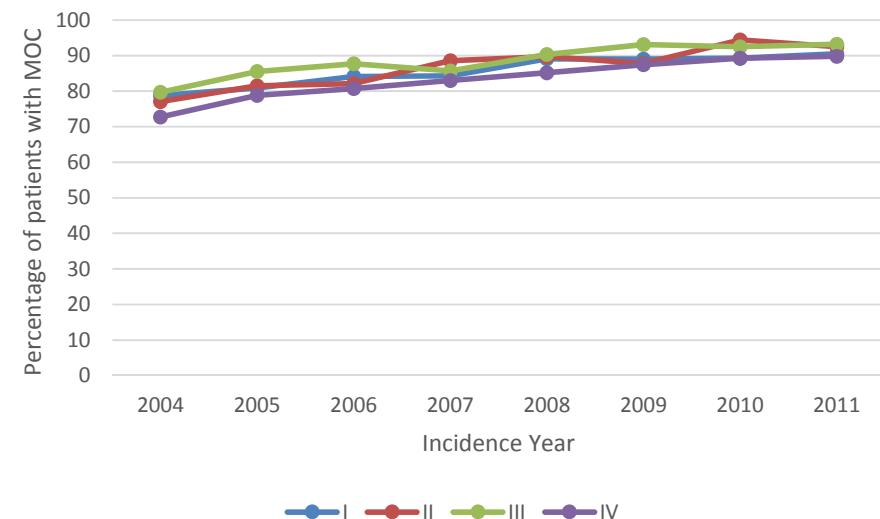
**Figure 10 – Coverage rate of prostate cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011\*)**



\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data

**Figure 11 – Coverage rate of lung cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011\*)**

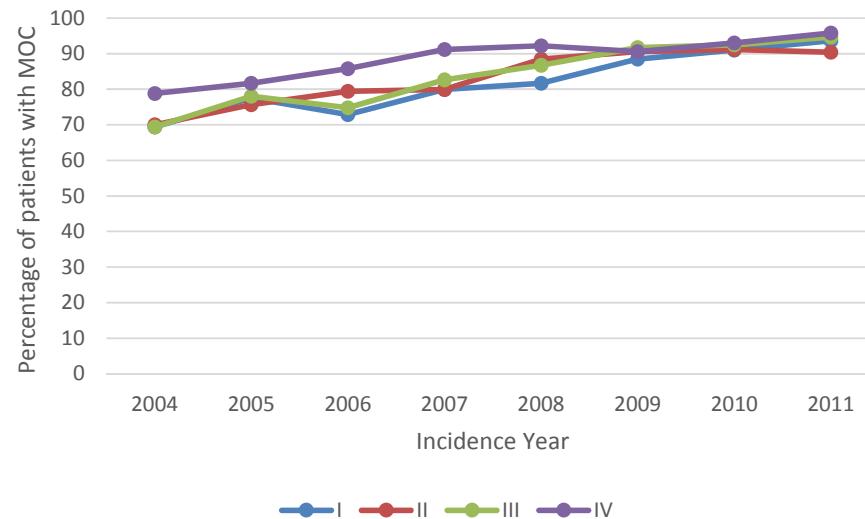


\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data



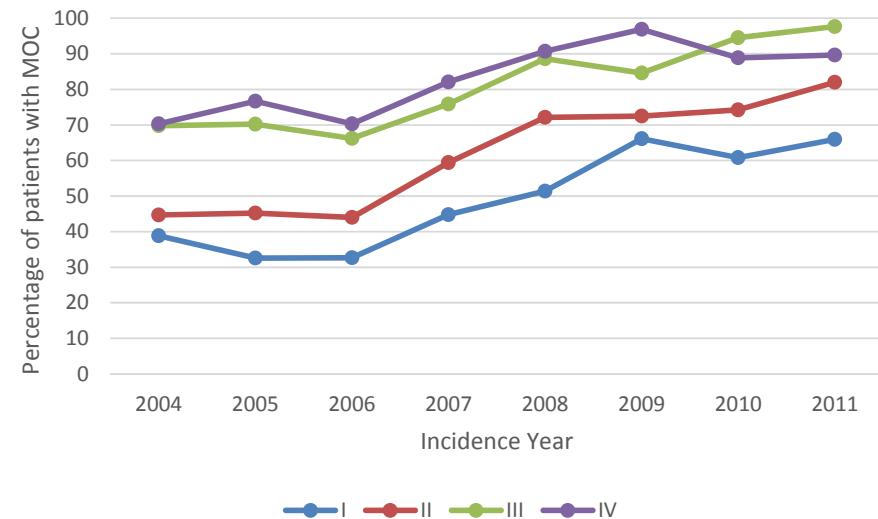
Figure 12 – Coverage rate of rectal cancer by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011\*)



\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data

Figure 13 – Coverage rate of malignant melanoma by MDT meeting by combined stage (2004 – 2011\*)



\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data

### 2.3.3. Time to first MDT meeting per combined stage

#### 2.3.3.1.1. Methodology

##### Aim

To provide time to event curves representing the time between the date of incidence and the date of the first multidisciplinary oncological consultation (MDT meeting), stratified by the stage of the disease at time of incidence.

##### Methodology

For in-and exclusion criteria of the selected tumours, see general methodology.

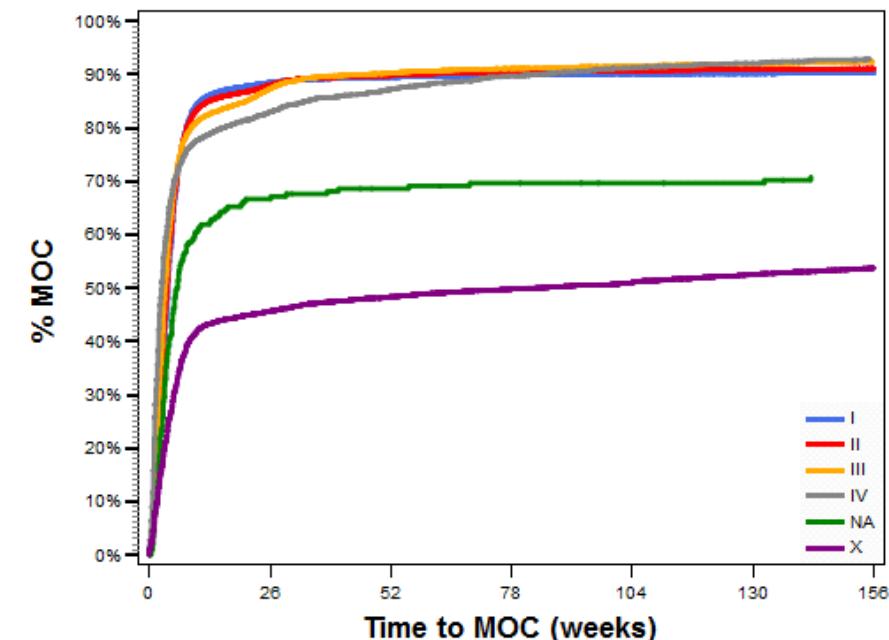
The time to first MDT meeting-curves were created based on the Kaplan-Meier method. For calculation, the Lifetest Procedure of SAS was used. The end of the observation period was set at December 31<sup>st</sup>, 2012. Any time a first MDT meeting was charged, this was considered to be an event. A first MDT meeting was defined to be the first occurrence of "any MDT meeting" for each investigated tumour. "Any MDT meeting" could either be one of the 6 main codes for MDT meeting coordination (350372-350383; 350276-350280; 350291-350302), or in the absence of these, a code indicating an additional fee for coordination of MDT meeting (350453-350464). If no MDT meeting occurred, cases were censored at the end of the observation period. Patients who died or for whom the vital status was lost to follow-up, were censored at the time of death or the date of the last information on vital status, respectively.

Analyses were stratified by the combined stage at the time of incidence, being the pathological stage if available, and the clinical stage in the absence of pathological stage availability. As an exception to this rule, cases with clinical metastases (cM=1) were always considered as combined stage IV. As TNM staging is not applicable for leukaemia and TNM staging is only applicable for a selection of sarcomas, no analyses by stage were performed for these tumour types.

In accordance with the other analyses, MDT meetings that were charged before the time of incidence of the concerned tumour were also taken into account. For breast cancer, malignant melanoma and rectal cancer, MDT meetings charged from 3 months before the date of incidence onwards were considered. For prostate cancer and lung cancer, this period was extended to 6 and 9 months before the date of incidence, respectively. For the analyses, all first MDT meetings that occurred before or at the date of incidence were included and considered as events at day 0.

#### 2.3.3.1.2. Results

**Figure 14 – Breast Cancer, time to first MDT meeting by combined stage**



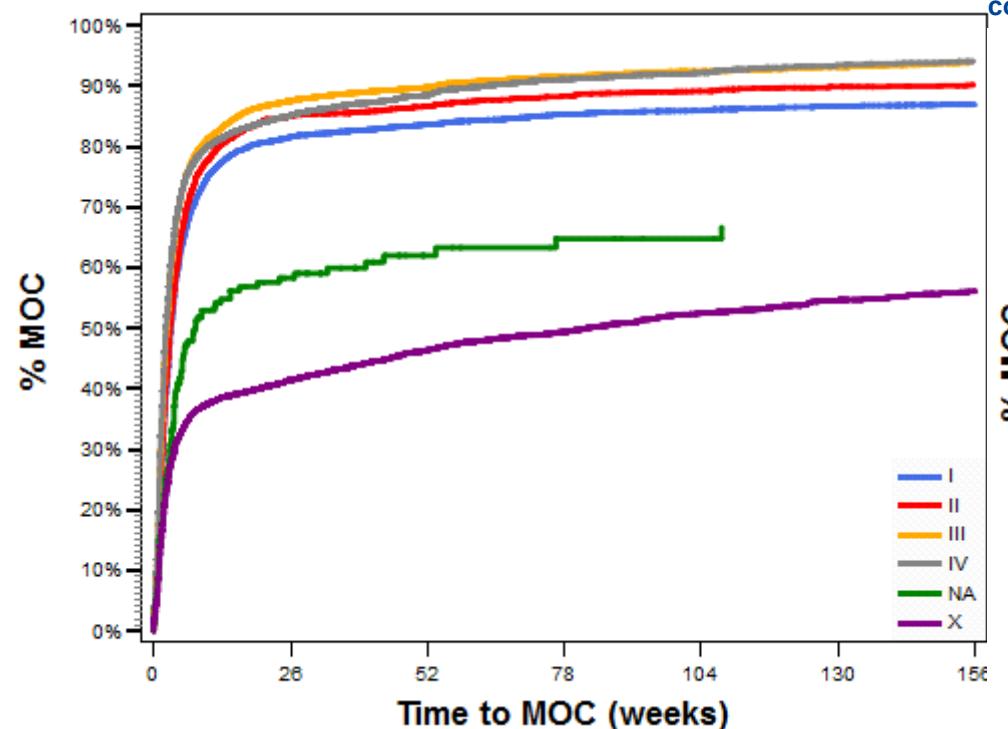
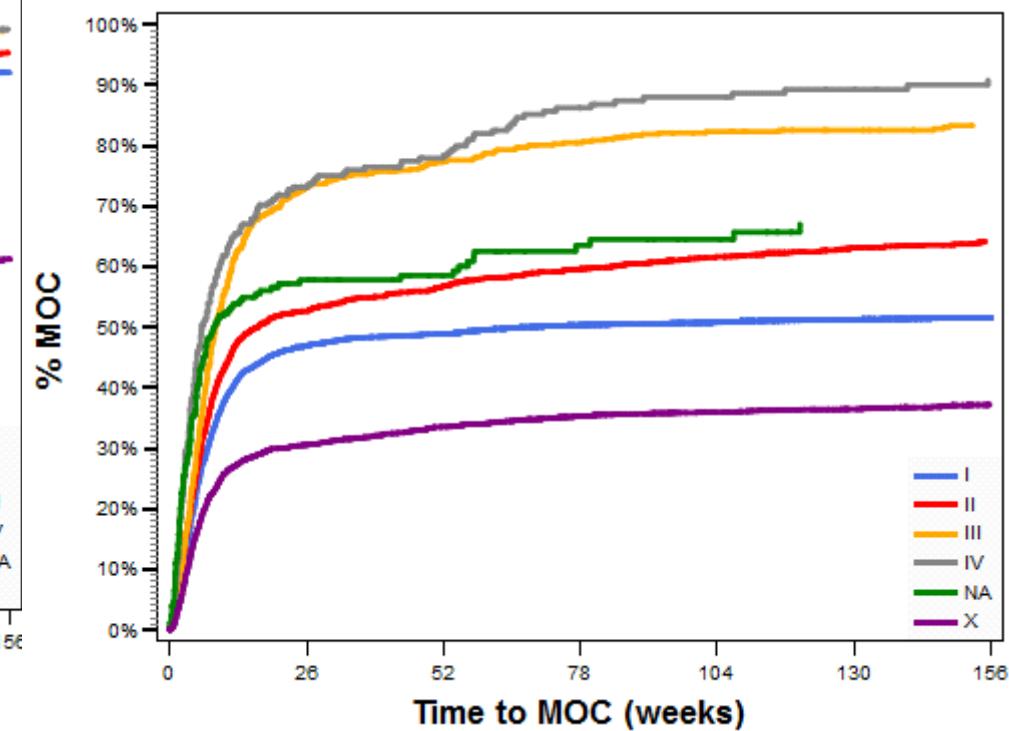
**Figure 15 – Lung Cancer, time to first MDT meeting by combined stage****Figure 16 – Malignant melanoma, time to first MDT meeting by combined stage**



Figure 17 – Prostate Cancer, time to first MDT meeting by combined stage

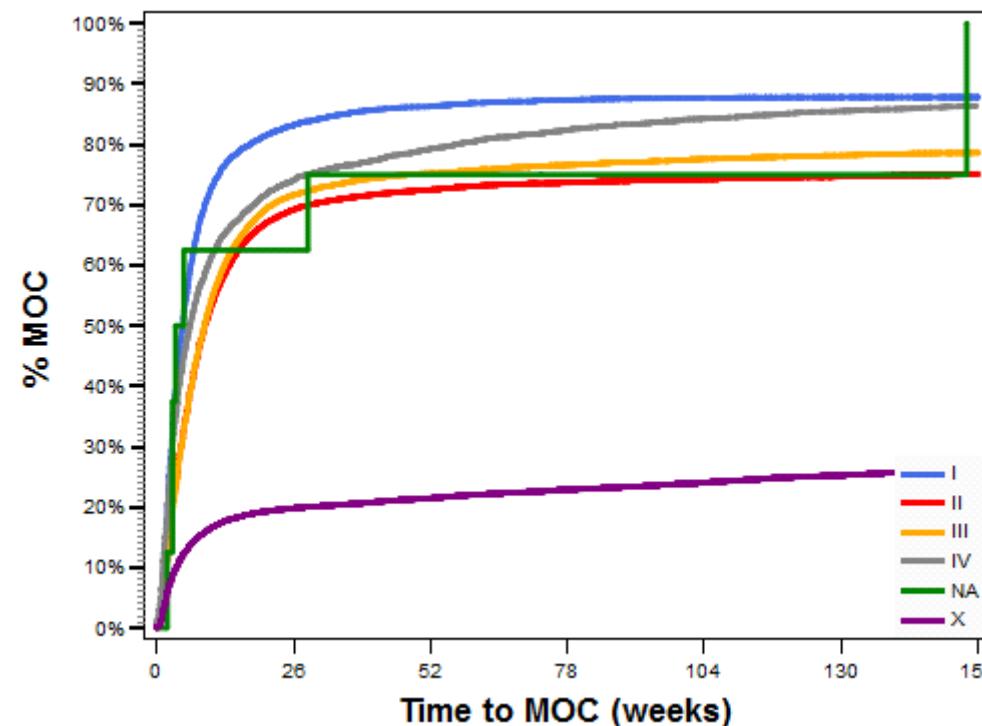
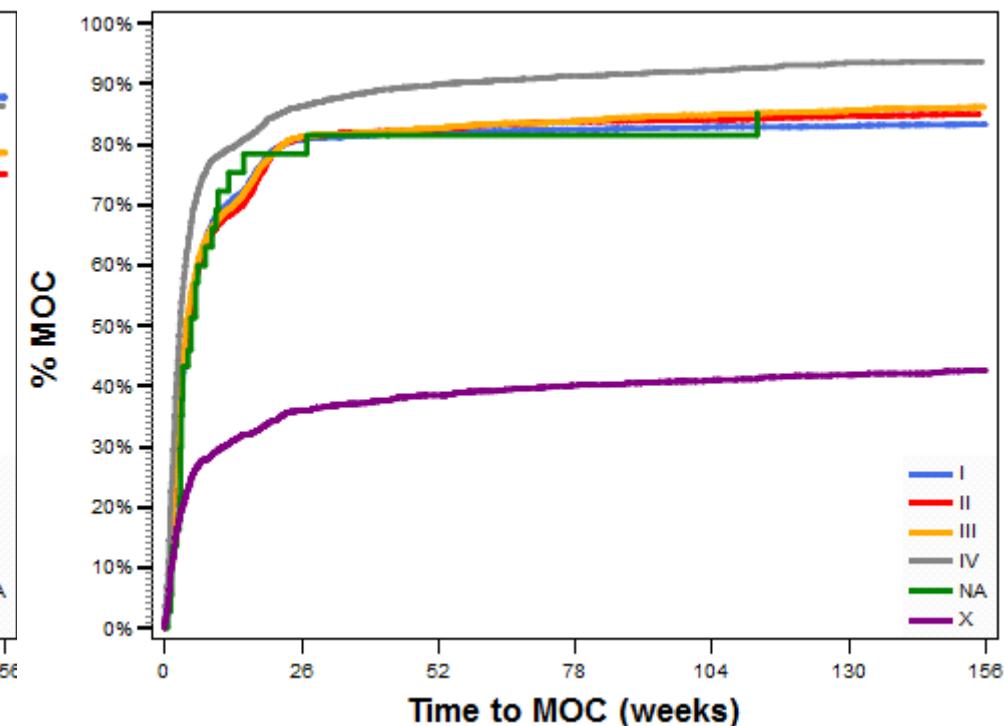


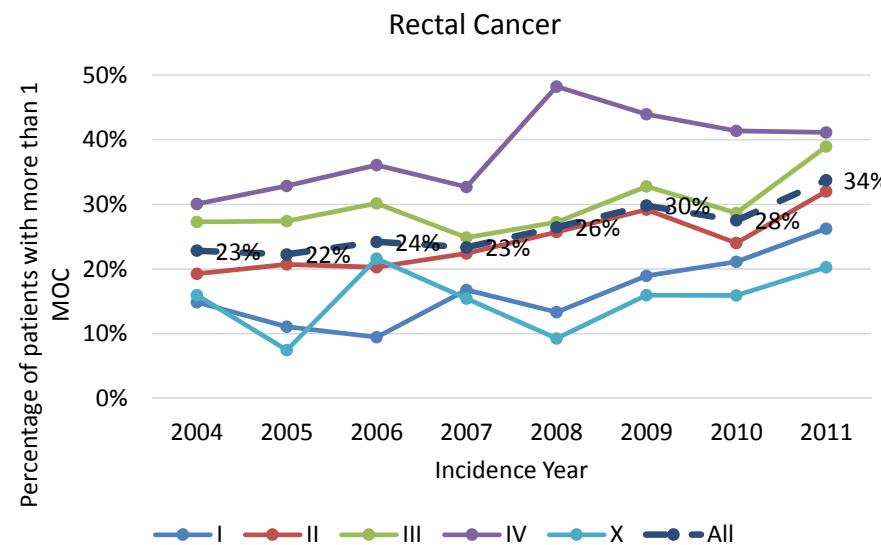
Figure 18 – Rectal Cancer, time to first MDT meeting by combined stage





**2.3.4. Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting**

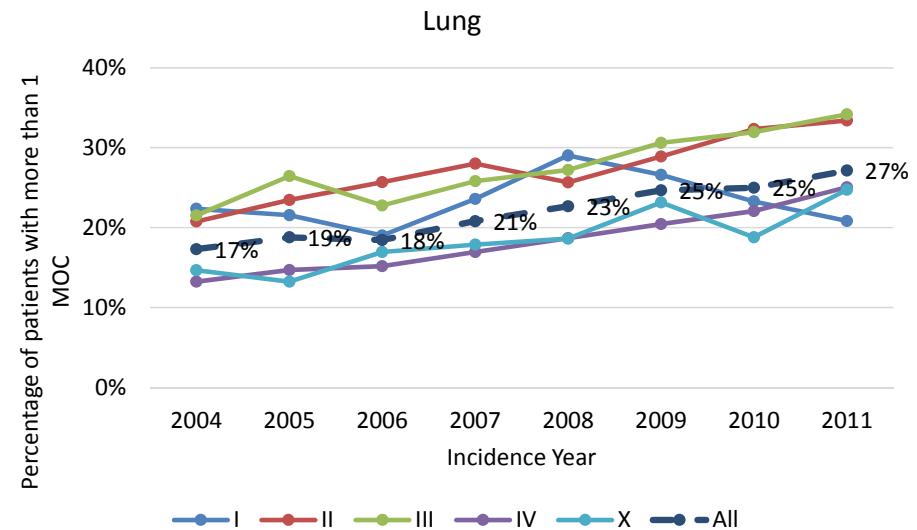
**Figure 19 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting– Rectal Cancer (2004 – 2011\*)**



\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data

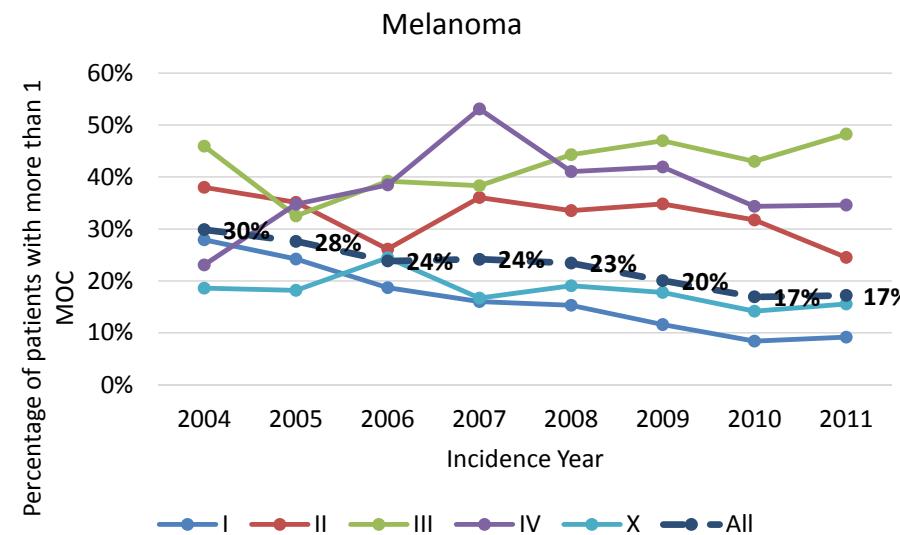
**Figure 20 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Lung Cancer (2004 – 2011\*)**



\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data

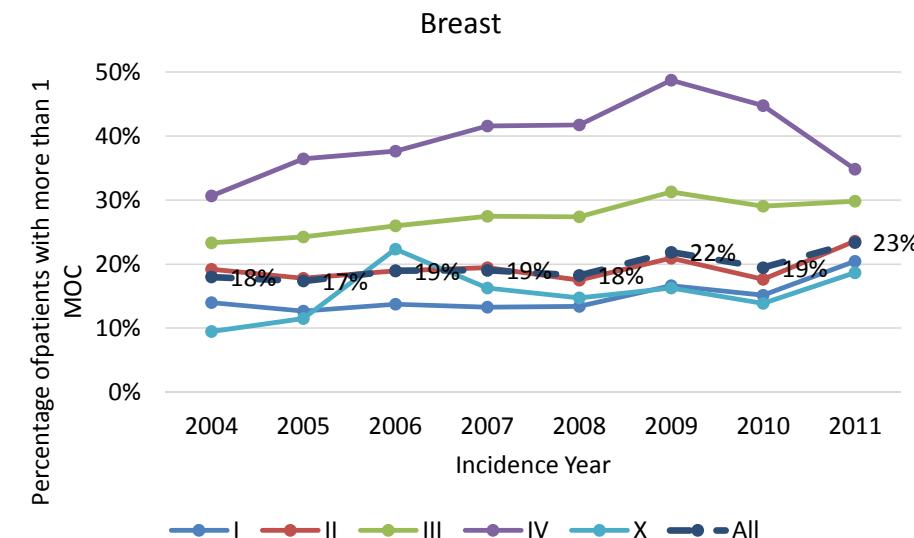
**Figure 21 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Malignant Melanoma (2004 – 2011\*)**



\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data

**Figure 22 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Breast Cancer (2004 – 2011\*)**

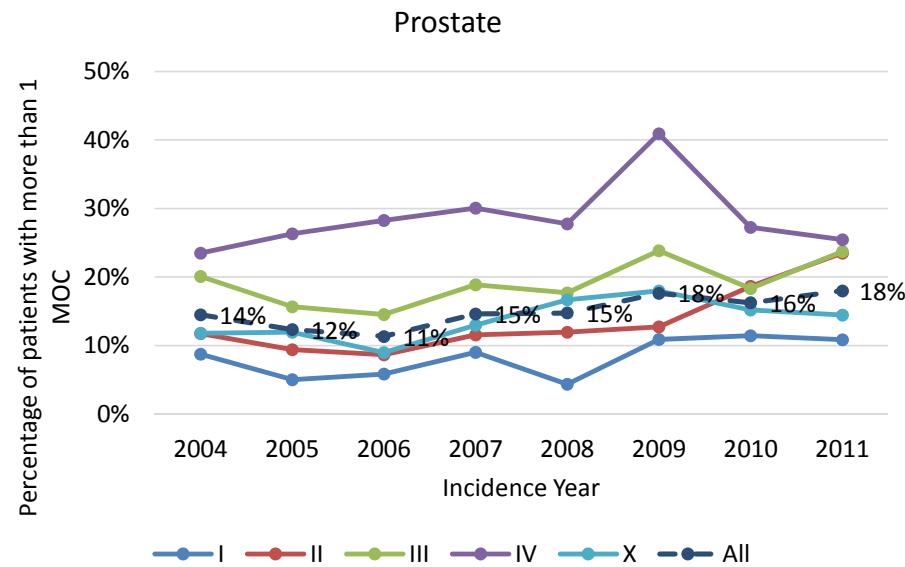


\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

Source: BCR-IMA data



**Figure 23 – Percentage of patients with more than 1 MDT meeting per combined stage amongst patients with at least 1 MDT meeting – Prostate Cancer (2004 – 2011\*)**

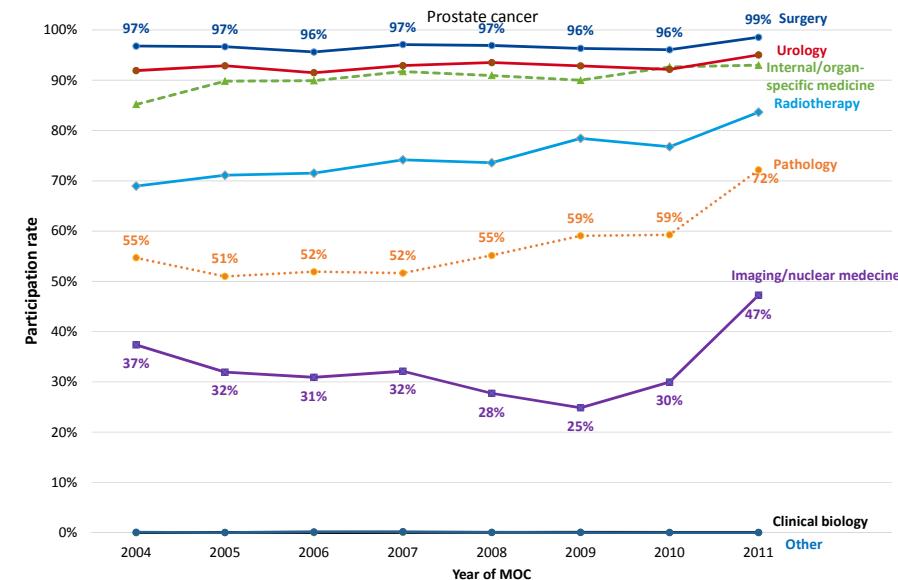


\* Results for 2010 & 2011: length of observational period of 2 or 1 year(s), respectively.

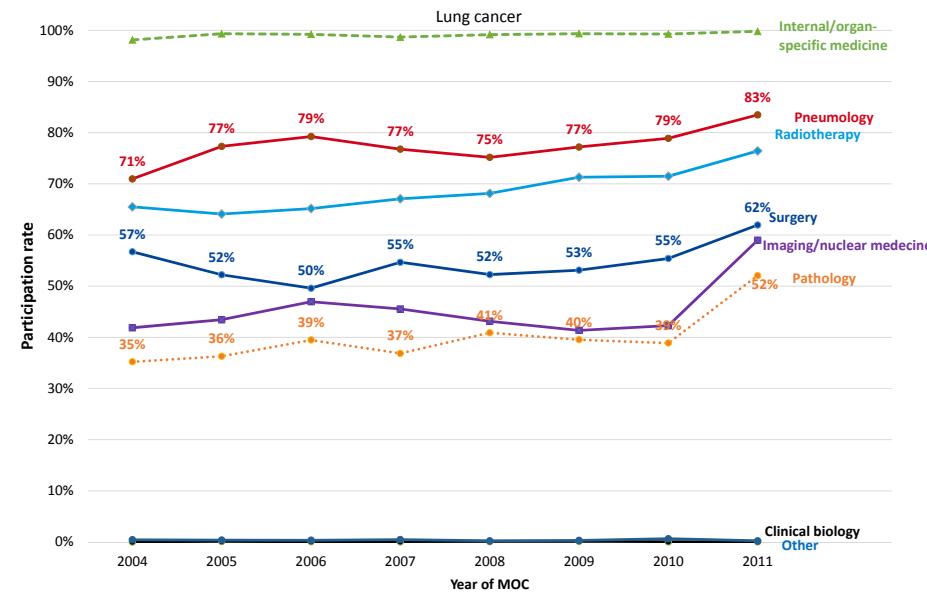
Source: BCR-IMA data

### 2.3.5. Participation rate

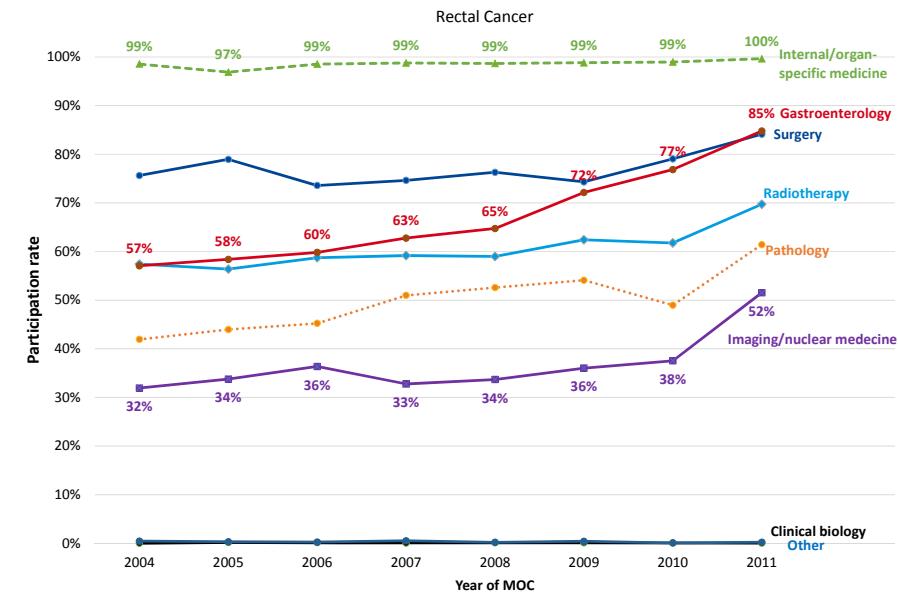
**Figure 24 – Specialists participation rate – Prostate Cancer (2004 – 2011)**



Source: BCR-IMA data

**Figure 25 – Specialists participation rate – Lung Cancer (2004 – 2011)**

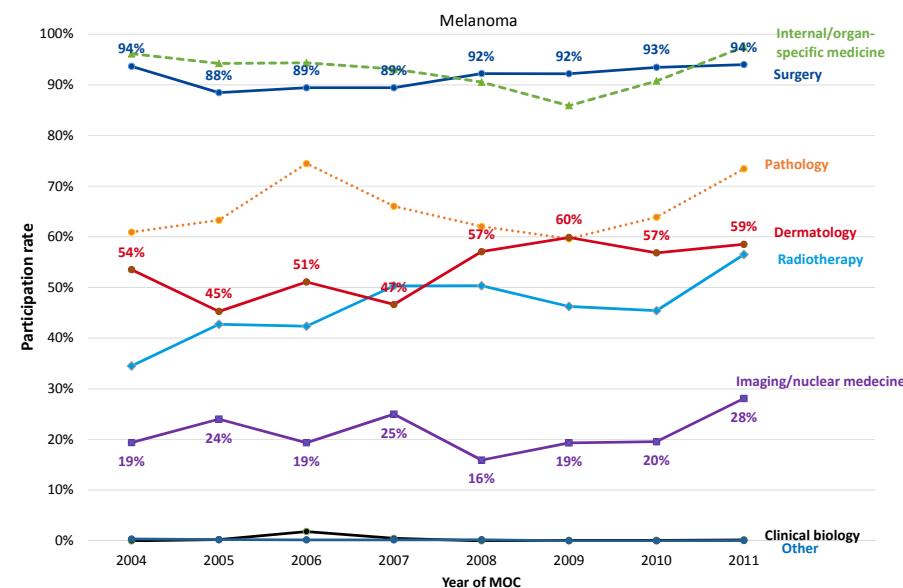
Source: BCR-IMA data

**Figure 26 – Specialists participation rate – Rectal Cancer (2004 – 2011)**

Source: BCR-IMA data

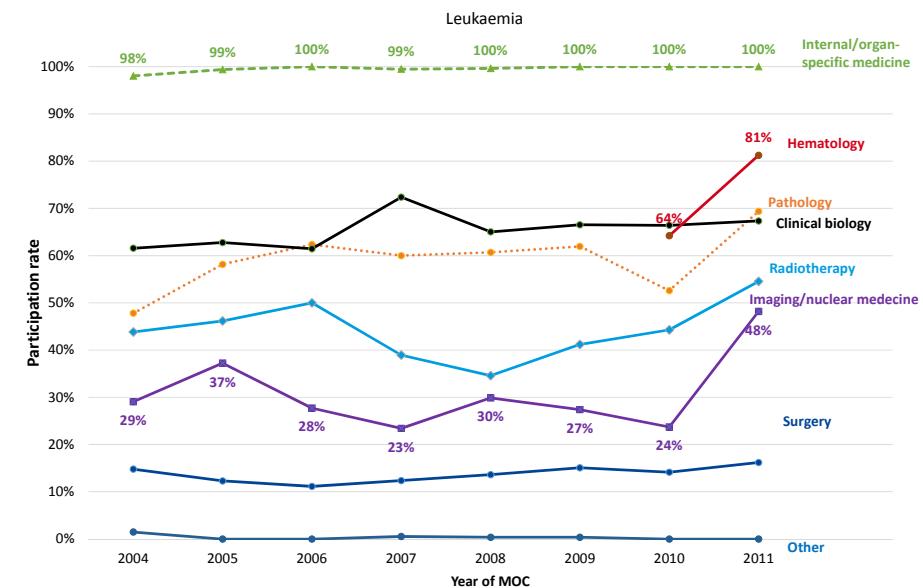


Figure 27 – Specialists participation rate – malignant melanoma (2004 – 2011)

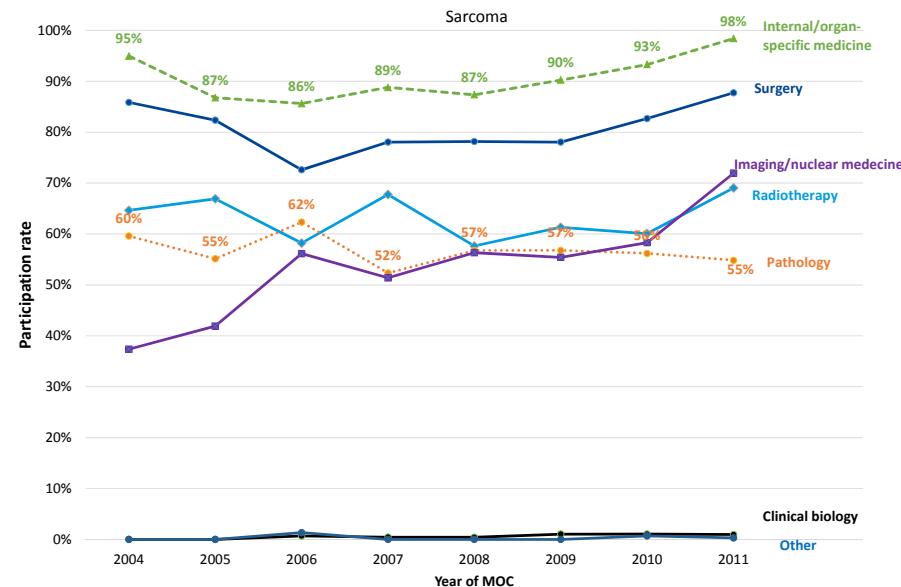


Source: BCR-IMA data

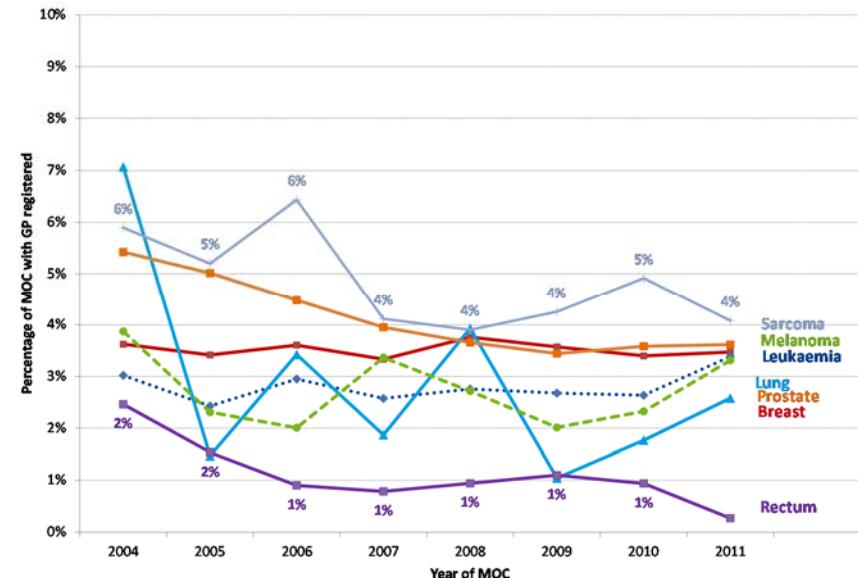
Figure 28 – Specialists participation rate – Leukaemia (2004 – 2011)



Source: BCR-IMA data

**Figure 29 – Specialists participation rate – Sarcoma (2004 – 2011)**

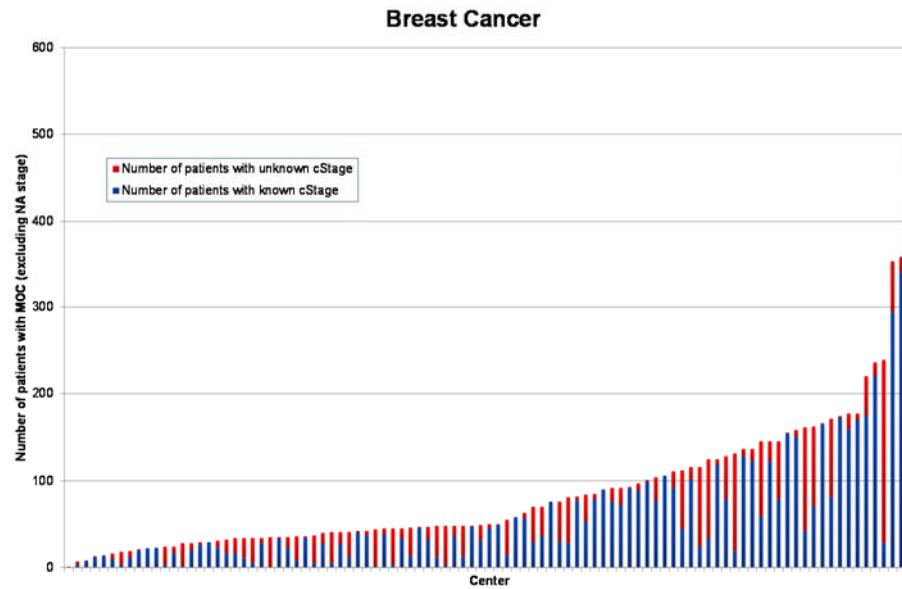
Source: BCR-IMA data

**Figure 30 – Percentage of MDT meetings with registered general practitioner (2004-2011)**

Source: BCR-IMA data

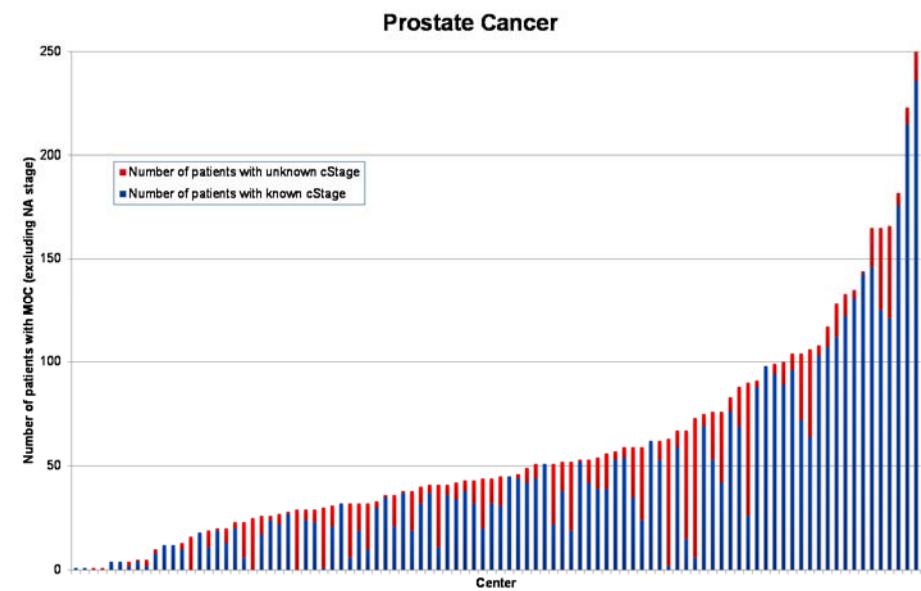
### 2.3.6. Volume analyses

**Figure 31 – Volume analyses – Invasive breast cancer (MDT meeting year 2010)**

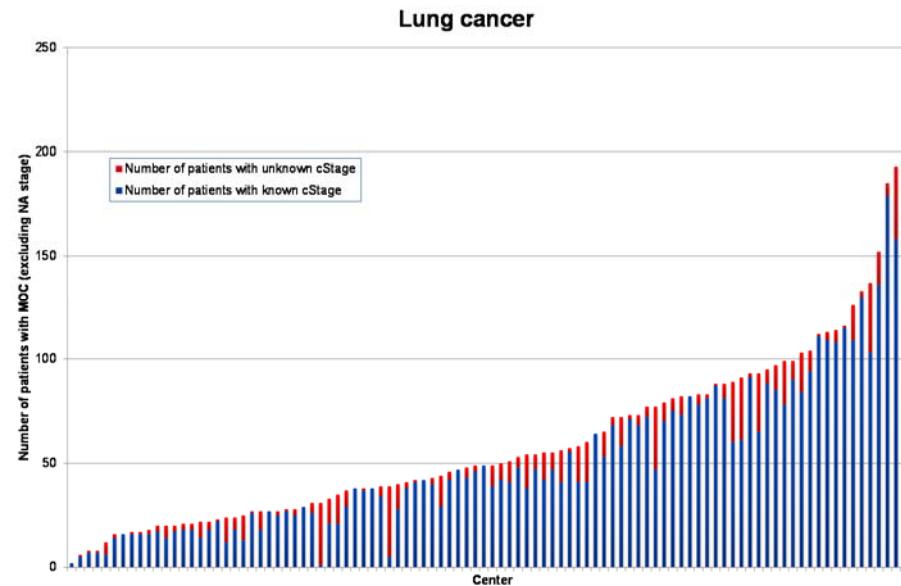


Source: BCR-IMA data

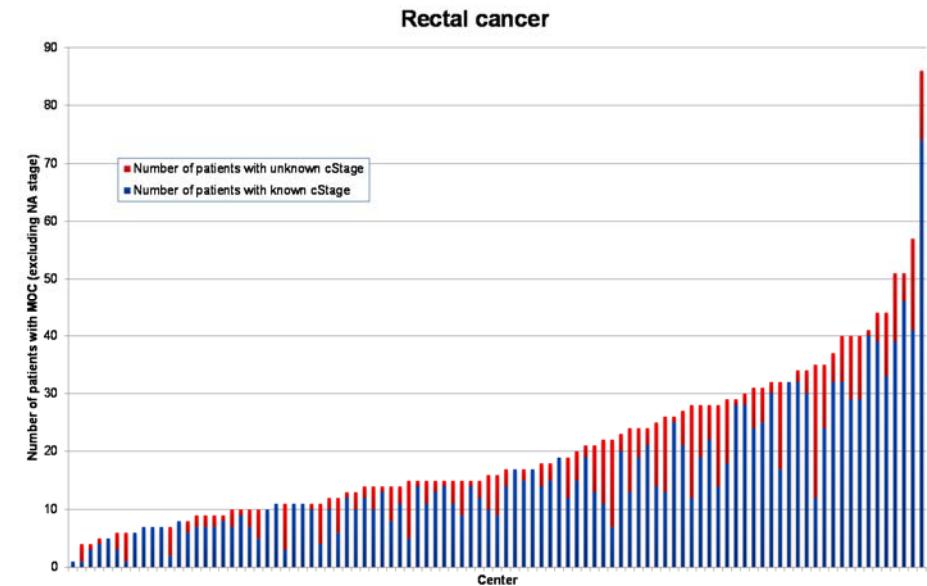
**Figure 32 – Volume analyses – Prostate cancer (MDT meeting year 2010)**



Source: BCR-IMA data

**Figure 33 – Volume analyses – Lung cancer (MDT meeting year 2010)**

Source: BCR-IMA data

**Figure 34 – Volume analyses – Rectal cancer (MDT meeting year 2010)**

Source: BCR-IMA data

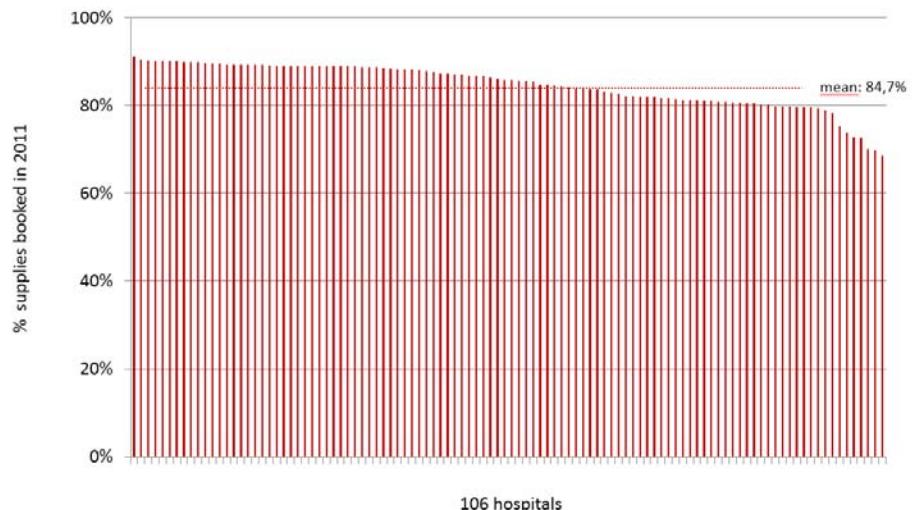


### 3. APPENDIX C: APPENDICES OF CHAPTER 4 (WHAT DO BILLING DTA TELL US ABOUT MDT MEETINGS IN BELGIUM ?)

#### 3.1. Additional figures from section 4.3.1 Time taken to book the MDT meetings

Figure 35 presents the same analysis, but for medical fees in general. The national average is higher than the national average for MDT meetings, i.e. 84.7%, and there is less variation between hospitals. Figure 36 compares the two distributions, to illustrate these results. Figure 37 shows that there is no clear link between the general booking time of a hospital and the specific MDT meeting booking time; hospitals with an efficient general booking process do not necessarily have the same for MDT meetings. Figure 38 illustrates, per hospital, the relationship between the volume of MDT meetings and the time taken to book these; once again, there is no clear link.

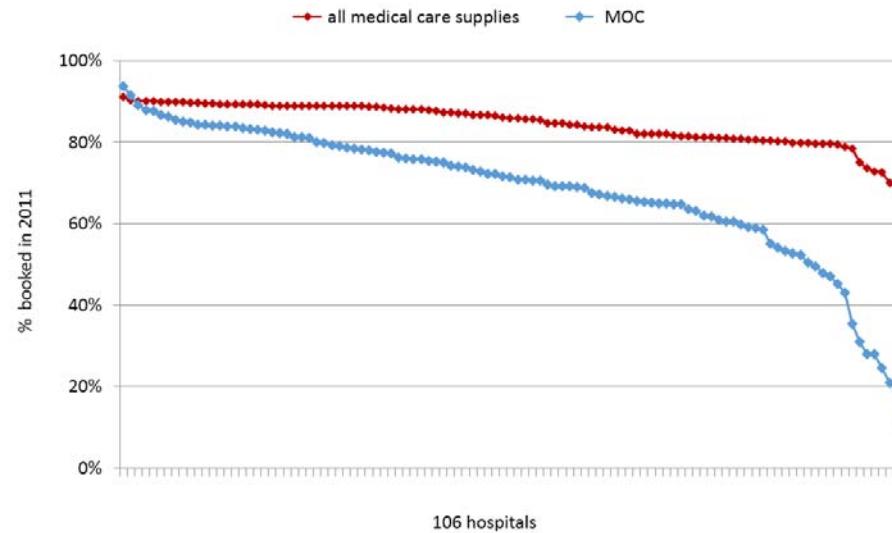
Figure 35 – All medical supplies\* realized in 2011: percentage booked in the same year – analysis per hospital



\*nomenclatura article 1-26 and 32-34 – total number of analysed supplies  
105,567 million

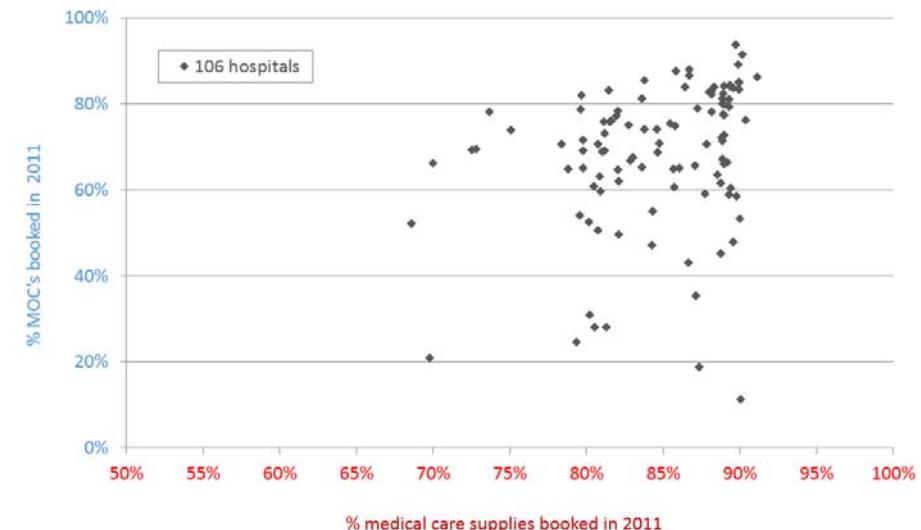
Datasource: RIZIV-INAMI doc P, booking period 01/2011 – 06/2013

**Figure 36 – Comparison of two distributions: booking delay for primary MDT meeting's (fig. 1) and general booking delay (fig. 2) Period: 2011**



### 3.2. Additional figures from section 4.1.3 Benchmarking of MDT meeting activities

**Figure 37 – Relation between hospital booking delay for primary MDT meeting's (fig. 1) and general delay (fig. 13) Period: 2011**





**Figure 38 – Relation between hospital booking delay for MDT meeting's (fig. 2) and volume of primary MDT meeting's, Period: 2011**

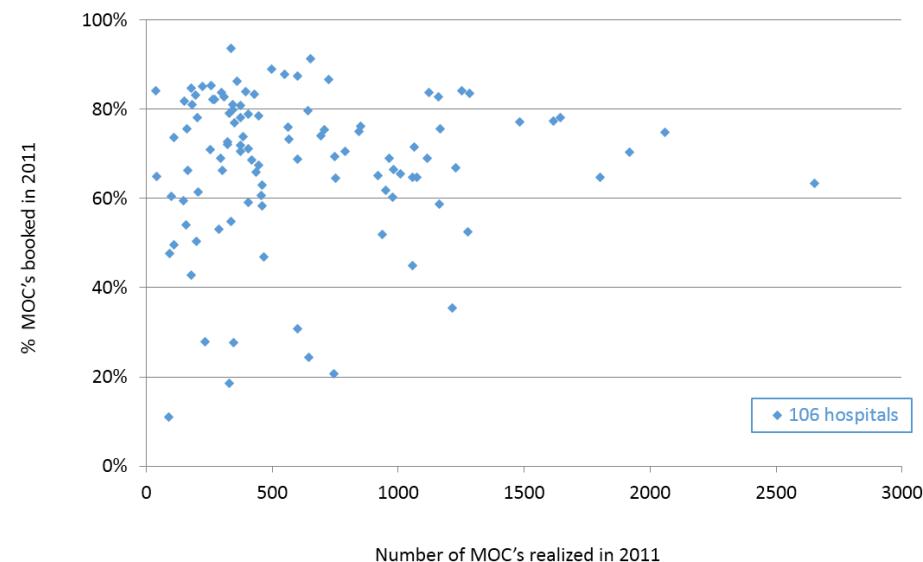
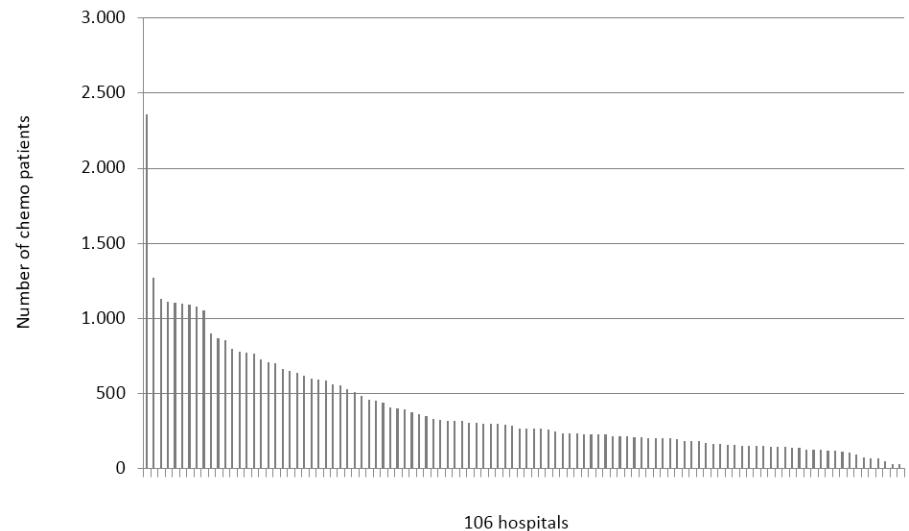


Figure 39 shows, per hospital, the number of one-day chemotherapy patients, also in descending order. In Figure 40, these two values are linked, to provide a picture of the frequency of MDT meetings in relation to the general oncological activity of the hospital. If we, for example, look in detail at the group of hospitals with 500 to 1,000 chemotherapy patients per year (marked on the graph), we can see a clear variation in the use of MDT meetings. Figure 41 zooms in on the smaller hospitals; once again we can see considerable variations. There are hospitals which have little MDT meetings in relation to the number of chemo patients, and others which have far more.

**Figure 39 – Per acute hospital number of one-day chemo patients\* during 2011**

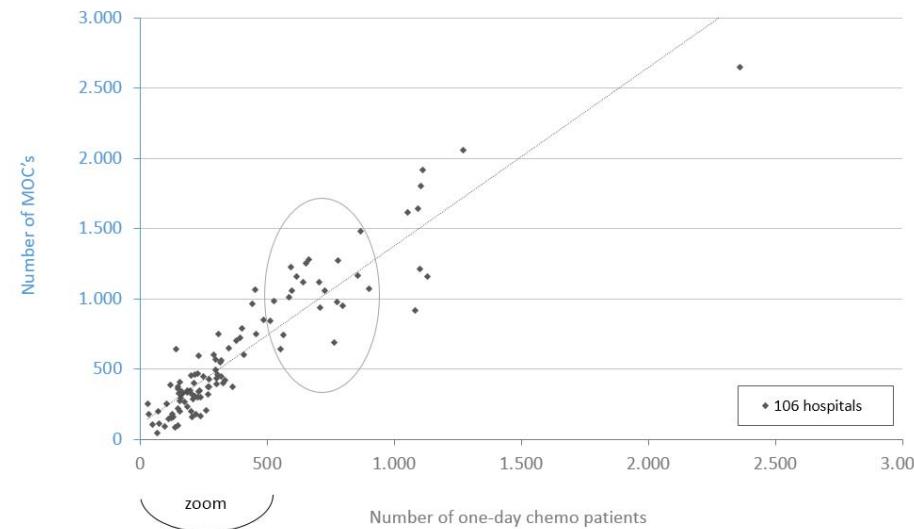


\*maxiforfait 761353/761095

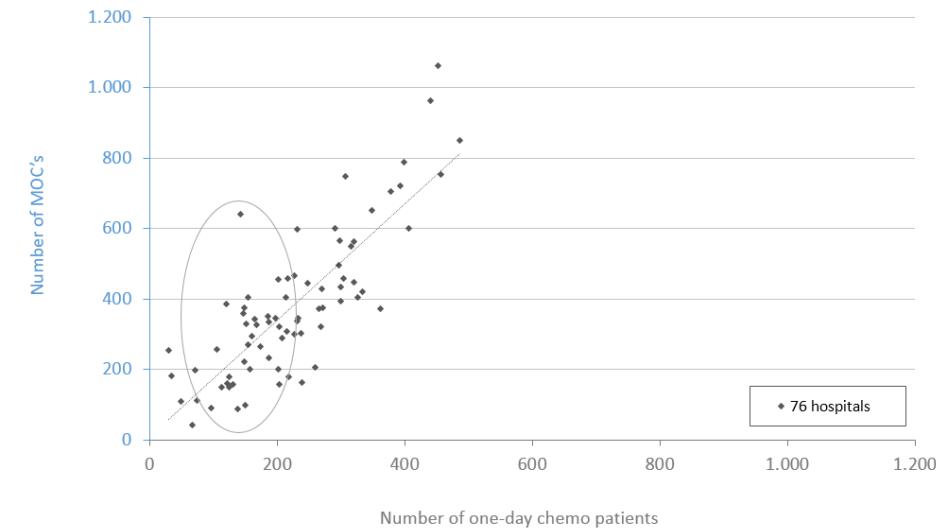
Datasource: RIZIV-INAMI doc ADH booked ≤ 30/06/2012



**Figure 40 – Relation between hospitals' number of primary MDT meeting's and their number of one-day chemo patients during 2011**



**Figure 41 – Relation between hospitals' number of MDT meeting's and their number of one-day chemo patients during 2011; zoom for 76 hospitals with <500 chemo patients**





### 3.3. Additional figures from section 4.4.3 Studying the qualification of MDT meetings medical specialists

**Figure 42 – Specialty of MDT meeting coordinator by type of hospital (Period: 2011)**

Spec	Oncol	Intern-Hemat	Urol	Gastro enter	Pneu mol	Gyne col	Radio ther	Gen Surg	Nucl/Radioth	Oto laryng	Neuro surg	Ped	Derm	Other	TOTAL
Code	660	598	450	650 659	620 624	340	960	140 149	995	410 414	170	690	550	xxx	
All hosp	52.865	9.903	6.795	6.621	6.353	4.964	4.683	3.325	975	898	738	599	359	1.066	100.144
	52,8%	9,9%	6,8%	6,6%	6,3%	5,0%	4,7%	3,3%	1,0%	0,9%	0,7%	0,6%	0,4%	1,1%	100%
General hosp	44.928	7.796	5.092	5.336	5.671	2.985	3.767	1.349	970	312	151	326	133	722	79.538
	56,5%	9,6%	6,4%	6,7%	7,1%	3,8%	4,7%	1,7%	1,2%	0,4%	0,2%	0,4%	0,2%	0,9%	100%
Univers hosp	7.937	2.107	1.703	1.285	682	1.979	916	1.976	5	586	587	273	226	344	20.606
	38,5%	10,2%	8,3%	6,2%	3,3%	9,6%	4,4%	9,6%	0,0%	2,8%	2,8%	1,3%	1,1%	1,7%	100%

Datasource: RIZIV-INAMI doc P booked ≤ 30/06/2013

Figure 43 compares these figures with those for 2008, and this for all hospitals (general and university together). The numbers concern one semester, but the relative frequency allows comparison with 2011. This shows that the number of specialists in internal medicine, qualification code 580, who coordinate a MDT meeting has fallen very sharply, from 49.9% in 2008 to nearly zero in 2011. On the contrary the proportion of MDT meetings coordinated by oncologists and internist-haematologists were rose between 2008 and 2011 from 0% to 52.8% and 9.9% respectively. The relative number of radiotherapists acting as coordinators has also fallen, from 10.6% in 2008 to 4.7% in 2011.

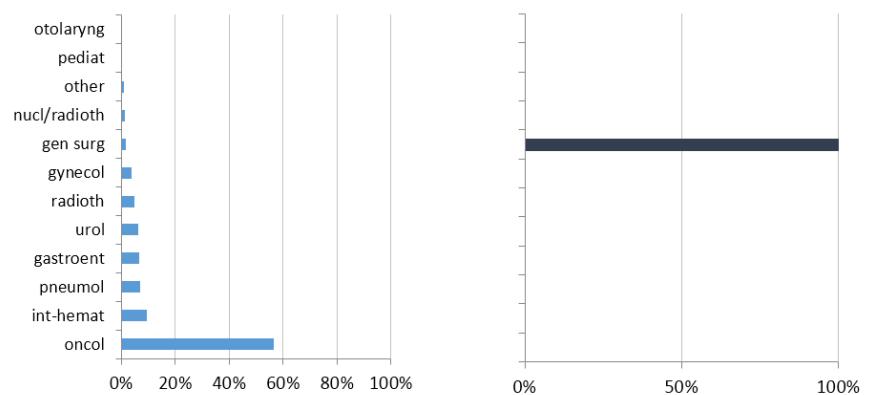
**Figure 43 – Specialty of MDT meeting coordinator by type of hospital Period: 2008 semester1**

Spec	Int med	Radio ther	Urol	Gyne col	Pneu mol	Gen Surg	Gastro enter	Nucl/Radioth	TOTAL
Code	580	960	450	340	620 624	140 149	650 659	995	
All hosp	16.917	3.619	2.428	2.352	2.208	1.884	1.835	659	33.928
	49,9%	10,6%	7,2%	6,9%	6,5%	5,6%	5,4%	1,9%	100%

Datasource: RIZIV-INAMI billing data I.O. booked ≤ 31/10/2010

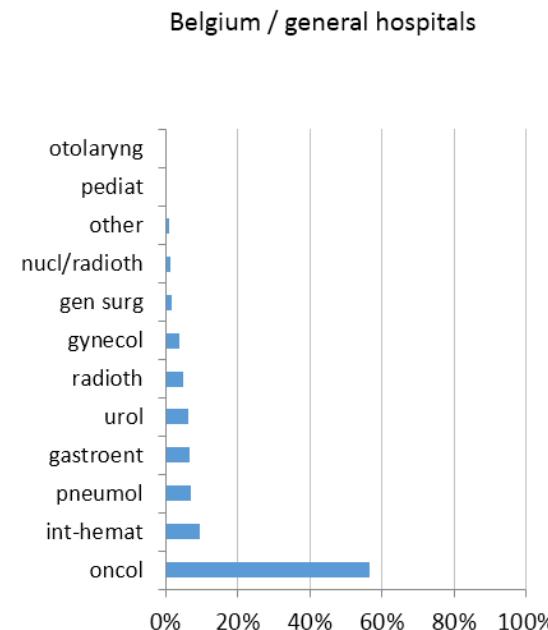
**Figure 44 – Qualification profile for coordinator in general hospital x1 (total N of coordinations = 312) Period: 2011**

Belgium / general hospitals



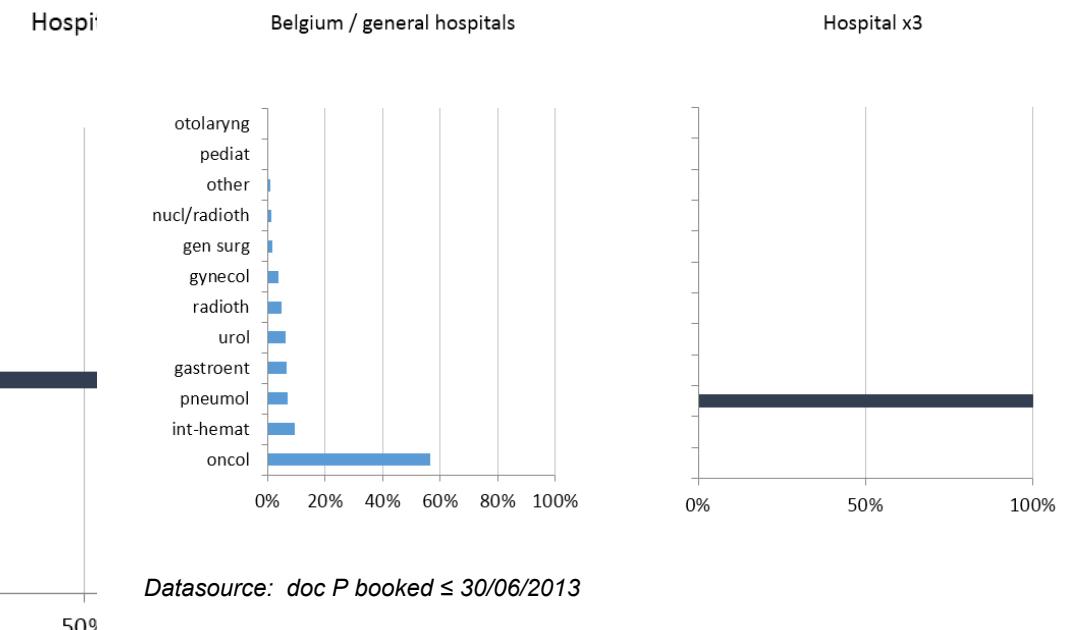
Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

**Figure 45 – Qualification profile for coordinator in general hospital x2  
(total N of coordinations = 338) Period: 2011**



Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

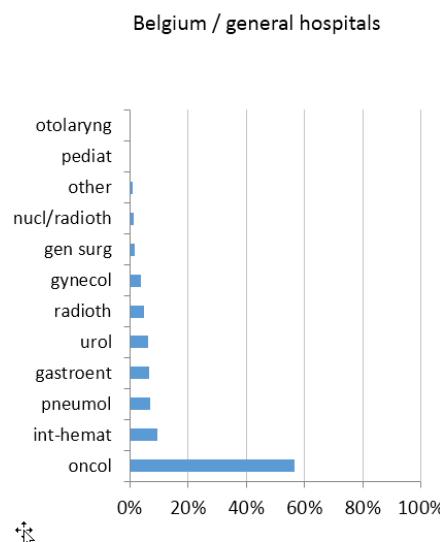
**Figure 46 – Qualification profile for coordinator in general hospital x3  
(total N of coordinations = 267) Period: 2011**



Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013



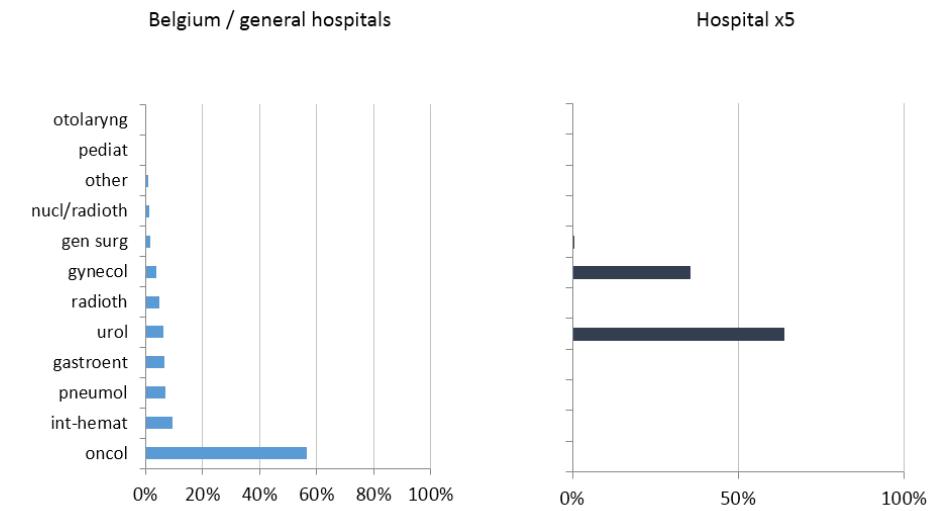
**Figure 47 – Qualification profile for coordinator in general hospital x4  
(total N of coordinations = 455) Period: 2011**



Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013



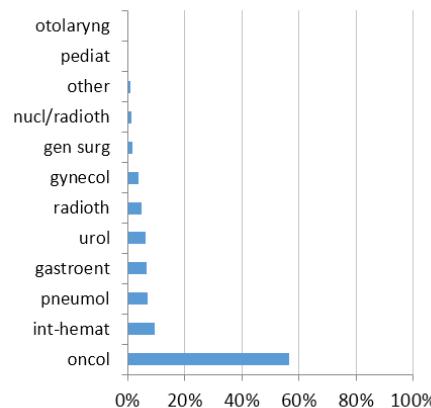
**Figure 48 – Qualification profile for coordinator in general hospital x5  
(total N of coordinations = 257) Period: 2011**



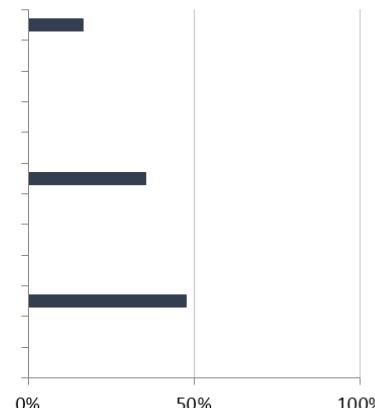
Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

**Figure 49 – Qualification profile for coordinator in general hospital x6 (total N of coordinations = 307) Period: 2011**

Belgium / general hospitals

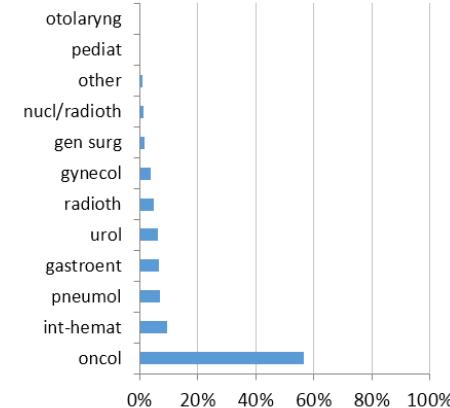


Hospital x6

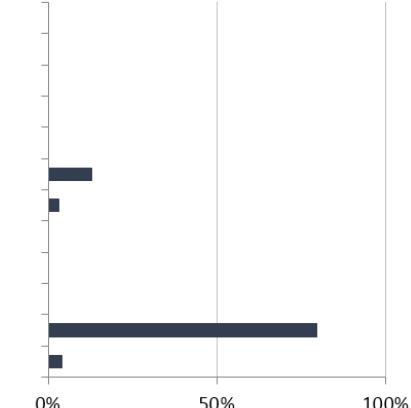


**Figure 50 – Qualification profile for coordinator in general hospital x7 (total N of coordinations = 216) Period: 2011**

Belgium / general hospitals



Hospital x7



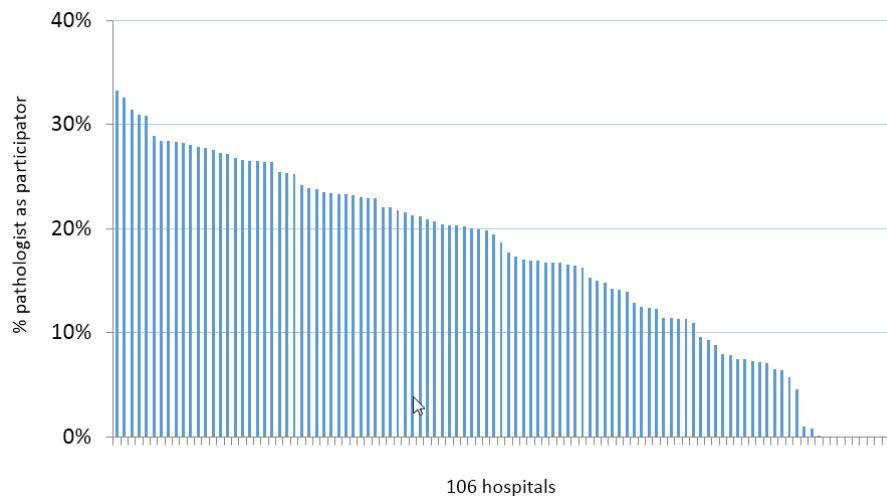
Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

Figure 51 and Figure 52 (both in appendix) show, per hospital, the distribution of the frequency for radiologists and pathologists (including those with a double specialty in pathology and biology, code 867); these specialties are only involved in MDT meetings as ‘participants’ and never as ‘coordinators’, as foreseen by the reimbursement rules of MDT meetings. There is considerable variation between hospitals; in some hospitals they apparently attend the meetings regularly, in up to more than 30% of cases, and in others, far less.

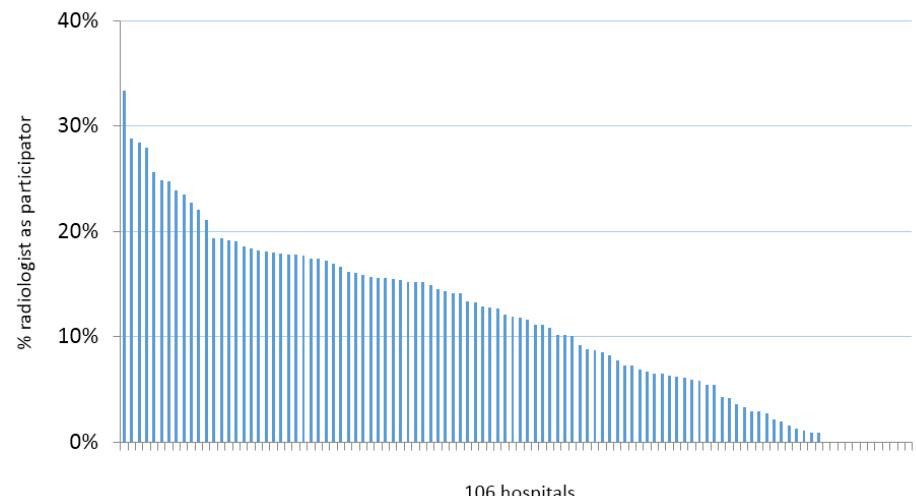


**Figure 51 – Per hospital % pathologist as participant (code 870 + 867) (base = tot N of participants), Period: 2011**



Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

**Figure 52 – Per hospital % radiologist as participant (code 930) (base = tot N of participants) Period: 2011**

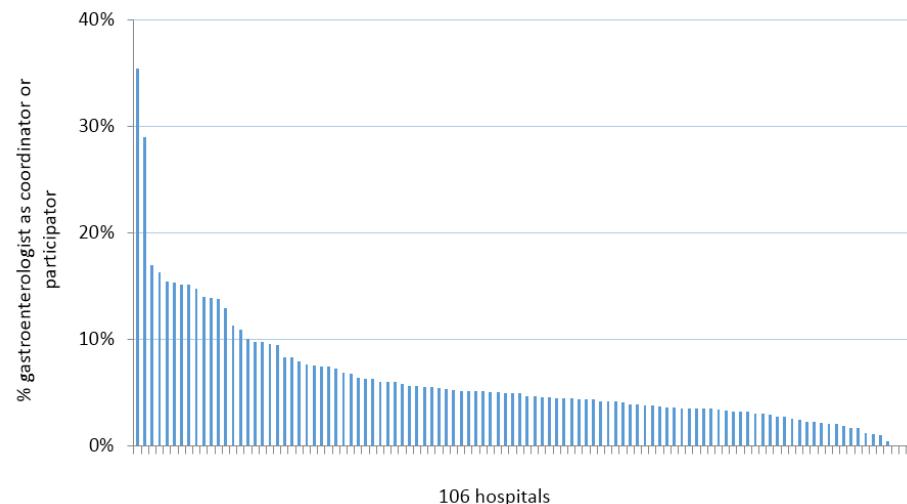


Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013



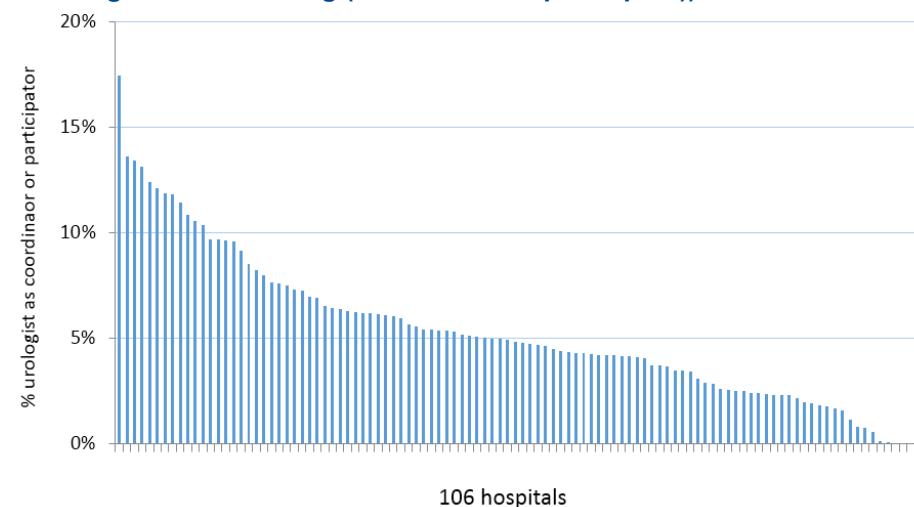
**Figure 53 – Per hospital % gastroenterologist (code 650+659) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant))**

**Period: 2011**



*Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013 for*

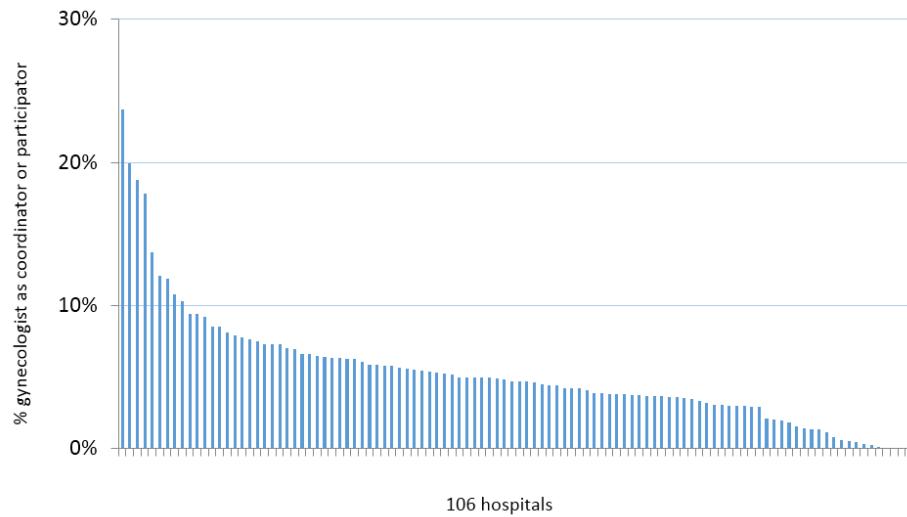
**Figure 54 – Per hospital % urologist (code 450) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011**



*Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013*

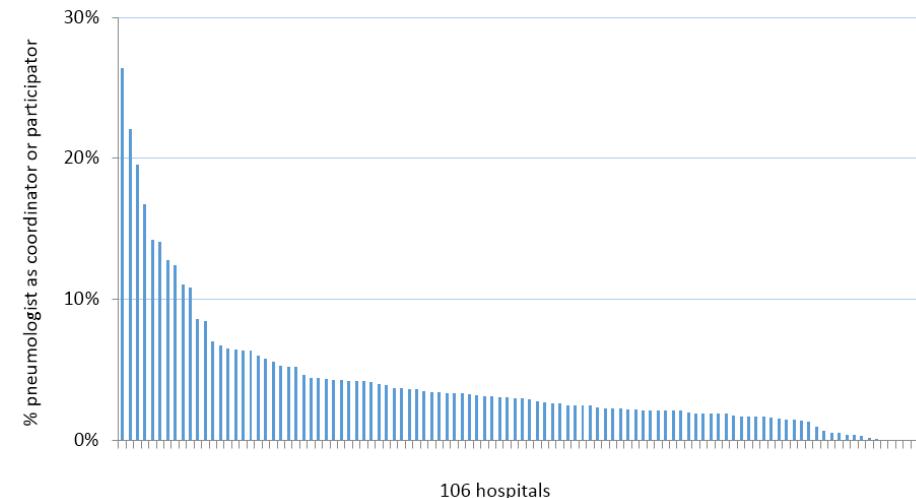


**Figure 55 – Per hospital % gynecologist (code 340) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011**



Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013

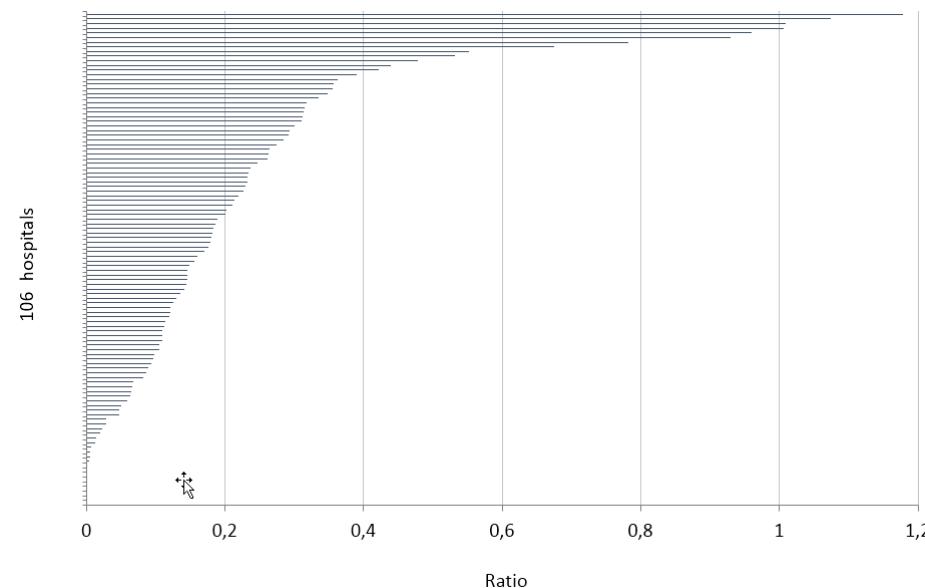
**Figure 56 – Per hospital % pneumologist (code 620+624) assisting to MDT meeting (coordinator or participant) (base = tot N of physicians assisting to MDT meeting (coordinator or participant)) Period: 2011**



Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013



**Figure 57 – Per hospital ratio of number of ‘debriefings’\* to number of primary MDT meetings, Period: 2011**



\*Code 350232, 350254, 350265

Datasource: doc P booked ≤ 30/06/2013



## 4. APPENDIX D: APPENDICES OF CHAPTER 5 (MDT MEETINGS IN BELGIUM, EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF ITS PARTICIPANTS)

### 4.1. Websurvey

#### 4.1.1. *French-speaking questionnaire*

##### Websurvey sur la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) Enquête nationale sur la consultation oncologique multidisciplinaire (COM)

Cette enquête a pour objectif de collecter des informations sur votre expérience avec la consultation oncologique multidisciplinaire (COM). Elle a été envoyée à tous les centres oncologiques en Belgique.

En effet, le KCE mène actuellement une étude permettant d'éclairer la mise en œuvre et le fonctionnement de ces réunions multidisciplinaires, et ce, dans le but de formuler des recommandations visant d'éventuels points d'amélioration.

Vous avez reçu le présent questionnaire via le coordinateur du programme de soins oncologiques de votre hôpital. **Si vous travaillez dans plusieurs hôpitaux, veuillez compléter l'étude en tenant compte de l'hôpital dans lequel vous avez reçu ce courriel. Dans le cadre de cette enquête, nous nous référerons à cet hôpital comme à « votre » hôpital.** Si votre hôpital est multisites, nous vous invitons à répondre au questionnaire pour le site spécifique où vous avez reçu ce courriel.

Compléter le présent questionnaire ne vous demandera que 15 minutes. Vous pouvez l'interrompre et y revenir à un autre moment. Veuillez compléter cette enquête seul(e), ce ne doit pas être un travail collectif.

Les résultats seront présentés de manière anonyme dans un rapport qui sera publié fin 2014 sur le site web du KCE.

À la fin du questionnaire, si vous le désirez, vous aurez aussi la possibilité de formuler des commentaires ou remarques complémentaires que vous aimerez transmettre à l'équipe de recherche.

Merci de bien vouloir compléter le questionnaire **avant le Dimanche 15 Juin**.

**Qui êtes-vous ?****1 []Quel âge avez-vous? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- <= 30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51-60 ans
- 60 + ans

**2 []Vous êtes... \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un homme
- Une femme

**3 []Quelle est votre activité professionnelle ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin spécialiste
- Médecin généraliste
- Médecin en cours de spécialisation
- Infirmier/ère
- Data manager
- Diététicien
- Kinésithérapeute
- Dentiste
- Logopède
- Psychologue
- Assistant(e) social(e)
- Personnel administratif
- Technicien(ne) (imagerie médicale, analyses de laboratoire)

 **Autre****4 []Quels sont vos domaines d'activités? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((S1Q3.NAOK == "SQ001" or S1Q3.NAOK == "SQ003" or S1Q3.NAOK == "SQ012"))

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Anesthésie
- Biologie clinique
- Cardiologie
- Chirurgie cervico-faciale
- Chirurgie digestive (abdominale)
- Chirurgie digestive (thoracique)
- Chirurgie du sein
- Chirurgie générale
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et réparatrice
- Chirurgie thoracique (pulmonaire)
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Gastro-entérologie
- Gériatrie
- Gynécologie
- Hématologie
- Hépatologie (y compris pancréatologie, voies biliaires)
- Médecine interne



- Médecine nucléaire
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nez, gorge, oreilles (ORL)
- Oncologie médicale
- Ophtalmologie
- Pathologie (anatomo-pathologie)
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Radiothérapie
- Soins palliatifs
- Urologie
- Autre
- Autre:

**5 []Quelle proportion de votre activité professionnelle est consacrée aux soins oncologiques ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

Médecin spécialiste ou en formation

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 25 %
- Entre 25 % et 50 %
- Entre 50 % et 75 %
- Plus de 75 %

Je ne sais pas

**6 []Êtes-vous un coordinateur de soins en oncologie (coordinateur de soins en oncologie – onco-coach – accompagnateur de soins en oncologie, etc.) ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

non-médecins

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Votre hôpital**

**7 []Quelle est la désignation générale de votre hôpital ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Hôpital général
- Hôpital général avec lits universitaires
- Hôpital universitaire
- Je ne sais pas
- Autre

**8 []Combien de lits votre hôpital totalise-t-il ? (seulement pour le site où se trouve le centre oncologique) \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 200 lits
- 200 – 400 lits
- 401 – 600 lits
- 601 – 800 lits
- Plus de 800 lits
- Je ne sais pas

**9 []Quelle est la dénomination précise de la fonction de coordinateur de soins en oncologie dans votre hôpital ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- coordinateur de soins en oncologie
- onco-coach
- accompagnateur de soins en oncologie
- Je ne sais pas
- Autre

**Vous et les COM****10 []Avez-vous participé à une réunion de COM (au moins 1 au cours des 6 derniers mois) dans votre hôpital ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**11 []Participez-vous régulièrement à des réunions de COM (au moins une fois par mois) sur un autre site ou dans d'autres hôpitaux ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

participation à une COM dans les 6 derniers mois

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**12 []À quelle fréquence participez-vous à des réunions de COM ? (dans votre hôpital ou dans un autre) \***

participation à une COM dans les 6 derniers mois

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Plus de 5 fois par semaine
- Entre 3 et 5 fois par semaine

- Deux fois par semaine
- Environ une fois par semaine
- Environ une fois par quinzaine
- Environ une fois par mois
- Entre une fois tous les 6 mois et une fois tous les 2 mois
- Une fois tous les 6 mois ou moins

**Votre dernière COM**

Dans les sections suivantes, nous vous invitons à décrire **la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé dans votre hôpital.**

(Seulement si participation à une COM dans les 6 derniers mois)

**13 []A quel rythme se réunit généralement la dernière COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Deux fois par semaine, ou davantage
- Une fois par semaine
- Une fois par quinzaine
- Une fois par mois
- Entre une fois tous les 6 mois et une fois tous les 2 mois
- Une fois tous les 6 mois ou moins
- Je ne sais pas

**14 []À quel moment de la journée était organisée la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pendant la pause déjeuner
- Pendant les heures de travail
- Avant ou après les heures de travail
- Je ne sais pas

**15 []Quelle a été la durée de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 30 minutes
- 30-60 minutes
- 60-90 minutes
- 90-120 minutes
- Plus de 2 heures
- Je ne sais pas, je n'ai pas assisté à l'intégralité de la réunion

**16 []La dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé était-elle une réunion générale au cours de laquelle différents types de cancers ont été discutés ou était-elle spécifiquement consacrée à certains types de tumeurs ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Réunion générale
- Réunion spécifique à certains types de tumeur
- Je ne sais pas

**17 []Si la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé était spécifiquement consacrée à certains types de tumeurs, veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent. \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

**réunion spécifique**

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Cervico-faciale (hors thyroïde)
- Colorectale
- Cutanée (y compris mélanome)
- Endocrinienne (y compris thyroïde)
- Gastro-intestinale supérieure

- Génito-urinaire
- Gynécologique
- Hématologique
- Hépatologique (y compris pancréas, voies biliaires)
- Sein
- Musculosquelettique (y compris sarcome)
- Neuroendocrinienne
- Pulmonaire
- Système nerveux central
- Je ne sais pas
- Autre:

**18 []Quel était votre rôle au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

**médecin**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Participant
- Coordinateur de la réunion COM
- Les deux rôles, en fonction des patients dont il était question
- Je ne sais pas

**19 []Combien de personnes ont participé à votre dernière réunion de COM ? Comptabilisez tous les acteurs, à l'exception des étudiants, mais en incluant ceux qui n'ont participé qu'à une partie de la réunion. \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- <3
- 4



- 5
- 6
- 7-10
- 11-15
- >15
- Je ne me souviens pas

20 [] Un ou plusieurs médecin(s) généraliste(s) participai(ent)-t-il(s) à cette dernière réunion de COM ? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21 [] À part vous, qui d'autre participait à la dernière réunion de COM ? (même si ce n'était pas pour toute la durée de la réunion). \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	De votre hôpital	D'un hôpital	autre	Pas représentant pas	de Je ne sais pas
Médecin spécialiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Médecin en cours de spécialisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infirmier/ère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Data manager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diététicien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kinésithérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	De votre hôpital	D'un hôpital	autre	Pas représentant pas	de Je ne sais pas
Logopède	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistant(e) social(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Personnel administratif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Technicien(ne) (imagerie médicale, analyses de laboratoire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

22 [] Si autre, précisez

Veuillez écrire votre réponse ici :

23 [] Quelle(s) spécialité(s) médicale(s) étai(en)t représentée(s) lors de cette dernière COM ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

un médecin spécialiste ou en cours de spécialisation présent

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	De votre hôpital	D'un hôpital	autre	Je ne sais pas
Anesthésie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Biologie clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



	De votre hôpital	D'un hôpital	autre	Je ne sais pas		De votre hôpital	D'un hôpital	autre	Je ne sais pas
Chirurgie cervico-faciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hématologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie digestive (abdominale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatologie (y compris pancréatologie, voies biliaires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie digestive (thoracique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Médecine interne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Médecine nucléaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Néphrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie maxillo-faciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Neurochirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie orthopédique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie plastique et réparatrice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Nez, gorge, oreilles (ORL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgie thoracique (pulmonaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Oncologie médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dermatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Ophtalmologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Endocrinologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pathologie (anatomopathologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gastro-entérologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pédiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gériatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pneumologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gynécologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					Radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					Radiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					Soins palliatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



	De votre hôpital	D'un hôpital	autre	Je ne sais pas
Urologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**24 [] Si autre, précisez**

Veuillez écrire votre réponse ici :

**25 []Lors de la dernière COM, manquait-il une personne selon vous essentielle à la discussion ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**26 []De qui s'agissait-il ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

oui à la question précédente

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Médecin spécialiste
- Médecin généraliste
- Médecin en cours de spécialisation
- Infirmier/ère
- Data manager
- Diététicien
- Kinésithérapeute
- Dentiste
- Logopède

- Psychologue
- Assistant(e) social(e)
- Personnel administratif
- Technicien(ne) (imagerie médicale, analyses de laboratoire)
- Autre:

**Les patients discutés à la dernière COM****27 []Combien de patients ont été passés en revue lors de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- <5
- 5-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- >25
- Je ne sais pas

**28 []Combien de temps a été consacré en moyenne à chaque patient passé en revue lors de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 5 minutes
- 5-10 minutes
- 10-30 minutes
- 30- 50 minutes
- Plus de 50 minutes
- Je ne sais pas



**29 []Le stade clinique (TNM, FIGO, ...) était-il clairement défini pour chaque patient passé en revue pendant la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour tous les patients
- Non, seulement pour certains patients
- Non, pour aucun patient
- Je ne sais pas

**30 []Pour quelles raisons ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

seulement pour certains patients ou pour aucun patient

Veuillez écrire votre réponse ici :

**31 []Sur quels critères le traitement était-il alors basé ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

seulement pour certains patients ou pour aucun patient

Veuillez écrire votre réponse ici :

**32 []Pour les patients dont les données pathologiques étaient disponibles, le stade pathologique (TNM, FIGO, ...) était-il clairement défini lors de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour tous les patients
- Non, seulement pour certains patients
- Non, pour aucun patient
- Je ne sais pas

**33 []Pourquoi pas pour ces patients?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

seulement pour certains patients ou pour aucun patient

Veuillez écrire votre réponse ici :

**34 []À la fin de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé, a-t-on clairement indiqué quelles seraient les prochaines étapes du parcours de soins pour tous les cas abordés ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**35 []Le nom de la personne chargée de la prochaine étape est-il inscrit dans le dossier médical du patient ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

oui à la question précédente

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Utilisation de guidelines dans la dernière COM**

**36 []Au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé, avez-vous eu le sentiment que le manuel en oncologie et/ou des recommandations locales/nationales/internationales ont été utiles pour guider votre décision ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, pour tous les patients



- Oui, pour la plupart des patients
- Oui, pour certains patients seulement
- Non, pour aucun patient
- Je ne sais pas

**37 []Pourquoi pas? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

pour la plupart des patients, seulement pour certains patients ou pour aucun patient

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Justifiez
- Je ne sais pas

Faites le commentaire de votre choix ici :

**38 []Quelles recommandations avez-vous suivies pour guider votre décision au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucune
- Des recommandations de l'hôpital (manuel en oncologie)
- Des recommandations nationales
- Des recommandations internationales
- Je ne sais pas
- Autre:

**Ressources techniques utilisées lors de la dernière COM à laquelle vous avez participé**

**39 []Au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé de quel matériel disposiez-vous pour mener une réunion efficace ? \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui, pour tous les patients	Oui, pour la plupart des patients	Oui, pour quelques patients	Non	Je ne sais pas
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----	----------------

De toutes les informations nécessaires à propos de la situation du patient (anamnèse, imagerie, pathologie le cas échéant, etc.)

De toute l'assistance technologique nécessaire

De toutes les personnes nécessaires présentes à la réunion

**40 []Comment se présentait le dossier médical dont vous disposiez au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Format papier
- Format électronique disponible pour une personne dans la pièce



- Format électronique disponible pour une personne dans la pièce et projection pour les participants
- Format électronique disponible pour chaque participant
- Je ne sais pas
- Autre:

**41 []Comment les résultats de l'imagerie médicale ont-ils été mis à la disposition des participants de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Projection sur grand écran visible par tous les participants
- Aucun résultat d'imagerie médicale n'a été présenté au cours de la réunion
- Je ne sais pas
- Autre:

**42 []Comment les résultats pathologiques ont-ils été communiqués au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé ? \***

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Le rapport écrit était disponible
- Le rapport écrit a été présenté (oralement ou projeté)
- Les lames ont été projetées
- Accès à des images de pathologie virtuelle et projection
- Aucun résultat pathologique n'a été discuté
- Je ne sais pas
- Autre:

**43 []Lors de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé, des outils numériques d'aide à la décision ont-ils été utilisés (p. ex. MATE, OncoDoc2, Adjuvant!) ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne connais pas ces outils
- Je ne sais pas

**44 []Une autre ressource technique a-t-elle été utilisée au cours de la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vidéoconférence avec un autre hôpital
- Vidéoconférence avec un généraliste
- Non
- Je ne sais pas

**45 []À la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé, comment les sujets discutés (stade clinique, pronostic, traitement, autres étapes, etc.) ont-ils été documentés ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un rapport a été rédigé à la main
- Un rapport a été rédigé à la main et a été ensuite saisi (après la réunion) manuellement sur un support électronique
- Un rapport a été rédigé à la main et a été ensuite scanné (après la réunion) dans le dossier du patient
- Le rapport est saisi directement sous format électronique (pendant la réunion)
- Je ne sais pas
- Autre



### Perceptions des COM (cancers invasifs)

**46 []Selon votre expérience, le cas de tous les patients atteints d'un cancer invasif a-t-il été discuté au cours de la réunion de COM au moment du diagnostic ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, la majorité des patients présentant un cancer invasif a été discutée de façon systématique
- Non, la majorité des patients présentant un cancer invasif n'a pas été discutée de façon systématique
- Je ne sais pas

**47 []Selon votre expérience, quels types de cancers invasifs ne sont pas toujours examinés au cours de la réunion COM de votre hôpital ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

non à la question précédente

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Cervico-facial
- Organes digestifs
- Organes respiratoires
- Os, cartilage articulaire, tissus mous et sarcome de Kaposi
- Mélanome malin
- Mésothéliome
- Sein
- Organes génitaux de la femme
- Prostate
- Autre organes génitaux de l'homme
- Voies urinaires
- Oeil et système nerveux central

Thyroïde et autres glandes endocrines

Tumeurs hématologiques (y compris myélodysplasiques/myéloprolifératives (MDS,MPD)) tumeurs

Sites primaires inconnus et sites mal définis

Je ne sais pas

Autre:

**48 []Selon votre expérience, pourquoi certains patients atteints d'un cancer invasif ne font pas l'objet d'un examen pendant la réunion de COM ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

((S4Q1.NAOK == "A2")non à la question précédente)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En raison de contraintes de temps, nous devons effectuer une sélection et tous les cas ne peuvent être abordés
- Parce que certains cas sont évidents et qu'il n'est pas nécessaire d'examiner les décisions au cours d'une réunion de COM
- Parce que la gestion de certains cas est clairement décrite dans le manuel d'oncologie de l'hôpital (recommandations locales), de sorte qu'il ne soit pas nécessaire d'examiner les décisions au cours d'une réunion de COM
- Parce que certains patients sont en stade avancé et seuls des soins palliatifs peuvent être proposés, de sorte qu'il ne soit pas nécessaire d'examiner les décisions au cours d'une réunion de COM
- Parce que certains patients sont âgés et fragiles, et présentent des comorbidités telles qu'on ne peut pas leur proposer tellement d'options, de sorte qu'il ne soit pas nécessaire d'examiner les décisions au cours d'une réunion COM
- Parce que certains médecins de l'hôpital ne participent pas vraiment aux soins oncologiques et aux COM



- Parce que la COM est organisée quand certains médecins ne peuvent être présents (ils ont des consultations à domicile, dans un autre hôpital, ou ils ont une intervention chirurgicale en salle d'opération au moment de l'organisation de la COM...)
- Parce que certains spécialistes traitants ont décidé de ne pas mettre leurs patients à l'ordre du jour
- Parce que le traitement dans notre hôpital n'est que partiel et que la décision de traitement a été prise par un autre hôpital (patients envoyés pour la radiothérapie par exemple)
- Je ne sais pas
- Autre:

#### Perceptions des COM (contenu)

**49 []Selon votre expérience, la majorité des patients examinés au cours de la réunion de COM le sont-ils suffisamment tôt dans le parcours clinique, en d'autres termes avant le début de tout traitement ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

#### 50 []Pourquoi pas?

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

non à la question précédente

Veuillez écrire votre réponse ici :

#### 51 []Quels aspects du patient ont été examinés au cours de la COM ? \*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Sujets médicaux (diagnostic, stratégies thérapeutiques)

- Situation psychologique
- Situation sociale
- Situation financière
- Souhaits personnels
- Régime alimentaire
- Autre:

#### 52 []Pensez-vous que les aspects non médicaux ont été suffisamment pris en compte ? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

#### 53 []Selon votre expérience, certains aspects manquaient-ils au cours des discussions de la COM ? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

#### 54 []Lesquels? Pourquoi avez-vous ce sentiment ? \*

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

oui à la question précédente

Veuillez écrire votre réponse ici :

#### Avantages et barrières

#### 55 []Selon votre expérience, quels sont les avantages des COM ? \*



Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Elle assure que la décision est le résultat d'un processus conjoint
- Elle assure que la décision est directement communiquée à tous les participants
- Elle améliore le diagnostic et le processus de détermination du stade de la tumeur
- Elle améliore la qualité des soins prodigés aux patients
- Elle exerce un impact positif sur la formation
- Elle améliore la coordination entre les prestataires de soins de santé
- Elle améliore les contacts sociaux entre les prestataires de soins de santé
- Elle assure un meilleur respect des recommandations
- Elle assure une révision par les pairs des pratiques des collègues
- Elle prévient tout surtraitement
- Elle évite tout sous-traitement
- Je ne sais pas
- Autre
- Autre:

**56 []Vous avez coché les propositions suivantes, classez-les par ordre d'importance en commençant par le plus important (5 maximum)**

Toutes les réponses doivent être différentes.

Veuillez sélectionner 5 réponses maximum

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences. Veuillez cocher au plus 5 élément(s)

**57 []Quand vous repensez aux dernières COMs auxquelles vous avez participé, quels sont, d'après vous, les obstacles à une organisation efficace des COMs ? \***

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- L'heure choisie pour la COM pendant la journée n'est pas optimale (la réunion est prévue à une heure trop précoce ou trop tardive, pendant la pause déjeuner ou pendant une autre activité)
- Le coordinateur manque de leadership
- Les discussions sont plutôt chaotiques et mal organisées
- Il y a un problème de gestion du temps (respect des durées prévues) pendant la réunion
- Il n'existe aucun processus clair de discussion des patients
- Il n'y a pas de véritable discussion
- La possibilité de discussion ouverte est limitée
- Toutes les décisions sont déjà prises, elles sont simplement communiquées
- On ne dispose pas du temps suffisant pour préparer les réunions de COM
- On ne dispose pas du temps suffisant pour assister aux réunions de COM
- Les participants ne sont pas suffisamment préparés pour mener une discussion approfondie sur chaque cas
- L'aspect éducatif monopolise le temps
- Un nombre excessif de patients exigent une discussion complémentaire ou supplémentaire
- On a perdu beaucoup de temps à consigner dans les documents toutes les données et informations relatives aux patients (y compris plans de traitement et besoins)
- On a perdu beaucoup de temps à rechercher les résultats de l'imagerie médicale
- On a perdu beaucoup de temps à rechercher les résultats de la pathologie
- On a perdu beaucoup de temps à documenter les décisions prises pour chaque patient pendant les réunions
- Les spécialistes clés ne sont pas toujours présents pour faciliter l'interprétation des résultats
- Les acteurs clés ne participent pas à la décision



- Une pénurie de personnel dans des disciplines clés telles que l'oncologie, la radiothérapie, la radiologie empêche l'organisation des réunions de COM
- Les honoraires financiers couvrant la participation ou la coordination des réunions de COM ne couvrent pas adéquatement l'engagement requis
- Je ne sais pas
- Autre
- Autre:

**58 [] Vous avez coché les propositions suivantes, classez-les par ordre d'importance en commençant par le plus important (5 maximum)**

Veuillez sélectionner 5 réponses maximum

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences Veuillez cocher au plus 5 élément(s)

**59 [] Avez-vous le sentiment de disposer de suffisamment de temps pour préparer les réunions de COM (selon votre fonction au sein de l'hôpital, cela peut être la collecte de données, la préparation des résultats d'imagerie, la collecte des protocoles pertinents, etc.) ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- La plupart du temps
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Je ne dois pas préparer la COM
- Je ne sais pas

**Aspects administratifs (pour les coordinateurs de MOC, les coordinateurs de soins et data managers)**

Cette section n'apparaît que pour les coordinateurs des soins, coordinateurs des réunions de COM et gestionnaires de données.

**60 []Participez-vous à la facturation des COM pour les mutualités ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**61 []Participez-vous au transfert de données au Registre belge du Cancer ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**62 []Pendant la dernière réunion de COM à laquelle vous avez participé, combien de patients ont été facturés à la mutualité ? (en nombre absolu) \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

oui à la question 60

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

En tout

Pour une première COM

Pour une COM de suivi

Pour une COM supplémentaire

Si vous ne savez pas, encodez '99'

S'il n'y avait pas de tels patients, encodez '0'

**63 []Pourquoi certains patients n'ont-ils PAS été facturés à la mutualité ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

oui à la question 60



Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Les patients ont déjà été discutés et facturés au cours d'une COM préalable dans notre hôpital
- Les patients ont déjà été examinés au cours d'une réunion de COM et facturé dans un autre hôpital
- Les patients ne sont pas des résidents belges
- Les patients ne sont pas affiliés à une mutualité
- Notre hôpital n'a pas été mentionné comme hôpital de référence dans le rapport de la COM établie après la première COM
- Parce qu'il a été décidé pendant la COM de demander d'autres examens avant de prendre une décision de traitement
- Je ne sais pas
- Autre:

**64 []Combien de temps après la réunion, le rapport de la COM est-il rédigé et signé? (moyenne en semaines) \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((S5Q0A.NAOK == "Y"))

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Immédiatement après la réunion
- Un certain temps après la réunion
- Je ne sais pas

**65 []Combien de temps après?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Nombre de semaines en moyenne.

Si vous ne savez pas, encodez '99'

**66 []Dans votre hôpital, quels sont les différents types de COM ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- La COM est une réunion générale où tous les types de tumeurs sont discutés
- La COM est une réunion spécifique au cours de laquelle seuls certains types de tumeurs sont passés en revue
- Nous avons à la fois des réunions générales et des réunions spécifiques
- Je ne sais pas

**67 []Si elle est spécifique à certains types de tumeurs, veuillez cocher tous les types spécifiques \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

réunion spécifique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Sein
- Système nerveux central
- Colorectale
- Endocrinienne (y compris thyroïde)
- Génito-urinaire
- Gynécologique
- Cervico-faciale (hors thyroïde)
- Hématologique
- Pulmonaire
- Musculosquelettique (y compris sarcome)
- Neuroendocrinienne
- Cutanée (y compris mélanome)
- Gastro-intestinale supérieure
- Je ne sais pas



Autre:

**68 [] Vérifiez-vous pour chaque cas si les recommandations du manuel oncologique sont suivies ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Data manager' à la question '3 [S1Q3]' (Quelle est votre activité professionnelle ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, systématiquement
- Oui, dans la majorité des cas
- Oui, parfois
- Rarement
- Jamais

**69 [] L'analyse des données du Registre belge du Cancer montre qu'il arrive parfois que des informations sur le diagnostic des patients ne leur soient pas transmises (par exemple le stade clinique et/ou le stade pathologique). Selon votre expérience, comment peut-on l'expliquer ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

oui à la question 61

Veuillez écrire votre réponse ici :

**L'implication des médecins généralistes**

**70 [] Les médecins généralistes sont-ils invités aux réunions de COM de leurs patients ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, systématiquement
- Oui, dans certains cas

Jamais

Je ne sais pas

**71 [] Dans quels cas ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

oui dans certains cas

Veuillez écrire votre réponse ici :

**72 [] Combien de jours avant la COM les médecins généralistes sont-ils invités ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Oui, systématiquement' ou 'Oui, dans certains cas' à la question '70 [S6Q1]' (Les médecins généralistes sont-ils invités aux réunions de COM de leurs patients ?)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Si vous ne savez pas encodez '99'

**73 [] Comment sont-ils invités ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Oui, systématiquement' ou 'Oui, dans certains cas' à la question '70 [S6Q1]' (Les médecins généralistes sont-ils invités aux réunions de COM de leurs patients ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Courrier
- E-mail
- Information dans des fichiers électroniques auxquels le généraliste a accès



- Appel téléphonique
- SMS
- Autre:

**74 []Quelle est la fréquence de participation des médecins généralistes aux réunions de COM de votre hôpital ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toutes les semaines
- Plus d'une fois par mois
- Entre une fois par mois et une fois tous les 6 mois
- Moins d'une fois tous les 6 mois
- Jamais
- Je ne sais pas

**75 []Selon votre expérience, les médecins généralistes contribuent-ils aux décisions prises lors des COM (p.ex. dans les options de traitement) ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

**médecins généralistes aux COM**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, systématiquement
- Oui, dans la majorité des cas
- Oui, parfois
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

**76 []Les médecins généralistes sont-ils informés de la discussion de COM ? \***

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, le médecin généraliste est systématiquement informé si le patient a un généraliste connu
- Oui, mais pas systématiquement
- Non, le généraliste n'est jamais informé
- Je ne sais pas

**77 []Comment le médecin généraliste est-il informé du résultat des décisions prises pendant la réunion de COM ? \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Oui, le médecin généraliste est systématiquement informé si le patient a un généraliste connu' ou 'Oui, mais pas systématiquement' à la question '76 [S6Q7]' (Les médecins généralistes sont-ils informés de la discussion de COM ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Par téléphone
- Par courrier
- Par e-mail
- Je ne sais pas
- Autre:

**Information au patient**

**78 []Qui informe le patient des résultats des discussions prises pendant la réunion de COM ? \***

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Le médecin spécialiste traitant
- Le médecin généraliste
- L'onco-coach (coordinateur de soins en oncologie ou CSO)
- Je ne sais pas
- Autre:



## Commentaires

79 [ ] Vous êtes arrivés à la fin du questionnaire.

Avez-vous un commentaire, une remarque ou une suggestion complémentaire sur les COMs?

Veuillez écrire votre réponse ici :

### 4.1.2. Dutch-speaking questionnaire

**Internetenquête betreffende het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)**

**Nationale vragenlijst betreffende het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)**

Deze internetenquête heeft tot doel informatie te verzamelen over uw ervaring met het multidisciplinair oncologisch consult (MOC). Ze wordt verzonden naar alle oncologische centra in België.

Het KCE voert momenteel een studie uit die de huidige organisatie en het functioneren van de MOC vergaderingen wil in kaart brengen om zo aanbevelingen tot formuleren met betrekking tot mogelijk te verbeteren punten.

U hebt deze vragenlijst ontvangen via de coördinator van het zorgprogramma oncologie van uw ziekenhuis. Als u in verschillende ziekenhuizen werkt, gelieve dan de enquête in te vullen met in het achterhoofd het ziekenhuis waarin u deze e-mail ontving. Wij verwijzen in deze enquête naar dat ziekenhuis als "uw" ziekenhuis. Als uw ziekenhuis meerdere sites heeft, dan vragen wij u de vragenlijst in te vullen voor die site waarvoor u deze e-mail ontving.

Het invullen van deze vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag. U kan deze vragenlijst onderbreken en er later aan verder werken. Gelieve deze enquête alleen in te vullen; het is zeker niet de bedoeling dat het teamwerk wordt.

De gegevens van deze enquête worden op een anonieme wijze verwerkt in een rapport dat eind 2014 zal worden gepubliceerd op de website van het KCE.

Aan het einde van de vragenlijst kunt u, als u dat wenst, ook commentaren of opmerkingen voor het onderzoeksteam formuleren.

Gelieve de vragenlijst in te vullen vóór zondag 15 juni.



Er zijn 79 vragen in deze enquête

#### Wie bent u?

##### 1 Hoe oud bent u? \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- <=30 jaar
- 31-40 jaar
- 41-50 jaar
- 51-60 jaar
- 60+ jaar

##### 2 U bent \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Een man
- Een vrouw

##### 3 Mijn beroep \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Geneesheer-specialist
- Huisarts
- Geneesheer-specialist in opleiding
- Verpleegkundige
- Datamanager
- Diëtist
- Fysiotherapeut
- Tandarts
- Logopedist
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- Administratief bediende

- Technicus (bv. medische beeldvorming, laborant)

- Andere

##### 4 Wat zijn uw werkdomen? (alle domeinen aanduiden die van toepassing zijn) \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S1Q3.NAOK == "SQ001" or S1Q3.NAOK == "SQ003" or S1Q3.NAOK == "SQ012"))

Selecteer alle mogelijkheden:

- Anesthesie
- Klinische biologie
- Cardiologie
- Hoofd- en halschirurgie
- Digestieve heelkunde (abdominaal)
- Digestieve heelkunde (thoracaal)
- Borstchirurgie
- Algemene heelkunde
- Maxillofaciale chirurgie
- Orthopedische chirurgie
- Plastische en reconstructieve chirurgie
- Thoracale chirurgie (long)
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Gastro-enterologie
- Geriatrie
- Gynaecologie
- Hematologie
- Hepatologie (incl. pancreatologie, galwegen)



- Interne geneeskunde
- Nucleaire geneeskunde
- Nefrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Neus-, keel- en oorziekten (ORL-NKO)
- Medische oncologie
- Oftalmologie
- Pathologie (anatomopathologie)
- Pediatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Radiotherapie
- Palliatieve zorgen
- Urologie
- Andere (specificeer)
- Andere:

**5  Welk aandeel van uw beroepsactiviteiten wordt ingenomen door oncologische zorgen? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S1Q3.NAOK == "SQ001" or S1Q3.NAOK == "SQ003"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Minder dan 25 %
- 25% tot 50%
- 50% tot 75%
- Meer dan 75%

Ik weet het niet

**6  Bent u zorgcoördinator in oncologie (onco-coach, trajectbegeleider,...)? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S1Q3.NAOK == "-oth-" or S1Q3.NAOK == "SQ004" or S1Q3.NAOK == "SQ005" or S1Q3.NAOK == "SQ006" or S1Q3.NAOK == "SQ007" or S1Q3.NAOK == "SQ008" or S1Q3.NAOK == "SQ009" or S1Q3.NAOK == "SQ010" or S1Q3.NAOK == "SQ011"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

Uw ziekenhuis

**7  Wat is de benaming van uw ziekenhuis? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Algemeen ziekenhuis
- Algemeen ziekenhuis met universitaire bedden
- Universitair ziekenhuis
- Ik weet het niet
- Andere

**8  \*Kies één van de volgende mogelijkheden:**

- Minder dan 200 bedden
- 200 - 400 bedden
- 401 - 600 bedden
- 601 - 800 bedden
- Meer dan 800 bedden
- Ik weet het niet

**9 []Wat is de precieze benaming voor de functie van zorgcoördinator in oncologie in uw ziekenhuis? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Coördinator oncologische zorgen
- Onco-coach
- Trajectbegeleider
- Ik weet het niet
- Andere

U en de MOC

**10 []Woonde u recent (minstens 1 in de laatste 6 maanden) een MOC-vergadering bij in uw ziekenhuis? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**11 []Woont u regelmatig (minstens eenmaal per maand) MOC's bij op een andere site/ander(e) ziekenhuis(zen) dan het uwe? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S1Q10.NAOK == "A1"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**12 []Hoe frequent neemt u deel aan een MOC? (in uw ziekenhuis of een ander) \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S1Q10.NAOK == "A1"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Meer dan 5 keer per week
- 3 tot 5 keer per week
- Tweemaal per week
- Ongeveer eenmaal per week
- Ongeveer eenmaal om de veertien dagen
- Ongeveer eenmaal per maand
- Tussen eenmaal per 6 maanden en eenmaal per 2 maanden
- Eenmaal per 6 maanden of minder

Uw laatste MOC

In de volgende hoofdstukken, nodigen we u uit om de MOC die u laatst in uw ziekenhuis bijwoonde te beschrijven.

**13 []Hoe vaak wordt de MOC die u laatst bijwoonde, georganiseerd? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Tweemaal per week of meer
- Eenmaal per week
- Eenmaal om de veertien dagen
- Eenmaal per maand
- Tussen eenmaal per 6 maanden en eenmaal per 2 maanden
- Eenmaal per 6 maanden of minder
- Ik weet het niet

**14 []Op welk moment van de dag werd deze MOC die u laatst bijwoonde georganiseerd? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Tijdens de middagpauze
- Tijdens uw gewone werkuren
- Voor of na uw werkuren



Ik weet het niet

**15 [] Hoe lang duurde de MOC die u laatst bijwoonde? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Minder dan 30 minuten

30-60 minuten

60-90 minuten

90-120 minuten

Meer dan 2 uur

Ik weet het niet, ik heb niet de hele vergadering bijgewoond

**16 [] Was de MOC die u laatst bijwoonde een algemene vergadering waar verschillende types kanker werden besproken, of was ze specifiek gericht op bepaalde types tumoren? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Algemeen

Specifiek voor bepaald types tumoren

Ik weet het niet

**17 [] Als de MOC die u laatst bijwoonde specifiek op bepaalde types tumoren was gericht, gelieve dan alle antwoorden die van toepassing zijn aan te duiden. \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

((S2Q4.NAOK == "A2"))

Selecteer alle mogelijkheden:

Hoofd en hals (exclusief schildklier)

Colorectaal

Huid (inclusief melanoom)

Endocrien (inclusief schildklier)

Bovenste maagdarmtractus

Urogenitaal

Gynaecologisch

Hematologie

Hepatologie (incl. pancreas, galwegen)

Borst

Musculoskeletaal (inclusief sarcoom)

Neuro-endocrien

Longen

Centraal zenuwstelsel

Ik weet het niet

Andere:

**18 [] Wat was uw rol in deze MOC die u laatst bijwoonde? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S1Q3.NAOK == "SQ001" or S1Q3.NAOK == "SQ002" or S1Q3.NAOK == "SQ003"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Deelnemer

Coördinator van de MOC

Beide rollen, afhankelijk van de besproken patiënten

Ik weet het niet

**19 [] Hoeveel personen woonden de MOC, die u laatst bijwoonde, bij? Hou hierbij rekening met alle deelnemers, ook de personen die niet de hele vergadering bijwoonden, maar hou geen rekening met de aanwezige studenten). \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

<3

4

5



- 6  
 7-10  
 11-15  
 >15  
 Ik weet het niet meer

**20 []Waren er één of meerdere huisartsen aanwezig in de MOC die u laatst bijwoonde? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee  
 Ik weet het niet

**21 []Wie was, uzelf niet meegerekend, aanwezig op de MOC die u laatst bijwoonde? (ook al bleven ze niet de hele vergadering) \***

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Uit uw ziekenhuis	Uit een ander ziekenhuis	Geen vertegenwoordiger	Ik weet het niet
Geneesheerspecialist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geneesheer-(specialist in opleiding)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Datamanager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diëtist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Uit uw ziekenhuis	Uit een ander ziekenhuis	Geen vertegenwoordiger	Ik weet het niet
Fysiotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tandarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administratief bediende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technicus (bv. medische beeldvorming, laborant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22 []Indien andere, gelieve te preciseren**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
 $((S2Q8\_SQ14.NAOK == "A1" \text{ or } S2Q8\_SQ14.NAOK == "A2"))$

Vul uw antwoord hier in:

**23 []Welk(e) medisch(e) specialisme(n) wa(s)(ren) vertegenwoordigd tijdens de MOC die u laatst bijwoonde?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
 $((S2Q8\_SQ1.NAOK == "A1" \text{ or } S2Q8\_SQ1.NAOK == "A2") \text{ OR } (S2Q8\_SQ3.NAOK == "A1" \text{ or } S2Q8\_SQ3.NAOK == "A2"))$

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:



	Uit uw ziekenhuis	Uit een ander ziekenhuis	Ik weet het niet		Uit uw ziekenhuis	Uit een ander ziekenhuis	Ik weet het niet
Anesthesie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endocrinologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische biologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gastro-enterologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geriatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofd-halschirurgie	en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gynaecologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digestieve heelkunde (abdominaal)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hematologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digestieve heelkunde (thoracaal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatologie (incl. pancreatologie, galwegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Borstchirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Interne geneeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algemene heelkunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nucleaire geneeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maxillofaciale chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nefrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedische chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurochirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plastische en reconstructieve chirurgie	en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thoracale chirurgie (long)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neus-, keel- en oorziekten (ORL-NKO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medische oncologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Oftalmologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Pathologie (anatomopathologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	<b>Uit uw ziekenhuis</b>	<b>Uit een ander ziekenhuis</b>	<b>Ik weet het niet</b>
Pediatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palliatieve zorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (specificeer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24 []Indien andere, gelieve te preciseren**

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**  
 ((S2Q9\_SQ36.NAOK == "A1" or S2Q9\_SQ36.NAOK == "A2"))

Vul uw antwoord hier in:

**25 []**

**Was er tijdens de laatste MOC een bepaald persoon niet aanwezig die noodzakelijk was voor de discussie?**

\*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

**26 []Wie was het? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
 ((S2Q9C.NAOK == 'A1'))

Selecteer alle mogelijkheden:

- Geneesheer-specialist
- Huisarts
- Geneesheer- (specialist in opleiding)
- Verpleegkundige
- Datamanager
- Diëtist
- Fysiotherapeut
- Tandarts
- Logopedist
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- Administratief bediende
- Technicus (bv. medische beeldvorming, laborant)
- Andere:

Patiënten besproken tijdens het laatste MOC

**27 []Hoeveel patiënten werden tijdens de MOC die u laatst bijwoonde, besproken? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- <5
- 5-10
- 11-15
- 16-20



21-25

>25

Ik weet het niet

**28 [] Hoe lang werd elke patiënt gemiddeld besproken tijdens de MOC die u laatst bijwoonde? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Minder dan 5 minuten

5-10 minuten

10-30 minuten

30- 50 minutes

Meer dan 50 minuten

Ik weet het niet

**29 [] Werd de klinische stadiëring (TNM, FIGO...) duidelijk gedefinieerd voor elke patiënt die werd besproken tijdens de MOC die u laatst bijwoonde? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja, voor alle patiënten

Nee, slechts voor bepaalde patiënten

Nee, voor geen enkele patiënt

Ik weet het niet

**30 [] Wat was de reden?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S2Q12.NAOK == "A2" or S2Q12.NAOK == "A3"))

Vul uw antwoord hier in:

**31 [] Op welke criteria was de behandeling dan gebaseerd?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S2Q12.NAOK == "A2" or S2Q12.NAOK == "A3"))

Vul uw antwoord hier in:

**32 [] Werd, voor de patiënten voor wie pathologische gegevens beschikbaar waren, de pathologische stadiëring (TNM, FIGO...) duidelijk gedefinieerd op de MOC die u laatst bijwoonde? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja, voor alle patiënten

Nee, slechts voor bepaalde patiënten

Nee, voor geen enkele patiënt

Ik weet het niet

**33 [] Waarom niet voor deze patiënten?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S2Q14.NAOK == "A2" or S2Q14.NAOK == "A3"))

Vul uw antwoord hier in:

**34 [] Was aan het einde van de MOC die u laatst bijwoonde voor elke besproken casus duidelijk wie de volgende stappen in het verzorgingstraject zou zetten? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

Ik weet het niet

**35 [] Werd de naam van de persoon belast met de volgende stap in het medisch dossier van de patiënt genoteerd? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S2Q16A.NAOK == "A1"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

Ik weet het niet

Gebruik van richtlijnen in het laatste MOC



**36 []Had u, tijdens de MOC die u laatst bijwoonde, het gevoel dat oncologiehandboeken en/of lokale/nationale/internationale richtlijnen nuttig waren om uw beslissing te sturen? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, voor alle patiënten
- Ja, voor de meeste patiënten
- Ja, voor bepaalde patiënten
- Nee, voor geen enkele patiënt
- Ik weet het niet

**37 []Waarom niet? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S2Q17A.NAOK == "A2" or S2Q17A.NAOK == "A3" or S2Q17A.NAOK == "A4"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Motiveer
- Ik weet het niet

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

**38 []Welke richtlijnen volgde u om uw beslissing te sturen tijdens de MOC die u laatst bijwoonde? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

- Geen enkele
- De richtlijnen van het ziekenhuis (handboek oncologie)
- Nationale richtlijnen
- Internationale richtlijnen
- Ik weet het niet
- Andere:

Technische hulpmiddelen gebruikt tijdens de laatste MOC die u bijwoonde

**39 []Over welk materiaal beschikte u tijdens de MOC die u laatst bijwoonde om een efficiënte vergadering te hebben? \***

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Ja, voor alle patiënten	Ja, voor de meeste patiënten	Ja, voor sommige patiënten	Nee	Ik weet het niet
Alle nodige informatie over de situatie van de patiënt (anamnese, beeldvorming, pathologische informatie indien van toepassing, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle nodige technische ondersteuning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle nodige personen aanwezig op de vergadering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>40 []Hoe werd het medische dossier ter beschikking gesteld tijdens de laatste MOC die u bijwoonde? *</b>					
Selecteer alle mogelijkheden:					
<input type="checkbox"/> Op papier					
<input type="checkbox"/> Elektronisch beschikbaar voor iemand in de vergaderzaal					



- Elektronisch beschikbaar voor iemand in de vergaderzaal en geprojecteerd voor de deelnemers
- Elektronisch beschikbaar voor iedereen in de vergaderzaal
- Ik weet het niet
- Andere:

**41 []Hoe werd de medische beeldvorming ter beschikking gesteld tijdens de laatste MOC die u bijwoonde? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

- Op een groot scherm zodat iedereen ze kon zien
- Er werd tijdens de vergadering geen medische beeldvorming getoond
- Ik weet het niet
- Andere:

**42 []Hoe werden de pathologieresultaten beschikbaar gesteld tijdens de laatste MOC die u bijwoonde? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

- Het schriftelijke rapport was beschikbaar
- Het schriftelijke rapport werd voorgesteld (mondeling of geprojecteerd)
- De coupes werden geprojecteerd
- Er werden virtuele pathologiebeelden gedownload en geprojecteerd
- Er werden geen pathologieresultaten besproken
- Ik weet het niet
- Andere:

**43 []Werden tijdens de laatste MOC die u bijwoonde digitale besluitvormingstools gebruikt? (bv. MATE, OncoDoc2, Adjuvant!)? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja

- Nee
- Ik ken deze tools niet
- Ik weet het niet

**44 []Werd een ander technisch hulpmiddel gebruikt tijdens de laatste MOC die u bijwoonde? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Videoconferencing met een ander ziekenhuis
- Videoconferencing met een huisarts
- Nee
- Ik weet het niet

**45 []Hoe werden bij de laatste MOC die u bijwoonde, de besproken onderwerpen (stadiëring, prognose, behandeling, verdere stappen, ...) geregistreerd? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Er werd een handgeschreven verslag gemaakt
- Er werd een handgeschreven verslag gemaakt dat vervolgens (na de vergadering) manueel ingegeven werd op een elektronisch medium
- Er werd een handgeschreven verslag gemaakt dat vervolgens (na de vergadering) ingescand werd en toegevoegd aan het dossier van de patiënt
- Het verslag werd onmiddellijk elektronisch opgemaakt (tijdens de vergadering)
- Ik weet het niet
- Andere

Percepties over de MOCs (invasieve kankers)



**46  Worden, naar uw ervaring, alle patiënten met een invasieve kanker op de MOC besproken op het ogenblik van de diagnose? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, de meeste patiënten met invasieve kanker worden systematisch besproken
- Nee, de meeste patiënten met invasieve kanker worden niet systematisch besproken
- Ik weet het niet

**47  Welke invasieve kanker wordt, naar uw ervaring, niet altijd tijdens het MOC van uw ziekenhuis besproken? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S4Q1.NAOK == "A2"))

Selecteer alle mogelijkheden:

- Hoofd en hals
- Spijsverteringsorganen
- Ademhalingsorganen
- Beenderen, kraakbeen, zacht weefsel & Kaposi sarcoom
- Kwaadaardig melanoom
- Mesotheliom
- Borst
- Vrouwelijke voortplantingsorganen
- Prostaat
- Andere mannelijke voortplantingsorganen
- Urinewegen
- Ogen & centraal zenuwstelsel
- Schildklier & andere endocriene klieren
- Hematologische kancers (incl. MDS, MPD)
- Onbekende primaire en slecht gedefinieerde locaties
- Ik weet het niet

- Andere:

**48  Waarom worden, naar uw ervaring, sommige patiënten met invasieve kanker niet op de MOC besproken? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S4Q1.NAOK == "A2"))

Selecteer alle mogelijkheden:

- Omdat we door tijdgebrek selectief moeten zijn en niet alle patiënten kunnen bespreken
- Omdat sommige gevallen voor de hand liggen en daarvoor geen MOC nodig is om beslissingen te bespreken
- Omdat de behandeling van sommige casusen duidelijk is beschreven in de oncologiehandleiding van het ziekenhuis (lokale richtlijnen) zodat een MOC niet nodig is om beslissingen te bespreken
- Omdat sommige patiënten zich in een vergevorderd stadium bevinden en alleen nog palliatieve zorg kan worden geboden, waardoor een MOC niet nodig is om een beslissing te bespreken
- Omdat voor sommige oudere patiënten met een comorbiditeit en/of die zwak zijn niet zoveel opties kunnen worden geboden en er voor hen dus geen MOC nodig is om een beslissing te bespreken
- Omdat sommige geneesheren in het ziekenhuis niet echt betrokken zijn bij de oncologische zorgen en de MOC
- Omdat de MOC wordt georganiseerd wanneer sommige geneesheren niet aanwezig kunnen zijn (omdat ze in hun private praktijk of in een ander ziekenhuis spreekuur hebben of een chirurgisch programma in de operatiezaal hebben op het ogenblik van het MOC ...)
- Omdat sommige van de behandelende specialisten beslissen om niet al hun patiënten op de agenda te plaatsen
- Omdat de behandeling in ons ziekenhuis slechts gedeeltelijk is en de behandelingsbeslissing in een ander ziekenhuis wordt genomen (patiënten doorverwezen voor radiotherapie bijvoorbeeld)
- Ik weet het niet



Andere:

Percepties over de MOCs (inhoud)

**49 []Worden, naar uw ervaring, de meeste patiënten vroeg genoeg in het klinische traject op de MOC besproken, bv. voordat de behandeling wordt opgestart? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

Ik weet het niet

**50 []Waarom niet?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S4Q2C.NAOK == "A2"))

Vul uw antwoord hier in:

**51 []Welke aspecten van de patiënt worden tijdens de MOC besproken? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

Medische onderwerpen (diagnose, therapeutische strategieën)

Psychologische situatie

Sociale situatie

Financiële situatie

Persoonlijke wensen

Dieet

Andere:

**52 []Heeft u de indruk dat er voldoende aandacht is voor de niet-medische aspecten? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

Ik weet het niet

**53 []Ontbreken er, naar uw ervaring, bepaalde aspecten tijdens de MOC besprekingen? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

Ik weet het niet

**54 []Welke? Waarom heeft u deze indruk? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S4Q5.NAOK == "A1"))

Vul uw antwoord hier in:

Voordelen en hindernissen

**55 []Wat zijn, naar uw ervaring, de voordelen van de MOC's? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

Ze garanderen dat de beslissing het resultaat is van een gezamenlijk proces

Ze garanderen dat de beslissing rechtstreeks aan alle deelnemers wordt gecommuniceerd

Ze verbeteren het diagnose- en stadiëringsproces

Ze verbeteren de kwaliteit van de zorg die de patiënten krijgen

Ze hebben een positieve impact op de opleiding

Ze verbeteren de coördinatie tussen de verschillende zorgverstrekkers

Ze verbeteren de sociale contacten tussen de verschillende zorgverstrekkers

Ze garanderen een beter respect voor de richtlijnen



- Ze garanderen een collegiale toetsing van de praktijken van collega's
- Ze vermijden overbehandeling
- Ze vermijden onderbehandeling
- Ik weet het niet
- Andere
- Andere:

**56 []U heeft de volgende opties aangeduid; gelieve ze nu te klasseren volgens volgorde van belangrijkheid (5 maximum)**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
count(S4Q6\_SQ01, S4Q6\_SQ02, S4Q6\_SQ03, S4Q6\_SQ04,  
S4Q6\_SQ05, S4Q6\_SQ06, S4Q6\_SQ07, S4Q6\_SQ08, S4Q6\_SQ09,  
S4Q6\_SQ10, S4Q6\_SQ11, S4Q6\_SQ12, S4Q6\_SQ13, S4Q6\_other) > 1

All your answers must be different.

Please select at most 5 answers

Geef een nummer voor elke optie volgens uw voorkeur van 1 tot 12

Please choose no more than 5 items.

Ze garanderen dat de beslissing het resultaat is van een gezamenlijk proces

Ze garanderen dat de beslissing rechtstreeks aan alle deelnemers wordt gecommuniceerd

Ze verbeteren het diagnose- en stadiëringsproces

Ze verbeteren de kwaliteit van de zorg die de patiënten krijgen

Ze hebben een positieve impact op de opleiding

- Ze verbeteren de coördinatie tussen de verschillende zorgverstrekkers
- Ze verbeteren de sociale contacten tussen de verschillende zorgverstrekkers
- Ze garanderen een beter respect voor de richtlijnen

- Ze garanderen een collegiale toetsing van de praktijken van collega's
- Ze vermijden overbehandeling
- Ze vermijden onderbehandeling
- Andere

**57 []Denkend aan de MOCs die u hebt bijgewoond, welke factoren werden door u ervaren als hindernis voor een efficiënte organisatie van de MOCs? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

- De timing van de MOC is niet optimaal (de vergadering valt te vroeg of te laat of tijdens de middagpauze)
- Het ontbreekt de coördinator aan leiderschap
- De discussies zijn vaak chaotisch en slecht georganiseerd
- Er is een probleem van tijdsbeheer (respecteren van voorziene duur) tijdens de vergadering
- Het ontbreekt aan een duidelijk proces om de patiënten te bespreken
- Er is geen echte discussie
- De mogelijkheid om een open discussie te voeren is beperkt
- Alle beslissingen zijn al genomen, ze worden gewoon meegedeeld
- Er is niet voldoende tijd om de MOC-vergaderingen voor te bereiden



- Er is niet voldoende tijd om de MOC-vergaderingen bij te wonen
- De deelnemers zijn niet voldoende voorbereid om een grondige discussie over elke casus te hebben
- De nadruk ligt te veel op het opleidingsaspect
- Er zijn te veel patiënten die bijkomend of opnieuw moeten worden besproken
- We verliezen veel tijd met het documenteren van alle relevante gegevens en informatie over de patiënten (waaronder de voorgestelde behandelingsplannen en -behoeften)
- We verliezen veel tijd met het opzoeken van de beeldvormingsresultaten
- We verliezen veel tijd met het opzoeken van de pathologieresultaten
- We verliezen veel tijd met het registreren van de beslissingen die tijdens de vergadering voor elke patiënt zijn genomen
- Belangrijke specialisten die de interpretatie van de resultaten kunnen faciliteren zijn niet altijd aanwezig
- Belangrijke specialisten wonen de vergadering niet bij
- Personeelstekorten in belangrijke disciplines zoals oncologie, radiotherapie en radiologie hinderen de organisatie van MOC-vergaderingen
- De financiële tegemoetkoming voor het bijwonen of coördineren van MOC-vergaderingen dekt het engagement dat nodig is, niet voldoende
- Ik weet het niet
- Andere
- Andere:

**58 []U heeft de volgende opties aangeduid; gelieve deze te klasseren volgens volgorde van belangrijkheid te beginnen met de belangrijkste (maximum 5)**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
count(S4Q7\_SQ01, S4Q7\_SQ02, S4Q7\_SQ03, S4Q7\_SQ04, S4Q7\_SQ05, S4Q7\_SQ06, S4Q7\_SQ07, S4Q7\_SQ08, S4Q7\_SQ09, S4Q7\_SQ10, S4Q7\_SQ11, S4Q7\_SQ12, S4Q7\_SQ13, S4Q7\_SQ14, S4Q7\_SQ15, S4Q7\_SQ16, S4Q7\_SQ17, S4Q7\_SQ18, S4Q7\_SQ19, S4Q7\_SQ20, S4Q7\_SQ21, S4Q7\_SQ22, S4Q7\_SQ23, S4Q7\_other) > 1

All your answers must be different.

Please select at most 5 answers

Geef een nummer voor elke optie volgens uw voorkeur van 1 tot 22

Please choose no more than 5 items.

De timing van de MOC is niet optimaal (de vergadering valt te vroeg of te laat of tijdens de middagpauze)

Het ontbreekt de coördinator aan leiderschap

De discussies zijn vaak chaotisch en slecht georganiseerd

Er is een probleem van tijdsbeheer (respecteren van voorziene duur) tijdens de vergadering

Het ontbreekt aan een duidelijk proces om de patiënten te bespreken

Het ontbreekt aan een duidelijk proces om de patiënten te bespreken

De kans op open discussies is beperkt

Alle beslissingen zijn al genomen, ze worden gewoon meegedeeld

Er is niet voldoende tijd om de MOC-vergaderingen voor te bereiden

Er is niet voldoende tijd om de MOC-vergaderingen bij te wonen



De deelnemers zijn niet voldoende voorbereid om een grondige discussie over elke casus te hebben

De nadruk ligt te veel op het opleidingsaspect

Er zijn te veel patiënten die bijkomend of opnieuw moeten worden besproken

We verliezen veel tijd met het documenteren van alle relevante gegevens en informatie over de patiënten (waaronder de voorgestelde behandelingsplannen en -behoeften)

We verliezen veel tijd met het opzoeken van de beeldvormingsresultaten

We verliezen veel tijd met het opzoeken van de pathologieresultaten

We verliezen veel tijd met het registreren van de beslissingen die tijdens de vergadering voor elke patiënt zijn genomen

Belangrijke specialisten die de interpretatie van de resultaten kunnen faciliteren zijn niet altijd aanwezig

Belangrijke specialisten wonen de vergadering niet bij

Personeelstekorten in belangrijke disciplines zoals oncologie, radiotherapie en radiologie hinderen de organisatie van MOC-vergaderingen

De financiële tegemoetkoming voor het bijwonen of coördineren van MOC-vergaderingen dekt het engagement dat nodig is, niet voldoende

Ander

**59 []Hebt u het gevoel dat u over voldoende tijd beschikt om de MOCs voor te bereiden (afhankelijk van uw functie in het ziekenhuis, kan dat bestaan uit het verzamelen van gegevens, het voorbereiden van beeldvormingsresultaten, het verzamelen van relevante protocols, enz.)? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Meestal wel

Soms

Zelden

Nooit

Ik moet de MOC niet voorbereiden

Ik weet het niet

Administratieve aspecten (voor de coördinatoren en datamanagers)

**60 []Bent u betrokken bij de facturatie van de MOCs aan de ziekenfondsen? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

**61 []Bent u betrokken bij de transfer van data aan het Belgische Kankerregister? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

Ja

Nee

**62 []Hoeveel patiënten werden tijdens de laatste MOC die u bijwoonde aan het ziekenfonds gefactureerd? \***



Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S5Q0A.NAOK == "Y"))

Vul uw antwoord(en) hier in:

In totaal: geef hier het absolute cijfer in

Voor een eerste MOC: geef het absolute cijfer in

Voor een follow-up MOC: geef het absolute cijfer in

Voor een bijkomende MOC: geef het absolute cijfer in

Als U het niet weet, gelieve '99' in te tikken

Als er geen telkens patienten worden, gelieve '0' in te tikken

**63 []Waarom werden sommige patiënten NIET aan het ziekenfonds gefactureerd? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S5Q0A.NAOK == "Y"))

Selecteer alle mogelijkheden:

- De patiënten waren al besproken en aangerekend n.a.v. een eerdere MOC in ons ziekenhuis
- De patiënten waren al besproken tijdens een MOC-vergadering en gefactureerd in een ander ziekenhuis
- Geen inwoner van België
- Niet aangesloten bij een ziekenfonds
- Ons ziekenhuis werd niet als verwijzingsziekenhuis vermeld in het MOC-verslag dat na de eerste MOC werd opgesteld
- Omdat tijdens de MOC beslist werd verdere onderzoeken te doen alvorens te beslissen over de behandeling
- Ik weet het niet

Andere:

**64 []Hoe lang na de vergadering is het MOC verslag klaar en ondertekend? (gemiddeld in weken) \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S5Q0A.NAOK == "Y"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Onmiddellijk na de vergadering
- Enige tijd na de vergadering
- Ik weet het niet

**65 []Hoelang erna?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S5Q3.NAOK == "A2"))

Only numbers may be entered in this field.

Vul uw antwoord hier in:

Aantal weken gemiddeld.

Als u niet weet gelieve '99' te coderen.

**66 []Wat zijn de verschillende types MOCs die in uw ziekenhuis worden gehouden? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- De MOC is een algemene vergadering waarop alle types tumoren worden besproken
- De MOC is een specifieke vergadering waarop alleen bepaalde types tumoren worden besproken (ga naar S2Q5)
- Wij hebben zowel algemene als specifieke vergaderingen (ga naar S2Q5)
- Ik weet het niet



**67 []Indien specifiek voor bepaalde types van tumoren, duid alle tumorgroepen aan waarvoor er in uw ziekenhuis een specifieke MOC wordt georganiseerd \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S5Q4.NAOK == "A2" or S5Q4.NAOK == "A3"))

Selecteer alle mogelijkheden:

- Borst
- Centraal zenuwstelsel
- Colorectaal
- Endocrien (inclusief schildklier)
- Urogenitaal
- Gynaecologisch
- Hoofd en hals (exclusief schildklier)
- Hematologie
- Longen
- Musculoskelettaal (inclusief sarcoom)
- Neuro-endocrien
- Huid (inclusief melanoom)
- Bovenste maagdarmtractus
- Ik weet het niet
- Andere:

**68 []Gaat u voor elke casus na of de richtlijnen van het oncologiehandboek zijn gevolgd? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
Antwoord was 'Datamanager' bij vraag '3 [S1Q3]' (Mijn beroep)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, systematisch
- Ja, in de meeste gevallen

- Ja, soms
- Zelden
- Nooit

**69 []De analyse van het Belgische kankerregister toont aan dat soms cruciale informatie over de diagnose van de patiënt niet aan het Belgische kankerregister wordt doorgegeven (bijvoorbeeld klinisch en/of pathologisch stadium). Waarom is dit volgens u?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S5Q0B.NAOK == "Y"))

Vul uw antwoord hier in:

De betrokkenheid van huisartsen

**70 []Worden huisartsen uitgenodigd op de MOC-vergaderingen over hun patiënten? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, systematisch
- Ja, in sommige gevallen
- Nooit
- Ik weet het niet

**71 []In welke gevallen?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S6Q1.NAOK == "A2"))

Vul uw antwoord hier in:

**72 []Hoeveel dagen voor de MOC worden de huisartsen uitgenodigd? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
Antwoord was 'Ja, systematisch' of 'Ja, in sommige gevallen' bij vraag '70 [S6Q1]' (Worden huisartsen uitgenodigd op de MOC-vergaderingen over hun patiënten?)

Only numbers may be entered in this field.

Vul uw antwoord hier in:

Als U het niet weet, gelieve '99' in te tikken

**73 []Hoe worden zij uitgenodigd? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S6Q1.NAOK == "A1" or S6Q1.NAOK == "A2"))

Selecteer alle mogelijkheden:

- Per brief
- Per e-mail
- Informatie in een elektronisch dossier waar de huisarts toegang toe heeft
- Telefonisch
- Per SMS
- Andere:

**74 []Hoe vaak nemen huisartsen deel aan de MOC vergaderingen in uw ziekenhuis? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Elke week
- Meer dan eenmaal per maand
- Eenmaal per maand tot eenmaal per 6 maanden
- Minder dan eenmaal in 6 maanden

Nooit

Ik weet het niet

**75 []Participeren huisartsen, naar uw ervaring, in het beslissingsproces tijdens de MOC (bv. over de verschillende behandelingsopties)? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
((S6Q5.NAOK == "A1" or S6Q5.NAOK == "A2" or S6Q5.NAOK == "A3" or S6Q5.NAOK == "A4" or S6Q5.NAOK == "A6"))

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja, systematisch
- Ja, in het merendeel van de gevallen
- Ja, soms
- Zelden
- Nooit
- Ik weet het niet

**76 []Worden de huisartsen op de hoogte gebracht van de beslissingen van de MOC? \***

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- De huisarts wordt systematisch op de hoogte gebracht indien de huisarts van de patiënt gekend is
- De huisarts wordt niet systematisch op de hoogte gebracht
- De huisarts wordt nooit op de hoogte gebracht
- Ik weet het niet

**77 []Hoe wordt de huisarts op de hoogte gebracht van de resultaten van de beslissing die tijdens de MOC wordt genomen? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:  
Antwoord was 'De huisarts wordt systematisch op de hoogte gebracht indien de huisarts van de patiënt gekend is' of 'De huisarts wordt niet systematisch op de hoogte gebracht' bij vraag '76 [S6Q7]' (Worden de huisartsen op de hoogte gebracht van de beslissingen van de MOC?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Telefonisch
- Per brief
- Per e-mail
- Ik weet het niet
- Andere:

**Informatie voor de patiënt****78 []Wie brengt de patiënt op de hoogte van de beslissingen die tijdens de MOC zijn genomen? \***

Selecteer alle mogelijkheden:

- De behandelende specialist
- De huisarts
- De onco coach
- Ik weet het niet
- Andere:

**Bemerkingen****79 []U bent aangekomen bij het einde van de vragenlijst.**

Heeft u een bemerking of een bijkomende suggestie over de MOCs?

Vul uw antwoord hier in:

Wij danken u om deze vragenlijst te hebben ingevuld. U bent aan het einde van de vragenlijst.

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.



## 4.2. Additional results

**Table 2 – Participants of the last MDT meeting by hospital size**

	≤ 400 beds	401-600 beds	601-800 beds	> 800 beds
<b>Surgeons</b>	88.9%	84.5%	87.3%	82.7%
<b>Medical oncologists</b>	92.5%	90.5%	92.4%	81.9%
<b>Radiotherapists</b>	81.0%	74.4%	83.4%	84.2%
<b>Medical imaging</b>	74.9%	72.6%	75.8%	78.6%
<b>Other medical specialists</b>	97.5%	94.0%	93.6%	93.6%
<b>Specialists in training</b>	66.8%	67.3%	72.0%	84.4%
<b>Nurses</b>	59.8%	70.8%	55.4%	65.2%
<b>GPs</b>	51.8%	26.8%	11.5%	13.6%
<b>Data Managers</b>	42.7%	62.5%	59.2%	56.4%
<b>Psychologists</b>	32.2%	49.4%	36.9%	43.0%
<b>Administrative staff</b>	24.1%	22.0%	25.5%	24.5%
<b>Social workers</b>	15.1%	16.1%	16.6%	16.3%
<b>Technicians</b>	14.1%	13.1%	20.4%	17.3%
<b>Dieticians</b>	12.6%	13.1%	14.7%	16.5%
<b>Physiotherapists</b>	4.0%	3.0%	7.0%	6.0%
<b>Others</b>	3.5%	4.2%	3.2%	4.9%
<b>Speech therapists</b>	1.5%	1.2%	2.6%	7.2%
<b>Dentists</b>	1.0%	1.2%	0.6%	2.9%

N=1014

**Table 3 – Participants of the last MDT meeting according to the type of meeting (general vs. specific)**

	General MDT meeting	Specific MDT meeting
<b>Surgeons</b>	88.4%	84.1%
<b>Medical oncologists</b>	88.9%	86.3%
<b>Radiotherapists</b>	76.4%	83.2%
<b>Medical imaging</b>	74.1%	77.0%
<b>Other medical specialists</b>	98.6%	93.2%
<b>Specialists in training</b>	63.4%	79.7%
<b>Nurses</b>	65.3%	65.0%
<b>GPs</b>	40.3%	18.9%
<b>Data Managers</b>	47.2%	57.7%
<b>Psychologists</b>	40.7%	42.7%
<b>Administrative staff</b>	20.8%	25.7%
<b>Social workers</b>	18.1%	15.6%
<b>Technicians</b>	16.2%	16.7%
<b>Dieticians</b>	20.4%	13.8%
<b>Physiotherapists</b>	6.5%	5.0%
<b>Other</b>	6.5%	3.6%
<b>Speech therapists</b>	5.1%	4.3%
<b>Dentists</b>	1.8%	1.9%

N=1014



**Figure 58 – Three main advantages of the MDT meetings (N= 941)**

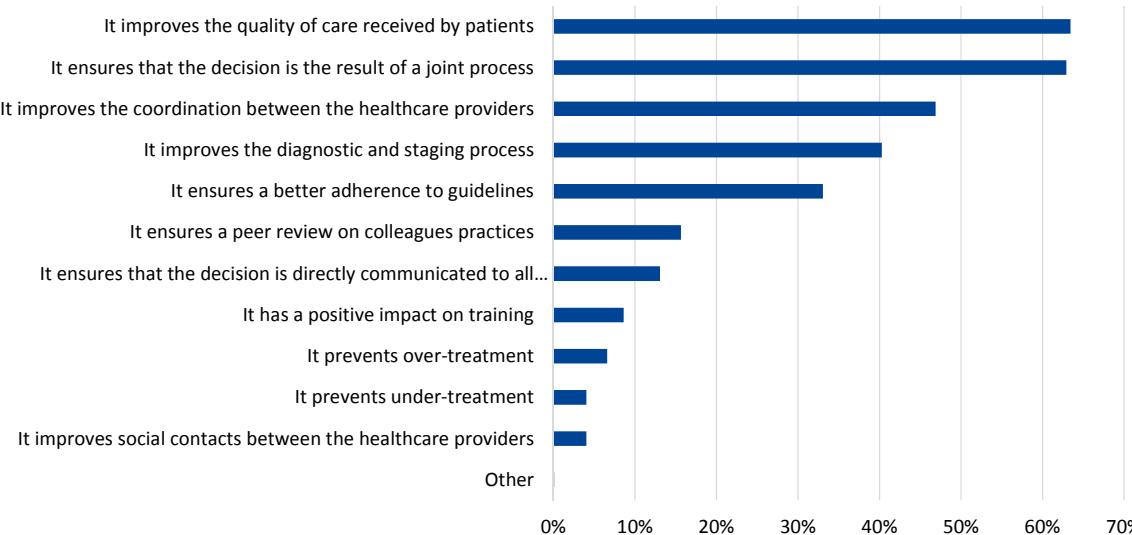
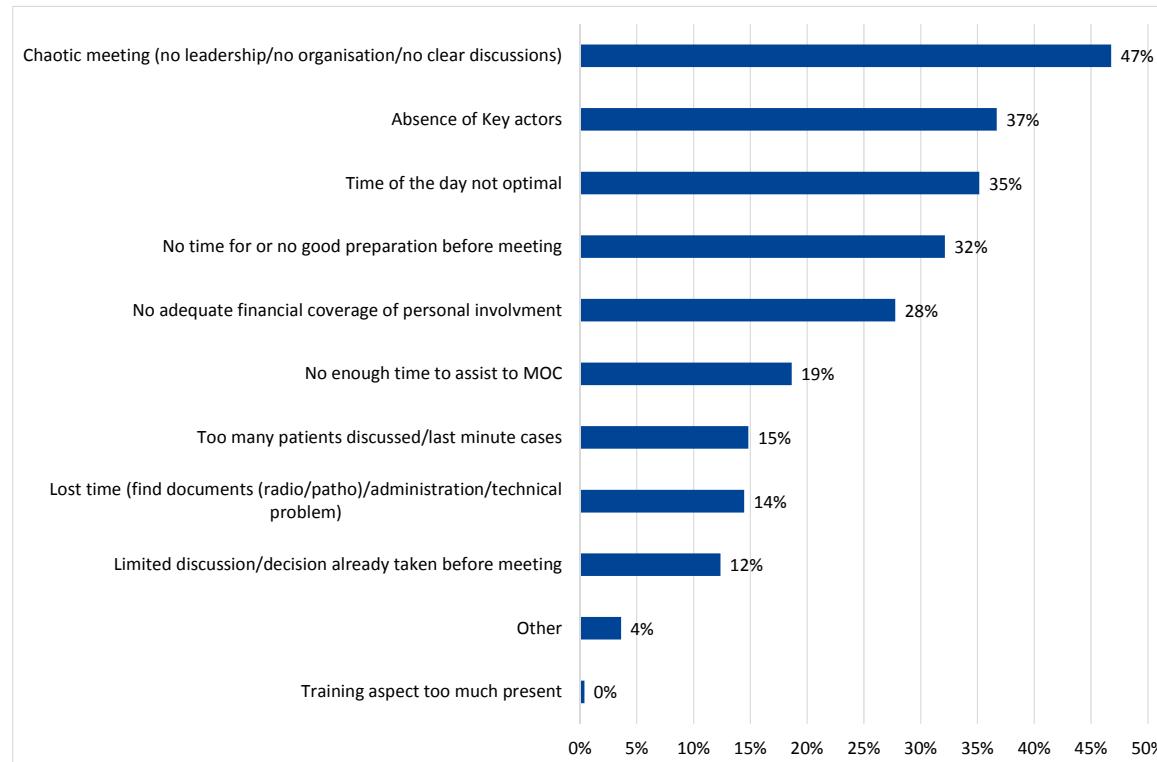




Figure 59 – Three first barriers to an efficient MDT meeting (N=526)





## 5. APPENDIX E: APPENDICES OF CHAPTER 6 (WHAT IS THE CURRENT PERCEIVED ROLE OF GPS AT THE MDT MEETING? WHAT ARE THE GPS' EXPECTATIONS AND BARRIERS FOR THEIR ATTENDANCE AT THE MDT MEETINGS ?)

### 5.1. The interview-guides

#### 5.1.1. A 1: Interview-guide Dutch

Onderwerp	Inhoud en doelstelling	Vragen	Timing (minuten)
1. Introductie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bedanken voor de medewerking</li><li>- Nogmaals wijzen op de doelstellingen van het onderzoek en de manier van rekruteren van de deelnemers, met respect voor de anonimiteit</li></ul>		5'
(Voorstelling van de geïnterviewde)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Voorstellen van de geïnterviewde: zie voorstellingsfiche geïnterviewde GP: op papier voor of na het interview)</li></ul>		
2. De MOCs in theorie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Begrip MOC: wat wordt hieronder verstaan? Doel: zorgen dat we vd juiste basis kunnen vertrekken, zo nodig aangevuld door een stukje theorie vd interviewer.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Als ik zeg MOC, waaraan denkt u dan ?</b></li><li>- <b>Hoe zou u een MOC omschrijven?</b></li></ul>	
3. Ervaring	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wat is uw ervaring met MOCs ? Doel: peilen naar ervaringen MOC mbt praktische organisatie + inhoudelijke invulling van de MOC Vertrekken van de laatste MOC en uitbreiden naar andere MOCs waaraan deelgenomen werd.  Onderscheid maken tussen voor, tijdens en na de MOC organisatie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Met welke frequentie neemt u deel aan de MOC? Heeft u ervaring met MOCs in meerdere ziekenhuizen in uw regio?</b></li><li>- <b>Als we eens terugblikken op de laatste MOC die u heeft bijgewoond, kan u mij vertellen hoe dit is verlopen?</b><ul style="list-style-type: none"><li>➔ (Hoe heeft men u uitgenodigd? Hoeveel tijd voor de bijeenkomst?)</li><li>➔ Over welke patiënt ging het (type patiënt? Type tumor?)</li><li>➔ <b>Wat was de reden dat u bent gegaan?</b></li></ul></li></ul>	



- Is deze ervaring representatief voor de meeste ervaringen met andere MOCs die u hebt?  
(Indien niet: waarom niet? Praktisch? Type patiënt? Type kanker? Andere...)
- Hoe verlopen de bijeenkomsten ?
    - Op welke manier participeert u aan de MOC? (aanwezig zijn, via technologische middelen (teleconferentie, videoconferentie, etc) ?
    - Indien u deelneemt aan MOCs in verschillende ziekenhuizen, wat zijn dan de voornaamste verschillen?
    - Weten uw patiënten op voorhand dat er een MOC wordt georganiseerd?  
Indien ja, hoe/door wie worden ze hiervan op de hoogte gebracht?  
(indien neen, waarom niet?)
    - Hoe ervaart u de manier waarop beslissingen worden genomen tijdens de MOC?
      - Is er overleg? Met welke van de aanwezigen?  
Wie heeft vooral het woord in het overleg?
      - Wie neemt de eindbeslissing?  
Hebt u als huisarts een invloed op de eindbeslissing? Wat is uw inbreng op de MOC?
    - Welke informatie ontvangt u na de MOC? Over welke thema's?
    - Als u niet aanwezig kan zijn op een MOC: hoe verloopt de informatie-uitwisseling over de patiënt op dat moment? Wordt u geïnformeerd over de beslissingen die zijn genomen? Op welke manier? Hoe ervaart u dit?



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Wordt de patiënt geïnformeerd? Op welke manier? Hoe ervaart u dit?</li><li>- Op welke manier wordt uw deelname aan de MOC gehonoreerd?</li></ul>
<b>4. Percepties</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rol van de huisarts in de MOC ?</li><li>- Positieve bijdragen van de MOC voor de patiënt ?</li><li>- Positieve bijdragen van de MOC voor de huisarts ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wat denkt u dat de verwachtingen van de andere deelnemers zijn t.a.v. uw participatie aan de MOC?</li><li>- Welke is uw bijdrage tijdens de MOC in het algemeen?</li><li>- Kan de MOC een positieve bijdrage leveren aan het ziekteverloop of de behandeling van de patiënt? Welke?</li><li>- Vindt u de MOC zinvol voor elke patiënt? Waarom wel/niet?</li><li>- Levert uw participatie aan de MOC eventueel ook een bijdrage voor uzelf? Welke?</li></ul>
<b>5. Facilitatoren en Barrières</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bevorderende en belemmerende factoren die huisartsen ondervinden m.b.t. hun participatie aan de MOC<ul style="list-style-type: none"><li>-&gt; Praktische en Organisatorische factoren (uurrooster, afstand, praktijkorganisatie, participatie vergemakkelijken door beroep te doen op ICT, financiering of andere erkenning, tijd, werkbelasting, parkeerproblemen etc. )</li><li>-&gt; Inhoudelijk en relationele factoren (Interesse voor de oncologie, nauwe band met de besproken patiënt, overleg, aandacht, waardering door de collega's specialisten, respect voor de zienswijze van de huisarts)</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wat is voor u belangrijke argumenten om al dan niet aan een MOC deel te nemen?</li><li>- Wat maakt het voor u gemakkelijk om deel te nemen?</li><li>- Wat maakt het moeilijk?</li></ul>
<b>6. Suggesties voor verbeteringen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hoe zou men de betrokkenheid van huisartsen in de MOCs kunnen verbeteren ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hierbij aansluitend: wat kan volgens u een manier zijn om de bijdrage van huisartsen aan de MOCs te verbeteren?</li></ul>



<b>7. Afsluiting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimte voor aanvullingen</li> <li>- Eventueel het vervolg van het project aankaarten : het opstellen van een rapport door het KCE, publicatie op de website</li> <li>- Bedanken voor het gesprek (ook vanwege het KCE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Heeft u nog dingen toe te voegen aan wat er is gezegd tijdens het verloop van dit gesprek, opvattingen te delen, ... ?</b></li> </ul>	5'
----------------------	--	---	----

### 5.1.2. A 2: Interview-guide French

Question/sujet	Contenu	Questions relance / items
<b>8. Introduction et présentation du répondant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Remercier</b> pour la participation</li> <li>- Rappeler les objectifs de l'étude et le mode de recrutement des participants, respect de l'anonymat</li> </ul> <p>Présentation du répondant ; voir aussi fiche de présentation du MG interviewé (version papier en début ou fin d'interview)</p>	
<b>9. Les COM en théorie</b>	<p>Concept COM : qu'est ce qui est compris par ce terme ?</p> <p>S'assurer que nous partons sur des bases communes de présentation</p> <p>Si nécessaire complément d'information par l'interviewer (préciser les termes théoriques de base)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si je dis COM, à quoi pensez-vous ?</b></li> <li>- <b>Comment définiriez-vous une Concertation Oncologique Multidisciplinaire ?</b></li> </ul>
<b>10. Expérience</b>	<p><b>Quelle est votre expérience des COM ?</b></p> <p>Partir du dernier exemple vécu et l'enrichir des autres exemples vécus.</p> <p>Dissocier les 3 temps organisationnels : avant, pendant et après.</p> <p>Informations pratiques</p> <p>Aborder le 3<sup>ème</sup> temps (après ou post-COM) pour les COM auxquelles il n'a pas participé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>A quelle fréquence participez-vous à des COM ?</b></li> <li>- <b>Ont-elles lieu dans plusieurs hôpitaux ? Avez-vous des expériences avec plusieurs hôpitaux ?</b></li> <li>- <b>Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée la dernière COM à laquelle vous avez participé ?</b></li> <li>- <b>Comment avez-vous été contacté ou invité ? par qui ? combien de temps avant la réunion ?</b></li> <li>- <b>Pourquoi avez-vous jugé important de participer à cette dernière COM ?</b></li> <li>- <b>Dans quelle mesure cette expérience est-elle représentative ou non des autres COM auxquelles vous avez participé ?</b></li> <li>- <b>Quels sont les points qui ont été abordés ?</b></li> <li>- <b>Quel a été votre rôle, votre intervention ?</b></li> </ul>



Comment se déroulent généralement ces réunions ?

- Si vous participez à des COM dans différents hôpitaux, quelles sont les différences principales que vous avez observées ?
- Comment votre patient a-t-il été mis au courant de l'organisation de cette COM ?
- Quel est votre apport en général ? Sur quels aspects en particulier ?
- Comment les décisions ont-elles été prises ?
- Comment se déroule la concertation ? Qui prend la parole ?
- De quelle manière participez-vous généralement à la COM ?
  - ➔ (présentiel, via moyens technologiques (téléconférence, vidéoconférence, etc) ?
- Quelles informations recevez-vous suite à la COM ? Sur quel type de support ?
- Comment sont transmises les informations au patient (vous ou le spécialiste qui prend le patient en charge)?
  - ➔ Reparlez-vous des COM avec votre patient ?

Quel est le suivi des COM ?

- Comment se déroule le suivi des COM auxquelles vous ne participez pas ?
  - ➔ Quelles informations vous attendez-vous à recevoir ? sur quel type de support ?
  - ➔ Comment jugez-vous la qualité des informations reçues ?
  - ➔ Comment se passe l'information du patient dans ces situations ?
  - ➔ Y avez-vous été associé d'une autre manière ?
- Comment votre participation à une COM est-elle rémunérée ?

#### 11. Perceptions

D'après vous, quel est votre rôle dans les COM ?

- Dans les COM auxquelles vous avez participé, quelle a été votre contribution ?

	Quels sont d'après vous les apports des COM pour le MG ?	- Que pensez-vous que les participants attendent de vous lors de votre participation à la COM ?
	Quels sont d'après vous les apports des COM pour le patient <i>De l'apport de la COM pour le patient</i>	- Qu'est-ce que la participation au COM vous apporte ? - En quoi vos patients ont-ils bénéficié des COM ?
	De l'apport du MG à la COM De manière générale, de la part des autres participants de la COM, et d'un point de vue personnel,	
	Relancer sur <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Connaissances scientifiques</li> <li>○ Relais domicile</li> <li>○ Information du patient</li> </ul>	
	○ Soutien psychologique	
<b>12. Facilitateurs et barrières</b>	<b>Déetecter les raisons qui font que les MG participent ou non à une COM ?</b> Organisation (horaire, distance, participation facilitée par le recours aux ICT, financement ou autre reconnaissance,) Organisation personnelle (temps, distance, surcharge de travail, problème de parking, etc.,) Intérêt pour l'oncologie Proximité/lien avec le patient dont on discute (liens familiaux, Participation (consultation, écoute, considération par les confrères spécialistes, respect du point de vue du MG)	- - Qu'est-ce qui vous incite à participer ? D'après vous, quels facteurs favorisent actuellement l'implication du MG dans les COM ? - - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ou qui vous freinent à participer aux COM ? - - Eventuellement repasser les différents éléments importants à prendre (colonne de G)
<b>13. Suggestions d'améliorations</b>	- L'amélioration de la contribution des MG aux COM.	- Quelles seraient vos propositions pour améliorer la contribution des MG aux COM ? - et leur participation ?
<b>14. Clôture</b>	Aborder éventuellement la <b>suite du projet</b> : Rédaction d'un rapport par le KCE Publication sur site web <b>Remercier</b> pour l'entretien (de la part du KCE aussi)	- Avez-vous des choses à ajouter par rapport à ce qui a été dit au cours de cet entretien, des idées à partager... ?

