



Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen

Academiejaar 2017-2018

De input van psychosociale informatie en de (mogelijke) rol van de oncopsycholoog in de MOC: een gevalstudie

Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van
de opleiding 'psycho-oncologie'

door Sophie Dhaene

Promotor: Prof. Dr. M. Leys

Copromotor: Dr. M. Horlait

ABSTRACT

Inleiding: In België is het multidisciplinair overleg binnen oncologie wettelijk geregeld in de MOC (multidisciplinair oncologisch consult). Het doel van de MOC is de samenwerking te coördineren en te komen tot een wetenschappelijk gefundeerd behandelplan en besluit. Literatuur toont aan dat het belangrijk is om ook psychosociale informatie mee te nemen in de besluitvorming. Indien men dit niet doet, kan dit een negatieve impact hebben op de implementatie van de behandelbeslissing. Dit onderzoek wil een antwoord bieden op de vraag wat mogelijke barrières zijn voor het delen van psychosociale informatie en welke mogelijke rol er is weggelegd voor de oncopsycholoog in het delen van deze informatie.

Methode: Dit is een beschrijvend onderzoek aan de hand van observaties van twee MOC's binnen een regionaal ziekenhuis en het afnemen semigestructureerde interviews van deelnemers aan diezelfde MOC's.

Resultaten: Vooral medische disciplines hebben een actieve bijdrage aan de MOC met medische informatie. Niet-medische disciplines komen nauwelijks aan bod en psychosociale informatie wordt zelden gedeeld. Er worden zowel persoonlijke, professionele, organisatorische en systeemgerelateerde barrières waargenomen voor het niet meedelen van psychosociale informatie.

Discussie: De verschillende barrières kunnen onafhankelijk maar ook in interactie met elkaar gezien worden. De hiërarchische structuur vormt voor niet-medische disciplines een belangrijke barrière voor het niet meedelen van psychosociale informatie. Dit impliceert de mogelijkheid dat de oncopsycholoog een belangrijke rol kan spelen in het delen van psychosociale informatie in de MOC. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor toekomstig onderzoek.

DANKWOORD

Graag wil ik mijn diensthoofd en directie bedanken omdat ze mij de mogelijkheid geboden hebben deze opleiding te kunnen volgen.

Daarnaast wil ik van harte alle artsen bedanken voor hun bereidwillige medewerking aan dit onderzoek.

Mijn copromotor Melissa Horlait verdient zeker en vast een woordje van dank. Ik kon altijd rekenen op hulp bij het structureren van de denkpistes en het concretiseren hiervan. Daarnaast kon ik bij haar terecht met allerlei vragen en kon ik altijd rekenen op een constructieve (en snelle) feedback! Bedankt Melissa om jouw enthousiasme over te brengen maar ook voor de bemoedigende woorden die me steeds weer motiveerden om verder te doen.

Ook prof. Leys wil ik bedanken voor de tijd die hij nam om uitleg te geven en mijn denken uit te dagen. Bedankt voor de motiverende woorden tijdens het overleg.

Tot slot een speciale dank aan mijn vriend en mijn ouders voor de praktische en mentale steun. Zonder hen zou het een pak moeilijker geweest zijn om vol te houden. In het bijzonder een hele dikke merci aan mijn vriend die regelmatig alleen moest instaan voor de zorg voor ons dochttertje, je bent een top-papa!

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
MULTIDISCIPLINAIR TEAM OVERLEG	5
MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT (MOC)	6
ONDERZOEKSBEVINDINGEN OVER MDT-OVERLEG	8
HET BELANG VAN PATIËNT GERELATEERDE INFORMATIE IN MDT-OVERLEG	10
PROBLEEMSTELLING	10
METHODE	12
ONDERZOEKSOPZET	12
OBSERVATIES	12
SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS	13
RESULTATEN	15
OBSERVATIES	15
SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS	21
DISCUSSIE	27
BEPERKINGEN	31
AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK	31
AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK	33
REFERENTIES	34
BIJLAGE 1	38
BIJLAGE 2	44
BIJLAGE 3	52
BIJLAGE 4	53
BIJLAGE 5	56

INLEIDING

Multidisciplinair Team Overleg

Multidisciplinair Team

Multidisciplinair samenwerken is enorm ingebed doorheen de kankerzorg. Het correct diagnosticeren en het behandelen van kanker zijn complexe (beslissings-)processen geworden waardoor men beroep moet doen op verschillende disciplines. Een multidisciplinair team (MDT) zorgt ervoor dat die verschillende professionals met elk hun specifieke expertise samen gepaste zorg kunnen bepalen voor en bieden aan de patiënt (Taylor et al., 2010). De European Partnership Action Against Cancer (EPAAC) publiceerde in 2014 een beleidsverklaring over multidisciplinaire oncologische zorg die door de meeste Europese organisaties onderschreven werd. Zij definiëren een MDT in de oncologische setting als volgt:

“Multidisciplinary teams (MDTs) are an alliance of all medical and health care professionals related to a specific tumour disease whose approach to cancer care is guided by their willingness to agree on evidence-based clinical decisions and to co-ordinate the delivery of care at all stages of the process, encouraging patients in turn to take an active role in their care” (Borras et al., 2014, p3).

Georganiseerde Overlegmomenten

Samenwerken met verschillende disciplines vraagt om een goede coördinatie van het team zodat alle stappen in het behandelproces (staging, behandelopties, follow-up, ...) vlot kunnen verlopen (Freeman, Van Woerkom, Vyverberg & Ascoti, 2011). Het MDT wordt daarom samengebracht op een overleg moment. Ondertussen is het MDT-overleg sterk ingeburgerd binnen de oncologie (Pilay et al., 2016). Medische beroepsbeoefenaars en gezondheidsmedewerkers komen samen om patiënten (vaak gerelateerd aan dezelfde tumorgroep) te bespreken en om tot een wetenschappelijk onderbouwd behandelplan te komen. Het MDT-overleg beoogt op die manier ook om continuïteit in de zorg te kunnen voorzien (Borras et al., 2014). Medische disciplines die vaak deelnemen zijn chirurgen, medisch oncologen, radiotherapeut-oncologen, radiologen, pathologen, ... enz. (Kurpad et al., 2011). Niet-medische disciplines zijn bijvoorbeeld specialisten uit palliatieve geneeskunde, farmacie of geestelijke gezondheidszorg (Wright, De Vito en Langer, 2007).

Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

Historiek

Om een uniforme vorm van multidisciplinair samenwerken te kunnen bieden werd in België het multidisciplinair samenwerken geïmplementeerd in oncologische zorgprogramma's. Op die manier wordt de samenwerking gefaciliteerd tussen gezondheidsmedewerkers binnen het ziekenhuis maar ook tussen verschillende zorginstellingen onderling. Ondertussen zijn er verschillende gespecialiseerde zorgprogramma's opgesteld voor specifieke pathologieën zoals bijvoorbeeld voor cardiale patiënten, geriatrische patiënten, enz... (Verhoeven et al., 2010). Een ziekenhuis kan erkenning en dus ook financiering krijgen voor dit zorgprogramma als het voldoet aan een aantal criteria. Het moet onder andere over de geschikte infrastructuur beschikken, voldoende onderlegd personeel hebben, voldoen aan de kwaliteitsnormen, enz... (Horlait, M.,2017a).

In 2003 verscheen in België de wet op de oncologische zorgprogramma's. Eén van de criteria om erkend te worden als zorgprogramma oncologie was dat men verplicht een multidisciplinair overleg moest organiseren. Dit multidisciplinair overleg kreeg de naam "multidisciplinair oncologisch consult" (MOC) (Horlait, 2017b; Van Belle, 2008).

Doel van de MOC

Ten eerste wil men aan de hand van de MOC het overleg stimuleren tussen alle betrokken zorgverleners in de oncologische setting. Het tweede doel is de zorg voor kankerpatiënten in verschillende zorginstellingen op gelijkaardige manier te laten verlopen zodat er transparantie ontstaat tussen de instellingen. In de MOC wordt de diagnose, behandeling en follow-up van de patiënt besproken. Het is de bedoeling dat men een consensus bereikt voor diagnose en behandelplan. Voor elke patiënt wordt een *evidence based* behandelplan opgesteld (Horlait, 2017b; Van Belle, 2008) en vervolgens geadviseerd aan de behandelende/aanvragende arts.

Verloop van de MOC

Voor elke nieuwe kankerpatiënt die besproken wordt in de MOC kan een arts een vergoeding krijgen (behalve voor 2 bepaalde types huidkanker). De MOC is wettelijk verplicht in een aantal specifieke situaties, namelijk voor alle patiënten waarvan de behandeling afwijkt van de algemene richtlijnen van het oncologisch handboek, wanneer binnen het jaar radiotherapie moet worden herhaald of wanneer het toepassen van een nieuwe lijn chemotherapie is aangewezen. De terugbetaling van

bepaalde chemobehandelingen zou eveneens mogelijk worden na bespreking in de MOC. Elke borstkanker patiënt die behandeld wordt in een erkende borstkliniek moet ook verplicht worden besproken in de MOC (Callens & van den Oever, 2006; Horlait, 2017b; Vrijens et al. 2015).

Enkel de behandelde arts of huisarts kan een verzoek indienen om een patiënt te bespreken op de MOC. Dit verzoek gebeurt via het indienen van een schriftelijke aanvraag. De MOC coördinator maakt een verslag op van de vergadering. Het verslag wordt doorgestuurd naar alle aanwezige artsen op de MOC, de aanvrager van de MOC, de huisarts van de patiënt (als deze niet de aanvrager was) en de controlearts van de ziekteverzekering.

Sinds 2003 is het aantal MOC's heel sterk toegenomen. De wet verplicht om elke nieuwe kankerdiagnose te registreren en door te geven aan de Stichting Kankerregister ongeacht de patiënt besproken werd op de MOC of niet. (Vrijens et al., 2015).

Wettelijke samenstelling van de MOC

Medische disciplines. Volgens de wet wordt de MOC voorgezeten door een medisch coördinator (bij voorkeur met specialisatie in de oncologie). Daarnaast nemen ten minste 3 (max. 4) geneesheren van verschillende specialismen deel (bv: radiotherapeut, chirurg, specialist in aandoeningen m.b.t. bepaalde organen, patholoog, ...) die tot het medisch departement van het ziekenhuis behoren. Tot slot is er ook een externe deelnemer aanwezig (huisarts of behandelend arts die geen lid is van het medische departement in het ziekenhuis) (Callens & van den Oever, 2006; Horlait, 2017b; Vrijens et al. 2015).

Sinds 2003 worden artsen voor hun deelname aan de MOC vergoed als ze voldoen aan de voorwaarden beschreven in de wet. In 2010 was er een belangrijke aanpassing met betrekking tot de vergoeding die de artsen krijgen. De vergoeding is afhankelijk van het ogenblik en de reden waarom de patiënt besproken wordt dus het soort MOC. Men heeft een onderscheid gemaakt tussen 3 verschillende types van MOC. Voor de eerste MOC wordt de arts eenmalig vergoed in de fase van de diagnosestelling. De follow-up MOC is het tweede soort MOC dat kan vergoed worden. De follow-up MOC wordt aangevraagd wanneer diagnose of behandelplan moet herzien worden. Als derde is er de bijkomende MOC, in deze MOC wordt een tweede advies gevraagd. Deze MOC kan aangerekend worden door het ziekenhuis waar de patiënt naar doorverwezen wordt. Sinds 2010 kunnen er meer MOC's per kalenderjaar per patiënt vergoed worden en worden 5 in plaats van 4 deelnemende artsen (intra-muros) vergoed (inclusief de coördinator) (Vrijens et al., 2015; Horlait,2017a).

Niet-medische disciplines. Sinds 1 juli 2008 geeft het Kankerplan extra financiële steun aan ziekenhuizen die een erkend oncologisch zorgprogramma hebben. Deze extra financiering gaat naar mankracht om patiënten met kanker te ondersteunen zoals verpleegkundigen gespecialiseerd in oncologie (Kankerplan actie 14), oncopsychologen, sociaal werkers (kankerplan actie 10) en datamanagers (kankerplan actie 11) (Onkelinx, 2008). Vanaf januari 2011 is er ook een financiering voor diëtisten (Onkelinx, 2012).

De specifieke taakomschrijving van oncologisch verpleegkundigen, psychologen, sociaal assistenten en diëtisten zijn niet wettelijk omschreven en de interpretatie van hoe zij hun rol binnen het team kunnen opnemen varieert afhankelijk van het ziekenhuis waar ze tewerkgesteld zijn. Dit betekent dat hun deelname aan de MOC niet wettelijk bepaald is.

Onderzoeksbevindingen over MDT-overleg

Effecten van MDT-overleg

Er is al behoorlijk wat onderzoek verricht naar de effecten van MDT-overleg. Voorlopig toont onderzoek aan dat de impact van het MDT-overleg afhankelijk is van het type kanker en het stadium van kanker waarin de patiënt zich bevindt (Kurpad et al., 2011). Uit het overzichtsartikel van Pillay et al. (2016) blijkt dat MDT-overleg zorgt voor een betere beoordeling of inschatting van diagnose en een betere behandeling van kankerpatiënten. Het verband tussen MDT-overleg en overleving bleek niet zo sterk te zijn. De impact van MDT-overleg op de levenskwaliteit en tevredenheid van de patiënt is tot op heden weinig onderzocht.

Daarnaast is er ook onderzoek gedaan naar de besluitvorming in MDT-overleg en meer bepaald naar het effect van MDT-overleg op het implementeren van de beslissing. Vanuit een patiëntgerichte visie gaat men ervan uit dat behandeladviezen geformuleerd binnen een MDT-overleg ook daadwerkelijk zullen gevolgd worden als alle relevante informatie m.b.t. de patiënt mee in overweging wordt genomen. Dit betekent dat naast medische informatie ook psychosociale informatie in rekening moet worden gebracht voor het nemen van beslissingen en het uitvoeren van de behandeling (Raine, Wallace et al. 2014; Raine, Xanthopoulou et al. 2014). Onderzoek heeft aangetoond dat men in de praktijk vaak aan deze ambitie voorbij gaat met als gevolg dat alle tijds- en budgetinvesteringen van het MDT-overleg een maat voor niets zijn geweest (Chinai et al, 2013; Kane, Luz, O'Briain & Mcdermott, 2007; Pillay et al., 2016).

De aanwezigheid van medische en niet-medische disciplines in het MDT-overleg

Rol van de medische disciplines. De deelnemers aan het overleg vinden het belangrijk om de perspectieven van de andere disciplines te kennen maar medische disciplines zijn veel sterker vertegenwoordigd tijdens het MDT-overleg in vergelijking met andere disciplines (Raine, Xanthopoulou et al. 2014). Bijgevolg gaat er dus voornamelijk aandacht naar medische informatie (Lamb, Sevdalis, Mostafid, Vincent & Green, 2011). Door deze focus op medische informatie worden aanbevelingen voor de behandeling vaak gegeven zonder rekening te houden met de voorkeur van de patiënt en de psychosociale implicaties die deze behandeling met zich meebrengt (Chinai et al., 2013). Kortom er is een onevenwicht door een overwegend aandeel van medische informatie en een veel te klein aandeel van patiënt-gerelateerde informatie (Lamb, Brown, Nagpal, Vincent, Green & Sevdalis, 2011; Sarkar et al., 2015). Ook Vrijens et al. (2015) bevestigen dat respondenten uit hun onderzoek aangeven dat niet-medische aspecten (psychologische, financiële, sociale informatie) te weinig worden besproken in MDT-overleg.

Rol van de niet-medische disciplines. Bij onderzoek naar input van niet-medische disciplines gaat men in onderzoek vooral kijken naar de input van de verpleegkundige. Als er verpleegkundigen aanwezig zijn op het MDT-overleg, blijkt dat hun input vrij beperkt is (Lamb, Sevdalis, Mostafid et al., 2011). Verpleegkundigen delen wel vaker patiënt gerelateerde informatie mee zoals de visie van de patiënt, persoonlijke omstandigheden of zorgnood. Hun participatie is eerder reactief (ze praten enkel als hen een vraag gesteld wordt). Hun bijdrage aan het overleg wordt bovendien als minder belangrijk beschouwd (Kidger, Murdoch, Donovan & Blazeby, 2009). Daarnaast worden verpleegkundigen nauwelijks betrokken in de besluitvorming (Lamb, Brown et al., 2011). Ondanks hun input blijft de aandacht bij de medische informatie (bv. klinische voorgeschiedenis, resultaten radiologie, ...) en niet-medische informatie waaronder psychosociale factoren wordt nauwelijks besproken (Lamb, Sevdalis, Mostafid et al., 2011).

Het Belang van Patiënt gerelateerde Informatie in MDT-overleg

Dat de kankerpatiënt centraal moet staan en men rekening moet houden met zijn wensen en noden tijdens de behandeling werd reeds onderstreept in het Calman-Hine rapport in 1995 (Calman & Hine, 1995). In oncologisch MDT-overleg wordt, meer dan in andere MDT-overlegmomenten, een groot aantal behandelplannen opgesteld. Als er hoofdzakelijk aandacht is voor medische informatie betekent dit dat niet-medische informatie of patiënt gerelateerde informatie minder in overweging zal genomen worden voor de besluitvorming en voor het opstellen van het behandelplan (Raine et al. 2014). Patiënt gerelateerde omvat informatie over comorbiditeit (bv cardiale problemen) (Wood et al., 2008) maar kan ook psychosociale factoren omvatten zoals sociale omstandigheden, voorkeur van de patiënt, coping, ... (Raine, Raine, Xanthopoulou, et al., 2014). Onderzoek heeft aangetoond dat wanneer deze patiënt gerelateerde informatie niet in overweging wordt genomen bij de besluitvorming, de besluiten minder goed zijn en soms niet aanvaard worden door de patiënt (Jalil, Ahmed, Green & Sevdalis, 2013; Wood et al., 2008). Door een betere kennis van de voorkeuren van de patiënt, zou het behandelplan veel efficiënter worden geïmplementeerd (Kidger et al., 2009; Sarkar et al., 2015).

Probleemstelling

Voor het behandelen van kankerpatiënten beschikt men over steeds meer therapeutische mogelijkheden. Dit heeft als gevolg dat er ook meer zorgverleners (medisch en niet-medisch geschoold) betrokken worden in de zorg voor deze patiënten. Deze zorgverleners werken samen als multidisciplinaire teams waarbij MDT-overleg een belangrijke tool is om de gepaste zorg te bepalen en te coördineren. Het EPAAC wil vanuit zijn beleidsverklaring de Europese gezondheidssystemen stimuleren om te streven naar meer patiënt gerichte benaderingen. Zij pleiten ervoor om de focus van puur medische beslissingen te verschuiven naar meer patiëntgerichte benaderingen. In de praktijk betekent dit dat patiënt gerichte informatie zoals levenskwaliteit, psychosociale aspecten en patiëntenrechten meer aan bod zou moeten komen (Borras et al. , 2014; Jacobsen and Wagner, 2012; Kidger et al., 2009; Sarkar, et al., 2015). In het onderzoek van Wetzel, Seitz & Ortmann (2013) is er evidentie gevonden voor de bijdrage van psychosociale factoren aan MDT-overleg. Ze bieden namelijk een relevante meerwaarde in de besluitvorming en dit vooral voor de meer complexe casussen. Onderzoek toont echter aan dat psychosociale factoren nog niet standaard besproken worden en er vooral een input is van medische informatie tijdens het MDT-overleg (Horlait, 2017b; Lamb, Sevdalis, Arora et al., 2011; Lamb, Brown et al., 2011). Niet-medische disciplines zoals verpleegkundigen komen nauwelijks aan bod terwijl ze eigenlijk een belangrijke bijdrage kunnen

leveren op vlak van het meedelen van psychosociale informatie (Lamb, Sevdalis, Mostafid et al., 2011).

Daarnaast is er weinig onderzoek terug te vinden over de rol van de oncopsycholoog in MDT-overleg. In Vlaanderen worden oncopsychologen specifiek opgeleid om kankerpatiënten op psychosociaal vlak te ondersteunen. Specifieke hulpvragen gaan bijvoorbeeld over hoe angst en bezorgdheden over de ziekte te hanteren maar kunnen evengoed ook gaan over hoe ze relationele problemen kunnen aanpakken of hoe ze kunnen leren zich aan te passen aan hun nieuwe levenssituatie (Salander, 2009). Onderzoek toont aan dat een aantal psychotherapeutische technieken een positief effect hebben op bijvoorbeeld levenskwaliteit en emotionele ontreddering (Anderson et al, 2008; Fekete & Fekete, 2012). Uit het onderzoek van Horlait et al (2017b) blijkt echter dat psychologen niet systematisch deelnemen aan het MDT-overleg. In België is er een specifiek type van MDT-overleg in de oncologie wettelijk gereguleerd en gefinancierd en noemt men dit overleg de MOC. Gezien hun expertise en kennis over de psychosociale aspecten van de patiënt kunnen we ons de vraag stellen of de oncopsychologen een rol kunnen spelen in het uitwisselen van deze informatie in de MOC.

In dit eindwerk willen we allereerst op zoek gaan naar de mogelijke redenen waarom psychosociale informatie zo weinig aan bod komt in de MOC. Met de term psychosociaal verwijzen we naar psychische en sociale aspecten die een rol spelen in het leven van de kankerpatiënt en ook van invloed zijn op de behandeling van de patiënt. Ten tweede, willen we onderzoeken welke de rol van de oncopsycholoog is tijdens de MOC's en hoe deze rol mogelijks beter zou kunnen ingevuld worden m.b.t. het delen van psychosociale informatie.

We hopen een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn volgens de deelnemers aan de MOC (medische en niet-medische disciplines) de barrières om psychosociale informatie te bespreken?
2. Aan welke psychosociale informatie hechten medische disciplines belang?
3. Is er een rol weggelegd voor de oncopsycholoog om psychosociale informatie ter sprake te brengen tijdens de MOC?

METHODE

Onderzoeksopzet

Dit is een beschrijvend onderzoek gebaseerd op het onderzoeksprotocol van Horlait, Van Belle & Leys (2018). Aan de hand van observaties van de MOC's binnen 1 regionaal ziekenhuis en semigestructureerde interviews van deelnemers aan diezelfde MOC's werd gedetailleerde informatie verzameld. We kunnen 2 soorten MOC's onderscheiden. De MOC senologie waar alle patiënten met gynaecologische en borsttumoren worden besproken en de MOC interne waar alle andere patiënten met oncologische aandoeningen worden besproken (maag-darm tumoren, longtumoren, blaastumoren,...enz).

Observaties

Deelnemers

Gedurende de periode januari-augustus 2017 werden respectievelijk 10 MOC's senologie en 8 MOC's interne bijgewoond. Een aantal MOC's konden niet worden bijgewoond omdat de onderzoeker op dat moment niet aanwezig was in het ziekenhuis. In de periode juli-augustus zijn er een aantal MOC's afgelast.

Materiaal

Van elke MOC werd een volledige geluidsopname gemaakt. Informatie tijdens de MOC werd verzameld aan de hand van een topiclist aangevuld met veldnota's.

Procedure

Er werd vooraf duidelijk gemaakt dat de onderzoeker los van de rol als psycholoog de observaties zou uitvoeren en dus niet actief zou deelnemen aan de MOC. Het akkoord om de MOC te mogen observeren en een geluidsopname te maken, werd zowel door de voorzitter als de deelnemers gegeven. De onderzoeker was fysiek aanwezig en woonde telkens de volledige vergadering bij. Achteraf werden alle audiotapes en nota's geanonimiseerd en uitgetypt in digitale verslagen. Alle relevante gegevens van de observaties werden in één Excel bestand verwerkt.

In dit onderzoek wordt de term 'psychosociale aspecten' geconceptualiseerd als informatie gerelateerd aan psychologische of sociale factoren die afzonderlijk of samen een invloed hebben op het leven van de kankerpatiënt. Bijvoorbeeld: de thuissituatie van de patiënt, het sociaal vangnet, draagkracht, ziekte-perceptie, ziektebeleving, coping van de patiënt en/of naaste, psychische aandoening (bv. depressie), ... enz.

Semigestructureerde interviews

Deelnemers

Er werden deelnemers van medische disciplines en niet-medische disciplines uit beide MOC's bevraagd. Voor de medische disciplines werden 6 artsen bevraagd waaronder de coördinatoren van de MOC, 2 gynaecologen, gastro-enteroloog en radiotherapeut-oncoloog. Voor de groep niet-medische disciplines werden 2 borstverpleegkundigen, een hoofdverpleegkundige en maatschappelijk assistent bevraagd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedraagt 52,9 jaar (min = 34j; max = 62j). Het aantal jaren werkervaring varieert tussen de 3 en 37 jaar met een gemiddeld van 26,4 jaar. Eén deelnemer heeft tussen de 0 en 5 jaar ervaring, twee deelnemers hebben tussen de 11 en 20 jaar ervaring, 4 deelnemers tussen de 21 en 30jaar en drie deelnemers hebben tussen de 31 en 40 jaar ervaring.

De meerderheid van de geïnterviewde zorgverleners zijn vrouwen (60%). Binnen de niet-medische disciplines zijn alle zorgverleners vrouwen. Binnen de medische disciplines is de verhouding mannen versus vrouwen: 66.7% mannen versus 33.2% vrouwen.

Materiaal

De interviews werden afgenomen aan de hand van een topic-guide met kleine verschillen in vraagstelling voor de medische en niet-medische disciplines (zie bijlage 1). De 4 centrale vragen die aan bod komen zijn: 1. Hoe ervaart de deelnemer de uitwisseling van psychosociale informatie, 2. wat is het doel van de MOC, 3. Wat zijn de barrières die ervoor zorgen dat psychosociale informatie zelden mee in overweging wordt genomen bij de bespreking van de patiënt en de besluitvorming en 4. Wat is de rol van de oncopycholoog?

Aan de hand van gerichte open vragen wordt dieper op de onderwerpen ingegaan. Van elk interview werd een geluidsopname gemaakt.

Procedure

De interviews werden gepland na het afronden van de observaties en vonden plaats tussen oktober 2017 en januari 2018. Een lijst van deelnemers werd samengesteld uit de arts-specialisten. Dit omdat zij verondersteld werden meer kennis te hebben van de psychosociale context van de patiënt in vergelijking met bijvoorbeeld een radioloog of anatoom-patholoog. Alle geselecteerde deelnemers werden telefonisch uitgenodigd voor het interview en stemden toe. Bij de start van het interview werd het kader en doel van het onderzoek geschetst (zie bijlage1). Er werd gevraagd een formulier met geïnformeerde toestemming te tekenen (zie bijlage 2) en er werd toestemming gevraagd om de gesprekken te mogen opnemen. De gesprekken werden nadien geanonimiseerd en uitgetypt in een digitaal verslag.

De interviews werden thematisch gecodeerd met behulp van het programma NVivo 11.

Goedkeuring Ethisch comité : deze gevalstudie kadert binnen een grotere studie over communicatie en multidisciplinaire samenwerking in oncologische settings en kreeg goedkeuring van het Centraal Ethisch Comité (BUN 143201318799) van het Universitair Ziekenhuis Brussel en het Ethisch Comité van het deelnemende regionaal ziekenhuis.

RESULTATEN

Observaties

Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van de geobserveerde MOC's. Er werden 10 MOC's senologie geobserveerd. De gemiddelde duur van het overleg is 34,9 min en er worden gemiddeld 9.5 patiënten besproken. De deelnemers hebben ongeveer 3,7 min om een patiënt te bespreken. Er werden 8 MOC's interne geobserveerd met een gemiddelde duurtijd van 52,1 min. In de MOC interne worden gemiddeld 13,9 patiënten besproken en duurt de bespreking van een patiënt gemiddeld 3,8 min.

Tabel 1

Overzicht van kenmerken van MOC Senologie en MOC Interne

	MOC senologie	MOC Interne
Deelnemers	<u>Medische disciplines:</u> gynaecologen, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, arts nucleaire geneeskunde, anatoom- patholoog, stagiair geneeskunde, huisarts	<u>Medische disciplines:</u> Gastro-enteroloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, arts nucleaire geneeskunde, anatoom- patholoog, geriater, pneumoloog, uroloog, chirurg, gynaecoloog, stagiair geneeskunde, huisarts
	<u>Niet-medische disciplines:</u> Borstverpleegkundige, hoofdverpleegkundige, sociaal werker, stagiair verpleegkunde	<u>Niet-medische disciplines:</u> Hoofdverpleegkundige, diëtiste, sociaal werker, stagiair verpleegkunde
Voorzitter	Professor in de gynaecologie	Gastro-enteroloog
Timing	Tweewekelijks	Tweewekelijks
Aantal observaties	10	8
Duur	M = 34,9 min (min = 18,4; max = 44,2)	M = 52,1 min (min = 28,02; max = 103,3)
Gem. aantal besproken patiënten	M=9,5	M=13,9
Gemiddelde tijd per patiënt	3,7min	3,8min
Plaats	Vergaderzaal met vaste opzet van tafels in U-vorm en projectie vooraan Eenmalig in andere zaal met ovaalvormige tafel	Vergaderzaal met vaste opzet van tafels in U-vorm en projectie vooraan.

In beide MOC's zijn de medische disciplines goed vertegenwoordigd terwijl de niet-medische disciplines – in vergelijking - ondervertegenwoordigd zijn.

Tabel 2
Aanwezigheden en actieve/niet actieve deelname MOC senologie

	Medische disciplines										Niet medische disciplines					
	Voorzitter	Geriatr	Radioloog	Radiotherapeut-oncoloog	Arts nucleaire geneeskunde	Anatoom-patholoog	Gynaecoloog	Stagiair geneeskunde	huisarts	Totaal aantal aanwezigen	Borstverpleegkundige	Sociale assistente	Hoofdverpleegkundige	Psycholoog	Stagiair verpleging	Totaal aantal aanwezigen
MOC1	1	0	1	1	1	2	2	0	1	8	1	0	1	0	0	2
MOC2	1	0	0	1	0	1	1	2	0	6	1	1	1	0	0	3
MOC3	1	0	0	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	0	0	3
MOC4	1	0	1	1	1	2	2	2	1	11	1	1	1	0	0	3
MOC5	1	0	1	1	1	2	2	0	0	8	1	1	1	0	0	3
MOC6	1	0	1	1	1	1	2	2	0	9	1	1	0	0	0	2
MOC7	0	0	1	1	1	2	2	0	0	7	0	0	1	0	1	2
MOC8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	0	0	0	0	1
MOC9	1	0	1	1	1	1	2	1	0	8	1	0	0	0	0	1
MOC10	1	0	1	1	1	1	2	1	1	9	1	0	1	0	0	2

Opmerking: licht gearceerd = actieve deelname; donker gearceerd= niet actieve deelname

Tabel 2 toont dat in de MOC senologie de medische disciplines worden vertegenwoordigd door: gynaecologen, arts nucleaire geneeskunde, anatoompathologen, radiotherapeut-oncoloog en radioloog. De geriatr en huisartsen van besproken patiënten nemen sporadisch deel. Er zijn regelmatig stagiairs geneeskunde aanwezig. Voor de niet-medische disciplines is er altijd één van de borstverpleegkundigen aanwezig. De hoofdverpleegkundige van het oncologisch dagziekenhuis en de sociale assistente zijn regelmatig aanwezig maar dus niet standaard bij elke MOC. Er was eenmalig een stagiaire verpleegkunde aanwezig. Er neemt geen psycholoog deel aan deze MOC. De verhouding medische en niet-medische disciplines in deze MOC bedraagt resp. 73% tegenover 27%. Het aanwezigheidspercentage voor de medische disciplines bedraagt 80%, voor de niet-medische disciplines 70%. Verder zien we dat bijna alle medische disciplines een actieve inbreng (= actieve deelname) hebben in de inhoudelijke discussie over de patiënten. Voor de niet-medische disciplines zien we dat enkel de borstverpleegkundigen aan het woord komen, dit zowel actief als reactief. De hoofdverpleegkundige en sociaal assistente hebben geen actieve inbreng (= niet actieve deelname) in de MOC. Opvallend was dat borstverpleegkundige vaak moeite moest doen om gehoord te

worden tijdens de bespreking van de patiënt als ze actief iets wou inbrengen. Regelmatig was er wel onderling overleg tussen de radiotherapeut-oncoloog en de borstverpleegkundige of sociaal assistente terwijl andere disciplines verder deden met de patiëntenbespreking. De inhoud van deze gesprekken werd niet met de groep gedeeld.

Tabel 3
Aanwezigheden en actieve/niet actieve deelname MOC interne

	Medische disciplines											Niet medische disciplines						
	Voorzitter	Internist	Pneumoloog	Uroloog	Radiotherapeut-oncoloog	Arts nucleaire geneeskunde	Anaotoom-patholoog	Gynaecoloog	Chirurg	Stagiair geneeskunde	Huisarts	Totaal aantal aanwezigen	Sociale assistente	Hoofdverpleegkundige	Diëtiste	Psycholoog	Stagiair verpleging	Totaal aantal aanwezigen
MOC11	1	3	0	0	1	0	2	2	1	0	0	10	0	1	1	0	0	2
MOC12	1	3	1	1	1	0	1	1	0	1	0	10	1	1	1	0	0	3
MOC13	1	0	2	0	1	1	2	0	1	0	2	10	1	1	2	0	0	4
MOC14	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	0	15	1	1	1	0	0	3
MOC15	1	3	1	0	1	1	1	0	1	0	2	11	1	0	1	0	0	2
MOC16	1	4	1	0	1	1	2	2	1	1	1	15	0	1	1	0	1	3
MOC17	1	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	7	0	0	1	0	0	1
MOC18	1	3	1	0	1	1	1	0	0	0	1	9	0	0	1	0	0	1

Opmerking: licht ingekleurd = actieve deelname; donker ingekleurd = niet actieve deelname

Tabel 3 geeft de samenstelling van de MOC interne weer. Volgende artsen nemen altijd deel: internisten, anaotoompathologen, de radiotherapeut-oncoloog en de arts nucleaire geneeskunde. De pneumoloog, uroloog, chirurg, gynaecologen en huisartsen zijn aanwezig als zij een patiënt willen bespreken in de MOC of relevante info wensen te verkrijgen over hun patiënt. De hoofdverpleegkundige van het oncologisch dagziekenhuis en de sociale assistente zijn regelmatig aanwezig. De diëtiste is altijd aanwezig. Er was eenmalig een stagiaire verpleegkunde aanwezig. Ook hier zien we dat de aanwezigheid van de psycholoog ontbreekt. De verhouding medische versus niet-medische disciplines bedraagt 77% tegenover 23%. Het aanwezigheidspercentage bedraagt resp. 72,6% en 71%.

Verder zien we dat bijna alle medische disciplines een actieve inbreng hebben in de inhoudelijke discussie over de patiënten. Voor de niet-medische disciplines zien we dat er slechts 1 keer een actieve inbreng is van de sociaal assistente en dit reactief op een vraag van de arts. In vergelijking met de andere MOC is hier nog een grotere wanverhouding wat betreft de actieve deelname van medische disciplines tegenover de niet-medische disciplines.

De beide MOC's verlopen volgens een vast patroon. De verantwoordelijke arts stelt de patiënt voor. Er volgt uitwisseling van bijkomende medische informatie door andere specialisten zoals anatoom-patholoog of radioloog. Soms volgen vragen ter verduidelijking, het bekijken van beeldmateriaal en daarna gaat men over tot de besluitvorming al dan niet voorafgegaan door overleg. De besluitvorming gebeurt op de volgende manieren:

- Samenvatten van de therapie door de behandelende arts, goedkeuring door de coördinator en stilzwijgende goedkeuring van de andere deelnemers.
- Overlopen van verschillende mogelijkheden waarbij andere artsen hun bedenkingen uiten tot men komt tot de behandelvorm waarover grootste consensus bestaat.
- De behandelend arts of coördinator vraagt uitdrukkelijk akkoord aan de andere deelnemers (bv: "iedereen akkoord?").

Wie deelt Psychosociale Informatie mee?

Tabel 4 toont ons dat in de MOC senologie psychosociale informatie voornamelijk wordt meegedeeld door de gynaecologen (met inbegrip van de voorzitter van de MOC), radioloog-oncoloog en de borstverpleegkundige. In de MOC interne wordt vooral psychosociale info meegedeeld door de internisten (met inbegrip van de voorzitter), radiotherapeut-oncoloog en pneumologen. De huisarts deelt maar in 4 van de 18 geobserveerde MOC's psychosociale info mee. Voor de niet-medische disciplines zijn het enkel de borstverpleegkundigen die psychosociale informatie meedelen en één enkele keer de sociaal assistente.

Tabel 4
Gedeelde psychosociale informatie tijdens de MOC

	Medische disciplines												Niet-medische disciplines						
	Voorzitter	Internist	Geriatr	Pneumoloog	Uroloog	Radioloog	Radiotherapeut-oncoloog	Arts nucleaire geneeskunde	Anaotoom-patholoog	Gynaecoloog	Chirurg	Stagiair geneeskunde	Huisarts	Borstverpleegkundige	Sociale assistente	Hoofdverpleegkundige oncologisch	Diëtiste	Psycholoog	Stagiair verpleegkunde
MOC1	■					■	■			■				■					
MOC2							■			■									
MOC3	■						■			■									
MOC4	■						■			■									
MOC5										■									
MOC6	■						■			■				■					
MOC7								■		■									
MOC8	■		■			■	■			■			■	■					
MOC9							■			■			■	■					
MOC10	■					■	■			■			■	■					
MOC11	■	■					■			■			■	■					
MOC12	■	■		■			■			■					■				
MOC13	■			■			■			■			■						
MOC14	■	■		■			■			■									
MOC15	■	■		■			■			■			■						
MOC16	■	■		■			■		■	■									
MOC17	■				■				■										
MOC18	■	■					■			■									

Opmerking: donker ingekleurd = psychosociale informatie

MOC 1-10: Senologie – MOC 11-18: Interne

Welke informatie wordt meegedeeld?

De informatie die wordt meegedeeld in de MOC is medisch van aard: medische voorgeschiedenis, diagnose, klinische bevindingen en stadiëring van de tumor. Vanuit deze bevindingen wordt volgens de huidige klinische richtlijnen de behandeling voorgesteld.

Het meedelen van psychosociale informatie gebeurt meestal door de behandelend arts (in MOC senologie door gynaecoloog en in MOC interne door internist) en verloopt niet op een gestructureerde manier.

De leeftijd van de patiënt en het algemeen dagelijks functioneren (in welke mate voelt de patiënt zich nog goed en is hij in staat zelfstandig te functioneren) wordt heel vaak vermeld. De overige psychosociale informatie die wordt uitgewisseld, gaat over de mentale toestand en de beleving van de patiënt. Bij 13 patiënten (van de 206 besproken patiënten) werd de wens inzake behandeling meegedeeld. Zelden wordt informatie meegedeeld over de psychische voorgeschiedenis (bv: ethylisme, depressie, Parkinson,). Gegevens over huisvesting en communicatie met de familie waren de enige sociale aspecten die werden aangekaart tijdens de bespreking van de patiënten.

Er werd geen informatie meegedeeld over ziekte-inzicht, coping, verwachting van de patiënt over de therapie noch over de sociale omkadering (relatie, steun van naasten).

Semigestructureerde Interviews

Validatie

Eerst willen we nagaan of de bevindingen uit de observaties overeenkomen met hoe de deelnemers de MOC ervaren. Alle geïnterviewde deelnemers gaan akkoord met de bevindingen, namelijk dat de niet-medische disciplines nauwelijks aan het woord komen en dat er zeer weinig psychosociale informatie wordt uitgewisseld tijdens de MOC (q01, q02, q03 ; quotes ter illustratie zie bijlage 3). Daarnaast wordt bevestigd dat psychosociale informatie bij de behandelende artsen blijft hangen en dat psychosociale informatie enkel in schrijvende situaties wordt gedeeld (q04, q05). Er wordt bevestigd dat men het totaalpakket in beeld zou moeten brengen maar dit gebeurt jammer genoeg niet in de praktijk (q06). Eén respondent heeft een iets genuanceerdere mening. Er is inbreng mogelijk maar het is onduidelijk of de medische disciplines iets doen met deze informatie (q07).

Barrières

De barrières die ervoor zorgen dat niet-medische disciplines minder participeren en psychosociale informatie zelden wordt gedeeld, kunnen onderverdeeld worden in 4 categorieën: persoonlijke, professionele, organisatorische en systeemgerelateerde barrières.

Tabel 5

Onderverdeling van de barrières die ervoor zorgen dat psychosociale informatie zelden wordt gecommuniceerd binnen de MOC

Categorie	Subcategorie	Open Codes
Persoonlijk	Kenmerken medische discipline	Leeftijd en opleiding Gebrek aan persoonlijke interesse Zelfbescherming
	Kenmerken niet-medische discipline	Onzeker om gesprek aan te gaan met arts
Professioneel	Hiërarchie	Veronderstelling dat andere disciplines ondergeschikt zijn aan medische discipline
	Beroepsgeheim	Info wordt gedeeld met heel veel mensen
	Relevantie informatie	Informatie is van belang voor andere beroepsbeoefenaars Weinig feedback op psychosociale informatie
	Kennis over de patiënt	Psychosociale informatie is nog onbekend
	Opstellen behandelplan	Wetenschappelijk gefundeerde beslissing Geen impact op het behandelplan
Organisatorisch	Kenmerken MOC	Opstellen behandelplan en overleg Informatie-uitwisseling
	Informatie-uitwisseling buiten de MOC	Snel ingrijpen bij problemen Gekende voorgeschiedenis Informeel contact buiten MOC
	Tijd	Drukke agenda arts Tijd per patiënt Tijd tussen consult en MOC
	Praktische organisatie	Geen afspraken Chaotisch verloop Videoconferentie
	Gezondheidszorg systeem	Kankerregistratie
Wettelijke voorwaarden MOC		Alle patiënten moeten besproken worden in de MOC

Persoonlijke barrières

Kenmerken van de medische discipline. Er wordt aangehaald dat artsen te weinig opgeleid zouden zijn wat betreft kennis over psychosociale aspecten. Jongere artsen zouden hier al iets beter in opgeleid zijn (q8 ; quotes ter illustratie zie bijlage 4). Een aantal respondenten vinden dat er een gebrek is aan persoonlijke interesse in het psychosociale aspect van de patiënt (q09, q10). Artsen die sociaal geëngageerd zijn zullen meer aandacht hebben voor de psychosociale aspecten (q11). Als laatste werd vermeld dat het niet bespreken van psychosociale informatie een manier is om zichzelf te beschermen. Als men heel veel oncologische patiënten ziet, kan het een manier zijn om zich af te schermen van het psychisch en sociaal lijden van de patiënt door niet in te gaan op psychosociale informatie (q12).

Kenmerken van niet-medische discipline. Persoonlijke kenmerken worden als barrière gezien. Sommige respondenten worden als onzeker en terughoudend ervaren waardoor de kans op actieve deelname en uitwisseling van informatie wordt gereduceerd (q13, q14). Iemand die wel durft spreken en zich durft inmengen in de discussie zal sneller gehoord worden (q15).

Professionele barrières

Hiërarchie. De medische disciplines worden als autoriteit gezien door de niet-medische disciplines. Ze durven niet spreken of onderbreken als een arts aan het woord is (q16, q17). De hiërarchie uit zich zelfs in de manier waarop de respondenten van de MOC plaats nemen ten aanzien van elkaar in de vergaderruimte, de medische disciplines zitten centraal en de niet-medische schuiven aan de zijkant bij (q18).

Beroepsgeheim. In de MOC zijn vaak heel veel personen aanwezig. Informatie wordt uitgewisseld met een groep deelnemers maar voor een aantal respondenten is die informatie niet relevant. Bijvoorbeeld een huisarts of specialist die de MOC bijwoont om zijn patiënt te bespreken maar er staan nog andere patiënten geagendeerd die eerst besproken worden. Men voelt een remming in het meedelen van bepaalde informatie en geeft aan dat de uitwisseling veel gemakkelijker zal verlopen tussen een beperkt aantal betrokkenen. Men wil erover waken dat die informatie geen sensatie wordt voor de grote groep (q19).

Relevantie. Aansluitend aan de afweging of men iets zal meedelen aan de grote groep, maakt men zich vaak de bedenking of de psychosociale informatie relevant genoeg is om mee te delen. Acht respondenten halen relevantie van de psychosociale informatie aan als barrière. De focus ligt bij de

medische informatie, psychosociale informatie is voor de deelnemers minder relevant (q20). Daarnaast is het ook zo dat de respondenten ervan uit gaan de psychosociale informatie het MOC advies niet kan beïnvloeden (q21). In de uitzonderlijke keren dat er psychosociale informatie wordt besproken, wordt er weinig feedback of advies gegeven op deze informatie (q22, q23).

Kennis over de patiënt. De meeste deelnemers aan de MOC hebben vaak geen kennis over een patiënt die voor de eerste keer wordt voorgesteld op de MOC. De niet-medische disciplines hebben de patiënt nog niet op de behandelafdeling gezien dus hebben ze nog geen kennis over de psychosociale aspecten van de patiënt. Bijgevolg kunnen ze hierover geen informatie delen in de MOC (q24). Anderzijds is het ook zo dat de patiënt bij aanvang van de onderzoeken misschien nog niet veel psychosociale informatie zal willen of durven delen (q25).

Opstellen van een behandelplan. Alle medische disciplines geven aan dat ze het zeer belangrijk vinden om tot een wetenschappelijk gefundeerd advies of behandelplan te kunnen komen op de MOC (q26). Om tot een behandelplan te komen wordt de focus op medische informatie gelegd (q27, q28).

Organisatorische barrières

Kenmerken van de MOC. In eerste instantie wordt de MOC gezien als het moment waarop het behandelplan wordt opgesteld (q29). De medische disciplines zien de MOC als het uitgelezen moment waarop ze kunnen overleggen en aftoetsen met collega's (q30). Ze baseren zich vooral op medische informatie want ze zijn van mening dat psychosociale aspecten de beslissing niet kunnen beïnvloeden (q31). Daarnaast wordt de intentie van de MOC door bijna alle respondenten gezien als moment waarop informatie wordt doorgegeven. De medische disciplines beschouwen zich verantwoordelijk voor het doorgeven van informatie naar collega's of niet-medische disciplines (q32). Daarnaast blijken niet-medische disciplines de patiënt in sommige gevallen nog niet te gezien hebben. De medische disciplines achten zich verantwoordelijk om hen in te lichten en delen voornamelijk medische informatie mee (q33).

Informatie uitwisseling buiten de MOC. Heel wat psychosociale informatie blijkt reeds buiten de MOC te worden meegedeeld. Er is regelmatig telefonisch contact buiten de MOC tussen zowel medische als niet-medische disciplines (q34, q35). Als er op psychosociaal vlak problemen zijn, kan er op die manier kort op de bal gespeeld worden en zijn de betrokken hulpverleners al verwittigd om actie te ondernemen (q36). Als de problemen reeds gekend zijn door de artsen of de patiënt heeft een medische voorgeschiedenis bij andere collega's, wordt er in de MOC geen aandacht meer

geschonken aan de psychosociale informatie (q37). Psychosociale informatie kan op informele manier bv. in de verpleegpost reeds uitgewisseld worden waardoor dit in de MOC niet meer aan bod komt (q38).

Tijd. Tijd wordt door alle respondenten gezien als een barrière voor het bespreken van psychosociale informatie. Er wordt vaak gewezen op de drukke agenda van de artsen. Ze hebben dagelijks veel patiënten te zien op zaalronde of consultatie. Ze willen hun tijd en actieve deelname in de MOC dan ook zo beperkt mogelijk houden (q39, q40). De patiënten die op de MOC voorkomen, worden in een lijst voorgesteld samen met het tijdstip waarop ze besproken worden. Op die manier kan de huisarts of specialist erbij komen op het moment dat de patiënt besproken wordt. Dit betekent dat men zich binnen het tijdsbestek van het schema probeert te houden en zich voornamelijk zal focussen op de medische informatie (q41, q42). Als de tijdsperiode tussen consult en MOC groot is, komt het wel eens voor dat de arts zich bepaalde psychosociale informatie van een patiënt niet meer kan herinneren. Anderzijds kan het ook zijn dat de patiënt nog niet lang gekend is door de arts waardoor er nog onvoldoende informatie beschikbaar is (q43).

Praktische organisatie. Er werden vooraf nooit duidelijke afspraken gemaakt over het verloop van de MOC en de rol van de niet-medische disciplines. Het is niet duidelijk wanneer wie mag spreken en welke of hoeveel informatie dan wordt meegedeeld (q44). De coördinatoren zorgen ervoor dat de uitwisseling tussen medische disciplines goed verloopt maar maken hun rol niet waar als het gaat over psychosociale informatie (q45). Deelnemers aan de MOC weten soms niet goed wat van hen verwacht wordt (q46). Als de MOC niet verloopt volgens het vooropgestelde schema (huisartsen die te laat komen) dan wordt van de ene patiënt naar de andere patiënt gesprongen en neemt de kans af dat alle aspecten van die patiënt aan bod komen (q47). Voor een aantal patiënten wordt overleg gepleegd met artsen uit het UZ Gent. Dit gebeurt via videoconferentie waarbij er enkel contact is tussen de twee personen die voor het scherm van de computer zitten. De andere leden van de MOC kunnen geen inbreng doen, tenzij ze ook even achter de computer plaats nemen. Er wordt geen psychosociale informatie uitgewisseld tijdens de videoconferentie (q48).

Systeemgerelateerde barrière

Kankerregistratie. Gegevens die verzameld worden voor het kankerregister zijn voornamelijk medisch van aard (q49).

Wettelijke voorwaarde. Omdat het wettelijk verplicht is de patiënten te bespreken in de MOC zijn de besprekingen vaak routinematig. In de routine wordt er minder ruimte gemaakt voor

andere aspecten en als er moeilijkere dossiers zijn, zal er te weinig tijd zijn om dit grondig te bespreken omdat alle dossiers dienen besproken te worden (q50).

Rol van de oncopsycholoog

De meeste respondenten geven aan dat de deelname van een oncopsycholoog een meerwaarde kan zijn (q51; quotes ter illustratie die bijlage 5). Anderzijds blijkt dat respondenten te weinig kennis hebben over de taakhoud van psycholoog en andere niet-medische disciplines (q52).

Gewenste informatie

De respondenten geven aan dat ze graag wensen te worden geïnformeerd over volgende psychosociale aspecten:

Het cognitief functioneren van een patiënt. Begrijpen de patiënten hun diagnose en prognose en kunnen zij zelfstandig beslissen over hun gezondheidstoestand (q53)?

Ziektebeleving en coping. Men wil graag weten hoe de ziekte door de patiënt wordt beleefd en hoe er met de diagnose en prognose wordt omgegaan (q54).

Psychische voorgeschiedenis. Heeft de patiënt in het verleden psychische aandoeningen gehad, zijn er life events geweest die op psychisch vlak een grote invloed hebben gehad (q55)?

Leefomstandigheden. Men vindt het belangrijk te weten hoe de thuissituatie van de patiënt, de huisvesting en praktische omkadering georganiseerd is (q56).

Sociale steun. Hoe wordt de patiënt ondersteund door de partner, familie,...? Hoe hanteren partner en familie de diagnose van de patiënt (q57, q58)?

Visie omtrent levenseinde. Een aantal respondenten vindt het belangrijk om te weten hoe ongeneeslijk zieke patiënten tegen het levenseinde aankijken. Dit zal hun manier van benaderen of het bieden van hulp mee bepalen (q59).

DISCUSSIE

Multidisciplinair samenwerken is sterk ingeburgerd binnen de oncologie (Taylor et al., 2010). Kankerpatiënten kunnen beroep doen op een team van gezondheidsmedewerkers bestaande uit onder andere: artsen, gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten, psychologen, sociaal assistenten, enz. Om de zorg te coördineren en op een wetenschappelijk onderbouwde manier te werk te gaan, komen medische beroepsbeoefenaars en gezondheidsmedewerkers samen op een overlegmoment, het MDT-overleg (Borras et al., 2014). In België gebeurt dit tijdens de zogenaamde "MOC". De MOC staat wettelijk beschreven als één consultatie per patiënt maar deze worden omwille van praktische en organisatorische redenen steeds gebundeld tijdens één vergadering, meestal opgesplitst naar tumorgroep (Horlait, 2017b; Van Belle, 2008). Overeenkomstig met bevindingen van het onderzoek van Horlait et al. (2017B) toont dit onderzoek echter aan dat niet alle disciplines even sterk vertegenwoordigd zijn in de MOC. Niet-medische disciplines zijn ondervertegenwoordigd ten opzichte van medische disciplines. Daarnaast bevestigt dit onderzoek de bevindingen van Kidger et al. (2009) die aantonen dat vooral medische disciplines een actieve bijdrage leveren aan het multidisciplinair overleg en dit voornamelijk met medische informatie (Kidger et al., 2009). In dit onderzoek zijn de behandelende arts en radioloog-oncoloog de belangrijkste bronnen voor het meedelen van psychosociale informatie maar de hoeveelheid informatie is zeer summier vergeleken met de medische informatie die wordt gedeeld. In de MOC senologie deelt de verpleegkundige af en toe psychosociale informatie mee maar in de MOC interne komen de niet-medische disciplines zelden aan bod. In tegenstelling tot onderzoek van Kidger et al. (2009) dat vaststelde dat de verpleging eerder reactief deelnam, werd in dit onderzoek bij de verpleegkundigen een beperkte maar zowel actieve als reactieve deelname geobserveerd.

In België is de MOC het enige MDT-overleg in ons gezondheidszorgsysteem dat wordt gefinancierd. Enkel artsen krijgen een vergoeding gebaseerd op hun aanwezigheid in de MOC waardoor de focus op het medische alleen maar versterkt wordt (Horlait, 2017b; Van Belle, 2008). Wat betreft de rol van oncologische verpleegkundigen, psychologen, sociaal assistenten en diëtisten in de MOC voorziet de wet geen duidelijke omschrijving. De interpretatie van hun rol en de aanwezigheid op de MOC verschilt dus sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis (Fondation contre le cancer, 2013). Dit onderzoek toont aan dat het oorspronkelijke doel van de MOC - namelijk het beogen van een multidisciplinaire benadering van de patiënt - zeker wordt bereikt want er is een duidelijke bijdrage van verschillende medische disciplines. Interdisciplinariteit is echter niet aanwezig. Het onderscheid tussen multidisciplinariteit en interdisciplinariteit is niet altijd even strikt en beide termen worden in de wetenschappelijke literatuur vaak door elkaar gebruikt. Toch dient er een belangrijke nuance tussen beide in beschouwing te worden genomen. Bij multidisciplinair samenwerken zijn verschillende

disciplines betrokken, maar werkt elke discipline vanuit eigen expertise, een eigen perspectief (soms met een eigen vaktaal) en probeert eigen discipline-specifieke doelstellingen te realiseren. Professionals behouden hun autonomie en werken min of meer parallel aan elkaar. Er kan ook status-hiërarchie optreden tussen de verschillende disciplines. Met interdisciplinariteit bedoelen we een samenwerkingsvorm waarbij de verschillende disciplines een gezamenlijk doel formuleren, een gedeelde visie hanteren en waarbij de expertise en perspectieven van de ander als complementair en waardevol beschouwd worden en wordt er ook ruimte voor gecreëerd. Op een niet-hiërarchische wijze is er volwaardige integratie van de verschillende disciplines. Het multidisciplinaire team kan zichzelf verheffen tot een interdisciplinair team wanneer er door middel van overleg naar gezamenlijke doelstellingen en een zorgplan toe wordt gewerkt. Het vereist inzicht in de deskundigheid van de andere disciplines en de bereidheid de eigen visies ter discussie te laten stellen (Choi & Pak, 2006; Van Zaalen, Y., Deckers, S. & Schuman, H., 2018). Die vorm van interdisciplinariteit konden we in dit onderzoek niet blootleggen. Niet-medische disciplines zijn in de praktijk betrokken in de zorg van de patiënt maar we vinden geen integratie van de visies van alle disciplines terug bij het bespreken van patiënten in de MOC.

De bevindingen van de observaties worden bevestigd door alle respondenten van het semigestructureerd interview. Ze erkennen dat psychosociale informatie nauwelijks aan bod komt. Als antwoord op de vraag welke barrières er zijn voor het meedelen van psychosociale informatie kunnen de bevindingen worden ingedeeld in vier categorieën: persoonlijke, professionele, organisatorische en systeemgerelateerde barrières.

Wat betreft persoonlijke barrières geven respondenten aan dat leeftijd en opleiding een rol spelen in het meedelen van psychosociale informatie. De oudere artsen geven aan dat ze een zuiver medische opleiding kregen en dus vooral geneigd zijn puur medisch te denken. In dit onderzoek hebben deelnemers uit beide teams een aanzienlijk aantal jaren ervaring wat kan verklaren waarom de focus vooral op het medische ligt. Gebrek aan interesse in psychosociale aspecten zal deze focus nog versterken. Sommige niet-medische disciplines durven zich niet mengen in de bespreking van de patiënt waardoor de psychosociale informatie bij hen blijft hangen.

Een professionele barrière die door een aantal respondenten werd aangehaald is de hiërarchische structuur die leeft tussen artsen en andere gezondheidsmedewerkers. Het eerder vermelde gebrek aan assertiviteit gecombineerd met de hiërarchie, kan een significante barrière betekenen voor niet-medische disciplines om psychosociale informatie aan bod te laten komen. Deze bevindingen zijn ook overeenkomstig het onderzoek van Kidger et al. (2009) waar verpleegkundigen patiënt gerelateerde informatie hebben maar deze niet kunnen of durven delen (Kidger et al., 2009).

Andere professionele barrières die respondenten ervaren zijn relevantie en beroepsgeheim. Respondenten delen psychosociale informatie niet mee als ze deze niet relevant achten. Vermoedelijk zijn de respondenten zich weinig bewust dat psychosociale informatie een positief effect kan hebben op de besluitvorming en implementatie van de behandeling (Jalil et al., 2013; Kidger et al., 2009; Sarkar et al., 2015; Wood et al., 2008). Het delen van psychosociale informatie in grote groep vinden ze moeilijk omwille van beroepsgeheim of de manier waarop gereageerd wordt op deze informatie. Het komt voor dat respondenten (vooral niet-medische disciplines) de mogelijkheid nog niet hebben gehad de patiënt te zien of te leren kennen waardoor er geen psychosociale info gedeeld kan worden.

Wat betreft organisatorische barrières wordt de MOC vooral gezien als moment waarop medische disciplines informatie meedelen omdat ze ervan uitgaan dat andere deelnemers (collega's en niet-medische disciplines) de patiënt (nog) niet kennen. Daarnaast zien ze de MOC als overlegmoment om tot een besluit te komen gebaseerd op medische informatie. Psychosociale gegevens worden regelmatig buiten de MOC gedeeld om bij problemen kort op de bal te kunnen spelen en deze info wordt niet meer hernomen op de MOC.

In het onderzoek van Jalil et al. (2013) wordt tijdsdruk gezien als beïnvloedende factor in het besluitvormingsproces. Ook in dit onderzoek is tijdsdruk een heel belangrijke barrière die door bijna alle respondenten wordt benoemd (Jalil et al., 2013). Prestatiegerichte geneeskunde zorgt voor overvolle agenda's waardoor artsen de MOC snel willen afronden om terug naar hun consultaties te gaan. De beperkte tijd per patiënt die men aanhaalt is hoogstwaarschijnlijk het gevolg van deze drukke agenda's (Horlait et al. 2017b). In de MOC senologie is er gemiddeld 3,7 min en in de MOC interne 3,8 min om de patiënt te bespreken. Dit gemiddelde ligt iets hoger dan de bevindingen van Lamb, Sevdalis, Mostafid et al. (2011) waar men 3 min de tijd per patiënt heeft waargenomen (Lamb, Sevdalis, Mostafid et al., 2001).

Er zijn nooit duidelijke afspraken gemaakt over het verloop, de organisatie en de rol van de verschillende disciplines tijdens de MOC. Sommige respondenten geven aan dat ze niet weten wat er van hen al dan niet verwacht wordt tijdens de MOC. Dit komt overeen met de bevindingen uit het review artikel van Prades et al. (2015) dat stelt dat er geen algemeen geldende operationele richtlijnen zijn die aangeven hoe een MOC georganiseerd moet worden en er significante verschillen kunnen zijn tussen verschillende tumorgroepen in de manier waarop de MOC georganiseerd wordt (Prades, Remue, van Hoof & Borrás, 2015). De hoeveelheid informatie en manier waarop informatie wordt uitgewisseld kan verschillen maar ook de bijdrage van individuele teamleden kan verschillen tussen de tumorgroepen (Sarkar et al., 2015). In dit onderzoek kunnen we niet onmiddellijk een

verschil waarnemen wat betreft de individuele bijdragen van de teamleden. We zien wel dat de niet-medische disciplines in de MOC senologie meer inbreng doen van psychosociale informatie in vergelijking met de niet-medische disciplines van de MOC interne. Of dit aan de organisatie van de MOC ligt of aan persoonlijke kenmerken van de borstverpleegkundige is moeilijk uit te maken.

Tot slot worden de registratie voor het kankerregister en de wettelijke verplichting van het bespreken van patiënten in de MOC als systeemgerelateerde barrière gezien. De bespreking van vaak voorkomende casussen gaat vaak ten koste van de complexere casussen die meer tijd en overleg vragen. De suggestie om meer tijd te investeren in het bespreken van complexere casussen wordt ondersteund in het overzichtsartikel van Pillay et al. (2016).

De barrières zijn onderling in interactie met elkaar maar ook met de context. We kunnen stellen dat het belangrijk is om tijd en ruimte te voorzien om psychosociale factoren ter sprake te brengen maar ook professionele en persoonlijke factoren spelen mee zoals attitude ten aanzien van en kennis over psychosociale informatie.

In tegenstelling tot wat we geobserveerd hebben, wensen de respondenten (vooral de artsen) toch geïnformeerd te worden over psychosociale informatie. Ze willen graag informatie over het cognitief functioneren van de patiënt, ziektebeleving en coping, psychische voorgeschiedenis, sociale steun, leefomstandigheden en visie omtrent levenseinde. Van wie ze deze informatie willen krijgen is onduidelijk. Intuïtief geven de respondenten aan dat een oncopsycholoog een meerwaarde kan bieden in de MOC. De oncopsycholoog is specifiek opgeleid om psychosociale ondersteuning te bieden aan patiënten met kanker. We kunnen er van uitgaan dat ze in contact met de patiënt een duidelijk beeld krijgen over de psychosociale informatie gerelateerd aan deze patiënt en ze deze informatie dan ook kunnen delen in de MOC. Daarenboven blijkt dat als een psycholoog aanwezig is in de MOC er meer psychosociale informatie wordt besproken (Horlait, 2017b). Niet-medische disciplines zoals verpleegkundigen zijn ook goede actoren om psychosociale informatie ter sprake te brengen in de MOC maar dit onderzoek bevestigt dat dit in de praktijk niet gebeurt (Lamb, Sevdalis, Mostafid et al., 2011). Een hiërarchische verhouding tussen medische en niet-medische disciplines is hierin de grootste barrière. De oncopsycholoog, die tot op heden vaak ontbreekt in de MOC, kan hier een mogelijks mediërende rol spelen. Oncopsychologen hebben een meer onafhankelijke positie ten aanzien van artsen om hun beroep uit te oefenen waardoor de communicatie kan gebeuren zonder invloed van een machtsstrijd. Bij complexe casussen zou dit een relevante meerwaarde betekenen voor de besluitvorming (Wetzel, Seitz & Ortmann, 2013).

Beperkingen

De betrouwbaarheid van de observaties werd verhoogd door het volgen van een checklist en het maken van audio-opnames. Toch moet men rekening houden met het feit dat observaties onderhevig aan verschillende factoren zoals aandachtsbias, wegvallen van aandacht, verschillende gebeurtenissen die op hetzelfde moment gebeuren, ... Ook werden de observaties uitgevoerd door slechts één onderzoeker waardoor mogelijks subjectiviteit of vooringenomenheid bij interpretatie van de observaties kan opgetreden zijn. Op regelmatige basis werden de uitgeschreven data van de observaties wel gecheckt door de co-promotor van dit onderzoek, M. Horlait.

De respondenten kenden de onderzoeker in de functie van psycholoog in het ziekenhuis. Voor het afnemen van de interviews werd uitdrukkelijk gevraagd om de onderzoeker los te koppelen van de functie als psycholoog. Af en toe werd er toch een verwijzing gemaakt naar de taak als psycholoog maar in de meeste gevallen corrigeerden de respondenten zichzelf snel. Dit neemt niet weg dat hiermee rekening moet worden gehouden en kan het ook zijn dat de respondenten meer sociaal wenselijke antwoorden geven. Het coderen van de interviews werd slechts door één onderzoeker gedaan.

Het doel van dit onderzoek was informatie verzamelen over het uitwisselen van psychosociale informatie en de mogelijke barrières hiervoor binnen de MOC's van een regionaal ziekenhuis. Dit onderzoek is een gevalstudie waardoor generaliseerbaarheid echter zeer beperkt blijft.

Aanbevelingen voor de praktijk

Vooraf de artsen werden zich door het afnemen van het interview bewust van de focus op de medische informatie en de nood aan een meer patiëntgerichte benadering. Doorheen de interviews hebben de respondenten een aantal suggesties gedaan om ervoor te zorgen dat psychosociale informatie meer aan bod kan komen. Uit het onderzoek blijkt vooral dat er meer nood is aan een structuur voor de organisatie van de MOC met vooraf gemaakte en gereguleerde afspraken ziekenhuisbreed waardoor er ruimte en tijd kan gecreëerd worden om ook psychosociale informatie te kunnen delen. Op basis van de onderzoeksbevindingen zijn dit enkele concrete aanbevelingen voor het ziekenhuis:

- Aangezien tijd een heuse barrière is, kunnen een duidelijke structuur en duidelijke afspraken de efficiëntie van de MOC verhogen (Sarkar et al. 2015). Afspraken rond rolverdeling, welke informatie relevant is om te delen en het bondig formuleren van bevindingen kunnen bijdragen tot een vlotter verloop van informatie-uitwisseling.
- Een checklist introduceren waarop alle belangrijke items vermeld staan die aan bod moeten komen en waarop ook een onderdeel voor psychosociale informatie wordt voorzien. Op deze manier wordt er bewust aandacht gevestigd op de minder voor de hand liggende items zoals psychosociale informatie.
- De coördinator kan een belangrijke rol spelen om ervoor te zorgen dat de checklist goed wordt gevolgd en iedereen effectief de kans heeft gekregen om relevante informatie mee te delen. Niet-medische disciplines die omwille van een hiërarchische cultuur of persoonlijkheidskenmerken moeilijkheden ervaren om hun informatie te delen, kunnen op deze manier gefaciliteerd worden.
- Complexe casussen bovenaan de agenda zetten zodat deze casussen zeker voldoende tijd krijgen om besproken te worden en de meer standaard besprekingen daaropvolgend op de agenda plaatsen (Sarkar et al., 2015). Ook Pillay et al. (2016) suggereren in hun overzichtsartikel dat het efficiënter is om in de MOC te focussen op complexere casussen. Daarnaast kan men ook de mogelijkheid geven aan niet-medische disciplines om op de lijst met te bespreken patiënten aan te duiden over welke patiënt ze zeker psychosociale informatie wensen te delen.
- Door de jaren heen is de MOC uitgebreid met verschillende disciplines. Er zijn nooit onderling afspraken gemaakt over de manier van samenwerken en er is geen duidelijk inzicht in de functieomschrijving en visie van de verschillende deelnemers. Men weet niet wat men van elkaar kan of mag verwachten. In de toekomst zou men moeten streven naar een interdisciplinaire samenwerking i.p.v. de huidige multidisciplinaire samenwerking. Om deze evolutie te kunnen maken is het belangrijk dat de verschillende disciplines een gezamenlijk doel formuleren en de expertise en perspectieven van de ander als complementair gaan beschouwen (Van Zaalen, Y., Deckers, S. & Schuman, H., 2018).
- Het nastreven van een holistische visie waar, naast de medische informatie, ook belang wordt gehecht aan psychosociale informatie door niet-medische disciplines actief te betrekken. Voor de oncopsycholoog kan hier een mediërende rol weggelegd zijn, ten eerste in het ter sprake durven brengen van psychosociale informatie op de MOC en ten tweede omdat hij/zij vanuit zijn/haar expertise een goed inzicht kan krijgen in de psychosociale factoren die voor de patiënt, de besluitvorming en de behandeling relevant zijn.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Wat onderzoek m.b.t. het oncologisch MDT-overleg in het algemeen betreft, is het aangewezen om de barrières voor het integreren van psychosociale informatie op grotere schaal te gaan onderzoeken en in verschillende ziekenhuiscontexten. Op die manier kan een algemeen beeld geschetst worden van de beïnvloedende en belemmerende factoren zowel op individueel niveau (zorgverleners) als organisatorisch niveau (ziekenhuis) en beleidsniveau. Vervolgens kan er onderzoek gedaan worden naar mogelijke interventie(s) om het integreren van psychosociale informatie tijdens de MOC te faciliteren met een eventuele duidelijk afgebakende rol voor de oncopsycholoog.

REFERENTIES

- Andersen, B., Yang, H-C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D.M., Emery, C.F., Thornton, L.M., Young, D.C. & Caron, W.E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113(12), 3450-3458. doi:10.1002/cncr.23969
- Bernard C.K. Choi, & Anita W.P. Pak. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351–364.
- Borras, J. M., Albrecht, T., Audisio, R., Briers, E., Casali, P., Esperou, H., ... & Robin, W. (2014). Policy statement on multidisciplinary cancer care. *European Journal of Cancer*, 50(3), 475-480. doi: 10.1016/j.ejca.2013.11.012
- Callens, M. & van den Oever, R. (2006). Quality improvement in cancer care: the multidisciplinary oncological consultation. *Acta Chirurgica Belgica*, 106(5), 480-484. doi: 10.1080/00015458.2006.11679937
- Calman, K. & Hine, D. (1995). A policy framework for commissioning cancer services: A report by the expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales. The National archives. Geraadpleegd op 21 april 2018 via: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20080817211349/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071083
- Chinai, N., Bintcliffe, F., Armstrong, E. M., Teape, J., Jones, B. M. & Hosie, K.B. (2013). Does every patiënt need to be discussed at a multidisciplinary team meeting? *Clinical Radiology*, 68(8), 780-784. doi: 10.1016/j.crad.2013.02.011
- Fekete, A. & Fekete, Z. (2012). The psychologist role in oncology. *Journal of Radiotherapy & Medical Oncology*, 18(1), 27-29.
- Fondation contre le cancer (2013). Proceedings of "Le métier de coordinateur de soins en oncologie, rencontre interprofessionnelle". Geraadpleegd op 23 april 2018 via: <https://www.cancer.be/sites/default/files/livre-des-conferences-metier-CSO-2013.pdf>
- Freeman, R.K., Van Woerkom, J. M., Vyverberg, A. & Ascioti, A. J. (2011). The effect of a multidisciplinary thoracic malignancy conference on the treatment of patiënt with esophageal cancer. *The Annals of Thoracic Surgery*, 92(4), 1239-1243. doi: 10.1016/j.athoracsur.2011.05.057
- Horlait, M. (2017a). Making money talk... should incentives for enhancing communication in oncology only be financial? In Horlait, M. *Palliative care communication in oncology departments in Flanders, Belgium*, 89-103, Brussels: VUBPRESS Brussels University Press
- Horlait, M. (2017b). Multidisciplinary team meetings at medical oncology departments: an observational study on communication and the impact of organizational structures. In Horlait, M. *Palliative care communication in oncology departments in Flanders, Belgium*, 71-87, Brussels: VUBPRESS Brussels University Press

- Horlait, M., Van Belle, S. & Leys, M. (2018). Input of psychosocial information during multidisciplinary team meetings at medical oncology departments: protocol for an observational study. *JMIR Research Protocols*, 7(2) e64.
- Jacobsen, P. & Wagner L. I. (2012). A new quality standard: The integration of psychosocial care into routine cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1154-1159. Doi:10.1200/JCO.2011.39.5046
- Jalil, R., Ahmed, M., Green, J. & Sevdalis, N. (2013). Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *International Journal of Surgery*, 11(5), 389-394. doi: 10.1016/j.ijssu.2013.02.026
- Kane, B., Luz, S., O'Briain, D.S. & Mcdermott, R.(2007). Multidisciplinary team meetings and their impact on workflow in radiology and pathology departments. *BMC Medicine*, 5(15). doi: 10.1186/1741-7015-5-15
- Kidger, J., Murdoch, J., Donovan, J. L. & Blazeby, J. M. (2009). Clinical decision-making in a multidisciplinary gynaecological cancer team: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(4), 511-517. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02066.x
- Kurpad, R., Kim, W., Rathmell, W.K., Godley, P., Whang, Y., Fielding, J., ... & Pruthi, R.S. (2011). A multidisciplinary approach to the management of urologic malignancies: Does it influence diagnostic and treatment decisions? *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 29(4), 378-382. doi: 10.1016/j.urolonc.2009.04.008
- Lamb, B., Brown, K., Nagpal, K., Vincent, C., Green, J. & Sevdalis, N. (2011). Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Annals of Surgical Oncology*, 18(8), 2116-2125. doi: 10.1245/s10434-011-1675-6
- Lamb, B., Sevdalis, N., Arora, S., Pinto, A., Vincent, C. & Green, J. (2011). Teamwork and decision-making at multidisciplinary cancer conferences: barriers, facilitators and opportunities for improvement. *World Journal of Surgery*, 35(9), 1970-1976. doi: 10.1007/s00268-011-1152-1
- Lamb, B., Sevdalis, N., Mostafid, H., Vincent, C. & Green, J. (2011). Quality improvement in multidisciplinary cancer teams: an investigation of teamwork and clinical decision-making and cross-validation of assessments. *Annals of Surgical Oncologie*, 18(13), 3535-3543. doi: 10.1245/s10434-011-1773-5
- Onkelinx, L. (2008). National Cancer Plan 2008-2010. Geraadpleegd op 23 april 2018 via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/32_initiatieven_n.pdf
- Onkelinx, L. (2012). Stand van zaken kankerplan. Geraadpleegd op 23 april 2018 via : http://www.e-cancer.be/publications/Documents/State%20of%20Affairs/2012_Summary_CancerPlan.pdf
- Pillay, B., Wootten, A., Crowe, H., Corcoran, N., Tran, B., Bowden, P., Crowe, J. & Costello, A. (2016). The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and

- outcomes in oncology settings: a systematic review of the literature. *Cancer Treatment Review*, 42, 56-72. doi:10.1016/j.ctrv.2015.11.007 0305-7372
- Prades, J., Remue, E., van Hoof, E. & Borrás, J.M. (2015). Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health policy*, 119(4), 464-474. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.09.006
- Raine, R., Wallace, I., Nic A' Bháird, C., Xanthopoulou, P., Lanceley, A., Clarke, A., ... & Barber, J. (2014). Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patient with chronic diseases: a prospective observational study. *Health Services and Delivery Research*, 2(37), 1-172. doi:10.3310/hsdr02370
- Raine, R., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Nic A' Bháird, C., Lanceley, A., Clarke, A., ... & Barber, J. (2014). Determinants of treatment plan implementation in multidisciplinary team meeting for patients with chronic disease: a mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety*, 23(10), 867-876. doi:10.1136/bmjqs-2014-002818
- Salander, P. (2010). Motives that cancer patients in oncological care have for consulting a psychologist- an empirical study. *Psycho-oncology*, 19(3), 248-254. doi:10.1002/pon.1569
- Sarkar, S., Lamb, B., Jalil, R.T., Taylor, C., Soukup, T., Vincent, C., Sevdalis, N. & Green, J. (2015). Improving multidisciplinary team working in pelvic oncology. In: Patel, H., Mould, T., Joseph, J. & Delaney, C.. *Pelvic cancer surgery: modern breakthroughs and future advances*, 3-12, London, Springer
- Taylor, C., Munro, A.J., Glynn-Jones, R., Griffith, C., Trevatt, P., Richards, M & Ramirez, A.J. (2010). Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *British Medical Journal* 340, 951. doi:10.1136/bmj.c951
- Van Belle, s. (2008). How to implement the multidisciplinary approach in prostate cancer management: the Belgian model. *BJU International*, 101, 2-4. doi: 0.1111/j.1464-410X.2007.07489.x
- Van Zaalen, Y., Deckers, S. & Schuman, H. (2018). Handboek interprofessioneel samenwerken in de zorg. Bussum: Coutinho
- Verhoeven, D., Van Hoof, E., Leto, C., Van den Bogaert, S., Leysen, L. & De Grève, J. (2010). The Belgian cancer plan. *Health Economics*, 4(6), 264-267
- Vrijens, F., Kohn L., Dubois, C., Leroy, R., Vinck, I. & Stordeur, S. (2015). Ten Years of multidisciplinary team meetings in Belgium: current situations and perspectives. Geraadpleegd op 14 april 2018 via:
https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_239_team%20meetings_oncology_Report_2.pdf
- Wetzel, C., Seitz, S. & Ortmann, O. (2013). Psychosocial factors in medical decision making of the multidisciplinary team for cancer treatment. An observational study. *Psycho-oncology*, 22(supl.3), 23-24.

- Wood, J. J., Metcalfe, C., Paes, A., Sylvester, P., Durdey, P., Thomas, M. G., Blazeby, J. M. (2008). An evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Disease*, 10(8), 769-772. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01464.x
- Wright, F.C., De Vito, C. & Langer, B. (2007). Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards. *European Journal of Cancer*, 43(6), 1002-1010. doi:0.1016/j.ejca.2007.01.02

Bijlage 1

Inleiding.

Dag dokter X. Alvast bedankt voor de tijd die u wou vrij maken. Het is voor mij erg waardevol om het perspectief van de artsen die deelnemen aan de MOC te kunnen toevoegen aan mijn onderzoek.

Dit onderzoek kadert binnen mijn eindwerk voor de opleiding psycho-oncologie. Ik zou u graag een aantal vragen stellen. Hiervoor is het belangrijk dat u mij nu ziet als onderzoeker en niet in de functie van psycholoog, zoals u mij kent. Het is de bedoeling dat u voor eventjes vergeet dat ik als psycholoog hier in het ziekenhuis werk. Dit interview neem ik af als onderzoeker.

Wat is nu het doel van mijn onderzoek? In de zorgprogramma's die opgesteld werden vanuit de wetgeving wordt de MOC gezien als moment van multidisciplinair overleg. Naast artsen kunnen ook niet-medische disciplines deelnemen aan het overleg (diëtiste, verpleegkundige,..). Het doel van de MOC is, komen tot een concreet behandelplan waarin rekening wordt gehouden met psychische maar ook sociale argumenten (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010081826) . In mijn onderzoek wil ik meer specifiek nagaan welke psychosociale informatie er nu concreet binnen de MOC wordt uitgewisseld.

De voorbije maanden heb ik een aantal MOC's geobserveerd en nu wil ik graag via een interview het perspectief van u als arts nagaan over het uitwisselen van informatie tijdens de MOC. Als u ermee instemt, zou ik ons gesprek graag opnemen. Op die manier kan ik ons gesprek nadien uittypen en exact weergeven welke informatie ik heb verkregen. Bent u ermee akkoord als ik dit gesprek opneem? Alle gegevens worden anoniem verwerkt en het spreekt vanzelf dat dit gesprek vertrouwelijk is.

Topic Guide: Interview arts

Inleiding

Arts bedanken voor de deelname aan het onderzoek. Vermelden dat deelname zeer waardevol is.

Uitleggen van rol van interviewer/onderzoeker en dit loskoppelen van de rol als psycholoog in het ziekenhuis.

Voorstellen van het onderzoek en doel van het onderzoek.

Verloop van het gesprek.

- Belangrijk om het perspectief van de arts te leren kennen.
- Uitleg audio-opname + akkoord vragen
- Uitleg over anonimiteit en verwerken van de gegevens
- Vertrouwelijkheid

Interview

Uit de observaties blijkt dat er vooral medische informatie uitgewisseld wordt tussen de verschillende artsen van verschillende medische disciplines. De niet-medische disciplines ((borst)vpk, sociale assistente, diëtiste) komen niet of nauwelijks aan het woord. Het aantal keer dat psychosociale info wordt uitgewisseld is zeer beperkt en als er info wordt uitgewisseld is de inhoud zeer summier.

1. Validatie vraag	Hoe ervaart de arts de uitwisseling van psychosociale informatie?	<ul style="list-style-type: none">- Komen de bevindingen van de observaties overeen met uw ervaring als arts in de MOC?- Wat is er veranderd in het uitwisselen van psychosociale informatie sinds andere disciplines zoals bv. de borstverpleegkundige en diëtiste ook deelnemen aan de MOC?- Werden hierover afspraken gemaakt?
2. Doel van de MOC	Wat is volgens u het doel van de MOC?	<ul style="list-style-type: none">- Wat vindt u goed aan de MOC?- Wat vindt u minder goed aan de MOC?- Welke info vindt u belangrijk om zelf in de MOC te brengen.- Welke info vindt u belangrijk om in de MOC van de niet-medische disciplines te horen te krijgen?- Is psychosociale informatie belangrijk voor uw besluitvorming of opstellen behandelplan? Welke info dan specifiek?

<p>3. Barrière</p>	<p>Wat zijn volgens u barrières die ervoor zorgen dat psychosociale informatie zelden mee in overweging wordt genomen bij de bespreking van de patiënt en de besluitvorming?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe komt het dat er zo weinig aandacht is voor psychosociale informatie? - Waarom is het moeilijk om hierover te praten? - Hoe komt het dat andere disciplines niet of nauwelijks aan het woord komen? - Hoe komt het dat de borstverpleegkundige vaak heel hard haar best moet doen om gehoord te worden (enkel MOC senologie)? - Hoe komt het dat de sociale assistente geen inbreng doet terwijl zij meestal aanwezig is (enkel in MOC senologie)?
<p>4. Rol van de oncopycholoog</p>	<p>Wie van het team kan volgens u belangrijke psychosociale info verschaffen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Welke meerwaarde kan psychosociale info voor u betekenen? - Hoe wenst u psychosociale informatie te verkrijgen? - Door wie wenst u psychosociale info te verkrijgen? - Wat zou de meerwaarde kunnen zijn van een oncopycholoog die deelneemt aan de MOC? - Welk tijdstip in de behandeling wenst u psychosociale informatie te verkrijgen? - Indien men info wenst buiten de MOC. Waarom niet in de MOC? Waarom op een ander moment? Hoe ziet u dit dan concreet?
<p>Einde</p>		
<p>Zijn er nog dingen die niet besproken werden maar die u graag wenst toe te voegen?</p> <p>Heeft u nog vragen voor mij?</p> <p>Audiotape uitzetten.</p>		

Inleiding.

Dag (naam verpleegkundige). Alvast bedankt voor de tijd die u wou vrij maken. Het is voor mij erg waardevol om het perspectief van de verpleegkundigen die deelnemen aan de MOC te kunnen toevoegen aan mijn onderzoek.

In het kader van mijn eindwerk voor de opleiding psycho-oncologie zou ik u graag een aantal vragen stellen. Hiervoor is het belangrijk dat u mij nu ziet als onderzoeker en niet in de functie van psycholoog, zoals u mij kent. Het is de bedoeling dat u voor eventjes vergeet dat ik als psycholoog hier in het ziekenhuis werk. Dit interview neem ik af als onderzoeker.

In de zorgprogramma's die opgesteld werden vanuit de wetgeving wordt de MOC gezien als moment van multidisciplinair overleg. Naast artsen kunnen ook niet-medische disciplines deelnemen aan het overleg (diëtiste, verpleegkundige,..). Het doel van de MOC is, komen tot een concreet behandelplan waarin rekening wordt gehouden met psychische maar ook sociale argumenten (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010081826) . In mijn onderzoek wil ik meer specifiek nagaan welke psychosociale informatie er nu concreet binnen de MOC wordt uitgewisseld.

De voorbije maanden heb ik een aantal MOC's geobserveerd en nu wil ik graag via een interview het perspectief van u als verpleegkundige nagaan over het uitwisselen van informatie tijdens de MOC. Als u ermee instemt, zou ik ons gesprek graag opnemen. Op die manier kan ik ons gesprek later uittypen en exact weergeven welke informatie ik heb verkregen. Bent u ermee akkoord als ik dit gesprek opneem? Alle gegevens worden anoniem verwerkt en het spreekt vanzelf dat dit gesprek vertrouwelijk is.

Topic Guide: Interview verpleegkundige

Inleiding

Verpleegkundige bedanken voor de deelname aan het onderzoek. Vermelden dat deelname zeer waardevol is.

Uitleggen van rol van interviewer/onderzoeker en dit loskoppelen van de rol als psycholoog in het ziekenhuis.

Voorstellen van het onderzoek en doel van het onderzoek.

Verloop van het gesprek.

- Belangrijk om het perspectief van de verpleegkundige te leren kennen.
- Uitleg audio-opname + akkoord vragen
- Uitleg over anonimiteit en verwerken van de gegevens
- Vertrouwelijkheid

Interview

Uit de observaties blijkt dat er vooral medische informatie uitgewisseld wordt tussen de verschillende artsen van verschillende medische disciplines. De niet-medische disciplines ((borst)vpk, sociale assistente, diëtiste) komen niet of nauwelijks aan het woord. Het aantal keer dat psychosociale info wordt uitgewisseld is zeer beperkt en als er info wordt uitgewisseld is de inhoud zeer summier.

5. Validatie vraag	Hoe ervaart de verpleegkundige de uitwisseling van psychosociale informatie?	<ul style="list-style-type: none"> - Komen de bevindingen van de observaties overeen met uw ervaring als verpleegkundige in de MOC? - Wanneer bent u gestart met het bijwonen van de MOC. - Zijn er afspraken gemaakt over uw deelname? Zijn er verwachtingen geuit vanuit de medische disciplines naar aanleiding van uw deelname aan de MOC? Welke?
6. Doel van de MOC	Wat is volgens u het doel van de MOC?	<ul style="list-style-type: none"> - Wat vindt u goed aan de MOC? - Wat vindt u minder goed aan de MOC? - Welke info vindt u belangrijk om zelf in de MOC te brengen. - Welke info vindt u belangrijk om in de MOC van collega's of artsen te horen te krijgen?
7. Barrières	Wat zijn volgens u barrières die ervoor zorgen dat psychosociale informatie zelden mee in overweging worden genomen bij de bespreking van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe komt het dat er zo weinig aandacht is voor psycho sociale informatie? - Waarom is het moeilijk om hierover de praten? - Hoe komt het dat andere disciplines niet of

	en de besluitvorming?	<p>nauwelijks aan het woord komen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe komt het dat de u als borstverpleegkundige vaak heel hard uw best moet doen om gehoord te worden (enkel MOC senologie)? - Hoe komt het dat de sociale assistente geen inbreng doet terwijl zij ook aanwezig is (enkel in MOC senologie)?
8. Rol van de oncopycholoog	Wie van het team kan volgens u belangrijke info verschaffen over psychosociale problemen?	<ul style="list-style-type: none"> - Welke meerwaarde kan psychosociale info voor u betekenen? - Hoe wenst u psychosociale informatie te verkrijgen? - Door wie wenst u psychosociale info te verkrijgen? - Wat zou de meerwaarde kunnen zijn van een psycholoog die deelneemt aan de MOC? - Welk tijdstip in de behandeling wenst u psychosociale informatie te verkrijgen? - Indien men info wenst buiten te MOC. Waarom niet in de MOC? Waarom op een ander moment? Hoe ziet u dit dan concreet?
Einde		
<p>Zijn er nog dingen die niet besproken werden maar die u graag wenst toe te voegen?</p> <p>Heeft u nog vragen voor mij?</p> <p>Audiotape uitzetten.</p>		

Bijlage 2

Informed Consent

Informatie- en toestemmingsformulier

Titel van de studie

Exploratieve studie naar de communicatie over psychosociale factoren.

Onderzoeksinstelling

Vrije Universiteit Brussel & Cédric Hèle instituut

Ethisch Comité

Commissie Medische Ethiek – Vrije Universiteit Brussel

Ethisch Comité – AZ Sint Elisabeth

Plaatselijke onderzoekers

Dhaene Sophie

Godveerdegemstraat 69

9620 Zottegem

Tel +32 (0)9 364 94 81

Email: Sophie.dhaene@sezz.be

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een observationele (niet-interventionele) klinische studie. Dit betekent dat u zal gevraagd worden deel te nemen aan een (éénmalig) interview.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker (Sophie Dhaene – Cédric Hèle Instituut) of haar vertegenwoordiger (Melissa Horlait – Vrije Universiteit Brussel).

Dit document bestaat uit 3 delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en tenslotte, bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze klinische studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze klinische studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoeker of met één van haar vertegenwoordigers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie maakt deel uit van een breder onderzoeksproject dat als doel heeft een interventie ('communication guidelines') te ontwikkelen om de communicatie tussen oncoloog en patiënt te verbeteren.

Uw deelname aan deze studie bestaat enkel uit een éénmalig interview (van ongeveer 30 minuten).

Risico's en voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. Ook moet u niet verwachten dat uw deelname aan deze studie u persoonlijke voordelen zal opleveren. U moet begrijpen dat uw deelname aan deze studie ervoor zal zorgen dat wij de visie van artsen, patiënten en familieleden over communicatie beter begrijpen en zo kunnen identificeren wat er aan kan verbeterd worden en vooral hoe dit kan verbeterd worden met als doel bij te dragen aan toekomstig beleid.

Voor het geval dat u door deelname aan deze studie toch enige schade zou ondervinden, werd een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004.

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek gewijzigd en/of aangepast worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaan de uitleg, te ondertekenen stemt u in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd.

Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Intrekking van uw toestemming

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de uitvoerende onderzoeker (Sophie Dhaene) op het telefoonnummer 09 364 94 81 of per mail via sophie.dhaene@sezz.be.

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de ombudsdienst in uw ziekenhuis. Indien nodig kan de ombudsdienst u in contact brengen met het Ethisch Comité.

Toestemmingsformulier

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid. Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord **(doorhalen wat niet van toepassing is)** dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam & voornaam van de deelnemer:

Datum:

Handtekening:

Onderzoeker

Ik ondergetekende _____, uitvoerend onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam & voornaam van de onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Aanvullende informatie

Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, Commissie Medische Ethiek – Vrije Universiteit Brussel & Ethisch Comité – UZ Gent, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval uw relatie met de arts-onderzoeker en de voortzetting van uw therapeutische behandeling veranderen.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de onderzoeker gegevens over u verzamelt en dat de opdrachtgever van de studie die gebruikt voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

U hebt het recht om aan de onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige klinische situatie maar ook op uw medische voorgeschiedenis en op de resultaten van onderzoeken die werden uitgevoerd voor de behandeling van uw gezondheid volgens de geldende

zorgstandaard. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

De onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank.

De onderzoeker en haar team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en uw medisch dossier².

De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren³.

De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle onderzoekers die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere artsen en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever.

Ze kunnen ook doorgegeven worden aan andere sites van de opdrachtgever in België en in andere landen waar de normen inzake de bescherming van persoonsgegevens verschillend of minder strikt kunnen zijn. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm zoals hierboven uitgelegd⁴.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde medische gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier staan beschreven en dat ze worden overgedragen aan bovenvermelde personen en/of instellingen.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

¹ Deze rechten zijn bepaald door de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

² De wet verplicht om voor klinische studies dit verband met uw dossier gedurende 20 jaar te bewaren

³ De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum.

⁴ De opdrachtgever verbindt zich ertoe om het bindend karakter van de Europese richtlijn en van de Belgische wetgeving inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer te respecteren

Verzekering

In een observationele studie is het enige mogelijke risico een probleem met de maatregelen die werden genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te beschermen.

De opdrachtgever is, ook indien er geen sprake is van fout, aansprakelijk voor de schade die u als deelnemer - of in geval van overlijden uw rechthebbenden - oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks te wijten is aan de deelname aan deze studie. Hiervoor heeft de opdrachtgever een verzekeringscontract afgesloten⁵.

⁵ Conform artikel 29 van de Belgische wetgeving inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004).

Bijlage 3

Quotes uit de interviews ter verduidelijking van de validatievraag

Quotes ter illustratie		
Validatie	q01	<i>“Dat klopt, ik heb het gevoel dat zij niet goed ingeschakeld zijn ... zij worden daar niet veel bij betrokken” (r01)</i>
	q02	<i>“dat is waar, er wordt daar niet veel aandacht aan besteed” (r02)</i>
	q03	<i>“er wordt zeer weinig psychosociale informatie uitgewisseld” (r03)</i>
	q04	<i>“Ik denk dat het enkel in schrijnende situaties is dat die sociale, economische of huisvestingsproblemen naar boven komen” (r02)</i>
	q05	<i>“ik denk dat de psychosociale info die aan de patiënt hangt, voornamelijk bij de behandelend arts blijft hangen” (r04)</i>
	q06	<i>“...maar eigenlijk zou je de MOC niet met een goed gevoel mogen verlaten want eigenlijk is het de bedoeling dat je het totaalpakket in beeld brengt” (r02)</i>
	q07	<i>“ik denk wel dat als wij iets te zeggen hebben, de artsen gaan luisteren maar of er effectief iets met die informatie gedaan wordt...” (r09).</i>

Bijlage 4

Quotes ter verduidelijking van de barrières die ervoor zorgen dat psychosociale informatie zelden wordt gecommuniceerd binnen de MOC

Categorie	Subcategorie	Quotes ter illustratie	
Persoonlijk	Kenmerken medische discipline	q08 <i>“Wij zijn daar niet in opgeleid. Wij zijn zuiver somatisch opgeleid, ik toch in elk geval, in mijn tijd. Het is ondertussen al een beetje veranderd bij de jongere collega’s” (r03)</i>	
		q09 <i>“Ten tweede ben ik ervan overtuigd ook door een gebrek aan interesse van zeer veel geneesheren” (r03)</i>	
		q10 <i>“ik denk dat het psychosociale het laatste is van de dokters hun zorgen” (r07)</i>	
		q11 <i>“Dat is een dokter die ook wel sociaal geëngageerd is” (r10)</i>	
		q12 <i>“Misschien staat men er na zoveel tijd niet meer bij stil en is het ook een stuk zelfbescherming om niet te diep in te gaan op wat patiënten meemaken of beleven. Als iemand al zoveel patiënten heeft gezien...” (r02)</i>	
		Kenmerken niet-medische discipline	q13 <i>“...dat is denk ik een beetje het karakter van...” (r04)</i>
	q14 <i>“Dat ligt dan aan de persoon die dan luider moet tussenkomen...” (r05).</i>		
	q15 <i>“ik zal er mij wel tussenwringen als ik vind dat ik iets moet zeggen” (r09).</i>		
Professioneel	Hiërarchie	q16 <i>“Als een dokter spreekt, zal een verpleegkundige nog altijd zwijgen, dat is ook ingebakken van in hun opleiding en dat is verkeerd”(r03)</i>	
		q17 <i>“Ik weet niet of het misschien afschrikt dat er een professor bij zit” (r02)</i>	
		q18 <i>“De hiërarchische tafelschikking is ook niet goed”(r02)</i>	
	Beroepsgeheim	q19 <i>“...belemmering van een MOC is, je hebt een heel aantal informatie die heel persoonsgebonden is en die, ik zal zeggen, die extra beschermd moet worden door beroepsgeheim en je deelt dat, en dat is tegenwoordig de trend, je deelt dat met heel veel mensen dus uw beroepsgeheim wordt ook moeilijker...”, “...aan één persoon afzonderlijk, is dat op dat vlak iets makkelijker“, “Het mag geen sensatie zijn, daar moeten we ons voor behoeden” (r01)</i>	
		Relevantie informatie	q20 <i>“...een arts heeft niet zoveel aandacht voor die sociale problematiek. Het is voor hem niet zo relevant” (r08).</i>
			q21 <i>“...omwille van psychosociale problemen daar zal moeten aan gewerkt worden samen met patiënt en familie maar dat gaat het advies niet veranderen”(r05)</i>
			q22 <i>“Ik denk dat ze daar geen boodschap aan hebben, ze gaan misschien luisteren uit beleefdheid maar er zal toch niets constructiefs mee gebeuren”(r07)</i>
			q23 <i>“...als het echt extreme zaken zijn, dan wordt het eens vermeld maar er wordt geen oplossing gegeven of besproken”(r08)</i>

	Kennis over de patiënt	q24	<i>"Het is uiteindelijk de behandelend arts of huisarts die er iets over kunnen zeggen. De andere beroepsbeoefenaars kunnen daar niets over zeggen..." (r04).</i>
		q25	<i>"Er zijn mensen die dat willen voor zich houden en het een tijdje duurt eer ze daar open kunnen over spreken" (r05)</i>
	Opstellen behandelplan	q26	<i>"Een goed therapeutisch plan opstellen gebaseerd op de richtlijnen van de huidige medische kennis"(r03)</i>
		q27	<i>"Je moet zien voor uw medische zaken dat je goed weet wat" (r01)</i>
		q28	<i>"heel medisch, dat is mijn doel als ik naar de MOC ga"(r02)</i>
Organisatorisch	Kenmerken MOC	q29	<i>"de MOC dient eigenlijk om de behandeling in te stellen" (r09).</i>
		q30	<i>"Iedere arts is vrij om twijfels of problemen te bespreken met collega's" (r04).</i>
		q31	<i>"het oncologisch advies moet gebaseerd zijn op de ziekte zelf. Je kan moeilijk iemand chemo weigeren omwille van de persoonlijke situatie" (r03).</i>
		q32	<i>"Ik heb de patiënten op voorhand gezien, ik ben vertrouwd met hun context en ik geef die informatie dan door"(r01)</i>
		q33	<i>"De beroepsbeoefenaars worden ingelicht over het medisch dossier, over de behandelingsplannen en voor hen is dit het eerste moment waarop ze de patiënt leren kennen", "Ik vind het goed dat de equipe van het dagziekenhuis ook is vertegenwoordigd, op die manier zijn ze al ingelicht over de patiënt, anders is dit voor hen een blanco naam"(r04).</i>
	Informatie uitwisseling buiten de MOC	q34	<i>"...dat werd gewoon na de MOC bij het starten van de behandeling meegedeeld" (r4)</i>
		q35	<i>"ik denk dat ze de belangrijke info meestal al doorgebeld hebben" (r01)</i>
		q36	<i>"Als ik aanvoel dat er een probleem is, ga ik meestal de betrokken partners al inschakelen" (r07)</i>
		q37	<i>"dan is er onderling al heel wat overleg geweest onder de collega's en dan is de doorgave op de MOC zelf beperkt" (r01)</i>
		q38	<i>"Informeel gaat er meer informatie doorgegeven worden" (r01)</i>
	Tijd	q39	<i>"Tijd speelt een rol, absoluut. We zijn allemaal slaaf van onze agenda geworden. Dat is het nadeel van prestatiegerichte geneeskunde" (r03)</i>
		q40	<i>"die mensen hebben ook geen tijd omdat er nog zoveel patiënten zitten te wachten"(r10)</i>
		q41	<i>"In de MOC zelf is er niet veel ruimte om in te brengen wat ik belangrijk vind" (r07)</i>
		q42	<i>"Er is te weinig tijd per patiënt, op 6 min moet je voorgeschiedenis, anatoom-pathologie, operatie, enz bespreken en binnen 6 min is dit kort" (r01)</i>
		q43	<i>" Het is ook niet altijd makkelijk om informatie terug te koppelen omdat het soms een tijdje geleden is dat je de patiënt gezien hebt" (r01)</i>
	Praktische organisatie	q44	<i>"de radiologen en isotopist gingen ook elke patiënt</i>

overlopen voor hun inbreng maar ik denk niet dat er afspraken gemaakt zijn om de sociale of psychische component er ook in te vervatten” (r02)

q45 *“Als de MOC coördinator weet dat er al die mensen zijn van verschillende disciplines, maar nog niet de tijd of gelegenheid geeft, ... de attitude moet veranderen, de afspraken binnen de MOC moeten veranderen” (r08).*

q46 *“er is nooit afgesproken wat ik wel of niet mag, wat verwachten de dokters van mij en wat mag ik verwachten” (r10)*

q47 *“dat de MOC soms zeer chaotisch is, het gaat soms zodanig vlug....”(r09*

q48 *“op die manier heeft eigenlijk niemand een interactie met de 2 die daar communiceren” (r05), “... dat duurt lang en is eigenlijk een one-man show...” (r10)*

Gezondheidszorg systeem	Kankerregistratie	q49	<i>“patiënten moeten geregistreerd worden dus ik moet al mijn informatie uit de MOC halen” (r07)</i>
	Wettelijke voorwaarden MOC	q50	<i>“we zijn wettelijk verplicht om alles te MOC’en, hierdoor kruipt veel tijd in standaard dossiers, standaard behandelingen, daar kruipt tijd in” (r04)</i>

Bijlage 5

Quotes uit de interviews in verband met de rol van de oncopsycholoog

		Quotes ter illustratie
Rol van de oncopsycholoog	q51	<i>"Ik denk dat die zeker een belangrijke meerwaarde kan bieden. Zij hebben een bepaalde manier van communiceren, zij hebben dat aangeleerd, ..."</i> (r06).
	q52	<i>"Ik denk dat ik te weinig begrip heb van een oncopsycholoog, dat ik te weinig weet wat dit inhoudt. Ik zie zeker een plaats in de MOC maar weet het verschil niet goed tussen wat een sociaal assistente doet en wat een psycholoog doet, een sociaal assistente doet toch ook al psychologische opvang...?"</i> (r01)
Gewenste informatie	q53	<i>"Intellectuele capaciteiten van de patiënt, kunnen zij keuzes aan, mogen wij keuzes aan hen overlaten?"</i> (r04).
	q54	<i>"In hoeverre gaat patiënt met de problematiek om, hoe reageert patiënt hier op, wat is het ziekte-inzicht, ..."</i> (r08)
	q55	<i>" ... en bijkomend ook de psychische toestand, bijvoorbeeld patiënten met downsyndroom, patiënten met zware depressies, ..."</i> (r01)
	q56	<i>"...toch de thuissituatie"</i> (r05)
	q57	<i>"Draagvlak en ondersteuning thuis vind ik zeer belangrijk"</i> (r02)
	q58	<i>"Thuissituatie, relatie, houding ten aanzien van de personen die haar steunen, bijvoorbeeld kinderen, familie"</i> (r03)
	q59	<i>"...als de mensen palliatief gaan behandeld worden, is dit heel anders en ga je snel een indruk moeten krijgen van hoe ver je kan gaan bij je eerste gesprek"</i> (r05)
