

SYNTHESE

10 JAAR MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGISCHE CONSULTEN: BALANS EN VOORUITZICHTEN



SYNTHESE

10 JAAR MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGISCHE CONSULTEN: BALANS EN VOORUITZICHTEN

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



INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	2
DOEL VAN DEZE STUDIE	3
KERNBOODSCHAPPEN	3
BELANGRIJKSTE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK	5
1. het aantal patiënten dat wordt voorgesteld en besproken in een moc stijgt jaar na jaar. de impact van deze multidisciplinaire consulten wordt algemeen als erg positief beschouwd.....	5
2. de multidisciplinariteit is de belangrijkste voorwaarde voor de kwaliteit en de doeltreffendheid van de moc. de deelname van alle nodige medische disciplines moet dus worden aangemoedigd. daarom moet het gebruik van videoconferenties verder worden bekeken.	9
3. de deelname van huisartsen aan de moc blijft laag, vooral door tijdsgebrek. hun deelname moet makkelijker worden gemaakt, vooral voor de patiënten met een complexe psychosociaal-medisch-sociale situatie.....	14
4. de samenwerking van de ziekenhuisteam met het kankerregister is essentieel voor de ontwikkeling van een zorgkwaliteitsbeleid. de MOC zijn de bevoorrechte overlegmomenten om deze samenwerking te versterken, maar voor een optimaal gebruik van de gegevens moet hun registratieproces verbeterd worden. de rol van de data manager moet worden geherdefinieerd en afgebakend.	16
5. het onderscheid tussen de eerste moc, opvolgings-MOC en bijkomende moc is niet duidelijk. het is noodzakelijk om een samenhangend kader te creëren en de financieringsregels aan te passen.	18
6. de uitwisseling van administratieve gegevens en de financiële stromen met de ziekenfondsen zijn traag, zwaar en complex; ze moeten worden vereenvoudigd. de vervanging van papier door elektronische communicatiemiddelen is nodig	21
7. het kankerplan financiert een aantal extra jobs voor de erkende oncologiecentra, in verhouding tot hun jaarlijks aantal MOC. de functieprofielen van deze jobs zijn slecht gedefinieerd en door een mogelijke aanpassing van de toekenningsregels in 2015 heerst er in de sector onzekerheid over hun voortbestaan.....	21
CONCLUSIE	22
AANBEVELINGEN	23



VOORWOORD

Tot niet zo lang geleden werd kanker ofwel chirurgisch, ofwel radiotherapeutisch, ofwel chemotherapeutisch behandeld. Maar niet met de drie behandelwijzen samen. Hoe ongelofelijk dit ook mag lijken aan het begin van het jaar 2015, de artsen van de 20^{ste} eeuw zijn slechts laat overgestapt op het combineren van verschillende therapeutische mogelijkheden. Vandaag wordt geen enkele clinicus nog verondersteld helemaal alleen een patiënt met kanker te behandelen; het is een echt teamwerk geworden. En de opmerkelijke vooruitgang van de twee voorbije decennia is ongetwijfeld een gevolg van deze nieuwe multidisciplinaire aanpak.

Maar hoe complexer de wetenschappelijke kennis over kanker wordt, hoe meer het team rond de patiënt groeit. Keerzijde van de medaille: hoe meer actoren, hoe ingewikkelder om alles te coördineren. Om te beantwoorden aan deze groeiende complexiteit werden de “Multidisciplinaire oncologische consulten” in het leven geroepen, MOC voor de ingewijden. In ons land werden ze in 2003 geformaliseerd – en dus gefinancierd – en ze hebben een grote vlucht genomen sinds het Kankerplan in 2008 het gebruik ervan in alle kankerbehandelingscentra heeft aanbevolen.

Na 10 jaar toepassing in de praktijk, stelt de vraag zich in hoever het systeem beantwoordt aan de verwachtingen. Daarom heeft het RIZIV het KCE gevraagd een balans op te maken, maar ook enkele pistes te verkennen die hun doeltreffendheid nog zouden kunnen verbeteren, indien dat nodig blijkt. We hebben alle protagonisten van de MOC in België uitvoerig ondervraagd. Hun mening is algemeen erg positief: de MOC dragen in grote mate bij tot de verbetering van de kwaliteit van de oncologische zorgen in België. We bedanken al wie met zijn ervaringen en visie heeft bijgedragen tot dit onderzoek.

We hebben ons specifiek gebogen over de relaties met twee belangrijke partners, het Belgisch Kankerregister – dat alle gevallen van kanker registreert om ons land waardevolle statistieken te kunnen bezorgen en een kwaliteitsvol zorgbeleid te kunnen ontwikkelen – en de ziekenfondsen – die instaan voor de financiering. We hebben het systeem ook geanalyseerd wat betreft het gebruik van de communicatiemiddelen die de moderne technologie ons ter beschikking stelt.

Maar er hangt een hardnekkige donkere wolk boven het systeem en daar hebben we het ook over: de erg lage deelnamegraad van de huisartsen. Terwijl zij hun patiënten toch het best kennen, met hun voorgeschiedenis, hun huidige problemen en hun verlangens voor de toekomst. Hun bijdrage is dus cruciaal, vooral omdat een kankerbehandeling vandaag niet enkel meer streeft naar technische doeltreffendheid, maar ook naar de levenskwaliteit van de patiënt tijdens en na zijn behandeling. We hebben geprobeerd de oorzaken van deze beperkte deelname te identificeren en we stellen enkele bescheiden pistes voor om hun betrokkenheid te verbeteren. Op middellange termijn echter is het de link tussen het ziekenhuis en de eerstelijns geneeskunde, die de patiënt het best kent in alle aspecten van zijn leven, die moet worden herdacht.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



DOEL VAN DEZE STUDIE

Een multidisciplinair oncologische consult (MOC) is een vergadering waar verschillende specialisten betrokken bij eenzelfde (type) kanker samenkomen om een voor elke patiënt een optimaal geïntegreerd diagnostisch, behandel- en opvolgingsplan uit te werken. De MOC werden in het leven geroepen omwille van de stijgende complexiteit van de oncologische behandelingen en hebben ruimschoots bijgedragen tot de verbeterde zorgkwaliteit voor kankerpatiënten in België. Tien jaar na de introductie van hun financiering, wenst het RIZIV een balans op te maken. Ze vroeg het KCE na te gaan of en hoe hun werking kan worden verbeterd.

KERNBOODSCHAPPEN

1. Het aantal patiënten dat wordt voorgesteld en besproken in een MOC stijgt jaar na jaar. De impact van deze multidisciplinaire consulten op de zorgkwaliteit wordt algemeen als erg positief beschouwd.
2. De multidisciplinariteit is de belangrijkste voorwaarde voor de kwaliteit en de doeltreffendheid van de MOC: de deelname van alle betrokken medische disciplines moet dus worden aangemoedigd. Daarom moet het gebruik van videoconferenties verder worden onderzocht.
3. Het aantal huisartsen dat aan een MOC deelneemt blijft laag, vooral door tijdsgebrek. Hun deelname (al dan niet fysiek) moet makkelijker worden gemaakt, vooral voor de patiënten met een complexe psycho-medisch-sociale situatie.
4. De samenwerking tussen de ziekenhuisteam en de Stichting Kankerregister is essentieel voor de ontwikkeling van een zorgkwaliteitsbeleid. De MOC zijn de bevoorrechte overlegmomenten om deze samenwerking te versterken, maar voor een optimaal gebruik van de gegevens moet het registratieproces verbeterd worden. De rol van data manager moet worden geherdefinieerd en afgebakend.
5. Het onderscheid tussen de 'eerste MOC', 'opvolgings-MOC' en 'bijkomende MOC' is niet duidelijk. Er moet een samenhangend kader worden ontwikkeld en de financieringsregels moeten worden aangepast. Bovendien zou een bijkomende categorie moeten worden overwogen: de 'referentie-MOC'.
6. De uitwisseling van administratieve gegevens en de financiële stromen met de ziekenfondsen zijn traag, zwaar en complex. Ze zouden moeten worden vereenvoudigd. De vervanging van papier door elektronische communicatiemiddelen is nodig.
7. Het Kankerplan financiert een aantal extra jobs voor de erkende oncologiecentra, in verhouding tot hun jaarlijks aantal MOC. De functieprofielen van deze jobs zijn slecht gedefinieerd en door een mogelijke aanpassing van de toekenningsregels in 2015 heerst er in de sector onzekerheid over hun voortbestaan.



De diagnose en de behandeling van kanker zijn steeds meer complex geworden. Er worden daarbij veel verschillende disciplines ingezet, die tot voor enkele jaren niet altijd de gewoonte hadden om samen te werken. Deze multidisciplinariteit ligt aan de grondslag van de meest recente vooruitgang bij de aanpak van kanker.

De groeiende complexiteit betekent *de facto* dat elke patiënt vandaag in (direct of indirect) contact komt met veel verschillende actoren^a. Concreet gaat het meestal om een orgaanspecialist (bv. een longarts of een gynaecoloog), een gespecialiseerde chirurg, een radiotherapeut, een oncoloog, een specialist in medische beeldvorming (soms zelfs twee als er beroep wordt gedaan op nucleaire geneeskunde), een anatoom-patholoog, eventueel een geneticus, enz. De patiënt wordt ook begeleid door andere zorgverleners, zoals oncologisch verpleegkundigen, een oncocoach, een psycholoog, sociale werkers, een diëtist, enz. Idealiter wordt er tussen dit team en de huisarts van de patiënt vlot gecommuniceerd

De keerzijde van de medaille van de multidisciplinariteit is een verhoogd risico op slechte communicatie tussen de actoren, op een slechte coördinatie tussen de verschillende interventies en op fragmentering van de zorgen, omdat elke zorgverlener de patiënt bekijkt vanuit het standpunt van de eigen specialiteit. Het behoud van de kwaliteit en de menselijkheid van de zorg moet alleszins voor alle zorgverleners een belangrijk aandachtspunt blijven.

In deze context werden de Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC) in het leven geroepen^b. Zoals hun naam al aangeeft, zijn het vergaderingen waar vertegenwoordigers van alle disciplines, die zich bezighouden met eenzelfde (type) kanker, samenkomen om een voor de patiënt optimaal geïntegreerd diagnostisch, behandel- en opvolgingsplan uit te werken. Deze multidisciplinaire aanpak beantwoordt aan de aanbevelingen van de meeste Europese wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties.

De MOC worden gefinancierd met honoraria voor de prestaties van de aanwezige specialisten, met een maximum van 5 artsen per besproken patiënt (wat meestal lager ligt dan het werkelijk aantal deelnemers).

Daarnaast wordt een aantal extra functies (o.a. oncocoach, data manager) gefinancierd in verhouding tot het aantal MOC per ziekenhuis.

De gebruikte methodes in dit onderzoek

- Overzicht van de wetenschappelijke literatuur en analyse van wetgevingsteksten;
- Analyse van de facturatiegegevens van het RIZIV op nationaal en ziekenhuisniveau;
- Analyse van de gegevens van het Kankerregister gekoppeld aan de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap en dit voor een selectie van 7 kankertypes (borst, prostaat, longen, rectum, kwaadaardig melanoom, leukemie en sarcoom);
- Online enquête bij deelnemers aan MOC van alle ziekenhuizen erkend voor oncologische zorg, om hun huidige praktijk en percepties in kaart te brengen. Van de 4.203 uitgenodigde personen vulden er 1.014 de volledige vragenlijst in. De resultaten van deze enquête werden daarna besproken met twee subgroepen van deelnemers (een Franstalige en een Nederlandstalige groep) om deze resultaten aan te vullen en te nuanceren. U vindt de vragenlijst van dit onderzoek in een bijlage bij het wetenschappelijk rapport (zie [Supplement p 50 vragenlijst FR](#) en [p 68 vragenlijst NL](#));
- Semi-gestructureerde gesprekken met 16 huisartsen (8 Franstaligen en 8 Nederlandstaligen) werden gevoerd om na te gaan wat hen aanzet en afremt om deel te nemen aan een MOC. Dit deel van het onderzoek werd uitbesteed aan een consortium bestaande uit de afdelingen Huisartsgeneeskunde van de universiteiten van Luik en Gent. ([Scientific Report hoofdstuk 6 p 87](#)).

^a Voor een vlotte leesbaarheid van dit document werden voor alle beroepen en voor de patiënten de mannelijke vorm gebruikt.

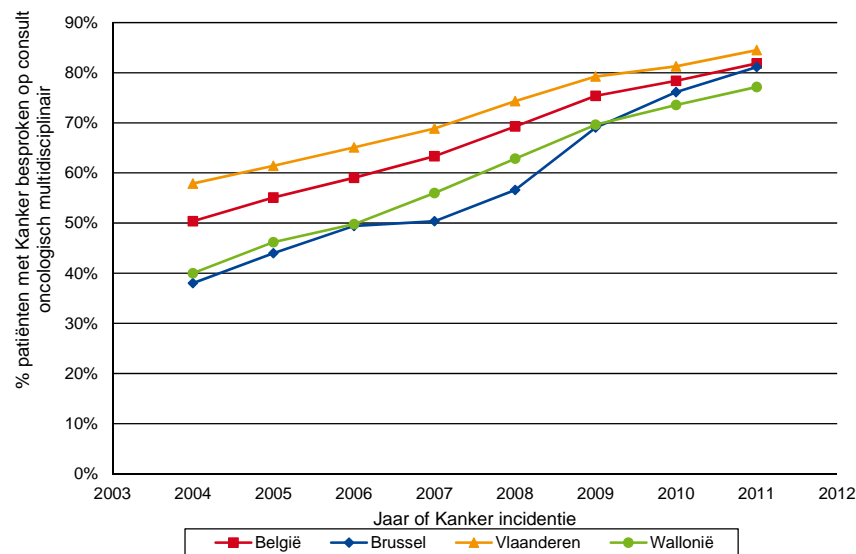
^b Wettelijk kader:
Nomenclatuur: KB 25/11/2002, KB 18/08/2010, interpretatieregels 26/05/2012
Normen voor de erkenning van het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie: KB 21/03/2007, KB 30/08/2013
Normen voor de erkenning van het gespecialiseerd oncologisch programma voor borstkanker: KB 26/04/2007, KB 15/12/2013



BELANGRIJKSTE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

1. *Het aantal patiënten dat wordt voorgesteld en besproken in een MOC stijgt jaar na jaar. De impact van deze multidisciplinaire consulten wordt algemeen als erg positief beschouwd.*

Afbeelding 1 – Evolutie van het percentage patiënten gediagnosticeerd met kanker en besproken tijdens een MOC (2004-2011): nationale en regionale gegevens



Source: Gegevens van Stichting Kankerregister gekoppeld met gegevens van InterMutualistisch Agentschap

Bron: Belgisch Kankerregister gekoppeld aan IMA-data

Meer en meer kankergevallen worden besproken tijdens een MOC

In 2004, een jaar na de implementatie van de MOC, werd slechts 50% van de nieuwe kankergevallen besproken op een MOC. Dit percentage is geleidelijk gestegen naar 82% (in 2011) van alle nieuwe diagnoses van invasieve kanker (77% in Wallonië, 81% in Brussel en 85% in Vlaanderen, zie afbeelding 1).

Het Kankerplan, gelanceerd in 2008, legde voor alle oncologische zorgverstrekkers in België een aantal ambitieuze doelstellingen vast. Een van deze doelstellingen was dat alle kankerpatiënten recht hebben op een bespreking van hun dossier tijdens een MOC.

In de dagelijkse praktijk blijkt dat echter niet altijd mogelijk te zijn en dat om 2 belangrijke redenen:

- Het overlijden van de patiënt kort na de diagnose;
- De behandeling die voorafgaat aan de diagnose; voorbeeld hierbij is een melanoom dat in een vroegtijdig stadium en ambuland wordt verwijderd en dat voor bevestiging van de diagnose naar de anatomopatholoog wordt gestuurd. Dit geval wordt wel (verplicht) geregistreerd bij het Kankerregister, maar een MOC is niet meer aan de orde omdat de behandeling (resectie zonder andere adjuvante behandeling) al volledig werd uitgevoerd.

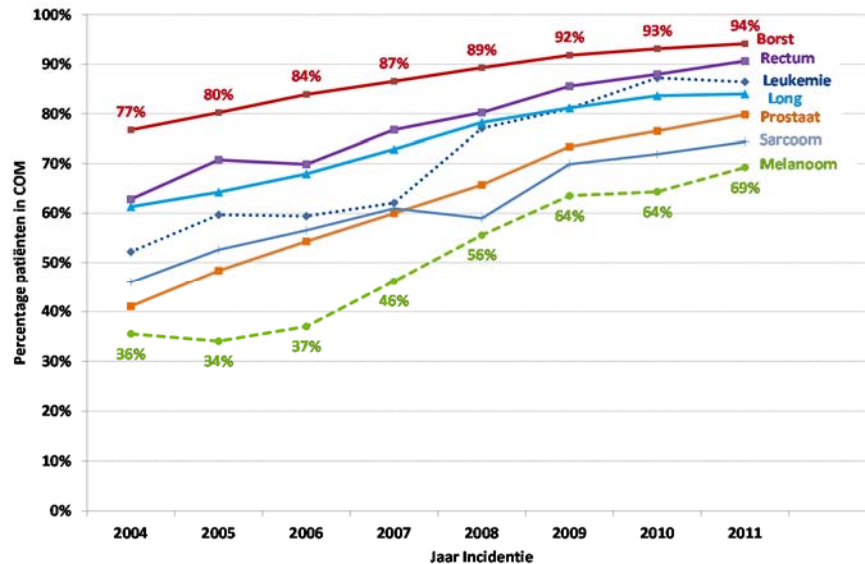
Wanneer is een MOC wettelijk verplicht?

- Voor elke oncologische behandeling die afwijkt van de aanbevelingen van het oncologisch handboek van het ziekenhuis;
- Voor de herhaling van een bestralingsserie van eenzelfde doelgebied binnen de 12 maanden na de aanvangsdatum van de eerste reeks bestralingen;
- Voor chemotherapie met een geneesmiddel dat door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring door een MOC;
- Voor alle vrouwen met borstkanker, die worden behandeld in een erkende Borstkliniek.

Meer informatie vindt u in de gedetailleerde analyse van de wetgeving uitgevoerd door het Kankercentrum: zie Mores B, 2012 (voor volledige bibliografie, zie wetenschappelijk rapport)



Afbeelding 2 – Evolutie van het percentage patiënten gediagnosticeerd met kanker en besproken tijdens een MOC (2004-2011): nationale gegevens, per kankertype



Bron: Belgisch Kankerregister gekoppeld aan IMA-data

Afbeelding 2 toont de evolutie van het aantal MOC volgens kankertype (voor de 7 kankertypes in dit rapport). Voor alle types kanker stijgt de lijn, maar opvallend is dat de kankergevallen die in 2004 het vaakst werden besproken, ook in 2011 nog het vaakst aan bod kwamen. Waarom bepaalde kankertypes minder vaak op het programma van een MOC komen, is niet echt geweten. Het is wel zo dat de plaatselijke teams deze beslissingen nemen. Buiten de specifieke gevallen vermeld in het KB, zijn er geen duidelijke aanbevelingen over de kankertypes die zeker in een MOC moeten worden besproken. In de praktijk beslist meestal de behandelende specialist om een patiënt al dan niet op het programma van een MOC te zetten.

Het feit dat bijvoorbeeld 20% van de gevallen van prostaatcarcinoom niet in een MOC wordt besproken toont aan dat de toegevoegde waarde van het multidisciplinair consult niet door iedereen wordt erkend. Elke beslissing over een geval van prostaatcarcinoom zou inderdaad moeten worden

besproken binnen een MOC, of het nu gaat om de keuze voor actieve bewaking, voor behandeling, of voor een oriëntering naar palliatieve zorgen. Sarcomen, toch een zeldzaam kankertype, worden op een MOC nog minder vaak besproken. Dat is nog meer alarmerend, want hun prognose is slecht en de behandeling complex.

De leeftijd van de patiënt lijkt ook een rol te spelen bij het al dan niet bespreken op een MOC. Ons onderzoek toont aan dat kanker bij erg oude patiënten (>80 jaar) minder vaak op het MOC-programma komt, en dit geldt voor alle onderzochte kankertypes. Sommigen van deze oudere patiënten zouden waarschijnlijk geen zware curatieve behandeling meer verdragen. Toch zou de bespreking van hun geval in een MOC een toegevoegde waarde kunnen hebben voor de keuze van de beste aanpak, curatief of palliatief.

Het is dus logisch dat we, als basisprincipe, aan alle artsen aanbevelen dat elke kankerdiagnose in een MOC moet worden besproken, onafhankelijk van het betrokken orgaan, het ziektestadium, de leeftijd van de patiënt of zijn gezondheidstoestand. Als de behandelende specialist toch zou beslissen om het geval niet in een MOC voor te leggen, moeten de redenen hiervoor worden vermeld in het medisch dossier van de patiënt.

Impact van de MOC op de zorgkwaliteit

De wetenschappelijke literatuur meldt dat de MOC de zorgkwaliteit verbeteren, op niveau van:

- het **zorgproces**: de klinische keuzes worden gebaseerd op een preciezer stadiëring, het behandelplan is meer gedetailleerd, de klinische praktijkrichtlijnen worden beter gevolgd, er is een betere opname van patiënten in klinische studies, er is meer overstap naar palliatieve zorg en het aantal gevallen van overbehandeling daalt;
- de **communicatie** en de **coördinatie** tussen de zorgverstrekkers, en de **zorgcontinuïteit**: er verloopt minder tijd tussen de diagnose en de opstart van de behandeling, er is meer en vlottere doorverwijzing van patiënten naar andere specialisten en het aantal bijkomende onderzoeken dat (onnodig) herhaald wordt daalt.

Uit de literatuur leren we verder dat de **resultaten voor de patiënten verbeteren** (hogere overlevingskans voor verschillende types van kanker, daling van de variabiliteit in de resultaten tussen ziekenhuizen) en dat hun **levenskwaliteit verhoogt** (o.a. betrekken van de patiënten bij de

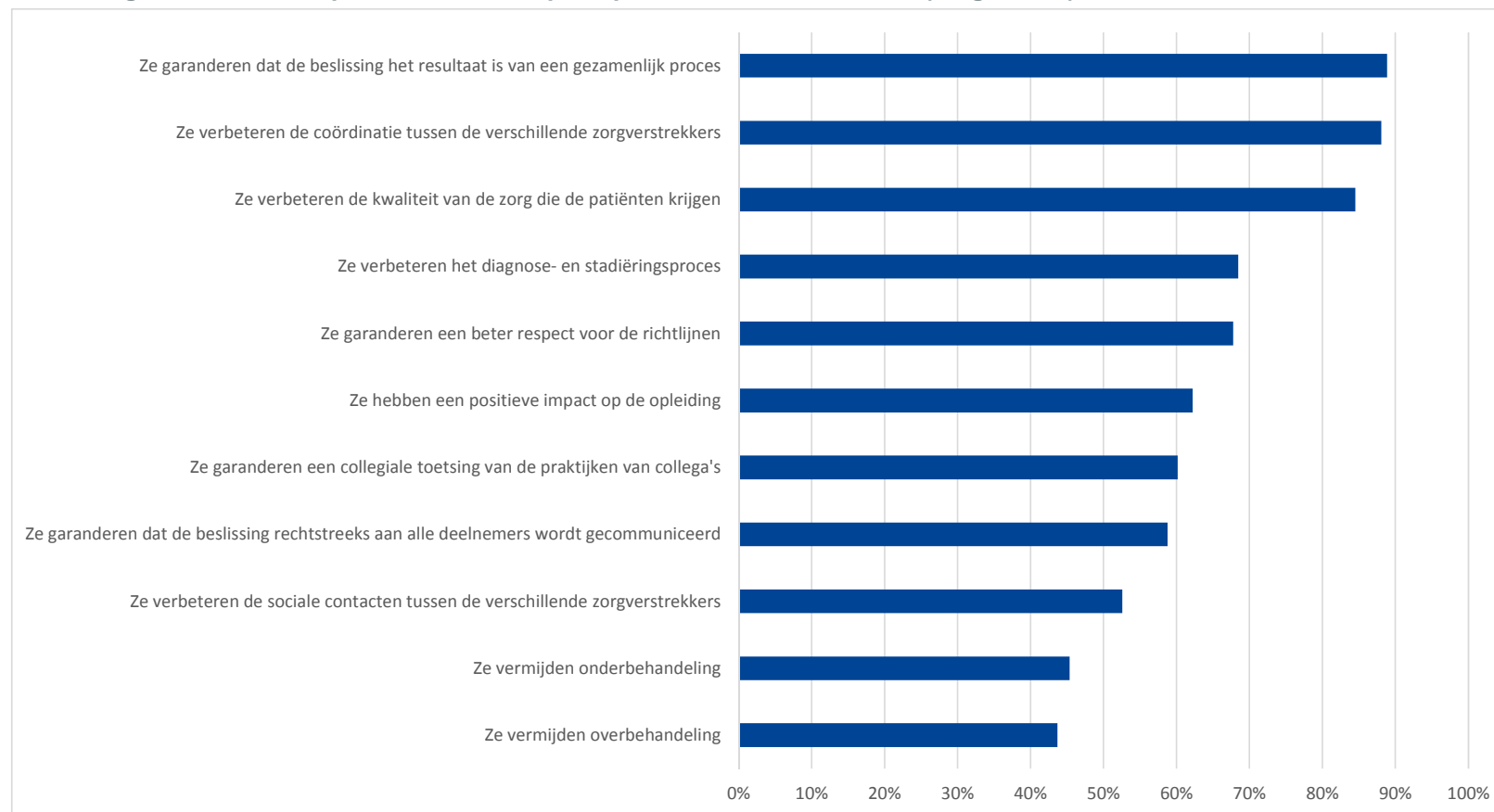


beslissingen, betrekken van de naasten, de patiënt ontvangt meer coherente informatie omdat de leden van het zorgteam zich meer betrokken voelen, betere verspreiding van informatie over bestaande ondersteuning). Door deelname aan een MOC kunnen de **artsen hun kennis verbeteren**, vooral bij complexe gevallen. Verder zorgt de deelname aan een MOC voor

een verbetering van de **relaties met collega's** en bieden de deelnemers elkaar wederzijdse steun.

De resultaten van onze online enquête, afgenomen bij Belgische deelnemers aan de MOC, bevestigden deze bevindingen volledig (zie afbeelding 3).

Afbeelding 3 – Positieve impact van de MOC: perceptie van MOC-deelnemers (België 2014)



Bron: Nationale online enquête KCE – N=1014



Ziekenhuisfuncties die betrokken zijn bij de MOC

De coördinerende arts van het oncologisch zorgprogramma is de specialist die wettelijk verantwoordelijk is voor het volledige oncologische zorgprogramma van een kankercentrum. Hij staat in voor het bijhouden van het oncologisch handboek van de instelling en hij is wettelijk verantwoordelijk voor de registratie van alle nieuwe gevallen van invasieve kankers bij het Kankerregister. Elk oncologisch centrum moet EEN coördinerende arts hebben.

De coördinerende MOC-arts

De coördinerende MOC-arts is verantwoordelijk voor elk geval dat op een MOC besproken wordt. Sommige ziekenhuizen hebben een coördinerende arts per MOC-type (bijv. een coördinator voor de 'borstkanker-MOC', een coördinator voor de 'darmkanker-MOC', enz.), in andere wordt de verantwoordelijkheid afwisselend toegewezen aan de specialist die het geval voorlegt. Welke formule ook gehanteerd wordt, de "coördinerende MOC-arts" is verantwoordelijk voor het volledige dossier en voor de conformiteit van de gegevens die erin worden opgenomen. Bovendien ondertekent hij het verslag van de MOC, dat de conclusies van de besprekingen bevat en dat aan alle deelnemers wordt bezorgd.

De data manager

De wettelijke rol van de data manager bestaat uit het verzamelen en versturen van de gegevens (die nodig zijn voor het opmaken van statistieken) naar het Kankerregister, het nagaan of de therapeutische beslissingen stroken met de klinische aanbevelingen van het oncologisch handboek van het ziekenhuis, en het verifiëren of deze beslissingen goed worden geïmplementeerd. De data manager moet houder zijn van een universitair diploma en moet een door het Kankerregister georganiseerde opleiding hebben gevolgd.

De oncocoach

In vele ziekenhuizen werden de afgelopen jaren een of meerdere functies van "oncocoach" gecreëerd. Deze functie wordt vaak (maar niet altijd) ingevuld door een gespecialiseerd verpleegkundige. De oncocoach is de contactpersoon van de patiënt. Hij ziet erop toe dat de patiënt goed geïnformeerd wordt en coördineert de medische en paramedische afspraken. In sommige ziekenhuizen bereidt de oncocoach ook de MOC voor, zodat alle documenten en informatie over de patiënt beschikbaar zijn voor de bespreking. Naast het menselijke belang van de functie, is ze ook cruciaal voor de zorgcontinuïteit en voor de coördinatie van de verschillende betrokkenen.

De data manager en de oncocoach worden gefinancierd in verhouding tot het jaarlijks aantal MOC dat door het ziekenhuis wordt georganiseerd. Dit zorgt voor een aantal problemen: zie punt 7.

Het verloop van een MOC

Plaats van het gebeuren: een vergaderzaal in een ziekenhuis, een grote tafel, een scherm, eventueel sandwiches als het middag is.

Op het afgesproken uur nemen specialisten uit verschillende disciplines plaats rond de tafel; ook aanwezig zijn de data manager, de verpleegkundig zorgcoördinator en eventueel de psycholoog, de sociaal assistent en enkele artsen in opleiding voor wie deze meetings meestal zeer interessant zijn. De coördinerende arts, die de vergadering voorziet, opent de sessie en vermeldt het aantal te behandelen dossiers.

Wanneer een huisarts aanwezig is behandelt men eerst het dossier van zijn patiënt, zodat hij geen tijd verliest. De behandelend specialist, die in theorie de patiënt op consultatie heeft gezien en die de uitgebreidheid van de kanker heeft bekeken, stelt het geval voor. Bijvoorbeeld: « Mr of mevr X, ... jaar oud, kwam op (datum) op consultatie met ...klachten. We voerden dit en dat onderzoek uit, waarvan u hier de resultaten kan zien (projectie van een radiografie, scan of MRI). Vervolgens voerden wij een biopsie uit en stelden wij...kanker vast ». De specialist in medische beeldvorming voegt eventueel nog commentaar over de beelden toe. De anatoom-patholoog geeft vervolgens zijn diagnose en legt de histologische graad die hij heeft toegekend uit (eventueel met projectie van de onderzochte weefselcoupes).

De behandelende specialist overloopt met zijn collega's chirurgen/radiotherapeuten/medisch oncologen de verschillende therapeutische opties. Wanneer de huisarts aanwezig is, geeft hij zijn opmerkingen over de algemene toestand van de patiënt, de comorbiditeiten, geestelijke toestand, (gebrek aan) motivatie om een zware behandeling te volgen en over eventuele sociale (bv. thuiszorg onmogelijk wegens moeilijke familiale toestand) of psychologische problemen (bv. zeer neerslachtige patiënt).

De specialisten wegen vervolgens samen de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties tegen elkaar af en nemen uiteindelijk een beslissing over de, in hun ogen, meest geschikte oplossing. De aanwezigen beslissen wie deze voorstellen zal bespreken met de patiënt. De coördinerende verpleegkundige noteert welke afspraken hij in de komende dagen met de patiënt moet maken.

Dit overleg duurt gemiddeld 5 à 10 minuten. Tijdens dit gesprek noteert de data manager alle gegevens in het ad hoc formulier voor het Kankerregister en in het medisch dossier van de patiënt. De coördinerende arts rondt het overleg af en kondigt het volgende dossier aan.



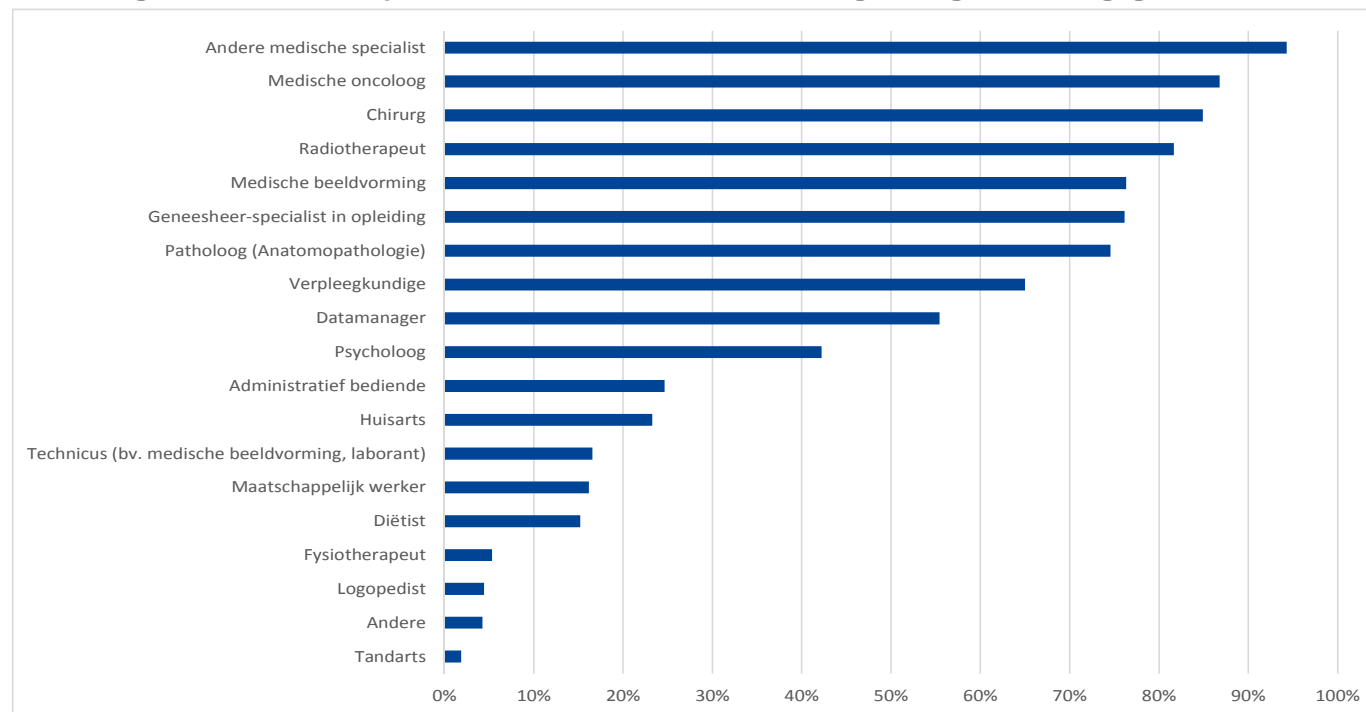
2. De multidisciplinariteit is de belangrijkste voorwaarde voor de kwaliteit en de doeltreffendheid van de MOC. De deelname van alle nodige medische disciplines moet dus worden aangemoedigd. Daarom moet het gebruik van videoconferenties verder worden bekeken.

Om optimale therapeutische strategieën te kunnen voorstellen moet men een zo globaal mogelijk overzicht hebben van de situatie van elke patiënt. Daarom moeten de MOC in theorie uit een relevant panel van medische, paramedische en psychosociale actoren bestaan. Daarnaast moet er ook voldoende administratieve ondersteuning voorhanden zijn.

De data manager speelt een specifieke rol bij de voorbereiding van de vergadering, bij een zo efficiënt mogelijk verloop en bij de opvolging (rapport, codering van de gegevens voor het Kankerregister, enz.).

In de online enquête van het KCE werd de respondenten gevraagd in welke mate de verschillende verwachte profielen aanwezig waren bij hun laatste MOC. Afbeelding 4 toont de resultaten van deze vraag.

Afbeelding 4 – Professioneel profiel van de deelnemers aan de vergadering, zoals aangegeven door de MOC-deelnemers (België, 2014)



Bron: Nationale online enquête, KCE - N=1014. Vraag over de deelnemers aan het laatste MOC van de respondent



De medische specialisten wiens aanwezigheid onontbeerlijk is voor een efficiënte MOC

Volgens de resultaten van onze online enquête zijn de oncologen, de chirurgen en de radiotherapeuten het vaakst aanwezig – het therapeutische luik dus. Daarna volgen in ongeveer 75% van de gevallen de specialisten van het diagnostische luik, vooral een radioloog en/of een anatoom-patholoog.

De wet legt geen verplichte aanwezigheid op van een diagnostische specialist. Nochtans is iedereen het erover eens dat de aanwezigheid van radiologen cruciaal is om uitleg te geven bij medische beelden, zeker wanneer deze beelden niet overeenkomen met het klinisch verhaal. Ook de aanwezigheid van anatoom-pathologen is wenselijk. Tijdens de groepsdiscussies werd opgemerkt dat deze specialiteit in België ondervertegenwoordigd is. De beschikbare pathologen zijn daarom overbevraagd en moeten zich vaak van het ene ziekenhuis naar het andere verplaatsen, wat zorgt voor tijdverlies. Een bijkomend honorarium is voorzien voor de behandelende specialist als deze niet in het betrokken ziekenhuis werkt, of voor de huisarts van de patiënt, maar niet voor beiden tegelijkertijd.

Tot 2011 konden maximaal 4 intramuros specialisten worden gehonoreerd (waaronder de coördinerende arts van de MOC). In 2011 werd dat maximum verhoogd naar 5 per ziekenhuis. Deze aanpassing veroorzaakte vooral een stijging van het aantal (gehonoreerde) deelnemende specialisten in beeldvorming en van anatoom-pathologen. Hun aandeel steeg van 50% in 2010 naar 66% in 2011 (bron: Kankerregister/IMA).

Volgens de respondenten van de enquête kan een MOC plaatsvinden zonder dat een van de aanwezige artsen de patiënten ooit heeft ontmoet. Dergelijke situatie, zelfs al is ze uitzonderlijk, moet te allen tijde worden vermeden.

Op basis van het onderzoek van de internationale literatuur en de analyse van de resultaten van de enquête stellen wij een ideale theoretische samenstelling voor, om een MOC zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.

Ideale samenstelling van een MOC*

- Vertegenwoordigers van de belangrijkste diagnostische disciplines:
 - medische beeldvorming
 - nucleaire beeldvorming
 - anatoom-pathologie en/of klinische/moleculaire biologie
 - Vertegenwoordigers van de drie grote therapeutische lijnen:
 - chirurgie
 - radiotherapie
 - medische oncologie
 - Een orgaanspecialist (longarts, gastro-enteroloog, gynaecoloog, ...), vaak de specialist die bij het begin van de klachten werd geconsulteerd.
 - Een oncocoach; deze rol wordt meestal ingevuld door een oncologisch verpleegkundige.
 - Een data manager die verantwoordelijk is voor het coderen van de informatie van de MOC voor het Kankerregister.
- En, afhankelijk van de medisch-psychosociale situatie van de patiënt:
- de huisarts
 - een psycholoog en/of een sociaal werker

** bij solide tumoren bij volwassenen*

Wettelijke voorwaarden voor de vergoeding van een MOC:

De minimale wettelijke criteria voor het vergoeden van een MOC zijn niet erg strikt: minstens 4 specialisten van verschillende disciplines moeten fysiek aanwezig zijn. Minstens één van hen moet:

- ervaring hebben met oncologische chirurgie
- OF een erkenning hebben in medische oncologie
- OF een erkenning hebben in radiotherapie
- OF een erkenning hebben in klinische hematologie of in pediatrie hematologie en oncologie



Psychologen, paramedici en sociale werkers

Volgens onze enquête bleken psychologen aan 40% en sociale werkers aan 17% van de MOC, die de respondenten bijwoonden, deel te nemen. Paramedici werden minder vaak vernoemd.

Aan het nut van de aanwezigheid van psychologen en paramedici, zoals diëtisten of logopedisten, werd door de respondenten niet getwijfeld. De rol van de sociale werkers was voor hen echter minder duidelijk. Ze worden onmiskenbaar beschouwd als sleutelfiguren bij de multidisciplinaire aanpak van de patiënt, maar hun aanwezigheid op de MOC, die eerder een “technische” vergadering is waar de verschillende therapeutische opties worden besproken, is minder gemakkelijk te rechtvaardigen. Uit de gesprekken met de experts over de resultaten van de online enquête bleek dat het efficiënter zou zijn om hen voor en/of na de vergadering aan te spreken over de eventuele sociale problemen van de patiënten. Op die manier kunnen ze hun tijd nuttiger besteden en de concrete sociale problemen van de patiënten aanpakken.

Algemene of gespecialiseerde MOC?

Op de “**algemene**” MOC worden patiënten met verschillende kankertypes besproken in dezelfde vergadering, terwijl op de **specifieke of gespecialiseerde MOC** enkel patiënten met eenzelfde kankertype worden besproken (bijv. borstkanker-MOC, darmkanker-MOC, enz.). In sommige ziekenhuizen bestaan de MOC uit een opeenvolging van specifieke MOC, waarbij de patiënten per kankertype worden besproken, en de specialisten aanwezig zijn op de momenten waarop ze nodig zijn (terwijl anderen permanent aanwezig zijn).

Bijna 80% van de respondenten van de online enquête verklaarde recent te hebben deelgenomen aan een gespecialiseerde MOC. Deze verhouding hangt af van de grootte van het ziekenhuis. Dat is logisch, want er moeten voldoende patiënten met een bepaald type kanker zijn om er een specifieke MOC aan te kunnen wijden. Het voordeel van de specifieke MOC is dat er meer specifieke en complementaire expertises worden samengebracht.

Belemmeringen voor efficiënte multidisciplinaire vergaderingen

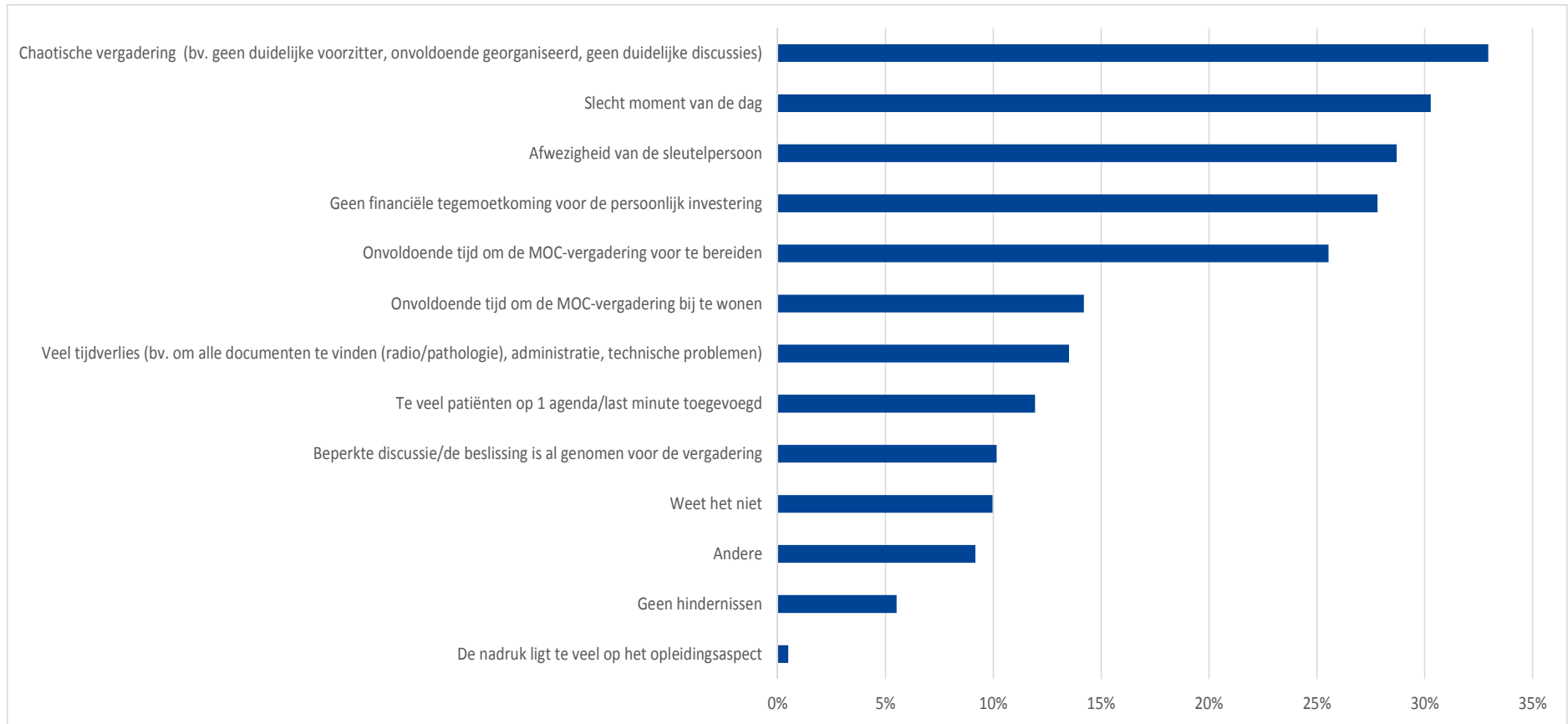
Volgens de internationale literatuur vormen de volgende factoren de belangrijkste belemmeringen voor efficiënte multidisciplinaire vergaderingen:

- de werklast van de deelnemers; ze besteden enorm veel tijd aan deze vergaderingen en hun voorbereiding;
- de afwezigheid van sleutelfiguren; dit is te wijten aan verschillende zaken, maar vooral aan de organisatie van hun werktijd of aan een personeelsgebrek;
- logistieke en organisatorische problemen: problemen om documenten te verzamelen (beeldvorming, verschillende resultaten) die tijdens de MOC moeten worden besproken, problemen om documenten uit te wisselen met andere instellingen, gebrek aan administratieve ondersteuning;
- lacunes in de informatie: het ontbreken van sommige stukken van het dossier waardoor geen degelijke of definitieve beslissingen kunnen worden genomen; het niet of onvoldoende persoonlijk kennen van de patiënt, het gebrek aan informatie over de comorbiditeiten;
- relationele en hiërarchische problemen binnen/tussen de teams: gebrek aan communicatie, twistpunten, rivaliteiten, gebrek aan waardering voor bepaalde disciplines;
- slechte sfeer tijdens de vergadering: gebrek aan leiderschap, aan ervaring en aan respect voor afwijkende meningen.

De **antwoorden op onze online enquête** liggen in dezelfde lijn als de bevindingen in de literatuur en zijn vooral van organisatorische aard: chaotische vergadering (33%), onmogelijke timing (30%), afwezigheid van sleutelfiguren (29%), onaangepaste financiering (28%) en gebrek aan voorbereidingstijd (26%) (zie afbeelding 5).



Afbeelding 5 – Belemmeringen voor efficiënte vergaderingen: perceptie van de MOC-deelnemers (België 2014)



Bron: Nationale online enquête KCE, N=1014 respondenten, verschillende antwoorden mogelijk



Een oplossing met videoconferentie?

Een groot aantal gespecialiseerde en overbevraagde mensen op hetzelfde moment en op dezelfde plaats samenbrengen is een uitdaging op zich. Door gebruik te maken van videoconferentie kan de deelname verhoogd worden van moeilijk te mobiliseren actoren zoals de huisartsen (zie volgend hoofdstuk) of van overbevraagde specialisten zoals anatoom-pathologen. Daarnaast kan het advies van zeer gespecialiseerde experts, die zich soms op verre afstand bevinden, gevraagd worden. Een groot nadeel van de videoconferentie is wel dat interpersoonlijke relaties moeilijker kunnen worden opgebouwd binnen en met het zorgteam. Terwijl net dit aspect vaak wordt vermeld als motiverende factor, vooral door de huisartsen.

Een belemmerende reglementering

Vandaag wordt MOC-deelname via videoconferentie niet vergoed, omdat de wetgeving de fysieke aanwezigheid van de deelnemers vereist. In onze online enquête geeft 13% van de respondenten echter aan toch videoconferentie te gebruiken en dus de regels te omzeilen. Sommigen vragen een honorarium aan zonder dit “detail” te vermelden, anderen organiseren een handtekeningssessie buiten de MOC.

Door de specifieke beperkingen van de financiering aarzelen heel wat teams om te investeren in de technologie van videoconferenties. Nochtans kan men hier door de financieringsvoorwaarden te versoepelen de werking van de MOC verbeteren.

De technische obstakels

Als deze technologie voor de MOC zal worden gebruikt, zullen een aantal technische belemmeringen moeten worden aangepakt. Het eerste is de grote diversiteit aan systemen, die vaak niet compatibel zijn. Daarnaast hangen de technische vereisten af van het soort gebruik. Om te communiceren met huisartsen die consultaties houden op hun kabinet of die huisbezoeken afleggen, zijn toegankelijkheid, gebruiksvriendelijkheid en snelheid het belangrijkste, en is technische kwaliteit bijkomstig. Om beelden of anatomisch-pathologische documenten te delen met specialisten in andere centra, moet de kwaliteit hoog zijn, maar zijn vlotheid en snelheid dan weer minder belangrijk want de interacties zijn vooraf gepland. Alleszins moet er ook aandacht worden besteed aan de bescherming van de privacy, zoals altijd bij het uitwisselen van medische gegevens.



3. De deelname van huisartsen aan de MOC blijft laag, vooral door tijdsgebrek. Hun deelname moet makkelijker worden gemaakt, vooral voor de patiënten met een complexe psycho-medisch-sociale situatie.

De huisarts speelt zonder twijfel een centrale rol bij de beslissingen over zijn patiënt. Hij is de enige met een langdurige kennis van diens medische voorgeschiedenis. Daarnaast is hij (een van de enigen) die het zorgteam informatie kan geven over de persoonlijke, psychologische of sociale elementen van de situatie van de patiënt, die een invloed kunnen hebben op het aanvaarden en opvolgen van de behandeling. Hij wordt door veel respondenten beschouwd als een MOC-referentiepersoon.

Toch bevestigen alle beschikbare gegevens (RIZIV, Kankerregister/IMA, KCE-enquête) dat de deelname van de huisartsen aan de MOC erg laag ligt, of zelfs onbestaand is.

In de online enquête vermeldt 24% van de respondenten de regelmatige aanwezigheid van een huisarts op een MOC (meer dan een keer per maand, zelfs elke week), maar 54% geeft aan er “zelden” huisartsen te ontmoeten (zijnde nooit of minder dan een maal om de 6 maanden; afbeelding 6). De facturatiegegevens van het IMA gekoppeld aan die van het Kankerregister bevestigen hun lage deelnamegraad en dit voor alle kankertypes (bijvoorbeeld borstkanker: 2%, longkanker: 3%, darmkanker: 4%).

Onze online enquête nuanceert die cijfers: de huisartsen nemen vaker deel aan een MOC in de perifere en kleine ziekenhuizen dan in de universitaire of grote ziekenhuizen. Reden is waarschijnlijk dat die ziekenhuizen een meer lokale zone bedienen en zich dus gemiddeld dichterbij de woonplaats van de patiënt bevinden. Daardoor zijn ze makkelijker bereikbaar en zijn er meer persoonlijke en hechtere contacten met de ziekenhuisartsen mogelijk.

Afbeelding 6 – Frequentie van deelname van huisartsen aan MOC, zoals aangegeven door MOC-deelnemers, niet-huisartsen (België, 2014)



Bron: Nationale online enquête, KCE - N= 1.014.

Waarom zulke lage aanwezigheidsgraad?

Er zijn verschillende redenen voor de lage deelname van de huisartsen aan de MOC. Eerst en vooral worden zij niet altijd uitgenodigd: in onze enquête geeft 46% van de respondenten toe dat ze hen niet systematisch uitnodigen. Vervolgens (en misschien als gevolg daarvan) stellen we vast dat de huisartsen te weinig op de hoogte zijn van de MOC, zowel wat betreft hun organisatie, hun inhoud, hun doelstellingen en de redenen om eraan deel te nemen. Het recente QUALICOPC-onderzoek^c toont aan dat 58% van de Franstalige huisartsen zelfs niet van het bestaan van deze vergaderingen afweet, tegenover 20% van de Nederlandstalige huisartsen.

Aan de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, de kringen en de verantwoordelijken voor permanente vorming wordt dan ook aanbevolen om

^c Presentatie door Prof. dr. Sara Willems over de resultaten van het QUALICOPC-onderzoek op 25/03/2014 voor de “Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie - Conseil National de la Promotion de la qualité” (NRKP-CNPQ) (RIZIV-INAMI)



de huisartsen meer te sensibiliseren omtrent het bestaan en het nut van de MOC, en hen aan te moedigen om eraan deel te nemen.

Het is ook mogelijk dat de huisartsen alleen deelnemen aan de MOC bij complexe gevallen (op medisch, maar ook op psychosociaal vlak, of bij een palliatieve situatie) omdat ze menen dat hun inbreng in die gevallen het meest kan betekenen. Dat blijkt alleszins duidelijk uit onze enquête bij de huisartsen.

Daarbij zijn er ook nog heel wat praktische hindernissen: de laattijdige uitnodiging, het tijdstip van de vergadering, de afstand tot het ziekenhuis, de tijd om te parkeren en de weg te vinden in het ziekenhuis, enz. Het vooruitzicht van al deze ongemakken, voor een gesprek van een tiental minuten per patiënt, ontmoedigt zelfs de meest gemotiveerde huisartsen. Het zou ook kunnen dat ze het efficiënter vinden om het rapport te lezen dan om zich te verplaatsen (volgens onze enquête verklaart 80% van de MOC coördinatoren het verslag snel te versturen)^d. Bovendien spelen ook zeker interpersoonlijke factoren een (positieve of negatieve) rol in hun wens om deel te nemen aan de MOC: de relatie met de betrokken specialisten, het gevoel erkend te worden als waardevolle professionele partner, de opleidingsmogelijkheden die de MOC de huisartsen biedt.

Het KCE beveelt daarom aan om de informatiestroom te verzekeren met behulp van de geschikte technologische middelen (bv. mails, beveiligde webplatformen), vanaf de uitnodiging tot aan het eindverslag.

Een belangrijke motivatie

De lage deelnamegraad van de huisartsen staat in contrast met hun antwoorden tijdens de **semigestructureerde interviews**. Daarbij moeten we opmerken dat dit deel van de enquête werd uitgevoerd bij huisartsen die vrijwillig aan de enquête deelnamen en die al aan een of meerdere MOC hadden deelgenomen.

Al deze artsen beschouwen hun MOC-deelname als de “normale” opvolging van hun patiënten. Ze vinden dat ze, dankzij hun kennis van de medische voorgeschiedenis en de voorkeuren van hun patiënt, een meerwaarde kunnen betekenen voor de therapeutische strategie die de specialisten voorstellen, vooral in complexe situaties.

De drie belangrijkste resultaten van deze kwaliteitsenquête bij de huisartsen kunnen als volgt worden samengevat:

- de huisartsen beschouwen een MOC-deelname als deel van hun werk,
- de voornaamste hindernissen voor deze deelname zijn van organisatorische aard,
- de perceptie die de huisartsen hebben over de toegevoegde waarde van hun deelname is een belangrijk element voor hun motivatie.

Daarom moet er nagedacht worden over andere manieren om rekening te houden met de input van de huisartsen zonder dat ze aan elke MOC moeten deelnemen, wat niet realistisch is. Zo kan bijvoorbeeld een lid van het oncologisch team (bijv. de oncocoach of de coördinerende arts van de MOC) voor de vergadering de huisartsen telefonisch of via e-mail contacteren om specifieke informatie te vragen (algemene gezondheidstoestand, voorkeuren van de patiënt, socio-economische situatie, mogelijkheid tot thuiszorg, ...). Deze informatie kan daarna doorgegeven worden tijdens de vergadering. Zo wordt ze nuttig gebruikt en wordt de tijd efficiënt besteed. De huisarts zou dan alleen fysiek aanwezig moeten zijn voor de patiënten van wie hij vindt dat ze moeten worden besproken met het multidisciplinaire team, of op uitdrukkelijke vraag van het team.

Het andere luik van de huisarts-deelname is die van de “post-MOC” of de zorgcontinuïteit: het communiceren van de resultaten aan de patiënt, de organisatie en opvolging van de thuiszorg, palliatieve zorg, enz. De artsen die werden bevraagd bij de kwaliteitsenquête hechtten veel belang aan de manier waarop de voorstellen van de MOC worden gecommuniceerd aan de patiënt en zijn naasten: wie doet deze communicatie en welke boodschap wordt gegeven? Heel wat ondervraagde artsen wensen bij deze fase betrokken te worden. Er moeten dus tijdens de MOC duidelijke afspraken worden gemaakt over de communicatierollen en over de manier waarop deze communicatie zal verlopen. Dit punt is ook een sterke motivator voor de huisartsen. Daarom pleiten wij ervoor dat tijdens de MOC duidelijke afspraken worden gemaakt over de communicatie van de resultaten aan de patiënt.

U vindt de details van deze enquête in deel 6 van het wetenschappelijk rapport ([Scientific Report hoofdstuk 6 p 87](#))

^d De wetgeving voorziet de verplichting voor de coördinerende arts om het rapport van de MOC te bezorgen aan alle artsen die hebben deelgenomen aan het overleg, aan de arts die de aanvraag had ingediend, aan de huisarts van de patiënt en aan de medische adviseur van het ziekenfonds.



Vinden van creatieve oplossingen

Een mogelijke oplossing voor de praktische moeilijkheden bij de deelname aan een MOC kan het gebruik van videoconferentie zijn. Sinds 2009 worden twee pilootprojecten gefinancierd door het RIZIV, en de resultaten zijn hoopgevend.

- Het eerste project beoogt met een elektronische gegevensuitwisseling de deelnamegraad van de huisarts te verhogen. De resultaten tonen aan dat de interactiviteit tussen de huisartsen en de MOC intra muros een opmerkelijk groter succes hebben dan de projecten die fysieke aanwezigheid vereisen. De IT-procedure zou echter weinig aantrekkelijk zijn en moet vereenvoudigd worden. Omdat het project bovendien nog onvoldoende gekend is bij de huisartsendoelgroep, wenst de projectpromotor opnieuw contact op te nemen met de huisartsenkringen om die bekendheid te vergroten.
- Het tweede project wil de deelnamegraad van de huisarts verhogen door de mogelijkheid van videoconferenties aan te bieden. Bij de test in het AZ MariaMiddelares (Gent) registreerde het project een opmerkelijke stijging van de deelname van de huisartsen aan de MOC (*Stand van zaken Kankerplan januari 2014-FOD Volksgezondheid/RIZIV*).

Het lijkt ons dus nuttig om de nomenclatuur aan te passen zodat de deelname van de huisarts aan de MOC kan gehonoreerd worden zonder fysieke aanwezigheid, maar via video – of telefoonconferentie.

Bovendien zou de nomenclatuur de honorering van een gelijktijdige aanwezigheid van de huisarts en de orgaanspecialist (van buiten het ziekenhuis) moeten toelaten, wat vandaag niet mogelijk is.

4. De samenwerking van de ziekenhuisteams met het Kankerregister is essentieel voor de ontwikkeling van een zorgkwaliteitsbeleid. De MOC zijn de bevoorrechte overlegmomenten om deze samenwerking te versterken, maar voor een optimaal gebruik van de gegevens moet hun registratieproces verbeterd worden. De rol van de data manager moet worden geherdefinieerd en afgebakend.

Een van de wettelijke verantwoordelijkheden van de MOC-coördinator is de registratie van elke invasieve kanker bij het Kankerregister. In de praktijk neemt een data manager deze taak op zich. De implementatie van de MOC heeft ontegensprekelijk geleid tot een stijging van de kankerregistrering: van 71% in 2004 naar 86% in 2011. De kwaliteit van de geregistreerde gegevens is ook gestegen.

De rol van de data manager

Sinds 2008 financiert het Kankerplan data managers a rato van één VTE per 1.000 MOC. In 2012 werden 82 data managers gefinancierd.

Wettelijk bestaat hun rol erin deel te nemen aan de MOC, de gegevens in de ad hoc formulieren te verzamelen, de opvolging van de klinische aanbevelingen van het oncologisch handboek van het ziekenhuis te evalueren en na te gaan of de MOC-beslissingen goed worden geïmplementeerd. Uit ons onderzoek blijkt dat de data managers te overbelast zijn om al deze taken uit te voeren. Ze concentreren zich dus vooral op het coderen van de gegevens voor het Kankerregister, de taak waarvoor ze een specifieke opleiding hebben gevolgd, en die ook een financiële impact heeft voor de instelling (en op het behoud van hun eigen job).

In de grote ziekenhuizen, waar er tot 10 verschillende MOC-vergaderingen per week plaatsvinden, is het moeilijk voor één, of zelfs twee, perso(o)n(en) om elke vergadering voor te bereiden, bij te wonen en erover te rapporteren. Hiervoor zijn verschillende oplossingen mogelijk: in sommige ziekenhuizen woont een administratief personeelslid de MOC bij en codeert hij/zij de gegevens onder toezicht van de data manager, in andere ziekenhuizen wonen de data managers de MOC wel bij maar laten ze zich bijstaan door administratief personeel.



Zestien van de 25 data managers die deelnamen aan onze online enquête gaven aan dat ze zelden of nooit de gelegenheid hebben om de implementatie van de MOC-beslissingen te evalueren.

Wij stellen dus voor om de functiebeschrijving van de datamanagers te herzien, zodat ze zich kunnen concentreren op de registratie en de verbetering van de gegevenskwaliteit, en niet op het opvolgen van de MOC-beslissingen, wat buiten hun expertise domein valt.

Het formulier van het Kankerregister

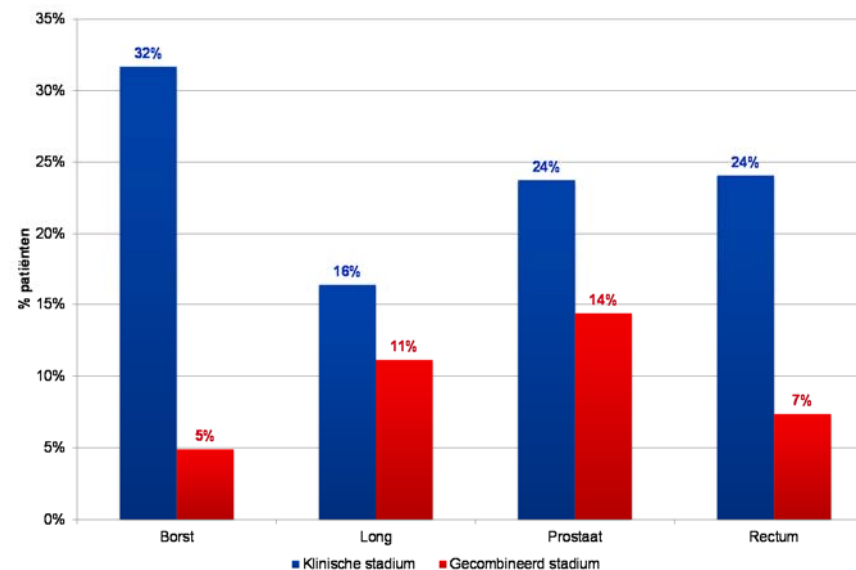
De codering van de gegevens blijft te onvolledig voor een optimaal gebruik door het Kankerregister. Zo werd bijvoorbeeld bij 32% van de borstkankers die werden besproken op een MOC, het klinische stadium niet doorgegeven aan het Kankerregister (zie afbeelding 7 – cijfers 2011). Daardoor kan geen diepgaand onderzoek naar de zorgkwaliteit worden uitgevoerd. De onvolledige registratie kan te maken hebben met de huidige wetgeving, die sommige ziekenhuizen aanzet om zo snel mogelijk de MOC-honoraria op te vragen, zelfs al zijn de nodige elementen voor de klinische beslissing (nog) niet allemaal beschikbaar.

Voor een betere evaluatie van de zorgkwaliteit moeten steeds meer specifieke criteria voor bepaalde diagnoses en/of bepaalde behandelingen in het formulier voor de gegevensregistratie opgenomen worden. Tot op vandaag moet elke wijziging aan het basisformulier opgenomen worden in een Koninklijk Besluit. Dit vertraagt de formalisering van elke herziening van het formulier.

Wij bevelen daarom een versoepeling van de procedure voor de aanpassingen van het algemeen MOC-formulier aan, zonder systematische registratie in een Koninklijk Besluit. Deze aanpassingen moeten worden voorgesteld en goedgekeurd door het College voor Oncologie en het Kankerregister, voor hun officiële publicatie door het Kankerregister.

Het Kankerregister kan, van zijn kant, feedback aan de oncologische centra bezorgen over de kwaliteit van hun registratie per kankertype (met mogelijkheid tot benchmarking). Dit zal de centra motiveren om hun praktijk te verbeteren. In overleg met de zorgcoördinator kan er eventueel een verbeterplan worden voorgesteld, op basis van deze feedback. Met de kwaliteit van de gegevensregistratie kan ook rekening worden gehouden bij het bepalen van het aantal VTE voor administratieve ondersteuning in de oncologische centra. Vandaag is deze berekening enkel gebaseerd op het aantal MOC.

Afbeelding 7 – Percentage patiënten wiens kanker besproken werd tijdens een MOC, maar voor wie de klinische/gecombineerde stadiëring ontbrak in het Belgische Kankerregister (2011): nationale data, per kankertype



Bron: Belgisch Kankerregister – IMA data Gecombineerde stadia combineren informatie van klinische en pathologische stadia.



Hoe de kwaliteit van de MOC evalueren?

Het feit dat collega's samenkomen om de verschillende diagnostische en therapeutische opties te bespreken vormt op zich geen "kwaliteitsgarantie". Moeten er daarom voor het verloop van een MOC geen kwaliteitsparameters worden vastgelegd?

Geen enkele van de meetbare MOC-kenmerken is op zich voldoende om de kwaliteit te evalueren:

- de tijd tussen de diagnose en het multidisciplinair overleg: een "ideale" timing bepalen die geldt voor elke patiënt lijkt niet realistisch. Een MOC voor de eerste chirurgische ingreep/voor de eerste behandeling lijkt verdedigbaar, maar er zouden daarbij wel veel uitzonderingen moeten worden voorzien. Volgens 89% van de respondenten van onze online enquête moet een MOC vroeg genoeg tijdens het klinische parcours van de patiënt worden gepland.
- het percentage ontbrekende gegevens in de dossiers die worden doorgestuurd naar het Kankerregister: het gaat om een belangrijk zwak punt waarmee al rekening werd gehouden bij de oefeningen in kwaliteitsevaluatie, uitgevoerd door het Kankerregister (*KCE Reports 149, 150, 200*).
- de "kwaliteit" van de multidisciplinariteit: de aanwezigheid van verschillende en complementaire disciplines maakt al deel uit van de financiële voorwaarden. Door de analyse van de facturatiegegevens stelde men vast dat sommige MOC worden gecoördineerd door een enkele orgaanspecialist (longarts, gastro-enteroloog, uroloog, gynaecoloog), ongeacht het type kanker. Vermits de expertise niet overeenkomt met de besproken pathologieën roept dit vragen op over de kwaliteit van de MOC.

Het KCE is van mening dat er voldoende indirecte indicatoren over de werking van de MOC voorhanden zijn. Samen geven ze ons een goed beeld van de belangrijkste sterke en zwakke punten. Het toevoegen van extra indicatoren zou waarschijnlijk te veel energie vragen en zou geen echte toegevoegde waarde betekenen voor de zorgkwaliteit voor de patiënten.

5. *Het onderscheid tussen de eerste MOC, opvolgings-MOC en bijkomende MOC is niet duidelijk. Het is noodzakelijk om een samenhangend kader te creëren en de financieringsregels aan te passen.*

Onze enquête heeft heel wat onnauwkeurigheden, vragen en ontevredenheid naar boven gebracht over de manier waarop de MOC worden betaald. Er blijken vele misverstanden te bestaan... en niet altijd toevallig.

Tot 2010 was de financiering beperkt tot één MOC per patiënt en per jaar. Die regel werd daarna aangepast, met een onderscheid tussen de eerste MOC (voor de eerste kankerdiagnose) en de opvolgings-MOC (bij herval of recidief). De opvolgings-MOC wordt aan een lager tarief gehonoreerd maar de frequentie ervan is niet beperkt.

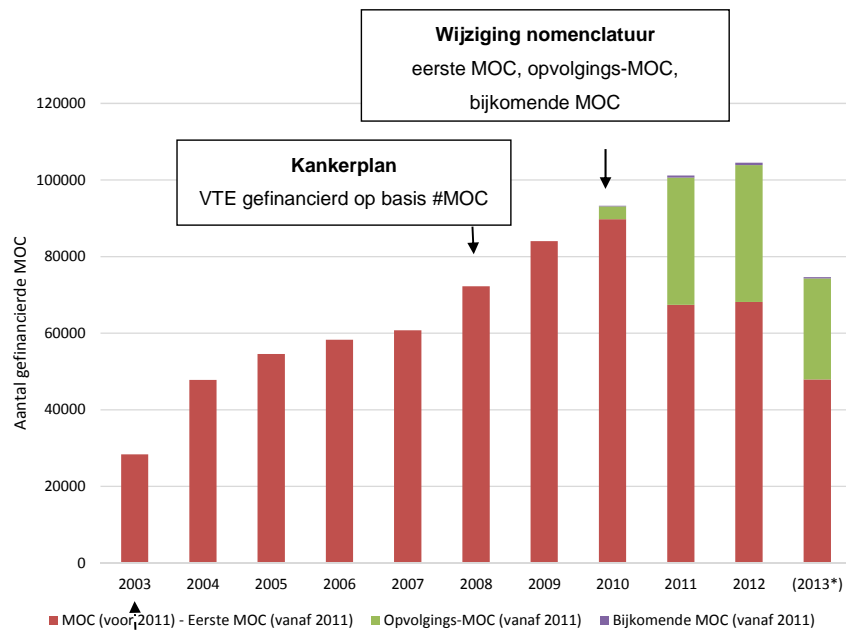
In 2012 (laatste jaar met volledige gegevens op het moment van dit onderzoek), werden 104.530 MOC gehonoreerd, waarvan 68.142 eerste MOC (65% van alle MOC). Dat komt overeen met een totaal budget van 16,6 miljoen €, zijnde € 160 per MOC en per patiënt.

Soms ligt het aantal MOC hoger dan het aantal nieuwe gevallen van invasieve kanker in hetzelfde jaar in België (in 2012: 64.301 nieuwe gevallen van kanker en 68.142 eerste MOC). Dit verschil komt omdat sommige ziekenhuizen MOC-honoraria aanvragen (en verkrijgen) voor kankergevallen in situ terwijl de wetgeving enkel financiering voorziet voor invasieve tumoren.

Deze beperking van de financiering is begrijpelijk voor de in situ kankers, maar is dat minder voor sommige goedaardige kankers. De bepaling van het goed- of kwaadaardige karakter is immers op zich al doorslaggevend voor de therapeutische beslissing (voor sommige zeldzame tumoren). Om de variabiliteit van de tarifieringspraktijken tussen de ziekenhuizen te verminderen en de praktijk van de bijkomende MOC aan te moedigen is het dus wenselijk om de opnemings- en uitsluitingscriteria voor de betaling van MOC-honoraria bij de tumoren in situ te verduidelijken.



Afbeelding 8 – Evolutie van het aantal uitbetaalde MOC (2003-2013): nationale data volgens MOC-type



Invoering in de nomenclatuur

Bron: RIZIV-INAMI (2013)* data nog niet volledig

Het RIZIV betaalt honoraria voor:

De eerste MOC: om de kankerdiagnose te bevestigen en het behandelplan voor een net gediagnosticeerde patiënt op te stellen.

De opvolgings-MOC: om de diagnose te herbekijken en/of het behandelplan te wijzigen en/of een bestralingssreeks te herhalen binnen de 12 maanden sinds de begin datum van de eerste reeks bestralingen.

De term "wijziging van een behandelplan" moet strikt worden geïnterpreteerd en beperkt worden gebruikt: de term verwijst naar een wijziging die het resultaat is van een multidisciplinaire beslissing. Veranderingen aan een radiotherapie- of chemotherapieschema of aan palliatieve zorgen blijven de verantwoordelijkheid van een enkele specialist en vereisen niet noodzakelijk een opvolgings-MOC.

De bijkomende MOC: om een diagnose te laten bevestigen in een ander ziekenhuis, wanneer de eerste MOC geen definitieve diagnose of concreet behandelplan heeft opgeleverd. Om in aanmerking te komen voor financiering, moet de aanvraag voor een bijkomende MOC de naam van het ziekenhuis vermelden waarnaar de patiënt wordt doorverwezen voor bevestiging.

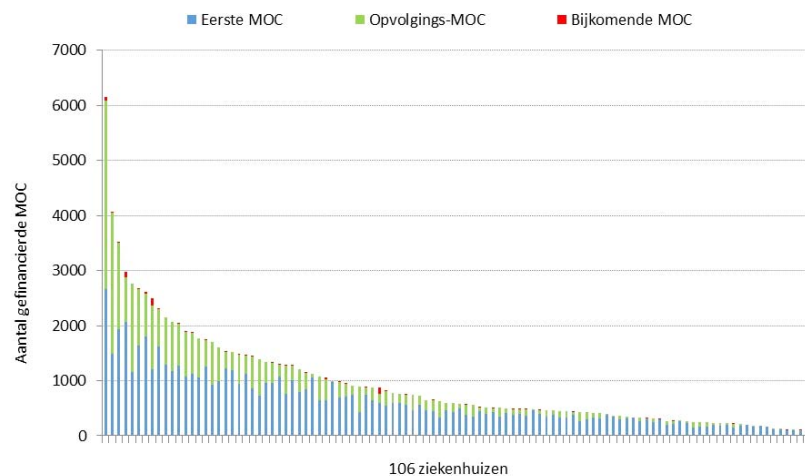


De opvolgings-MOC zijn voor interpretatie vatbaar

Er heerst vandaag een zekere verwarring over de financieringsregels, vooral over de opvolgings-MOC. Afbeelding 9 geeft de grote variabiliteit aan tussen de praktijk van verschillende ziekenhuizen.

De belangrijkste praktijken die aantonen dat de wetgeving verkeerd werd geïnterpreteerd zijn het inschrijven van de patiënt voor een MOC voor en na zijn operatie en het tarifieren van een postoperatieve MOC als een opvolgings-MOC.

Afbeelding 9 – Aantal uitbetaalde MOC (2011): nationale data, per ziekenhuis en MOC-type



Bron: RIZIV-INAMI

De “bijkomende MOC” zelden gehonoreerd

Soms blijft een diagnose twijfelachtig of wordt een therapeutische strategie niet unaniem aangenomen en vindt het team het nodig om advies te vragen buiten het ziekenhuis. Anderzijds vragen steeds meer patiënten zelf een tweede opinie vooraleer een diagnose of een behandeling te aanvaarden. In deze beide gevallen is het mogelijk dat het eerste ziekenhuis een aanvraag tot financiering van de eerste MOC indient, waardoor het tweede

ziekenhuis de facto zijn MOC niet meer kan laten honoreren. En dit onafhankelijk van welk ziekenhuis de patiënt uiteindelijk zal behandelen.

Om dit probleem op te lossen, werd in 2010 een specifieke nomenclatuur voor een “bijkomende MOC” ingevoerd, maar die vereist dat de naam van het tweede ziekenhuis wordt vernoemd in het MOC-rapport van het eerste ziekenhuis. Deze vereiste wordt als onrechtvaardig beschouwd en is vaak moeilijk te vervullen... De patiënten melden inderdaad niet altijd aan het team van het eerste ziekenhuis dat ze ergens anders advies gaan vragen. En wanneer het initiatief uitgaat van een ziekenhuisteam, vermeldt dit niet altijd naar welk ziekenhuis ze de patiënt doorverwijzen omdat zij daar geen belang bij hebben. Daardoor werden in 2012 maar 645 MOC voor een tweede opinie gehonoreerd, wat overeenkomt met 0,6% van alle geregistreerde MOC.

Het aantal VTE medewerkers (oncologisch verpleegkundigen, oncopsychologen, sociale werkers, data managers en diëtisten) wordt berekend op basis van het aantal MOC. Dit is een groot probleem voor de ziekenhuizen, vooral voor de referentiecentra, die vaak worden aangesproken voor een tweede opinie, en die heel wat tijd besteden aan het samenbrengen van de informatie en van de expertise, nodig voor de aanpak van complexe gevallen.

Wij pleiten daarom voor de aanpassing van de bestaande regels m.b.t. de honorering van de bijkomende MOC. Daarbij vragen we aan de ziekenhuizen aan wie een tweede advies wordt gevraagd om in hun aanvraag het eerste ziekenhuis van de patiënt te vermelden.

N.B.: De “referentie-MOC”: toe te voegen aan het bestaande kader?

In zijn rapport over de zorgorganisatie van zeldzame of complexe kankers (KCE Report 219) raadde het KCE aan om een “super MOC” in te voeren die **experts van meerdere erkende referentiecentra** voor een bepaald type kanker samenbrengen om samen de moeilijkste gevallen te bespreken (op nationaal en internationaal niveau).

Om de algemene werking van de MOC te verbeteren bevelen wij aan om dit nieuwe MOC-type – dat “referentie-MOC” kan worden genoemd – toe te voegen aan het bestaande kader. Dit houdt wel een aanpassing in van de verloningsmodaliteiten voor de MOC-deelname van de experts van de referentiecentra die deelnemen aan de “referentie-MOC”, want volgens de huidige regels mogen ze niet worden gehonoreerd – of ze zich nu verplaatsen of niet.



6. De uitwisseling van administratieve gegevens en de financiële stromen met de ziekenfondsen zijn traag, zwaar en complex; ze moeten worden vereenvoudigd. De vervanging van papier door elektronische communicatiemiddelen is nodig

De MOC is een geval apart in de gezondheidszorg omdat hij plaatsvindt zonder de belangrijkste betrokkene, zijnde de patiënt. De rechtstreekse en automatische tarifiering van de ziekenhuizen is niet van toepassing. Om betaald te worden voor de bespreking van een enkele patiënt op een MOC moeten vijf documenten worden ingevuld en naar het ziekenfonds van de patiënt worden gestuurd (originelen op papier!):

1. Een brief van de behandelende specialist naar de MOC-coördinator, die de inschrijving van de patiënt op het MOC-programma aanvraagt;
2. Het registratieformulier van het Kankerregister ("bijlage 55");
3. Het MOC-rapport, dat de conclusie van de besprekingen bevat en dat dus meer gedetailleerd moet zijn dan het document van het Kankerregister;
4. De lijst van de deelnemers aan de MOC die een betaling van honoraria aanvragen, met hun handtekeningen;
5. Een begeleidingsbrief bij de betalingsaanvraag voor honoraria voor de verzekeringsinstelling.

De opmaak van al deze documenten vergt veel tijd en energie van de data managers en het administratief personeel.

Zodra het ziekenfonds deze documenten ontvangt, gebeurt er een administratieve controle om na te gaan of er nog geen MOC werd gefactureerd voor dezelfde patiënt en voor dezelfde tumor. Na deze controle wordt er nog veel bijkomende informatie opgevraagd, wat opnieuw enorm veel tijd en energie vergt. In onze enquête drukten zeer veel ziekenhuismedewerkers hun misnoegdheid uit over deze manier van werken, die zij "verouderd en muggenzifterig" noemden.

Het is dus niet onredelijk om de ziekenfondsen te vragen deze procedure in zijn geheel te herzien. Daarbij zou men de relevantie van elk document moeten nagaan en de overbodige documenten moeten afschaffen. Daarnaast kan een modernisering plaatsvinden door het gebruik van online formulieren met geauthentiseerde handtekening in te voeren.

7. Het Kankerplan financiert een aantal extra jobs voor de erkende oncologiecentra, in verhouding tot hun jaarlijks aantal MOC. De functieprofielen van deze jobs zijn slecht gedefinieerd en door een mogelijke aanpassing van de toekenningsregels in 2015 heerst er in de sector onzekerheid over hun voortbestaan

Sinds 1 juli 2008 biedt het Kankerplan financiële steun aan ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma. Dit doet het door extra personeel te financieren: oncologisch verpleegkundigen (Actie 14 van het Kankerplan), oncopsychologen en sociale werkers (Actie 10 van het Kankerplan), data managers (Actie 11 van het Kankerplan). In januari 2011 werden daaraan de diëtisten toegevoegd. Het aantal VTE dat dit extra personeel vertegenwoordigt, wordt **berekend op basis van het jaarlijkse aantal door het ziekenhuis gefactureerde MOC**.

In 2012 werden 1.072 VTE op die basis gefinancierd: 330 oncologisch verpleegkundigen, 330 oncopsychologen, 165 sociale werkers, 165 diëtisten en 82 data managers. Voor een ziekenhuis van gemiddelde omvang dat 500 MOC per jaar realiseert, komt dat neer op 6,5 VTE.

Onduidelijke functieprofielen

De definitie en de financiering van sommige functies zijn echter niet altijd duidelijk. Het geval van de data managers werd al aangehaald in punt 4. De functies van "oncocoach" worden voornamelijk ingevuld door oncologisch verpleegkundigen, hoewel dit niet verplicht is.

Hun rol als coördinator en contactpersoon voor de patiënt is erg belangrijk voor de zorgcontinuïteit, maar hun exacte functie wordt in geen enkele wettekst omschreven. Dat geeft het ziekenhuis een grote vrijheid voor de toewijzing van deze extra middelen. Het is dus geen grote verrassing dat de interpretatie van de rollen erg verschilt tussen de ziekenhuizen.

De onduidelijkheden over de competenties voor en de rol van deze functie komen tot uiting in de veelheid aan benamingen en functietitels die in de online enquête werden opgegeven: (infirmier) coördinateur de soins en oncologie, accompagnateur de soins en oncologie, infirmier d'accompagnement of case-manager (en oncologie) in het Frans en oncocoach, coördinator zorgprogramma, verpleegkundig consultant, expertverpleegkundige in het Nederlands.



Wij bevelen daarom aan om na te gaan hoe de financiering van de VTE, toegekend door het Kankerplan, op het terrein wordt gebruikt. Vervolgens moet men een meer preciese functiebeschrijving publiceren voor de oncologisch verpleegkundigen en de oncocoaches, en beide functies beter aflijnen.

Onzekerheid over de financiering

Voor 2014 was er een nieuwe toekenningsregel voorzien, maar op het moment van het afsluiten van dit onderzoek (november 2014) was deze nog niet gekend. Dit brengt veel ziekenhuisinstellingen in een oncomfortabele en onzekere positie. Als ze vooraf het aantal toegewezen posten niet kennen, is het voor hen moeilijk om het meest ervaren personeel te houden, dat elders op zoek zou kunnen gaan naar een meer zekere functie.

Volgens de FOD Volksgezondheid zal in de loop van 2015 de berekeningsmethode van de toekenningsregels worden geëvalueerd.

CONCLUSIE

Vandaag bestaat er in de wetenschappelijke wereld een bijna algemene consensus over het nut van de multidisciplinaire aanpak van kanker en over de meerwaarde die de Multidisciplinaire Oncologische Consults bieden voor de zorgkwaliteit. Onze balans over de MOC is dus zeer positief en het zal niemand verbazen dat wij ervoor pleiten om deze consults zoveel mogelijk verder te bevorderen.

Na 10 jaar maken de MOC deel uit van de routine van het merendeel van de Belgische ziekenhuizen, en het is nu tijd om hun « kwaliteit » van naderbij te bekijken. We wijzen daarbij op het belang van de deelname van sleutelactoren, zonder wie een vergadering niet zou mogen plaatsvinden. Deze sleutelactoren moeten specialisten zijn die over de juiste expertise beschikken om de te bespreken kankers aan te pakken.

Bij dit alles mag niet uit het oog worden verloren dat deze vergaderingen, hoe hoog hun technisch niveau ook is, de patiënt centraal moeten blijven stellen, en niet de aandoening. In deze optiek is de huisarts onmiskenbaar diens beste vertegenwoordiger in de MOC: hij kent de volledige medische en psychosociale situatie van de patiënt. Maar door praktische belemmeringen (tijd en logistiek) neemt de huisarts vaak niet deel aan de vergadering. Deze obstakels kunnen worden aangepakt met behulp van communicatietechnologieën.

De noodzakelijke modernisering van de werking van de MOC zal ongetwijfeld als gevolg hebben dat er minder strenge eisen voor de fysieke aanwezigheid van de specialisten zullen worden gesteld. Dit is onvermijdelijk, te meer omdat de kans groot is dat door de snelle evolutie in de diagnostiek en de behandeling van kanker het aantal deelnemers nog zal uitbreiden.

Daarnaast zullen door de rationalisering van de zorg en de aanduiding van referentiecentra de geografische grenzen van de netwerken nog verder worden uitgerekt. Deze nieuwe werking van de MOC zal moeten vergezeld gaan van de nodige technische ondersteuning op gebied van informatieoverdracht en van gegevensbescherming.

Kortom, de huidige werking, die administratief zwaar en verouderd is, moet worden vervangen door een soepeler, reactiever systeem. De volgende stap voor de MOC zal er dus één naar modernisering moeten zijn.



AANBEVELINGEN^e

AANBEVELING 1

Om het aantal kankergevallen dat besproken wordt tijdens een MOC te verhogen:

aan alle artsen:

- In principe zou elke kankerdiagnose moeten worden besproken in een MOC, onafhankelijk van het betrokken orgaan, het ziektestadium, de leeftijd van de patiënt of diens gezondheidstoestand. Een behandelende specialist die beslist om het geval niet te bespreken tijdens een MOC, moet de redenen hiervoor goed motiveren in het medisch dossier van de patiënt.

AANBEVELING 2

Om de noodzakelijke multidisciplinariteit te bevorderen:

Aan het RIZIV

- de nomenclatuur aanpassen zodat deelname aan de MOC zonder fysieke aanwezigheid mogelijk wordt, door de organisatie van videoconferenties, onder strenge kwaliteits- en vertrouwelijkheidsvoorwaarden, aan te moedigen.

AANBEVELING 3

Om de deelname van de huisartsen aan een MOC te bevorderen:

Aan de wetenschappelijke verenigingen, huisartsenkringen en verantwoordelijken permanente vorming:

- de sensibilisering van de huisartsen voor de MOC vergroten.

Aan de MOC-coördinatoren:

- het verzekeren van de informatiestroom, van de uitnodiging tot het eindverslag, d.m.v. adequate technologische middelen (bv. mails, beveiligde online platformen).

^e Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



- het maken van duidelijke afspraken in de MOC over de communicatie van de resultaten aan de patiënt (wie, wat, hoe).

Aan het RIZIV:

- de nomenclatuur aanpassen zodat de gelijktijdige aanwezigheid op de MOC van de huisarts en de orgaanspecialist (van buiten het ziekenhuis) gehonoreerd wordt, wat vandaag niet mogelijk is.
- de nomenclatuur aanpassen zodat de deelname van de huisarts aan de MOC kan gehonoreerd worden zonder fysieke aanwezigheid, maar bijvoorbeeld via video – of telefoonconferentie.

AANBEVELING 4

Om de presentatie en de inhoud van de MOC-formulieren te verbeteren:

Aan de overheden bevoegd voor volksgezondheid, aan het College voor Oncologie en de Stichting Kankerregister

- een soepelere procedure ontwikkelen voor de aanpassing van het algemene MOC-formulier zodat specifieke gegevens voor de kankertypes kunnen worden opgenomen. Deze aanpassingen moeten worden voorgesteld en goedgekeurd door het College voor Oncologie en het Kankerregister, voor hun officiële publicatie door het Kankerregister. Een systematische registratie in een Koninklijk Besluit is niet meer vereist.

Om de kwaliteit van de gegevens voor het Kankerregister te verbeteren:

Aan het Belgisch Kankerregister:

- snel feedback bezorgen aan de oncologische centra over de kwaliteit van hun registrering per kankertype, met mogelijkheid tot benchmarking. Dit moet de centra aansporen hun praktijk te verbeteren. Er kan eventueel een verbeterplan op basis van deze feedback worden voorgesteld, in samenspraak met de zorgcoördinator.

*Aan de FOD Volksgezondheid:*

- rekening houden met de kwaliteit van de gegevensregistratie bij het bepalen van het aantal VTE voor de administratieve ondersteuning van de kankercentra. Vandaag wordt dit aantal enkel berekend op basis van het aantal MOC.
- herzien van de functiebeschrijving van de data managers zodat ze zich kunnen concentreren op de registratie en de verbetering van de kwaliteit van de gegevens en niet op het controleren van de MOC-beslissingen, wat buiten hun expertise ligt.

AANBEVELING 5

Om de variabiliteit van de tarifieringspraktijken tussen de ziekenhuizen te verminderen en de praktijk van de bijkomende MOC aan te moedigen:

Aan het RIZIV:

- verduidelijken van de opnemings- en uitsluitingscriteria voor de betaling van MOC-honoraria bij de tumoren in situ.
- de ziekenhuizen beter informeren over de minimale voorwaarden voor de financiering van de opvolgings-MOC en de bijkomende MOC.
- de bestaande regels voor de betaling van de bijkomende MOC-honoraria aanpassen (door aan de ziekenhuizen die een tweede opinie geven te vragen in hun aanvraag de herkomst van de patiënt te vermelden).
- financiering voorzien voor “referentie-MOC” waar experts van de referentiecentra de meest complexe gevallen kunnen bespreken op (supra-) nationaal niveau (aanbeveling uit Rapport 219 over zeldzame en complexe kankers).

AANBEVELING 6

Om de administratieve belasting voor de betaling van de MOC-honoraria te verlichten:

Aan de ziekenfondsen:

- de relevantie van elk document evalueren en afschaffen van de overbodige documenten.
- online formulieren met geauthentiseerde handtekening invoeren.



AANBEVELING 7

Om de verschillende ondersteunende rollen in de oncologische zorg te verduidelijken en hun voortbestaan te verzekeren:

Aan de FOD Volksgezondheid en aan de regionale administraties die zich bezighouden met gezondheidszorg:

- nagaan hoe de VTE financiering, toegekend door het Kankerplan, op het terrein wordt aangewend.
- op basis van deze resultaten een functiebeschrijving publiceren voor de oncologisch verpleegkundigen en de oncocoaches en beide functies beter definiëren/aflijnen.
- Tijdig de nieuwe regel publiceren voor de berekening van het VTE voor het paramedisch en administratief personeel van de kankercentra.



COLOFON

Titel:	10 jaar multidisciplinaire oncologische consulten: balans en vooruitzichten – Synthese
Auteurs:	France Vrijens (KCE), Laurence Kohn (KCE), Cécile Dubois (KCE), Roos Leroy (KCE), Imgard Vinck (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Auteurs die hebben meegewerkt aan een specifiek hoofdstuk in het rapport:	Hoofdstuk 3: Harlinda De Schutter (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer), Viki Schillemans (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer) Hoofdstuk 4: Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Lieve Vanwaeyenbergh (RIZIV – INAMI) Hoofdstuk 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 en senior supervisor:	Sabine Stordeur (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Nadia Benahmed (KCE), Maria Isabel Farfan-Portet (KCE), Raf Mertens (KCE)
Externe experts en 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)
Discussiegroep web survey resultaten (Frans):	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)



Discussiegroep web survey resultaten (Nederlands):	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)
Externe validatoren:	Josep Maria Borrás (Universitat de Barcelona, Spain), Jeanne-Marie Bréchet (Institut National du Cancer, France), Olivier Schmitz (Institut de Recherche Santé et Société, Faculté de Santé publique, Université Catholique de Louvain)
Acknowledgement:	Carl Devos (KCE), Mia Slabbaert (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer), Nancy Van Damme (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer)
Gemelde belangen:	<p>Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Peter Pype (Domus Medica), Fien Mertens (Domus Medica), Mieke Decavele (WeDO), Gwenny De Metter (WeDO), Sabine Maene (comitélid <i>Beroepsvereniging Sociaal Werkers in Ziekenhuizen</i>)</p> <p>Eigenaar van maatschappelijk kapitaal, opties, aandelen of andere financiële instrumenten: Pierre Scalliet (IBA-SA)</p> <p>Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Anne Hoorens (richtlijnen GIST Novartis)</p> <p>Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Geert Roeyen (klinische studies), Gwen Sys (PhD over het gedrag van sarcomen), Anne Hoorens (wetenschappelijk onderzoek als stafflid in een universitair ziekenhuis)</p> <p>Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek: Geert Roeyen (betalingen voor lezingen), Vincent Remouchamps (een beursstudent op het Plan Cancer)</p> <p>Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Vincent Remouchamps (deelname aan verschillende studieprojecten zonder belangenconflict of voordelen)</p> <p>Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Vincent Remouchamps (oncologisch congres), Geert Roeyen (master's degree; symposia), Gwen Sys (communicaties over sarcomas)</p> <p>Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Baudouin Mansvelt (voorzitter van de <i>Union Professionnelle des chirurgiens belges</i>), Geert Roeyen (lid van de Belgische Transplantatie Raad; voorzitter van de lokale raad voor transplantaties van het l'UZA; directielid <i>Hepatobiliary surgery du Royal Belgian Society for Surgery</i>), Johan Abeloos (voorzitter <i>Vlaamse Werkgroep Hoofd- en Halstumoren</i>), Sabine Maene (voorzitter studie en werkgroep Sociaal en Medische hulp West-Vlaanderen)</p>
Layout:	Ine Verhulst



Disclaimer:

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur. (<http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>)
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum: 17 februari 2015 (2nd print; 1st print: 21 januari 2015)

Domein: Health Services Research (HSR)

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

NLM classificatie: QZ 200

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2015/10.273/18

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document? Vrijens F, Kohn L, Dubois C, Leroy R, Vinck I, Stordeur S. 10 jaar multidisciplinaire oncologische consulten: balans en vooruitzichten – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 239As. D/2015/10.273/18..

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



Contact:

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10^e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
<http://www.kce.fgov.be>