

**OPTIMALISEREN VAN  
MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN  
ONCOLOGIE**  
EEN MULTIPLE CASESTUDY ONDERZOEK

Aantal woorden: 22.316

**Eline Coorman**

Stamnummer: 01103645

Promotor: Prof. dr. Melissa De Regge

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2017-2018



**OPTIMALISEREN VAN  
MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN  
ONCOLOGIE**  
EEN MULTIPLE CASESTUDY ONDERZOEK

Aantal woorden: 22.316

Eline Coorman

Stamnummer: 01103645

Promotor: Prof. dr. Melissa De Regge

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2017-2018

## ABSTRACT

**Inleiding/doelstelling:** Kankerzorg wordt multidisciplinair benaderd om de patiënt een zo optimaal mogelijke behandeling te kunnen aanbieden. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van multidisciplinair oncologisch overleg. Bijkomend wordt nagegaan of er componenten zijn die kunnen verbeterd worden.

**Methode:** Door middel van casestudy onderzoek worden twee tumorgroepen bestudeerd. Datatriangulatie bestaat uit observaties van Multidisciplinair Oncologisch Consulten, semigestructureerde interviews met participanten van het Multidisciplinair Oncologisch Consult en documentatiestudie. Voor de observaties wordt gebruik gemaakt van bestaande, meetinstrumenten MDT-OARS en MDT-MODE.

**Resultaten:** Beide Multidisciplinaire Oncologisch Consulten voldoen aan de wettelijke voorwaarden. In het Multidisciplinair Oncologisch Consult bot- en wekedelentumoren zijn verschillende participanten onvoldoende voorbereid. De voorzitter bezit de vereiste capaciteiten voor het efficiënt leiden van een overleg. Echter worden deze onvoldoende aangewend. Het Multidisciplinair Oncologisch Consult endocrinologie verloopt gestructureerd. Participanten van dit overleg zijn doorgaans goed voorbereid. Bij afwezigheid van de voorzitter is gebrek aan structuur mogelijk. In beide tumorgroepen zijn storende factoren zoals het gebruik van telefoons, participanten die te laat komen en onrespectvol gedrag prominent aanwezig. Deze factoren dragen bij aan een inefficiënt verloop van het Multidisciplinair Oncologisch Consult. Het gebrek aan voorziene tijd voor het voorbereiden en aanwezig zijn tijdens het Multidisciplinair Oncologisch Consult is de grootste belemmerende factor voor een efficiënt overleg.

**Conclusie:** Er is ruimte voor verbetering. Door het elimineren of niet tolereren van storende factoren en het gestructureerder en consequenter voorbereiden kan het Multidisciplinair Oncologisch Consult efficiënter verlopen.

Aantal woorden masterproef: 22.316 (exclusief bijlagen en bibliografie)

## ABSTRACT

**Introduction/objective:** Cancer care is approached in a multidisciplinary way in order to offer the patient the best possible treatment. The aim of this research is to gain an overview of Multidisciplinary Team Meetings in oncology. In addition, possible improvements are explored.

**Method:** Two tumorgroups are examined by means of case study research. The data collection during this research consists of observations of the Multidisciplinary Team Meetings, semi-structured interviews with participants of the Multidisciplinary Team Meetings and documentation study. Existing, measuring instruments, in particular MDT-OARS and MDT-MODE are used to investigate the observations.

**Results:** Both Multidisciplinary Team Meetings meet the legal conditions. Various members of the Multidisciplinary Team Meeting for bone and sarcomas are insufficiently prepared. The chair has the essential capacities for efficient leadership of the meeting. However, these capacities are inadequately applied. The Multidisciplinary Team Meeting for endocrinology functions well structured. Members of this multidisciplinary team are generally adequately prepared. Lack of structure is possible when the chair is absent. The use of phones, participants who are late and disrespectful behaviour are disturbing factors that are significantly present in both tumour groups. These factors contribute to an insufficient course of the Multidisciplinary Team Meeting. The most obstructive factors for an efficient meeting are the lack of time provided for preparation and absence during the Multidisciplinary Team Meeting.

**Conclusion:** There is room for improvement. The Multidisciplinary Team Meetings can be carried out more efficiently by eliminating or not tolerating disturbance and being prepared in a more structured and consequent way.

Number of words: 22.316 (excluding attachments and bibliography)

## INHOUDSTABEL

ABSTRACT

WOORD VOORAF

1	Inleiding .....	6
2	Theoretisch kader .....	9
3	Literatuurstudie .....	11
3.1	Methodiek literatuurstudie .....	11
3.1.1	Data-bronnen .....	11
3.1.2	Data-extractie .....	12
3.1.3	Kwaliteitsevaluatie .....	13
3.2	Resultaten literatuurstudie .....	13
3.2.1	Het multidisciplinair team .....	14
3.2.2	Infrastructuur .....	17
3.2.3	Organisatie en logistiek .....	19
3.2.4	Patiënt-georiënteerde besluitvorming .....	21
3.2.5	Evaluatie-instrumenten .....	22
3.3	Beleid .....	24
3.4	Tumorspecifieke groepen .....	25
3.4.1	Bot- en wekedelentumoren .....	25
3.4.2	Endocrinologie .....	25
4	Methode .....	27
4.1	Onderzoeksdesign en -methode .....	27
4.2	Setting .....	27
4.3	Participanten .....	27
4.4	Data-verzameling .....	28
4.5	Datacodering .....	29
4.6	Data-analyse .....	30
4.7	Ethisch comité .....	30
5	Resultaten .....	32
5.1	Bot- en wekedelentumoren .....	32
5.1.1	Het multidisciplinair team .....	32
5.1.2	Infrastructuur .....	40

5.1.3	Organisatie en logistiek.....	46
5.1.4	Patiënt-georiënteerde besluitvorming .....	52
5.1.5	Beleid en evaluatie.....	53
5.2	Endocrinologie .....	55
5.2.1	Het multidisciplinair team .....	55
5.2.2	Infrastructuur .....	59
5.2.3	Organisatie en logistiek.....	63
5.2.4	Patiënt-georiënteerde besluitvorming .....	66
5.2.5	Beleid en evaluatie.....	67
6	Discussie.....	69
6.1	Algemene discussiepunten .....	69
6.2	Discussiepunten bot- en wekedelentumoren .....	74
6.3	Discussiepunten endocrinologie .....	75
6.4	Aanbevelingen .....	75
6.4.1	Algemene aanbevelingen.....	75
6.4.2	Aanbevelingen bot- en wekedelentumoren.....	77
6.4.3	Aanbevelingen endocrinologie .....	80
7	Limitaties .....	81
8	Toekomstig onderzoek en implicaties voor Management en/of Beleidspraktijk .....	83
9	Conclusie .....	85
10	Referenties.....	86
11	Bijlagen .....	92

## LIJST MET FIGUREN

Figuur 1: The Donabedian Model (Lighter, 2015). .....	9
Figuur 2: Conceptueel model (Fennell et al., 2010).....	10
Figuur 3: Grondplan overleglokaal MOC bot- en wekedelentumoren .....	41
Figuur 4: Overleglokaal MOC bot- en wekedelentumoren (zaal Donoma/Eyota).....	44
Figuur 5: Overleglokaal MOC bot- en wekedelentumoren (zaal Donoma/Eyota).....	44
Figuur 6: Grondplan overleglokaal MOC endocrinologie .....	60
Figuur 7: Overleglokaal MOC endocrinologie .....	61
Figuur 8: Overleglokaal MOC endocrinologie.....	62
Figuur 9: Grondplan overleglokaal radiotherapiegebouw .....	90

## WOORD VOORAF

*“Coming together is beginning, keeping together is progress, working together is success” (Henry Ford).*

In het kader van het behalen van de graad van Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit Gent kwam deze masterproef tot stand.

Graag wil ik een woord van dank richten tot mijn promotor, professor Melissa De Regge (Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement) voor het ondersteunen van het uitwerken van deze masterproef alsook voor het zorgen van de nodige feedback.

Daarnaast wil ik graag de tumorgroepen bot- en wekedelentumoren en endocrinologie van het Universitair Ziekenhuis Gent bedanken voor hun bereidwillige medewerking. Deze masterproef was enkel mogelijk dankzij hun inbreng en medewerking.

Graag wil ik ook mijn ouders, zus en vrienden enorm bedanken voor hun steun en geduld. Maar ook voor het nalezen en het geven van feedback.

Gent, mei 2018

Eline Coorman



## 1 Inleiding

Kankerzorg is een complex proces waarbij veel verschillende disciplines en instellingen betrokken zijn. Samenwerken is één van de belangrijkste aspecten binnen dit vakgebied. Het coördineren en organiseren van deze praktijk is eveneens complex en vraagt van veel verschillende disciplines een behoorlijke inzet. Om al deze actoren samen te brengen en op een constructieve manier het behandelplan voor de patiënt uit te werken met als hoofddoel een betere, meer gestructureerde samenwerking, communicatie, organisatie en bijgevolg een beter resultaat te waarborgen voor de patiënt, werden multidisciplinaire teams (MDT's) in het leven geroepen (Fleissig, Jenkins, & Catt et al., 2006).

In veel landen wereldwijd is een multidisciplinaire aanpak voor patiënten met kanker een voorwaarde voor de behandeling er van. De meerwaarde van zo'n multidisciplinaire benadering en multidisciplinair overleg wordt in verschillende studies onderschreven (Basta, Baur, & van Dieren et al., 2016; Harris, Green, & Sevdalis et al., 2014; Harris, Taylor, & Sevdalis et al., 2016; Lamb, Sevdalis, & Arora et al., 2011a; Lamb, Jalil, & Sevdalis et al., 2014; National Cancer Action Team, 2010; Walsh, Harrison, & Young et al., 2010). Door het samenbrengen van verschillende disciplines kan efficiënter gewerkt worden naar een consensus betreffende het behandelplan van de patiënt (Basta et al., 2016; Chaouki, Mimouni, & Boutayeb et al., 2017; Fleissig et al., 2006). Rekrutering van potentiële participanten voor klinische onderzoeken en evidence-based besluitvorming zijn eveneens voordelen van multidisciplinaire samenwerking (El Saghir, Keating, & Carlson et al., 2014; Fleissig et al., 2006; Hamilton, Heaven, & Thomason et al., 2016; Rowland & Callen, 2013; Taylor, Atkins, & Richardson et al., 2012b).

Sinds 2003 worden Multidisciplinaire Team Meetings (MDM's), ook Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC's) genaamd, in België georganiseerd (Pype, Mertens, Belche et al., 2017; Vrijens, Kohn, Dubois et al., 2015). In de literatuur worden verschillende begrippen gebruikt om het multidisciplinair overleg te benoemen. Eerder werden de termen MDM en MOC aangehaald. Daarnaast worden ook Tumor Boards (El Saghir et al., 2014; Harris et al., 2014) en Multidisciplinary Cancer Conferences

(MCCs) gebruikt (Lamb et al., 2011a; Lamb, Allchorne, Sevdalis et al., 2011b). In deze studie wordt de term MOC gebruikt.

Voor alle nieuwe oncologische patiënten is een MOC verplicht. Daarnaast is een MOC in België ook wettelijk verplicht in vier situaties (Vrijens et al., 2015):<sup>1</sup>

- Voor elke oncologische behandeling die afwijkt van de aanbevelingen van het oncologisch handboek van het ziekenhuis;
- Voor de herhaling van een bestralingsreeks 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.

Patiënten kunnen ook besproken worden op een MOC zonder dat daar een wettelijke verplichting voor is, bijvoorbeeld patiënten waarvoor een tweede advies gevraagd wordt. Er bestaan drie soorten MOC's. Een eerste MOC, een opvolgings-MOC en een bijkomend MOC (Onkelinx, 2008; Rommel & Rigolle 2010; Vrijens et al., 2015). Een bijkomend MOC vindt plaats in een ander ziekenhuis dan de twee andere MOC's (Rommel & Rigolle, 2010).

Een MOC wordt georganiseerd tussen ten minste drie geneesheren.<sup>1</sup>

Deze geneesheren zijn ten eerste de behandelende of verwijzende geneesheer-specialist en/of huisarts, ten tweede een geneesheer met ervaring in de oncologie (dit kan zijn : ofwel een geneesheerspecialist in de interne geneeskunde met bijzondere beroepstitel in de oncologie en/of een radiotherapeut-oncoloog en/of een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische

---

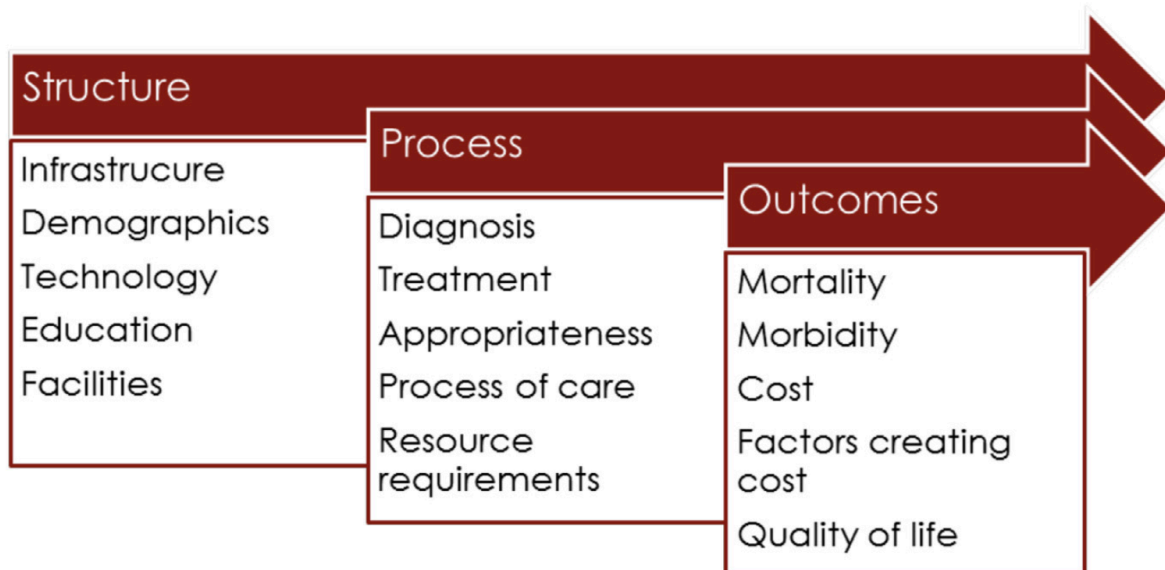
<sup>1</sup> Koninklijk Besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend

hematologie, een chirurg met oncologische ervaring of beroepstitel in de oncologie of een erkende geneesheer-specialist in de gastro-enterologie, pneumologie, gynaecologie-verloskunde urologie, of een andere geneesheer-specialist met oncologische ervaring of oncologische beroepstitel naargelang de pathologie van de behandelde patiënt). Ten derde een arts vermeld onder de eerste of tweede categorie ofwel een geneesheer-specialist in de anatomopathologie, in de röntgendiagnose, in de klinische biologie of in de nucleaire geneeskunde. Een evenwichtige vertegenwoordiging van de betrokken disciplines dient te worden voorzien zodat voldoende kennis van alle vereiste behandelingsmodaliteiten (chirurgisch, chemotherapeutisch en/of radiotherapeutische kennis) ter beschikking gesteld wordt van de patiënt.

De indeling van deze masterproef is als volgt. Na deze inleiding wordt het theoretisch framework waarbinnen dit onderzoek kadert, kort geschetst. Daarna wordt in een uitgebreide literatuurstudie besproken welke factoren essentieel zijn voor het realiseren van een MOC alsook factoren die een invloed hebben op de efficiëntie en het verloop van een MOC. De methode die gehanteerd wordt voor het uitvoeren van dit onderzoek wordt uitvoerig besproken en aansluitend worden de resultaten gerapporteerd. Het kritisch beoordelen en bespreken van de resultaten alsook de mogelijke aanbevelingen voor het verbeteren van de huidige manier van werken in beide tumorgroepen worden beschreven in de discussie.

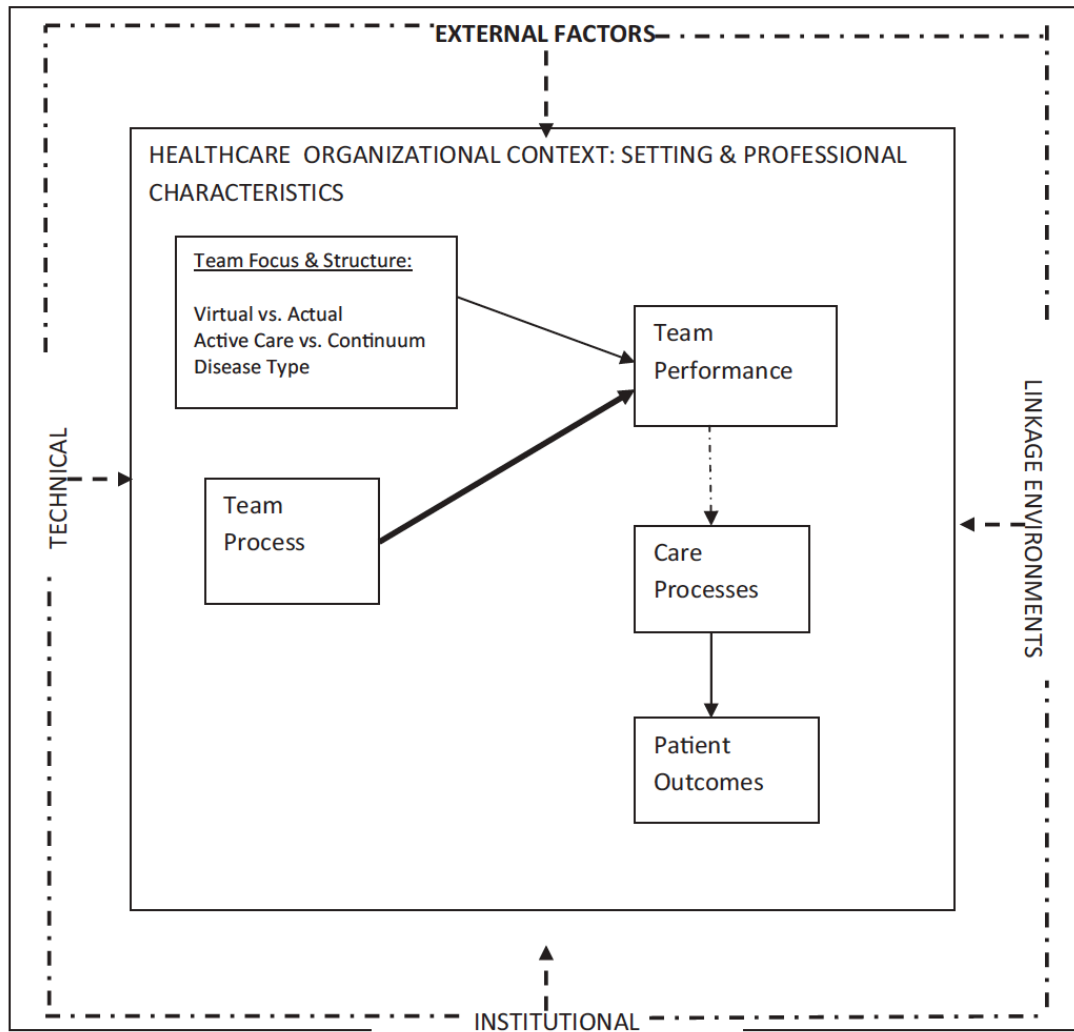
## 2 Theoretisch kader

Voor het theoretisch kader wordt beroep gedaan op het conceptueel model van Fennell, Prabhu Das en Clauser et al. (2010). Donabedian's structuur-proces-uitkomst model en de contextualisatie ervan vormen de basis voor hun model. Tot op vandaag wordt het structuur-proces-uitkomst model van Donabedian (Figuur 1, Lighter, 2015, p. 2) nog steeds aanschouwd als een belangrijk model voor het beoordelen van kwaliteit in gezondheidszorg.



Figuur 1: The Donabedian Model. Herdrukt van "How (and why) do quality improvement professionals measure performance?", door D. Lighter, 2015, *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, xx, p.2

Fennell et al. (2010) passen de bevindingen uit Donabedian's model toe op de organisatie van MDT zorg. Daarbij includeren ze zowel de contextuele invloeden van zowel ziekenhuizen en organisaties in de gezondheidszorg als de technische, sociale en politieke omgevingsfactoren. Evenals de causale verhouding tussen de prestaties en de structuur van het team, de teamprocessen en de proces- en uitkomstmaten betreffende de kwaliteit van zorg op patiëntniveau van multidisciplinaire zorg. De visuele voorstelling van dit conceptueel model is onderstaand te vinden (Figuur 2).



NOTE: The bold arrow linking team process to team performance represents the relative abundance of studies on this connection, whereas the dotted arrow symbolizes the lack of research on the effects of team performance on cancer care processes, or of external factors on team structure, process, or performance.

Figuur 2: The organization of multilevel effects on multidisciplinary treatment care teams and their impact on cancer care processes and outcomes. Herdrukt van “The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality,” door M.L. Fennell, I. Prahbu Das, S. Clauser, N. Petrelli, A. Salner, 2010, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 40, p. 78.

De twee primaire pijlers van efficiënte organisatie zijn de structuur en het proces. Dit model postuleert dat goede prestaties het gevolg zijn van de kwaliteit van deze twee factoren (Fennell et al., 2010). In deze studie worden vooral de structuur en proces component besproken.

### **3 Literatuurstudie**

Hoewel er weinig twijfel bestaat dat een multidisciplinaire benadering zorgt voor een kwaliteitsvollere aanpak, blijft het moeilijk om de efficiëntie hiervan te evalueren (Basta et al., 2016, Chaouki et al., 2017; Fleissig et al., 2006; Lamb et al., 2011a). In deze literatuurstudie worden mogelijkheden tot het nagaan van de efficiëntie van een multidisciplinaire benadering onderzocht alsook welke factoren bijdragen tot die efficiëntie. Er wordt dieper ingegaan op het multidisciplinair overleg in oncologie en de componenten die nodig zijn om zo'n MOC te kunnen realiseren. Factoren die een optimale en efficiënte werking verhinderen, worden uitgebreid besproken. Er wordt in deze literatuurstudie geen onderscheid gemaakt tussen algemene en tumor-specifieke MDT's en MOC's.

#### *3.1 Methodiek literatuurstudie*

##### *3.1.1 Data-bronnen*

Om de systematische literatuurstudie uit te voeren werd gebruik gemaakt van volgende databases: Pubmed, Web Of Science, Embase en Researchgate. De gehanteerde zoekterm werd opgemaakt aan de hand van de PICO-methode. Om de efficiëntie, de werking, de organisatie en bijhorende aspecten van een MDT en een MOC te onderzoeken, moeten zoveel mogelijk facetten aan bod kunnen komen. Er werd gekozen om de financiële aspecten buiten beschouwing te laten.

In de vier databases, Pubmed, Web Of Science, Embase en Researchgate, werd volgende zoekstring gebruikt: ("multidisciplinary team meeting" AND "oncology") die respectievelijk 31, 22, 124 en 40 resultaten opleverde. Deze korte zoekterm werd bewust gehanteerd om zo veel mogelijk aspecten van MDT-werking en MOC te kunnen omvatten. Door middel van backward-forward referentiesearch en vrije zoektocht werden nog 10 extra bronnen toegevoegd aan het selectieproces. Daar deze artikels een bijdrage konden leveren aan de inhoud van deze studie, werden deze eveneens geïncorporeerd.

### 3.1.2 *Data-extractie*

#### 3.1.2.1 *Exclusiecriteria*

In alle databases werden een aantal exclusiecriteria toegepast. Tijdens de zoekactie werden artikels ouder dan tien jaar geëxcludeerd. Dit criterium werd toegepast zodat de meest recente studies konden worden bestudeerd. Een bron die inhoudelijk niet over de werking, de organisatie, de administratie, de communicatie, de infrastructuur, het besluitvormingsproces, het verloop, de teamleden, de evaluatie of de efficiëntie van multidisciplinaire samenwerking of multidisciplinair overleg gaat, werd niet opgenomen in deze studie. Bronnen die de bespreking van specifieke behandeling van oncologische diagnoses omvatten evenals bronnen die trainingsprogramma's voor studenten bespreken werden geëxcludeerd. Bronnen die niet in het Engels, Nederlands of Frans zijn, werden tevens niet opgenomen. Het financiële aspect van multidisciplinaire samenwerking wordt buiten beschouwing gelaten en vormt een laatste exclusie criterium.

#### 3.1.2.2 *Data-selectie*

Voor een goed beheer van de artikels werd Endnote X8 gebruikt. Na het verwijderen van duplicaten bleven in totaal nog 149 artikels over. Een eerste selectie gebeurde op basis van titel. Daarna bleven in totaal 48 artikels over. Na een tweede selectie waarbij artikels werden geselecteerd op basis van abstract bleven nog 21 artikels over.

Twee van de extra bronnen die toegevoegd werden, werden niet verkregen uit bovenstaand vermelde databases. Daarom wordt onderstaand vermeld waarom en van waar deze bronnen afkomstig zijn.

Eén artikel voldeed niet aan de inclusiecriteria aangezien dit artikel van Fleissig, et al. (2006) ouder is dan tien jaar. Dit artikel werd toch opgenomen in de studie omdat in meer dan tien van de geïnccludeerde bronnen verwezen wordt naar dit artikel en deze bron dus belangrijke bevindingen bevat omtrent multidisciplinair teamwerk.

Het rapport van het National Cancer Action Team (NCAT) genaamd *The Characteristics of an effective Multidisciplinary Team (MDT)* (2010) is een bron waar verschillende artikels naar verwijzen en waarvan de resultaten van verschillende artikels op gebaseerd zijn (Harris et al., 2014; Harris et al., 2016; Taylor, Brown, Lamb, Harris, Sevdalis, & Green (2012a); Lamb, Sevdalis, Vincent, & Green, 2012). Aangezien deze bron op zich een belangrijke meerwaarde kan betekenen voor deze studie, werd dit rapport als aparte bron opgenomen. Deze bron werd verkregen op de website van de National Cancer Registration and Analysis Service (NCRAS).

De schematische voorstelling van het selectieproces wordt weergegeven in bijlage 1.

### *3.1.3 Kwaliteitsevaluatie*

De artikels die opgenomen werden in deze literatuurstudie ondergingen allemaal een kwaliteitsevaluatie. Voor de niet-review studies werden de elementen van de kwaliteitsevaluatie gebaseerd op de Quality appraisal Checklist – Qualitative Studies van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012). De kwaliteitsevaluatie van deze niet-review studies is terug te vinden in bijlage 2. Voor de review-artikels werd gebruikt gemaakt van de Critical Appraisal Checklist for a Systematic Review van het Department of General Practice, University of Glasgow. Deze kwaliteitsevaluatie is terug te vinden in bijlage 3.

## *3.2 Resultaten literatuurstudie*

Er werden elf kwantitatieve studies, zeven kwalitatieve studies, vier reviews, twee rapporten en één mixed method studie geïnccludeerd. De disciplines hoofd en hals, endocrinologie, pneumologie, gynaecologie, borst, gastro-intestinaal, hematologie/lymfom, dermatologie, urologie, bot- en wekedelentumoren, hepatobiliair, kinderen/adolescenten, neurologie/neurochirurgie, algemene oncologie, pelviene, huisartsen, palliatieve, algemene/niet gespecificeerde chirurgie en thorax werden in respectievelijk negen, vier, tien, negen, elf, zeventien, acht, vijf, elf, vier, vier, vier, vier, twee, twee, drie, één en één van de artikels besproken. Van de geïnccludeerde studies zijn er elf afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk, drie uit Nederland, drie uit Australië, twee uit de Verenigde Staten en twee uit België. Uit



Ierland, Frankrijk, Marokko en Duitsland werd telkens één artikel geïnccludeerd. Niet alle bronnen die multidisciplinair teamwerk bespreken behandelen oncologisch teamwerk. Daar principes voor effectieve samenwerking ook van toepassing zijn voor oncologische samenwerking worden deze artikels opgenomen.

De hoofdcategorieën die gehanteerd worden in *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010) worden ook in deze studie als indeling gebruikt. Het rapport van het NCAT (2010) betreft een structureel overzicht van de karakteristieken waar een MDT rekening moet mee houden om efficiënt te kunnen werken. De literatuurstudie werd zo opgesteld dat er per rubriek kan beschreven worden wat er momenteel al is en wat er nog ontbreekt.

### *3.2.1 Het multidisciplinair team*

#### *3.2.1.1 Leden van het multidisciplinair team*

Het MDT bestaat uit verschillende disciplines. De meest voorkomende leden zijn een (medisch) oncoloog, een gespecialiseerd chirurg, een orgaanspecialist, een anatomopatholoog, een radiotherapeut en een specialist medische beeldvorming of radioloog (El Saghir et al., 2014). Daarnaast kunnen ook sociaal werkers, gespecialiseerde oncologische verpleegkundigen, diëtisten, psychologen, oncocoachen of MDT-coördinator, datamanagers en huisartsen deel uitmaken van het MDT (Tardieu, Thiry-Bour, Devaux et al., 2012; van Drielen, de Vries, Ottevanger et al., 2012; Vrijens et al., 2015). De verplichte aanwezige disciplines in een Belgisch MOC staan beschreven in de inleiding.

#### *3.2.1.2 Aanwezigheid*

Idealiter zijn alle gewenste disciplines aanwezig tijdens het MOC. Helaas toont de literatuur aan dat de aanwezigheid van het volledige MDT eerder een uitzondering is (Chaouki et al., 2017; El Saghir et al., 2014; Lamb et al., 2011a; Vrijens et al., 2015; Walsh et al., 2010). Wanneer de basisvereiste disciplines, zoals beschreven in het Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen

om te worden erkend zijn, niet aanwezig zijn, kan geen MOC plaatsvinden (Chaouki et al., 2017; Vrijens et al., 2015).

De afwezigheid van verschillende disciplines kan diverse oorzaken hebben. Zo is het gebrek aan gewaarborgde tijd of de organisatie van de beschikbare tijd één van de belangrijkste factoren voor het niet deelnemen aan een MOC. Daar een MOC lang kan duren en tijd en middelen schaars zijn (El Saghir et al., 2014; Fleissig et al., 2006; Harris et al., 2014; Lamb et al., 2011a; Lamb et al., 2014; Tardieu, Thiry-Bour, Devaux et al., 2012; Walsh et al., 2010), kunnen ook personeelsgebrek en gebrek aan administratieve ondersteuning een reden zijn voor afwezigheid (El Saghir et al., 2014; Vrijens et al., 2015; Walsh et al., 2010).

De aanwezigheid van de behandelende arts verhoogt de kans op een correcte diagnose (Basta et al., 2016). De huisarts heeft een centrale rol in het uitwerken van het behandelplan van de patiënt maar slechts neemt 24% regelmatig deel aan een MOC. 54% van de huisartsen neemt slechts zelden deel (één keer gedurende een periode van één tot zes maanden) en 26% van de huisartsen neemt nooit deel (Vrijens et al., 2015). Daarenboven is er slechts een participatiegraad van de huisarts van 4% ten opzichte van alle MOC's in België (Pype et al., 2017). Desondanks vinden huisartsen hun deelname verrijkend (Ottevanger, Hilbink, Weenk et al., 2013; Pype et al., 2017).

De vele problemen met aanwezigheid zijn verontrustend aangezien de efficiëntie van een MOC afhankelijk is van de aanwezige disciplines (Basta et al., 2016; Lamb et al., 2011a).

### *3.2.1.3 Leiderschap*

De voorzitter van een MOC is meestal een chirurg. Een lid uit het MDT dat adequate vaardigheden bezit kan eveneens voorzitter zijn van een MOC (Lamb et al., 2011a).

Klinische deskundigheid hebben, leiding kunnen geven, coördineren, modereren en ondersteunen van het overleg, een open bespreking bevorderen, het opstellen van een behandelplan, mogelijkheid tot informele omgang met andere leden van het team,

wederzijds respect en een goed tijdsbeheer hebben, zijn kwaliteiten waar een goede voorzitter over moet beschikken (Fleissig et al., 2006; Hahlweg, Didi, & Kriston et al., 2017; Lamb et al., 2011a). Deze kwaliteiten dragen bij tot een efficiënter overleg, een grotere kans op goede besluitvorming en het vermijden van marginalisatie van bepaalde deelnemende disciplines (Lamb et al., 2011a, 2012). De efficiënte werking van een MOC vereist goed leiderschap (Fleissig et al., 2006).

#### *3.2.1.4 Teamwerk en cultuur*

De professionele hiërarchie kan belemmeren dat ieder lid van het team een gelijkwaardige inbreng heeft (Lamb et al., 2011a, 2012). Het gebrek aan constructieve communicatie, respect voor andere leden, het naar waarde schatten van andere disciplines en een gebrek aan leiderschap kunnen zorgen voor een slechte sfeer die een doeltreffende manier van werken belemmert (El Saghir et al., 2014; Fleissig et al., 2006, Hahlweg et al., 2017; Lamb et al., 2011a-2011b; Vrijens et al., 2015).

Ondervertegenwoordiging van verpleging en gebrek aan waardering voor de rol van deze discipline door de andere teamleden zorgt voor een onevenwichtige teamdynamiek en kan nadelige gevolgen hebben voor het advies voor de patiënt. (Lamb et al., 2012).

#### *3.2.1.5 Persoonlijke ontwikkeling en opleiding*

Opleiding en training zorgt voor betere kennis, samenwerking en communicatie tussen verschillende disciplines (El Saghir et al., 2014; Fleissig et al., 2006; Tardieu et al., 2012; Pype et al., 2017; Rankin, Lai, & Miller et al., 2017). Bijgevolg zorgt dit voor een betere uitkomst en tevredenheid bij de patiënt (El Saghir et al., 2014; Pype et al., 2017). Opleiding zorgt ook voor een verhoogde kans op het rekruteren van patiënten voor klinische studies (El Saghir et al., 2014; Fleissig et al., 2006).

De niet-technische vaardigheden zoals klinische deskundigheid en het goed kunnen communiceren kunnen voor andere leden dan de voorzitter een manier zijn om met opleiding en professionele ontwikkeling het voorzitterschap op te nemen (Lamb et al., 2011a).

### 3.2.2 *Infrastructuur*

#### 3.2.2.1 *Fysieke omgeving van het Multidisciplinair Oncologisch Consult*

MOC's vinden plaats in een ziekenhuis. Bij voorkeur in een lokaal waar een groot scherm voor medische beeldvorming, andere informatie en voldoende grote tafel aanwezig zijn. Wanneer het MOC over de middag plaatsvindt, is het wenselijk dat ook broodjes en drankjes worden voorzien (Vrijens et al., 2015).

#### 3.2.2.2 *Technologie en uitrusting*

Hoewel de technologie reeds veel vooruitgang heeft geboekt, is ook op dit vlak nog veel ontwikkeling mogelijk. Telegeneeskunde zoals video-conferenties zouden een oplossing kunnen bieden voor de afstand en het tijdsgebrek waardoor veel disciplines problemen hebben om aanwezig te zijn op een MOC (El Saghir et al., 2014; Fleissig et al., 2006; Ottevanger et al., 2013; Pype et al., 2017; Vrijens et al., 2015; Walsh et al., 2010). Voor het implementeren van video-conferenties (en eventueel andere vormen van telegeneeskunde) moet eerst aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Er moet gebruik gemaakt worden van een homogeen en eenvoudig softwaresysteem waarbij toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid belangrijk zijn (Pype et al., 2017; Vrijens et al., 2015). Daarnaast moet er voldoende aandacht zijn voor de privacy en moet het systeem aangepast zijn aan de noden waarvoor het zal gebruikt worden (Vrijens et al., 2015).

Een ander vorm van telegeneeskunde is virtuele MDT's (vMDT's). Er bestaat geen duidelijke definitie van een virtueel MDT maar kan als volgt omschreven worden. Een vMDT zorgt voor het samenbrengen van verschillende deelnemers op een verschillend of eenzelfde moment, op een eventueel verschillende plaats. Het delen van klinische gegevens waaronder ook verschillende soorten beeldmateriaal (microscopisch, video, tekst, afbeeldingen) is mogelijk binnen en tussen verschillende tumorgroepen. De samenstelling van de participantengroep is variabel. Een vMDT heeft geen geografische beperking. vMDT's kunnen een oplossing zijn voor organisatorische problemen zoals te weinig tijd en een te grote afstand die moet afgelegd worden voor het bijwonen van het MOC (Munro & Swartzman, 2013).

Naast telegeneeskunde is ook het gedeelde elektronisch patiëntendossier (EPD) een belangrijke factor voor optimale communicatie, samenwerking en het juist informeren van de patiënt (Kane, O'Byrne & Luz, 2010; Tardieu et al., 2012). Het EPD dat gebruikt wordt in ziekenhuizen beperkt zich vaak tot het ziekenhuis zelf. Sinds 2016 bestaat het EPD-platform Nexuzhealth. Ondertussen zijn 21 ziekenhuizen hier op aangesloten. In 2018 komen daar nog vijf ziekenhuizen bij waardoor de helft van de Vlaamse ziekenhuizen gebruik maakt van Nexuzhealth. Patiëntengegevens van de aangesloten ziekenhuizen worden gecentraliseerd op dit digitaal platform en zijn toegankelijk voor alle aangesloten ziekenhuizen. Het uitwisselen van informatie verloopt hierdoor vlotter. De aangesloten ziekenhuizen zijn verspreid over heel Vlaanderen (Nexuzhealth, 2018). Het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) is niet aangesloten bij Nexuzhealth, maar implementeert momenteel wel een nieuw EPD-systeem, Geniuz. Deze nieuwe software moet zorgen voor modernisering, beter beheer van de patiëntendossiers alsook instaan voor het verbeteren van de betrokkenheid van de patiënt. Daarnaast moet Geniuz transmurale informatie-uitwisseling met externe zorgverleners en partnerziekenhuizen mogelijk maken (UZ Gent, 2017b).

In een deel van Vlaanderen wordt gebruik gemaakt van het Collaboratief Zorgplatform (CoZo). Niet elk ziekenhuis in Vlaanderen gebruikt echter dit eHealth platform. Réseau Santé Wallon (RSW) en InterMed worden gebruikt in Wallonië, Abrumet en BruSafe worden gebruikt door het Brussels gezondheidsnetwerk en de resterende ziekenhuizen zijn aangesloten bij het Vlaamse Ziekenhuisnetwerk KU Leuven (Heijlen, 2016).

Door de eHealth platformen is uitwisseling van patiëntengegevens mogelijk over verschillende instellingen en zorgverleners, die aangesloten zijn op hetzelfde eHealthplatform, heen. Zowel ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, thuiszorg (organisaties), huisartsen, radiologie praktijken als laboratoria zijn aangesloten op CoZo. Het ontbreken van één uniform eHealth platform voor heel België zorgt mogelijkwijze voor het moeilijker uitwisselen van informatie tussen verschillende zorginstellingen. Het beschikbaar hebben van alle nodige informatie is belangrijk en essentieel om goede en veilige zorg te kunnen verlenen aan de patiënt.

Het gebruik van meerdere schermen of projecties maakt het mogelijk om aanbevelingen die getypt worden in het EPD voor iedereen zichtbaar te maken. Daardoor worden aanbevelingen tijdens het MDT-overleg gevalideerd (Kane, Toussaint & Luz, 2013).

### *3.2.3 Organisatie en logistiek*

Het is vanzelfsprekend dat complexe casussen meer tijd en disciplines vragen om een correcte diagnose en behandelplan op te stellen (Basta et al., 2016; Chaouki et al., 2017). De studies van Lamb et al. (2011a; 2014) geven aan dat het gebruik van een standaard behandelplan op basis van de bestaande richtlijnen en evidence-based medicine gebruikt kan worden voor casussen die niet complex zijn.

In het Verenigd Koninkrijk kunnen professionals naast de functie van MDT Coördinator ook een andere functie hebben (Jalil, Lamb, Russ et al., 2012). In België is dit de functie van de oncocoach (Vrijens et al., 2015). De belangrijkste opdrachten van een oncocoach zijn informeren van de patiënt, coördineren van medische en paramedische afspraken, organiseren van het MOC tot voorbereiden van het MOC wanneer dit niet uitgevoerd wordt door de datamanager. De oncocoach vervult ook een belangrijk functie inzake het coördineren van de betrokken disciplines en inzake de zorgcontinuïteit (Fleissig et al., 2006; Jalil et al., 2012; Vrijens et al., 2015). De datamanager zorgt voor de administratieve ondersteuning en het voorbereiden van het MOC evenals het verloop en de opvolging er van (Vrijens et al., 2015). Door de onduidelijke functieprofielen worden deze takenpakketten vaak uitgevoerd door de oncologisch verpleegkundige (Lamb et al., 2011b; Vrijens et al., 2015).

#### *3.2.3.1 Het plannen van een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Zoals eerder vermeld worden MOC's ingepland door een oncocoach of een oncologisch verpleegkundige (Jalil et al., 2012; Vrijens et al., 2015). Deze extra taak verhoogt de werklast en tijdsdruk en beïnvloedt de efficiëntie van een MOC op een negatieve manier (Vrijens et al., 2015).

### *3.2.3.2 Voorbereiding van een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

De voorbereiding van een MOC vraagt veel tijd en werk (El Saghir et al., 2014; Vrijens et al., 2015). Het niet hebben van gewaarborgde tijd voor de voorbereiding is één van de factoren die een efficiënte werking van MOC's belemmert (Rankin et al., 2017; Vrijens et al., 2015). Alle deelnemende disciplines moeten een MOC voorbereiden. De voorbereiding van radiologen en pathologen vraagt het meeste werk daar zij visueel beeldmateriaal moeten bestuderen (Kane et al., 2010). De administratieve voorbereiding en het verzamelen van de nodige data kan gebeuren door een datamanager of een oncocoach (Jalil et al., 2012; Vrijens et al., 2015). Het is belangrijk dat de agenda inclusief de planning minstens twee dagen voor het MOC beschikbaar is (Ottevanger et al., 2013; van Drielen et al., 2012). Goed voorbereiden omvat eveneens het ter beschikking stellen van alle nodige medische en patiëntgerelateerde informatie (Hahlweg et al., 2017).

### *3.2.3.3 Organisatie en administratie tijdens een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Het volgen van de agenda zorgt voor structuur en ook het gebruik van een standaardformulier voor het verslag van het MOC kan de efficiënte werking bevorderen (Kane et al., 2013; Lamb et al., 2011a-2014; Ottevanger et al., 2013; van Drielen et al., 2012).

Storende elementen zoals het binnen en buiten lopen van leden of het rinkelen van een telefoon en het gebrek aan beschikbaarheid van informatie voor aanvang en tijdens het overleg zijn indicatoren van inefficiëntie (Lamb et al., 2011a; Ottevanger et al., 2013; van Drielen et al., 2012; Vrijens et al., 2015).

De huidige administratiesystemen in België zijn sterk verouderd en dienen te moderniseren. Ook de technische ondersteuning moet verbeterd worden (Vrijens et al., 2015).

#### *3.2.3.4 Coördinatie van zorg en nazorg*

De communicatie na het MOC is eveneens een pijnpunt. Er is onduidelijkheid over wie wat communiceert naar de patiënt en diens familie/omgeving (Pype et al., 2017; Tardieu et al., 2012). Ook dit is een argument voor het duidelijk omschrijven van elke functie in het MOC (Walsh et al., 2010).

De huisarts is een sleutelfiguur voor de zorgcontinuïteit. Zijn inbreng is belangrijk omdat hij de medische, sociale en persoonlijke voorgeschiedenis van de patiënt kent en zodoende ook kan instaan voor het organiseren/coördineren van de nodige nazorg (Ottevanger et al., 2013; Pype et al., 2017; Tardieu et al., 2012). Deelname van de huisarts aan een MOC zorgt eveneens voor betere communicatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en specialisten of tertiaire gezondheidszorg (Tardieu et al., 2012; Walsh et al., 2010).

Zowel de huisarts als de oncocoach worden aangeduid als de persoon die de zorgcontinuïteit waarborgt en de zorg voor de patiënt coördineert (Jalil et al., 2012; Pype et al., 2017; Tardieu et al., 2012; Vrijens et al., 2015; Walsh et al., 2010). Dit kan leiden tot onduidelijkheid omtrent het uitvoeren van deze taken.

#### *3.2.4 Patiënt-georiënteerde besluitvorming*

##### *3.2.4.1 Wie wordt besproken in een Multidisciplinair Oncologisch Consult?*

In België worden niet alle patiënten besproken in een MOC. De complexe casussen wel. In de inleiding worden de wettelijke aspecten rond het verplicht uitvoeren van een MOC weergegeven (Vrijens et al., 2015).

##### *3.2.4.2 Patiënt-georiënteerde zorg en het besluitvormingsproces*

Niet de pathologie, maar de patiënt moet centraal staan in het opstellen van het behandelplan. Meningsverschillen, complexe casussen, gebrek aan informatie over comorbiditeiten, de wensen/voorkeur van de patiënt, psychosociale informatie, klinische informatie of persoonlijke kennis over de patiënt en een slechte opkomst zijn



factoren die bijdragen aan inefficiënte besluitvorming (Lamb et al., 2011a-2012; Vrijens et al., 2015). Het niet overwegen van de wensen/voorkeur van de patiënt is de meest voorkomende reden voor het niet implementeren van het advies van het MOC/MDT (Lamb et al., 2012). De duur van het MOC en het aantal patiënten dat moet besproken worden heeft geen invloed op het al dan niet stellen van de juiste diagnose (Basta et al., 2016).

Het belang van de huisarts kan ook hier onderstreept worden omwille van eerder beschreven argumenten en omwille van de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt (Pype et al., 2017; Tardieu et al., 2012).

### *3.2.5 Evaluatie-instrumenten*

Voor het evalueren van de efficiëntie/performantie van een MDT of een MOC werden reeds een aantal evaluatie-instrumenten opgesteld.

Lamb, Wong, Vincent, Green en Sevdalis (2011c) ontwikkelden de MDT Performance Assessment Tool. Dit kwantitatieve observatie-instrument dient om de performantie van MDT's te evalueren, te gebruiken door observators met of zonder medische achtergrond. De drie belangrijkste componenten om de performantie van een MDT na te gaan zijn leiderschap, het besluitvormingsproces en de informatie die aangereikt wordt. Door middel van vooraf gedefinieerde objectieve criteria kan het gedrag van teamleden op een Likert schaal gescoord worden. Voor de ontwikkeling van de MDT Performance Assessment Tool werd gebruik gemaakt van een eerder ontwikkeld en gevalideerd observatie-instrument genaamd The Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS).

In 2012 ontwikkelden Lamb et al. de Quality Improvement Checklist (MDT-QulC). De MDT-QulC wordt gebruikt om op een gestandaardiseerde manier de kwaliteit van het besluitvormingsproces in MOC's na te gaan (Soukup et al., 2018). Deze checklist kan gebruikt worden door externe observators of door teamleden ter ondersteuning van de (klinische) besluitvorming daar er kan afgevinkt worden of alle aspecten van zorg aanbod komen. De checklist kan voor, tijdens en na het MOC gebruikt worden voor meer

structuur tijdens het overleg of om een MOC voor te bereiden. De MDT-QuIC is een gevalideerd evaluatie-instrument (Lamb et al., 2012).

Lamb et al. (2011c, 2012) probeerden met verschillende evaluatie-instrumenten een soort 'tool kit' te ontwikkelen zodat het MDT door middel van observatie-instrumenten en zelf-assessment de performantie/efficiëntie in hun MDT kan verbeteren.

Taylor et al. (2012a) ontwikkelden Team Evaluation and Assessment (TEAM) om zelf-evaluatie en optimalisatie van de prestaties/efficiëntie van het MDT te stimuleren.

Taylor, Atkins, Richardson, Tarrant & Ramirez (2012b) ontwikkelden de Observational Assessment Rating Scale (MDT-OARS). Dit kwalitatieve observatie-instrument is ontwikkeld om de kwaliteit van teamwerk, infrastructuur, de organisatie van het overleg en patiëntgeoriënteerde besluitvorming te onderzoeken. De resultaten van de ingevulde MDT-OARS kunnen getoetst worden aan de vijftien observeerbare kwaliteitscriteria om zo na te gaan hoe efficiënt het MOC is.

Het Multidisciplinary Tumor Board Metric for the Observation of Decision-making (MDT-MODE) onderzoekt de kwaliteit van het gedrag, bijdrage van het team en de kwaliteit van de gepresenteerde informatie. Het MDT-MODE is een goed gevalideerd instrument met bovendien goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Hahlweg et al., 2017; Lamb, Sevdalis, Benn, Vincent, & Green, 2013).

Verder ontwikkelden Harris et al. (2014) zelf een observatie-instrument voor teamleden van een MDT genaamd Observational Tool. In 2016 ontwikkelden Harris et al. het MDT-Meeting Observational Tool (MDT-MOT). Het MDT-MOT werd ontwikkeld voor het regelmatig beoordelen van de prestaties van een MDT tijdens een MOC. Dit instrument is bedoeld voor het eigen personeel dat een minimum aan training genoot. Dit instrument moet verder gevalideerd worden (Harris et al., 2016). De evaluatie-instrumenten van Harris et al. (2014; 2016) kunnen aangewend worden voor het evalueren van de efficiëntie van MOC's/MDT's.

Hahlweg et al. (2017) ontwikkelden een aangepaste versie van het MDT-MODE. De Rating scale for the quality of decision-making processes in MDTMs werd ontwikkeld

omwille van een tekort aan gestandaardiseerde meetinstrumenten voor het evalueren van de kwaliteit van het besluitvormingsproces in MOC's. De kwaliteit van het besluitvormingsproces hangt af van de kwaliteit van samenwerken in team en de kwaliteit van de beschikbare/gepresenteerde informatie (Hahlweg et al., 2017).

van Drielen et al. (2012) ontwikkelden een overzicht van kwaliteitscriteria en tien succesfactoren voor efficiënt MDT-overleg. Deze criteria komen overeen met bovenstaand beschreven elementen van efficiënte MDT-werking volgens *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010).

Ottevanger et al. (2013) ontwikkelden een richtlijn voor doeltreffend MDT-overleg met als doel de kwaliteit van een MDT-overleg te verbeteren. Het verloop van het MDT-overleg, de verantwoordelijkheden en taken van de MDT-leden evenals de vereiste organisatorische en administratieve voorwaarden voor efficiënt MDT-overleg staan beschreven in deze richtlijn.

Het Multidisciplinary Team Feedback for Improving Teamworking (MDT-FIT) werd ontworpen door Green Cross Medical (2014). Dit evaluatie-instrument heeft als bedoeling het MDT efficiënter te laten samenwerken op basis van assessment en feedback. MDT-FIT bestaat uit drie fasen. Het MDT voert zelf een anonieme beoordeling uit en wordt geobserveerde door een onafhankelijke onderzoeker. De tweede fase omvat een rapport met feedback. Dit wordt besproken met het MDT waarbij in een derde fase verbeteringsacties worden opgesteld. De geïmplementeerde verbeteringsacties worden gedurende de daaropvolgende maanden opgevolgd.

Zowel TEAM, MDT-OARS, Observational Tool, MDT-MOT als MDT-FIT zijn gebaseerd op *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010).

### 3.3 *Beleid*

Daar het aantal te bespreken patiënten blijft stijgen en alle nieuwe oncologische patiënten volgens het Kankerplan moeten besproken worden is voldoende ondersteuning vanuit het beleid essentieel voor de efficiënte werking van het MOC.

Voor het behouden en verbeteren van het kwaliteitsbeleid is de samenwerking met het kankerregister enorm belangrijk. Informatie betreffende de behandeling, diagnose, incidentie en prevalentie van kanker wordt verzameld. Op basis van vooropgestelde parameters wordt de kwaliteit van het MOC nagegaan. Voorbeelden van dergelijke parameters zijn de 'kwaliteit van multidisciplinariteit' en 'de tijd tussen de diagnose en het multidisciplinair overleg' (Vrijens et al., 2015). Het kankerregister gaat tevens na of de wettelijke uitvoering van het MOC nageleefd wordt. Mede door de kankerregistratie kan de werking van MOC's in kaart gebracht worden waardoor mogelijke aanpassingen aan het beleid kunnen voorgesteld worden. Het rapport van Vrijens et al. (2015) stelt zeven aanbevelingen voor om de werking van MOC's te verbeteren. De aanbevelingen die van toepassing zijn op deze studie werden in voorgaande tekst reeds verwerkt.

### *3.4 Tumorspecifieke groepen*

Deze literatuurstudie is een basis voor het onderzoek bij de twee onderstaande tumorgroepen.

#### *3.4.1 Bot- en wekedelentumoren*

In de tumorgroep bot- en wekedelentumoren worden kankers besproken die zich in het volledige lichaam kunnen manifesteren. Het zijn kwaadaardige en zeldzame wekedelentumoren, ook sarcomen genaamd (Schöffski, 2017; UZ Gent, 2018b). Weefsels onder de huid zoals het vet-, spier-, en bindweefsel maar ook het perifere zenuwstelsel behoren tot de weke, zachte, delen van het lichaam. Ook in de botten kunnen kwaadaardige tumoren voorkomen (Contactgroep Sarcoma Nederland-België, Kanker.nl, & KWF Kankerbestrijding, 2016; Schöffski, 2017; UZ Leuven, 2017a-b).

#### *3.4.2 Endocrinologie*

In de tumorgroep endocrinologie worden kankers besproken die verband houden met problemen of stoornissen in de endocriene klieren of in verband met stoornissen in de hormonen, zowel werking als afscheiding. Voorbeelden van endocriene klieren zijn de hypofyse, de bijnier en de schildklier (UZ Gent, 2016).

Er is reeds veel onderzoek gebeurd betreffende MOC's en multidisciplinaire samenwerking in het Verenigd Koninkrijk. Dit onderzoek sluit aan bij het gebrek aan Belgische wetenschappelijke literatuur omtrent multidisciplinaire samenwerking, de efficiëntie van MOC's en multidisciplinaire samenwerking in oncologie voor de specifieke disciplines bot- en wekedelentumoren en endocrinologie. De onderzoeksvraag die hierop volgt, luidt: hoe kan de werking van MOC's geoptimaliseerd worden?

## 4 Methode

### 4.1 Onderzoeksdesign en -methode

Dit is een exploratief casestudy onderzoek. De onderzoeksmethode bestaat uit niet-participerende observaties van de MOC's, semigestructureerde interviews van een aantal van de deelnemende leden van beide tumorgroepen en documentatie-studie. De interviews vloeien voort uit de observaties. Op voorhand is niet geweten welke leden van elke MOC zullen worden geïnterviewd. De participanten die worden geïnterviewd zijn leden die regelmatig/op elke MOC aanwezig zijn en bijgevolg veel ervaring hebben met de MOC. Voor de semigestructureerde interviews wordt deels gebruik gemaakt van bestaande vragenlijsten van het NCAT, de *MDT survey open questions* (NCAT, 2009). De survey antwoorden van meer dan 2000 MDT leden uit het Verenigd Koninkrijk vormen de basis voor het rapport van het NCAT, genaamd *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010) waar deze studie ook naar terugkoppelt. Deze vragen worden aangevuld met vragen over elementen waar nog onvoldoende informatie over verkregen werd in de observaties. De gebruikte vragenlijst is terug te vinden in bijlage 4. Daarnaast zal ook documentatie met betrekking tot het plaatsvinden van het MOC bestudeerd worden.

### 4.2 Setting

Het onderzoek vindt plaats in het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent). Dit ziekenhuis telt meer dan 1000 erkende bedden en 6089 medewerkers. Daarnaast telt het UZ Gent ook 17 partnerziekenhuizen en 52 600 dagopnames in 2016 (UZ Gent, 2017a). De tumorgroep bot- en wekedelentumoren en de tumorgroep endocrinologie worden bestudeerd. Beide MOC's vinden plaats binnen het ziekenhuis, maar in een ander lokaal. De niet-participerende observaties gebeuren in de context waar het MOC gewoonlijk plaatsvindt.

### 4.3 Participanten

De participanten zijn de deelnemende leden van het MOC bot- en wekedelentumoren en van het MOC endocrinologie. De samenstelling van het team varieert van week tot

week. Er is geen vast team. Er zijn wel een aantal kernleden die aan elk overleg deelnemen.

#### *4.4 Data-verzameling*

Zoals bovenstaand vermeld, gebeurt data-triangulatie door observaties, semigestructureerde interviews en documentatie-studie. Voor de observaties wordt gebruik gemaakt van twee bestaande observatieschalen het MDT-OARS en het MDT-MODE.

Het kwalitatieve observatie-instrument MDT-OARS (bijlage 5) wordt gebruikt ter ondersteuning van de observaties. Het MDT-OARS kan gedeeltelijk ingevuld worden voor of na het overleg waardoor tijdens het overleg opnieuw meer kan gefocust worden op andere zaken die belangrijk zijn om te observeren. Het tweede deel van het MDT-OARS bevat ongeveer dezelfde elementen als het MDT-MODE ontwikkeld door Lamb et al. (2013). Echter moet het tweede deel van het MDT-OARS na elke casus worden ingevuld en dat is niet mogelijk tijdens de observatie. Daarom wordt het MDT-MODE gebruikt als checklist. Door het gebruik van het kwantitatieve meetinstrument MDT-MODE (bijlage 6) kan de observator focussen op andere te observeren elementen zoals non-verbale gedragingen of onderlinge communicatie, de sfeer en cultuur tijdens het overleg en andere omgevingselementen.

MDT-MODE wordt ook gebruikt om te observeren welke disciplines een duidelijke bijdrage leveren aan het overleg en welke elementen duidelijk aan- of afwezig zijn. Het patiëntenperspectief, psychosociale informatie en de aan- of afwezigheid van medische beeldvorming zijn voorbeelden van elementen die door middel van het MDT-MODE snel kunnen aangeduid worden. Het bereiken van een consensus betreffende het behandelplan wordt door de observator nagegaan door het observeren van het al dan niet duidelijk vermelden van het advies van het MOC door de voorzitter of door één van de deelnemende leden. Hoewel de observator geen medische achtergrond bezit wordt toch nagegaan of er pathologische informatie gegeven wordt, al dan niet door de anatoom-patholoog. Elementen van het MDT-MODE die medische kennis vereisen zoals wanneer/op welk moment in de behandeling de bespreking plaatsvindt en comorbiditeiten worden niet ingevuld in het MDT-MODE.

Het aantal minuten per bespreking wordt achteraf uitgerekend daar de observator tijdens het overleg onvoldoende tijd heeft om voor elke casus de benodigde tijd te berekenen.

De observaties van de MOC's worden niet opgenomen om sociale wenselijkheid te vermijden en een mogelijks Hawthorne-effect te beperken. Hierdoor wordt ook de privacy van participanten en patiënten gegarandeerd.

Observaties en interviews worden uitgevoerd tot er verzadiging is van de data binnen de tijdsrange van begin februari 2018 tot 26 april 2018 bij beide tumorgroepen.

#### 4.5 Datacodering

Voor het coderen van de verzamelde data wordt gebruik gemaakt van Nvivo 11. Zie bijlage 7 voor een visuele voorstelling van de basiscodeerboom die gebruikt wordt voor het coderen van de observaties en de semigestructureerde interviews. Om zo dicht mogelijk bij het originele rapport, *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010) (zie bijlage 8), te blijven, wordt de basiscodeerboom in het Engels opgesteld. Voor elke tumorgroep wordt een aparte basiscodeerboom en Nvivo bestand opgemaakt om verwarring van de data te vermijden. Er wordt gebruik gemaakt van content analyse in functie van het analyseren van de verkregen gegevens en er wordt deductief geanalyseerd. Tijdens de codering wordt de anonimiteit van de participanten en de patiënten gewaarborgd.

Het coderen gebeurt eerst twee keer op papier (uitgetypte observaties en interviews). De gecodeerde data worden daarna ingevoerd in Nvivo en worden dan opnieuw gecodeerd. Daar er slechts één onderzoeker is in deze studie kan deze manier van datacodering, het herhaaldelijk coderen, de onderzoeksbias beperken. Daarnaast wordt de interne validiteit versterkt door het meermaals uitvoeren van de datacodering. Steekproefsgewijs worden gecodeerde stukken tekst gecontroleerd zodat de datacodering steeds correct verloopt. Foute coderingen worden aangepast.

Het is eigen aan casestudy onderzoek dat de externe validiteit laag is daar één bepaalde casus bestudeerd wordt en deze mogelijks verschillend is van andere



casussen. Door het bestaande rapport van het NCAT te gebruiken dat de basisprincipes voor een efficiënt multidisciplinair overleg omvat kunnen bepaalde concepten die aan bod komen in de resultaten van deze studie eventueel gegeneraliseerd worden naar andere, vergelijkbare contexten.

De gegevens uit het MDT-OARS en het MDT-MODE worden niet gecodeerd. Deze data wordt manueel bestudeerd.

#### 4.6 Data-analyse

Data-analyse van de gecodeerde gegevens, observaties en interviews, gebeurt door middel van Nvivo 11. Op basis van de verkregen resultaten in Nvivo 11 wordt gekeken naar welke elementen van *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010) aanwezig zijn en welke elementen verbeterd kunnen worden. Er wordt ook gebruik gemaakt van de kwaliteitscriteria voor de karakteristieken van effectieve MDT-werking die beschreven staan in de studie van Taylor et al. (2012b).

De gegevens verkregen uit het gebruik van de MDT-MODE en de MDT-OARS worden niet in Nvivo gecodeerd. Deze data worden handmatig geanalyseerd en samengevoegd met de gecodeerde data uit Nvivo 11.

De gegevens uit de documentatie-studie worden eveneens manueel vergeleken en samen geïnterpreteerd met de resultaten uit Nvivo 11. Aangezien de anonimiteit niet kan gegarandeerd worden, worden deze documenten manueel bestudeerd.

Ook tijdens het analyseren van de gecodeerde data wordt de anonimiteit van de participanten bewaard.

#### 4.7 Ethisch comité

Deze studie werd voorgelegd aan de Commissie voor Medische Ethiek van het UZG en werd goedgekeurd. Voor aanvang van de observaties wordt het informed consent voorgelegd aan de deelnemende leden van beide MOC's en wordt een korte uitleg over dit onderzoek gegeven. Zij zijn op de hoogte van dit onderzoek en bevestigen

door middel van ondertekenen hun deelname. Eenmalige toestemming veronderstelt een goedkeuring voor deelname aan het volledige onderzoek. Het dossier dat ingediend werd en de goedkeuring door het ethisch comité is terug te vinden in bijlage 9. De goedkeuring voor participatie van de betrokken disciplines werd niet toegevoegd daar de anonimiteit niet kan gegarandeerd worden.

## 5 Resultaten

De basisconcepten voor een efficiënt overleg zijn van toepassing voor zowel MOC's als voor andere types overleg. Voor de tumorgroep bot- en wekedelentumoren werden vier observaties uitgevoerd en vier interviews afgenomen. Voor de tumorgroep endocrinologie werden zes observaties uitgevoerd en drie interviews afgenomen. Onderstaand wordt per tumorgroep beschreven in welke mate deze basisprincipes, beschreven in het rapport *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010), worden toegepast. Daar het MOC endocrinologie minder lang duurt en de hoeveelheid data van bot- en wekedelentumoren veel groter is, wordt het MOC van bot- en wekedelentumoren uitgebreider beschreven. Om de anonimiteit van de participanten te bewaren worden de aangehaalde quotes uit de interviews niet gelinkt aan de discipline van de participant.

### 5.1 Bot- en wekedelentumoren

#### 5.1.1 Het multidisciplinair team

##### 5.1.1.1 Leden van het multidisciplinair team

De leden van het MDT die deelnemen aan het MOC worden opgedeeld in kern- en niet-kernleden. Uit de observaties, interviews en documentatiestudie (het bestuderen van de aanwezigheidslijsten) komt naar voor dat de kernleden van dit MOC de orthopedisten, radiologen, medisch oncoloog, patholoog, radiotherapeut, pediater-oncoloog, assistenten/geneesheer-specialist in opleiding (GSO) van de disciplines orthopedie en radiologie, oncologisch verpleegkundigen en de medewerker van de kankerregistratie zijn. Het MDT kan aangevuld worden met niet-kernleden bestaande uit een verpleegkundig consulent, een psycholoog, chirurgen (andere dan orthopedisch chirurgen), externe specialisten en huisartsen. De leden die deelnemen aan het MOC worden hierna participanten genoemd.

Elk MDT-lid wordt verondersteld rollen en verantwoordelijkheden in te roosteren in de eigen werkplanning. De taken van de kernleden worden onderstaand kort aangehaald. Onderstaande resultaten komen uit de observaties en interviews.

De taken van de voorzitter worden verder uitgebreid beschreven. Daarnaast is de voorzitter ook orthopedisch chirurg. De taak van de orthopedisten bestaat er in advies te verlenen omtrent de mogelijke (chirurgische) behandelingen. Oncologisch verpleegkundigen wonen de consultaties van de artsen met patiënten bij. Daardoor kunnen zij tijdens het MOC, evenals de behandelend arts, de wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt alsook de psychosociale context aanbrengen.

Er zijn twee radiologen aanwezig tijdens dit MOC. De ene radioloog bedient de computer voor het tonen van de medische beeldvorming. De andere radioloog zit naast de voorzitter en bespreekt, net als de radioloog aan de computer, de beeldvorming. Beiden geven advies al dan niet aangevuld met advies van de collega's radiologie. In samenspraak met andere participanten wordt beslist welke onderzoeken nog moeten gebeuren.

De medisch oncoloog geeft advies omtrent het stellen van kankerdiagnoses en de mogelijke behandelingen zoals bijvoorbeeld chemotherapie of het bevestigen of afraden van chirurgie. De medisch oncoloog herwerkt ook de medisch/technische informatie van het advies dat de voorzitter in het EPD typt. Het uitgebreider en duidelijker formuleren van het advies is het voorbereidend werk voor de brief naar de huisarts. Hierdoor bestaat ook de zekerheid dat de inhoudelijke informatie duidelijk en correct is. Het secretariaat van de kankerregistratie zorgt voor het versturen van deze brieven.

De patholoog brengt de pathologische informatie aan. Dit omvat onder andere resultaten van biopsie of TNM-classificaties. De radiotherapeut staat in voor het adviseren omtrent bestralingstherapie als behandelvorm. De pediater-oncoloog doet beroep op de expertise binnen dit MOC voor patiënten waarvan de pathologie tot dit MOC behoort. De GSO's stellen eveneens casussen voor. De kankerregistratie gebeurt door de medewerker van de kankerregistratie.

Kankerregistratie houdt in dat elke oncologische patiënt die in het ziekenhuis komt multidisciplinair moet worden besproken. Het ondersteunen en mee organiseren van het MOC behoort eveneens tot het takenpakket. Er wordt op toegezien dat het MOC verloopt zoals dat wettelijk bepaald is. Ook het op elkaar afstemmen van de MOC's

binnen het UZ Gent behoort tot het takenpakket van de medewerker van de kankerregistratie.

Er bestaat een verschil tussen de coördinator van de tumorwerkgroep en de coördinator van het MOC. De tumorwerkgroep is opgebouwd rond de pathologie en beperkt zich niet tot het MOC. Er participeren meer en mogelijk andere disciplines/personen in de tumorwerkgroep dan er aanwezig zijn tijdens het MOC. Het uitwerken van het oncologisch handboek en de protocollen zijn naast het uitzetten van de verpleegkundig consulenten, voorbeelden van taken van de tumorwerkgroep. De coördinator van de tumorwerkgroep kan eveneens voorzitter zijn van het MOC. De voorzitter van het MOC kan dus de coördinator van de tumorwerkgroep zijn, maar daarnaast ook de persoon zijn met de functie van coördinator van het MOC. Financiële beweegredenen bepalen wie of welke discipline gekozen wordt voor de functie van coördinator van het MOC. Een medisch oncoloog genereert meer financiële middelen en wordt daarom vaak gekozen als MOC-coördinator. Deze functie impliceert geen groter spreek- of beslissingsrecht in het MOC. De financiering wordt aangewend voor het MOC. De MOC-coördinator in bot- en wekedelentumoren is de medisch oncoloog.

Samenwerking tussen de MOC-coördinator en coördinator van de tumorwerkgroep zorgt er voor dat het MOC goed georganiseerd en uitgevoerd wordt. Deze twee functies kunnen ook samenvallen. In dit MOC is dat niet het geval. De voorzitter van het MOC is doorgaans iemand van de discipline waarover het MOC handelt. In dit MOC is dat de orthopedisch chirurg.

#### *5.1.1.2 Aanwezigheid*

De kerndisciplines zijn praktisch altijd aanwezig. Niet-kernleden zijn aanwezig wanneer de voorgestelde casussen voor hen relevant zijn. Tijdens het overleg wordt een aanwezigheidslijst van de kankerregistratie doorgegeven. Deze lijst wordt ondertekend door alle participanten. Studenten/stagiairs die het MOC bijwonen, tekenen deze lijst niet daar zij enkel observeren. De personen die observeren worden niet voorgesteld aan de participanten van het MOC. De aanwezigheidslijst wordt achteraf eveneens gebruikt om te registreren welke disciplines aanwezig waren tijdens het MOC in functie van de financiering van het MOC.

Bevindingen uit het MDT-OARS bevestigen dat de kernleden doorgaans aanwezig zijn op het MOC, maar dat de samenstelling van de participanten van het MOC varieert van week tot week. Het aantal participanten bedraagt in de vier observaties respectievelijk 12, 14, 12, 13 leden. Afwezigheid van deelnemers wordt doorgaans op voorhand gemeld. Uit documentatiestudie (aanwezigheidslijsten) en observaties blijkt dat er bij geen enkele observatie een huisarts aanwezig was. Alle interviews bevestigen dat huisartsen zelden aanwezig zijn op dit MOC.

In elk MOC dat geobserveerd werd, is de voorzitter vijf tot 25 minuten te laat omdat de consultaties elke keer uitlopen. De radiotherapeut en pediater-oncoloog zijn elke observatie ruim voor het aanvangsuur aanwezig. De medisch oncoloog en de medewerker van de kankerregistratie zijn beiden aanwezig rond het vooropgestelde uur.

Zowel participanten als observators sijnelen binnen tot na 13 uur. De patholoog geeft les tot 13 uur. Het MOC is op de hoogte dat de pathologische informatie niet bij aanvang van het overleg kan gegeven worden.

Uit één van de interviews en enkele observaties komt naar voor dat het een meerwaarde zou zijn indien op voorhand geweten is of participanten het MOC vroeger wensen te verlaten. Zo kan de volgorde van de te bespreken patiënten voorafgaand aan het MOC aangepast worden zodat alle nodige disciplines kunnen bijdragen aan het overleg daar waar nodig. In onderling overleg wordt beslist om bepaalde patiënten eerst te bespreken wanneer niet alle kernleden aanwezig zijn om 12.30 uur.

#### *5.1.1.3 Voorzitterschap*

Uit de observaties, de interviews en documentatiestudie (het bestuderen van de aanwezigheidslijsten) komt naar voor dat het voorzitterschap wordt opgenomen door een professor, orthopedisch chirurg. De voorzitter leidt wekelijks het overleg. Wanneer de voorzitter (nog) niet aanwezig is, wordt het voorzitterschap waargenomen door de medisch oncoloog of door een andere aanwezige arts.

Het voorzitterschap is een belangrijke taak daar de voorzitter er voor moet zorgen dat het overleg in goede banen wordt geleid en belemmerende factoren moet voorkomen en/of aanpakken. Observaties, interviews en de resultaten van het MDT-MODE bevestigen dat het accuraat modereren van het overleg geen constante is.

De interviews bevestigen eveneens dat de voorzitter een rustig persoon is die correct en gericht kan reageren op storende factoren en onvriendelijk of ongepast gedrag van collega's. De voorzitter bezit capaciteiten om dit op de juiste manier aan te brengen bij de andere leden van het team. Het beheren van de interpersoonlijke relaties en conflicten sluiten hierbij aan. Uit zowel de interviews als de observaties blijkt dat de voorzitter toch frequenter en strenger mag optreden tegenover participanten die storen.

De voorzitter zorgt er eveneens voor dat alle patiënten, die al dan niet op de agenda staan, ook effectief besproken worden. Onoplettendheid en de uitgebreide agenda zorgen er af en toe voor dat patiënten worden overgeslagen. Wanneer dit gebeurt, reageert een andere participant zodat elke patiënt zeker besproken wordt. Bij technische problemen, zoals het scherm dat niet werkt, bekrachtigt de voorzitter het belang van het bespreken van de patiënt en wordt er voor gezorgd dat de patiënt toch besproken wordt in datzelfde MOC. Deze bevindingen konden vastgesteld worden tijdens de observaties.

Ook het bewaken van de tijd en het faciliteren van gerichte patiëntenbespreking en besluitvorming kunnen adequater toegepast worden. De voorzitter creëert wel een omgeving waarin elke participant evenveel kans krijgt om een bijdrage te leveren aan de bespreking. Wanneer de participant zelf geen initiatief neemt om bij te dragen aan het overleg zorgt de voorzitter, door het stellen van gerichte vragen, dat deze participant alsnog zijn/haar inbreng heeft.

De voorzitter vraagt systematisch en uitdrukkelijk, maar niet bij elke patiënt naar het voorstel van het MDT. De voorzitter informeert regelmatig naar uitleg of argumentatie bij het advies van een collega zodat het duidelijk is voor alle aanwezigen waarom dat advies wordt voorgesteld. Dit bevordert ook het delen van 'best practices' onder de teamleden. Uit de interviews en de observaties komt naar voor dat er sneller en

gericht moet kunnen afgerond worden met het bespreken van een bepaalde patiënt. Het onnodig blijven discussiëren of uitweiden terwijl men reeds een conclusie formuleerde of kon opstellen, kan beter gecoördineerd worden. Het traag afhandelen van een discussie zorgt voor vertraging van het overleg.

Wanneer de voorzitter zelf in gesprek gaat met een collega voor die het MOC verlaat of de voorzitter zelf de telefoon beantwoordt, valt het overleg stil en/of vervalt de structuur van het overleg en beginnen mensen spontaan onderling te praten.

Het stimuleren van een open cultuur zorgt voor een ongedwongen sfeer waar iedere participant zich voldoende comfortabel voelt.

De voorzitter reageert niet op de afwezigheid van participanten waarvan al dan niet inbreng nodig is of verwacht wordt. Afwezigheid of het niet gefocust zijn tijdens het MOC is vaak te wijten aan telefoneren in het lokaal of op de gang of het feit dat de inbreng van de desbetreffende participant niet voor iedere patiënt nodig is. Zowel uit observaties als uit interviews komt ook naar voor dat dergelijke omstandigheden door zowel participanten als observators als storend wordt ervaren.

In de vierde observatie kon tot tweemaal een gebrek aan vergaderingsbeheer of enige vorm van structuur vastgesteld worden. Ook de resultaten uit het MDT-MODE bevestigen dit. De onderstaande quote uit de vierde observatie kan dit eveneens onderschrijven: *“Assistente neemt telefoon op, babbelt terug luidop, ze praat bijna luider dan andere leden in overleg. Stoort. Voorzitter reageert er nooit op.”*

Verder kon vastgesteld worden dat de duur van dit vierde MOC een danige invloed heeft op alle participanten, inclusief de voorzitter. Het vergaderingsmanagement, tijdsbeheer en de structuur van het overleg nemen af naarmate het MOC langer duurt. Volgende quote uit de vierde observatie kan dit bevestigen: *“Toen de voorzitter aanwezig was, duurde het even voor er een bepaalde structuur aanwezig was. De voorzitter modereert onvoldoende, spreekt niet op storende factoren van andere deelnemende leden, neemt niet altijd de leiding op zich.”*



Er wordt niet duidelijk aangegeven wanneer alle patiënten besproken zijn en het MOC afgelopen is. Daar er regelmatig patiënten besproken worden die niet op de agenda staan, kan dit voor onduidelijkheid zorgen. Het expliciet afsluiten van het MOC behoort eveneens tot efficiënt vergaderingsbeheer.

Op basis van de observaties, de interviews en de resultaten van het MDT-MODE kan geconcludeerd worden dat de voorzitter over heel wat vaardigheden beschikt die het efficiënt leiden van een overleg mogelijk maken. Toch wordt vastgesteld dat deze capaciteiten onvoldoende aangewend worden en de voorzitter de functie strikter en consequenter mag uitvoeren.

#### *5.1.1.4 Teamwerk en cultuur*

In dit MDT kan men goed samenwerken en is er vlotte doorstroming tussen de verschillende disciplines. Daarnaast is het ook belangrijk dat niemand van het MDT de bovenhand neemt. Vertrouwen op elkaar en wederzijds respect zijn belangrijke factoren om goed te kunnen samenwerken. Elkaar naar waarde schatten en daarop vertrouwen sluiten daarbij aan. Uit de interviews komt naar voor dat de collegiale sfeer en open cultuur er voor zorgen dat ongenoegen openlijk kan geuit worden. Dit werd slechts gedeeltelijk vastgesteld in de observaties.

Het luisteren naar elkaar tijdens de bespreking van de patiënt wordt door verschillende interviewees aangebracht als een belangrijk punt. Luisteren naar wat iemand anders zegt en zwijgen wanneer iemand anders aan het woord is, is elementair beleefd. Zowel observaties als interviews onderschrijven dat dit onvoldoende gebeurt:

***“Als u bijvoorbeeld aan het praten bent, met de voorzitter over de patiënt, zijn er anderen die aan het praten zijn over zaken die helemaal niet over de patiënt gaan?”***

*Ah dat vind ik nu mega irritant. Dat vind ik mega irritant.*

***Komt dat doordat dat er geen middagpauze is?***

*Nee, omdat ze op dat moment merken dat het niet voor hen is en dan maar gewoon over andere dingen babbelen. Dat vind ik mega irritant. Als er iets is dat je wil opschrijven als verbeterpunt dan wil ik dat wel ‘zwijgen als we bezig*

*zijn met de bespreking over een patiënt'. Ik vind dat verschrikkelijk. Ik hoor alles door elkaar. Vreselijk."*

De aanwezigheid van de andere MDT-leden wordt aangebracht als fundamenteel. Daarnaast komt naar voor dat niet iedere participant luid genoeg spreekt. Wat het nog moeilijker maakt om elkaar te begrijpen en mee te volgen met het overleg. De taakverdeling en specifieke inbreng alsook goede communicatie onderling zijn eveneens belangrijke elementen die bijdragen aan goede samenwerking in team. Participanten kunnen het goed vinden met elkaar en los van het onderling praten, is er voldoende respect voor elke deelnemer.

Naast het goed samenwerken in team is ook het delen van 'best practices' een belangrijk onderdeel van efficiënte MDT-werking. Door het samenbrengen van verschillende disciplines die elk over andere kennis beschikken, wordt het best mogelijke advies voor de patiënt opgesteld. Daarnaast is het delen van kennis verrijkend.

De patholoog consulteert regelmatig een Amerikaanse collega en haalt ook wetenschappelijke literatuur en studies aan om zijn advies te ondersteunen. Het delen van kennis over landsgrenzen heen is een enorme meerwaarde. Deze resultaten worden in alle interviews en observaties bevestigd.

#### *5.1.1.5 Persoonlijke ontwikkeling en opleiding*

Uit de observaties blijkt dat oudere casussen worden aangehaald ter vergelijking van of onderbouwing voor bepaalde beslissingen. Daar er studenten/stagiairs en assistenten aanwezig zijn tijdens het overleg, kan kennis/expertise op die manier worden overgedragen. Het vergelijken met oudere of andere casussen gebeurt slechts af en toe en enkel bij de bespreking van moeilijke of zeldzame casussen/pathologieën.

Uit één interview komt het voorstel om een opleiding/vorming rond dossierzorg aan te bieden. Het voorstellen van een patiënt en het bondig en adequaat rapporteren worden aangegeven als werkpunten. Momenteel is er te weinig tijd voorhanden om zich uitgebreid in te zetten voor de rapportering. Hierdoor worden dergelijke vormen

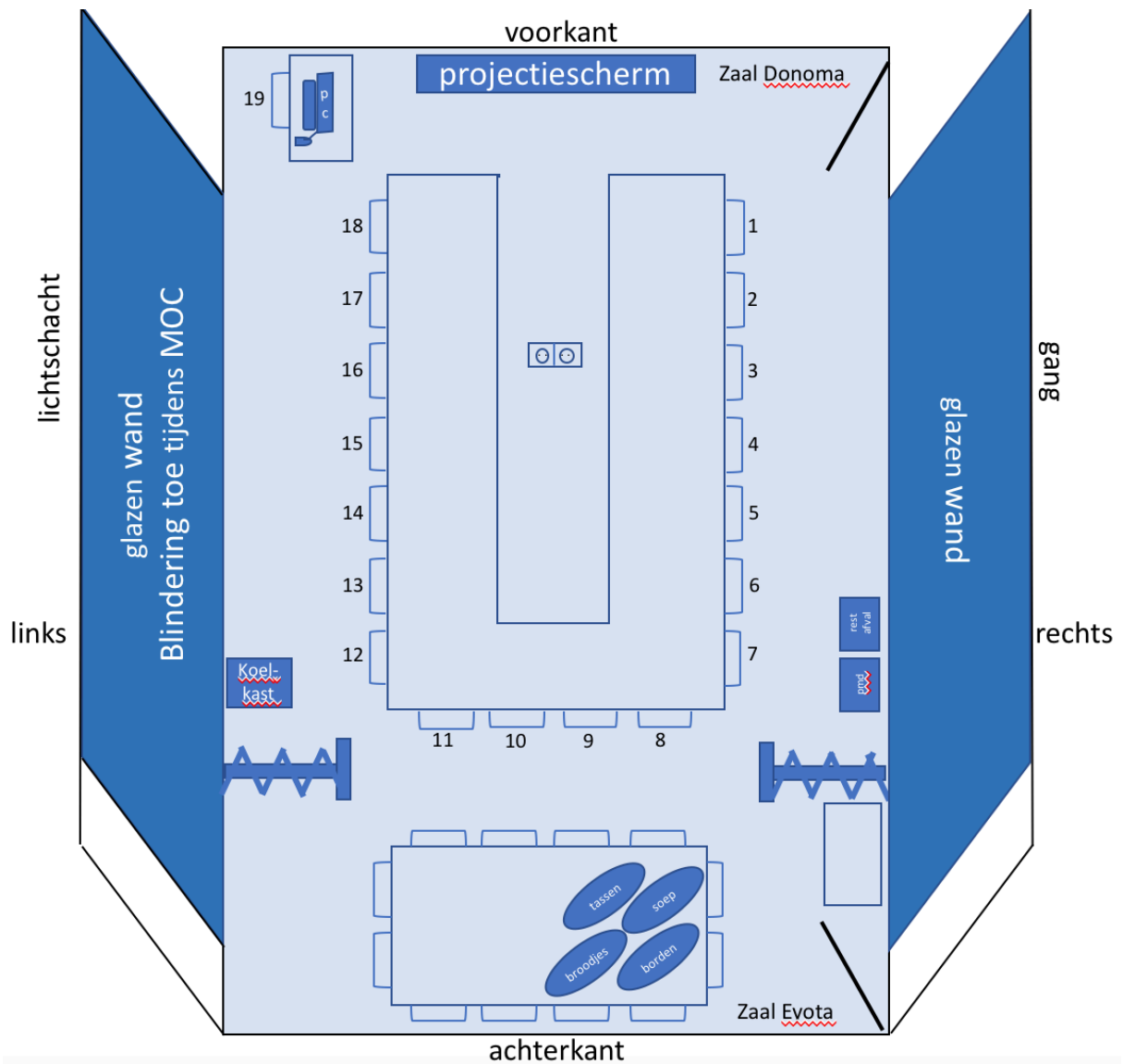
momenteel niet gevolgd. Opleidingen op medisch vlak zijn volgens de geïnterviewden voldoende voorhanden. Daarnaast wordt ook aangehaald dat het hebben van meer tijd voor het volgen van vormingen een meerwaarde, verrijking van de job zou kunnen betekenen.

### *5.1.2 Infrastructuur*

Onderstaande bevindingen komen uit de observaties, de interviews en de resultaten van het observatie-instrument MDT-OARS.

#### *5.1.2.1 Fysieke omgeving van het Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Het MOC gaat door in het gebouw waar ook de polikliniek van de dienst Orthopedie en Traumatologie zich bevindt (P6, eerste verdiep, UZ Gent). De ruimte waar het overleg plaatsvindt, wordt beschreven aan de hand van onderstaand grondplan (Figuur 3). Dit grondplan werd opgesteld op basis van de bevindingen uit het MDT-OARS. De cijfers op het grondplan duiden de plaatsen aan. Iedere participant heeft een vaste plaats. Occasioneel zitten een aantal kernleden op een andere plaats wanneer hun vaste plaats ingenomen wordt door iemand anders. Plaats één tot en met drie zijn plaatsen die ingenomen worden door participanten die eenmalig of slechts sporadisch deelnemen aan het MOC. Plaats vier en vijf worden ingenomen door de oncologisch verpleegkundigen. Plaats zes wordt ingenomen door een derde orthopedist die om de twee weken deelneemt aan het MOC. Wanneer de derde orthopedist afwezig is, wordt deze plaats ingenomen door een assistent of wordt ze vrijgelaten. De assistent van orthopedie zit op plaats zeven met daarnaast, op plaats acht, de voorzitter, orthopedisch chirurg. Vanuit deze centrale positie ziet de voorzitter zowel alle participanten als de beeldvorming. Op plaats negen zit één van de twee radiologen. Plaats 10, 11 en 12 worden respectievelijk ingenomen door een tweede orthopedist, de radiotherapeut en de patholoog. De pediater-oncoloog zit op plaats 13, met daarnaast de medisch oncoloog en medewerker van de kankerregistratie op plaats 14 en 15. Plaats 16 is vrij en op plaats 17 of 18 zit een assistent radiologie. De tweede radioloog bedient op plaats 19 de computer. Wanneer de verpleegkundig consulent aanwezig is, wordt plaats 14 ingenomen en schuiven de andere leden één plaats op richting scherm.



Figuur 3: Grondplan overleglokaal MOC bot- en wekedelentumoren

Het overleglokaal is een samensmelting van de zalen Donoma en Eyota. De scheidingsmuur tussen de twee zalen is geopend en zorgt voor een duidelijk onderscheid tussen de zaal waar de participanten van het MOC zitten en de aanwezigen die het MOC bijwonen. Beide zijanten van de ruimte bestaan uit een glaswand (Figuur 3). De ruimte is niet goed geïsoleerd. Personen aan het woord worden niet altijd goed begrepen. Andere geluiden in het lokaal, zoals het gebruik van bestek en soeptassen, alsook geluiden van buiten het lokaal worden versterkt door de slechte akoestiek. Op twee meter van zaal Donoma bevindt zich een pauzelokaal. Er is, zeker in het begin van elk overleg, veel lawaai afkomstig van de gang. Wanneer de deur open staat, is de persoon aan het woord onverstaanbaar. Als het stil is in de gang is vrijwel alles, mits goede articulatie en voldoende luid volume, verstaanbaar. Uit de

interviews komt eveneens naar voor dat de artsen in dit MOC regelmatig niet luid genoeg spreken. Onderstaande quote bevestigt het probleem van de slechte isolatie:

***“Is er een fysieke belemmering die er voor zorgt dat het MOC minder goed verloopt?”***

*Dat lawaai. Slechte isolatie. Je hebt het ook al gemerkt hé. Het is verschrikkelijk hé. Ik ben al een paar keer buiten gegaan. De andere oncologisch verpleegkundige is vandaag buiten gegaan. Ja, dat vind ik wreed lastig.”*

Wanneer een MOC lang duurt, stijgt de temperatuur in het lokaal aanzienlijk. Dit is niet bevorderlijk voor de concentratie. Eén interviewee geeft aan dat de temperatuur beter geregeld is dan vroeger aangezien het vroeger te koud was. De temperatuurverschillen kunnen eveneens te wijten zijn aan de slechte isolatie van deze ruimte.

Het licht op de gang springt aan wanneer beweging wordt gedetecteerd. Zaal Donoma wordt tijdens het MOC verduisterd door blinding aan de kant van de lichtschacht (linkerkant van het lokaal, Figuur 3) in functie van het goed kunnen bekijken van de medische beeldvorming en het bewaren van de privacy van de patiënten. Het scherm voor beeldvorming geeft net voldoende licht om in zaal Donoma te kunnen lezen of schrijven. Uit één interview kwam naar voor dat het moeilijker is om de eigen taken uit te voeren als het lokaal verduisterd is. Volgens een participant aan de linkerkant van zaal Donoma, wordt de donkere ruimte wordt ook minder aangenaam bevonden omdat de andere participanten niet goed zichtbaar zijn. Door de lichtschacht is in zaal Eyota voldoende natuurlijk licht om aantekeningen te maken. De meeste participanten die nota's maken, typen op de eigen computer. De participanten die gebruik maken van een eigen computer kunnen voor de stroomvoorziening van hun computer gebruik maken van de stopcontacten die aanwezig zijn op de grond, in het midden van de U-vormige tafel. De deelnemers met een eigen computer zijn de voorzitter, de oncologisch verpleegkundigen, de medisch oncoloog en de assistente van radiologie.

Op elke plaats in zaal Donoma is het scherm vooraan de ruimte goed zichtbaar. Het scherm staat op geschikte, ergonomische hoogte zodat er niet te veel omhoog moet gekeken worden om de beeldvorming te kunnen zien.

Er is voldoende ruimte in het lokaal. Alle leden die deelnemen aan het MOC zitten aan de U-vormige tafel in zaal Donoma. De studenten/stagiaires of assistenten die niet deelnemen aan het overleg, observeren vanuit de kleinere zaal Eyota en zitten aan of voor de tafel waar ook broodjes, soep, dessert, bestek en borden staan. Aan beide tafels is plaats over. De vrije plaatsen in zaal Donoma kunnen gebruikt worden door externe artsen/specialisten die, indien gewenst of relevant, de mogelijkheid hebben om deel te nemen aan het MOC. Voorbeelden hiervan zijn de huisarts of een specialist van een ander ziekenhuis of dienst binnen het UZ Gent.

Na afloop van het MOC wordt de blinding terug opgetrokken, programma's op de computer afgesloten en de computer en het scherm afgelegd. Eten, drank, bestek, de pot soep en de soeptassen worden opgeruimd en verwijderd uit het lokaal. Lege blikjes en flesjes worden afgeruimd door de persoon die het gebruikte. Drankjes staan niet op de tafel in zaal Eyota maar in de koelkast in zaal Donoma. Tijdens het overleg gaat regelmatig iemand iets halen uit de koelkast om te drinken. Als gevraagd wordt of iemand anders iets wil drinken, kan dit het overleg eveneens storen. Beide zalen worden netjes achtergelaten en kunnen opnieuw gebruikt worden. Figuur 4 en 5 geven een beeld van het overleglokaal.



Figuur 4: Overleglokaal MOC bot- en wekedelentumoren (zaal Donoma/Eyota)



Figuur 5: Overleglokaal MOC bot- en wekedelentumoren (zaal Donoma/Eyota)

### 5.1.2.2 *Technologie en uitrusting*

Een vaste computer en een voldoende groot beeldscherm zijn aanwezig vooraan in het lokaal (zaal Donoma, Figuur 4 en 5).

Voor het tonen van radiologisch beeldmateriaal, inclusief bijhorend verslag, wordt gebruik gemaakt van Picture Archiving and Communications System (PACSonWEB) en ICIS View. Daarnaast worden beelden opgehaald uit CoZo of via de website van het ziekenhuis dat de patiënt doorverwijst naar dit MOC. In elke MOC worden al deze faciliteiten gebruikt. De kwaliteit van het scherm is goed, de beeldvorming is scherp en duidelijk.

Uit twee interviews komt naar voor dat de aanwezigheid van twee schermen een voordeel zou kunnen zijn. Het ene scherm kan gebruikt worden voor het tonen van medische beeldvorming, het andere voor het projecteren van het EPD zodat elke aanwezige kan zien welke aanbevelingen worden gemaakt en indien nodig daarop kan ingespeeld worden zodat aanpassingen in real-time kunnen gebeuren. Hierdoor zou het overleg eveneens vlotter kunnen verlopen. Het Kankercentrum UZ Gent stuurt ook aan op het gebruik van twee schermen.

De patiëntenbespreking is vooral gebaseerd op en afhankelijk van de medische beeldvorming. Er wordt dan ook rekening gehouden met de wens van de radiologen om liever geen tweede projectie of scherm te hebben omdat dit afdoet aan de zichtbaarheid van de beeldvorming. Voor andere leden van het team, onder andere leden die de aanbevelingen uittypen en uitbreiden om die te kunnen communiceren naar de huisarts, blijft dit een vraag.

Er wordt momenteel geen gebruik gemaakt van telegeneeskunde zoals videoconferentie. Zowel uit de interviews als uit de observaties komt naar voor dat videoconferentie een voordeel kan zijn en een potentiële oplossing kan bieden voor het eventuele tekort aan informatie dat via videoconferentie met de verwijzende arts onmiddellijk kan verkregen worden. Voor externe specialisten en huisartsen die momenteel vaak niet aanwezig zijn omwille van het gebrek aan tijd of een te grote te overbruggen afstand, is videoconferentie eveneens voordelig. Daarnaast blijkt dit ook



een expliciete vraag te zijn van de huisartsen zelf. Echter wordt in een aantal interviews ook de bemerking gemaakt dat dit het MOC sterk kan verlengen. Bovendien blijkt de inbreng van de huisarts niet voor elke patiënt nodig.

Eén interviewee geeft aan dat deze mogelijkheid reeds onderzocht werd. De kost van € 50 per uur voor videoconferentie is echter te hoog. De financiële mogelijkheden daarvoor zijn momenteel ontoereikend. Een bijkomend probleem is het extra personeelslid dat nodig is voor het beheren, organiseren en ondersteunen van de uitvoering van videoconferentie. De participanten kunnen zelf niet in het oog houden wanneer een huisarts/externe arts beschikbaar is, of de technische uitvoering van de videoconferentie correct verloopt en technische problemen moeten worden opgelost.

Tijdens één van de MOC's kon de observator constateren dat er zes codes beschikbaar werden gesteld voor het raadplegen van radiologische beeldvorming. De laatst ingevoerde code was de juiste. Het niet op voorhand controleren welke code werkt, zorgt er voor dat tijdens het MOC veel tijd verloren gaat.

Uit één van de interviews komt ook naar voor dat algoritmes voor de TNM-classificaties de efficiëntie van het MOC zouden kunnen verhogen. Na het invoeren van de gegevens in het EPD berekent het algoritme de correcte TNM-classificatie.

### *5.1.3 Organisatie en logistiek*

Onderstaande bevindingen komen voort uit zowel de interviews als observaties. De inbreng van de verschillende disciplines wordt aangevuld met bevindingen uit het MDT-MODE.

#### *5.1.3.1 Het plannen van een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Het MOC bot- en wekedelentumoren wordt niet specifiek door één persoon georganiseerd. Het is een vaste afspraak. Dit MOC gaat elke week door op maandagmiddag. Het voorziene aanvangsuur bedraagt 12.30 uur. De vaste locatie werd eerder aangehaald bij het onderdeel infrastructuur. Het MOC duurt twee tot vier uur zonder onderbreking. Alle interviewees bevestigen dat het verplaatsen van het

MOC naar een ander moment in de week geen goede optie is. Voornamelijk omwille van de drukke werkschema's.

De eindverantwoordelijkheid voor het organiseren en uitvoeren van de MOC ligt bij de MOC-coördinator. Uit de interviews komt naar voor dat meerdere leden van het MDT zorgen voor de organisatie van de agenda en van het MOC. Iedere arts binnen het UZ Gent of verpleegkundige die verbonden is aan de dienst orthopedie en/of aan de consultaties met de patiënt deelneemt, kan patiënten aanmelden voor bespreking op het MOC. Patiënten kunnen ook aangemeld of doorgestuurd worden voor bespreking op het MOC door externe artsen (artsen die niet in het UZ Gent werken). Het programma dat gebruikt wordt voor de planning en de lijst van de te bespreken patiënten of de agenda, noemt UltraGenda en wordt verder besproken in de volgende rubriek.

Wanneer een MOC niet doorgaat omwille van een vakantieperiode of een feestdag wordt dat duidelijk aangehaald in het voorgaande MOC van het MOC dat niet doorgaat. Er wordt duidelijk afgesproken wanneer het volgende MOC plaatsvindt en of het noodzakelijk is dat, indien mogelijk, in de week dat het gebruikelijke overlegmoment niet doorgaat ter vervanging een mini-MOC plaatsvindt.

#### *5.1.3.2 Voorbereiding van een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Wanneer een aantal personen aanwezig zijn, wordt de computer opgestart. Zo is de apparatuur gebruiksklaar en kan het MOC sneller aanvangen. Daarnaast kan niet gewacht worden tot iedere participant aanwezig is om de patiëntenbespreking te starten aangezien niet iedereen stipt aanwezig is. De computer en het scherm zijn meestal gebruiksklaar rond het aanvangsuur, wanneer ook de radioloog meestal aanwezig is.

De lijst met de te bespreken patiënten wordt afgeprint net voor aanvang van het MOC. Tot dan bestaat de mogelijkheid om patiënten aan te melden om ze te bespreken op het MOC. Door deze maatregel bestaat de kans dat niet elke patiëntenbespreking voorbereid kan worden door elke discipline. Echter worden alle disciplines verondersteld om het MOC voor te bereiden.

De interviews en het MDT-MODE bevestigen ook dat de informatie die op voorhand beschikbaar is enorm belangrijk is voor een efficiënt verloop van het MOC. Wanneer de agenda niet goed voorbereid is, informatie over de patiënt ontbreekt of codes voor beeldvorming niet beschikbaar zijn, kan het overleg al vastlopen. Daarnaast moet voor externe patiënten (patiënten die niet in het UZ Gent verblijven of doorverwezen werden, al dan niet voor een tweede advies) een episode aangemaakt worden in het EPD, zodat de aanbevelingen van het MOC evenals de informatie nodig voor de bespreking van de patiënt in het EPD kunnen geplaatst worden. Wanneer er geen episode aangemaakt wordt, heeft die patiënt een tijdelijk nummer (T-nummer). Om in CoZo aan de gegevens van de patiënt te kunnen is een definitief nummer nodig. Deze administratieve voorbereiding is noodzakelijk om een patiënt te kunnen bespreken op het MOC en komt voor wanneer patiënten aangemeld worden via mail, de sociale netwerkaplicatie WhatsApp, een sms-bericht of via telefonisch contact. Naast deze vier kanalen kan een patiënt ook aangemeld worden via een formulier dat online beschikbaar is op de website van het UZ Gent (zie bijlage 10). Laatstgenoemde manier van aanmelden zorgt voor minder voorbereidingswerk voor de oncologisch verpleegkundigen. Eén interviewee geeft aan dat dit MOC volledig afhankelijk is van verwijzingen.

Alle disciplines worden verondersteld om het MOC voor te bereiden en te weten welke informatie moet worden aangebracht voor het efficiënt kunnen bespreken van de patiënt. Niet iedere discipline is voldoende, even gestructureerd voorbereid. Zowel uit de observaties als uit de interviews komt naar voor dat de radiologen onvoldoende voorbereid zijn. Beeldvorming moet soms nog bekeken worden tijdens het overleg of oudere beeldvorming moet nog worden opgezocht. Daar er niet snel tot een consensus gekomen wordt omwille van het blijven discussiëren over mogelijke behandelvormen of mogelijke maligne indicaties zorgt dit voor een onnodige verlenging van het MOC.

De andere disciplines zijn over het algemeen behoorlijk voorbereid. Echter wordt toch aangegeven dat er onvoldoende tijd is voor het grondig voorbereiden van elke patiënt:

*“Ik denk dat ieder, het zou eigenlijk ideaal zijn moest iedere sub-discipline kijken naar elke patiënt en kijken welke bijdrage kan ik hier leveren. Dat zou best zijn, dat eigenlijk elke patiënt door iedereen voorbereid wordt. Maar daarvoor hebben we geen tijd.”*

Het correct en volledig voorbereiden en opmaken van het MOC-blad (MOC-observatieblad) dat gebruikt wordt tijdens het MOC voor de bespreking, is eveneens enorm belangrijk aangezien de beknopte samenvatting van wat nodig is voor het bespreken van de patiënt hier op staat. Volgende quote duidt dit probleem aan:

***“En zou het een mogelijkheid zijn dat assistenten dat voorbereiden? En dat jullie dat dan krijgen?”***

*Dat zou ideaal zijn. Maar het probleem is dat de pathologie zodanig zeldzaam is dat ze er eigenlijk pas na een maand of 4-5 voldoende mee vertrouwd zijn om al de essentiële elementen uit een dossier te halen dus. Nu hebben we een nieuwe assistente en je ziet zo dat het al maar half zo goed niet meer is.”*

Het hebben van een duidelijke vraagstelling voorafgaand aan het MOC is eveneens een belangrijk aspect voor het efficiënt vergaderen. Zonder duidelijke vraagstelling, kan geen gerichte bespreking plaatsvinden, noch gericht advies geformuleerd worden. Dit wordt bevestigd door de observaties en de interviews. Voor sommige interviewees wordt het MOC-gebeuren aangegeven als verzwaring van de werklast omwille van de hoeveelheid werk die er tijdens het MOC nog bij komt. Echter wordt ook aangegeven dat het MOC een inherent gegeven is wat betreft kwaliteitsvolle oncologische zorgverlening.

### *5.1.3.3 Organisatie en administratie tijdens een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

De geïnterviewde personen konden bevestigen dat de MOC's die geobserveerd werden een realistische weergave zijn van hoe het er doorgaans aan toe gaat tijdens een MOC.

Aangezien het MOC plaatsvindt tijdens de middagpauze wordt door bijna alle aanwezigen gegeten. Niet iedereen komt op tijd. Participanten sijnelen binnen tussen 12.30 uur en 13.15 uur. Vaak is dit te wijten aan het niet tijdig kunnen afronden van de voorgaande taken zoals consultaties of lesgeven.

De lijst met te bespreken patiënten wordt door een oncologisch verpleegkundige verdeeld onder de aanwezigen voor aanvang van het MOC. De participanten van het MOC die bij aanvang van het MOC nog geen lijst met patiënten bezitten, krijgen de

meest recente lijst. Wanneer er meer patiëntenlijsten afgeprint zijn dan nodig, krijgen ook studenten/stagiairs een lijst zodat zij gemakkelijker kunnen meevolgen met de bespreking.

Wanneer het MOC niet kan aanvangen omdat niet alle participanten aanwezig zijn, wordt vaak in onderling overleg beslist om eerst een aantal patiënten te bespreken waarvan de vereiste disciplines hoofdzakelijk aanwezig zijn. Dit komt vaak voor bij de bespreking van de pediatrie patiënten. Het starten van het MOC gebeurt dan door de pediater-oncoloog of door de medisch oncoloog.

De structuur voor de bespreking van de patiënten is als volgt opgesteld. De pediatrie patiënten worden eerst besproken aangezien de pediater-oncoloog enkel voor deze casussen aanwezig moet zijn. Daarna volgen de patiënten waarvoor pathologische informatie vereist is (APD) gevolgd door de nieuwe patiënten en als laatste de opvolgingscasussen.

De patiënt wordt voorgesteld door de arts die de patiënt ontmoet heeft. Patiënten die extern doorverwezen worden, worden doorgaans voorgesteld door de voorzitter.

De duur van de besprekingen per patiënt duurt gemiddeld vijf minuten. De gemiddelde duur per bespreking werd voor elke observatie uitgerekend en bedraagt respectievelijk vier minuten en 36 seconden, vier minuten en 54 seconden, vijf minuten en 48 seconden en vier minuten en 31 seconden. Voor patiënten die langer besproken worden, loopt de duur van de bespreking op tot 21 minuten. Het aantal te bespreken patiënten varieert in de geobserveerde MOC's tussen 20 en 42. Er wordt voor elke patiënt voldoende tijd genomen om de casus te bespreken. Daarnaast werd ook geobserveerd dat casussen die besproken worden omwille van het opvolgen van de patiënt minder lang besproken worden dan patiënten die voor het eerst besproken worden.

Tijdens het MOC gaan zowel werk- als persoonlijke telefoons regelmatig af. Aangezien dit regelmatig gebeurt en bepaalde telefoons enorm luid rinkelen, wordt dit als zeer storend ervaren. Regelmatig verlaten participanten de ruimte om op de gang te telefoneren. Het is storend wanneer mensen het lokaal regelmatig binnen- en

buitenlopen. De telefoon wordt ook vaak opgenomen tijdens het overleg. Het is opvallend dat bepaalde personen hun telefoon snel en heel stil afhandelen. Hun telefoon rinkelt ook stil. Andere participanten krijgen veel vaker telefoon met een luide ringtone en kunnen de telefoon niet snel afhandelen. Het gebruik van telefoons wordt als bijzonder storend ervaren. Het regelmatig verstoren van het overleg op deze manier zorgt voor een minder efficiënte werking. Het blijkt een ziekenhuisbreed probleem te zijn dat het gebruik van telefoons getolereerd wordt. Bovenstaande bevindingen worden bevestigd door alle observaties en in alle interviews. Onderstaande quotes benadrukken deze resultaten:

***“Zijn er elementen die u storend vindt tijdens het MOC?”***

*Ik vind het feit en dat is voor gelijk welk overleg dat in dit ziekenhuis doorgaat, het constant telefoongerinkel uitermate storend. Dat iedereen zo bereikbaar moet zijn, dat vat ik niet. Iedereen moet dat maar op stil zetten of een back-up hebben op het moment dat ze op de MOC zitten.”*

*“Dat is hier voor alle vergaderingen in het ziekenhuis hé. Ik word er onnozel van. Ik peis van ‘man, man, man’. Je kunt toch wel een keer wachten met iets en een antwoordapparaat opzetten gewoon: ‘ik ben van dan tot dan in gesprek’.”*

*“En die telefoons, daar krijg ik het helemaal van. Smijt dat buiten. Of er zijn er die terwijl ze daar zitten, beginnen telefoontjes te doen. Dan denk ik ‘ga dan naar buiten. Ga dan naar buiten’.”*

*“We zijn daar bijna aan vast gegroeid, aan die ‘dect’ (telefoon). Nee, dat is zeker niet slecht. Iedereen zet zijn ‘dect’ af. Ja. Zet dat maar in uw rapport.”*

Daarnaast vinden twee van de geïnterviewde personen het storend als de studenten/stagiairs die het overleg bijwonen, ongeïnteresseerd observeren en bezig zijn met hun persoonlijke telefoon.

De conclusie en aanbevelingen worden tijdens het MOC in het EPD getypt door de voorzitter op de eigen computer. Er wordt geen standaarddocument gebruikt. Zowel interviews als observaties bevestigen dit. De medisch oncoloog neemt de conclusie van de voorzitter over, breidt dit uit en parafraseert de tekst zodat de lees- en

begrijpbaarheid verhoogt. Deze informatie wordt gebruikt voor het informeren van de huisarts na afloop van het MOC.

#### *5.1.3.4 Coördinatie van zorg en nazorg*

Daar dit een enorm gespecialiseerd MOC is, is het mogelijk dat er enkel advies verleend wordt zonder bijkomende behandeling. De patiënt kan ook behandeld of opgevolgd worden in het UZ Gent of een ander ziekenhuis. De patiënt wordt verder opgevolgd bij de behandelend arts en ook de huisarts staat in voor de coördinatie en opvolging van de patiënt. De huisarts wordt op de hoogte gehouden en krijgt na elke MOC-bespreking een brief met wat besproken werd over de patiënt. Documentatiestudie (brieven naar de huisarts), observaties en interviews bevestigen dit.

#### *5.1.4 Patiënt-georiënteerde besluitvorming*

##### *5.1.4.1 Wie wordt besproken in een Multidisciplinair Oncologisch Consult?*

Alle patiënten die mogelijks een maligne gezwell/tumor hebben, worden besproken in dit MOC. Vooral uit de interviews maar ook uit de observaties komt naar voor dat dit MDT geen potentieel kwaadaardige kankers wil mislopen. Twee van de geïnterviewde personen geven aan dat dit eigenlijk niet nodig is. De twee andere interviewees halen aan dat er geen risico genomen wordt en er liever te veel patiënten besproken worden dan patiënten te missen. Echter zorgt deze ingesteldheid voor een enorm lange lijst van patiënten die besproken worden op het MOC. Zowel uit de observaties als uit alle interviews komt duidelijk naar voor dat de omvang van dit MOC enkel groeit en ondertussen eigenlijk te groot is. Na de eerste observatie haalde de voorzitter van dit MOC zelf aan dat een tweede MOC of het splitsen van de MOC een mogelijke oplossing kan zijn voor de steeds groeiende omvang van het MOC.

##### *5.1.4.2 Patiënt-georiënteerde zorg en het besluitvormingsproces*

De beste persoon om de belangen en wensen van de patiënt te vertegenwoordigen is de behandelend arts. Er wordt rekening gehouden met de wensen, voorkeuren en

behoefden van de patiënt. Als daarover geen informatie beschikbaar is, wordt een advies geformuleerd en wordt duidelijk vermeld tijdens het MOC wie dat zal bespreken met de patiënt. De behandelend arts brengt de patiënt op de hoogte tijdens een consultatie. De patiënt staat centraal en heeft het laatste woord. In dit MOC wordt daar zeker rekening mee gehouden. Interviews bevestigen ook dat de patiënt de arts of oncologisch verpleegkundige altijd mag contacteren bij onduidelijkheden of met vragen.

Wanneer belangrijke informatie ontbreekt, wordt dat vermeld in het EPD en wordt die informatie opgevraagd. Interviews en observaties bevestigen ook dat de psychosociale informatie en het demografische profiel voldoende aangehaald worden tijdens de bespreking.

Het advies van het MOC is gebaseerd op de expertise van de aanwezige disciplines, wetenschappelijk onderzoek en richtlijnen of protocollen die behoren tot het beleid van het ziekenhuis. Ook behandelingen die niet door de aanwezige disciplines of binnen het UZ Gent kunnen uitgevoerd worden, worden eveneens overwogen. De aanbeveling die voorgesteld wordt, is de best mogelijke behandeling voor de patiënt. De hoofdreden voor het niet opvolgen van dat advies is de patiënt die weigert. Daarnaast kan de arts die het advies van het MOC vraagt ook beslissen om dat niet op te volgen. Alle interviews en observaties bevestigen dit.

Het rekruteren van patiënten voor klinische proeven werd zelden geobserveerd. De pediater-oncoloog stelde dit voor bij één van de patiënten. Het MDT stemde daarmee in. Hoewel het MDT ontvankelijk is voor dergelijke voorstellen, wordt die niet vaak aangehaald.

#### *5.1.5 Beleid en evaluatie*

Vooraf uit de interviews komt naar voor dat er een gebrek is aan tijd en middelen. Er is nood aan een extra staf lid die zowel de voorbereiding van het MOC als het werk nadien kan ondersteunen. Dit werd reeds aangevraagd, maar tot op heden werd die functie niet ingevuld.



De gegevens die geregistreerd worden door de medewerker van de kankerregistratie worden in een nationale database geplaatst. Deze data worden gebruikt voor onderzoek naar de volksgezondheid. De kanker-incidentie en -prevalentie in België kan zo in kaart gebracht worden. Dit epidemiologisch onderzoek zorgt ook voor de mogelijkheid om te vergelijken met andere landen in Europa en internationaal. Daarnaast wordt in één interview aangegeven dat er in dit MOC een jaarlijkse terugkoppeling is naar het MOC van de geregistreerde gegevens door de kankerregistratie. Een jaarlijkse audit of evaluatie van de werking van dit MOC gebeurt niet.

Kennis wordt tussen MDT's gedeeld via de online eHealthplatformen. Echter wordt ook aangegeven dat het delen van gegevens niet met/tussen iedere zorginstelling vlot verloopt. De wedijver tussen Universitair Ziekenhuis Leuven (UZ Leuven) en UZ Gent wordt hierbij als voorbeeld gegeven. Niet alle ziekenhuizen zijn aangesloten bij CoZo waardoor zorgverleners van UZ Gent bijvoorbeeld niet aan de gegevens van die ziekenhuizen kunnen. Daarnaast wordt aangegeven dat het delen van kennis of informatie binnen het UZ Gent en tussen de MOC's onderling vlotter mag verlopen. Ook de samenwerking met andere disciplines die niet tot het MOC bot- en wekedelentumoren behoren, verloopt niet altijd even vlot. Het volgen van het protocol wordt in meerdere interviews aangebracht als een belangrijk punt van samenwerking.

Een andere interviewee haalt aan dat het uitvoeren van een survey bij de adviesvragers een interessante evaluatie zou kunnen zijn voor dit MOC. Momenteel bestaat de mogelijkheid om als verwijzend arts het MOC te contacteren. Dit contact betreft het louter informeren omtrent het verkregen advies en betekent geen actieve bevraging of evaluatie. Via een brief in CoZo kan een terugkoppeling gebeuren omtrent de tijdsduur tussen het aanvragen en verkrijgen van het MOC-advies en duidelijkheid over de voorgestelde behandeling.

Aan de wettelijke voorwaarden zoals beschreven in de inleiding van deze masterproef wordt in dit MOC voldaan. Dit wordt eveneens bevestigd door de medewerker van de kankerregistratie. Het multidisciplinair bespreken van oncologische patiënten zorgt daarenboven ook voor financiering voor het MOC.

## 5.2 Endocrinologie

### 5.2.1 Het multidisciplinair team

#### 5.2.1.1 Leden van het multidisciplinair team

Uit de observaties komen volgende kernleden van dit MOC naar voor: endocrinologen, (hoofd-hals) chirurgen, radiotherapeut, medewerker van de kankerregistratie en GSO's. De disciplines van de assistenten bestaan uit nucleaire geneeskunde en endocrinologie. Niet-kernleden van dit MOC zijn een klinisch bioloog en studenten/stagiairs die wekelijks het MOC bijwonen. Het is mogelijk dat ook verpleegkundig consulenten, diëtisten, psychologen en externe artsen/specialisten of de huisarts het overleg bijwonen. Studenten/stagiairs nemen niet (actief) deel aan het MOC.

De endocrinologen, die gespecialiseerd zijn in verschillende vakgebieden, geven op basis van kennis en expertise advies omtrent de waarden in de labo-resultaten en beschikbare anamnese/informatie betreffende schildklier-pathologie. Chirurgen verlenen advies omtrent de chirurgische mogelijkheden. De taken van de radiotherapeut, de medewerker van de kankerregistratie en de GSO's worden bij de resultaten van het MOC bot- en wekedelentumoren uitgelegd. De klinisch bioloog geeft informatie bij de resultaten van het laboratorium en informatie over de beeldvorming wordt verleend door de GSO van nucleaire geneeskunde. De taak van de voorzitter wordt verder beschreven.

Het verschil tussen de MOC-coördinator en de coördinator van de tumorwerkgroep werd eerder uitgelegd bij de resultaten van tumorgroep bot- en wekedelentumoren. Het voorzitterschap wordt opgenomen door één van de twee kliniekhouders die beiden ook endocrinoloog zijn. Het kliniekhouders die deze functie meestal opneemt, is ook de tumorwerkgroepcoördinator. De MOC-coördinator van dit MOC is zoals bij het MOC bot- en wekedelentumoren een medisch oncoloog, maar hier neemt de MOC-coördinator niet deel aan het MOC.

### 5.2.1.2 Aanwezigheid

Ook in dit MOC wordt een aanwezigheidslijst van de kankerregistratie getekend door de participanten. De bedoeling van deze lijst wordt eerder beschreven in de resultaten van het MOC bot- en wekedelentumoren en is eveneens van toepassing voor dit MOC.

Bevindingen uit het MDT-OARS bevestigen dat de kernleden doorgaans aanwezig zijn op het MOC. De samenstelling van de participanten van het MOC varieert van week tot week. De resultaten van het MDT-OARS bevestigen dat de geobserveerde MOC's respectievelijk 12, 13, 14, negen, 13 en 14 participanten bevatten. Uit zowel de observaties als de interviews bleek dat niet alle disciplines op tijd aanwezig zijn. Vaak zijn dezelfde personen te laat omwille van bijvoorbeeld consultaties die voor het MOC plaatsvinden. Het op tijd aanwezig zijn en op tijd starten met het MOC wordt belangrijk bevonden door de MDT-leden en geïnterviewde personen:

***“Wat draagt volgens u bij aan een efficiënt MOC?”***

*Iedereen op tijd zodat je op tijd kan beginnen. Dat is het allerbelangrijkste. Meestal is dat niet het geval. Ze druppen een beetje te laat binnen. Dus dat zou wat meer discipline mogen hebben.”*

Wanneer de behandelend arts of arts waarvan de inbreng verwacht wordt niet aanwezig kan zijn, zorgt de assistent van die discipline voor de nodige inbreng en/of voorstelling van de casus.

Uit de observaties en interviews blijkt dat kerndisciplines de voorzitter op voorhand op de hoogte brengen van hun afwezigheid. Bij afwezigheid van de gebruikelijke voorzitter, wordt onderling afgesproken wie het MOC zal leiden. Daarnaast komt uit de observaties en interviews ook naar voor dat tijdens geen enkele observatie een huisarts aanwezig was. Huisartsen zijn zelden aanwezig op dit MOC.

### 5.2.1.3 Voorzitterschap

Het voorzitterschap wordt meestal opgenomen door de tumorwerkgroepcoördinator. De interviews bevestigen de bevindingen uit de observaties. De voorzitter bezit heel wat expertise en heeft kennis van zaken. Hij heeft gezag en wordt erkend door de

andere teamleden als de voorzitter. Daarnaast moet de voorzitter bewaken dat elke participant voldoende aan bod komt. Dit gebeurt door het gericht vragen stellen aan de participanten waarvan inbreng wordt verwacht. Verder bewaakt de voorzitter de tijd en wordt er voor gezorgd dat er niet onnodig uitgeweid wordt. Zowel de voorzitter als de plaatsvervangers hebben voldoende gezag om mensen beleefd en correct kunnen terecht wijzen als er wel wordt uitgeweken. Het goed voorbereiden van het MOC door alle participanten is eveneens een belangrijke component voor efficiënt overleg. De voorzitter zorgt er in de meeste gevallen voor dat dit correct gebeurt. Aansluitend op de observaties wordt in één interview bevestigd dat hier toch iets strenger op mag gereageerd worden wanneer dit niet in orde is. Volgende quote geeft dit aan:

*“Misschien ben ik niet streng genoeg voor de voorbereiding van de dossiers. De laatste patiënt had geen nieuw aangemeld MOC-observatieblad. Dat is eigenlijk niet conform de afspraken. Eigenlijk zou ik moeten zeggen: ‘Sorry, maar dit gaan we pas volgende week kunnen bespreken.’ Maar goed. Nee, naar mezelf toe denk ik misschien wat minder spreken? Ja zeker dat misschien.”*

De tumorwerkgroepcoördinator van dit MOC beschikt over veel vaardigheden die een efficiënt verloop van het MOC ondersteunen. Echter neemt hij soms de bovenhand en laat hij mensen niet altijd uitpraten. Daarnaast wordt er te weinig gesproken op participanten die tijdens de patiëntenbespreking onderling praten. Bovenstaande resultaten komen uit de observaties en één interview.

Er wordt slechts één keer gevraagd aan bepaalde leden van het MOC om te stoppen met praten terwijl andere participanten nog bezig zijn met de patiëntenbespreking. Dit werd niet gedaan door de voorzitter van het MOC, maar door de persoon die op dat moment de functie van voorzitter van de vergadering waarneemt.

Het besluit na de bespreking wordt bij elke casus duidelijk geformuleerd door de voorzitter. De voorzitter rondt het MOC duidelijk af en bedankt de medewerker van de kankerregistratie voor het bijwonen van het MOC. Aansluitend op het MOC vindt de stafvergadering plaats.

De twee participanten die het voorzitterschap waarnemen wanneer de tumorwerkgroepcoördinator afwezig is, bezitten eveneens bovenstaand beschreven

capaciteiten en leiden het overleg even goed. Zowel observaties, interviews als de resultaten uit het MDT-MODE bevestigen dit.

#### 5.2.1.4 Teamwerk en cultuur

De taken van de participanten zijn duidelijk. De voorzitter praat veel, stimuleert participanten, in het bijzonder GSO's die de patiënt voorstellen of het advies uittypen in het EPD, om hun bijdrage te leveren, kritisch na te denken en hun mening/advies te onderbouwen. De voorzitter is gedreven waardoor er soms minder kans is voor de participanten, in het bijzonder (opnieuw) de GSO's, om hun inbreng te leveren. Participanten, met name artsen, die reeds enige ervaring hebben, nemen sneller het woord of het initiatief om hun bijdrage te leveren.

Zowel uit de observaties als uit de interviews komt naar voor dat er over het algemeen respect en vertrouwen is voor de andere teamleden. Af en toe is er verschil in hiërarchie merkbaar tussen de artsen en GSO's. Participanten, zowel artsen als GSO's, hebben de kans om uitleg te vragen bij onduidelijkheid. Het samenwerken is afhankelijk van de persoonlijkheid van de deelnemers. De sfeer in dit MOC wordt omschreven als zakelijk en professioneel. Daarnaast wordt aangegeven dat het elementair beleefd is om te luisteren naar een ander en te zwijgen wanneer iemand anders aan het woord is. Zowel observaties als interviews onderschrijven dat dit door bepaalde participanten onvoldoende gebeurt.

*“Het is belangrijk dat die mensen (van verschillende disciplines) elkaars waarde erkennen. Dat de een niet zegt, ik ben radiotherapeut: die patiënt is van mij, ik behandel die patiënt. Er moet niet gevochten worden om het meeste patiënten.”*

#### 5.2.1.5 Persoonlijke ontwikkeling en opleiding

Er worden medische vormingen voorzien door het UZ Gent. Geïnteresseerden kunnen daar aan deelnemen. Opleidingen die een meerwaarde betekenen voor het uitoefenen van de eigen functie worden als nuttig ervaren.

Ook inhoudelijke vormingen omtrent de pathologie en behandelvormen zijn gewenst en kunnen een meerwaarde betekenen. Meer technische vormingen zoals het werken met de programma's voor radiologische beeldvorming worden aanbevolen door de interviews. Verder wordt aangegeven dat er onvoldoende tijd is of tijd gemaakt wordt om een vorming te volgen.

Het multidisciplinair samenwerken wordt gezien als een enorm voordeel. Uit de observaties en één interview komt naar voor dat het voor de GSO's een verrijkend leermoment is om aan dit MOC deel te nemen. Naast de aanwezige expertise worden de GSO's ook getraind in het bondig formuleren van advies, het bondig en volledig voorstellen van een patiënt en het duidelijk beargumenteren van het eigen advies. Het delen van de expertise is ook voor alle aanwezigen, participanten en observators, een enorm verrijkend gebeuren. Het delen van kennis/expertise en het leren van andere disciplines wordt als verrijkend ervaren:

***“Welke voordelen of nadelen associeert u met het MOC, het MDT samenwerken?”***

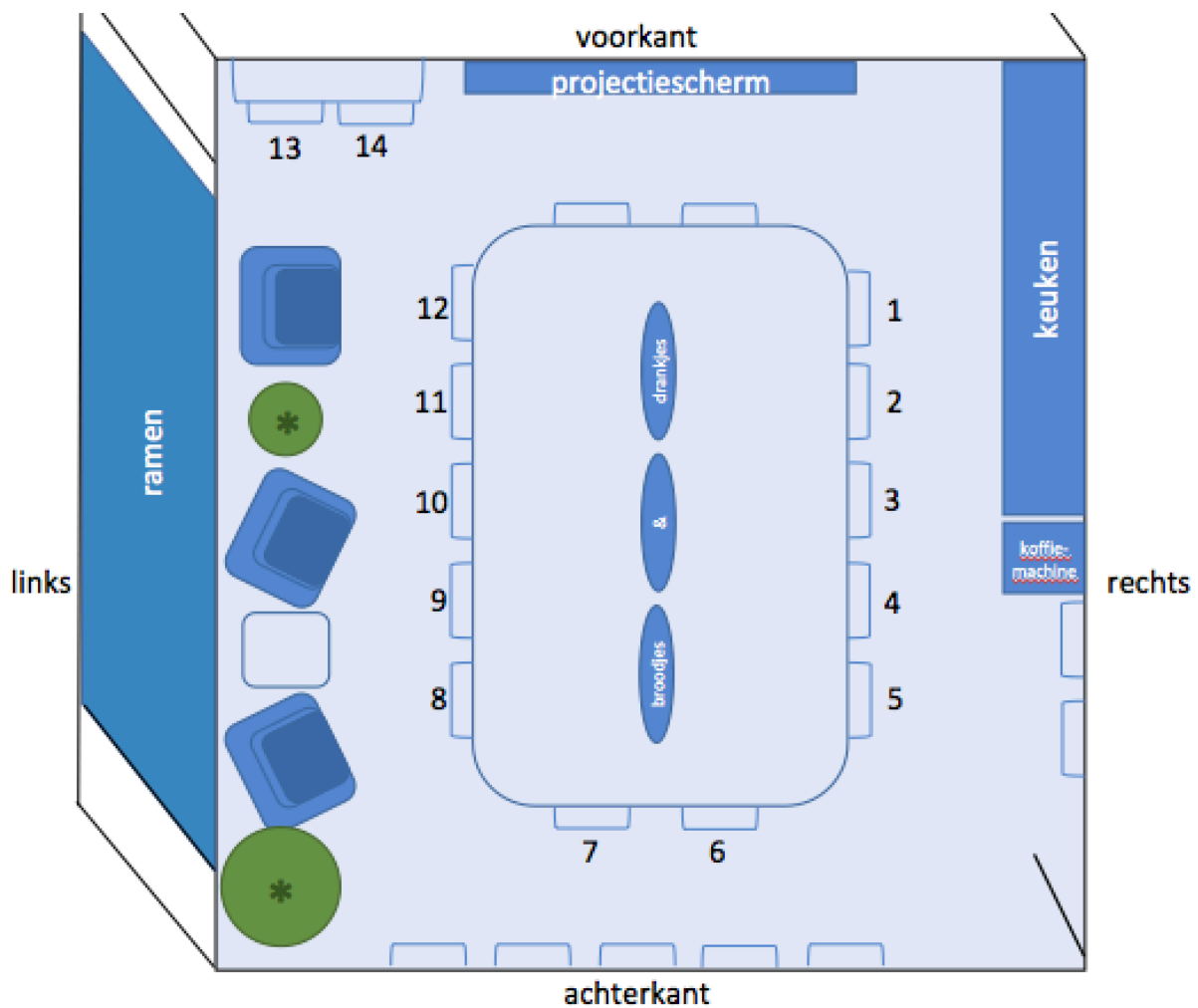
*Ik denk dat er alleen maar voordelen zijn. Zowel voor de patiënt als voor de deelnemers als de MOC tenminste efficiënt verloopt. Mensen, ook dokters evengoed hoe gespecialiseerd ze ook zijn, zijn gespecialiseerd in hun terrein/vakgebied. Het is enorm nuttig dat ze dan van elkaar kunnen leren. Ook naar de patiënt toe kan er enkel maar een voordeel zijn dat er zoveel mogelijk mensen meedenken wat nu de beste behandeling is.”*

## 5.2.2 Infrastructuur

### 5.2.2.1 Fysieke omgeving van het Multidisciplinair Oncologisch Consult

Het MOC endocrinologie vindt plaats op de dienst endocrinologie op de negende verdieping van het gebouw K12 op de campus van het UZ Gent. De kleine ruimte die dienst doet als overleglokaal bevindt zich aan het begin van één van de twee gangen op die dienst, op een plaats waar normaal gezien geen patiënten passeren. De ruimte waar het overleg plaatsvindt wordt beschreven aan de hand van onderstaand grondplan (Figuur 6). Dit grondplan werd opgesteld op basis van de bevindingen uit het MDT-OARS.

Uit het MDT-OARS en de observaties komt eveneens naar voor dat de participanten elke MOC ongeveer op dezelfde plaats zitten, maar niet iedereen een specifieke vast plaats heeft. Aangezien de samenstelling van de participanten varieert, variëren ook de plaatsen aan de tafel.



Figuur 6: Grondplan overleglokaal MOC endocrinologie

Door de natuurlijke lichtinval heeft het lokaal meestal geen behoefte aan kunstmatig licht. Blindering van de ramen is mogelijk. Er is geen geluid afkomstig van buitenaf en de bespreking die in het overleglokaal plaatsvindt is niet hoorbaar buiten het overleglokaal/op de gang. Het lokaal is dus goed geïsoleerd. Doordat de dienst endocrinologie zich op de negende verdieping bevindt, kan niemand binnenkijken

langs het raam aan de linkerkant van het lokaal. Zo wordt de privacy eveneens gewaarborgd.

Er is voldoende plaats voor de kernleden van het MOC om aan tafel te zitten. Studenten/stagiairs hebben meestal geen plaats rond de tafel en zitten tegen de muur. De deelnemende leden van het MOC zitten rond de tafel in een U-vorm. Aan de kant van het projectiescherm zit niemand aangezien het noodzakelijk is om de geprojecteerde beelden te kunnen zien om deel te nemen aan het MOC. In één interview wordt aangehaald dat de ruimte toch klein bevonden wordt. Figuur 7 en 8 geven een beeld van het overleglokaal.



Figuur 7: Overleglokaal MOC endocrinologie





Figuur 8: Overleglokaal MOC endocrinologie

#### 5.2.2.2 *Technologie en uitrusting*

Voor het tonen van radiologisch beeldmateriaal, inclusief bijhorend verslag, wordt gebruik gemaakt van Picture Archiving and Communications System (PACSonWEB) en ICIS View. Voor beelden die moeten opgehaald worden van een ander platform dan het EPD wordt gebruik gemaakt van PACSonWEB. Voor radiologisch beeldmateriaal dat beschikbaar is via het EPD wordt gebruik gemaakt van ICIS View. Extern beeldmateriaal kan verkregen worden via CoZo of via de website van het ziekenhuis die de patiënt voor advies of behandeling doorstuurde naar het UZ Gent (mits logingegevens of toegangscode). Tijdens de bespreking wordt het EPD geprojecteerd afgewisseld met beeldvorming of andere gegevens zoals labo-resultaten.

Uit de observaties blijkt dat de getoonde beelden scherp zijn. Indien dit niet het geval is, is dat te wijten aan de kwaliteit van de machine waarmee de beelden gemaakt zijn. De toestellen in het UZ Gent zijn van goede kwaliteit en zorgen voor goede, scherpe radiologische beeldvorming. Er kon geen vertraging van het MOC-overleg vastgesteld worden door het traag laden van radiologisch beeldmateriaal. Niet bij elke casus wordt radiologisch beeldmateriaal bestudeerd. Dit gebeurt enkel wanneer dat relevant is voor de bespreking van de casus.

Over het gebruik van videoconferentie zijn de meningen verdeeld. Eén interviewee geeft aan dat dit momenteel wordt uitgewerkt en er zeker zal komen, maar dat videoconferentie voor de huisarts niet bepaald een meerwaarde zou zijn. Videoconferentie voor personen waarbij afstand een probleem vormt of voor het consulteren van gespecialiseerde artsen is wel een enorme meerwaarde. Dat bevestigen ook de twee andere interviews.

Daarnaast wordt het gebruik van meerdere schermen in twee interviews aangehaald als mogelijke optie voor een efficiëntere manier van werken. Onderstaande quotes kunnen dit verduidelijken:

***“Projecteren op 2 schermen, dat gebeurt niet in het MOC endocrinologie.***

***Zou u dat een meerwaarde vinden moest dat er wel zijn?***

*Het zou waarschijnlijk iets rapper vooruitgaan. Om de beeldvorming aan de ene kant te tonen en aan de andere kant verder te kunnen schrijven.”*

*“Twee schermen inderdaad zodat je een beetje beter kunt werken, een voorbereiding op een brief die al geprepareerd is, die dan niet achteraf moet worden gemaakt zodanig dat je echt ziet wat er op papier komt groot geprojecteerd. Dat zou niet slecht zijn.”*

### 5.2.3 Organisatie en logistiek

Onderstaande bevindingen komen voort uit zowel de interviews als observaties. De inbreng van de verschillende disciplines wordt aangevuld met bevindingen uit het MDT-MODE.

### *5.2.3.1 Het plannen van een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Het MOC wordt niet georganiseerd door één specifiek persoon, het is een vast afspraak. Het MOC endocrinologie duurt gemiddeld een half uur. Het aanvangsuur staat gepland om 12.30 uur op donderdagmiddag. Dit MOC vindt niet wekelijks plaats. Het gebeurt dat er geen patiënten op de agenda geplaatst worden voor bespreking. Als er donderdagmiddag rond 12 uur geen patiënten op de agenda geplaatst zijn, gaat het MOC niet door. Participanten weten dit en kunnen soms pas kort voor het normale aanvangsuur weten of het MOC doorgaat of niet. Huisartsen worden standaard uitgenodigd voor het bijwonen van het MOC van hun patiënt. Echter kan met zo'n korte deadline niet verwacht worden dat de huisarts op tijd aanwezig kan zijn of dit kan inroosteren in de eigen werkplanning.

Aansluitend op het MOC vindt ook de stafvergadering plaats. Participanten die niet sowieso een inbreng hebben, zijn vaak reeds aanwezig voor het MOC en kunnen indien relevant ook een bijdrage leveren. De stafvergadering gaat wel wekelijks door. Wanneer er geen MOC is, start de stafvergadering vroeger. De medewerker van de kankerregistratie en de radiotherapeut zijn niet aanwezig bij de stafvergadering.

Het programma dat gebruikt wordt voor de planning en de lijst van de te bespreken patiënten of de agenda, noemt UltraGenda. De werking voor het aanmelden van patiënten verloopt zoals in het MOC bot- en wekedelentumoren en werd eerder reeds beschreven in de rubriek omtrent het plannen van een MOC.

### *5.2.3.2 Voorbereiding van een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

Zowel observaties als interviews bevestigen dat de teamleden over het algemeen goed voorbereid zijn en weten wat belangrijk is om aan te halen wanneer zij inbreng leveren tijdens het bespreken van de patiënt. Het MOC-blad dat nodig is om de patiënt te kunnen bespreken, is echter niet altijd goed voorbereid wat de efficiëntie van het MOC kan belemmeren. In één interview wordt aangegeven dat het afdwingbaar maken van de voorbereiding de efficiëntie van het MOC zou kunnen verhogen.

Niet iedere geïnterviewde geeft aan over voldoende tijd te beschikken om het MOC voor te bereiden. Uit de observaties blijkt wel dat de participanten goed voorbereid zijn en zij kennis genomen hebben van de te bespreken casussen. In de interviews wordt eveneens aangegeven dat het kleine aantal patiënten dat besproken wordt in dit MOC mede aan de oorzaak ligt waarom er voldoende tijd is om deze casussen voor te bereiden. Het MOC wordt door de interviewees niet aanzien als een verzwaring van de workload. Het MOC-gebeuren gaat samen met het verlenen van kwaliteitsvolle oncologische zorg.

### *5.2.3.3 Organisatie en administratie tijdens een Multidisciplinair Oncologisch Consult*

De geïnterviewde personen konden bevestigen dat de MOC's die geobserveerd werden een realistische weergave zijn van hoe het er doorgaans aan toe gaat tijdens dit MOC. De resultaten uit het MDT-MODE bevestigen dat de participanten een constructieve inbreng verlenen aan het overleg.

De duur van de besprekingen per patiënt duurt gemiddeld zes minuten 42 seconden. De gemiddelde duur per bespreking/discussie werd voor elke observatie uitgerekend en bedraagt respectievelijk acht minuten, zeven minuten en 15 seconden, vijf minuten en 48 seconden, zes minuten en 12 seconden, zeven minuten en 17 seconden en vijf minuten en 45 seconden. De duur van de bespreking van de verschillende patiënten loopt relatief gelijk. Het aantal te bespreken patiënten varieert in de geobserveerde MOC's tussen vier en zes te bespreken patiënten. Er wordt voor elke patiënt voldoende tijd genomen om de casus te bespreken. De agenda (lijst met de te bespreken patiënten) wordt voor en tussen elke patiëntenbespreking geprojecteerd. Alle aanwezigen kunnen zo meevolgen welke patiënt besproken wordt. Er wordt geen specifieke volgorde gehanteerd om de patiënten te bespreken. Door het lage aantal patiënten wordt dit niet als storend ervaren.

Na afloop van een patiëntenbespreking wordt het advies in het EPD getypt. Meestal gebeurt dit door een GSO's, maar begeleidt de voorzitter indien nodig. Het gebeurt dat de voorzitter het advies zelf in het EPD typt op de eigen computer. Bij het registreren van het advies door GSO's op de vaste computer vooraan het lokaal, is dit voor alle aanwezigen zichtbaar op de projectie.

Tijdens het MOC gaan zowel werk- als persoonlijke telefoons regelmatig af. Dit wordt als storend ervaren en wordt bevestigd door observaties en interviews. Meestal wordt de telefoon opgenomen tijdens de vergadering. Af en toe verlaat de persoon die telefoon krijgt, het overleg. Dit gebeurt vaak wanneer het gesprek niet snel kan afgehandeld worden.

#### *5.2.3.4 Coördinatie van zorg en nazorg*

De interviews bevestigen dat de huisarts een belangrijke rol speelt in coördinatie van de zorg voor en na de behandeling. De huisartsen van de besproken patiënten worden op de hoogte gebracht van de MOC-bespreking en bijhorende conclusie. Dit gebeurt door het secretariaat van de kankerregistratie na afloop van het MOC.

Meestal wordt duidelijk vermeld wie de overeengekomen afspraken, acties zal ondernemen en wie de patiënt zal inlichten tijdens een consultatie. Ook wanneer de GSO's de resulterende acties doorgeven aan de behandelende artsen wordt dit duidelijk vermeld.

#### *5.2.4 Patiënt-georiënteerde besluitvorming*

##### *5.2.4.1 Wie wordt besproken in een Multidisciplinair Oncologisch Consult?*

Daar het MOC niet samenvalt met de stafvergadering, zijn de besproken patiënten meestal oncologische patiënten. Eventueel worden ook patiënten besproken, al dan niet op de agenda, die mogelijks oncologisch zijn. Een groot deel van de patiënten wordt doorverwezen door externe artsen. Ook dit is een sterk gespecialiseerd MOC met veel expertise waardoor zelfs buitenlandse patiënten op dit MOC besproken worden. Deze resultaten zijn afkomstig uit de observaties.

##### *5.2.4.2 Patiënt-georiënteerde zorg en het besluitvormingsproces*

Het rekruteren van patiënten voor klinische proeven/studies kon niet worden geobserveerd. Uit één interview komt naar voor dat dit wel interessant zou kunnen zijn mocht dat meer aan bod komen.

Uit zowel de observaties als interviews en de resultaten van het MDT-MODE komt naar voor dat de psychosociale context, de voorgeschiedenis van de patiënt en de demografische kenmerken voldoende aangehaald worden. Deze aspecten worden in rekening gebracht en besproken. Interviews en observaties bevestigen eveneens dat de behandelend arts de beste persoon is om de wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt te vertegenwoordigen. Deze zaken worden voldoende in acht genomen.

Daarnaast wordt het gebruik van richtlijnen, protocollen en wetenschappelijke literatuur regelmatig aangehaald. Observaties en interviews bevestigen dit. Onderstaande quotes onderschrijven dit:

*“Maar toch met een grote verantwoordelijkheidszin moet ik ook zeggen. Er wordt niet uit de nek gekletst, er wordt niet zomaar iets geprobeerd dat niet op evidence gebaseerd is. Alles wordt toch wel goed uitgevlooid en opgezocht. Dus het eindresultaat voor de patiënt lijkt mij zeer wel overwogen.”*

*“Er moet objectief beoordeeld worden. Er zijn officiële guidelines. Niet iedere dokter kan zomaar zijn goesting doen. Dat wordt echt wel gerespecteerd. Ze moeten ook wel de regels volgen.”*

De hoofdreden voor het niet implementeren van het advies van het MOC is als de patiënt dit weigert. Daarnaast kan de verwijzend arts of de arts die de patiënt behandelt ook beslissen om dat niet op te volgen. Alle interviews en observaties bevestigen dit.

### 5.2.5 *Beleid en evaluatie*

Uit één van de interviews wordt aangegeven dat artsen overbevraagd zijn en een extra stafflid voor het inhoudelijk coördineren van de MOC-werking wenselijk is. Specifiek wordt geopteerd voor een oncologisch verpleegkundige. Helaas bespreekt het MOC endocrinologie niet genoeg patiënten om daarvoor middelen te verkrijgen. Een andere interviewee haalt aan dat het beleid in dit MOC goed uitgewerkt is: *“Goed qua beleid wat uiteindelijk wel het belangrijkste is, want daar gaat het om.”*

Aan de wettelijke voorwaarden zoals beschreven in de inleiding van deze masterproef wordt ook in dit MOC voldaan. Dit wordt eveneens bevestigd door de medewerker van

de kankerregistratie. Het multidisciplinair bespreken van oncologische patiënten zorgt tevens voor financiering voor het MOC. In dit MOC worden de geregistreerde gegevens eveneens in een nationale database geplaatst.

Uit de interviews komt ook naar voor dat het evalueren van het MOC inzake het consistent verlenen van advies en het samenwerken tussen verschillende disciplines een meerwaarde zou kunnen betekenen. Het opvolgen van het verleende advies wordt eveneens aangegeven als mogelijk evaluatiecriterium voor de efficiëntie van het MOC. Vorig jaar werd door dit MOC een oncologisch handboek opgesteld dat tevens beschikbaar is op de website van het UZ Gent. Er wordt geen jaarlijkse audit of evaluatie van de werking van het MOC verricht.

## 6 Discussie

Dit onderzoek stelt het in kaart brengen van de huidige MOC-werking bij twee tumorgroepen in het UZ Gent voorop. Onderstaand wordt de literatuur vergeleken met de resultaten uit het onderzoek. Aansluitend worden aanbevelingen geformuleerd om de huidige werking te kunnen verbeteren. Onderstaand advies vormt een basis voor het aanpassen van het beleid, de ondersteunende maatregelen, het personeel en de financiering van de besproken MOC's.

Door het gebruik van verschillende bestaande, gevalideerde observatie-instrumenten en het baseren op en terugkoppelen naar het rapport van het NCAT genaamd *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (2010) waar verschillende wetenschappelijke bronnen en andere evaluatie-instrumenten op gebaseerd zijn, verhoogt de interne validiteit van dit onderzoek. De kwaliteitscriteria voor de karakteristieken van effectieve MDT-werking die beschreven staan in de studie van Taylor et al. (2012b) en de richtlijn voor efficiënte MOC-werking zoals opgesteld door Ottevanger et al. (2013) komen overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Dit verhoogt de constructvaliditeit, meerbepaald de convergente validiteit. De externe validiteit wordt besproken bij het onderdeel limitaties.

### 6.1 Algemene discussiepunten

De belemmerende factoren voor een efficiënt overleg die aangehaald worden in de literatuurstudie komen ook uit het onderzoek naar voor.

De functie van oncocoach, zoals aangehaald in de literatuurstudie (Vrijens et al., 2015), wordt in het MOC bot- en wekedelentumoren hoofdzakelijk ingevuld door de oncologisch verpleegkundigen. In het MDT van endocrinologie is geen oncologisch verpleegkundige beschikbaar, maar is dit wel gewenst. De functie van datamanager wordt in geen van beide MOC's door één specifiek persoon ingevuld. In beide MOC's wordt verondersteld dat elke participant het MOC voorbereid. De administratieve ondersteuning wordt in het MOC bot- en wekedelentumoren gedeeltelijk uitgevoerd door de oncologisch verpleegkundigen. De studie van Vrijens et al. (2015) haalt aan dat bovenstaand takenpakket vaak uitgevoerd wordt door oncologisch



verpleegkundigen. Dit is te wijten aan de onduidelijke functieprofielen. De werklast en tijdsdruk verhogen zowel voor de oncologisch verpleegkundigen van het MOC bot- en wekedelentumoren als voor de participanten van het MOC endocrinologie, daar deze laatste geen administratieve en organisatorische ondersteuning genieten. Dit zorgt voor minder efficiënte werking (Vrijens et al., 2015).

In het rapport van Vrijens et al. (2015) wordt ook aangegeven dat het duidelijk definiëren van de functieprofielen voor de ondersteunende rollen in kankerzorg belangrijk zijn. Aanvullend is de financiering niet aangepast aan de huidige werking. Voor het MOC endocrinologie dat geen ondersteuning van een oncologisch verpleegkundige geniet, kan het in kaart brengen van de nodige ondersteuning een belangrijk element zijn om de financiering te evalueren en aan te passen.

De plaats van de voorzitter is belangrijk. Een centrale plaats aan de tafel waar de voorzitter alles kan zien en horen, zorgt er eveneens voor dat het overleg gemakkelijker kan worden gemodereerd. De voorzitters van beide MOC's zitten op een uitstekende plaats om alles te zien, te horen en een overzicht te hebben over alles.

In beide tumorgroepen stimuleert de voorzitter de andere participanten actief om deel te nemen aan de patiëntenbespreking. Daarnaast bezitten beide voorzitters evenals de waarnemend voorzitters de capaciteiten om efficiënt overleg te faciliteren. In de resultaten wordt aangehaald dat in beide tumorgroepen voldoende respect aanwezig is en dat men elkaars waarde erkent. Dergelijke elementen zijn bevorderend voor efficiënt overleg (El Saghir et al., 2014; Fleissig et al., 2006, Hahlweg et al., 2017; Lamb et al., 2011a-2011b; Vrijens et al., 2015). Daarentegen wordt in beide tumorgroepen onderling gepraat tussen participanten wat als storend wordt ervaren.

Veel organisaties zijn nog steeds onvoldoende aangepast aan organisatorische problemen. Ook in de studies van Vrijens et al. (2015) en Ottevanger et al. (2013) wordt telegeneeskunde als mogelijke oplossing aangehaald. Elf jaar geleden haalden Fleissig et al. (2006) reeds aan dat telegeneeskunde, technologische toepassingen een oplossing kunnen bieden om organisatorische problemen aan te pakken. Huisartsen bemerken dat zij bij het gebruik van videoconferenties het persoonlijk contact met de leden van het MOC zouden verliezen, maar bevestigen dat dit een

oplossing kan zijn voor de organisatorische problemen (Pype et al., 2017; Vrijens et al., 2015). Potentieel nadeel is de verlening van het MOC.

Zoals voorgesteld werd in de resultaten zou het gebruik van meerdere schermen voor beide tumorgroepen een voordeel kunnen zijn. Echter is het gebruik van twee schermen niet door iedereen gewenst. Echter toont de literatuur aan dat projectie op meerdere schermen het efficiënt verloop van een MOC bevorderen (Kane et al., 2013). Door het gebruik van twee schermen kan het dossier van de patiënt getoond worden naast de medische beeldvorming. Een derde scherm kan dienen voor videoconferentie of het projecteren van extra data. Het registreren van het MOC-advies in het EPD kan op hetzelfde moment gevalideerd worden evenals indien nodig aangepast worden aangezien iedereen in het lokaal kan meevolgen op het scherm. (Kane et al., 2013). Dit zorgt er tevens voor dat iedereen aandachtig is en gefocust blijft op de patiëntenbespreking.

Het gebruik van vMDT's wordt niet toegepast in de huidige MOC-werking van beide onderzochte tumorgroepen. Uit deze studie blijkt dus dat veel van de voorgestelde oplossingen nog steeds niet geïmplementeerd zijn. De lage participatiegraad van de huisarts wordt eveneens bevestigd in alle interviews en observaties van beide tumorgroepen. De huisarts staat vooral in voor de coördinator van de zorg voor en na de behandeling. Nochtans werd drie jaar geleden reeds aangehaald dat het implementeren van videoconferentie de participatie van de huisartsen en eventueel ook andere disciplines verhoogt (Vrijens et al., 2015). Momenteel wordt dit uitgewerkt. Zo lang dit echter niet in de praktijk wordt toegepast, blijft de participatiegraad van externe artsen die omwille van organisatorische of geografische redenen niet deelnemen aan het MOC, laag.

Het feit dat het MOC bot- en wekedelentumoren volledig afhankelijk is van verwijzingen om patiënten te bespreken op het MOC, duidt het belang van de geografische ligging en de beschikbare expertise aan. De wedijver tussen UZ Leuven en UZ Gent is hier een mooi voorbeeld van dat ook uit het onderzoek naar voor komt. Naast deze technische factoren zijn ook institutionele factoren van belang. Voor patiënten die besproken worden in een MOC, krijgt het MOC financiering. Echter moet het MOC wel voldoen aan de wettelijke structuur/voorwaarden om van die financiering te kunnen

genieten. Deze technische en institutionele factoren zijn voorbeelden van de externe invloed op het MDT/MOC van de omgeving (Fennell et al., 2010).

Het ontbreken van één transmuraal EPD of uniform eHealth platform in België zorgt voor problemen met het uitwisselen van gegevens. Momenteel worden Belgische eHealthplatformen ontwikkeld. Echter wordt niet één eHealthplatform voor heel België ontwikkeld, maar drie verschillende Metahubs voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Idealiter bestaat één Belgisch eHealth platform uit twee onderdelen. Een eerste onderdeel waarin ziekenhuizen onderling gegevens kunnen uitwisselen via een transmuraal EPD en een tweede onderdeel waarin patiëntengegevens kunnen uitgewisseld worden met verschillende zorginstellingen en zorgverleners.

In geen van beide tumorgroepen is de agenda met de te bespreken patiënten twee dagen voor het MOC beschikbaar. In het MOC endocrinologie vormt dit voor bepaalde participanten enkel een probleem omtrent de voorbereiding. In het MOC bot- en wekedelentumoren zorgt dit vaker voor een gebrek aan informatie en gebrek aan voorbereiding. Het niet beschikbaar stellen van de agenda twee dagen voorafgaand aan het MOC evenals het niet gebruiken van een standaardformulier voor registratie van het MOC-advies kunnen bijdragen aan inefficiënte MOC-werking (Lamb et al., 2011a-2014; Ottevanger et al., 2013; van Drielen et al., 2012). Door het laattijdig aanmelden, ontbreekt mogelijks ook essentiële patiënteninformatie.

In beide tumorgroepen worden bevindingen uit de observaties bevestigd door de interviews wat betreft het voorbereiden van het MOC. Het is essentieel dat het MOC voldoende wordt voorbereid door de betrokken disciplines om efficiënt te kunnen werken. Dit houdt in dat enkel relevante zaken aan bod komen en er tijdens het overleg niet moet gezocht worden naar ontbrekende informatie. Wanneer dit onvoldoende gebeurt, zorgt dit voor vertraging en inefficiënt overleg. Het voldoende op tijd beschikbaar stellen van de nodige informatie om het MOC te kunnen voorbereiden en een goed voorbereid MOC-blad kunnen dit oplossen (Hahlweg et al., 2017). Echter wordt in beide tumorgroepen aangegeven dat dit niet altijd mogelijk is. Doorgaans is dit te wijten aan het gebrek aan tijd of middelen, met name te weinig personeel. Ook dit is belemmerend voor efficiënte MOC-werking (Rankin et al., 2017; Vrijens et al., 2015).

Wat het besluitvormingsproces betreft wordt in beide tumorgroepen voldoende voorgeschiedenis, psychosociale en demografische informatie aangehaald. Er wordt rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt. De patiënt heeft het eindwoord. In het MOC bot- en wekedelentumoren worden minder vaak wetenschappelijke literatuur of richtlijnen aangehaald dan in het MOC endocrinologie. Echter baseren beiden zich op het oncologisch handboek of het beleid dat in het ziekenhuis van toepassing is. Bij afwijking wordt dit gemotiveerd.

Beide tumorgroepen kunnen in het kader van het blijvend verbeteren van de MOC-werking aan (zelf)evaluatie doen. De meeste meetinstrumenten die beschreven werden in deze studie kunnen gebruikt worden voor de evaluatie van de MOC-werking. Afhankelijk van het type onderzoek of de manier van data verzamelen die men wil hanteren, kan gekozen worden voor een ander meetinstrument.

De MDT-FIT (Green Cross Medical, 2014) werd in dit onderzoek niet gebruikt omdat dit meetinstrument niet publiekelijk beschikbaar is. Door het gebruik van de MDT-FIT kunnen moeilijk aan te kaarten onderwerpen of problemen aan het licht gebracht worden. Het betrekken van het MDT bij het opstellen van verbeteracties kan er voor zorgen dat de MDT-leden meer gemotiveerd zijn aangezien zij inspraak hebben in de mogelijke aanpassingen in het beleid. Het gebruik van MDT-FIT wordt verkozen boven andere meetinstrumenten omdat naast het observeren door een onafhankelijk onderzoeker ook het MDT betrokken wordt en inspraak heeft. Ook TEAM (Taylor et al., 2012a), MDT-OARS (Taylor et al., 2012b) en de richtlijn van Ottevanger et al. (2013) kunnen gebruikt worden voor evaluatie van het MOC.

De tevredenheidsurvey voor verwijzers die voorgesteld wordt in de resultaten, kan eveneens toegepast worden. Deze evaluatie-vorm geeft directe feedback van de vragende partij. De uitkomst van het MOC wordt zo geëvalueerd. Wanneer het MOC het besluitvormingsproces wenst te evalueren, kan gebruik gemaakt worden van het MDT-QulC. In dit onderzoek wordt onderzocht welke factoren aan de basis kunnen liggen van een suboptimaal/inefficiënt MOC. Het besluitvormingsproces is daar één van. Echter is dit niet de kern van het onderzoek waardoor er niet gekozen werd voor een evaluatie-instrument dat enkel het besluitvormingsproces onderzoekt.

De samenwerking van beide tumorgroepen met de kankerregistratie is eveneens belangrijk om zo optimaal mogelijk oncologisch zorg te kunnen verlenen. Het terugkoppelen van de geregistreerde gegevens die verplicht zijn voor de kankerregistratie gebeurt jaarlijks in het MOC bot- en wekedelentumoren.

## 6.2 *Discussiepunten bot- en wekedelentumoren*

Een informele sfeer kan de collegialiteit bevorderen, maar deze manier van overleggen is niet bevorderlijk voor een gestructureerd en 'to the point'-overleg. Dit overleg zou mogelijks efficiënter kunnen verlopen mocht er meer gefocust worden op de bespreking van de patiënt. Daarnaast is ook het beperken tot niet tolereren van storende factoren zoals te laat komen, het gebruik van telefoons en het onderling converseren noodzakelijk.

Door de indeling van het lokaal is het voor de studenten/stagiairs moeilijker om bepaalde personen te begrijpen. Daar er richting het scherm voor beeldvorming gesproken wordt, onvoldoende gearticuleerd wordt, te stil gesproken wordt en de studenten/stagiairs zich in het tweede deel van het overleglokaal bevinden (zaal Eyota) gaat een verrijkend leermoment mogelijks verloren. Er kunnen geen ramen opengezet worden om het lokaal te verluchten of laten afkoelen. Daarnaast moet de ruimte afgesloten blijven om de privacy van de patiënten te kunnen bewaren. Tot vier uur onafgebroken vergaderen in een donkere ruimte zonder verluchting of pauze is niet bevorderend voor de concentratie. In combinatie met de storende factoren zoals aangehaald in de resultaten draagt de fysieke omgeving van dit MOC bij aan het inefficiënt verloop van het overleg.

De omvang van de agenda ligt mede aan de oorzaak van de duur van dit MOC. Het voorstel van de voorzitter om een tweede MOC in te voeren gedurende dezelfde week aangezien dit MOC sterk blijft uitbreiden, is geen goed idee. Het is momenteel al moeilijk om alle participanten op éénzelfde tijdstip samen te krijgen (Chaouki et al., 2017; El Saghir et al., 2014; Lamb et al., 2011a; Vrijens et al., 2015; Walsh et al., 2010). Een tweede overleg-moment tijdens dezelfde week valt niet in te plannen aangezien elke discipline een verschillende werkplanning heeft en deze ook goed gevuld zijn. Dit wordt onderschreven door de resultaten die aangeven dat er

momenteel een gebrek is aan tijd. Ook voor de voorbereiding van het huidige MOC is onvoldoende tijd beschikbaar. Het voorbereiden van een tweede MOC is dus niet te verwezenlijken. Zoals reeds werd aangegeven in de literatuurstudie en bevestigd door de resultaten vraagt de voorbereiding door de radiologen het meeste werk (Kane et al., 2010). De grote omvang van de agenda kan eventueel een reden zijn waarom niet iedere patiënt voldoende voorbereid is. Het laattijdig aanmelden van te bespreken patiënten kan eveneens aan de basis liggen van het gebrek aan voorbereiding.

### *6.3 Discussiepunten endocrinologie*

In dit MOC worden wetenschappelijke literatuur, protocollen, richtlijnen en het beleid dat toegepast wordt in het ziekenhuis regelmatig aangehaald. Dit is positief voor de klinische besluitvorming en het delen van 'best practices'.

### *6.4 Aanbevelingen*

#### *6.4.1 Algemene aanbevelingen*

Videoconferentie biedt vooral voordelen voor het gebrek aan tijd en geografische problemen. Aangezien deze optie een oplossing kan bieden voor organisatorische problemen, moet dit verder uitgewerkt worden. Er moeten eveneens voldoende ondersteunende middelen vrijgemaakt worden zodat de implementatie evenals het gebruik van videoconferentie vlot kan verlopen. Een duidelijke manier van werken, voldoende degelijk en aangepast materiaal, voldoende tijd en extra personeel zijn noodzakelijk. Ook het rapport van Vrijens et al. (2015) bevestigt dat videoconferentie verder moet worden uitgewerkt. Daarnaast is een gestructureerd verloop van het MOC essentieel om videoconferentie efficiënt te kunnen laten verlopen.

Wanneer het niet mogelijk blijkt voor een participant om op tijd of binnen een kwartier na aanvangsuur aanwezig te zijn, moet de participant dit doorgeven aan de voorzitter en/of dit op de agenda plaatsen zodat alle leden van het MOC hiervan op de hoogte zijn en indien mogelijk de volgorde van de te bespreken patiënten kan aangepast worden. Indien mogelijk kan dit gedurende de voormiddag gemeld worden. Indien het

nog niet mogelijk is om dit te melden via UltraGenda, moet deze functie geïmplementeerd worden in het programma.

Een derde algemene aanbeveling betreft het strenger optreden tegen storende factoren daar deze een efficiënte werking verhinderen. De voorzitters uit beide tumorgroepen, evenals de waarnemend voorzitters in beide tumorgroepen beschikken over de capaciteiten om een overleg in goede banen te leiden, echter moeten die capaciteiten ook aangewend worden. Collega's die onderling praten over onderwerpen die niets te maken hebben met het bespreken van de patiënt mogen aangemaand worden tot zwijgen. Het raadplegen van een collega kan uiteraard, maar dergelijke zaken kunnen interessant zijn voor het volledige MDT en kunnen bijgevolg besproken worden in groep. Storende factoren omvatten, naast het onderling converseren, te laat zijn of bezig zijn met de werk- of persoonlijke telefoon.

Aangezien zowel uit de literatuur als uit het onderzoek naar voor komt dat de voorbereiding één van de belangrijkste elementen van efficiënt werken is, kan het afdwingbaar maken van voorbereiding die voldoet aan vooropgestelde criteria efficiënte MOC-werking eveneens bevorderen.

Het gebruik van telefoons kan vermeden worden door de telefoon uit te schakelen of op stil te zetten gedurende de aanwezigheid op het MOC. Daar er steeds personen kunnen zijn die dit niet willen of kunnen toepassen, kan volgende aanbeveling een oplossing bieden. De telefoons kunnen afgegeven worden aan het secretariaat van de dienst waar het MOC doorgaat. Enkel bij een dringend oproep kan de telefoon naar het MOC gebracht worden. Om er zeker van te zijn dat een dringende oproep ook effectief een grondige reden heeft, kan een richtlijn opgesteld worden waarbij door middel van kleurencodes of categorieën aangegeven wordt hoe ernstig de oproep is. Elke oproep waarvan de beller teruggebeld wenst te worden, kan indien gewenst genoteerd worden door een secretariaat-medewerker. Door de afwezigheid van de werktelefoon bestaat ook geen verleiding om een inkomende oproep alsnog aan te nemen. Daarnaast moeten ook de persoonlijke telefoons op stil of een 'niet-storen' modus ingesteld worden. Daarvoor moet beroep gedaan worden op de goede wil van de persoon zelf. Daar dit een ziekenhuisbreed probleem blijkt te zijn, kan een aanpassing van het algemeen beleid er voor zorgen dat het onnodig gebruik van zowel

persoonlijke als werktelefoons niet getolereerd wordt tijdens vergaderingen. Communicatie hierover kan verlopen via de website van het UZ Gent of via het secretariaat van de dienst, gebruikmakend van de doorschakelfunctie op de telefoon van de artsen die telefonisch gecontacteerd worden. Het melden dat participanten niet bereikbaar zijn tussen 12.30 uur en 13.30 uur of 15 uur, uitgezonderd voor dringende gevallen, kan eventueel zorgen voor minder telefoons.

Het gebruik van meerdere schermen wordt in beide tumorgroepen aangehaald als een potentieel bevorderende factor voor efficiënt overleg. Het eventueel implementeren, kan mits de beschikbaarheid van de nodige middelen.

Daarnaast kan een richtlijn opgesteld worden waarin duidelijk uitgelegd staat welke essentiële elementen op een MOC-blad moeten staan. Dit kan zorgen voor een meer gestandaardiseerd, gestructureerde manier van werken evenals de mogelijkheid om altijd terug te grijpen naar deze richtlijn bij twijfel. Daarnaast zorgt dit op lange termijn voor het winnen van tijd aangezien er bij verandering van GSO's niet opnieuw moet uitgelegd worden hoe een MOC-blad moet opgesteld worden. Tevens kan een dergelijke meer gestructureerde en gestandaardiseerde manier van werken de communicatie en informatie-uitwisseling tussen MOC's binnen het ziekenhuis evenals extramurale informatie-uitwisseling vergemakkelijken.

Als laatste zijn duidelijke functieomschrijvingen van alle teamleden van het MDT/MOC noodzakelijk (Lamb et al., 2011b; Pype et al., 2017; Vrijens et al., 2015; Walsh et al., 2010). Dit zou voor alle teamleden bijdragen tot meer structuur en duidelijkheid. Naast de taakverdeling, moet ook de financiering voor deelname aan een MOC herzien worden (Vrijens et al., 2015).

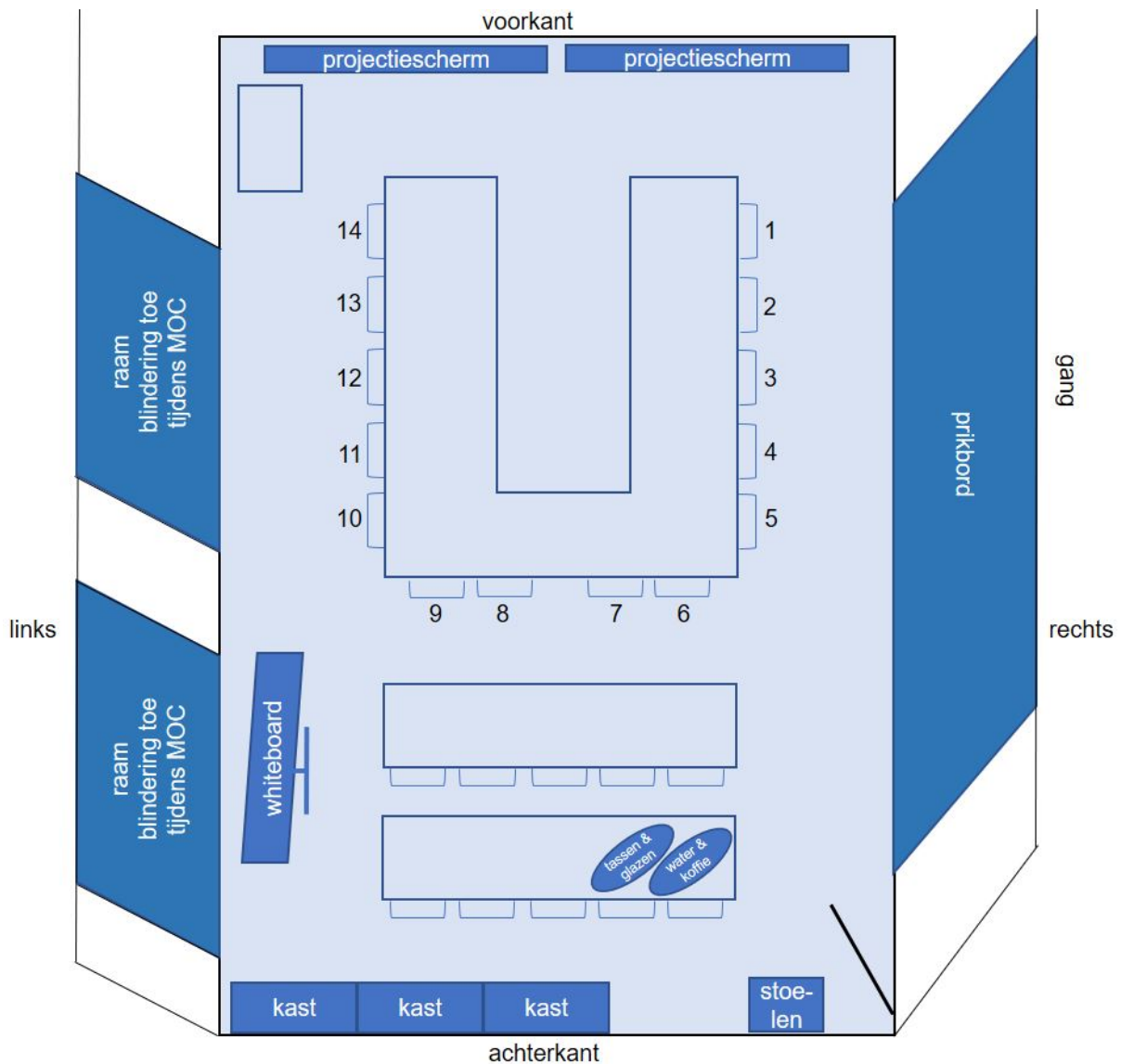
#### *6.4.2 Aanbevelingen bot- en wekedelentumoren*

De vertraging in het MOC wordt grotendeels veroorzaakt door onvoldoende voorbereiding van verschillende disciplines. Onder andere radiologen zouden meer tijd moeten kunnen vrijmaken om het MOC voor te bereiden. Daarnaast zou meer tijd vrijmaken voor het voorbereiden van het MOC-blad, efficiënte MOC-werking eveneens ten goede kunnen komen.



Een tweede aanbeveling betreft het doorvoeren van de procedure betreffende het aanmelden van patiënten via het online aanvraagformulier. Vragen via mail, WhatsApp, telefoon of sms-bericht kunnen beantwoord worden met de vraag om de patiënt aan te melden via het online formulier dat te vinden is via de website van het UZ Gent (zie bijlage 10). Deze manier van aanmelden zorgt voor minder administratief voorbereidingswerk en een gestructureerdere en gestandaardiseerdere manier van werken. Bijkomend voordeel is de kleinere kans op het gebrek aan informatie daar de persoon die de aanvraag indient zelf kan zien welke informatie nodig is. Daarnaast kan met deze procedure ook op voorhand voorbereid worden en gecontroleerd worden door alle disciplines of de essentiële informatie beschikbaar is. Wanneer dit niet het geval is, kan voor het MOC extra informatie aangevraagd worden en moet niet tijdens het MOC vastgesteld worden dat belangrijke informatie ontbreekt.

Een derde aanbeveling betreft de infrastructuur. In de resultaten van dit MOC wordt vermeld dat de radiologen het gebruik van meer dan één scherm liever niet wensen om de zichtbaarheid van de beeldvorming te behouden. Het projecteren op een andere muur dan de muur waar het scherm momenteel staat, kan een oplossing bieden voor dit probleem. In het overleglokaal van het MOC bot- en wekedelentumoren kan de blinding aan de linkerkant van het lokaal daarvoor gebruikt worden (Figuur 3). Een tweede mogelijkheid is een ander vergaderlokaal. In het radiotherapiegebouw bevindt zich op het eerste verdiep een overleglokaal in een rustige gang. Deze ruimte heeft twee projectieschermen, voldoende plaats voor alle aanwezigen en de ramen kunnen eveneens afgeschermd worden met blinding in functie van het goed kunnen zien van de beeldvorming en het bewaren van de privacy. Een groot nadeel is de ligging van dit lokaal. Dat bevindt zich in een ander gebouw op een wandelafstand van tien tot 15 minuten van het huidige overleglokaal dat dicht bij de polikliniek Orthopedie en Traumatologie ligt. Een potentieel voordeel bij gebruik van dit lokaal betreft het nuttig gebruiken van de verplaatsingstijd. Tijdens het verplaatsen kunnen de nodige telefoons gepleegd worden. Een potentieel nadeel betreft het op tijd komen voor aanvang van het overleg wat momenteel reeds een groot probleem vormt. Onderstaand in Figuur 9 wordt een beeld geschetst van dit overleglokaal.



Figuur 9: Grondplan overleglokaal radiotherapiegebouw

Met het oog op het verkorten van de agenda kan een grondigere voorselectie van de te bespreken patiënten plaatsvinden. Deze voorselectie kan als volgt gebeuren. Wanneer de orthopedist een vermoeden heeft van iets maligne, kan doorverwezen worden naar de radiologen. Wanneer zij eveneens van oordeel zijn dat de beeldvorming eventueel iets maligne aangeeft kan de patiënt multidisciplinair besproken worden. Bij onzekerheid kan de patiënt eveneens besproken worden in het MOC. Echter hoeft de patiënt niet te worden besproken in het MOC bij zekerheid van afwezigheid van een maligne iets.

De voorzitter moet duidelijk communiceren naar de participanten wat verwacht wordt van hen. Beter voorbereidend werk kan zorgen voor een efficiënter verloop. Daarnaast kan een herverdeling in de voorbereidende taken zorgen voor een deel ontlasting van het werk dat de medisch oncoloog doet tijdens het MOC. Dit kan zich uiten in het beter voorbereiden van het MOC-blad dat voor aanvang van het MOC in orde moet zijn. Als iedere discipline zijn/haar essentiële gegevens beknopt formuleert op het MOC-blad, zoals bijvoorbeeld de TNM-classificaties, kan dit eveneens zorgen voor een efficiënter verloop van het MOC evenals minder werk voor de medisch oncoloog en voorzitter tijdens het MOC. Door het op voorhand beknopt formuleren van de informatie die nodig is tijdens de bespreking, is de participant eveneens beter voorbereid om de nodige informatie bondig te kunnen aanbrengen tijdens het MOC.

#### *6.4.3 Aanbevelingen endocrinologie*

Onderling moet duidelijk afgesproken worden wie het voorzitterschap opneemt. Deze taak moet duidelijk naar voor gebracht worden en bijgevolg ook duidelijk zijn voor elk (deelnemend) lid van het MOC. Wanneer de arts die dit normaal doet (nog) niet aanwezig is, moet onderling en op voorhand afgesproken worden wie het voorzitterschap waarneemt.

## 7 Limitaties

Daar er meerdere studenten dit onderwerp uitwerken in verschillende tumorgroepen binnen dezelfde organisatie (UZ Gent), zou het vergelijken van de resultaten van deze en andere studies bij verschillende tumorgroepen interessante bevindingen kunnen opleveren en bijgevolg een enorme meerwaarde zijn. Door omstandigheden is het voor de andere onderzoekers onmogelijk om hun onderzoek in dezelfde tijdspanne uit te voeren.

De beperkte tijd is ook een belangrijke beperking. Met meer tijd zouden meer participanten van de MOC's kunnen geïnterviewd worden en zouden ook meer observaties kunnen uitgevoerd worden. Hoewel er geobserveerd werd tot er verzadiging was van de resultaten, zou meer data de bevindingen beter kunnen ondersteunen. Meer interviews zouden ook standpunten van andere disciplines of participanten kunnen duiden en een verrijking kunnen betekenen voor dit onderzoek.

De drukke agenda van de deelnemende artsen (in combinatie met de beperkte tijd) vormt eveneens een beperking daar bepaalde data pas laat in het dataverzamelingsproces kon verkregen worden.

De omvang van deze masterproef vormt eveneens een beperking. Een meer uitgebreide omvang van de studie zou er voor kunnen zorgen dat meer wetenschappelijke literatuur kan geïmplementeerd worden en dat daar ook naar kan worden teruggekoppeld. Ook het onderzoek zelf kan, mits voldoende tijd, uitgebreider uitgevoerd worden.

Daar dit een casestudy onderzoek betreft, is het moeilijk om de resultaten te generaliseren naar andere contexten. Het is eigen aan dit soort onderzoek dat de externe validiteit laag is. De resultaten gelden enkel voor deze twee tumorgroepen. Echter kan wel vergeleken worden met andere tumorgroepen om de verschillen in kaart te brengen. In de rubriek toekomstig onderzoek wordt hier verder op ingegaan. Daarnaast is het rapport, waar in deze studie naar teruggekoppeld wordt en eveneens gebruikt wordt als basiscodeerboom, een goede algemene basis voor efficiënt overleg. Bepaalde componenten kunnen mogelijks, met voorzichtigheid, generaliseerd worden.

Mogelijks trad een Hawthorne effect op. Echter kan niet vermeden worden dat de participanten weten dat zij geobserveerd worden.

Het gebrek aan Belgische literatuur omtrent dit onderwerp vormt zeker een belangrijke beperking. Daar het Belgische gezondheidszorgsysteem verschilt van dat van andere landen is de generalisatie van verschillende resultaten en mogelijke implicaties naar de Belgische context dus niet vanzelfsprekend.

## **8 Toekomstig onderzoek en implicaties voor Management en/of Beleidspraktijk**

Naast eerder beschreven aanbevelingen kan toekomstig onderzoek evenals mogelijke aanpassingen in het beleid zorgen voor betere, efficiëntere MOC-werking.

Het opstellen van nationale en internationale indicatoren voor de werking van MOC's is een belangrijke maatstaf om te kunnen benchmarken tussen verschillende organisaties binnen een land, maar ook internationaal. De efficiëntie van MOC's kan geëvalueerd en vergeleken worden tussen landen met verschillende gezondheidszorgsystemen daar het efficiënt samenwerken en zo goed mogelijk behandelen van de patiënt voorop moet staan in elk land. *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* van het NCAT (2010) evenals de richtlijn voor efficiënte MOC-werking van Ottevanger et al. (2013) bieden daarvoor een goede basis. Aangezien het rapport van het NCAT (2010) gebaseerd is op het gezondheidszorgsysteem in het Verenigd Koninkrijk, moet dit verder uitgewerkt worden en aangepast worden aan de gezondheidszorg en manier van werken in elk land.

Voor het opstellen van standaarden moet de huidige manier van werken op grote schaal in kaart gebracht worden. Daarnaast moet ook de huidige financiering in kaart gebracht worden en de mogelijkheden om efficiënte MOC-werking en kankerzorg in het algemeen beter te ondersteunen. Het onderzoeken en in kaart brengen van de werking van MOC's kan in verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen en bij uitbreiding in heel België uitgewerkt worden. Bijgevolg kan, indien mogelijk, aangepaste financiering de efficiëntie van de MOC-werking verhogen en mogelijk een meer gestructureerde en gestandaardiseerde manier van werken teweegbrengen. Hierdoor kan het proces van benchmarking ook vereenvoudigd worden. Daarnaast kan ook de informatie-uitwisseling afgestemd worden op de financiële en organisatorische mogelijkheden. Het financiële aspect wordt niet bestudeerd in deze studie, maar is zeker een belangrijk aspect van multidisciplinaire samenwerking en de mogelijkheden die een MDT heeft om efficiënt te kunnen werken. Daarnaast kan een financiële vergoeding een motiverende factor kan zijn voor bepaalde disciplines om deel te nemen aan een MOC (Vrijens et al., 2015).

Verder moet onderzocht worden hoe het komt dat voorgestelde oplossingen, aanpassingen nog niet werden toegepast in de praktijk. Ligt de oorzaak bij het ontbreken van tijd en middelen of is er te weinig ondersteuning vanuit het management en/of het beleid. De organisatie van een MOC, tijdsbeheer, administratie, communicatie, ondersteunende elementen, coördinatie, technologie, educatie en persoonlijke ontwikkeling, leiderschap, cultuur, infrastructuur, nazorg en het besluitvormingsproces moeten verder onderzocht worden in het kader van het blijvend optimaliseren van oncologische zorg.

Het uitgebreide rapport van het NCAT (2010) kan dienen ter ondersteuning van de evaluatie van de huidige MDT-werking en de implementatie van mogelijke oplossingen, verbeteringen in de praktijk. Ook andere instrumenten voor de evaluatie van MDT-werking zoals voorheen beschreven kunnen gebruikt worden voor empirisch onderzoek waardoor context specifieke aanpassingen kunnen geformuleerd worden en de werking van MDT's en MOC geoptimaliseerd kan worden.

Het onderzoeken van de extramurale coördinatie van zorg zou een pluspunt zijn voor het ondersteunen van mogelijke aanpassingen in de financiering en het beleid van de gezondheidszorg. Aansluitend zou één nationaal eHealthplatform voor informatie-uitwisseling of de eenmaking van de bestaande eHealthplatformen onder één Metahub kunnen zorgen voor betere beschikbaarheid van informatie en informatie-uitwisseling. Dit laatste wordt momenteel uitgewerkt. Vanaf mei 2018 zal één overheidsportaal beschikbaar gesteld worden voor de patiënt, genaamd Mijngezondheid.

Telegeneeskunde wordt nog niet toegepast in beide MOC's. Videoconferentie wordt momenteel uitgewerkt. Voor de implementatie en de evaluatie van de werking en het gebruik van telegeneeskunde zoals videoconferentie is onderzoek nodig. Eveneens voor de beschikbare ondersteuning vanuit het beleid betreffende tijd, middelen en financiering is onderzoek nodig. Specifiek voor deze tumorgroepen is verder onderzoek naar de (financiële) haalbaarheid van een extra (ondersteunend) MDT-lid nodig. In beide onderzochte tumorgroepen wordt extra personeel gevraagd. Uit de resultaten komt naar voor dat dit eveneens kan bijdragen aan efficiëntere MOC-werking en een betere verdeling van de workload.

## 9 Conclusie

Multidisciplinaire Oncologische Consulten zijn inherent aan kwaliteitsvolle kankerzorg. Na grondig onderzoek kan geconstateerd worden dat er zeker ruimte is voor verbetering in beide tumorgroepen. Met de huidige middelen kunnen een aantal basiselementen verbeterd worden zonder dat daar financiële tussenkomst voor nodig is. De voorzitters van beide tumorgroepen mogen strenger optreden tegen storende factoren en het gebruik van telefoons evenals het onderling converseren tijdens het MOC worden op basis van dit onderzoek sterk afgeraden.

Het gebrek aan tijd en middelen, vooral personeel, voor de voorbereiding van het MOC moet zeker verder onderzocht worden zodat, indien dat financieel mogelijk is, daar meer ondersteuning voor kan geboden worden. Het grootschalig onderzoeken van dit onderwerp kan zorgen voor beleidsaanpassingen op nationaal vlak. Een meer uniforme manier van werken kan zorgen voor betere informatie-doorstroming, samenwerking en minder concurrentie tussen de verschillende zorginstellingen in België. Het uitgangspunt van optimale oncologische zorgverlening blijft het centraal stellen van de patiënt.

De huidige gezondheidszorg is niet aangepast aan het snel veranderende zorglandschap. Daarom moeten meer middelen vrijgemaakt worden om de complexiteit van kankerzorg te kunnen handhaven en ondersteunen. De organisatorische, technische, administratieve en communicatieve aanpassingen die de praktijk vragen, moeten ondersteund worden door het beleid.



## 10 Referenties

1. Basta, Y. L., Baur, O. L., van Dieren, S., Klinkenbijn, J. H., Fockens, P., & Tytgat, K. M. (2016). Is there a Benefit of Multidisciplinary Cancer Team Meetings for Patients with Gastrointestinal Malignancies? *Ann Surg Oncol*, 23(8), 2430-2437. doi:10.1245/s10434-016-5178-3
2. Chaouki, W., Mimouni, M., Boutayeb, S., Hachi, H., Errihani, H., & Benjaafar, N. (2017). [Evaluation of multidisciplinary team meeting; the example of gynecological mammary cancers in a tertiary referral center in Morocco]. *Bull Cancer*, 104(7-8), 644-651. doi:10.1016/j.bulcan.2017.04.004
3. Contactgroep Sarcoma Nederland-België, Kanker.nl, & KWF Kankerbestrijding (2016). *Wekedelentumoren*. Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <https://www.patiëntenplatformsarcomen.nl/wekedelentumoren/>
4. El Saghier, N. S., Keating, N. L., Carlson, R. W., Khoury, K. E., & Fallowfield L. (2014). Tumor Boards: Optimizing the Structure and Improving Efficiency of Multidisciplinary Management of Patients with Cancer Worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2014, e461-6. doi: 10.14694/EdBook\_AM.2014.34.e461
5. Dept. of General Practice University of Glasgow. (z.d.). *Critical appraisal checklist for a systematic review*. Geraadpleegd op 28 november 2017 via [https://www.gla.ac.uk/media/media\\_64047\\_en.pdf](https://www.gla.ac.uk/media/media_64047_en.pdf)
6. Fennell, M. L., Prabhu Das, I., Clauser, S., Petrelli, N., & Salner, A. (2010). The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 40,72-80. doi: 10.1093/jncimonographs/lgq010
7. Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology*, 7(11), 935-943. doi:10.1016/s1470-2045(06)70940-8
8. Green Cross Medical (2014). MDT-FIT | Multi-Disciplinary Team Feedback for Improving Teamworking [videobestand]. Opgehaald van <https://www.youtube.com/watch?v=8bWI2ieSjWE>
9. Hahlweg, P., Didi, S., Kriston, L., Härter, M., Nestoriuc, Y., & Scholl, I. (2017). Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study. *BMC Cancer*, 17(1), 772. doi: 10.1186/s12885-017-3768-5

10. Hamilton, D. W., Heaven, B., Thomson, R.G., Wilson, J. A., Exley, C. (2016). Multidisciplinary team decision-making in cancer and the absent patient: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(7), e012559. doi:10.1136/bmjopen-2016-012559
11. Harris, J., Green, J. S., Sevdalis, N., & Taylor, C. (2014). Using peer observers to assess the quality of cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative proof of concept study. *J Multidiscip Healthc*, 7, 355-363. doi:10.2147/JMDH.S65160
12. Harris, J., Taylor, C., Sevdalis, N., Jalil, R., & Green, J. S. (2016). Development and testing of the cancer multidisciplinary team meeting observational tool (MDT-MOT). *Int J Qual Health Care*, 28(3), 332-338. doi:10.1093/intqhc/mzw030
13. Heijlen R. (2016). Contactgegevens netwerken voor elektronische uitwisseling gezondheidsgegevens. Geraadpleegd op 1 mei 2018 via [http://vlaamspatientenplatform.be/\\_plugin/ckfinder/userfiles/files/20160211%20Contactgegevens%20netwerken.pdf](http://vlaamspatientenplatform.be/_plugin/ckfinder/userfiles/files/20160211%20Contactgegevens%20netwerken.pdf)
14. Jalil, R., Lamb, B. W., Russ, S., Sevdalis, N., & Green, J.S. (2012). The cancer multi-disciplinary team from the co-ordinators' perspective: results from a national survey in the UK. *BMC Health Services Research*, 12, 457. doi: 10.1186/1472-6963-12-457
15. Kane, B., O'Byrne, K., & Luz, S. (2010). *Assessing Support Requirements for Multidisciplinary Team Meetings*. Geraadpleegd op 18 november 2017 via [https://www.researchgate.net/publication/221031008\\_Assessing\\_support\\_requirements\\_for\\_multidisciplinary\\_team\\_meetings](https://www.researchgate.net/publication/221031008_Assessing_support_requirements_for_multidisciplinary_team_meetings)
16. Kane, B., Toussaint, P., & Luz, S. (2013, februari). Shared Decision Making Needs a Communication Record. Document voorgesteld in *CSCW '13 Proceedings of the 2013 conference on Computer supported cooperative work*, 79-90. DOI: 10.1145/2441776.2441788
17. Lamb, B. W., Allchorne, P., Sevdalis, N., Vincent, C., & Green, J. S. (2011a). The role of the urology clinical nurse specialist in the multidisciplinary team meeting. *International Journal of Urological Nursing*, 5, 59–64.
18. Lamb, B. W., Jalil, R. T., Sevdalis, N., Vincent, C., & Green, J. S. (2014). Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *BMC Health Serv Res*, 14, 377. doi:10.1186/1472-6963-14-377
19. Lamb, B. W., Sevdalis, N., Arora, S., Pinto, A., Vincent, C., & Green, J. S. (2011b). Teamwork and team decision-making at multidisciplinary cancer conferences:

- barriers, facilitators, and opportunities for improvement. *World J Surg*, 35(9), 1970-1976. doi:10.1007/s00268-011-1152-1
20. Lamb, B. W., Sevdalis, N., Benn, J., Vincent, C., & Green, J. S. (2013). Multidisciplinary Cancer Team Meeting Structure and Treatment Decisions: A Prospective Correlational Study. *Ann Surg Oncol*, 20, 715-722. doi:10.1245/s10434-012-2691-x
  21. Lamb, B. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Green, J. S. (2012). Development and Evaluation of a Checklist to Support Decision Making in Cancer Multidisciplinary Team Meetings: MDT-QulC. *Ann Surg Oncol*, 19, 1759-1765. doi: 10.1245/s10434-011-2187-0
  22. Lamb, B. W., Wong, H. W., Vincent, C., Green, J. S., & Sevdalis, N. (2011c). Teamwork and team performance in multidisciplinary cancer teams: development and evaluation of an observational assessment tool. *BMJ Qual Saf*, 20, 849-856. doi:10.1136/bmjqs.2010.048660
  23. Lighter, D. E. (2015). How (and why) do quality improvement professionals measure performance? *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2(1), 7-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpam.2015.03.003>
  24. Munro, A. J., & Swartzman, S. (2013). What is a virtual multidisciplinary team (vMDT)? *British Journal of Cancer*, 108, 2433-2441. doi: 10.1038/bjc.2013.231
  25. National Cancer Action Team [Website]. (2009). *Multi-disciplinary Team (MDT) Development: Survey*. Geraadpleegd op 16 november 2017 via [http://www.ncin.org.uk/cancer\\_type\\_and\\_topic\\_specific\\_work/multidisciplinary\\_teams/mdt\\_development](http://www.ncin.org.uk/cancer_type_and_topic_specific_work/multidisciplinary_teams/mdt_development)
  26. National Cancer Action Team (2010). The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT). Geraadpleegd op 30 september 2017 via <http://www.ncin.org.uk/view?rid=136>
  27. National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). Methods for the development of NICE public health guidance (third edition): Appendix H Quality appraisal checklist – qualitative studies. Geraadpleegd op 16 november 2017 via [https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/appendix-h-quality-appraisal-checklist-qualitative-studies#ftn.footnote\\_17](https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/appendix-h-quality-appraisal-checklist-qualitative-studies#ftn.footnote_17)
  28. *Nexuzhealth start 2018 met lancering elektronisch patiëntendossier (EPD) in 5 bijkomende ziekenhuizen*. (2018). Geraadpleegd op 3 mei 2018 via

- <http://www.cegeka.com/nl-be/nieuws/nexuzhealth-start-2018-met-lancering-elektronisch-patientendossier-epd-in-5-bijkomende-ziekenhuizen>
29. Onkelinx L. (2008) *Nationaal Kankerplan.3 debatdagen 30 ontmoetingen 30 initiatieven*. Geraadpleegd op 23 april 2018 via [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/32\\_initiatieven\\_n.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/32_initiatieven_n.pdf)
  30. Ottevanger, N., Hilbink, M., Weenk, M., Janssen, R., Vrijmoeth, T., de Vries, A., & Hermens, R. (2013). Oncologic multidisciplinary team meetings: evaluation of quality criteria. *J Eval Clin Pract*, 19(6), 1035-1043. doi:10.1111/jep.12022
  31. Pype, P., Mertens, F., Belche, J., Duchesnes, C., Kohn, L., Sercu, M., & Deveugele, M. (2017). Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. *Eur J Gen Pract*, 23(1), 155-163. doi:10.1080/13814788.2017.1323081
  32. Rankin, N. M., Lai, M., Miller, D., Beale, P., Spigelman, A., Prest, G., Turley, K., & Simes, J. (2017). Cancer multidisciplinary team meetings in practice: Results from a multi-institutional quantitative survey and implications for policy change. *Asia-Pac J Clin Oncol*, 1–10. doi.org/10.1111/ajco.12765
  33. Rommel W., Rigolle C. (2010) *Nationaal Kankerplan 2008-2010: de eindafrekening*. Geraadpleegd op 23 april 2018 via [http://www.komoptegenkanker.be/sites/kotk/files/evaluatie\\_kankerplan\\_2010\\_onderzoeksrapport\\_58-66.pdf](http://www.komoptegenkanker.be/sites/kotk/files/evaluatie_kankerplan_2010_onderzoeksrapport_58-66.pdf)
  34. Schöffski, P. (2017). Wekedelentumoren. Wat zijn wekedelentumoren? Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <http://www.allesoverkanker.be/wekedelentumoren>
  35. Soukup, T., Lamb, B. W., Arora, S., Darzi, A., Sevdalis, N., & Green J. S. (2018). Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 49-61. doi: 10.2147/JMDH.S117945
  36. Tardieu, E., Thiry-Bour, C., Devaux, C., Ciocan, D., de Carvalho, V., Grand, M., & Jovenin, N. (2012). [The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne]. *Bull Cancer*, 99(5), 557-562. doi:10.1684/bdc.2012.1574
  37. Taylor, C., Brown, K., Lamb, B. W., Harris, J., Sevdalis, N., & Green, J. S. (2012a). Developing and testing TEAM (Team Evaluation and Assessment Measure), a

- self-assessment tool to improve cancer multidisciplinary teamwork. *Ann Surg Oncol*, 19(13), 4019-4027. doi:10.1245/s10434-012-2493-1
38. Taylor, C., Atkins, L., Richardson, A., Tarrant, R., & Ramirez, A. J. (2012b). Measuring the quality of MDT working: an observational approach. *BMC Cancer*, 12(202). doi.org/10.1186/1471-2407-12-202
  39. Taylor, C., Shewbridge, A., Harris, J., & Green, J. S. (2013). Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. *Breast Cancer (Dove Med Press)*, 5, 79–85. doi:10.2147/BCTT.S35581
  40. UZ Gent (2016). *Endocrinologie en stofwisselingsziekten (volwassenen)*. Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/Endocrinologie-en-Stofwisselingsziekten/Paginas/default.aspx>
  41. UZ Gent. (2017a). *Kerngetallen. Cijfers voor 2016*. Geraadpleegd op 19 mei 2018 via <https://www.uzgent.be/nl/overuz/organisatie/Paginas/Kerngetallen.aspx>
  42. UZ Gent. (2017b, 19 april). UZ Gent bouwt aan een nieuw, toekomstgericht elektronisch patiëntendossier [persbericht]. Geraadpleegd op <https://www.uzgent.be/nl/actueel/pers/persberichten/Paginas/UZ-Gent-bouwt-aan-een-nieuw,-toekomstgericht-elektronisch-pati%C3%ABntendossier.aspx>
  43. UZ Gent (2018a). *Endocrinologie en stofwisselingsziekten (volwassenen): Team*. Geraadpleegd op 17 maart 2018 via <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/Endocrinologie-en-Stofwisselingsziekten/Paginas/Team.aspx>
  44. UZ Gent (2018b). *Bottumoren en wekedelentumoren*. Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/bottumoren-en-wekedelentumoren/Paginas/default.aspx>
  45. UZ Leuven (2017a). *Botkanker en kraakbeenkanker*. Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <https://www.uzleuven.be/nl/bottumoren>
  46. UZ Leuven (2017b). *Weke delen tumoren*. Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <https://www.uzleuven.be/nl/weke-delen-tumoren>
  47. Van Drielen, E., de Vries, A. W., Ottevanger, P. B. N., & Hermens, R. P. M. G. (2012). Beter multidisciplinair overleg past bij betere zorg. *Ned Tijdschr Geneesk*, 156:A4856
  48. Vrijens, F., Kohn, L., Dubois, C., Leroy, R., Vinck, I., & Stordeur, S. (2015). 10 jaar multidisciplinaire oncologische consulten: balans en vooruitzichten – Synthese. Geraadpleegd op 29 juli 2017 via

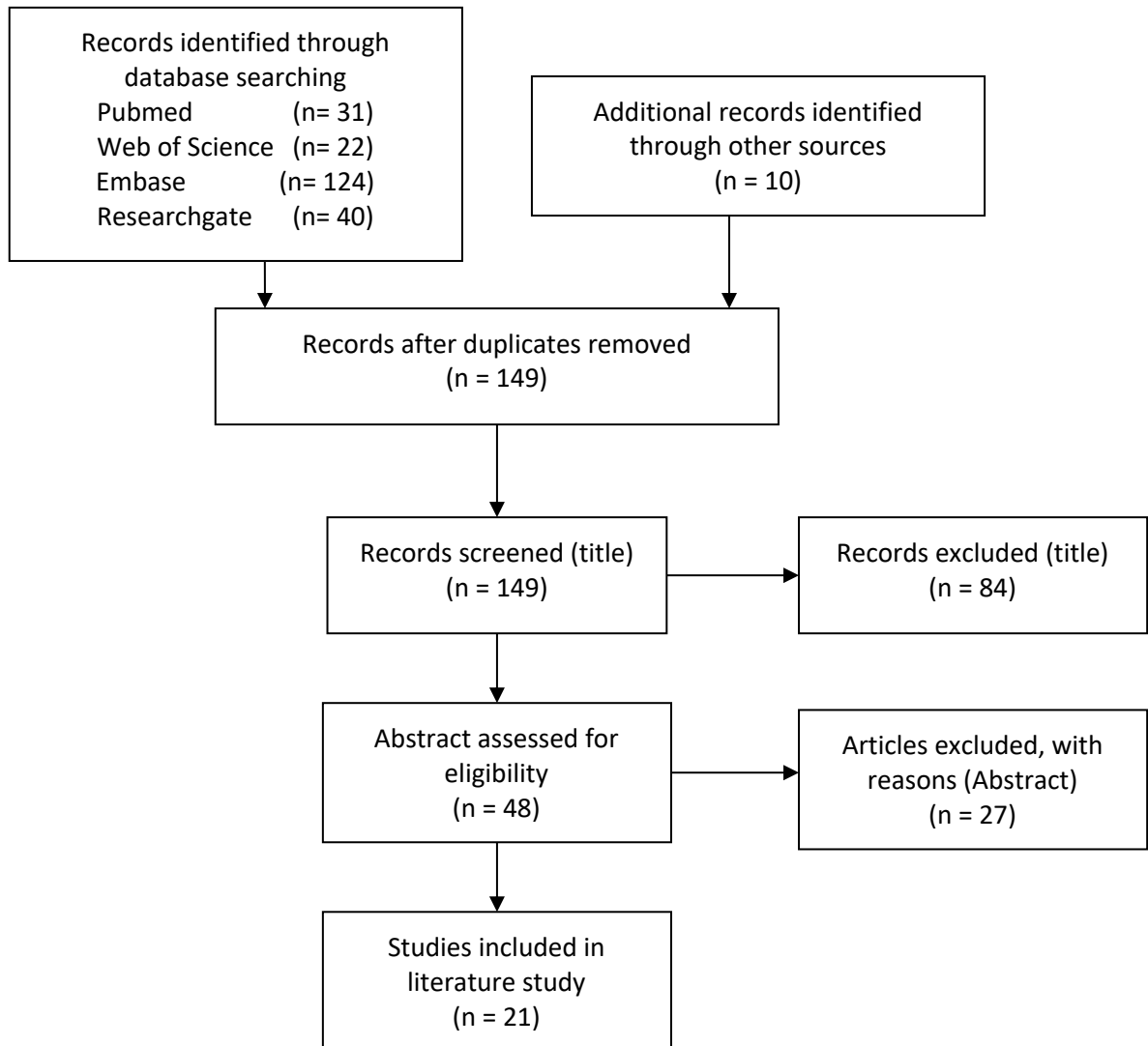
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_239As\\_oncologische\\_consulten\\_\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_239As_oncologische_consulten__Synthese.pdf)

49. Walsh, J., Harrison, J. D., Young, J. M., Butow, P. N., Solomon, M. J., & Masya, L. (2010). What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *10*, 132. doi: 10.1186/1472-6963-10-132
50. Wekedelentumoren. *Wat zijn wekedelentumoren?* Geraadpleegd op 22 maart 2018 via <http://www.allesoverkanker.be/wekedelentumoren>

## 11 Bijlagen

Bijlage 1:	Schematische weergave selectieproces.....	93
Bijlage 2:	Kwaliteitsevaluatie artikels (niet-review studies).....	94
Bijlage 3:	Kwaliteitsevaluatie artikels (reviews) .....	95
Bijlage 4:	Vragenlijst interviews .....	97
Bijlage 5:	MDT-OARS (Taylor et al., 2012b) .....	101
Bijlage 6:	MDT-MODE (Lamb et al., 2013) .....	105
Bijlage 7:	Basiscodeerboom Nvivo .....	109
Bijlage 8:	The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT) (NCAT,2010) .....	119
Bijlage 9:	Dossier ethisch comité, goedkeuring.....	139
Bijlage 10:	Online aanvraagformulier aanmelding patiënt MOC.....	154

Bijlage 1: Schematische weergave selectieproces





## Bijlage 2: Kwaliteitsevaluatie artikels (niet-review studies)

Criteria	Harris 2014	Harris 2016	Jalil 2012	Kane 2010	Lamb 2014	Lamb 2011b	Lamb 2013	Lamb 2012	Lamb 2011c	NCAT 2010
Duidelijk geformuleere onderzoeksvraag	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Soort onderzoeksmethode/design (cross-sectioneel of longitudinaal)	C	L	C	L	C	C	C	C	C	L
Is het design de geschikte methode voor de studie/om de onderzoeksvraag te beantwoorden	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Voldoende grootte van de steekproef en representativiteit van de onderzoekspopulatie	v		v	v	v	(v)	v	v	v	v
Bronvermelding van data	v	v	v	v	v	v	v	v	v	
Is de methode voor datacollectie duidelijk omschreven?	v	v	v	v		v	v	v	v	v
Is de procedure voor analyse duidelijk gerapporteerd?	v	v	v		(v)	v	v	v	v	
Geschikte analyse methode	v	v	v		(v)	v	v	v	v	
Interne validiteit	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Externe validiteit	(v)	(v)	(v)	(v)	(v)	v				v
Worden de limitaties (en/of sterktes) van het onderzoek gerapporteerd?	v	v	v		v	v	(v)		(v)	
Is de conclusie onderbouwd door de resultaten en	v	v	v	v	v	v	v	v	v	nvt
Ethisch comité procedure	v	v	nvt				v		v	
Score: Hoge score: $\geq 8/12$ , medium score: tussen 8 en 4, lage score: $\leq 4$	11,5	10,5	10,5	7,5	9,5	10,5	10,5	9	10,5	6
	H	H	H	M	H	H	H	H	H	M

Criteria	Ottevanger 2013	Pype 2017	Rankin 2017	Tardieu 2012	Taylor 2012a	Taylor 2012b	van Drielen 2012	Vrijens 2015	Walsh 2009
Duidelijk geformuleere onderzoeksvraag	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Soort onderzoeksmethode/design (cross-sectioneel of longitudinaal)	L	C	C	C	L	C	L	L	L
Is het design de geschikte methode voor de studie/om de onderzoeksvraag te beantwoorden	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Voldoende grootte van de steekproef en representativiteit van de onderzoekspopulatie	v		v	v	v	v	v	v	v
Bronvermelding van data	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Is de methode voor datacollectie duidelijk omschreven?	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Is de procedure voor analyse duidelijk gerapporteerd?	v	v	v	v	v	v			v
Geschikte analyse methode	v	v	v	v	v	v			v
Interne validiteit	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Externe validiteit	v	v	(v)	(v)	(v)	(v)	v	v	(v)
Worden de limitaties (en/of sterktes) van het onderzoek gerapporteerd?	v	v	v	v	v	v			v
Is de conclusie onderbouwd door de resultaten en	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Ethisch comité procedure		v	v		v				v
Score: Hoge score: $\geq 8/12$ , medium score: tussen 8 en 4, lage score: $\leq 4$	11	11	11,5	10,5	11,5	10,5	9	8	11,5
	H	H	H	H	H	H	H	H	H

### Bijlage 3: Kwaliteitsevaluatie artikels (reviews)

#### CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR A SYSTEMATIC REVIEW

##### DOES THE REVIEW ADDRESS A CLEAR QUESTION?

	El Saghir et al. (2014)	Fennell et al. (2010)	Fleissig et al. (2006)	Lamb et al. (2011b)	Munro et al. (2013)	Soukup et al. (2018)	Taylor et al. (2013)
<b>1. Did the review address a clearly focussed issue?</b> <i>(Was there enough information on: the population studied, the intervention given, the outcomes considered)</i>	(V)	V	V	V	V	V	V
<b>2. Did the authors look for the appropriate sort of papers?</b> <i>(The 'best sort of studies' would: address the review's question, have an appropriate study design)</i>		V	V	V	V	V	V

##### ARE THE RESULTS OF THIS REVIEW VALID?

<b>3. Do you think the important, relevant studies were included?</b> <i>(Look for: which bibliographic databases were used, follow up from reference lists, personal contact with experts, search for unpublished as well as published studies, search for non-English language studies)</i>		V	V	V	V	V	V
<b>4. Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies?</b> <i>(The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies results)</i>		(V)	V	V		V	V
<b>5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?</b> <i>(Consider whether: the results were similar from study to study, the results of all the included studies are clearly displayed, the results of the different studies are similar, the reasons for any variations are discussed)</i>	V	V	V	V	V	V	V

**WHAT ARE THE RESULTS?**

<b>6. What is the overall result of the review?</b> <i>(Consider: if you are clear about the reviews 'bottom line' results)</i>	(V)	V	V	V	V	V	V
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---

**WILL THE RESULT HELP LOCALLY?**

<b>7. Can the results be applied to the local population?</b> <i>(Consider whether: the patients covered by the review could be sufficiently different from your population to cause concern, your local setting is likely to differ much from that of the review)</i>	V	V	V	V	V	V	V
<b>8. Were all important outcomes considered?</b>	(V)	V	V	V	V	V	V
<b>9. Are the benefits worth the harms and costs?</b> <i>(Even if this is not addressed by the review, what do you think?)</i>	V	V	V	V	V	V	V
Score: Hoge score: ≥ 6/9, medium score: tussen 6 en 3, lage score: ≤ 3	4,5 = M	8,5 = H	9 = H	9 = H	8 = H	9 = H	9 = H

Tabel 1: Kwaliteitsevaluatie artikels (reviews): Aangepast overgenomen uit Critical appraisal checklist for a systematic review door het Dept. of General Practice University of Glasgow, z.d.

#### Bijlage 4: Vragenlijst interviews

- Wat is uw specifieke functie binnen het MOC?
- Zijn alle patiënten die besproken worden in het MOC oncologisch?

#### Bespreking patiënten

- Is er een specifieke volgorde die wordt gehanteerd voor de bespreking van de casussen?
- Worden patiënten op het laatste van de lijst nog evenveel besproken? Dezelfde kans op advies?
- Vindt u dat elke patiënt voldoende besproken wordt?

#### Structuur MOC

- Vindt u de structuur van het MOC/overleg goed? En waarom?
- Wordt afwezigheid van disciplines op voorhand gemeld?
- Voor welke taken wordt Ultragenda gebruikt?

#### Efficiëntie MOC

- Wat draagt volgens u bij aan een efficiënt MOC? (Algemeen gezien)
- Wat zorgt er voor dat een MOC/MDT goed kan samenwerken? (Teamwerk, onderlinge samenwerking).
- Als er dan een verschil in beslissing is, niet tot een consensus gekomen wordt, hoe wordt dat dan opgelost/genoteerd?
- Zijn er elementen die u storend vindt tijdens het MOC?

#### Bijdrage MOC

- Niet iedereen heeft een gelijke bijdrage in het MOC, vindt u dit goed?

#### Sfeer/cultuur MOC

- Hoe zou u de sfeer/cultuur in uw MOC omschrijven?
- Is er voldoende respect is voor elke deelnemer?

### Kwaliteiten voorzitter

- Welke kwaliteiten moet een goede voorzitter of leider van een MOC hebben?
- Heeft de voorzitter van uw MOC die kwaliteiten?
- Wat is het verschil tussen de MOC-voorzitter en de coördinator van de tumorwerkgroep?

### Inhoudelijk

- Worden de Psycho-sociale context en het patiëntenperspectief (volgens u) voldoende aangehaald tijdens het MOC?
- Is er een vorm van evaluatie waarbij gekeken wordt of alle nodige informatie van elke patiënt voldoende besproken wordt? Of om na te gaan of alle (niet-medische) factoren aangehaald worden tijdens het MOC?
- Zou het een oplossing zijn om met een checklist te werken tijdens het overleg zodat er geen belangrijke zaken vergeten worden?
- De beste persoon om de wensen, belangen en visie van de patiënt te vertegenwoordigen in het MOC is de arts die de patiënt gezien heeft? Dat klopt?

### Besluitvormingsproces

- Wat zijn de hoofdredenen voor het niet implementeren van de aanbevelingen van het MOC? Weigering patiënt of arts die het advies niet wenst op te volgen, klopt dat?

### Infrastructuur & fysieke omgeving

- Is er een (belangrijke) fysieke belemmering voor efficiënt/doeltreffend MOC-overleg in het lokaal waar het overleg plaatsvindt? Iets dat ontbreekt of stoort om efficiënt te kunnen overleggen/overleg plegen?
- Wie heeft toegang tot platformen (visualisatie-/image-programma's) voor het tonen van beeldmateriaal zoals PACs bvb.? Wie heeft toegang tot het EPD en COZO?
- Wordt er gebruik gemaakt van video-/teleconferenties? Indien niet: Is dat volgens u een voor- of een nadeel en waarom?
- Welke additionele technologie zou volgens u de effectiviteit/efficiëntie van een MOC kunnen verbeteren?
  - o Is daar een budget voor voorzien?
- Is er technologische ondersteuning beschikbaar als de apparatuur bvb. Niet goed meer werkt of er problemen zijn met de IT-systemen?

- Is de apparatuur en technologie goed genoeg voor een efficiënt overleg (snelheid van laden beeldmateriaal, mogelijkheid om informatie van een ander ziekenhuis te raadplegen)?
- Zou u het een meerwaarde vinden als er een (extra) scherm is of als de mogelijk er is om de aanbevelingen in het EPD te kunnen zien op de projectie/het scherm terwijl de aanbevelingen in het EPD getypt worden? Of om het EPD geprojecteerd te zien (info, voorgeschiedenis, patiëntenperspectief, ...)

### Organisatie, administratie, voorbereiding MOC

- Wie organiseert het MOC?
- Welke voorbereiding moet voor aanvang van het overleg gebeuren zodat het MOC efficiënt kan verlopen?
- Vindt u dat u voldoende tijd hebt voor het voorbereiden van het MOC?
- Vindt u het tijdstip van de MOC goed?
- Zijn er voldoende middelen ter beschikking voor het uitvoeren van de huidige manier van werken van het MOC?
- Heeft u met de huidige beschikbare middelen (aantal personeel, tijd, financiering) voldoende om uw taak mbt het MOC goed te kunnen uitvoeren?
  - o Mocht er iets zijn dat u zou kunnen veranderen ter ondersteuning van uw functie (ivm middelen), wat zou dat zijn?
- Vindt u dat er voldoende (organisatorische) ondersteuning is vanuit het beleid?
- Indien uw MOC zou uitbreiden (aantal patiënten), zou dat mogelijk zijn met de huidige middelen/ondersteuning?

### Evaluatie werking MOC

- Is er een jaarlijkse audit of evaluatie betreffende het MOC (welke disciplines, qua tijd, registratie van gegevens (los van de registratie van de kankerregistratie)?
  - o En zo ja, door wie (het team zelf, externe partij)?
  - o Indien niet, zou dat de efficiëntie van het MOC kunnen bevorderen?
- Is er een terugkoppeling van de geregistreerde gegevens (kankerregistratie bvb.) naar de tumorgroep?
- Wordt gebruik gemaakt van een oncologisch handboek binnen uw tumorgroep? Zo ja, wordt dat regelmatig geüpdatet (en door wie)?

- Gebeurt een terugkoppeling van de verwijzer naar het MOC nadat er advies gegeven wordt?
- Beoordeelt het MDT zijn eigen effectiviteit/prestaties en worden die vergeleken met die van andere MDT's?
- Welke andere meetinstrumenten (ander dan observatie en interviews) kunnen volgens u gebruikt worden om de performantie van een MOC te evalueren?
- Wordt er kennis gedeeld tussen andere MDT's met dezelfde problematieken?

### Workload

- Betekent het MOC een verzwaring of verlichting van uw workload?

### Aanmelding patiënten

- Worden ook patiënten besproken die niet wettelijk verplicht moeten besproken worden op een MOC?
- Hoe worden patiënten aangemeld voor bespreking op een MOC (andere kanalen dan via website UZ Gent)?

### Algemeen

- Mocht er één iets zijn dat u zou kunnen veranderen om deze MOC efficiënter te maken, wat zou dat zijn?
- Wat zou u kunnen helpen om uw (persoonlijke) bijdrage aan het overleg te verbeteren?
- Welke vormen van training, opleiding of hulpmiddelen zou u persoonlijk of voor het team nuttig vinden ter ondersteuning van een efficiënt MOC?
- Zou u informatie/details kunnen geven over trainings-/opleidingscursussen of hulpmiddelen ter ondersteuning van MDT-ontwikkeling waarvan u zich bewust bent?
- Zijn er opleidingen/vormingen die de samenwerking tussen verschillende disciplines of het efficiënter verloop van het MOC (betere manier van werken) kunnen bevorderen?
- Welke voordelen of nadelen associeert u met het MOC, het MDT samenwerken?
- Heeft u nog opmerkingen of zaken die u wil meegeven?

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 5: MDT-OARS (Taylor et al., 2012b)

Additional File 1: Measuring the quality of MDT working: an observational approach (Taylor et al, BMC Cancer)

# MDT-OARS (Observational Assessment Rating Scale) In-vivo proforma

## Team Information

Team ID number:

Date of observation:

Team composition details	
<b>Total number of people present at the meeting</b>	
<b>Are any core members missing?</b> (Check meeting attendance list/confirm with MDT co-ordinator to assess this. See below for guidance on who constitutes core member)	

### Core members of colorectal MDT (taken from Improving Outcomes Guidance for Colorectal Cancer)

**At least two specialist surgeons**  
**Oncologist**  
**Diagnostic radiologist with gastro-intestinal expertise**  
**Histopathologist**  
**Skilled colonoscopist of any discipline (surgeon, physician or specialist nurse)**  
**Clinical Nurse Specialist (CNS) – focus on providing information and support**  
**Palliative care specialist (doctor or nurse) who should work with palliative care services in the community**  
**Meeting co-ordinator**  
**Team secretary [in small teams the MDT co-ordinator may act as secretary]**



## Layout of Room

Please sketch a layout of the room in the box below in regards to positioning of table(s), layout of seating, and screens and identify where core members are seated.

**Code:**

LC: lead clinician (specialty in brackets e.g. if a surgeon LC (S))

S: Surgeon R: Radiologist

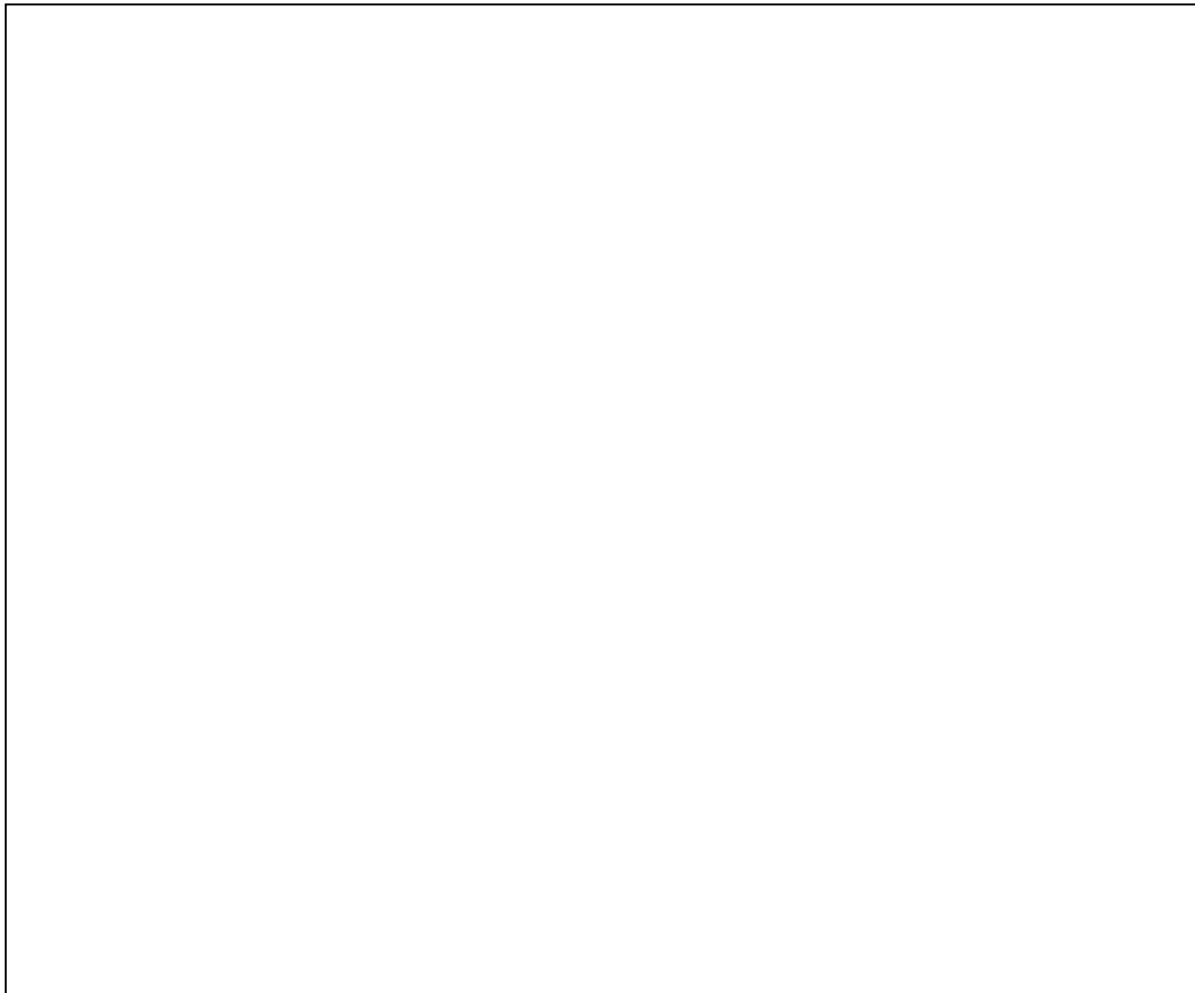
G: Gastroenterologist P: Pathologist

CNS: Clinical Nurse Specialist O: Oncologist

N: other nurse

MDT: MDT coordinator

NB: if LC is not the Chair please indicate who the chair is.



**SUPPORTING INFRASTRUCTURE**

**Meeting venue:**

Describe room size and layout if not obvious from layout of room overleaf  
Describe lighting, location, temperature, ability to view diagnostics

**Technology and equipment:**

Describe imaging facilities (PACS? Lightbox? Current and retrospective imaging?)  
Describe pathology facilities (Microscope? Projection of slides? Current and retrospective?)  
Availability of multiple screens for simultaneous viewing? Y/N

**Additional File 2: Case discussion proforma** (to be completed for each case discussion observed)

**Team:** **Start/ finish time:**  
**Patient no:** **Total time:**  
**Number of patients on agenda:**  
**Number of unscheduled patients:**

**Patient status:** (1) pre-treatment; (2) post-treatment; (3) recurrence; (4) advanced disease

**Reason for bringing to MDM (describe/unknown):**

Case discussion		
	Team members involved	Detail
<b>Chairing</b> ( <i>introduces, asks for input, summarizes</i> )		
<b>Case presentation</b> ( <i>e.g. preparation; info easily found and given coherently and comprehensively; evidence of familiarity with patient</i> )		
<b>Presentation of diagnosis/staging</b> ( <i>inc whether path/rad reports are presented/missing etc</i> )		
<b>Treatment planning/decision-making</b> ( <i>inclusiveness; consensual decision</i> )		
<b>Content of discussion</b>	<b>Please tick</b>	
<b>Psychosocial issues, e.g. family support, mental health concerns</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Demography, e.g. age</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Co-morbidities</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Patient wishes/ family preferences</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Discussions of research, e.g. enrolling patient in a trial or research evidence</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Team-working</b>		
<b>Discussion/challenge of previous diagnostic decisions</b>	Y/N Who?	
<b>Disrespect (e.g concurrent discussion, interruption, not valuing contributions)</b>	Y/N Who?	
<b>Tension &amp; conflict</b>	Y/N Who between?	
<b>Team sociability</b>	Y/N: Who?	

**Final management recommendation (describe including how it is summarized and who by):**

**Clear?** Y/N **Agreed by All?** Y/N

**Complexity of case:** complex/routine/other **Time spent discussing case:** too much/too little/about right



Metric for the  
Observation of  
Decision-making



#	Site	point	Information						Discussion							OUTCOME		
			Hx	X-ray	Path	Psy/soc/ comorbid	Patient view	Chair	Surg	Phys	Oncolo	Nurse	Radiolo	Histopath	MDTC	Y/D/N	Free text	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

#	Site	point	Information						Discussion							OUTCOME		
			Hx	X-ray	Path	Psy/soc/	comorbid	Patient view	Chair	Surg	Phys	Oncolo	Nurse	Radiolo	Histopath	MDTC	Y/D/N	Free text
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		

#	Site	point	Information						Discussion							OUTCOME		
			Hx	X-ray	Path	Psy/soc/	comorbid	Patient view	Chair	Surg	Phys	Oncolo	Nurse	Radiolo	Histopath	MDTC	Y/D/N	Free text
41																		
42																		
43																		
44																		
45																		
46																		
47																		
48																		
49																		
50																		
51																		
52																		
53																		
54																		
55																		
56																		
57																		
58																		
59																		
60																		

History	5	Fluent, comprehensive case history	Psycho-social	5	Comprehensive first-hand knowledge of patients' personal circumstances, social and psychological issues.
	3	Partial case history		3	Vague first-hand knowledge or good second-hand knowledge of personal circumstances, social and psychological issues.
	1	No patient case history		1	No knowledge of personal circumstances, social and psychological issues.
x-ray	5	Radiological images	Co-morbidity	5	Comprehensive first-hand knowledge of past medical history and performance status
	3	Radiological information from a report/ account		3	Vague first-hand knowledge, or good second-hand knowledge of past medical history or performance status
	1	No provision of radiological information		1	No knowledge of past medical history or performance status
Pathology	5	Histopathological information from pathologist	Patient's views	5	Comprehensive first-hand knowledge of patient's wishes or opinions regarding treatment
	3	Histopathological information from a report/account		3	Vague first-hand knowledge, or good second-hand knowledge of patient's wishes or opinions regarding treatment
	1	No provision of Histopathological information		1	No knowledge of patient's wishes or opinions regarding treatment
Chair	5	Good leadership enhanced team discussion and decision making	Members	5	Clear contribution of speciality.
	3	Leadership neither enhanced or impeded team discussion and decision making		3	Contribution inarticulate or vague
	1	Poor/inadequate leadership impeded team discussion and decision making		1	No contribution
Point	Pre Rx	Pre treatment	Decision	Y	Clear decision about treatment(s) to be offered
	Post Rx	Post treatment		D	Decision to defer to next MDT
	R	Recurrence/ surveillance		N	No decision/decision unclear

## Bijlage 7: Basiscodeerboom Nvivo

### Basis codeerboom

#### Nodes

Name
1. The team
1. Membership
1. All relevant professions or disciplines - core and extended members - are represented in the team
2. The MDT co-ordinator is recognised as a core member of the team - they sit where they can hear and see everything
3. Cross cover or deputies with authority to support recommendations are in place to cover planned (and where possible unplanned) absences - advanced notice is given of core member absence so that this cover can be organised if possible
4. Members have the level of expertise and specialisation required by the MDT in question, where there are no relevant peer review measures or accreditation for these roles the issue of clinical competence is for the relevant professional body to determine
2. Attendance
1. MDT members (core and extended) have dedicated time included in their job plans to prepare for, travel to and attend MDT meetings, the amount of time is negotiated locally to reflect their workload and varies according to discipline and cancer type
2. Core members are present for the discussion of all cases where their input is needed-it is for the chair to decide whether there is adequate representation at a single meeting to make safe recommendation about any-all patients, the action to take if not
3. Every effort should be made to ensure that a clinician who has met the patient whose case is being discussed is present at the meeting
4. The chair is responsible for raising concerns about non-attendance of particular member sand escalating these concerns if regular nonattendance is impacting on the quality of MDT working-recommendations. Frequent nonattendance is addressed
5. A register of attendance is maintained – members signing in and out (with times) supports assessment of attendance
6. Extended members and non members attend for the cases that are relevant to them
7. Anyone observing MDT meetings should be introduced to team members and their details included on the attendance list
3. Leadership



Name
1. There is an identified leader or chair of the MDT and a deputy to cover when necessary – the leader and the chair do not have to be the same person
2. The MDT chair is responsible for the organisation and the running of the MDT meetings
3. The chair has skills in the following areas
a. Meeting management
b. Listening and communication
c. Interpersonal relations
d. Managing disruptive personalities and conflict
e. Negotiations
f. Facilitating effective consensual clinical decision-making
g. Time-management
4. The chair
a. Prepares and-or agrees the agenda with the MDT co-ordinator
b. Ensures the meeting is quorate and takes action if not
c. Ensures all relevant cases are discussed and prioritised as necessary
d. Ensures all relevant team members are included in discussions
e. Ensures discussions are focussed and relevant
f. Ensures good communications and a pro-discussion environment
g. Promotes evidence-based and patient-centred recommendations and ensures that eligibility for relevant clinical trial recruitment is considered
h. ensures the current patient discussion and treatment or care plan recommendations are complete before the next patient discussion starts
i. Ensures relevant demographic and clinical data items are recorded
j. Ensures recommendations are clearly summarised, recorded and fed back to the patient, GP and clinical team within a locally agreed timeframe
k. Ensures that it is clear who is going to take any resulting actions post meeting and that this is minuted

Name
5. The MDT leader (who may also be the chair) has a broader remit not confined to the MDT meetings. They are responsible for
a. Issues of governance eg. setting clear objectives or purpose for the team or what is expected of members etc.
b. Ensuring that others in the organisation have an understanding of the role of the MDT and why it is important in cancer care
c. Negotiating locally for funding or resources needed for the MDT to be effective
d. Escalating issues of concern that may impact on safety of MDT recommendations etc
4. Team working and culture
1. Each MDT member has clearly defined roles and responsibilities within the team which they have signed up to and which are included in their job plans
2. The team has agreed what is acceptable team behaviour or etiquette including
a. Mutual respect and trust between team members
b. An equal voice for all members - different opinions valued
c. Resolution of conflict between team members
d. Encouragement of constructive discussion or debate
e. Absence of personal agendas
f. Ability to request and provide clarification if anything is unclear
3. MDT members play a role in sharing learning and best practice with peers
5. Personal development and training
1. Team members recognise the need for continued learning and individual members are supported to gain the necessary knowledge and skills for their roles and responsibilities within the MDT and for their respective professional role – support is available
2. There are networking opportunities to share learning and experiences with other MDTs in the same Trust and potentially in other Trusts in the Network or beyond
3. There is access to training opportunities as required to support an individual's role in the MDT in areas such as
a. Leadership skills
b. Chairing skills

Name
c. Communication skills including listening, presenting and, where relevant, writing
d. Time management
e. Confidence & assertiveness
f. Use of IT equipment eg. video-conferencing
g. Knowledge of anatomy, oncology, radiology and pathology (for members not expert in these areas)
4. There is a teaching and training role for MDTs both within the team itself (eg.bringing patient cases back) and beyond (eg. for clinicians in training)
2. Infrastructure for meetings
1. Physical environment of meeting venue
1. There is a dedicated MDT room in a suitable (quiet) location with sound proofing if necessary to ensure confidential discussions
2. The room is environmentally appropriate in size and layout ie. all team members have a seat and are able to see and hear each other and view all presented data (eg. diagnostics) within and across hospital trusts
2. Technology and equipment (availability and use)
1. Rooms where MDT meetings take place have
a. Access to equipment for projecting and viewing radiology images including retrospective images
b. Facilities for projecting and viewing specimen biopsies or resections and accessing retrospective pathology reports
c. Connection to PACS
d. Access to a database or proforma to enable documentation of recommendations in real-time
e. Projection facilities so members can view and validate the recommendations being recorded
f. Facilities (when needed) to see and speak to members who are off site (eg.video-conferencing) and share all information that will be viewed (eg. images and reports) with them.
2. There is commitment or buy-in from all sites to provide technology and equipment (including video-conferencing) that is good quality and reliable, up to at least a minimum network wide specification, which takes into account issues such as

Name
a. Standards of data transfer
b. Image quality
c. Bandwidth - speed for loading images, time delay for discussions
d. Inter-hospital compatibility or cross-site co-ordination etc.
3. There is technical support for MDT meetings so that assistance can be provided in a timely fashion (ie. during the meetings) if there are problems with any IT systems or video-conf. links during the meeting, the quality of MDT decision making can be...
3. Meeting organisation and logistics
1. Scheduling of MDT meetings
1. MDT meetings take place regularly (as set out in Manual of Cancer Services).
2. MDT meetings are held during core hours where possible - ('core hours' are defined locally and included in staff job plans) and are set up so as not to clash with related clinics that core members need to attend, such clinics follow MDT meetings where..
2. Preparation prior to MDT meetings
1. Processes are in place to ensure that all patients diagnosed with a primary cancer have their case considered by the relevant MDT and it is clear when patient cases can be taken back to MDTs including when discussion of patients with metastatic disease
2. There is a locally agreed cut-off time for inclusion of a case on the MDT list or agenda and team members abide by these deadlines – there is flexibility for cases that may need to be added at the last minute due to clinical urgency
3. Cases are organised on the agenda in a way that is logical for the tumour area being considered and sufficient time is given to more complex cases – the structure of the agenda allows, for example, the pathologist to leave if all cases requiring their
4. The structured agenda or patient list is circulated prior to the meeting if members agree this would be useful
5. A locally agreed minimum dataset of information about patients to be discussed should be collated and summarised prior to MDT meetings wherever possible – this should include diagnostic information (pathology and radiology), clinical information (including co-morbidities, psychosocial and specialist palliative care needs) and patient history, views and preferences where known. It is important that any data items collected locally that are in existing national datasets or are within the NHS Data Dictionary are in line with these data definitions and codes when collected.
6. Members know what information from the locally agreed minimum dataset of information they will be expected to present on each patient so that they can prepare and be ready to share this information (or have delegated this to another member if they cannot attend) prior to and/or at the meeting.

Name
3. Organisation and administration during MDT meetings
1. It is clear who wants to discuss a particular patient and why they are being discussed
2. A locally agreed minimum dataset of information is presented on each patient including diagnostic information (pathology and radiology), clinical information (including co-morbidities, psychosocial and specialist palliative care needs) and patient history, views and preferences – the focus is on what the team need to hear to make appropriate recommendations on the patient in question. It may not, for example, be necessary to show/discuss the pathological or radiological findings in all cases.
3. There is access to all relevant information at the meeting including patient notes, test results/images/samples (past and present) and appointment dates (or a proforma /summary record with the necessary information) along with access to PAS, radiology & pathology systems etc – relevant past material should be reviewed prior to the meeting if it is not accessible during the meeting.
4. Electronic databases are used to capture recommendations during the meeting (including the rationale for the decision and any uncertainties or disagreements about the recommendations)– a standard pro-forma is used where such a database is not available
5. Core data items are collected during the meeting and cancer datasets completed in real time (where feasible) – training may be required to ensure accurate recording of real-time information to minimise the impact on (ie slowing down) the MDT discussion. Some MDTs will wish to collect as much of the core data items before the meeting to save time – the function of the MDT is then to check these are correct. It is important that any data items collected locally that are in existing national datasets or are within the NHS Data Dictionary are in line with these data definitions and codes when collected.
6. Mobile phones are off or on silent during the meeting and if phone calls have to be taken during the meeting the person taking the call leaves the room
7. There is effective chairing and co-ordination throughout the meeting
4. Post MDT meeting and co-ordination of service
1. Processes are in place
a. For communicating MDT recommendations to patients, GPs and clinical teams within locally agreed timeframes eg. patient clinics on the same or next day as MDT meetings where feasible
b. For ensuring that patients' information needs are assessed and met
c. To ensure actions agreed at the meeting are implemented
d. To ensure the MDT is notified of significant changes made to their recommended treatment or care plan
e. To manage referral of patient cases between MDTs (including to MDTs in a different Provider)

Name
f. To track patients through the system to ensure that any tests, appointments, treatments are carried out in a timely manner eg. within cancer waits standards where applicable
2. Relevant items from cancer datasets are completed (if this has not been done in real time at the meeting)
4. Patient-centered clinical decision-making
1. Who to discuss
1. There are local mechanisms in place to identify all patients where discussion at MDT is needed
2. There are referral criteria in place so it is clear when to send a case to the MDT for consideration ie clarity on
a. Which patients should be discussed by the MDT
b. The clinical questions that need to be addressed by the MDT
c. What information has to be available for the MDT discussion to be productive
d. When to refer a patient on to another MDT (eg from a local to a specialist MDT)
3. There is local agreement about if or when patients with advanced or recurrent disease should be discussed at MDT meetings
4. A clinician can bring the case of a private patient to the MDT for discussion provided there is time on the agenda - any reimbursement arrangements are for local determination
2. Patient-centered care
1. Patients are aware of the MDT, its purpose, membership, when it meets and that their case is being or has been discussed and are given the outcome within a locally agreed timeframe
2. A patient's views or preferences or holistic needs are presented by someone who has met the patient whenever possible
3. A named individual at the MDT has responsibility for identifying a key worker for the patient
4. A named individual at the MDT has responsibility for ensuring that the patient's information needs have been or will be assessed and addressed
5. Patients are given information consistent with their wishes, on their cancer, their diagnosis and treatment options incl. therapies which may be available by referral to other MDTs, sufficient to make a well informed choice or decision on their treatment and care
3. Clinical decision-making process
1. A locally agreed minimum dataset of information is provided at the meeting ie the information the MDT needs to make informed recommendations including diagnostic information (pathology

Name
<p>and radiology), clinical information (including co-morbidities, psychosocial and specialist palliative care needs) and patient history, views and preferences. It is important that any data items collected locally that are in existing national datasets or are within the NHS Data Dictionary are in line with these data definitions and codes when collected.</p>
<p>10. Where a recommendation cannot be made because of incomplete data or where new data becomes available at a later stage it should be possible to bring the patient case back to the MDT for further discussion</p>
<p>11. It is clear who will communicate the MDT recommendation(s) to the patient, GP and clinical team, how and by when and this is minuted.</p>
<p>12. MDTs collect social demographic data (on age, ethnicity and gender as a minimum) and consider that data periodically to reflect on equality of access to active treatments and to other aspects of treatment, care and experience – Information relating to these issues will/should be on PAS (based on NHS Data Dictionary definitions) and MDTs should link up to the source of these data on PAS rather than create separate data capture processes.</p>
<p>2. MDTs consider all clinically appropriate treatment options for a patient even those they cannot offer or provide locally</p>
<p>3. MDTs have access to a list of all current and relevant clinical trials (including eligibility criteria) particularly those in the NCRN portfolio and consider patients' suitability for appropriate clinical trials as part of the decision-making process - the relevant trial co-ordinator/research nurse attends MDT meetings where feasible.</p>
<p>4. Standard treatment protocols are in place and used whenever appropriate</p>
<p>5. A patient's demographic profile and co-morbidities are always considered - age does not in itself act as a barrier to active treatment</p>
<p>6. A patient's psychosocial and supportive &amp; palliative care issues are always considered (eg. via holistic needs assessment)</p>
<p>7. A patient's views, preferences and needs inform the decision-making process when relevant or possible</p>
<p>8. The clinical–decision making process results in clear recommendations on the treatment or care plan resulting from the meeting. These recommendations are</p>
<p>a. Evidence-based (eg. in line with NICE and-or cancer network guidelines);</p>
<p>b. Patient-centred (in line with patient views and preferences when known and taking into account co-morbidities)</p>
<p>c. In line with standard treatment protocols unless there is a good reason against this, which should then be documented</p>
<p>9. MDT recommendations are only as good as the information they are based on – if there are concerns that key data is missing this should be documented.</p>

Name
5. Team Governance
1. Organisational support
1. There is organisational (employer) support for MDT meetings and MDT membership demonstrated via
a. Recognition that MDTs are the accepted model by which to deliver safe and high quality cancer care
b. Adequate funding or resources in terms of people, time, equipment and facilities for MDT meetings to operate effectively (as set out in this document)
2. Trusts consider their MDTs' annual assessments and act on issues of concern (see 5.3.10).
2. Data collection, analysis and audit of outcomes
1. Data collection resource (ie. the ability to capture relevant information in a timely manner etc) is available to the MDT
2. Key information that directly affects treatment decisions (eg. staging, performance status and co-morbidity) is collected by the MDT
3. Mandated national datasets are populated prior to or during MDT meetings where possible and appropriate – if this is not possible this takes place shortly after the meetings
4. Data collected during MDT meetings (including social demographic data extracted from PAS) is analysed and fed back to MDTs to support learning
5. The MDT takes part in internal and external audits of processes and outcomes and reviews audit data (eg. to confirm that treatment recommendations match current best practice and to consider trial recruitment) taking action to change practice etc where necessary
6. MDTs consider and act on clinical outcomes data as they become available eg. through peer review, NCIN clinical reference groups etc
7. Patient experience surveys include questions relevant to MDT working and action is taken by MDTs to implement improvements needed in response to patient feedback
3. Clinical governance
1. The purpose of the MDT and its expected outputs are clearly defined locally
10. MDTs reflect, at least annually, on equality issues, for example, that there is equality of access to active treatments and other aspects of treatment, care and experience for all patients
11. The MDT assesses (at least annually) its own effectiveness or performance and where possible benchmarks itself against similar MDTs making use of cancer peer review processes and other national tools as they become available – results of the assessment
2. There are agreed policies, guidelines or protocols for



Name
a. How the MDT operates
b. Who the core and extended members are
c. The roles of members
d. How members should work together
e. How changes in clinical practice are to be managed
f. Communications post meetings eg. to patients, GPs and other clinical colleagues
3. User Partnership Groups are given the opportunity to advise on the development of MDT policy and practice – they are given feedback in response to their advice including actions taken in response to their recommendations
4. MDT policies, guidelines and protocols are reviewed at least annually
5. There are mechanisms in place to
a. Record the MDT recommendation(s) versus the actual treatment given and to alert the MDT if their treatment recommendation(s) are not adopted and the reason for this – the MDT has regular opportunities to review and act on learning from such cases
b. Ensure that the MDT is alerted to serious treatment complications and adverse or unexpected events or death in treatment - the MDT has regular opportunities to review and act on learning from such cases
6. There are strategies in place to monitor
a. The proportion of patients discussed without sufficient information to make recommendations or take action at that meeting
b. The proportion of patients offered and-or receiving information recommended by the MDT
7. The MDT shares good practice and discusses local problem areas with MDTs within its own trust or Network
8. The MDT has representation on the Network Site Specific Group (NSSG) for its cancer site and that representative attends the meetings or sends a deputy
9. Significant discrepancies in pathology, radiology or clinical findings between local and specialist MDTs should be recorded and be subject to audit

Bijlage 8: *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)* (NCAT, 2010)



*National Cancer Action Team*

## The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)

---

February 2010



# Contents

	Page
Foreword	4
The Characteristics of an Effective MDT	5-6
Aim	5
Introduction	5-6
Categorisation of MDT Characteristics	7-17
The team	8-10
Membership	8
Attendance	8
Leadership	9
Team working & culture	10
Personal development & training	10
Infrastructure for Meetings	11
Physical environment of meeting venue	11
Technology & equipment (availability & use)	11
Meeting Organisation & Logistics	12-13
Scheduling of MDT meetings	12
Preparation prior to MDT meetings	12
Organisation/administration during MDT meetings	12
Post MDT meeting Ico-ordination of service	13
Patient-Centred Clinical Decision-Making	14-15
Who to discuss?	14
Patient-centred care	14
Clinical decision-making process	15
Team Governance	16-17
Organisational Support	16
Data collection, analysis and audit of outcomes	16
Clinical governance	17
Next Steps	18
More Information	18

## Foreword by the National Cancer Director

Before the early 1990s only a relatively small proportion of cancer patients benefited from their care being managed by a MDT of cancer specialists. Such teams had existed for decades for some cancers in some hospitals but this was the exception not the rule. Before MDTs were established:

- diagnostic assessments were often made, and cancer treatments often delivered, by generalists without the necessary knowledge and skills related to a specific cancer;
- staff were often working in isolation – there was little direct discussion between physicians, surgeons, radiologists, pathologists and oncologists about the clinical, radiological and pathological features of individual cases and as a result, some factors relevant to decision making were being missed and in some cases patients were not being considered for treatments such as radiotherapy and chemotherapy when these might have been beneficial;
- information was not being collated, making audit virtually impossible and hampering the onward flow of data to cancer registries;
- communication with patients was often poor - they received little written information or support – as was communication between primary, secondary and tertiary care.

Cancer MDTs were established to overcome these and other challenges and there are now around 1500 in England. There is a widespread perception that MDT working has brought benefits to patients and that decision making has improved.

While we have rightly focused on getting MDTs in place over recent years we now need to turn our attention to how these MDTs are working.

Over 2000 MDT members responded to a survey in early 2009 to give us their views on what makes an MDT effective. We have built on their views and those of stakeholders who have attended workshops and meetings to produce a set of characteristics that define how an effective MDT would work.

I would encourage you to:

- look at these characteristics and see how your MDT(s) compares with them;
- initiate discussions within your MDT(s) and Trust(s) about what actions might need to be taken locally to bring MDTs in line with these characteristics.

These characteristics will form the framework for a broader programme of work which is being led by the National Cancer Action Team to support MDT development during 2010. I hope you find them useful.



**Professor Sir Mike Richards**  
National Cancer Director

# The Characteristics of an Effective MDT

## Aim

This document sets out the characteristics of an effective MDT as identified by the responses of over 2000 MDT members to a survey in early 2009 about MDT working. It also takes into account additional views expressed at 6 workshops held in May 2009 plus a variety of ad hoc meetings with stakeholders. These characteristics will form the foundation on which the National Cancer Action Team's (NCAT) MDT development work programme will build. They may evolve over time.

## Introduction

The NHS Cancer Plan confirmed that *'the care of all patients with cancer should be formally reviewed by a specialist team'*. It went on to note that this would help ensure that *'all patients have the benefit of the range of expert advice needed for high quality care.'*

MDTs need to bring together staff with the necessary knowledge, skills and experience to ensure high quality diagnosis, treatment and care – core and extended team membership for different tumour MDTs is set out in the Manual for Cancer Services, 2004. The MDT meeting is about considering the patient as a whole not just about treating the cancer. To support this, an MDT should take account of the patient's views, preferences and circumstances wherever possible when considering their advice on the care that is most appropriate for the patient's condition.

An MDT makes recommendations rather than decisions. These recommendations can only be as good as the information available to the MDT at the meeting. The final decision on the way forward needs to be made by the patient in discussion with their clinician. MDTs should be alerted if there are significant changes to their recommendations and the reason for this so they have the opportunity to review and learn from these cases.

The initial focus of the MDT is a patient's primary treatment. It is for organisations to decide locally if/how patient cases should be re-considered (taking into account any relevant recommendations by NICE) beyond this point.

Effective MDT working should result in:

- treatment and care being considered by professionals with specialist knowledge and skills in the relevant aspects of that cancer type;
- patients being offered the opportunity to be entered into high quality and relevant clinical trials;
- patients being assessed and offered the level of information and support they need to cope with their condition;
- continuity of care, even when different aspects of care are delivered by different individuals or providers;
- good communication between primary, secondary and tertiary care;
- good data collection, both for the benefit of the individual patient and for the purposes of audit and research;
- improved equality of outcomes as a result of better understanding and awareness of patients' characteristics and through reflective practice;
- adherence to national and local clinical guidelines;
- promotion of good working relationships between staff, thereby enhancing their job satisfaction and quality of life;
- opportunities for education/professional development of team members (implicitly through the inclusion of junior team members and explicitly when meetings are used to devise and agree new protocols and ways of working);
- optimisation of resources – effective MDT working should result in more efficient use of time which should contribute to more efficient use of NHS resources more generally.

These outcomes are expected to be more likely in MDTs exhibiting the characteristics set out in this document.

The characteristics do not address the wider issue of MDT costs – this will be part of a separate work stream.

# Categorisation of MDT Characteristics

The characteristics of an effective MDT fall into a number of categories and sub-categories as set out below:

## **1. The Team**

- 1.1. Membership
- 1.2. Attendance
- 1.3. Leadership
- 1.4. Team working & culture
- 1.5. Personal development & training

## **2. Infrastructure for Meetings**

- 2.1. Physical environment of meeting venue
- 2.2. Technology & equipment (availability & use)

## **3. Meeting Organisation & Logistics**

- 3.1. Scheduling of MDT meetings
- 3.2. Preparation prior to MDT meetings
- 3.3. Organisation/administration during MDT meetings
- 3.4. Post MDT meeting /co-ordination of service

## **4. Patient-Centred Clinical Decision-Making**

- 4.1. Who to discuss?
- 4.2. Patient-centred care
- 4.3. Clinical decision-making process

## **5. Team Governance**

- 5.1. Organisational Support
- 5.2. Data collection, analysis and audit of outcomes
- 5.3. Clinical governance

The characteristics of an effective MDT based around these categories are set out in this document.



# 1. The team

## 1.1. Membership

- 1.1.1. All relevant professions/disciplines – core & extended members - are represented in the team in line with the Manual of Cancer Services.
- 1.1.2. The MDT co-ordinator is recognised as a core member of the team – they sit where they can hear and see everything.
- 1.1.3. Cross cover/deputies with authority to support recommendations are in place to cover planned (and where possible unplanned) absences - advanced notice is given of core member absence so that this cover (or alternative management) can be organised if possible.
- 1.1.4. Members have the level of expertise and specialisation required by the MDT in question – where there are no relevant peer review measures or accreditation for these roles the issue of clinical competence is for the relevant professional body or the Trust to determine.

## 1.2. Attendance

- 1.2.1. MDT members (core and extended) have dedicated time included in their job plans to prepare for, travel to (if necessary) and attend MDT meetings – the amount of time is negotiated locally to reflect their workload and varies according to discipline and cancer type.
- 1.2.2. Core members are present for the discussion of all cases where their input is needed – it is for the chair to decide (in consultation with others as he/she sees fit) whether there is adequate representation at a single meeting to make safe recommendations about any/all patients and the action to take if not.
- 1.2.3. Every effort should be made to ensure that a clinician who has met the patient whose case is being discussed is present at the meeting.
- 1.2.4. The chair is responsible for raising concerns about non-attendance of particular members (or their deputies) and escalating these concerns if regular non-attendance is impacting on the quality of MDT working/recommendations. Frequent non-attendance is addressed during appraisal processes & job plan reviews.
- 1.2.5. A register of attendance is maintained – members signing in and out (with times) supports assessment of attendance.
- 1.2.6. Extended members and non members attend for the cases that are relevant to them.
- 1.2.7. Anyone observing MDT meetings should be introduced to team members and their details included on the attendance list.

### 1.3. Leadership

1.3.1. There is an identified leader/chair of the MDT and a deputy to cover when necessary – the leader and the chair do not have to be the same person.

#### *Chair*

1.3.2. The MDT chair is responsible for the organisation and the running of the MDT meetings.

1.3.3. The chair has skills in the following areas:

- meeting management;
- listening & communication;
- interpersonal relations;
- managing disruptive personalities & conflict;
- negotiations;
- facilitating effective consensual clinical decision-making;
- time-management.

1.3.4. The chair:

- prepares and/or agrees the agenda with the MDT co-ordinator;
- ensures the meeting is quorate and takes action if not;
- ensures all relevant cases are discussed and prioritised as necessary;
- ensures all relevant team members are included in discussions;
- ensures discussions are focussed and relevant;
- ensures good communications/a pro-discussion environment;
- promotes evidence-based and patient-centred recommendations and ensures that eligibility for relevant clinical trial recruitment is considered;
- ensures the current patient discussion and treatment/care plan recommendations are complete before the next patient discussion starts;
- ensures relevant demographic and clinical data items are recorded;
- ensures recommendations are clearly summarised, recorded and fed back to the patient, GP and clinical team within a locally agreed timeframe;
- ensures that it is clear who is going to take any resulting actions post meeting and that this is minuted.

#### *Leader*

1.3.5. The MDT leader (who may also be the chair) has a broader remit not confined to the MDT meetings. They are responsible for:

- issues of governance eg. setting clear objectives/purpose for the team/what is expected of members etc;
- ensuring that others in the organisation have an understanding of the role of the MDT and why it is important in cancer care;
- negotiating locally for funding/resources needed for the MDT to be effective;
- escalating issues of concern that may impact on safety of MDT recommendations etc.

#### 1.4. Team working & culture

- 1.4.1. Each MDT member has clearly defined roles and responsibilities within the team which they have signed up to and which are included in their job plans.
- 1.4.2. The team has agreed what is acceptable team behaviour/etiquette including:
  - mutual respect & trust between team members;
  - an equal voice for all members - different opinions valued;
  - resolution of conflict between team members;
  - encouragement of constructive discussion/debate;
  - absence of personal agendas;
  - ability to request and provide clarification if anything is unclear.
- 1.4.3. MDT members play a role in sharing learning and best practice with peers.

#### 1.5. Personal development & training

- 1.5.1. Team members recognise the need for continued learning and individual members are supported to gain the necessary knowledge and skills for their roles and responsibilities within the MDT and for their respective professional role – support is available from the team, the organisation and nationally as appropriate and members take up relevant CPD opportunities.
- 1.5.2. There are networking opportunities to share learning and experiences with other MDTs in the same Trust and potentially in other Trusts in the Network or beyond.
- 1.5.3. There is access to training opportunities as required to support an individual's role in the MDT in areas such as:
  - leadership skills;
  - chairing skills;
  - communication skills including listening, presenting and, where relevant, writing;
  - time management;
  - confidence & assertiveness;
  - use of IT equipment eg. video-conferencing;
  - knowledge of anatomy, oncology, radiology & pathology (for members not expert in these areas).
- 1.5.4. There is a teaching & training role for MDTs both within the team itself (eg. bringing patient cases back) and beyond (eg. for clinicians in training).

## 2. Infrastructure for Meetings

### 2.1. Physical environment of meeting venue

- 2.1.1. There is a dedicated MDT room in a suitable (quiet) location with sound proofing if necessary to ensure confidential discussions.
- 2.1.2. The room is environmentally appropriate in size and layout ie. all team members have a seat and are able to see and hear each other and view all presented data (eg. diagnostics) within and across hospital trusts.

### 2.2. Technology & equipment (availability & use)

- 2.2.1. Rooms where MDT meetings take place have:
  - access to equipment for projecting and viewing radiology images including retrospective images;
  - facilities for projecting and viewing specimen biopsies/resections and accessing retrospective pathology reports;
  - connection to PACS;
  - access to a database or proforma to enable documentation of recommendations in real-time;
  - projection facilities so members can view and validate the recommendations being recorded;
  - facilities (when needed) to see and speak to members who are off site (eg. video-conferencing) and share all information that will be viewed (eg. images and reports) with them.
- 2.2.2. There is commitment/buy-in from all sites to provide technology and equipment (including video-conferencing) that is good quality and reliable, up to at least a minimum network wide specification, which takes into account issues such as:
  - standards of data transfer;
  - image quality;
  - bandwidth - speed for loading images, time delay for discussions;
  - inter-hospital compatibility / cross-site co-ordination etc.

This specification is kept under review and updated in light of technological advances.

- 2.2.3. There is technical support for MDT meetings so that assistance can be provided in a timely fashion (ie. during the meetings) if there are problems with any IT systems or video-conferencing links during the meeting – the quality of MDT decision making can be seriously affected when equipment fails.

## 3. Meeting Organisation & Logistics

### 3.1. Scheduling of MDT meetings

- 3.1.1. MDT meetings take place regularly (as set out in Manual of Cancer Services).
- 3.1.2. MDT meetings are held during core hours where possible - ('core hours' are defined locally and included in staff job plans) and are set up so as not to clash with related clinics that core members need to attend – such clinics follow MDT meetings where feasible.

### 3.2. Preparation prior to MDT meetings

- 3.2.1. Processes are in place to ensure that all patients diagnosed with a primary cancer have their case considered by the relevant MDT and it is clear when patient cases can be taken back to MDTs including when discussion of patients with metastatic disease/recurrence should take place.
- 3.2.2. There is a locally agreed cut-off time for inclusion of a case on the MDT list/agenda and team members abide by these deadlines – there is flexibility for cases that may need to be added at the last minute due to clinical urgency.
- 3.2.3. Cases are organised on the agenda in a way that is logical for the tumour area being considered and sufficient time is given to more complex cases – the structure of the agenda allows, for example, the pathologist to leave if all cases requiring their input have been discussed.
- 3.2.4. The structured agenda/patient list is circulated prior to the meeting if members agree this would be useful.
- 3.2.5. A locally agreed minimum dataset of information about patients to be discussed should be collated and summarised prior to MDT meetings wherever possible – this should include diagnostic information (pathology and radiology), clinical information (including co-morbidities, psychosocial and specialist palliative care needs) and patient history, views and preferences where known. It is important that any data items collected locally that are in existing national datasets or are within the NHS Data Dictionary are in line with these data definitions and codes when collected.
- 3.2.6. Members know what information from the locally agreed minimum dataset of information they will be expected to present on each patient so that they can prepare and be ready to share this information (or have delegated this to another member if they cannot attend) prior to and/or at the meeting.

### 3.3. Organisation/administration during MDT meetings

- 3.3.1. It is clear who wants to discuss a particular patient and why they are being discussed.

- 3.3.2. A locally agreed minimum dataset of information is presented on each patient including diagnostic information (pathology and radiology), clinical information (including co-morbidities, psychosocial and specialist palliative care needs) and patient history, views and preferences – the focus is on what the team need to hear to make appropriate recommendations on the patient in question. It may not, for example, be necessary to show/discuss the pathological or radiological findings in all cases.
- 3.3.3. There is access to all relevant information at the meeting including patient notes, test results/images/samples (past and present) and appointment dates (or a proforma /summary record with the necessary information) along with access to PAS, radiology & pathology systems etc – relevant past material should be reviewed prior to the meeting if it is not accessible during the meeting.
- 3.3.4. Electronic databases are used to capture recommendations during the meeting (including the rationale for the decision and any uncertainties or disagreements about the recommendations) – a standard pro-forma is used where such a database is not available.
- 3.3.5. Core data items are collected during the meeting and cancer datasets completed in real time (where feasible) – training may be required to ensure accurate recording of real-time information to minimise the impact on (ie slowing down) the MDT discussion. Some MDTs will wish to collect as much of the core data items before the meeting to save time – the function of the MDT is then to check these are correct. It is important that any data items collected locally that are in existing national datasets or are within the NHS Data Dictionary are in line with these data definitions and codes when collected.
- 3.3.6. Mobile phones are off or on silent during the meeting and if phone calls have to be taken during the meeting the person taking the call leaves the room.
- 3.3.7. There is effective chairing and co-ordination throughout the meeting.

#### **3.4. Post MDT meeting/co-ordination of services**

- 3.4.1. Processes are in place:
  - for communicating MDT recommendations to patients, GPs and clinical teams within locally agreed timeframes eg. patient clinics on the same or next day as MDT meetings where feasible;
  - for ensuring that patients' information needs are assessed and met;
  - to ensure actions agreed at the meeting are implemented;
  - to ensure the MDT is notified of significant changes made to their recommended treatment/care plan;
  - to manage referral of patient cases between MDTs (including to MDTs in a different Provider);
  - to track patients through the system to ensure that any tests, appointments, treatments are carried out in a timely manner eg. within cancer waits standards where applicable.
- 3.4.2. Relevant items from cancer datasets are completed (if this has not been done in real time at the meeting).

## 4. Patient Centred Clinical Decision-Making

### 4.1. Who to discuss?

- 4.1.1. There are local mechanisms in place to identify all patients where discussion at MDT is needed.
- 4.1.2. There are referral criteria in place so it is clear when to send a case to the MDT for consideration ie: clarity on:
  - which patients should be discussed by the MDT;
  - the clinical questions that need to be addressed by the MDT;
  - what information has to be available for the MDT discussion to be productive;
  - when to refer a patient on to another MDT (eg from a local to a specialist MDT).
- 4.1.3. There is local agreement about if/when patients with advanced/recurrent disease should be discussed at MDT meetings.
- 4.1.4. A clinician can bring the case of a private patient to the MDT for discussion provided there is time on the agenda - any reimbursement arrangements are for local determination.

### 4.2. Patient-centred care

- 4.2.1. Patients are aware of the MDT, its purpose, membership, when it meets and that their case is being/has been discussed and are given the outcome within a locally agreed timeframe.
- 4.2.2. A patient's views/preferences/holistic needs are presented by someone who has met the patient whenever possible.
- 4.2.3. A named individual at the MDT has responsibility for identifying a key worker for the patient.
- 4.2.4. A named individual at the MDT has responsibility for ensuring that the patient's information needs have been (or will be) assessed and addressed.
- 4.2.5. Patients are given information consistent with their wishes, on their cancer, their diagnosis and treatment options including therapies which may be available by referral to other MDTs, sufficient to make a well informed choice/decision on their treatment and care.

### 4.3. Clinical Decision-Making Process

- 4.3.1. A locally agreed minimum dataset of information is provided at the meeting ie the information the MDT needs to make informed recommendations including diagnostic information (pathology and radiology), clinical information (including co-morbidities, psychosocial and specialist palliative care needs) and patient history, views and preferences. It is important that any data items collected locally that are in existing national datasets or are within the NHS Data Dictionary are in line with these data definitions and codes when collected.
- 4.3.2. MDTs consider all clinically appropriate treatment options for a patient even those they cannot offer/provide locally.
- 4.3.3. MDTs have access to a list of all current and relevant clinical trials (including eligibility criteria) particularly those in the NCRN portfolio and consider patients' suitability for appropriate clinical trials as part of the decision-making process - the relevant trial co-ordinator/research nurse attends MDT meetings where feasible.
- 4.3.4. Standard treatment protocols are in place and used whenever appropriate.
- 4.3.5. A patient's demographic profile and co-morbidities are always considered - age does not in itself act as a barrier to active treatment.
- 4.3.6. A patient's psychosocial and supportive & palliative care issues are always considered (eg. via holistic needs assessment).
- 4.3.7. A patient's views, preferences and needs inform the decision-making process when relevant/possible.
- 4.3.8. The clinical-decision making process results in clear recommendations on the treatment/care plan resulting from the meeting. These recommendations are:
  - evidence-based (eg. in line with NICE and/or cancer network guidelines);
  - patient-centred (in line with patient views & preferences when known and taking into account co-morbidities);
  - in line with standard treatment protocols unless there is a good reason against this, which should then be documented.
- 4.3.9. MDT recommendations are only as good as the information they are based on – if there are concerns that key data is missing this should be documented.
- 4.3.10. Where a recommendation cannot be made because of incomplete data or where new data becomes available at a later stage it should be possible to bring the patient case back to the MDT for further discussion.
- 4.3.11. It is clear who will communicate the MDT recommendation(s) to the patient, GP and clinical team, how and by when and this is minuted.
- 4.3.12. MDTs collect social demographic data (on age, ethnicity and gender as a minimum) and consider that data periodically to reflect on equality of access to active treatments and to other aspects of treatment, care and experience – Information relating to these issues will/should be on PAS (based on NHS Data Dictionary definitions) and MDTs should link up to the source of these data on PAS rather than create separate data capture processes.



## 5. Team Governance

### 5.1. Organisational support

- 5.1.1. There is organisational (employer) support for MDT meetings and MDT membership demonstrated via:
- recognition that MDTs are the accepted model by which to deliver safe and high quality cancer care;
  - adequate funding/resources in terms of people, time, equipment and facilities for MDT meetings to operate effectively (as set out in this document).
- 5.1.2. Trusts consider their MDTs' annual assessments and act on issues of concern (see 5.3.10).

### 5.2. Data collection, analysis and audit of outcomes

- 5.2.1. Data collection resource (ie. the ability to capture relevant information in a timely manner etc) is available to the MDT.
- 5.2.2. Key information that directly affects treatment decisions (eg. staging, performance status and co-morbidity) is collected by the MDT.
- 5.2.3. Mandated national datasets are populated prior to or during MDT meetings where possible and appropriate – if this is not possible this takes place shortly after the meetings.
- 5.2.4. Data collected during MDT meetings (including social demographic data extracted from PAS) is analysed and fed back to MDTs to support learning.
- 5.2.5. The MDT takes part in internal and external audits of processes and outcomes and reviews audit data (eg. to confirm that treatment recommendations match current best practice and to consider trial recruitment) taking action to change practice etc where necessary.
- 5.2.6. MDTs consider and act on clinical outcomes data as they become available eg. through peer review, NCIN clinical reference groups etc.
- 5.2.7. Patient experience surveys include questions relevant to MDT working and action is taken by MDTs to implement improvements needed in response to patient feedback.

### 5.3. Clinical governance

5.3.1. The purpose of the MDT and its expected outputs are clearly defined locally.

5.3.2. There are agreed policies, guidelines or protocols for:

- how the MDT operates;
- who the core and extended members are;
- the roles of members;
- how members should work together;
- how changes in clinical practice are to be managed;
- communications post meetings eg. to patients, GPs and other clinical colleagues.

5.3.3. User Partnership Groups are given the opportunity to advise on the development of MDT policy and practice – they are given feedback in response to their advice including actions taken in response to their recommendations.

5.3.4. MDT policies, guidelines and protocols are reviewed at least annually.

5.3.5. There are mechanisms in place to:

- record the MDT recommendation(s) versus the actual treatment given and to alert the MDT if their treatment recommendation(s) are not adopted and the reason for this – the MDT has regular opportunities to review and act on learning from such cases;
- ensure that the MDT is alerted to serious treatment complications and adverse or unexpected events/death in treatment - the MDT has regular opportunities to review and act on learning from such cases.

5.3.6. There are strategies in place to monitor:

- the proportion of patients discussed without sufficient information to make recommendations/ take action at that meeting;
- the proportion of patients offered and/or receiving information recommended by the MDT.

5.3.7. The MDT shares good practice and discusses local problem areas with MDTs within its own trust/Network.

5.3.8. The MDT has representation on the Network Site Specific Group (NSSG) for its cancer site and that representative attends the meetings or sends a deputy.

5.3.9. Significant discrepancies in pathology, radiology or clinical findings between local and specialist MDTs should be recorded and be subject to audit.

5.3.10. MDTs reflect, at least annually, on equality issues, for example, that there is equality of access to active treatments and other aspects of treatment, care and experience for all patients.

5.3.11. The MDT assesses (at least annually) its own effectiveness/performance and where possible benchmarks itself against similar MDTs making use of cancer peer review processes and other national tools as they become available – results of the assessment are acted on by the MDT or employing organisation.

## Next Steps

The characteristics of an effective MDT set out in this document provide the framework for a broader work programme which is being led by the National Cancer Action Team. This work programme includes:

- liaising with the National Peer Review Team to see if any peer review measures can be refined, or added to, to help MDTs assess themselves against some of these characteristics;
- piloting approaches with MDTs to 'self assessment & feedback' in areas that are less suitable for peer review such as team working and leadership;
- identifying development /support needs of MDTs based on pilot work and seeking to address these needs;
- considering how a DVD could be used to, for example, demonstrate the impact on MDT working of different working practices and behaviours;
- developing a toolkit to share local practice associated with the characteristics of an effective MDT;
- liaising with the National Clinical Intelligence Network (NCIN) about data that it is feasible for MDTs to collect, what MDT system specifications might look like and how outcome data can be fed back to, and used by, MDTs.

## More information

If you wish to see the results of the survey on which the characteristics are largely based you can find them at [www.ncin.org.uk/mdt](http://www.ncin.org.uk/mdt)

If you have any queries about the MDT development programme or are interested in being involved please contact [cheryl.cavanagh@gstt.nhs.uk](mailto:cheryl.cavanagh@gstt.nhs.uk)





*National Cancer Action Team*



## ETHISCH COMITE

Universitair Ziekenhuis  
De Pintelaan 185  
9000 Gent

[ethisch.comite@UGent.be](mailto:ethisch.comite@UGent.be)

tel. +32 9 332 33 36 - +32 9 332 26 88 - +32 9 332 6854

fax +32 9 332 49 62



### Document D (scripties of Z-lijn)

**VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN prospectief observationeel ONDERZOEKSPROJECT en/of retrospectief onderzoeksproject OP GEZONDHEIDSGEGEVENS voor het maken van een scripties of Z-lijn (enkel verzameling van patiëntengegevens, vragenlijsten en interviews)**

**1. TITEL VAN DE SCRIPTIE : OPTIMALISEREN VAN MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN ONCOLOGIE: EEN MULTIPLE CASESTUDY ONDERZOEK**

RETROSPECTIEF

PROSPECTIEF

**2. ONDERZOEK IN FUNCTIE VAN:**

BACHELOR SCRIPTIE

- NAAM STUDENT:
- OPLEIDING:
- NAAM HOGESCHOOL:
- EMAIL STUDENT:
- TEL. STUDENT:

MASTERSCRIPTIES OF Z-LIJN

- NAAM STUDENT: COORMAN ELINE
- OPLEIDING: MANAGEMENT EN BELEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG
- VOOROPLEIDING: BACHELOR ERGOTHERAPIE (ARTEVELDE HOGESCHOOL)
- NAAM FACULTEIT: GENEESKUNDE
- EMAIL STUDENT: [ELINE.COORMAN@UGENT.BE](mailto:ELINE.COORMAN@UGENT.BE)
- TEL. STUDENT: +32473238388

INDIEN WERKSTUDENT:

- VOOROPLEIDING:
- HOOGST BEHAALD DIPLOMA:
- WERKERVARING:

**3. GEGEVENS VAN DE HOOPDONDERZOEKER (PROMOTOR)[de eerste onderzoeker moet een persoon zijn die vast verbonden is aan de dienst UZ (geen ASO) of universiteit]**

- NAAM: PROFESSOR DR. VERONIQUE COCQUYT
- FUNCTIE: DIENSTHOOFD
- UZ DIENST : MEDISCHE ONCOLOGIE
- TELEFOONNUMMER:
- FAX:
- E-MAIL: [VERONIQUE.COCQUYT@UGENT.BE](mailto:VERONIQUE.COCQUYT@UGENT.BE)
- NAAM UZ DIENSTHOOFD: PROFESSOR DR. VERONIQUE COCQUYT OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER:

**4. GEGEVENS VAN DE MEDEWERKER(S) AAN HET ONDERZOEK**

- NAAM:
- FUNCTIE:

- UZ DIENST :
- OF FACULTEIT/VAKGROEP:
- TELEFOONNUMMER:
- FAX:
- E-MAIL:
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
- OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER:

**5. GEGEVENS VAN DE PROMOTOR + AFFILIATIE:**

- NAAM: MELISSA DE REGGE
- FUNCTIE: UNIVERSITAIR MEDEWERKER UZ GENT, GASTPROF UGENT
- UZ DIENST : STRATEGISCHE BELEIDSCEL
- OF FACULTEIT/VAKGROEP: INNOVATIE, ONDERNEMERSCHAP EN DIENSTENMANAGEMENT
- TELEFOONNUMMER: 09 332 42 09
- E-MAIL: MELISSA.DEREGGE@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
- OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PAUL GEMMEL

**6. SOORT ONDERZOEK**

- VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVENS ZIJN (= GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR HOOFDONDERZOEKER PERSOONLIJK BEHANDELD
- GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN OP DE DIENST VAN DE HOOFDONDERZOEKER MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
- VRAGENLIJSTEN (GELIEVE DEZE EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)
- INTERVIEW (GELIEVE DE VRAGEN EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

DE VRAGEN KUNNEN NOG NIET VOORGELEGD WORDEN OMDAT HET INTERVIEW PAS KAN OPGESTELD WORDEN NA OBSERVATIE VAN HET MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH OVERLEG. MOGELIJKE THEMA'S DIE KUNNEN AANGEHAALD WORDEN TIJDENS DE SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS ZIJN COMMUNICATIE, ADMINISTRATIE EN ORGANISATIE VAN EEN MOC. EVENALS DE KANSEN EN MOGELIJKHEDEN BETREFFENDE DE PLANNING EN DE HUIDIGE MANIER VAN WERKEN. VERDER KUNNEN OOK ASPECTEN ZOALS TIJD EN DE OMGEVINGSCULTUUR BEVRAAGD WORDEN. DE INTERVIEWS WORDEN AFGENOMEN BIJ DE LEDEN VAN HET MOC.

- ZUIVER RETROSPECTIEF ONDERZOEK (NIET VERGETEN OM PER STUDENT EEN ONDERTEKEND INFORMATIE- EN WAARSCHUWINGSNOTA MEE IN TE DIENEN)

**7. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSPROJECT (MINIMUM 30 ZINNEN/EEN HALVE PAGINA) VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.**

Het optimaliseren van Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) betreft het observeren en in kaart brengen van het proces dat zich afspeelt tijdens dit overleg. Het doel van deze masterproef is om na te gaan of er elementen zijn die het proces en de organisatie van zo'n MOC zouden kunnen verbeteren. De onderzoeksvraag luidt dus: 'Hoe kan de organisatie en het verloop van een MOC geoptimaliseerd worden?'. De methode die gehanteerd wordt is casestudy onderzoek.

Wat centraal staat in het onderzoek, is het proces van het (multidisciplinair oncologisch) overleg. Het is niet de bedoeling om te veralgemenen hoe een multidisciplinair overlegproces in oncologie er uit ziet. Het is wel de bedoeling om door middel van verschillende cases na te gaan wat er kan geleerd worden over dat proces zelf. Op basis van die bevindingen kunnen dan eventuele aanbevelingen gemaakt worden en/of oplossingen voorgesteld worden die het proces van het MOC zouden kunnen verbeteren en/of optimaliseren.

Dataverzameling gebeurt aan de hand van observaties, interviews en het bestuderen van documentatie (exclusief patiëntendossiers). Voorafgaand aan de observaties

(bijwonen van MOC) en interviews (met de leden van het MOC) vindt een uitgebreide literatuurstudie plaats omtrent multidisciplinair (oncologisch) overleg, de mogelijke vormen/condities waarin MOC kan plaatsvinden, de mogelijke problemen inzake multidisciplinair (oncologisch) overleg, protocollen en reeds geïmplementeerde elementen/vormen van optimalisatie in multidisciplinaire teamvergaderingen. Op basis van de literatuurstudie kan eveneens een beeld geschetst worden van een potentieel beleidsprobleem dat zich ook kan voordoen in de te onderzoeken setting.

De observaties gebeuren door één student die het MOC bijwoont en het verloop/het proces er van observeert. Nadien kunnen interviews met leden van het MOC plaatsvinden om het proces zelf verder uit te diepen. Op geen enkel moment is er contact met patiënten of patiëntendossiers. Met de patiëntengegevens die aan bod komen tijdens het overleg wordt niets gedaan. Voor aanvang van de interviews en de observaties wordt een informed consent voorgelegd en getekend om zo de geheimhouding, anonimisering en bereidwillige medewerking van de deelnemers te verzekeren. Ook door de observator wordt de geheimhoudingsplicht nageleefd. De tumorgroepen die door mij worden onderzocht zijn 'Sarcomen en bottumoren' en 'Endocrinologie'.

#### 8. GEGEVENS OVER

- VOLWASSENEN IN STAAT TOESTEMMING TE GEVEN
- VOLWASSENEN NIET IN STAAT TOT TOESTEMMING
- MINDERJARIGEN
- STUDIE IN URGENTIESITUATIE
- GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DIE NIET LANGER IN FOLLOW UP NAAR DE ARTS OF HET ZIEKENHUIS KOMEN EN/OF ONDERTUSSEN OVERLEDEN ZIJN.

(MEERDERE KEUZES ZIJN MOGELIJK)

#### 9. GEGEVENS OVER

- GEZONDEN
- ZIEKEN

LIJDEND AAN:

- PERSONEEL, STUDENTEN

NADER OMSCHRIJVEN: PERSONEEL DAT DEELNEEMT AAN MULTIDISCIPLINAIRE VERGADERINGEN IN DE ONCOLOGIE (TOEGEWEZEN TUMORWERKGROEPEN), UZ GENT.

- GESLACHT
  - MAN
  - VROUW

#### 10. HOE WORDEN DEZE DEELNEMERS GERECRUTEERD?

DE DEELNEMENDE LEDEN VAN DE SPECIFIEKE TUMORWERKGROEPEN WAARVAN HET MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG KAN GEVOLGD WORDEN, ZULLEN DE DEELNEMERS AAN HET ONDERZOEK VORMEN OP VRIJWILLIGE BASIS.

#### 11. TOTAAL AANTAL DEELNEMERS IN DE STUDIE IN BELGIE?

- IN HET UZ GENT: MAXIMUM 25 (AFHANKELIJK VAN AANTAL TE OBSERVEREN TUMORGROEPEN)

- ANDERE LOKATIE:

OPGELET: HET EXPERIMENT IS ENKEL VERZEKERD VOOR HET HIER OPgegeven AANTAL. INDIEN MEN EXTRA DEELNEMERS WIL INCLUDEREN, ZAL MEN DIT VIA EEN AMENDEMENT MOETEN AANVRAGEN



**12. PERIODE VAN HET ONDERZOEK (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)**

VANAF GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ – 31/08/2018

**LET WEL OP: ELK EXPERIMENT OP MENSEN NA DE EINDDATUM IS NIET MEER GEDEKT DOOR DE VERZEKERING ZODAT OP DAT OGENBLIK U IN OVERTREDING BENT VAN DE WETTELIJKE BESCHIKKINGEN. U KAN EEN VERLENGING VAN HET EXPERIMENT BIJ DE COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK AANVRAGEN**

**13. WORDT DIT ONDERZOEKSPROJECT FINANCIEEL ONDERSTEUND DOOR DE INDUSTRIE?**

NEEN

JA:

FARMACEUTISCHE INDUSTRIE

NAAM:

ANDERE:

**14. WIE IS DE OPDRACHTGEVER?**

UZ GENT

UGENT

ANDERE

**15. VERZEKERING:**

DOOR WELKE VERZEKERINGSPOLIS BENT U GEDEKT?  
(WANNEER HET GEEN VERZEKERING IS AFGESLOTEN DOOR HET UZ/UGENT GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN)

~~UZGENT/UGENT/ANDERE~~ (SCHRAPPEN WAT NIET PAST) "NO FAULT"

ZUIVER DOSSIER ONDERZOEK ZONDER ENIG CONTACT MET DE PATIËNT OVER GEGEVENS VOOR INDIENING VAN DE AANVRAAG VERZAMELD (= RETROSPECTIEF NON-INTERVENTIONEEL ONDERZOEK) – GEEN VERZEKERING NODIG

**16. HET ONDERZOEK IS MONOCENTRISCH:**

JA

NEEN

WELKE CENTRA NEMEN NOG HIERAAN DEEL? NAAM, ADRES, TEL., FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER:

**17. WORDT VOOR DIT ONDERZOEK EEN INFORMED CONSENT GEVRAAGD AAN DE PATIËNT VOOR INZAGE VAN DOSSIER, AFNEMEN VRAGENLIJSTEN/INTERVIEW (STEEDS HET IC TER GOEDKEURING AAN HET EC VOORLEGGEN)**

JA

NEEN (ARGUMENTEREN WAAROM NIET)

ER WORDT EEN INFORMED CONSENT VOORGELEGD AAN DE DEELNEMERS VAN HET MOC EN DE DEELNEMERS VAN HET INTERVIEW. ER WORDEN GEEN PATIËNTENDOSSIERS GERAADPLEEGD.

INDIEN NEEN, ZAL DIT DOOR HET ETHISCH COMITÉ BESPROKEN WORDEN EN ZO DIT AANVAARBAAR GEACHT WORDT, ZAL AAN DE ONDERZOEKERS GEVRAAGD WORDEN DE INFORMATIE- EN WAARSCHUWINGSNOTA OVER DE VERWERKING VAN INFORMATIE VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK TE ONDERTEKENEN.

Projectnr. 200.../...:  
Project titel: *Optimaliseren van multidisciplinaire  
overleg in oncologie: een multiple casestudy onderzoek*

**Informatie- en waarschuwingsnota  
over de verwerking van informatie voor  
medisch-wetenschappelijk onderzoek**

*U werd gevraagd om mee te werken aan de verwerking van medische gegevens in het kader van wetenschappelijk onderzoek.*

*Het feit dat wetenschappelijk onderzoek onontbeerlijk is voor de verdere vooruitgang van de geneeskunde neemt niet weg dat het essentieel is om de privacy van patiënten maximaal te respecteren.*

*Dit betekent dat:*

- *U het beroepsgeheim strikt dient te respecteren;*
- *U bij het onderzoek van het dossier enkel op zoek mag gaan naar gegevens die relevant en noodzakelijk zijn voor het wetenschappelijk onderzoek en dat enkel deze gegevens mogen geregistreerd worden. Gegevens die niet noodzakelijk zijn voor het onderzoek kunnen aan niemand meegegeeld worden, ook niet aan artsen of andere gezondheidswerkers die tevens betrokken zijn bij dit onderzoek;*
- *U de gegevens enkel mag delen met personen die betrokken zijn bij het onderzoek en enkel in de mate dat dit voor het onderzoek noodzakelijk is.*

*In beginsel mogen gegevens die verzameld werden voor de diagnose en de behandeling van de patiënt enkel voor die doeleinden gebruikt worden.*

*Het later gebruiken van medische gegevens voor andere doeleinden dan diagnose en behandeling en het ter beschikking stellen van gegevens aan artsen die niet betrokken waren bij de behandeling van de patiënt, kan enkel mits vrije en voorgelichte toestemming ('informed consent') van de patiënt.*

*In beginsel is dus steeds toestemming van de patiënt nodig opdat zijn gegevens voor onderzoek zouden mogen gebruikt worden.*

*Telkens wanneer dit mogelijk is, zal de toestemming van de patiënt moeten ingewonnen worden voor het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. In uitzonderlijke omstandigheden kan na gemotiveerde aanvraag bij de ethische commissie aanvaard worden dat gegevens gebruikt worden zonder dat de patiënt daar toestemming kon voor verlenen<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> De noodzaak om voor de uitvoering van dit onderzoek toestemming te vragen aan de ethische commissie staat los van de verplichting om in sommige gevallen aangifte te doen bij de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (zie de artikelen 16,17, 21 en 22 van het K.B. van 13 februari 2001).

Over het gebruik van persoonsgegevens bij wetenschappelijk onderzoek bestaat een bijzonder besluit dat genomen werd in uitvoering van de privacywet en de Europese richtlijn 95/46<sup>2</sup>. Dit besluit voorziet ook mogelijkheden om de informatie te verwerken voor onderzoek in omstandigheden waarbij het niet mogelijk was om de toestemming van elke betrokken patiënt te bekomen.

Dit besluit voorziet een zogenaamd cascadestelsel dat – sterk samengevat – voorschrijft dat:

- wetenschappelijk onderzoek in beginsel enkel mag gebeuren met anonieme gegevens;
- indien het onderzoek niet mogelijk is met anonieme gegevens onder strikte voorwaarden gebruik mag gemaakt worden van zogenaamde "gecodeerde" gegevens;
- indien het onderzoek onmogelijk kan uitgevoerd worden met gecodeerde gegevens onder nog striktere voorwaarden gebruik kan gemaakt worden van niet-gecodeerde gegevens.

Het is daarbij belangrijk om het verschil tussen deze drie categorieën van gegevens te respecteren:

- anonieme gegevens zijn gegevens die op geen enkele wijze kunnen in verband gebracht worden met een patiënt. Zij zijn onherroepelijk geïdentificeerd<sup>3</sup>;
- gecodeerde of gepseudonimiseerde gegevens kunnen enkel nog door een code, een pseudoniem of een "pseudo-ID" in verband gebracht worden met een patiënt<sup>4</sup>. Deze code of pseudo-ID kan aangebracht zijn door de persoon die oorspronkelijk houder was van de gegevens of door een zogenaamde intermediaire organisatie (of "Trusted Third Party").
- Niet-gecodeerde gegevens zijn gegevens die kunnen in verband gebracht worden met de patiënt<sup>5</sup>.

Bij elke verdere verwerking van de gegevens dient de mogelijkheid tot herkenning van de identiteit van de patiënt uitgesloten te worden. Dit betekent dat de verwerking van de gegevens bij voorkeur best volledig anoniem gebeurt. Dit is met uitsluiting van elke vorm van identificatie die kan toelaten de identiteit van de patiënt te achterhalen.

<sup>2</sup>. Het koninklijk besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

<sup>3</sup>. Volgens de definitie van het KB van 13 februari 2001 zijn anonieme gegevens "gegevens die niet met een geïdentificeerd of identificeerbaar persoon in verband kunnen gebracht worden en derhalve geen persoonsgegevens zijn".

<sup>4</sup>. Volgens het KB van 13 februari 2001 zijn gecodeerde gegevens "persoonsgegevens die slechts door middel van een code in verband gebracht worden met een geïdentificeerd of identificeerbaar persoon".

<sup>5</sup>. Volgens het KB van 13 februari 2001 zijn niet-gecodeerde persoonsgegevens "andere dan gecodeerde persoonsgegevens".

## INFORMED CONSENT

### I. INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER/WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

#### 1. Beschrijving van het studieproject

##### 1.1. Omschrijving en doelstellingen

Ik, Eline Coorman, ben studente master management en beleid van de gezondheidszorg (UGent).

In het kader van mijn masterproef 'Optimalisatie van multidisciplinair overleg in oncologie: een multiple casestudy onderzoek' voer ik een onderzoek uit om na te gaan of er elementen zijn die het proces van een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) zouden kunnen verbeteren.

In dit onderzoek worden MOC's geobserveerd en worden interviews met de leden van het MOC gepland.

Door middel van bovenstaand verzamelde data kan een beeld geschetst worden van de huidige situatie. Op basis van deze bevindingen kunnen mogelijke verbeterpunten voorgesteld worden.

Het doel van deze masterproef betreft het in kaart brengen van het proces dat zich afspeelt tijdens dit overleg en eventuele aanbevelingen maken en/of oplossingen voorstellen die het proces van het MOC zouden kunnen verbeteren/optimaliseren.

##### 1.2. Methodologie

Door middel van verschillende cases wordt nagegaan wat er kan geleerd worden over het proces van MOC zelf. Dataverzameling gebeurt aan de hand van een literatuurstudie, observaties, interviews en het bestuderen van documentatie (geen patiëntendossiers).

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Melissa De Regge.

In het kader van dit onderzoek wil ik u vriendelijk verzoeken deel te nemen aan een interview betreffende het MOC of het verlenen van toestemming tot observatie van een MOC.

## **2. Rechten van de deelnemer**

### **2.1. Vrijwillige deelname**

U bent volkomen vrij om wel of niet deel te nemen aan de studie. Ik zou uw medewerking aan deze studie ten zeerste waarderen. Bij deelname wordt u gevraagd om dit formulier te ondertekenen.

### **2.2. Voordelen**

Deze studie biedt geen klinisch (of ander) voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe en meer efficiënte inzichten en methodes die het proces van het MOC mogelijks kunnen verbeteren.

### **2.3. Risico's**

Uw deelname brengt geen bijkomende risico's of kosten met zich mee.

### **2.4. Vertrouwelijkheid**

Bij toestemming tot deelname, worden uw persoonlijke gegevens geanonimiseerd (m.a.w. er is geen terugkoppeling mogelijk naar u persoonlijk). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 2 augustus 2002, wordt uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd. Bij publicatie van de resultaten is uw anonimiteit aldus verzekerd.

### **2.5. Verzekering**

Bij deelname aan de studie is er geen kans op het ervaren van enige schade. Er werd een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004.

## II. TOESTEMMINGSVERKLARING

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan deze wetenschappelijke studie.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van de Universiteit Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker: Eline Coorman

Naam deelnemer:

Datum:

Datum:

Handtekening:

Handtekening:

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Medische Oncologie  
Behandelingsblok 2 - 4de verdieping  
Prof. dr. Veronique COCQUYT  
ALHIER

COMMISSIE VOOR  
MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:  
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:  
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 66 13 +32 (0)9 332 66 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/1543	22-dec-17	Zie "CC"

**BETREFT**

Advies voor monocentrische studie met als titel:  
Optimaliseren van multidisciplinair overleg in oncologie: Een multiple casestudy onderzoek - Scriptie Eline Cooman

Belgisch Registratienummer: B670201734441

Fase (Phase): NVT/NA

- \* Adviesaanvraagformulier dd. 1/12/2017  
(volledig ontvangen dd. 07/12/2017) versie 1
- \* Begeleidende brief dd. 20/11/2017
- \* (Patienten)informatie- en toestemmingsformulier
- \* Informatie- en waarschuwingennota over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dd. 16/11/2017  
Eline Cooman
- \* Diverse  
Overzicht goedkeuringen disciplines MOC
- \* Antwoord onderzoekers  
via mail dd. 18/12/2017 (ontv. 19/12/2017) op opmerkingen EC dd. 14/12/2017

**Advies werd gevraagd door:**


Prof. dr. V. COCQUYT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.  
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/12/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT  
OPGESTART VOOR 20/12/2018, 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 20/12/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 20/12/2018,  
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 16/01/2018  
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/01/2018

## Bijlage 10: Online aanvraagformulier aanmelding patiënt MOC

<b>Online aanmelden van uw patiënt</b>		
Discipline:	<input type="text" value="Selecteer een waarde..."/>	
<u>Gegevens verwijzende arts:</u>		
Naam: *	<input type="text"/>	
Hoedanigheid:	<input type="radio"/> Huisarts <input type="radio"/> Specialist	
Ziekenhuis:	<input type="text"/>	
RIZIV-nummer: * (Formaat: x-xxxxx-xx-xxx)	<input type="text"/>	
Telefoonnummer: *	<input type="text"/>	
E-mail: *	<input type="text"/>	
<u>Gegevens patiënt:</u>		
Naam: *	<input type="text"/>	
Geboortedatum (dd/mm /jjjj): *	<input type="text"/>	
Rijksregisternummer patiënt:	<input type="text"/>	



Telefoonnummer:

Probleemstelling: \*

Relevante voorgeschiedenis:

Relevante medicatie (bijv. anticoagulantia):

Beeldvorming:

- PACS UZ Gent
- CoZo
- CD of DVD
- Internet

Anatomopathologisch verslag (indien reeds uitgevoerd):

A large, empty rectangular text area with a thin black border, intended for entering an anatomopathological report. A small grid icon is visible in the bottom right corner of the box.

Bijlagen [+ Bijlage toevoegen](#)

Verzenden

Annuleren

