

Wat gebeurt er met het advies van de multidisciplinaire oncologiebespreking?

What actually happens with the advice given by the multidisciplinary oncology meeting?

W.M. Bakker, V.E.A. van Bruggen, F.A.L.M. Eskens, J.W. Mens, G.W. de Bruin en P.W. Plaisier

Samenvatting

Doel: Onderzoeken of het door de multidisciplinaire algemene oncologiebespreking gegeven behandeladvies in het Albert Schweitzer Ziekenhuis daadwerkelijk wordt gevolgd.

Opzet: Retrospectief statusonderzoek.

Methode: Van alle in 2006 besproken casus werd het advies teruggezocht en werd in de status nagegaan in hoeverre dit advies werd gevolgd.

Resultaten: Van 13 van 994 gegeven adviezen (1%) was geen follow-up bekend. Van de overige 981 geformuleerde adviezen werd in 892 gevallen (90%) aangegeven dat het advies was gevolgd. Bij 89 adviezen (9%) werd aangegeven dat het advies niet was gevolgd; bij 34% gebeurde dit op verzoek van de patiënt, bij 2% op verzoek van de behandelend arts. Bij 34% van de niet-gevolgde adviezen was de conditie van de patiënt oorzaak van het niet volgen van het gegeven advies, bij 12% vond verdere behandeling plaats in een ander zieken-

huis. Bij 13% van de niet-gevolgde adviezen was geen reden hiervoor terug te vinden. In het geval van gastro-enterologische en urologische tumoren werd procentueel iets vaker afgeweken van het gegeven advies.

Conclusie: Het in een multidisciplinair overleg gegeven behandeladvies voor oncologische patiënten wordt in een zeer ruime meerderheid gevolgd. Voor het overgrote deel van de gevallen waarbij het advies niet wordt gevolgd, kan een plausibele verklaring worden gevonden. Redenen om af te wijken van het gegeven advies worden soms onvoldoende vastgelegd. Afwijken van het gegeven advies dient daarom beter te worden gedocumenteerd en teruggekoppeld naar het multidisciplinair overleg. Een betere inschatting van de conditie van de patiënt en/of het te verwachten beloop van de oncologische aandoening tijdens de bespreking moet er toe leiden dat het advies ook daadwerkelijk kan worden gevolgd. (*Ned Tijdschr Oncol* 2013;10:267-71)

Summary

Objective: To investigate whether the advice given by a multidisciplinary oncology meeting is followed and, if not, the reason for that.

Design: Retrospective database study.

Patients and methods: We investigated the follow-up of all cases (n=994) discussed in the Albert Schweitzer

Hospital in 2006.

Results: In 13 out of 994 cases, no follow-up was described and therefore it was not clear whether the advice was actually followed (1%). Of the remaining 981 cases, 892 advices were followed (90%). In 89 cases the advice was not followed (9%). In 34% of these cases, this was

Auteurs: dhr. drs. W.M. Bakker, AIOS, afdeling Heelkunde, Albert Schweitzer Ziekenhuis (thans afdeling Orthopedie, Erasmus MC), mw. drs. V.E.A. van Bruggen, ANIOS, afdeling Heelkunde, Albert Schweitzer Ziekenhuis (thans AIOS, afdeling Anesthesiologie, St. Antonius Ziekenhuis), dhr. dr. F.A.L.M. Eskens, oncoloog, afdeling Interne Oncologie, Erasmus MC, dhr. drs. J.W. Mens, radiotherapeut, afdeling Radiotherapie, Erasmus MC, mw. drs. G.W. de Bruin, coördinator Oncologische Zorg, Sector Netwerken, Integraal Kankercentrum Nederland, locatie Rotterdam, dhr. dr. P.W. Plaisier, chirurg, afdeling Heelkunde, Albert Schweitzer Ziekenhuis. Correspondentie graag richten aan dhr. dr. P.W. Plaisier, chirurg, afdeling Heelkunde, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Postbus 444, 3300 AK Dordrecht, tel.: 078 654 11 11, e-mailadres: p.w.plaisier@asz.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: advies, multidisciplinair overleg, oncologie, oncologiebespreking

Key words: advice, multidisciplinary meeting, oncology, oncology meeting

caused by patient's preference and in 2% due to the choice of the treating physician. The condition of the patient, including death, whether or not by disease progression, was in 34% of cases reason for not following the advice. In 12% further treatment took place in another hospital, and in 13% no apparent reason for deviating from the advice was mentioned. In the cases of gastrointestinal and urological tumors there was a slightly higher percentage of not following the advice given.

Conclusion: After this study it can be concluded that,

in our hospital, the advice of a multidisciplinary oncology meeting is well followed. For the vast majority of cases in which the advice is not followed, a plausible explanation is found. Reasons for not following the advice given are sometimes insufficiently defined. Deviation from the advice should be recorded and fed back to the multidisciplinary meeting. A more precise assessment of the patient's condition and/or prediction of the disease will lead to an even higher percentage of advices followed.

Inleiding

Oncologische zorg is een complexe vorm van zorg, waarbij patiënten veelal ingrijpende medische behandelingen ondergaan. Om tot de juiste keuze van behandeling te komen, is bespreking in een multidisciplinair overleg (MDO) nodig, waarbij gestoeld op 'evidence-based medicine' en met inbreng van verschillende (deelspecialistische) experts beleid wordt bepaald. MDO wordt aanbevolen in de meeste richtlijnen en wordt gezien als kwaliteitsindicator. Bespreking binnen een MDO heeft als doelstelling kwaliteit en effectiviteit van zorg te verhogen en het beleid zo veel als mogelijk te conformeren aan bestaande richtlijnen.¹ Bespreking van oncologische patiënten in een MDO blijkt ook van invloed te zijn op de overleving.²

In juli 2011 heeft het Integraal Kankercentrum Nederland, locatie Rotterdam, een rapport uitgebracht over factoren die een MDO efficiënt en effectief maken.³ In dit rapport, maar ook in aanverwante literatuur, wordt geen inzicht gegeven in hoeverre gegeven adviezen daadwerkelijk worden gevolgd. Dit onderzoek richt zich op de vraag of in het MDO gegeven adviezen worden gevolgd en, zo niet, wat de reden hiervoor is.

Patiënten en methoden

In de oncologiebespreking van het Albert Schweitzer Ziekenhuis worden patiënten met verschillende primaire tumoren besproken. De opzet van de bespreking is beschreven in de *Appendix*. Voor dit onderzoek werden alle in het MDO besproken patiënten verzameld uit een willekeurig jaar dat dusdanig in het verleden lag dat er een adequate follow-up mocht worden verondersteld. In het digitaal patiënteninformatiesysteem werd nagegaan of het in het MDO geformuleerde advies werd gevolgd. Bij het niet volgen van het gegeven advies is gezocht naar mogelijk redenen hiervoor. Hierbij werd naar 8 mogelijke motieven gezocht:

- Wens van de patiënt.
- Keuze van de behandelend arts.
- Andere behandeling gekozen in ander ziekenhuis.

- Patiënt overleden.
 - Vroegtijdige progressie van ziekte waardoor verandering van beleid.
 - Conditie van patiënt maakt voorgesteld beleid niet uitvoerbaar.
 - Patiënt is na aanvullende diagnostiek of behandeling, in tegenstelling tot het advies opnieuw te bespreken, niet meer herbesproken.
 - De reden voor afwijken van advies is onduidelijk.
- Tevens werd gekeken of er verschil bestond tussen patiënten met verschillende tumortypen ten aanzien van het al of niet volgen van het gegeven advies en, indien niet, de reden hiervoor.

Resultaten

In 2006 werden 994 casus besproken (877 patiënten) in het wekelijkse MDO. Hiervan was 67% vrouw en 33% man. De gemiddelde leeftijd was 64 jaar (21-95). Het betrof vrijwel uitsluitend in opzet curatief behandelde patiënten. De patiënten werden in de bespreking ingebracht door verschillende specialismen en ingedeeld per tumorsoort (zie *Tabel 1*). Honderdveertien patiënten werden meer dan eenmaal voor eenzelfde oncologische diagnose besproken, 3 patiënten werden besproken voor meer dan 1 maligniteit.

Van de 994 geformuleerde adviezen werd in 892 gevallen (90%) het advies gevolgd; 89 geformuleerde adviezen (9%) werden niet gevolgd. Van 13 gegeven adviezen (1%) werd geen follow-up beschreven.

Van de 89 niet-gevolgde adviezen was dit in 30 gevallen (34%) bepaald door de keuze van de patiënt, in 2 gevallen (2%) was dit door keuze van de behandelend arts. Bij 30 patiënten (34%) was sprake van een snelle verslechtering van de conditie, al of niet door progressie van ziekte of overlijden, de reden voor niet volgen van het advies staat vermeld in *Tabel 2*. In 15 gevallen (17%) werd de patiënt behandeld in een ander ziekenhuis, waar voor een ander beleid werd gekozen. Bij 7 van deze patiënten werd in een academisch oncologisch centrum gekozen voor experimentele therapie. Bij 12 in het MDO geformuleerde

Tabel 1. Verdeling per specialisme/tumorsoort.

mamma	337
gastro-intestinaal	310
gynaecologie	91
overige	85
long	65
urologie	61
weke delen/dermatologie	45

adviezen (13%) werd melding gemaakt van het niet volgen van dit advies, zonder een duidelijke reden. Twee casus werden na geadviseerde aanvullende diagnostiek niet in het MDO herbesproken, terwijl dit wel was geadviseerd. Eén patiënt bleek na bespreking een benigne afwijking te hebben. Eén andere patiënt, met een ovariumcarcinoom, had een dermate goede respons op chemotherapie, dat van operatie werd afgezien en de chemotherapie werd voortgezet.

Van de 337 besproken adviezen waarbij het handelde om patiënten met een mammacarcinoom, werd in 20 gevallen (6%) het advies niet gevolgd. In de tumorgroepen gastro-enterologie (GE), urologie, gynaecologie, longziekten en weke delen was dit respectievelijk 32 (10%), 9 (15%) 6 (7%), 6 (9%) en 3 (7%). Bij de groep overige maligniteiten (met name adenocarcinomen van onbekende origine, schildklier, parotis en bijnier) werd in 11 gevallen (13%) het gegeven advies niet gevolgd (zie

Tabel 3). In het geval van GE-tumoren weigerden patiënten voorbestraling van een rectumcarcinoom (n=7) of werd afgezien van chemotherapie (13 x colorectaal, 4 x maag, 1 x oesofagus en 1 x GE-tumor van onbekende origine) of (re)chirurgie (n=4). Van de urologische tumoren betrof het meestal de blaas (3 x niet bestraald, 2 x geen chemotherapie en 2 x geen operatie).

Discussie

Om te bepalen in hoeverre de door een MDO gegeven adviezen daadwerkelijk werden gevolgd, onderzochten wij retrospectief alle 994 geformuleerde adviezen van het jaar 2006. Wij vonden dat het merendeel van de adviezen (90%) werd gevolgd. Als werd afgeweken van het geformuleerde advies, kon hiervoor in het merendeel van de gevallen een plausibele verklaring worden gevonden: in ongeveer een derde van de gevallen betrof het de wens van de patiënt en in eveneens een derde van de gevallen liet de conditie van de patiënt het volgen van het advies niet (meer) toe. Ook werd een substantieel deel van de patiënten bij wie het geformuleerde advies niet werd gevolgd elders behandeld (12%). Vaak werd dan bij herbespreking in een MDO van het academisch centrum toch een ander advies gegeven dan het advies in eerste aanleg door de consultants. Bij 13% van de gegeven adviezen waarbij dit advies niet werd gevolgd, werd geen verklaring gevonden waarom deze keuze was gemaakt. Tussen de verschillende tumorgroepen werden slechts marginale verschillen aangetroffen in de percentages niet-gevolgde adviezen. Het betrof met name urologische tumoren (met name de blaas) en de GE-maligniteiten (10%), waarbij met name werd afgezien van chemotherapie dan wel preoperatieve radiotherapie.

Tabel 2. Reden voor het niet volgen van voorgesteld beleid.

	patiënt	arts	overleden	ziekte- progressie	algemene conditie
mamma	6	0	1	2	2
gastro-intestinaal	10	2	1	5	4
gynaecologie	0	0	2	0	1
overig	7	0	3	1	0
long	3	0	2	0	1
urologie	3	0	2	1	2
weke delen/dermatologie	1	0	0	0	0
totaal	30	2	11	9	10

Tabel 3. Reden voor het niet volgen van voorgesteld beleid.

	totaal	niet gevolgd	%
mamma	337	20	6
gastro-intestinaal	310	32	10
gynaecologie	91	6	7
overig	85	11	13
long	65	6	9
urologie	61	9	15
weke delen/dermatologie	45	3	7
totaal	994	87	9

Mogelijk dat door strikte protocollen met name mamma- en weke delen/huidtumoren vaker worden behandeld volgens het gegeven advies.

Dat 90% van de adviezen werd gevolgd, betekent ook dat in 10% van de gevallen het advies niet werd gevolgd. Dat lijkt zeker voor verbetering vatbaar. Allereerst is het wijzigen van het advies bij herbespreking in de specifieke tumorwerkgroep van het hogere echelon simpel te voorkomen door in dergelijke gevallen helemaal geen advies te formuleren in het lokale MDO, maar slechts 'bespreken in de tumorwerkgroep van het academisch oncologisch centrum' als advies te geven. Ook is een betere inschatting van de conditie van de patiënt c.q. het te verwachten beloop van de oncologische aandoening vereist: zelfs ondanks het feit dat op de consultaanvraag het invoeren van de WHO-'performance status' verplicht is en ondanks het feit dat patiënten door de aanvrager vaak in aanwezigheid van de huisarts werden besproken, bleek bij 30 patiënten (3%) toch dat het voorgestelde behandelplan niet kon worden uitgevoerd. Dat sommige patiënten een voorgestelde behandeling zullen afwijzen lijkt onvermijdbaar. Recentelijk verscheen een Nederlandse publicatie over het belang van een goede logistiek van het MDO.⁴ Hoewel hierin niet zo zeer medisch-inhoudelijke, maar met name de organisatorische aspecten van het MDO werden onderzocht, werd 'en passant' bij een deel van de besproken patiënten gekeken in hoeverre het advies daadwerkelijk werd gevolgd. De auteurs vonden dat 14,5% van de patiënten uiteindelijk niet werden behandeld volgens het in het MDO vastgestelde behandelplan en dat dit in 60% van de gevallen was gerelateerd aan de algehele conditie of de voorkeur van de patiënt. Deze

getallen, van een kleinere groep patiënten uit een andere regio van het land, komen goed overeen met onze getallen. In deze studie werd niet onderzocht of er variaties waren per specialisme/tumorgroep. Eén buitenlandse studie vond een discordantie tussen het gegeven advies en de uiteindelijk uitgevoerde behandeling van minder dan 5%.⁵ Inmiddels heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden in de logistiek van de multidisciplinaire oncologiebespreking in het Albert Schweitzer Ziekenhuis. Dit zijn met name organisatorische veranderingen, zoals videoconferentie en digitaal aanmelden. Daarnaast is echter een deel van de tumorgroepen afgesplitst om de grootte van de bespreking te beteugelen en het tempo te bevorderen. Dit betreft de GE- en de longtumoren. Nieuw onderzoek zal moeten uitwijzen of deze veranderingen bijdragen aan het nog beter volgen van de gegeven adviezen. Ook is een proces in gang gezet om de consultdiensten te moderniseren, niet in de laatste plaats vanwege veranderde financieringsmethodieken in de zorg. Onder het motto 'elke patiënt moet multidisciplinair worden besproken, maar niet elke patiënt hoeft met een consultant te worden besproken' wordt nu onderscheid gemaakt tussen een MDO (zonder consultants) en een consultbespreking (met consultants). Ook maakt men onderscheid tussen een MDO/consultbespreking voorafgaand aan de behandeling en postoperatief. Het ligt in de verwachting dat zorginstellingen in de nabije toekomst consultdiensten naar behoefte zullen gaan inkopen.^{6,7}

Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat de geformuleerde adviezen in het MDO van het Albert Schweitzer Ziekenhuis in het merendeel van de gevallen goed worden ge-

Aanwijzingen voor de praktijk

1. In het algemeen worden geformuleerde adviezen van het multidisciplinair oncologisch overleg goed gevolgd.
2. In het geval dat wordt afgezien van het volgen van het gegeven advies is hiervoor meestal een plausibele verklaring.
3. Redenen voor het niet volgen van het advies dienen beter te worden vastgelegd.
4. Het valt te overwegen om redenen van afwijken van het advies terug te koppelen.

volgd. In het geval dat wordt afgezien van het volgen van het gegeven advies, is hiervoor meestal een plausibele oorzaak te vinden. Als verbeterpunt wordt een betere inschatting van de conditie van de patiënt c.q. het te verwachten beloop van de oncologische aandoening vastgesteld. Ook dienen de redenen voor het niet volgen van het advies beter te worden vastgelegd en dient afwijken van het advies te worden teruggekoppeld naar het MDO. Bij het digitaal worden van de bespreking in 2008 is de terugkoppeling geoptimaliseerd.

Referenties

1. Vinod SK, Sidhom MA, Delaney GP. Do multidisciplinary meetings follow guideline-based care? *J Oncol Pract* 2010;6:279-81.

2. Bydder S, Nowak A, Marion K, Phillips M, Atun R. The impact of case discussion at a multidisciplinary team meeting on the treatment and survival of patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Intern Med J* 2009;39:838-41.

3. Van Drielen E, De Boer-Dennert MM. MDO-onderzoek: succesfactoren voor een efficiënt en effectief MDO. *IKNL*, juni 2011.

4. Van Drielen E, De Vries AW, Ottevanger PB, et al. Beter multidisciplinair overleg past bij een betere zorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A4856.

5. Leo F, Venissac N, Poudenx M, et al. Multidisciplinary management of lung cancer: how to test its efficacy? *J Thorac Oncol* 2007;2:69-72.

6. De Bruin GW. Consultdiensten in perspectief. *IKNL*, januari 2012.

7. De Bruin GW. Memo 'samenvatting communicatie modernisering oncologische consultdiensten'. *IKNL*, juni 2012.

Ontvangen 14 maart 2013, geaccepteerd 1 augustus 2013.

Appendix

De oncologiebespreking vindt eenmaal per week, op maandag, plaats. In een periode van ongeveer anderhalf uur worden 30 tot 40 patiënten besproken. Minimaal aanwezig zijn een internist-oncoloog, patholoog, radioloog en de aanmeldende specialisten uit het Albert Schweitzer Ziekenhuis. Daarnaast zijn er, als consulent, een internist-oncoloog en een radiotherapeut uit het Erasmus MC aanwezig. Een oncologisch chirurg ontbreekt als consulent. Er is een vaste secretaresse en de voorzitter komt uit een klein geselecteerd gezelschap. Patiënten worden de week voorafgaand aan de bespreking door behandelend specialisten of hun arts-assistenten aangemeld bij de secretaresse voor bespreking. Dit volgens een vast format, inclusief een beleidsvoorstel van de behandelaar/aanmelder. Het merendeel wordt 'protocollair' besproken, dat wil zeggen dat er geen persoonlijke uitleg wordt gegeven door de aanmelder. Het hierbij gegeven advies wordt gebaseerd op aangeleverde gegevens van eventuele operatie, röntgenonderzoek en weefsel-diagnostiek. Dit zijn de zogenoemde 'hamerstukken'. Bij multiproblematiek, afwijken van richtlijnen en eventuele vragen wordt de patiënt aangemerkt als 'niet-protocollair' en wordt de aanmelder gevraagd in persoon de patiënt te presenteren. Na analyse brengt de commissie een advies uit, rekening houdend met richtlijnen, conditie en wens van de patiënt. Het gegeven advies wordt vastgelegd in het ziekenhuisinformatiesysteem en automatisch gaat een verslag naar de huisarts.