KU LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCHE CONSULTEN VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE HUISARTS

Dr. Bieke Demarcke
Huisarts in opleiding
KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele
Hoofddocent UGent

Copromotor: Dr. Peter Pype
Praktijkassistent UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Mei 2015

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Context

Multidisciplinair oncologische consulten (MOC's) zijn vergaderingen omtrent diagnosestelling, therapie en follow-up van oncologische patiënten, georganiseerd door de tweede lijn, maar ook open voor huisartsen. Uit de literatuur blijkt dat de werkelijke behandeling geregeld afwijkt van het vooropgestelde behandelplan van het MOC omwille van ongekende comorbiditeiten en voorkeur van de patiënt voor een andere behandeling. Dit is informatie die de huisarts van de patiënt vaak bezit. Nochtans suggereert de literatuur ook dat huisartsen weinig frequent aanwezig zijn. Studies die specifiek ingaan op de plaats van huisartsen op het MOC en hun visie ontbreken echter. Vandaar de nood aan verder onderzoek.

Onderzoeksvragen

Hoe frequent zijn huisartsen aanwezig op het MOC?
Welke ervaringen en verwachtingen hebben zij over dit MOC?

Methode

Allereerst voerden we een literatuurstudie op Pubmed uit. Gegevens over de aanwezigheidsgraad van huisartsen bekwamen we via e-mail van acht West-Vlaamse ziekenhuizen en van het RIZIV. Voor het kwalitatief deel van het onderzoek werden negen huisartsen geïnterviewd. Kandidaten werden gerekruteerd tijdens bijeenkomsten en geselecteerd volgens het principe van 'purposive sampling'. Tot slot kregen we de resultaten van een enquête van het AZ Delta in Roeselare.

Resultaten

De aanwezigheidsgraad van huisartsen op de MOC's is sterk afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis. Cijfers gaan van 0 % tot 18 % van de casussen waarbij de huisarts aanwezig is. Meestal gaat het echter over enkele procenten. Op nationaal niveau woont 9,2 % van de huisartsen jaarlijks minstens een MOC bij en dit voor gemiddeld 2,6 patiënten per huisarts.
Grosso modo kunnen we stellen dat huisartsen voorstander zijn van het MOC, ze onderkennen hierin verschillende voordelen voor de kwaliteit van zorg. Ze vinden ook dat ze zelf een belangrijke rol kunnen spelen bij de behandeling van maligniteiten. Huisartsen vinden de informatie die zij over de patiënt bezitten zeer waardevol voor het MOC. Verschillende huisartsen vinden het ook hun taak om specialisten op gepaste momenten in vraag te stellen. Overige voordelen verbonden aan hun aanwezigheid op MOC-vergaderingen zijn het verwerven van informatie uit de eerste hand, het versterken van de relatie met patiënt én collega's, en in mindere mate eventuele navorming en de financiële verloning. Als redenen waarom de aanwezigheidsgraad dan toch laag ligt, worden vooral praktische barrières aangehaald, alsook de beperkte inbreng met weinig invloed op het beslissingsproces. Bijgevolg maken sommige huisartsen een selectie naar welke MOC's ze gaan en welke niet. Hierin spelen praktische overwegingen mee, de band met de patiënt, de verwachte inbreng en tot slot persoonlijke interesse. Alternatieven voor hun fysieke aanwezigheid op het MOC kunnen contact met de specialist voor of na het MOC en eventueel videoconferenties zijn.

Discussie

We vergeleken onze resultaten met een enquête van AZ Delta, waarin huisartsen heel positief stonden tegenover het MOC en ook een grote bereidheid toonden om fysiek aanwezig te zijn of om via videoconferentie deel te nemen. Er was bij dit onderzoek echter een belangrijke selectie bias van deelnemers.
Vervolgens toetsten we ons onderzoek aan een KCE-studie over het MOC, die vrijwel gelijktijdig uitgevoerd werd. Het merendeel van de uitkomsten zoals beschreven in onze studie, wordt hierin bevestigd. Het belangrijkste verschil is dat de huisartsen uit onze studie hun meerwaarde op het MOC meer in vraag stellen en dat zij bijgevolg ook niet allen gemotiveerd zijn om nog MOC's bij te wonen. Het KCE-rapport haalt ook enkele interessante aanvullingen op onze studie aan. Zo blijkt dat huisartsen niet steeds uitgenodigd worden en ook achteraf niet steeds het MOC-verslag krijgen. De meerwaarde van huisartsen op het MOC wordt door de helft van de ondervraagde specialisten zeer laag ingeschat. Tot slot blijkt een pilootproject met MOC via videoconferentie geslaagd.
De interesse van het KCE in het MOC toont de relevantie van het onderwerp nogmaals aan. Deze masterproef schetst een beeld over de aanwezigheidsgraad van huisartsen op de MOC's en hun ervaringen en verwachtingen. Hiermee brengt deze studie relevante informatie over een belangrijk thema binnen de oncologische zorgverlening. Het kan een hulp bieden aan MOC-organisatoren om de aanwezigheid van huisartsen te bevorderen. Toch moeten we ons de vraag stellen of huisartsen wel zoveel mogelijk aanwezig dienen te zijn op het MOC. Is hun aanwezigheid altijd zinvol? Deze vraag kan een vertrekpunt zijn voor verder onderzoek.

Inleiding

Multidisciplinair oncologische consulten (ook wel MOC's genoemd) zijn vergaderingen omtrent diagnosestelling, therapie en follow-up van oncologische patiënten, die op regelmatige basis in ziekenhuizen plaatsvinden. Aanwezigen zijn specialisten van minimaal vier verschillende disciplines (op zijn minst een oncoloog, meestal vergezeld van een of meerdere orgaanspecialisten, radiotherapeuten, chirurgen, radiologen en anatoom-pathologen) en soms de huisarts van de patiënt.[1,2] MOC's worden algemeen beschouwd als bevorderlijk voor de kwaliteit van zorg voor oncologische patiënten en worden dan ook steeds vaker gepromoot door richtlijnen en nationale beleidsplannen, zoals het Nationaal Kankerplan van Minister Onkelinx uit 2008.[3-7,8-10] Sinds 2003 is deze vorm van georganiseerd kankeroverleg wettelijk geregeld, met onder strikte voorwaarden een financiële verloning voor de deelnemers.[1,2,11-13]

Uit de literatuur blijkt dat het beleidsplan van MOC-vergaderingen niet steeds uitgevoerd wordt. In het merendeel van de studies variëren de cijfers tussen de 11 en 16 procent van de gevallen waarbij afgeweken wordt van de vooropgestelde behandeling. Belangrijkste redenen hiervoor zijn comorbiditeiten waarvan het specialistenpanel niet op de hoogte was en voorkeur van de patiënt voor een andere behandeling.[4,5,7,8,14-18] Verschillende auteurs opperen dat de huisarts van de patiënt deze informatie bezit en dus kan bijdragen aan de doeltreffendheid van het MOC.[7,8,14]

Studies die specifiek ingaan op het belang van huisartsen op MOC's ontbreken echter. Wel suggereert de literatuur dat huisartsen weinig frequent aanwezig zijn, dat ze weinig input hebben en dat de wensen van de patiënt en psychosociale informatie in het algemeen weinig in rekening worden gebracht op een MOC.[4,7-19] Daarnaast haalt de literatuur aan dat huisartsen graag vroeg in het zorgproces betrokken zouden worden, dat dit belangrijk is voor de continuïteit en coördinatie van zorg en dat de communicatie tussen huisarts en specialist te verbeteren valt.[9,18,20-22] In de afwerkingsfase van deze studie is tevens een KCE-rapport gepubliceerd, waarover meer in het deel 'discussie'.[23]

Gezien het potentiële belang van huisartsen op de MOC's, de vermoedelijk lage aanwezigheidsgraad en de schaarse literatuur hieromtrent, probeert deze studie op kwalitatieve wijze deze lacune op te vullen. Een eerste doelstelling is het in kaart brengen van de aanwezigheid van huisartsen op MOC-vergaderingen in België. In een tweede luik proberen we meer duidelijkheid te verschaffen over de ervaringen en verwachtingen van huisartsen omtrent de MOC's.

Methodologie

Voor de inleidende literatuurstudie op Pubmed kwamen Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige artikels gepubliceerd vanaf 01/01/2000 tot en met 01/04/2014 in aanmerking. Hiervoor werd de combinatie van de MeSH-termen 'interdisciplinary studies' en 'neoplasms' gebruikt, evenals combinaties van de zoektermen multidisciplinary oncolog(y)(ical) consult(ation), "multidisciplinary team meeting" cancer/oncology, "multidisciplinary cancer team", multidisciplinary oncology round, "multidisciplinary tumo(u)r board", "multidisciplinary committee" cancer/oncology, "multidisciplinary team assessment".

De 418 hits werden op de volgende wijze uitgedund: 65 dubbele artikels, 295 niet-relevante titels, 39 niet-relevante abstracts, 12 niet-relevante full texts. De 7 overblijvende artikels werden aangevuld met 3 artikels uit de referentielijsten en 8 artikels uit de 'related articles'-selectie. Daarnaast werd specifiek gezocht naar informatie van het RIZIV, het KCE en nationale kankerrichtlijnen.
Voor de gegevens over de aanwezigheidsgraad van huisartsen op de MOC's werden alle West-Vlaamse ziekenhuizen per e-mail gecontacteerd. Acht oncologische diensten gaven cijfermateriaal over huisartsen op hun MOC's. Voor de data op nationaal niveau werd het RIZIV geraadpleegd, die de tarifering van de prestaties 350420 en 350416 in 2012 ter beschikking stelde. Er werd een verhouding gemaakt aan de hand van het aantal actieve huisartsen in België in 2012, zoals beschreven in het jaarverslag van het RIZIV.[24]
Voor het volgende deel van het onderzoek werden huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) geïnterviewd die al minstens eenmaal aanwezig waren op een MOC. Kandidaten werden gerekruteerd door mondelinge toelichting van het opzet van de studie tijdens een LOK-vergadering of andere bijeenkomst. Selectie van de kandidaten gebeurde volgens het principe van 'purposive sampling' (selectie onder andere op basis van leeftijd, geslacht en praktijkvorm). De deelnemers ondertekenden een informed consent en vulden een formulier met demografische en andere variabelen in. Nadien werden ze geïnterviewd gedurende een half tot één uur op semigestructureerde wijze. De interviews werden verwerkt aan de hand van de techniek van de thematische analyse.
De resultaten van deze interviews worden in de discussie getoetst aan een studie die AZ Delta uit Roeselare uitvoerde tijdens een navormingsavond over digestieve oncologie op 2 oktober 2014. Van de aanwezige huisartsen vulden er 41 een enquête over MOC-vergaderingen in, die elke aanwezige bij het begin van de avond gekregen had. Eén van de organiserende artsen stuurde de antwoorden op deze enquête via e-mail door, samen met het uitdrukkelijke akkoord om de resultaten in deze studie op te nemen.

Resultaten

Aanwezigheid van huisartsen op de MOC's

Navraag bij de West-Vlaamse ziekenhuizen leverde uiteenlopende resultaten op. Eén ziekenhuis nodigt de huisarts niet uit, terwijl er in een ander ziekenhuis een hoge aanwezigheidsgraad van gemiddeld 18 % is. De overige ziekenhuizen kennen percentages van enkele procenten tot maximaal 5 % van de casussen waarbij de huisarts aanwezig is.
Officiële cijfers van het RIZIV bevestigen het lage aantal aanwezige huisartsen. In 2012 waren 1212 verschillende huisartsen en HAIO's minstens eenmaal aanwezig op een MOC. Op een totaal aantal van 12 363 actieve huisartsen en 788 actieve HAIO's in België is dit 9,2 % die in 2012 een MOC bezocht. Er werd 3128 keer een huisarts of HAIO uitbetaald, wat verrekend met de 1212 aanwezigen neerkomt op gemiddeld 2,6 patiënten per huisarts gedurende dat jaar.

Kenmerken geselecteerde huisartsen

De overige resultaten hebben betrekking op de gevoerde interviews met huisartsen en HAIO's. Voor de leesbaarheid van dit artikel worden zij in wat volgt gezamenlijk beschreven als 'huisartsen'.

De kenmerken van de negen geselecteerde huisartsen staan beschreven in tabel 1. Twee van hen zijn vrouwelijk. Leeftijden zijn gespreid tussen 25 en 66 jaar met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar. Er zijn twee HAIO's onder de geïnterviewden. De artsen werken in verschillende praktijkvormen: zowel solo-, duo- als groepspraktijken, gelegen in zowel stedelijke als landelijke gebieden. De ervaring van de geïnterviewde huisartsen loopt sterk uiteen met als minimum twee MOC's in hetzelfde ziekenhuis gedurende de volledige loopbaan en als maximum een vijftiental MOC's gedurende de laatste drie jaar alleen al.

Tabel 1: Kenmerken deelnemende huisartsen

Deelnemer	Geslacht	Leeftijd	Functie*	Praktijkvorm	Locatie**	Aantal MOC's	Aantal verschillende ziekenhuizen	Laatste MOC
1	M	60	HA	Solo	L	10-20 in totaal	2	3 jaar geleden
2	V	26	HAIO	Solo + HAIO	S	20 in totaal (2 als HAIO)	4	2 maand geleden
3	M	56	HA	Duo	L	15 tijdens laatste 3 jaar	2	<1 maand geleden
4	M	66	HA	Solo	S	3-4 in totaal	2	3-4 jaar geleden
5	V	25	HAIO	Groepspraktijk (3+HAIO)	S	3 in totaal	1	<1 maand geleden
6	M	64	HA	Solo	L	6 in totaal	4	8 jaar geleden
7	M	57	PO	Solo + HAIO	L	2 tijdens laatste 3 jaar	1	<1 jaar geleden
8	M	56	HA	Groepspraktijk (3)	L	6 in totaal	2	10 jaar geleden
9	M	32	HA	Solo	L	2 in totaal (1 als HA)	1	<1 jaar geleden

* HA = huisarts; HAIO = huisarts in opleiding; PO = praktijkopleider

** S = stedelijk gebied; L = landelijk gebied

Visie huisartsen over de MOC's

Voordelen MOC

De geïnterviewde huisartsen zijn het er over eens dat MOC-vergaderingen een goede zaak zijn voor de patiënt. De behandeling van tumorale pathologie wordt steeds complexer, dus bestaat de noodzaak om hierover te overleggen in een multidisciplinaire context. Vóór de invoer van het MOC was een patiënt overgeleverd aan de kennis en kunde van de desbetreffende behandelende specialist. Nu is er intervisie van specialisten onderling, waardoor de kans op foutieve beslissingen kleiner zou moeten zijn en specialisten zich waarschijnlijk beter gesteund voelen. Huisartsen vermoeden dat dit overleg leidt tot betere evidence-based geneeskunde en tot een betere coördinatie van de zorg van de verschillende betrokken specialismen. De huisarts lijkt de specialisten te vertrouwen in deze medisch-technische discussie. Indien patiënten van de MOC-vergadering op de hoogte zijn, appreciëren zij dit en kan dit hun vertrouwen in de behandeling doen toenemen, zo denken de geïnterviewde huisartsen.

> *"En omdat het ook zo is dat je goeie specialisten hebt, hele goeie en hele, hele goeie. Die hele, hele goeie gaan dan de foutjes van de gewone goeie misschien… Het hangt een beetje af van het corrigeren hé…" (huisarts 1)*
>
> *"Ik denk dat het vooral gewoon de samenwerking vlotter verloopt. Iedereen is op de hoogte, dat dat voor de patiënt gemakkelijker is." (huisarts 5)*
>
> *"Ah ja ze hebben dan het gevoel dat ze, de goeie beslissingen genomen worden, dat ze door goeie mensen worden opgevolgd, en dat ze, dat je wel degelijk betrokken bent." (huisarts 2)*

Kenmerken overleg

Het bespreken van patiënten op MOC's gaat volgens alle geïnterviewde huisartsen zeer snel. Enkelen benadrukken ook de professionaliteit. Over de efficiëntie van overleg bestaan verschillende meningen. Sommigen noemen het MOC efficiënt, een enkeling vindt dat er soms te veel door elkaar gepraat wordt en dat de betrokken artsen niet altijd luisteren. Specialisten kennen elkaar goed en zijn goed op elkaar ingespeeld, zeker in de kleinere ziekenhuizen, aldus de huisartsen.

> *"Zij zijn inderdaad in hun doen, zij kennen mekaar daar, dat moet daar rap gaan, hoe rapper hoe beter, dat is zeer efficiënt, dat is zeer 'dink'." (huisarts 4)*

MOC-verslag

Na het MOC wordt een verslag gestuurd naar de huisarts. Alle geïnterviewde huisartsen vinden dit belangrijk. Het merendeel vindt het verslag nu in orde, kort en bondig maar met alle relevante informatie. Iemand krijgt via het MOC-verslag concrete tips en informatie mee, bijvoorbeeld wat te doen indien er bijwerkingen optreden, en vindt dit handig. Enkele huisartsen vinden dat het verslag wat genuanceerder zou mogen zijn, met wat meer duidelijkheid over de alternatieven en de motivatie van de keuze.

> *"Het is te beknopt. Het is ook niet gemotiveerd waarom men dit en dat en ginder doet. Men zegt: we gaan dit en dat doen, punt. Het wordt niet gemotiveerd." (huisarts 1)*

Visie huisartsen over eigen taken

Rol van huisarts bij oncologische behandeling

Uit de interviews blijkt dat huisartsen vinden dat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij de behandeling van maligniteiten. Enkele huisartsen vinden echter dat de tweede lijn hen na diagnosestelling vaak aan de kant zet. De follow-up bij oncologische aandoeningen gebeurt grotendeels in het ziekenhuis. Huisartsen betreuren dat zij de patiënt dan slechts terugzien bij intercurrente ziektes of in het palliatieve stadium. De opkomst van gespecialiseerde oncologisch verpleegkundigen, die vaak ook heel goed op de hoogte zijn van de psychosociale achtergrond, heeft de exclusieve positie van de huisarts verder ondermijnd.

> *"Dus maar, je hebt patiënten van 35, 45, 55 jaar die anders niet ziek zijn, maar wel kanker hebben, dus die je gewoonweg niet meer ziet. Je bent ze kwijt. Eigenlijk ben je ze niet kwijt, plots zie je ze weer in de palliatieve fase." (huisarts 8)*
>
> *"Ze zitten allemaal met gespecialiseerde verpleegsters die van dat specifieke domein evenveel weten dan wij. Denken ze toch… Waardoor ze ons minder nodig hebben." (huisarts 1)*

Kennis over patiënt en familie

De deelnemers zijn unaniem van oordeel dat ze interessante en soms echt belangrijke informatie kunnen bezitten voor de behandelende specialisten. Het kan gaan over somatische informatie, zoals ongekende comorbiditeiten, de voornaamste symptomen van de patiënt en het verloop van de behandeling. Maar hun belangrijkste taak zien huisartsen erin om psychosociale gegevens aan te brengen, zoals de psychologische verwerking van de patiënt, spirituele elementen, voorkeuren van de patiënt omtrent de behandeling, enzoverder. Tot slot vinden huisartsen familiale informatie ook belangrijk. De sociale achtergrond en de visie van de familie kunnen mee bepalend zijn in de keuze van therapie.

> *"Ik vind wel de invoer, de inbreng soms van ons, van hetgeen wij weten en dat zij niet kunnen weten in een kankergeval zeer zinvol." (huisarts 4)*
>
> *"Het gaat over het geestelijke, het spirituele, over de geloofsuiting van de patiënt, over hoe staat de patiënt tegenover bepaalde zaken (bijvoorbeeld tegenover ziekte, tegenover de dood)." (huisarts 8)*

Verkrijgen van informatie

Hoe verkrijgt de huisarts al deze informatie? Sommige huisartsen gaan hierover in dialoog met hun patiënt en durven ook moeilijke onderwerpen, zoals het levenseinde, expliciet met hen te bespreken. Andere huisartsen leren vooral impliciet: door de jarenlange band met de patiënt leren zij beetje bij beetje de patiënt ten gronde kennen. Te bemerken valt dat er ook altijd patiënten zijn waarvan zij minder of zelfs niet op de hoogte zijn van deze psychosociale achtergrond. Dit hangt onder meer af van het aantal contacten tussen huisarts en patiënt, en ook de mate waarin de patiënt de huisarts in vertrouwen neemt.

> *"Palliatief en levensverwachting, dat is moeilijk hé. [...] Ge moet dat toch een beetje een beetje proberen aan te kaarten hé. Eigenlijk moet je dat gewoon expliciet bespreken hé, wat de verwachtingen zijn." (huisarts 9)*

Kritische inmenging

Een laatste taak die huisartsen zichzelf toeschrijven op het MOC is het in vraag stellen van specialisten op gepaste momenten. Wanneer huisartsen niet akkoord gaan met specialisten, betreft het vaak een situatie van therapeutische hardnekkigheid, waarbij de huisarts over het algemeen wat terughoudender is.

> *"Mijn gevoel is dat ik daar wel mijn mening mag geven van: "Kijk, ik zou dat nu eerder niet doen, is dat wel goed?" Dat ze je niet zouden afschieten van: "gij zijt een domme huisarts."" (huisarts 5)*
> *"Voor in de kliniek is het om zo lang mogelijk te leven, maar de huisarts is voor de perfecte behandeling op maat van de patiënt." (huisarts 8)*

Huisartsen op het MOC

Ondanks het gegeven dat huisartsen het MOC-gebeuren als zinvol beschouwen en dat zij voor zichzelf een belangrijke taak weggelegd zien, zijn huisartsen vaak de grote afwezige op het MOC. De volgende factoren spelen een rol in hun afweging.

Praktische barrières

Praktische barrières worden heel vaak aangehaald en beklemtoond. Die blijken soms moeilijk te overkomen. De verplaatsing naar het ziekenhuis en de tijdsinvestering die dit vraagt, zijn de grootste belemmeringen, zeker op moeilijke tijdstippen op de dag en tijdens drukke periodes. Laattijdig verstuurde uitnodigingen, die vaak ook op onduidelijke wijze in het elektronisch medisch dossier terechtkomen, bemoeilijken het inplannen van een MOC binnen de dagstructuur.

> *"Als het 's avonds om zes uur is en je bent bezig met consultaties doen, heb je geen tijd om een keer: "Hé gastjes, we gaan een keer een half uurke stoppen."" (huisarts 1)*
> *"En ge moet ook op tijd verwittigd worden. Meestal word je, werd je soms slecht verwittigd, op het allerlaatste ogenblik." (huisarts 6)*

Weinig inbreng

Een tweede grote remming is dat de meeste geïnterviewde huisartsen vinden dat hun eigen inbreng te beperkt is en hun meerwaarde dus gering. Specialisten gaan huisartsen bij gelegenheid actief bevragen tijdens het MOC. In andere gevallen gaan huisartsen soms zelf het woord nemen, indien zij belangrijke informatie te melden hebben of zich in de discussie willen mengen. Ze hebben de indruk dat er geluisterd wordt naar wat ze te zeggen hebben, maar zijn toch vrijwel eensgezind dat hun inbreng zelden het beleid mee bepaalt. Sommigen achten hun inbreng daartoe niet belangrijk genoeg. Wat ook meermaals als argument naar voren komt, is dat het puur medische en wetenschappelijke voor specialisten in de

besluitvorming primeert, ten koste van psychosociale elementen. Daarbij laten ze zich vaak door strikte behandelprotocollen leiden, waarin de huisarts weinig inspraak heeft. Toch laten de deelnemende huisartsen zich hierdoor niet afschrikken en interveniëren ze steeds als ze dit nodig achten.

> *"Ik heb niet de ervaring dat ik al door mijn antwoord een beleid van hen veranderd heb." (huisarts 7)*
> *"Alhoewel, ik weet niet of dat het hun zoveel interesseert hé. Ge voelt dat ook wel, al hetgeen dat er een beetje psychologie is, wordt precies afgeketst." (huisarts 3)*
> *"Het wetenschappelijke primeert op de rest. Zoveel percentage meer kans op overleven, dus doen we dat." (huisarts 8)*

Informatie verkrijgen

In hun afweging om al dan niet naar het MOC te gaan, houden huisartsen ook rekening met de voordelen van hun aanwezigheid. Zo worden ze onder andere snel en goed geïnformeerd over het afgesproken beleid, inclusief details van de behandeling en de motivatie achter de beslissing, die ze anders niet zouden vernemen.

> *"Ah ja, dat wil ik wel nog zeggen: dat dat wel positief is op een MOC dat je ook hoort waarom dat ze eigenlijk die beslissing genomen hebben, en hoe dat het precies in zijn werk, misschien nog een klein beetje meer in detail hoort." (huisarts 2)*

Relatie huisarts – patiënt

Huisartsen die op het MOC van hun patiënten aanwezig zijn, kunnen dit achteraf ook met hen bespreken. Naast inhoudelijke zaken, vertellen sommige huisartsen ook over hun eigen aanwezigheid en inbreng, hoewel de meesten over dat laatste eerder bescheiden zijn. Het is voor huisartsen een manier om hun betrokkenheid aan de patiënt te tonen en ze menen dat patiënten hun aanwezigheid appreciëren. Op die manier kan het vertrouwen van de patiënt in de huisarts en in de behandeling toenemen.

> *"Ah ja hé, dat is dan natuurlijk een beetje stoefen met jezelf. Of tonen hoe betrokken dat je bent hé. Ja, dat is toch een meerwaarde. Ge hebt de moeite gedaan, dan mag je het wel een keer tonen aan de patiënten van: "ik ben betrokken."" (huisarts 2)*
> *"Eigenlijk ligt het waarschijnlijk veel meer op het vlak van 'ik heb het gevoel dat ik iets doe voor die patiënt'. Dat komt de zorg voor die patiënt helemaal niet… Dat verandert de zorg niet voor die patiënt. En toch heb ik het gevoel dat ik iets doe in mijn betrokkenheid met hem." (huisarts 7)*

Relatie huisarts – collega's

Het merendeel van de huisartsen beschrijft het contact met specialisten tijdens het MOC in positieve termen. Ook al is er meestal geen tijd voor een persoonlijke babbel, toch spreken ze van een aangenaam contact, waarbij ze zich gerespecteerd voelen als een volwaardige collega. Specialisten houden rekening met de huisarts, bijvoorbeeld door hun casus als eerste te nemen op het MOC. Sommigen vermelden ook dat specialisten hun aanwezigheid lijken te appreciëren.

Toch voelde een enkeling zich volledig ongewenst, een vertragende factor op het MOC. En de HAIO's ondervinden soms wat schroom om met de tweede lijn te discussiëren.

Wat sterk benadrukt wordt als positief aan de MOC's, is het feit dat je er specialisten leert kennen. Het persoonlijk leren kennen van specialisten bevordert een gemoedelijke samenwerking. Enkele huisartsen denken dat ze dan buiten de context van de MOC's ook gemakkelijker gunsten kunnen verkrijgen. Het voordeel van hen professioneel te kennen met hun sterktes en zwaktes is dat men patiënten dan beter kan doorverwijzen.

Huisartsen leren niet alleen specialisten kennen op een MOC, de specialisten leren hen ook kennen. Een MOC kan het imago van de huisarts dus helpen vormgeven. Enkelen willen

zich door hun aanwezigheid laten waarderen door de samenwerkende specialisten. Een HAIO vertelde dat ze een MOC daarom goed voorbereidt. De geïnterviewde praktijkopleider wil op die manier zijn imago naar de HAIO toe verbeteren.

> *"Ze zijn zeer vriendelijk en zeer voorkomend en zeer aangenaam en…" (huisarts 3)*
> *"Ge zijt daar echt een hond in een kegelspel, ja. En ge moet zien dat je daar zo rap mogelijk tussen die kegels uit bent en weer in je auto zit." (huisarts 4)*
> *"Ik krijg gezichten op specialisten en ik laat mijn gezicht zien. Dat komt de samenwerking ten goede." (huisarts 7)*
> *"En wij verbeteren ons imago door daar te zijn." (huisarts 6)*

Navorming

Over het eventuele bijleren uit MOC-vergaderingen bestaan heel tegenstrijdige opvattingen. Enkelen verklaren dat ze niets bijleren en daar soms zelfs de behoefte niet toe hebben. Oncologie is te specialistisch en de therapieën veranderen frequent, zodat het geen zin heeft om energie te steken in deze moeilijke materie. Anderen vinden het toch leerrijk of een aangename opfrissing van enkele oncologische principes. Opvallend is dat de jonge collega's allen tot deze laatste groep behoren.
De geïnterviewde praktijkopleider haalt als enige aan dat het ook leerrijk is om intercollegiaal overleg te kunnen observeren, los van het inhoudelijke. Als huisarts in een groepspraktijk zouden we hieraan een voorbeeld kunnen nemen.

> *"Bijvoorbeeld leukemiebehandeling, dat moeten wij niet leren hé. Want als we het allemaal in ons hoofd prenten, het jaar erop is het weer iets anders." (huisarts 6)*
> *""En oestrogenen, waarom is dat zo belangrijk? En de progestageenreceptor, waarom is dat belangrijk?" Allez als ge 't niet weet, ze gaan het u uitleggen. Dus ja, ge leert daar wel bij hé." (huisarts 3)*

Financiële verloning

Huisartsen kunnen gehonoreerd worden voor hun aanwezigheid op het MOC. Uit de interviews blijkt dat de kennis hierover bij alle deelnemers ontoereikend is. Vaak weten ze wel dat er een nomenclatuurnummer bestaat, maar niet waar ze dat kunnen terugvinden of hoe de procedure ineen zit. Het bedrag (om en bij de dertig euro) bestempelen de meesten als aanvaardbaar. Alle deelnemers benadrukken echter dat dit voor hen absoluut geen drijfveer is om naar MOC's te gaan.

> *"Ik sta daar niet bij stil of dat dat nu te weinig of te veel is. Dat is hetgeen dat ik er voor krijg, en eigenlijk vind ik het zelfs niet belangrijk, vind ik het niet belangrijk." (huisarts 7)*

Gevolg voor aanwezigheid

De afweging van voor- en nadelen van hun aanwezigheid valt voor de geïnterviewde huisartsen verschillend uit. Een paar deelnemers willen nooit meer naar MOC-vergaderingen gaan. Ze zien er de zin niet van in en een van hen voelde zich er ook ronduit ongewenst. Aan het andere einde van het spectrum hebben we een arts die naar zoveel mogelijk MOC-vergaderingen op haalbare momenten gaat. De HAIO's hebben ook diezelfde intentie, maar weten niet of dit in het toekomstige werkschema zal passen.
De grootste groep artsen maakt een afweging en selecteert op basis van enkele criteria. Uiteraard spelen praktische overwegingen een grote rol. Hebben ze tijd om te gaan? Het middaguur komt duidelijk naar voren als meest geschikte moment voor een MOC. Indien er lunch voorzien is, appreciëren zij dit. Over het algemeen gaan ze ook enkel naar de dichtstbijzijnde ziekenhuizen. In kleine ziekenhuizen worden alle nieuwe oncologische patiënten soms op één MOC besproken, onafhankelijk van de discipline. Een arts merkt op

dat dit interessanter is voor de huisarts, van wie dan soms meerdere patiënten op dezelfde MOC besproken worden.
Opvallend is dat de beslissing om al dan niet naar het MOC te gaan voor verschillende artsen afhankelijk is van de patiënt. Voor een patiënt waar ze een goede band mee hebben, zijn ze eerder geneigd de extra inspanning te doen om naar het MOC te gaan.
Meerdere huisartsen houden in de beslissing ook rekening met de inbreng die ze mogelijks kunnen hebben. Over het algemeen is die groter in de palliatieve setting en bij oudere patiënten. Ook indien de huisarts belangrijke psychosociale informatie bezit, zal hij sneller de stap zetten. In sommige gevallen heeft de huisarts zelfs het gevoel naar het MOC te moeten gaan om voor de patiënt op te komen en diens mening te verkondigen. De ene specialist houdt al meer rekening met de huisarts dan de andere, maar toch laten huisartsen zich hier niet door leiden om al dan niet aanwezig te zijn.
Tot slot maken enkele artsen ook een selectie op basis van persoonlijke interesse rond bepaalde pathologieën.

> *"Ik denk dat de selectie vooral nu is: heb ik tijd om er te geraken? Ja, dan zou ik gaan. Nee, dan niet." (huisarts 9)*
> *"Voor sommige patiënten doe je een extra inspanning, voor andere patiënten doe je gewoon de inspanning die je altijd doet. Een extra inspanning, ik denk dat je dat wel kan verstaan dat als dat iemand is die je nauw aan het hart ligt, dan ga je jou daar meer rond informeren en ga je meer aanwezig zijn." (huisarts 7)*
> *"Als het palliatief is, luisteren ze meer, omdat ze ook geen weg weten hé." (huisarts 1)*
> *"En voor mijn patiënt te verdedigen hé. Allez het is zoals een advocaat hé, die dus naar een rechtbank gaat hé." (huisarts 6)*

Alternatieven

Het merendeel van de geïnterviewde huisartsen haalt zelf alternatieven aan voor hun aanwezigheid op het MOC. Contact met de behandelende specialist of met een centrale coördinator telefonisch of via e-mail vooraleer het MOC plaatsvindt, kan ervoor zorgen dat relevante informatie van de huisarts toch beschikbaar is op het MOC. Eén huisarts is van mening dat specialisten zelf het initiatief zouden moeten nemen om de huisarts actief te bevragen voor de MOC's.
Contact met de specialist ná het MOC is ook een mogelijkheid. Huisartsen kunnen zo toch de gewenste informatie verkrijgen en eventueel psychosociale elementen aanbrengen waardoor de voorgestelde behandeling moeilijk haalbaar is of argumenteren waarom ze niet akkoord gaan met het beleid.
Ten slotte is het ook een mogelijkheid dat huisartsen op het MOC aanwezig zijn via videoconferentie. Enkele huisartsen geloven hier niet in. Ze denken dat de interactie helemaal anders zal zijn, met als gevolg minder opbouwen van een goede relatie met de collega's van de tweede lijn en een nog beperktere inbreng in het beslissingsproces, of ze vrezen voor technische moeilijkheden. Een andere groep ziet hier de toekomst in. Het kan voor een stuk de praktische barrières opheffen, omdat het veel minder tijd vraagt. Iedereen is het er echter over eens dat overleg in feite beter gaat wanneer iedereen gelijktijdig fysiek aanwezig is.

> *"Als ik vind dat er iets moet gezegd worden psychisch voordien, dan ga ik meer de telefoon pakken voordien. En als ik niet akkoord ben met de besluiten, ga ik telefoneren." (huisarts 8)*
> *"Spaar mij daar van! Spaar mij daar van. Het is al zo lastig om te skypen met mijn kleinkinderen… Ze zitten dan te kijken achter dat scherm waar dat wij zitten, en dat is slechte communicatie met Skype. Ewel zo'n videoconferentie gaat nog veel meer al door mekaar zijn en… Nee, spaar mij daar van." (huisarts 4)*

Discussie

Deze studie kende twee doelstellingen. Een eerste was het verschaffen van cijfermateriaal over de aanwezigheid van huisartsen op MOC-vergaderingen in België. Rondvraag in de naburige ziekenhuizen en bij het RIZIV bevestigde het vermoeden van een lage aanwezigheidsgraad, zoals de internationale literatuur ook suggereerde. Dit maakt de tweede onderzoeksvraag nog relevanter: waarom?
Interviews met negen huisartsen en HAIO's brachten hierover interessante ideeën aan. Grosso modo kunnen we stellen dat huisartsen voorstander zijn van het MOC, ze onderkennen hierin verschillende voordelen voor de kwaliteit van zorg. Ze vinden ook dat ze zelf een belangrijke rol kunnen spelen bij de behandeling van kanker. De literatuur opperde een informatieve taak voor huisartsen op MOC-vergaderingen. Uit de interviews blijkt eveneens dat huisartsen de informatie die zij over de patiënt bezitten, zeer waardevol vinden in die context. Verschillende huisartsen vinden zichzelf ook goed geplaatst om specialisten op gepaste momenten in vraag te stellen. Overige voordelen verbonden aan hun aanwezigheid op MOC-vergaderingen zijn het verwerven van informatie uit de eerste hand, het versterken van de relatie met patiënt én collega's, en in mindere mate eventuele navorming en de financiële verloning.
Redenen voor de lage aanwezigheidsgraad zijn vooral praktische barrières en de beperkte inbreng met weinig invloed op het beslissingsproces. Bijgevolg maken sommige huisartsen een selectie naar welke MOC ze gaan en welke niet. Hierin spelen praktische overwegingen mee, de band met de patiënt, de verwachte inbreng en tot slot persoonlijke interesse. Alternatieven voor hun fysieke aanwezigheid op het MOC kunnen contact met de specialist voor of na het MOC en eventueel videoconferenties zijn.
De resultaten van de enquête die we mochten inkijken, schetsen een beeld van huisartsen op het MOC in Roeselare. Zo blijkt dat 85 % van de deelnemers zich betrokken voelt bij de diagnose en therapiestart van digestieve tumoren. Qua aanwezigheid op de MOC's probeert 41 % zoveel mogelijk aanwezig te zijn, 24 % soms en 34 % nooit. De redenen voor afwezigheid zijn opnieuw hoofdzakelijk van praktische aard. 74 % vindt zijn aanwezigheid een meerwaarde voor zichzelf en voor de patiënt en een aanvullende 23 % vindt dit soms het geval. Het middaguur komt er duidelijk als voorkeursmoment voor de MOC's uit: 79 % verkiest tussen 11 en 13 uur. De bereidheid tot deelname aan een MOC via videoconferentie ligt hoog, namelijk 81 %.
We moeten bij de interpretatie van deze resultaten echter rekening houden met een belangrijke selectie bias. De deelnemers aan deze enquête waren aanwezig op een navormingsavond over digestieve oncologie en toonden hiermee hun interesse in het vakgebied aan. Mogelijkerwijs zijn afwezige huisartsen minder aanwezig op MOC-vergaderingen, zien zij er de meerwaarde minder van in en is de bereidheid tot deelname aan MOC via videoconferentie ook minder groot.
Parallel aan deze masterproef voerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een uitgebreide studie omtrent het MOC uit. Een deel van die studie handelde over de visie van de huisarts en vertoonde qua opzet sterke gelijkenissen met onze studie. Er werden zestien huisartsen geïnterviewd over dezelfde thema's en de manier van verwerking was gelijkaardig.
Het KCE-rapport vormt een validatie voor onze studie, vrijwel al onze resultaten zijn namelijk ook in het rapport terug te vinden. Uit die interviews blijkt immers ook dat huisartsen zichzelf een belangrijke rol toeschrijven, waarbij zij hun patiënten het best in hun totaliteit kennen.

Hun informatie is vooral belangrijk bij patiënten in complexe situaties. De inbreng van huisartsen is eveneens groter in gevorderde ziektestadia. Omgekeerd verkrijgen de aanwezige huisartsen op het MOC snellere en uitgebreidere informatie dan via het MOC-verslag. Het communiceren van de MOC-beslissingen aan de patiënt is volgens de deelnemers een belangrijke taak van de huisarts. Ze verklaren dat patiënten hun aanwezigheid op het MOC appreciëren. Uit de MOC's vloeit volgens hen ook een verbeterde relatie met collega-specialisten voort. MOC-vergaderingen kunnen de medische kennis van de huisarts doen toenemen. En de financiële verloning is ook hier niet bepalend. Als barrières worden dezelfde praktische zaken vermeld: het tijdstip van de MOC's (het middaguur komt er opnieuw als beste uit), de uitnodiging, de afstand tot het ziekenhuis… Alternatieven waarbij deze barrières minder spelen, zijn contact via e-mail of telefoon en videoconferenties.

Tot dusver enkel gelijkenissen. Toch zijn er ook verschillen. Zo wordt de meerwaarde van huisartsen op het MOC in onze studie veel meer in vraag gesteld. Velen vinden namelijk dat hun inbreng slechts zelden het beleid mee bepaalt. Daarnaast zijn de geïnterviewde huisartsen uit de KCE-studie gemotiveerd om zoveel mogelijk MOC's bij te wonen. Ze vinden dit een evident onderdeel van hun takenpakket en willen hier tijd en energie in investeren. In onze studie waren de meningen echter veel meer uiteenlopend. We kunnen de geïnterviewden in drie categorieën onderverdelen: diegene die nooit meer naar de MOC's gaan, diegene die soms gaan en diegene die zoveel mogelijk gaan. Het blijkt geen evidentie. De huisartsen die een selectie maken, houden in onze studie rekening met de individuele patiënt (de band die ze er mee hebben) en eventueel ook de pathologie, indien ze er een bijzondere interesse voor hebben. De huisartsen van de KCE-studie laten dit niet meespelen in hun beslissing. MOC's via videoconferentie worden in het KCE-rapport globaal als positief onthaald, terwijl er in onze studie ook veel tegenkanting is. Het voordeel van professionele navorming (het zien van een vakkundige samenwerking tussen verschillende actoren uit de gezondheidszorg) wordt ook enkel in onze studie benoemd.

Het KCE-rapport haalt ook enkele interessante aanvullingen op onze studie aan. Zo wordt de lage aanwezigheidsgraad van huisartsen bevestigd. In een enquête bij deelnemers van MOC-vergaderingen geeft 54 % van de respondenten aan zelden een huisarts te ontmoeten op de MOC's. Facturatiegegevens van het Intermutualistisch Agentschap en van het Kankerregister bevestigen de lage aanwezigheidsgraad voor alle kankertypes (bijvoorbeeld borstkanker 2 %, darmkanker 4 %). Deze cijfers liggen in dezelfde lijn als onze cijfers van de West-Vlaamse ziekenhuizen. Het KCE-rapport vermeldt dat de aanwezigheid van huisartsen in kleine ziekenhuizen echter groter is. Er blijkt ook dat de lage aanwezigheidsgraad van huisartsen deels kan verklaard worden door een gebrek aan uitnodiging: ongeveer de helft van de oncocoaches en coördinatoren van de enquête verklaart de huisarts niet systematisch uit te nodigen. De huisarts wordt ook slechts in 79 % van de gevallen geïnformeerd over de beslissingen genomen op het MOC. Het officieel inlichten van de patiënt over deze beslissingen gebeurt volgens het rapport in 3 % (gegevens van het RIZIV) tot 7 % van de gevallen (volgens de enquête) door de huisarts. Interessant is ook de evaluatie van de meerwaarde van huisartsen op het MOC door hun collega's van de tweede lijn. Ongeveer de helft is van mening dat de huisarts zelden of nooit iets bijdraagt aan het MOC tegenover 13 % die vindt dat dit meestal of altijd het geval is. Tot slot leert het KCE-rapport dat MOC-vergaderingen via videoconferenties al in pilootproject uitgetest zijn in het AZ Maria Middelares (Gent). De resultaten waren hoopgevend, gezien de opmerkelijke stijging van de deelnamegraad van huisartsen aan de MOC's.

Met al het voorgaande hebben we de twee onderzoeksvragen beantwoord. Bij aanvang van onze studie was de literatuur schaars over dit onderwerp. Het gegeven dat het KCE vrijwel gelijktijdig met een onderzoek startte, toont de relevantie van het onderwerp nogmaals aan. We mogen de twee studies als complementair beschouwen. Doordat de selectieprocedure in deze studie echter iets anders verlopen is (we includeerden huisartsen met enige ervaring maar niet noodzakelijk veel ervaring), hebben we ook enkele aanvullende interessante opinies bekomen, die niet helemaal stroken met de bevindingen van het KCE-rapport.
Als zwaktes van deze studie kunnen we onder meer aanhalen dat de interviewer een HAIO was. Hoewel die niet helemaal op dezelfde hoogte staat als een erkend huisarts, zijn sociaal wenselijke antwoorden van de geïnterviewde huisartsen niet uitgesloten. De purposive sampling is ook niet perfect verlopen: er zijn slechts twee vrouwelijke deelnemers en zij zijn beiden nog HAIO. Alle huisartsen zijn tevens West-Vlamingen, net zoals de bevraagde ziekenhuizen. Hoewel de literatuurstudie zeer minutieus verlopen is en alle zoekcriteria met zoekresultaten zorgvuldig bijgehouden werden, waren er geen formele exclusiecriteria.
Toch mogen we besluiten dat deze studie relevante informatie over een belangrijk thema binnen de oncologische zorgverlening aangebracht heeft. Organisatoren van MOC-vergaderingen kunnen in dit werk interessante aanknopingspunten vinden om de aanwezigheid van huisartsen te bevorderen. Zo blijkt onder andere dat de uitnodigingen volgens huisartsen voor verbetering vatbaar zijn, dat het middaguur voor hen het meest geschikte uur is en dat alternatieven zoals contact vóór of na het MOC en videoconferenties verder geëxploreerd kunnen worden. Toch moeten we ons de vraag stellen of huisartsen wel zoveel mogelijk aanwezig dienen te zijn op het MOC. Is hun aanwezigheid altijd een meerwaarde? Wanneer moeten we hen specifiek aanmoedigen om naar het MOC te gaan? Deze vraag kan een vertrekpunt zijn voor verder onderzoek.

Referenties

1. RIZIV. Multidisciplinair oncologisch consult (MOC) [internet]. Brussel (België); [geüpdated op 2015 sept 8; laatst geraadpleegd op 2015 apr 15]. Beschikbaar via: www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/multidisciplinair-oncologisch-consult-moc.aspx#.VS5CKfmsV8E
2. Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. K.B. 18 augustus 2010 – Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 11, § 1, en 19, § 5, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Belgisch Staatsblad. 2010 sept 24:58875-7.
3. Patkar V, Acosta D, Davidson T, et al. Cancer multidisciplinary team meetings: evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology. Int J Breast Cancer [internet]. 2011 mei 17 [geciteerd op 2014 feb 25];2011:Article ID 831605 [7 p.]. Beschikbaar via: www.hindawi.com/journals/ijbc/2011/831605
4. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. Ann Surg Oncol. 2011 mrt 26;18(8):2116-25.
5. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? Lancet Oncol. 2006 nov;7(11):935-43.
6. Ruhstaller T, Roe H, Thürlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialties. Eur J Cancer. 2006 okt;42(15):2459-62.
7. Ottevanger N, Hilbink M, Weenk M, et al. Oncologic multidisciplinary team meetings: evaluation of quality criteria. J Eval Clin Pract. 2013 dec;19(6):1035-43.
8. Caudron A, Chaby G, Dadban A, et al. Multidisciplinary team meetings in oncology: first analysis of benefits and evaluation of activity in a dermatology unit in France. Eur J Dermatol [internet]. 2010 [geciteerd op 2014 feb 25];20(6):778-84. Beschikbaar via: www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/multidisciplinary_team_meetings_in_oncology_first_analysis_of_benefits_and_evaluation_of_activity_in_a_dermatology_unit_in_fra_286620/article.phtml
9. National Breast Cancer Centre (Sydney, AU). Multidisciplinary care in Australia: a national demonstration project in breast cancer. Full report nov 2003. Sydney: Australian Government Department of Health and Ageing (AU): 2003. 368 p.
10. Onkelinx L. National cancer plan. Brussel: Ministerie van sociale zaken en volksgezondheid; 2008 mrt 10. 46 p.
11. Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. K.B. 27 september 2010 – Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Belgisch Staatsblad. 2010 okt 14:61504-10.
12. Van Belle S. How to implement the multidisciplinary approach in prostate cancer management: the Belgian model. BJU Int. 2008 mrt;101(Suppl 2):2-4.
13. Jerusalem G, Coucke P. Apport de la consultation oncologique multidisciplinaire dans le choix des options thérapeutiques. Rev Med Liege. 2011 mei-jun;66(5-6):311-4.
14. van Drielen E, de Vries AW, Ottevanger PB, Hermens RPMG. Beter multidisciplinair overleg past bij betere zorg. Ned Tijdschr Geneeskd [internet]. 2012 sept 26 [geciteerd op 2014 feb 23];156:A4856. Beschikbaar via: www.ntvg.nl/artikelen/beter-multidisciplinair-overleg-past-bij-betere-zorg
15. Guillem P, Bolla M, Courby S, et al. Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie: quelles priorités pour quelles améliorations? Bull Cancer. 2011 sept;98(9):989-98.
16. Blazeby JM, Wilson L, Metcalfe C, et al. Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. Ann Oncol. 2006 mrt;17(3):457-60.
17. Nguyen TD, Legrand P, Devie I, et al. Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire. Bull Cancer. 2008 feb;95(2):247-51.
18. Gagliardi AR, Dobrow MJ, Wright FC. How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. Surg Oncol. 2011 sep;20(3):146-54.
19. Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, et al. La réunion de concertation pluridisciplinaire: quelle place dans la décision médicale en cancérologie? Bull Cancer. 2010 feb;97(2):255-64.
20. Fennell ML, Das IP, Clauser S, et al. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. J Natl Cancer Inst Monogr. 2010;2010(40):72-80.
21. Penel N, Valentin F, Giscard S, et al. General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee. Bull Cancer [internet]. 2007 okt [geciteerd op 2014 feb 23];94(10):E23-6. Beschikbaar via: www.jle.com/fr/revues/bdc/e-docs/general_practitioners_assessment_of_a_structured_report_on_medical_decision_making_by_a_regional_multidisciplinary_cancer_commi_275993/article.phtml
22. Tardieu E, Thiry-Bour C, Devaux C, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bull Cancer. 2012 mei;99(5):557-62.
23. Vrijens F, Kohn L, Dubois C, et al. Ten years of multidisciplinary teams meetings in oncology: current situation and perspectives [internet]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2015 feb 17 [geciteerd op 2015 mrt 2]. 121 p. Rapport Nr.: 239Cs. Beschikbaar via: kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_239_team%20meetings_oncology_Report_2.pdf
24. RIZIV. Jaarverslag 2013 [internet]. Brussel: De Cock J; 2014 okt [geciteerd op 2015 mrt 17]. 160 p. Beschikbaar via: www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jaarverslag-2013.pdf

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

UNIVERSITEIT GENT

Protocol

RECRUTEREN VAN DEELNEMENDE HUISARTSEN

Via de Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen wordt een mail verstuurd naar een groot aantal huisartsen, met daarin het opzet van mijn masterproef. De huisartsen worden gevraagd of ze al eens aanwezig geweest zijn op een multidisciplinair oncologisch consult. Zo ja, worden ze vriendelijk uitgenodigd om zich te laten interviewen zonder financiële tegemoetkoming. Als bijlage worden een informatie- en toestemmingsformulier meegestuurd (zie bijlage).

Daarna contacteer ik een aantal voorzitters van LOK-groepen uit de regio Zuid West-Vlaanderen met de vraag of ik op hun eerstvolgende LOK-vergadering een korte toelichting mag geven over mijn masterproef. De aanwezige huisartsen op de bezochte LOK-vergaderingen worden aangesproken en opnieuw bevraagd naar aanwezigheid op MOC-vergaderingen en bereidheid tot interview zonder financiële tegemoetkoming. De geïnteresseerden krijgen een schriftelijk informatie- en toestemmingsformulier te lezen en te ondertekenen.

Uit de kandidaten selecteer ik acht huisartsen via purposive sampling (selectie o.a. op basis van leeftijd, geslacht, praktijkvorm).

INTERVIEW

Met behulp van een topic-lijst worden de diepte-interviews voorbereid. De topics handelen over de ervaringen en verwachtingen van huisartsen betreffende het multidisciplinair oncologisch consult. Deze lijst wordt opgesteld na literatuuronderzoek met o.a. de zoektermen multidisciplinary oncology consultation, multidisciplinary team meeting, multidisciplinary tumor board en multidisciplinary committee.

Daarna worden de acht huisartsen volgens deze leidraad geïnterviewd gedurende ongeveer één uur. De interviews worden opgenomen op band en nadien volledig uitgetypt (letterlijke transcriptie).

VERWERKING VAN DE RESULTATEN

Aansluitend worden de gegevens via thematische analyse verwerkt. De bekomen resultaten worden geïnterpreteerd, getoetst aan de literatuur en vervolgens neergeschreven in een publiceerbaar artikel, waarbij de anonimiteit van de deelnemers gerespecteerd wordt.

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0372	14-mei-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Multidisciplinair oncologische consulenten vanuit het perspectief van de huisarts - MAnaMA Bieke Demarcke

Belgisch Registratienummer: B670201420801

* Protocol
* Antwoord onderzoeker dd 09/05/2014 (ontv 12/05/2014) op opmerkingen dd 09/04/2014
* Adviesaanvraagformulier (versie 2, dd. 9/05/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. Brief onderzoeker dd. 09/05/2014)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 13/05/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/05/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/05/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/05/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0372	14-mei-14	Zie "CC"

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be