

Eindverslag project Kom op tegen Kanker

Titel project: Verhoging betrokkenheid en inspraak van huisarts en patiënt bij de bespreking van de resultaten van het MOC

Conclusie project

Het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) is een overleg tussen verschillende zorgverstrekkers, betrokken bij de behandeling van een patiënt met kanker, om samen een individueel diagnose-, behandel- en opvolgplan op te stellen. De werkwijze is bij wet geregeld; daarin is ook de betrokkenheid en aanwezigheid van de huisarts vastgelegd. In een optimale MOC-setting wordt immers een optimale behandelstrategie vastgelegd op basis van de diagnostische kenmerken, de wetenschappelijke inzichten en rekening houdend met de wensen en kenmerken van de patiënt. Bij dit overleg wordt de patiënt niet betrokken. Het doel is een verhoging van de zorgkwaliteit en patiënttevredenheid.

In deze studie onderzochten we waarom de betrokkenheid van de huisarts bij het MOC zo moeizaam verloopt: wat zijn knelpunten, wat zijn mogelijke alternatieven en werkt dit dan? (pilotproject).

1. Knelpunten. Deelname van de huisarts aan het MOC, zowel fysiek als via tele- of videoconferentie blijkt organisatorisch niet haalbaar. Ondanks vele inspanningen is de huisarts slechts in 3% van de MOC's aanwezig. Daarenboven is het MOC ook om inhoudelijke redenen niet de meest geschikte ingangspoort voor de huisarts: een patiënt wordt op slechts enkele minuten tijd besproken in een technisch jargon en het betreft meestal een formaliseren van een reeds goed overwogen behandelplan. De mogelijkheden voor input door de huisarts zijn bijgevolg gering.
2. Alternatieven. Op basis van een breed overleg met alle betrokken partijen, inclusief patiënten, en na een consensusmeeting werd geconcludeerd dat overleg een meerwaarde is en dat dus een andere vorm van overleg moet geëxploreerd worden.
 - a. De best mogelijk oplossing leek een structureel ingebed telefonisch overleg tussen huisarts en specialist voorafgaand of direct volgend op het MOC.
 - b. Een meer open-ended MOC verslag is nodig waarbij verschillende behandelopties met hun afwegingen worden weergegeven in verstaanbare taal.
 - c. Snelle en volledige feed-back aan huisarts via het MOC verslag.
3. Pilotstudie.
 - a. Vanuit het standpunt van de specialisten bleek deze methode echter niet haalbaar voor alle patiënten omwille van de hoge workload voor de specialist en de beperkte meerwaarde.
 - b. Voor de huisartsen werd dit overleg wel als zeer nuttig ervaren. Het verhoogt hun betrokkenheid en wapent hen ook beter in de verdere relatie met de patiënt.
 - c. Het aanpassen van het MOC-verslag naar een open-ended verslag gebeurde in de praktijk niet en stuit op de wil van betrokkenen om tot één consensus te komen.

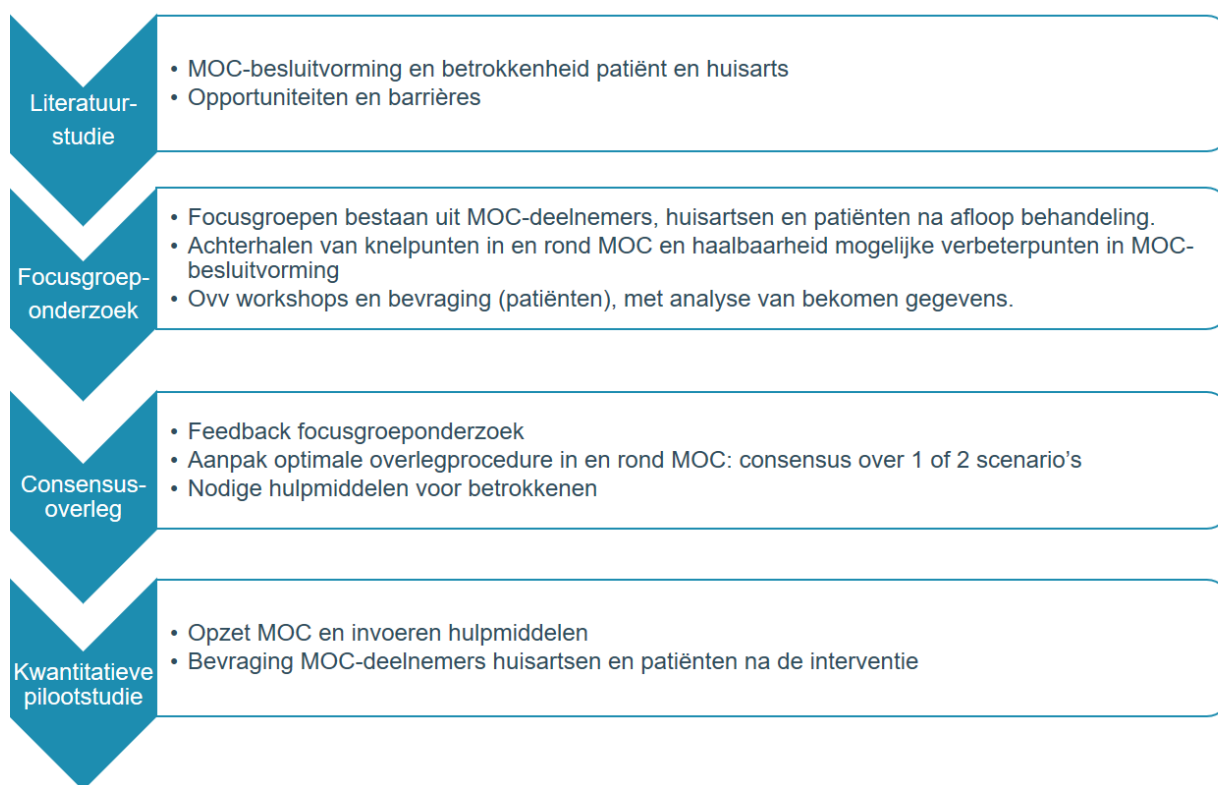
(Eventuele aanpassingen gebeuren veeleer in het lang consult van behandelende specialist met de patiënt voor start therapie. Ook huisartsen vinden het goed dat dit lang consult door specialist wordt gedaan.)

4. Eindconclusie.

- a. Verder inzetten op de aanwezigheid van huisartsen op het MOC wordt best gestaakt.
- b. Een telefonisch overleg wordt door huisartsen en patiënten altijd erg geapprecieerd, door specialisten als erg belastend ervaren en als lang niet altijd nuttig. Het kost veel energie en tijd en daarom is een financiële vergoeding noodzakelijk.
- c. Een compromis kan er in bestaan het overleg te beperken voor een selectie van patiënten op basis van criteria (ouderdom, multimorbiditeit, grote kwetsbaarheid). Huisartsen moeten bereid zijn om voor deze vorm van overleg vlot bereikbaar te zijn.
- d. Deelnemers aan het MOC streven erg naar een consensus rond één behandeling. Dit beperkt de interactie met patiënt (en huisarts). Verdere studie is nodig om alternatieven te formuleren om deze interactie kan verbeteren.

1. Activiteitenverslag

Het project “Verhoging betrokkenheid en inspraak van huisarts en patiënt bij de bespreking van de resultaten van het MOC” bestond uit verschillende elkaar opvolgende fasen (fig. 1).



Figuur 1. Schematische flowchart van het verloop van de studie.

WERKPAKKET 1 (Fase 1 en 2)

Duur: maand 1-8

a) Fase 1: Literatuuronderzoek

Relevante literatuur uit wetenschappelijke databases werd weerhouden en na lezing zijn de conclusies gebruikt in de vraagstelling van het focusgroep onderzoek.

b) Fase 2: Focusgroeponderzoek

Er waren 3 types focusgroepen: huisartsen, MOC en patiënten/mantelzorgers.

Het doel was het achterhalen van knelpunten in en rond het MOC en brainstormen over de haalbaarheid van mogelijke verbeterpunten in de MOC-besluitvorming. Dit gebeurde onder de vorm van workshops (MOC-leden en huisartsen) en interviews (patiënten), met analyse van de bekomen gegevens.

WERKPAKKET 2 (Fase 3)

Duur: initieel maand 9-12, gecorrigeerd naar maand 13-16

In een consensusvergadering werd samen met huisartsen, MOC-deelnemers en patiënten ('expertpanel') gekeken naar opties ter verbetering van knelpunten in het traject rond het MOC (= ontwikkeling van hulpmiddelen). Er werd eerst feedback gegeven over het focusgroeponderzoek en vervolgens werd een consensus geformuleerd (2 scenario's) over een optimale procedure voor overleg tussen huisarts en specialist in en rond het MOC.

WERKPAKKET 3 (Fase 4)

Duur: initieel maand 13-24, gecorrigeerd naar maand 24-37

In de pilootstudie werd de haalbaarheid nagegaan van een grotere betrokkenheid van de huisarts en diens patiënt bij de besluitvorming over het behandelplan in het MOC, met als doel dit behandelplan meer af te stemmen op de persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt, tevens rekening houdend met de psychosociale context en comorbiditeiten.

Om dit te bekomen, werden een aantal interventies in de huidige MOC-setting doorgevoerd, namelijk een telefonisch overleg tussen huisarts en specialist voorafgaand of snel volgend op het primaire MOC, het creëren van meer *open-ended* MOC besluiten en het tijdig ter beschikking stellen van het MOC verslag aan de huisarts. Voorts diende het MOC verslag enkele essentiële elementen te bevatten zoals contactgegevens van de verantwoordelijke arts.

De pilootstudie werd uitgevoerd in RZ Tienen (dienst gynaecologie) en St-Dimpna Ziekenhuis Geel (dienst oncologie). Het effect werd geëvalueerd aan de hand van interviews van MOC leden en huisartsen.

1.1. Knelpunten

Uit de literatuur (fase 1) en het focusgroeponderzoek (fase 2) voorafgaand aan de pilootstudie werd vastgesteld dat directe deelname van de huisarts aan het MOC niet haalbaar is (noch fysiek noch via tele- of videoconferentie). De meeste problemen bevinden zich op het gebied van organisatie en op gebied van communicatie.

Een voorwaarde om de betrokkenheid van de huisarts bij het MOC te verhogen is dat de huisarts tijdig en volledig geïnformeerd wordt over de beschikbare patiënt info. Dit is niet altijd het geval. Zo ontbreekt vaak een transmuraal overleg, ontbreekt een contactpersoon of is de huisarts of specialist moeilijk te bereiken. De huisarts is meestal niet vertrouwd met de gespecialiseerde oncologische behandelingen, maar wil desondanks zijn/haar patiënt goed kunnen ondersteunen en begeleiden tijdens het hele traject.

De participatiegraad van MOC-leden aan de pilootstudie (fase 4) en van huisartsen aan het eindinterview was laag. Hiervoor zijn multiple redenen: gebrek aan tijd (in het algemeen voor de studie en specifiek met betrekking tot het inplannen van het telefonisch overleg kort voor/na MOC), hoge werkdruk, collega's die wegvallen, andere lopende projecten, technische redenen, gebrek aan administratieve ondersteuning (geen eigen secretariaat of assistenten), gebrek aan financiële middelen, moeilijke bereikbaarheid van huisartsen, behandelende arts niet altijd aanwezig op het MOC, ICT redenen (bv. implementatie nieuwe software), ...

Tevens stelden we vast dat de organisatie van het MOC verschillend is per MOC en ook tussen de ziekenhuizen.

De Corona pandemie zorgde voor een nog moeilijkere bereikbaarheid van specialisten en huisartsen. Aangezien de maatregelen en de focus in de zorgsector verlegd werden, moest een 3^e centrum (UZL thoracale heelkunde) stoppen met rekruteren van patiënten.

Het inplannen van het telefonisch overleg tussen specialist en huisarts is niet eenvoudig omwille van tijdsgebrek bij alle partijen, de praktische organisatie van workflows waardoor bepaalde resultaten reeds/nog niet beschikbaar zijn (probleem van het vinden van de juiste timing voor overleg), ... Daarbovenop moeten beide partijen nog vertrouwd geraken met de nieuwe dynamiek: de huisarts brengt nu nog niet altijd informatie in en de specialist is niet altijd overtuigd van de meerwaarde van het overleg.

1.2. Behaalde resultaten en meerwaarde voor de (ex-)kankerpatiënt en/of de zorgsector

a. Deelname van de huisarts aan het MOC

Deelname aan het MOC door de huisarts is in de praktijk niet haalbaar, noch fysiek noch via tele- of videoconferentie. De belemmeringen zijn van organisatorische en praktische aard. **Het MOC op zich is niet de ideale ingangspoort voor de huisarts**: de tijd om een patiënt te bespreken is beperkt en vaak wordt het behandelplan enkel geformaliseerd op het MOC in een technisch vakjargon. Een ideaal moment voor een overleg is ook niet uniform vast te leggen: dit is zowel casusafhankelijk als afhankelijk van de organisatie van het MOC traject voor een specifieke MOC (bv. beschikbaarheid van bepaalde onderzoeksresultaten en informatie, ...). De huisarts moet in elk geval de gelegenheid krijgen om voor of na het MOC informatie in te brengen. De specialist moet bij meer complexe casussen (bv. ouderen, mensen met voorkeuren die sterk afwijken van voorgesteld schema) verantwoordelijkheid opnemen om te overleggen met de huisarts.

Er is nood aan een alternatief structureel overleg dit wil zeggen dat er een nieuwe dynamiek moet ontstaan tussen huisarts en specialist en dat het overleg een vaste plek moet krijgen in het traject.

b. Het telefonisch overleg

De pilootstudie suggereert dat het telefonisch overleg voorafgaand of direct volgend op het MOC tussen huisarts en specialist **niet voor alle patiënten nuttig en haalbaar** is. De workload is hoog. **Het kan een meerwaarde zijn voor een selectie van patiënten** (bv. speciale casussen, patiënten die een behandeling weigeren, patiënten waarbij men geen zicht heeft op de psychosociale context of patiënten met een moeilijke thuissituatie, ...)

De input van huisartsen is wisselend, dit is onder meer te wijten aan een gebrekkige kennis over de oncologie. De mate van betrokkenheid van de huisarts is ook afhankelijk van de patiënt, namelijk of deze dit nuttig acht of wenst. Anderzijds ervaart de huisarts het overleg met de specialist wel als zeer nuttig: de huisarts is meer betrokken, er ontstaat een andere dynamiek tussen huisarts en specialist, er wordt veel informatie uitgewisseld op korte tijd en in een informeel kader. De persoonlijkheden van de zorgverleners speelt hier natuurlijk ook een rol.

Het telefonisch overleg wordt **zowel door huisarts als patiënt als zeer positief ervaren**. De patiënt voelt zo ook de betrokkenheid en samenwerking van de zorgverleners.

Het telefonisch overleg verloopt vlot, er wordt veel informatie op korte tijd uitgewisseld in een informeel kader. Het wordt niet als storend ervaren. Er is de mogelijkheid tot vragen stellen. Met deze informatie kan de huisarts echt verder en dit wordt als een ruggensteun ervaren.

De bereikbaarheid van zowel huisarts als specialist kan beter. De tijdsinvestering om een telefonisch overleg te kunnen plegen is vaak te groot.

Er is tevens vraag naar een **gepaste financiële vergoeding** omdat men een degelijk overleg enkel kan voeren na een gepaste voorbereiding.

c. Het MOC verslag

Het MOC verslag **tijdig bij de huisarts** krijgen (binnen 2 dagen na het MOC), is niet altijd haalbaar wegens technische (ICT) organisatorische redenen (bv. validatie door meerdere MOC leden). Dit MOC verslag bevat nog steeds een technisch vakjargon. Soms wordt de huisarts wel geïnformeerd via andere verslagen (bv. van tussentijdse onderzoeken en consultaties).

Het opstellen van **een meer open-ended MOC verslag** waarbij meerdere behandelopties samen met hun afwegingen worden voorgesteld is niet evident om te realiseren of om te formuleren. Specialist vinden dit vaak zelfs niet mogelijk omdat andere behandelopties slecht zijn of omdat er geen evenwaardige opties bestaan. Dit is enerzijds omdat de specialist de best mogelijke behandeling (beste *outcome*) wil voorstellen en anderzijds ook casusafhankelijk (type kanker, het stadium, patiëntfactoren zoals fysieke toestand, ...).

Het MOC besluit is echter niet definitief, maar kan nog gewijzigd worden, al wordt dit vaak niet zo ervaren door de huisarts.

Het goed en tijdig informeren van de huisarts en diens patiënt was en blijft echter het doel: beslissingen moeten goed gedocumenteerd zijn, een open-ended MOC verslag kan de verschillen tussen behandelingen goed illustreren, zeker bij combinaties van behandelingen. Ook moet de patiënt goed geïnformeerd worden over de verschillende nuances tussen behandelingen.

Voor veel patiënten zal de conclusie van het MOC eenduidig zijn. Het is echter de kunst om een selectie van patiënten te maken waarvoor transmuraal overleg een meerwaarde betekent.

d. De integratie van wensen, voorkeuren en psychosociale context van de patiënt

De deelnemende MOC-leden specialisten hadden voorafgaand aan het MOC project reeds oog en oor voor de wensen en psychosociale context van hun patiënt.

e. Het lang consult

Het lang consult gebeurt steeds door de specialist. Ook de huisarts verkiest dit.

2. Valorisatie van het project en de projectresultaten

Er wordt nog feedback naar deelnemers (MOC-leden en huisartsen) voorzien.

Eind maart 2020 was er een online overleg met het RIZIV – werkgroep MOC technisch geneeskundige raad om de rol van de huisarts bij het MOC meer in kaart te brengen en naar oplossingen te zoeken om de betrokkenheid van de huisarts bij het MOC te vergroten.

Tevens zullen we een finaal verslag van deze studie bezorgen aan het RIZIV – werkgroep MOC technisch geneeskundige raad.

