

MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCHE HANDBOEK

Inhoudstabel

- 1. Wetteksten**
 - 1.1. Koninklijke besluiten
 - 1.1.1. Zorgprogramma Oncologie
 - 1.1.2. Oncologisch zorgprogramma voor borstkanker – satellietborstkliniek
 - 1.1.3. Wijziging Koninklijk Besluit
 - 1.2. College voor oncologie
 - 1.3. Nationaal Kankerplan
- 2. Commissie voor Oncologie**
- 3. Multidisciplinair aanbod per doelgroep**
- 4. Consultaties en afspraken**
- 5. Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)**
- 6. Kankerregistratie**
- 7. Standaardbeleidslijnen (link naar oncologisch handboek ZOL)**
- 8. Psychosociale begeleiding**
- 9. Palliatieve zorg – palliatief support team**
- 10. Multidisciplinaire oncologische revalidatie**
- 11. Samenwerkingsverbanden**
- 12. Deelname initiatieven patiënten**

Bijlagen:

1. Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose en voor follow-up
2. Handleiding voor de registratie van een follow-up
3. Kankerregistratieformulier voor een nieuwe diagnose
4. Kankerregistratieformulier voor een follow-up
5. MOC-tarificatie gastro-enterologie
6. MOC-tarificatie gynaecologie
7. MOC-tarificatie pneumologie
8. MOC-tarificatie Urologie
9. Administratieve toelichting MOC
10. Samenwerkingsovereenkomsten

1.1 KONINKLIJKE BESLUITEN

1.1.1 Koninklijk besluit – *Zorgprogramma oncologie*

1. Wetteksten

1.1 KONINKLIJKE BESLUITEN

1.1.1 Koninklijk besluit – Zorgprogramma oncologie

21 MAART 2003. –

Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 9quater, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 en gewijzigd bij de wet van 25 januari 1999, artikel 15 gewijzigd bij de wet van 29 april 1996, artikel 68, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 en de wet van 12 december 1997 en artikel 86 gewijzigd bij de wet van 29 april 1996 en de wet van 12 augustus 2000;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, inzonderheid op artikel 2, § 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 4 maart 1991, 28 maart 1995, 20 augustus 1996, 15 juli 1997, 21 januari 1998 en 21 maart 2003;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen die op hen van toepassing zijn, gewijzigd door het koninklijk besluit van 16 juni 1999 en het koninklijk besluit van 21 maart 2003;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning gegeven op 9 oktober 1997 en op 19 oktober 2000;

Gelet op het advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, gegeven op 8 april 2002;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 28 maart 2002;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 17 juli 2002;

Gelet op het advies nr. 34.115/3 van de Raad van State, gegeven op 17 februari 2003;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid en van Onze Minister van Sociale Zaken, Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Art 1. Om erkend te worden en erkend te blijven moeten het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie voldoen aan de normen vastgesteld in dit besluit.

HOOFDSTUK II. - Zorgprogramma voor oncologische basiszorg *Afdeling 1*

Doelgroep, aard en inhoud van de zorg

Art. 2. § 1. Het zorgprogramma voor oncologische basiszorg is gericht op de diagnose, de behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder. Voornoemde activiteiten worden, indien de aandoening het vereist, uitgevoerd in samenwerking met een zorgprogramma voor oncologie in het kader van een samenwerkingsverband zoals bedoeld in artikel 10, § 1. De diagnose, behandeling, opvolging en de eventuele samenwerking dienen steeds te gebeuren overeenkomstig de richtlijnen en verwijfsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek bedoeld in artikel 7, § 1, van dit besluit, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§ 2. Oncologische patiënten die behoren tot de doelgroep van een gespecialiseerd zorgprogramma, door Ons nader omschreven, of van het zorgprogramma voor kinderoncologie, eveneens door Ons nader omschreven, worden verwezen naar het betrokken zorgprogramma. Zolang geen dergelijke zorgprogramma's zijn erkend, worden de betrokken patiënten verwezen overeenkomstig de verwijfsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek.

§ 3. Het zorgprogramma voor oncologische basiszorg mag worden uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen op voorwaarde dat op elke vestigingsplaats wordt voldaan aan alle erkenningsnormen behoudens anders bepaald in dit besluit.

Afdeling 2 De medische en niet-medische omkadering en deskundigheid O

Onderafdeling 1. - Vereiste medische deskundigheid

Art. 3. De medische coördinatie van het zorgprogramma voor oncologische basiszorg geschiedt door een geneesheer-specialist met een ervaring van tenminste drie jaar in de behandeling van kwaadaardige aandoeningen. Hij wordt op voorstel van de hoofdgeneesheer aangewezen door de ziekenhuisbeheerder na advies van de medische raad en is voltijds verbonden aan het ziekenhuis. Indien het zorgprogramma voor oncologische basiszorg wordt uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen, zoals voorzien in artikel 2, § 3, wordt de medische coördinatie voor het geheel van vestigingsplaatsen waargenomen door één geneesheer-specialist.

Onderafdeling 2. - Vereiste verpleegkundige omkadering

Art. 4. De verpleegkundige verzorging van patiënten met oncologische aandoeningen dient te geschieden onder leiding van verpleegkundigen deskundig in de integrale verzorging van dergelijke patiënten en in de palliatieve zorgen. De toediening van chemotherapie gebeurt uitsluitend onder toezicht van verpleegkundigen die erkend zijn voor of in opleiding zijn voor de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige in de oncologie of die ten minste vijf jaar ervaring hebben in de verzorging van patiënten met oncologische aandoeningen.

Onderafdeling 3. - Psychosociale omkadering

Art. 5. Voor psychosociale begeleiding moet het zorgprogramma voor oncologische basiszorg in het ziekenhuis een beroep kunnen doen op een pluridisciplinair psychosociaal supportteam bestaande uit een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker of een gegradueerde verpleegkundige in de sociale gezondheidszorg en op een psychiater. Zij moeten de patiënt gedurende de ganse behandeling kunnen volgen. Voor voornoemde deskundigheden kan eventueel een beroep worden gedaan op de leden van het pluridisciplinair team dat ook de palliatieve functie in het ziekenhuis waarneemt.

Onderafdeling 4. - Andere omkadering

Art. 6. § 1. Het zorgprogramma moet tevens in het ziekenhuis kunnen beroep doen op een geneesheerspecialist met ervaring in pijnbehandeling, een kinesitherapeut en een diëtist.

§ 2. Indien aan het ziekenhuis geen geneesheren-specialisten in de pathologische anatomie verbonden zijn of indien geen gestructureerd schriftelijk samenwerkingsverband met een geneesheer-specialist in de pathologische anatomie bestaat, dient een beroep te worden gedaan op deze van een zorgprogramma voor oncologie waarmee het zorgprogramma oncologische basiszorg een samenwerkingsverband zoals bedoeld in artikel 10, § 1, heeft.

Afdeling 3 Kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging

Onderafdeling 1.- Kwaliteitsnormen

Art. 7. § 1. Elk ziekenhuis met een zorgprogramma voor oncologische basiszorg dient gebruik te maken van een multidisciplinair oncologisch handboek dat :

- de multidisciplinaire richtlijnen bevat voor de diagnosestelling, de behandeling en de opvolging van patiënten met oncologische aandoeningen, waaronder de organisatorische afspraken inzake verwijzing van patiënten binnen een oncologisch samenwerkingsverband zoals bedoeld in artikel 10 van dit besluit, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt;
- alle geneesheer-specialisten aanduidt die betrokken zijn in de oncologische zorgverlening met vermelding van het domein waarin hun expertise zich situeert;
- aangeeft welke andere personen in het kader van het zorgprogramma welke taken vervullen. Indien het zorgprogramma voor oncologische basiszorg wordt uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen overeenkomstig artikel 2, § 3, dient voor het geheel van vestigingsplaatsen één multidisciplinair oncologisch handboek te worden opgesteld.

§ 2. Het in § 1 bedoelde handboek wordt door de artsen en verpleegkundigen van het zorgprogramma voor oncologische basiszorg opgesteld in overleg met één of meerdere multidisciplinaire commissies van een zorgprogramma voor oncologie, telkens voor het domein van de oncologie waarmee het zorgprogramma een oncologisch samenwerkingsverband heeft. Dit overleg wordt geëxpliciteerd in het handboek. Het handboek wordt bovendien in het kader van hoger beschreven overleg op regelmatige tijdstippen volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en eventueel aangepast.

§ 3 Het handboek ligt in het ziekenhuis ter inzage van alle artsen, verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers, met inbegrip van de verwijzende huisartsen.

Art. 8. § 1. Voor elke patiënt met een oncologische aandoening wordt een oncologisch behandelingsplan opgesteld overeenkomstig de multidisciplinair opgestelde richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek.

§ 2. Indien van bedoeld handboek wordt afgeweken dient het oncologisch behandelingsplan het voorwerp te zijn van een multidisciplinair oncologisch consult georganiseerd in samenwerking met een multidisciplinaire commissie voor oncologie van een zorgprogramma voor oncologie waarmee het zorgprogramma voor oncologische basiszorg een samenwerkingsverband heeft. In voorkomend geval dient de afwijking te worden gemotiveerd in het verslag van de oncologische behandeling zoals bedoeld in artikel 12.

Art. 9. De bereiding in de hiertoe bestemde infrastructuur en de toediening van antitumorale medicatie geschiedt overeenkomstig de normen vermeld Hoofdstuk III, Afdeling 5.

Art. 10. § 1. Elk ziekenhuis met een zorgprogramma voor oncologische basiszorg moet door middel van een samenwerkingsverband aangesloten zijn bij minstens één zorgprogramma voor oncologie zoals bedoeld in Hoofdstuk III van dit besluit.

§ 2. Het ziekenhuis moet tevens deel uitmaken van een palliatief samenwerkingsverband zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

Onderafdeling 2. - Kwaliteitsopvolging

Art. 11. § 1. Ieder zorgprogramma voor oncologische basiszorg moet deelnemen aan een kankerregistratie. Deze kankerregistratie omvat minimaal volgende parameters:

1. Unieke patiëntenidentificatie inclusief demografische parameters (geboortedatum, geslacht, postnummer) en unieke identificatie van het zorgprogramma en het ziekenhuis;
2. Diagnose volgens internationale classificatie inclusief incidentiedatum;
3. Tumorstadium (cTNM);
4. Conclusie van pathologisch verslag (inclusief pTNM);
5. Behandeling met verwijzing naar richtlijnen of verantwoording van afwijking;
6. Follow-up plan;
7. Bijwerkingen;
8. Ziektevrije overleving en overleving (behandelingsresultaat);
9. de datum van overlijden.

De gegevens van de kankerregistratie worden binnen de zes maanden na het verstrijken van het jaar gedurende hetwelk de registratie heeft plaatsgehad, na codering, overgemaakt aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en aan het college voor oncologie bedoeld in artikel 38. Voornoemd college kan een model voor de kankerregistratie uitwerken waarbij de vermelde minimaal te registreren parameters kunnen worden aangevuld met parameters die toelaten de activiteit en de kwaliteit van de aangeboden zorg van het zorgprogramma te meten.

§ 2. Ieder zorgprogramma voor oncologische basiszorg moet tevens deelnemen aan de registratie van de implementatiegraad van de multidisciplinaire richtlijnen beschreven in het multidisciplinair oncologisch handboek. Deze gegevens worden ter beschikking gesteld van de multidisciplinaire commissie voor oncologie waarmee een samenwerkingsverband bestaat en het college voor oncologie. Op basis van de periodieke evaluatie van de implementatiegraad van deze richtlijnen wordt een regelmatige herevaluatie van het multidisciplinair oncologisch handboek doorgevoerd.

§ 3. Samen met het rapport dat wordt opgesteld in uitvoering van artikel 2 van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen, wordt aan het voornoemd college voor oncologie bovendien een kopij van het multidisciplinair oncologisch handboek overgemaakt.

Art. 12. Voor iedere patiënt met een oncologische aandoening dient een verslag van de behandeling te worden opgemaakt. Dit verslag bevat de gegevens van de kankerregistratie, het gedetailleerde behandelingsplan, de opvolging en de motivering ingeval van de multidisciplinair opgestelde richtlijnen wordt afgeweken en het behandelingsplan het voorwerp was van een multidisciplinair oncologisch overleg. Tevens wordt progressief melding gemaakt van de nevenwerkingen van de behandeling en het behandelingsresultaat. Het verslag zelf wordt integraal toegevoegd aan het in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bedoelde medisch dossier van de patiënt. Bij elk recidief of progressie waarbij een nieuw oncologisch behandelingsplan zoals bedoeld in artikel 8, § 1, aangewezen is, wordt eveneens een nieuw verslag van de behandeling zoals hierboven omschreven, opgesteld inclusief het aanvullen van de kankerregistratie.

HOOFDSTUK III. - Zorgprogramma voor oncologie

Afdeling 1. - Doelgroep, aard en inhoud van de zorg

Art. 13. § 1. Het zorgprogramma voor oncologie richt zich op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder, rekening houdend met de richtlijnen en/of verwijfsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bedoeld in artikel 21, § 1, van dit besluit, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§ 2. Oncologische patiënten die behoren tot de doelgroep van een gespecialiseerd zorgprogramma, door Ons nader omschreven, of van het zorgprogramma voor kinderoncologie, eveneens door Ons nader omschreven, worden verwezen naar het betrokken zorgprogramma. Zolang geen dergelijke zorgprogramma's zijn erkend, worden de betrokken patiënten verwezen overeenkomstig de verwijfsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek.

§ 3. Het zorgprogramma voor oncologie mag worden uitgesplitst over meerdere vestigingsplaatsen van hetzelfde ziekenhuis of meerdere vestigingsplaatsen van meerdere ziekenhuizen op voorwaarde dat op elke vestigingsplaats wordt voldaan aan alle erkenningsnormen behoudens anders bepaald in dit besluit. De overige vestigingsplaatsen van het ziekenhuis of de ziekenhuizen dienen te voldoen aan de erkenningsnormen van het zorgprogramma voor oncologische basiszorg zoals bedoeld in hoofdstuk II.

Afdeling 2

De vereiste medische en niet medische omkadering en deskundigheid

Onderafdeling 1. - Vereiste medische omkadering

Art. 14. Op iedere vestigingsplaats waar het zorgprogramma voor oncologie uitgebraat wordt, moet het zorgprogramma voor oncologie minstens beschikken over geneesheren van de volgende disciplines :

- a) ten minste één voltijds erkende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie;
- b) ten minste één geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie, desgevallend als consulent van de radiotherapiedienst in het geval zoals bedoeld in artikel 30, § 1, tweede lid;
- c) geneesheer-specialisten in de heelkunde houders van de bijzondere beroepstitel in de oncologie of geneesheer-specialisten in de heelkunde die binnen hun specialiteit een oncologische activiteit hebben, evenals een ervaring van ten minste drie jaar in de behandeling van oncologische aandoeningen. Laatstgenoemde geneesheer-specialisten moeten hun bekwaming in de oncologische heelkunde binnen hun vakgebied kunnen aantonen via deelname aan navorming, wetenschappelijke vergaderingen, publicaties en andere criteria die worden vastgesteld door het College voor oncologie;
- d) ten minste één geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie desgevallend als consulent;
- e) tenminste één erkende geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie, van drie van de vier volgende specialismen: de gastro-enterologie, de pneumologie, de gynaecologieverloskunde en de urologie;
- f) permanent bereikbare geneesheren-specialisten in de pathologische anatomie, in de klinische biologie en in de röntgendiagnose die voltijds tewerkgesteld zijn in het ziekenhuis dat over het zorgprogramma beschikt.

Art. 15. Geneesheer-specialisten anderen dan deze bedoeld in artikel 14, houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie of die belangrijke oncologische activiteiten uitoefenen" zijn op geïntegreerde en multidisciplinaire wijze werkzaam in het kader van het oncologisch zorgprogramma en maken er op een volwaardige wijze deel van uit. Zij worden als dusdanig opgenomen in het multidisciplinair oncologisch handboek.

Art. 16. Op iedere vestigingsplaats waar het zorgprogramma uitgebaat wordt, moet men permanent beroep kunnen doen op een geneesheer met de nodige deskundigheid om oncologische urgenties te herkennen en op te vangen en moet men permanent beroep kunnen doen op een erkende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie en een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie.

Onderafdeling 2. - Vereiste verpleegkundige omkadering

Art. 17. De verpleegkundige verzorging van patiënten met oncologische aandoeningen dient te geschieden door verpleegkundigen deskundig in de integrale verzorging van dergelijke patiënten en de palliatieve zorgen.

De toediening van chemotherapie gebeurt uitsluitend door verpleegkundigen die erkend zijn voor of in opleiding zijn voor de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige in de oncologie of die ten minste vijf jaar ervaring hebben in de verzorging van patiënten met oncologische aandoeningen. De toediening van therapieën met open radioactieve bronnen gebeurt door verpleegkundigen die ervaring hebben met deze vorm van therapie, onder supervisie van een terzake deskundige geneesheerspecialist. Ze staan eveneens in voor de verwijdering van radioactieve afvalproducten.

Onderafdeling 3. - Psychosociale begeleiding

Art. 18. Voor psychosociale begeleiding moet het zorgprogramma voor oncologie in het ziekenhuis een beroep kunnen doen op een psychosociaal supportteam bestaande uit een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker of een gegradueerde verpleegkundige in de sociale gezondheidszorg en een geneesheer-specialist in de psychiatrie. Zij moeten de patiënt gedurende de ganse behandeling kunnen volgen. Voor voornoemde deskundigheden kan eventueel een beroep worden gedaan op de leden van het pluridisciplinair team dat ook de palliatieve functie in het ziekenhuis waarneemt.

Onderafdeling 4. - Andere omkadering

Art. 19. Het zorgprogramma moet tevens in het ziekenhuis kunnen beroep doen op een geneesheer-specialist met ervaring in pijnbehandeling, een kinesitherapeut en een diëtist.

Afdeling 3 De kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsopvolging

Onderafdeling 1. - Functioneel-organisatorische normen

Art. 20. Elk zorgprogramma voor oncologie dient schriftelijke, niet noodzakelijk exclusieve samenwerkingsverbanden te hebben met ziekenhuizen die beschikken over een zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Samenwerkingsverbanden die niet resulteren in effectieve doorverwijzingen en terugverwijzingen zoals bepaald in het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bepaald in artikel 21 e.v. worden als niet bestaande beschouwd.

Onderafdeling 2. – Kwaliteitsnormen

A. Een multidisciplinair oncologisch handboek

Art. 21. § 1. Een ziekenhuis dat erkend is voor een zorgprogramma voor oncologie dient gebruik te maken van een multidisciplinair oncologisch handboek dat:

- de multidisciplinaire richtlijnen bevat voor de diagnosestelling, de behandeling en de opvolging van patiënten met oncologische aandoeningen;
- de organisatorische afspraken bevat voor de verwijzing van patiënten binnen de samenwerkingsverbanden waarvan het zorgprogramma deel uitmaakt;
- de verwijzingen naar andere zorgprogramma's bevat, indien het bepaalde zorgmodaliteiten zelf niet kan aanbieden;

- aanduidt welke specialisten in het ziekenhuis deelnemen aan het oncologisch zorgprogramma;
- aangeeft welke andere personen in het kader van het zorgprogramma welke taken vervullen. Indien het zorgprogramma voor oncologie wordt uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen, zoals voorzien in artikel 13, § 3, dient voor het geheel van de vestigingsplaatsen één multidisciplinair handboek te worden opgesteld.

§ 2. Het in § 1 bedoeld handboek wordt door de artsen en verpleegkundigen van het zorgprogramma voor oncologie opgesteld en ter goedkeuring voorgelegd aan de multidisciplinaire commissie voor oncologie van het zorgprogramma.

§ 3. Het handboek ligt in het ziekenhuis ter inzage van alle artsen, verpleegkundigen en alle andere zorgverstrekkers, met inbegrip van de verwijzende huisartsen.

Art. 22. § 1. Voor iedere patiënt met een oncologische aandoening dient een oncologisch behandelingsplan opgesteld te worden overeenkomstig de multidisciplinair opgestelde richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek bedoeld in artikel 21.

§ 2. Indien van de multidisciplinair opgestelde richtlijnen van het bedoelde handboek wordt afgeweken, dient het oncologisch behandelingsplan het voorwerp te zijn van een multidisciplinair oncologisch consult zoals bedoeld in artikel 23, georganiseerd in het kader van de multidisciplinaire commissie voor oncologie van het zorgprogramma voor oncologie zoals bedoeld in artikel 25. Na goedkeuring van het behandelingsplan via het multidisciplinair oncologisch overleg, kan de behandeling plaatsvinden onder de verantwoordelijkheid van één van de deelnemende leden van het overleg. In voorkomend geval dient de afwijking te worden gemotiveerd in het verslag van de oncologische behandeling zoals bedoeld in artikel 29.

B. Het multidisciplinair consult

Art. 23. § 1. Aan het multidisciplinair overleg, via het multidisciplinair oncologisch consult, nemen ten minste drie geneesheren deel. De behandelende of verwijzende geneesheer-specialist en/of de verwijzende huisarts evenals een erkende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie en/of een erkend geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie en/of, zo van toepassing, één van de geneesheer-specialisten zoals vermeld in artikel 14, c), d) en/of e), dienen in elk geval aan het multidisciplinair overleg deel te nemen. Indien in toepassing van het vorig lid de geneesheer-specialist bedoeld in artikel 14, c), aan het overleg deelneemt, dient tevens minstens een geneesheerspecialist bedoeld in artikel 14, a), b), d) of e), deel te nemen.

Aan het overleg kunnen bovendien de geneesheerspecialist in de pathologische anatomie, de geneesheren-specialisten in de röntgendiagnose, de geneesheer-specialisten in de klinische biologie en de geneesheer-specialisten in de nucleaire geneeskunde, die bijdragen tot de diagnostische oppuntstelling, eveneens deelnemen. Aan het overleg kunnen ook andere leden van het multidisciplinair team dat de oncologische zorg voor een welbepaalde patiënt waarneemt, deelnemen.

§ 2. Ieder multidisciplinair overleg wordt weergegeven in het verslag van de behandeling van de patiënt. Hierin worden opgenomen: de datum waarop het overleg heeft plaats gevonden, de deelnemers aan het overleg op basis van een aanwezigheidslijst alsook een samenvatting van het resultaat van het overleg.

C. De oncologie-coördinator en de multidisciplinaire commissie voor oncologie

Art. 24. Het zorgprogramma voor oncologie moet beschikken over een coördinator, hierna oncologiecoördinator genoemd, die op voordracht van de multidisciplinaire commissie voor oncologie van het zorgprogramma en na advies van de medische raad, wordt aangewezen door de ziekenhuisbeheerder. Indien het zorgprogramma voor oncologie wordt uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen overeenkomstig artikel 13, § 3, dient voor het geheel van de vestigingsplaatsen één coördinator te worden aangewezen.

Art. 25. § 1. Voor elk zorgprogramma voor oncologie wordt één multidisciplinaire commissie voor oncologie ingesteld. Indien het zorgprogramma voor oncologie wordt uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen overeenkomstig artikel 13, § 3, dient voor het geheel van de vestigingsplaatsen één multidisciplinaire commissie voor oncologie te worden opgericht.

§ 2. In afwijking van § 1, eerste lid, mogen meerdere ziekenhuizen gezamenlijk een multidisciplinaire commissie voor oncologie oprichten, wanneer zij elk afzonderlijk een erkend zorgprogramma voor oncologie aanbieden.

§ 3. De in artikel 24 vastgestelde procedure voor de aanstelling van de oncologiecoördinator dient in de gevallen bedoeld in § 2 toegepast te worden door de respectievelijke ziekenhuizen die samen een multidisciplinaire commissie voor oncologie oprichten.

Art. 26. In de multidisciplinaire commissie voor oncologie zetelen minstens een vertegenwoordiger van elk van de verschillende internistische en chirurgische disciplines betrokken in de oncologische zorg van tumoren binnen hun discipline ondermeer vermeld in artikel 14 c), d) en e), minstens één vertegenwoordiger van elk van de verschillende diagnostische disciplines zoals bedoeld in artikel 14f), een erkende geneesheer-specialist zoals bedoeld in artikel 14 a) en b), een geneesheer-specialist in de nucleaire geneeskunde, een vertegenwoordiger van de huisartsen, een of meerdere vertegenwoordigers van de verpleegkundigen in de oncologie, een vertegenwoordiger van de deskundigen op het gebied van de psycho-sociale aspecten van kanker, een vertegenwoordiger van de artsen en verpleegkundigen van de basisfunctie waarmee wordt samengewerkt en de hoofdgeneesheer. Deze commissie wordt voorgezeten door de oncologiecoördinator. Indien meerdere ziekenhuizen overeenkomstig artikel 25, § 2, één multidisciplinaire commissie voor oncologie oprichten, duiden zij gezamenlijk de voornoemde vertegenwoordigers aan.

Art. 27. De multidisciplinaire commissie voor oncologie heeft de hiernavolgende opdrachten:

- in te staan voor de evaluatie van de multidisciplinair opgestelde richtlijnen die aan bod komen ten aanzien van patiënten met oncologische aandoeningen;
- het organiseren en verzekeren van de samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg waarmee een samenwerkingsverband bestaat, de thuiszorg, de eerstelijnszorg en de palliatieve zorgorganisaties teneinde de patiënt met oncologische aandoeningen in het gehele circuit van de diagnosevaststelling en behandeling te kunnen opvolgen;
- het organiseren en verzekeren van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, met bijhorende verslaggeving, via een multidisciplinair overleg waarin de verschillende orgaanspecialisten, huisartsen en verpleegkundigen vanuit hun eigen expertise deelnemen;
- het organiseren en bewaken van de deelname aan kwaliteitsbevorderende initiatieven;

- het ontwerpen en geregeld aanpassen volgens de stand van de wetenschap van een multidisciplinair oncologisch handboek dat de richtlijnen bevat voor de behandeling van patiënten met oncologische aandoeningen;
- de organisatie en de opvolging van het consulentenschap naar de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg toe, waarmede een oncologisch samenwerkingsverband bestaat;
- de oprichting en opvolging van een pathologiewerkgroep per orgaanstelsel waarin de algemene wetenschappelijke en organisatorische aspecten worden besproken, evenals de patiëntencasussen; de werkgroep doet een voorstel betreffende de keuze van de protocols en is samengesteld uit alle geneesheren uit het ziekenhuis die rechtstreeks of onrechtstreeks iets te maken hebben met de desbetreffende pathologie;
- de doorverwijzing van tumoren die een complexe behandeling vergen en die zeldzaam zijn, naar zorgprogramma's waarnaar in het handboek wordt verwezen en het verzekeren dat een beroep kan worden gedaan op actuele kennis in de ontwikkeling van genetica en de moleculaire biologie;
- de organisatie van de psychosociale ondersteuning;
- het ondersteunen van de kankerregistratie en het opvolgen van de implementatiegraad van de multidisciplinaire richtlijnen gepreciseerd in het multidisciplinair oncologisch handboek;
- de organisatie van de samenwerking met thuiszorg-eerste lijn, het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en de palliatieve zorgorganisaties teneinde het zorgcircuit van de diagnosevaststelling en behandeling te kunnen opvolgen.

D. Palliatief samenwerkingsverband

Art. 28. Het ziekenhuis dat over een zorgprogramma voor oncologie beschikt, moet deel uitmaken van een palliatief samenwerkingsverband zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

Onderafdeling 3. - Kwaliteitsopvolging

Art. 29. Het zorgprogramma voor oncologie dient inzake de kwaliteitsopvolging eveneens te beantwoorden aan dezelfde bepalingen die van toepassing zijn op het zorgprogramma voor oncologische basiszorg, zoals bedoeld in de artikelen 11 en 12.

Afdeling 4

De vereiste infrastructuur en omgevingselementen

Art. 30. § 1. Het zorgprogramma voor oncologie moet kunnen beroep doen op een erkende dienst voor radiotherapie, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet van de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Indien de in het eerste lid bedoelde dienst zich niet in hetzelfde ziekenhuis bevindt, dient het een overeenkomst te sluiten met een ziekenhuis dat wel over een erkende dienst voor radiotherapie beschikt.

§ 2. Het ziekenhuis moet tevens beschikken over:

- een hospitalisatie-afdeling voor medische oncologie waar systemische therapie kan toegediend worden;
- faciliteiten waar op adequate en veilige manier cytostatica kunnen worden toegediend in daghospitalisatie en waar permanent een beroep kan worden gedaan op één van de geneesheer-specialisten bedoeld in artikel 14, a) tot en met e) .

Art. 31. Alle antitumorale-medicamenteuze behandelingen voor patiënten die niet in het ziekenhuis overnachten, dienen te geschieden in het kader van faciliteiten voor daghospitalisatie die specifiek zijn gericht op medisch-oncologische behandelingsmodaliteiten.

Art. 32. § 1. De hospitalisatie-afdeling voor medische oncologie bevindt zich in een duidelijk identificeerbare, afzonderlijke verpleegeenheid of gedeelte van een verpleegeenheid, met de beschikking over éénpersoonskamers, welke uitsluitend zijn bestemd voor het zorgprogramma voor oncologie.

§ 2. De in § 1 bedoelde hospitalisatie-afdeling staat onder leiding van een erkende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie. Alle artsen die deelnemen aan het oncologische zorgprogramma kunnen patiënten hospitaliseren op deze afdeling.

§ 3. Het zorgprogramma hospitaliseert niet uitsluitend op de in § 1, bedoelde hospitalisatieafdeling. De patiënten worden gehospitaliseerd in functie van hun noden op een afdeling die op grond de expertise het meest geschikt is.

Art. 33. Het ziekenhuis met een zorgprogramma voor oncologie dient te beschikken over een erkende functie voor intensieve zorg, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden. De functie bedoeld in het eerste lid, dient op dezelfde campus als het zorgprogramma voor oncologie aanwezig te zijn. Afdeling 5. - De manipulatie van antitumorale medicatie.

Art. 34. Met betrekking tot de manipulatie van antitumorale medicatie richt het ziekenhuis in het kader van het medisch farmaceutische comité een multidisciplinaire werkgroep "antitumorale medicatie" op. Deze werkgroep is samengesteld uit leden van het medische farmaceutisch comité en personen aangeduid door de multidisciplinaire commissie voor oncologie van het zorgprogramma voor oncologie.

Art. 35. De in artikel 34 bedoelde werkgroep heeft als taak:

- het verlenen van advies aan de multidisciplinaire commissies voor oncologie, bedoeld in artikel 25 van dit besluit, met het oog op het vaststellen van specifieke procedures voor het voorschrijven, het afleveren en het toedienen van antitumorale medicatie;
- het toezien op de naleving van deze procedures, evenals het opvolgen van de mogelijke ongevallen en van de opvang hiervan.

Art. 36. § 1. Anti-tumorale medicatie kan in afwijking van artikel 6, § 2, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, worden bereid in een daartoe ingerichte ruimte die zich bevindt op de verpleegeenheid waar de oncologische patiënt wordt opgenomen.

§ 2. De bereiding gebeurt steeds in aanwezigheid van en onder rechtstreeks toezicht van de ziekenhuisapotheker. Deze is verantwoordelijk voor de controle van de voorgeschreven doseringen en neemt bij enige twijfel contact op met de voorschrijvende arts.

§ 3. Op het speciale etiket van de bereiding dienen de volgende elementen te worden vermeld

- a) de naam van het product (conform de naam van het voorschrift);
- b) de naam van de patiënt;
- c) de bereidingsdatum en indien nodig het uur van bereiding;
- d) de wijze van toediening;

- e) het bereide volume met hoeveelheid;
- f) de wijze van bewaring en eventueel de houdbaarheidstermijn.

Art. 37. De toediening van anti-tumorale medicatie geschiedt bij specifieke procedures, vastgesteld door de multidisciplinaire commissies voor oncologie bedoeld in artikel 25 van dit besluit, na advies van de multidisciplinaire werkgroep voor antitumorale medicatie.

HOOFDSTUK IV. - Het College voor oncologie

Art. 38. Een zorgprogramma voor oncologische basiszorg en een zorgprogramma voor oncologie moeten daarenboven, om erkend te blijven, hun medewerking verlenen aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen. Hiertoe wordt een College voor oncologie opgericht dat naast de opdrachten vermeld in artikel 8 van bedoeld besluit van 15 februari 1999 eveneens tot opdracht heeft:

- de ziekenhuizen te ondersteunen in de aanmaak en de aanpassing van het multidisciplinair oncologisch handboek dat de richtlijnen voor de vaststelling van de diagnose, de behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen bevat, door ondermeer een model van multidisciplinair oncologisch handboek op te stellen;
- het nader uitwerken van een model voor de kankerregistratie zoals bedoeld in artikel 11;
- in de ziekenhuizen audits te organiseren door visitatie van leden of aangeduide experts van het College en hierover een rapport op te stellen;
- het nationaal vergelijken van de gehanteerde handboeken en het organiseren van thematische consensusmeetings afhankelijk van de prioritaire thema's;
- de normen inzake het gebruik van antitumorale medicatie te actualiseren volgens de laatste stand van de medische wetenschap;
- het formuleren van aanbevelingen over de competentiecriteria waaraan de geneesheer-specialisten bedoeld in artikel 14 dienen te voldoen om deel te kunnen uitmaken van het medisch team van een oncologische zorgprogramma en over de noodzaak tot het instellen van bijzondere beroepsbekwaamheden voor geneesheer-specialisten betrokken bij de oncologische zorgverlening;
- het formuleren van aanbevelingen inzake de gespecialiseerde zorgprogramma's voor oncologie en hun minimaal activiteitsniveau. Het College voor oncologie kan voor de uitvoering van zijn in het eerste lid bedoeld opdrachten, een pathologiewerkgroep per orgaanstelsel oprichten en het kan in het kader van zijn werking beroep doen op buitenlandse experts die vermaardheid in het domein van de oncologie hebben verworven.

HOOFDSTUK V. - Overgangs- en Slotbepalingen

Art. 39. In afwachting dat geneesheer-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de oncologie "erkend zijn, dient voor de toepassing van dit besluit de vermelding erkend geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie telkens gelezen te worden als "erkend geneesheer-specialist die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam in de oncologie of die het bewijs levert dat hij, sedert ten minste vier jaar na zijn erkenning als geneesheer-specialist, de oncologie op een substantiële en belangrijke manier en met een voldoende kennis uitoefent".

Het bewijs dat hij algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam, kan geleverd worden onder andere door zijn actieve deelname aan nationale en internationale congressen, aan wetenschappelijke vergaderingen in verband met de oncologie van zijn discipline, door persoonlijke publicaties, door een activiteit die typisch is voor de oncologie van zijn discipline en andere criteria die worden vastgesteld door het College voor oncologie.

Art. 40. Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit. Gegeven te Brussel, 21 maart 2003. ALBERT
Van Koningswege: De Minister van Volksgezondheid, J. TAVERNIER De Minister van Sociale Zaken, F.
VANDENBROUCKE

BIJLAGE

Normen met betrekking tot de manipulatie van antitumorale medicatie

I. Procedures en voorzieningen

1. Met betrekking tot de manipulatie van anti-tumorale medicatie richt het ziekenhuis in het kader van de Medisch-Farmaceutische Commissie een multidisciplinaire werkgroep 'anti-tumorale medicatie' op, met als taak:
 - a. Het verlenen van advies aan de multidisciplinaire commissie voor oncologie, bedoeld in art. 25 van dit besluit, met het oog op het vaststellen van specifieke procedures voor het voorschrijven, het afleveren en het toedienen van anti-tumorale medicatie.
 - b. Het toezien op de naleving van deze procedures, evenals het opvolgen van de mogelijke ongevallen en van de opvang hiervan.
2. Chemotherapie kan in afwijking van art. 6, § 2. Van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, gewijzigd door de koninklijk besluiten van 5 augustus 1991, 28 oktober 1996 en 20 augustus 2000, onder toezicht van de ziekenhuisapotheker, worden bereid in een daartoe ingerichte ruimte die zich bevindt op de verpleegeenheid waar de oncologische patiënt wordt opgenomen.

II. Eigenlijke bereiding

1. De bereiding gebeurt steeds in aanwezigheid van en onder rechtstreeks toezicht van de ziekenhuisapotheker. Deze is verantwoordelijk voor de controle van de voorgeschreven doseringen en neemt bij enige twijfel contact op met de voorschrijvende arts.
2. Op het speciale etiket van de bereiding dienen de volgende elementen te worden vermeld:
 - De naam van het product (conform de naam van het voorschrift);
 - De naam van de patiënt;
 - De bereidingsdatum en indien nodig het uur van bereiding;
 - Het bereide volume met hoeveelheid;
 - De wijze van bewaring en eventueel de houdbaarheidstermijn.

III. Vervoer en toediening

1. Het vervoer geschiedt uitsluitend door middel van de 'luer lock' spuit met vastschroefbare stop.
2. De toediening geschiedt bij specifieke procedures, vastgesteld door de multidisciplinaire commissies voor oncologie bedoeld in artikel 25 van dit besluit, na advies van de multidisciplinaire werkgroep voor anti-tumorale medicatie.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van

Van Koningswege:

De Minister van Volksgezondheid
De Minister van Sociale Zaken

1. Wetteksten

1.1 KONINKLIJKE BESLUITEN

1.1.2 Koninklijk besluit – Oncologisch zorgprogramma voor borstkanker

26 APRIL 2007. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend (gecoördineerde tekst: laatste tekstbijwerking 23.12.2013)

Titel I. - Algemene bepaling

Art. 1. Om te worden erkend en erkend te blijven moeten het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker hierna "coördinerende borstkliniek" genoemd, en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker hierna "satellietborstkliniek" genoemd, voldoen aan de normen vastgesteld in dit besluit.

Titel 2. - Coördinerende borstkliniek

HOOFDSTUK 1. - Doelgroep, aard en inhoud van de zorg

Art. 2. § 1 de coördinerende borstkliniek is gericht op de diagnose, de multidisciplinaire consultatie, de multidisciplinaire behandeling, de opvolging, en de revalidatie van patiënten met kwaadaardige aandoeningen van de borst(en) overeenkomstig de richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bedoeld in artikel 14 dat dient gebruikt te worden binnen het zorgprogramma zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§ 2. de coördinerende borstkliniek kan enkel worden uitgebaut als bovenbouw op een zorgprogramma voor oncologie zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend, hierna genoemd "het koninklijk besluit van 21 maart 2003".

HOOFDSTUK 2. - Minimaal activiteitsniveau

Art. 3. § 1. Teneinde een erkenning voor een borstkliniek te bekomen, moet een bestaande behoefte evenals een ervaring op medisch vlak en heelkundig omstandig te worden gemotiveerd. Voor de eerste aanvraag tot erkenning moet de bestaande behoefte worden aangetoond door jaarlijks ten minste 125 nieuwe diagnoses van borstkanker zoals bedoeld in §§ 3 en 4 hetzij het jaar voor de aanvraag van de erkenning, hetzij als gemiddelde gedurende de laatste drie jaar voor de aanvraag van de erkenning.
Derde lid en vierde lid opgeheven.

§ 2. Om erkend te blijven moet de coördinerende borstkliniek aantonen dat ze het laatste jaar of als gemiddelde gedurende de laatste drie jaar voor de verlenging van de erkenning, het in paragraaf 1, tweede lid, bedoelde aantal nieuwe diagnoses heeft gesteld.

§ 3. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder "nieuwe diagnose van borstkanker" verstaan, elk geval van borstkanker die voor het eerst wordt vastgesteld, om het even welk type en in om

het even welk stadium ervan, met inbegrip van de kankers in situ, en die vervolgens worden behandeld binnen de coördinerende borstkliniek

In het geval de eerste diagnose is gesteld op een andere plaats dan de coördinerende borstkliniek, maar de eerste behandeling er wel degelijk wordt gerealiseerd, wordt de diagnose uitsluitend in deze laatste in rekening gebracht.

Voor de toepassing van dit artikel worden niet meegerekend bij de nieuwe diagnoses:

1° de patiënten die voor de uitvoering van radiotherapie naar de coördinerende borstkliniek worden doorverwezen;

2° de patiënten die in een ander ziekenhuis of op een andere vestigingsplaats van een ziekenhuis reeds een primaire behandeling hebben ondergaan;

3° de patiënten die enkel voor een adjuvante geneesmiddelentherapie worden verwezen;

4° de patiënten waarvoor uitsluitend de follow-up in de coördinerende borstkliniek wordt georganiseerd nadat de primaire behandeling had plaatsgevonden in een ander ziekenhuis of vestigingsplaats van een ziekenhuis;

5° de patiënten waarvan de eerste diagnose is gesteld en die vervolgens, met het oog op een behandeling naar een ander ziekenhuis of een andere vestigingsplaats worden doorverwezen.

De gevallen bedoeld in het 5°, van het vorige lid, worden voor de toepassing van dit artikel in rekening gebracht bij de coördinerende borstkliniek van het ziekenhuis of de vestigingsplaats waarnaar de bedoelde patiënten worden behandeld.

§ 4. Het bewijs van de nieuwe diagnoses zoals gedefinieerd in dit artikel is onder meer gebaseerd op:

- de afschriften van de protocollen van de belangrijkste heekundige ingreep, met hierbij het overeenstemmende anatomopathologische protocol;
- in het geval er geen heekundige ingreep plaatsvindt de afschriften van de verslagen van het multidisciplinair oncologisch overleg.

Deze afschriften worden gedurende tien jaar in het ziekenhuis ter beschikking gehouden van de voor de erkenning bevoegde overheid en worden vervolgens vernietigd.

§ 5. In het ziekenhuis worden de nodige maatregelen genomen teneinde de beveiliging van de in de vorige paragraaf bedoelde gegevens te waarborgen.

Met het oog op de toepassing van het vorige lid worden, onverminderd de toepassing van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en diens uitvoeringsbesluiten, door de in dezelfde wet bedoelde verantwoordelijke van de verwerking tenminste de volgende maatregelen genomen:

1° de opmaak van een nominatieve lijst van de personen aan wie de toegang tot bedoelde gezondheidsgegevens is toegestaan en de ondertekening door deze personen van een verbintenis van vertrouwelijkheid;

2° de modaliteiten van de schriftelijke procedures bepalen die de bescherming van bedoelde gegevens betreffende de gezondheid bepalen en die de verwerking ervan beperken tot een verwerken conform het beoogde doeleinde;

3° het op punt stellen van organisatorische en technische maatregelen die verzekeren dat enkel aan de gemachtigde personen toegang wordt verschaft tot deze persoonsgegevens.

HOOFDSTUK 3. Medische en niet-medische omkadering en deskundigheid

Afdeling 1. - Medische omkadering

Art. 4. De coördinerende borstkliniek moet minstens beschikken over geneesheren van de volgende disciplines die zijn verbonden met de coördinerende borstkliniek en die voldoen aan de volgende voorwaarden:

1° ten minste twee geneesheren-specialisten in de heilkunde of in de gynaecologie-verloskunde met een specifieke ervaring in borstkankerchirurgie.

De bedoelde geneesheren-specialisten moeten jaarlijks ten minste 50 heilkundige interventies verrichten voor nieuwe gevallen van borstkanker. Tenminste één van beiden dient een ervaring te hebben van tenminste drie jaar wat betreft borstkankerchirurgie en tenminste gedurende het jaar voorafgaand aan de aanvraag tot erkenning in eerste hand het in het vorige lid bedoelde aantal heilkundige ingrepen verricht hebben. Bedoelde geneesheren-specialisten moeten ten minstens acht halve dagen per week besteden in het ziekenhuis;

2° tenminste twee geneesheren-specialisten in de medische beeldvorming met een ervaring in de mammografie en echografie van de borst evenals in de techniek van het verzamelen van borststalen.

De bedoelde geneesheren-specialisten dienen jaarlijks ten minste 1 000 mammografieën af te lezen of te herlezen. Deze mammografieën kunnen zowel diagnostisch als met het oogmerk tot screening zijn.

Eén van beiden dient een ervaring van tenminste drie jaar te hebben in bedoeld domein en gedurende tenminste het jaar voorafgaand aan de aanvraag tot erkenning, beantwoorden aan de voorwaarden bedoeld in het vorige lid.

Eén van deze geneesheren-specialisten dient tenminste een ervaring te hebben in andere technieken van medische beeldvorming, zoals technieken inzake interventionele medische beeldvorming die nuttig zijn in geval van borstkanker en de stadiëring ervan en de nucleaire magnetische resonantie tomograaf;

3° tenminste een geneesheer-specialist in de pathologische anatomie met een ervaring van tenminste drie jaar in de diagnose van borstpathologieën. Een geneesheer-specialist in de pathologische anatomie dient op elk moment beschikbaar te zijn en op de vestigingsplaats aanwezig te zijn tijdens de betrokken heilkundige ingrepen;

4° tenminste een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie, desgevallend als consulent van de diens radiotherapie in het kader van het samenwerkingsakkoord zoals bedoeld in artikel 22, met ten minste drie jaar ervaring in de behandeling van borstkanker;

5° tenminste een geneesheer-specialist in de oncologie die ten minste 8 halve dagen besteedt aan het ziekenhuis dat de coördinerende borstkliniek uitbaat en die ten minste drie jaar ervaring heeft in de behandeling van borstkanker;

6° tenminste een geneesheer-specialist in de plastische, reconstructieve en esthetische heilkunde die minstens halftijds aan het ziekenhuis is verbonden en die een bewezen en onderhouden bekwaamheid en ervaring heeft inzake reconstructieve chirurgie volgens de laatste stand van de wetenschap. Bedoelde bekwaamheid en ervaring worden ondermeer bewezen aan de hand van gevolgde opleidingen, het aantal verstrekkingen verricht in eerste hand en wetenschappelijke publicaties ter zake.

Deze geneesheer of geneesheren moet(en) verzekeren dat:

1° de onmiddellijke procedures van reconstructie, met name gedurende dezelfde operatietijd als deze van exeresis, beschikbaar zijn en aan patiënten die ervoor in aanmerking komen worden voorgesteld;

2° de wachttijd voor een onmiddellijk reconstructie de primaire behandeling van de aandoening niet vertraagt;

3° de patiënt na de operatie wordt opgevolgd zowel tijdens de hospitalisatie als ambulant. Alle geneesheren bedoeld in dit artikel werken nauw en op gestructureerde en multidisciplinaire wijze samen in de coördinerende borstkliniek, niettegenstaande deze met hun eventuele dienst van oorsprong verbonden blijven.

Art. 5. De medische coördinatie van de coördinerende borstkliniek geschiedt door een geneesheer-specialist in de heelkunde of in de gynaecologie-verloskunde, een geneesheer-specialist in de oncologie of een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie. Deze coördinator moet lid zijn van het team bedoeld in artikel 4.

Bedoelde geneesheer-specialist wordt op voorstel van de hoofdgeneesheer aangewezen door de ziekenhuisbeheerder na advies van de medische raad. Bedoelde geneesheer-specialist is voltijds aan het ziekenhuis verbonden en besteedt tenminste acht halve dagen per week aan de coördinerende borstkliniek. Indien bedoelde geneesheer-specialist tevens de medische coördinatie waarneemt binnen een satellietborstkliniek in toepassing van artikel 4. 24/1, § 3, 1°, worden de activiteiten in de onderscheiden ziekenhuizen in aanmerking genomen voor het vaststellen of voldaan is aan voornoemde voorwaarden.

De functie van coördinator van de coördinerende borstkliniek is niet cumuleerbaar met deze van coördinator van het zorgprogramma voor oncologie, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 31 maart 2003 tot vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma oncologische basiszorg en het zorgprogramma oncologie moeten voldoen om te worden erkend.

De coördinator van de coördinerende borstkliniek werkt actief samen met de coördinator van het zorgprogramma voor oncologie, teneinde samen te voldoen aan de voorwaarden bedoeld in voornoemd koninklijk besluit van 21 maart 2003 evenals aan deze bedoeld in dit besluit.

Afdeling 2. - Verpleegkundige omkadering

Art. 6. De verpleegkundige verzorging van patiënten met borstkanker dient te worden gecoördineerd door een beoefenaar van de verpleegkunde, hetzij houder van de beroepstitel in de oncologie, [...] hetzij die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit een ervaring van ten minste vijf jaar en een deskundigheid heeft in de integrale verzorging van dergelijke patiënten.

Het betreft een VTE aan de coördinerende borstkliniek verbonden verpleegkundige die kan aantonen dat hij aan vormingsactiviteiten heeft deelgenomen in het specifieke domein van borstkanker. De coördinerende borstkliniek waarbinnen jaarlijks minstens 350 nieuwe diagnoses van borstkanker zoals bedoeld in artikel 3 worden gesteld, beschikt over minstens 2 VTE aan de borstkliniek verbonden bedoelde verpleegkundigen. In het bijzonder coördineert de verpleegkundige de uitvoering van het zorgplan vastgesteld tijdens de multidisciplinaire consultatie zoals bedoeld in artikel 17.

Deze verpleegkundige heeft als taak de patiënten te begeleiden en zich ervan te vergewissen dat:

1° de verpleegkundige zorgen aan patiënten die aan borstkanker lijden, de bijzondere procedures volgen die zijn ingesteld door de coördinerende borstkliniek. In het bijzonder coördineert de verpleegkundige de uitvoering van het zorgplan vastgesteld tijdens de multidisciplinaire consultatie zoals bedoeld in artikel 17;

2° de patiënten die door de coördinerende borstkliniek worden verzorgd, wel degelijk voldoende pertinente en relevante informatie hebben verkregen over de verschillende aspecten van hun verzorging en voldoende psychologische steun hebben verkregen.

Afdeling 3. - Psychosociale omkadering

Art. 7. Onverminderd artikel 18 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003, moet de coördinerende borstkliniek minstens beschikken over 0,5 VTE psycholoog die een significante ervaring heeft in de begeleiding van patiënten met borstkanker. Indien de coördinerende borstkliniek in toepassing van artikel 24/1, § 2, een schriftelijk juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband afsluit met een satellietborstkliniek, dan beschikt de coördinerende borstkliniek voor elk bedoeld samenwerkingsverband bijkomend over 0,25 FTE psycholoog met voornoemde ervaring. De coördinerende borstkliniek waarbinnen jaarlijks minstens 350 nieuwe diagnoses van borstkanker zoals bedoeld in artikel 3 worden gesteld, beschikt over minstens 1 VTE aan de borstkliniek verbonden psycholoog met voornoemde ervaring.

Daarnaast dienen de geneesheren van de coördinerende borstkliniek, vrij een beroep te kunnen doen op het psychosociaal supportteam van het zorgprogramma oncologie.

De psychosociale begeleiding van patiënten dient te worden verzekerd gedurende alle stadia van de ziekte.

Afdeling 4. - Andere omkadering

Art. 8. De coördinerende borstkliniek dient te beschikken over kinesitherapeuten die gespecialiseerd zijn in de preventie van post-operatoire en post-radio-therapeutisch lymfoedeem en van stijfheid van de schouder.

Art. 8/1. De borstkliniek organiseert een revalidatieprogramma waarbij zowel de fysische, psychische als sociale revalidatie aan bod komen.

De fysische revalidatie van de patiënt die tevens functionele metingen inhoudt, gebeurt steeds door een fysiotherapeut.

Art. 9. De coördinerende borstkliniek moet een persoon aanstellen voor de coördinatie van de registratie van gegevens van patiënten.

Afdeling 5. - Gemeenschappelijke bepalingen

Art. 10. De geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapeuten zoals bedoeld in dit hoofdstuk, zijn beschikbaar voor zowel de opgenomen als de ambulante patiënten.

Art. 11. De omkadering zoals bedoeld in de afdelingen 1 tot 4 kan bestaan uit personen die eveneens deel uitmaken uit van het zorgprogramma oncologie.

Art. 12. De personen bedoeld in de afdelingen 1 tot en met 4 dienen binnen het domein van borstkanker voor wat betreft de aspecten ervan die tot hun discipline behoren een specifieke vorming te hebben genoten of een ervaring terzake te hebben en kunnen aantonen dat zij deelnemen aan programma's van permanente vorming in bedoeld domein.

HOOFDSTUK 4. - Functionele normen, kwaliteitsnormen voor kwaliteitsopvolging

Art. 13. De coördinerende borstkliniek dient in samenwerking met andere erkende coördinerende borstklinieken vorming te organiseren voor de leden van de omkadering van de coördinerende borstkliniek evenals voor de personen die hiermee zijn verbonden.

Art. 14. § 1. de coördinerende borstkliniek dient in het multidisciplinair oncologisch handboek, bedoeld in artikel 21, § 1, 2 en 3 van voornoemd koninklijk besluit van 21 maart 2003, over een specifiek voorbehouden onderdeel te beschikken, waarin daarenboven minimaal de procedures

van opvang en opvolging van de patiënten, de maximumtermijnen tussen de verschillende etappes van de opvolging en behandeling, de procedures inzake communicatie van de diagnose en behandeling aan de patiënten en aan de verwijzende geneesheren, en de modaliteiten inzake verwijzing in het kader van de samenwerkingsovereenkomsten waaraan de coördinerende borstkliniek deelneemt.

In bedoeld voorbehouden onderdeel worden tevens de kwaliteitsindicatoren opgenomen die de coördinerende borstkliniek hanteert om de kwaliteit van het zorgproces en het resultaat van de aangeboden zorg te meten.

De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan minimaal te registreren kwaliteitsindicatoren vaststellen.

§ 2. Het in § 1 bedoelde handboek wordt door de artsen, verpleegkundigen en andere vestrekkers van de werkgroep "borstpathologie" bedoeld in artikel 15, opgesteld en ter goedkeuring voorgelegd aan de multidisciplinaire commissie van het zorgprogramma oncologie waarvan het de bovenbouw vormt.

§ 3. De coördinerende borstkliniek bezorgt een kopij van bedoeld handboek aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en aan het college van geneesheren voor oncologie.

Art. 15.

§ 1. Voor elke coördinerende borstkliniek wordt een werkgroep "Borstpathologie" opgericht, die wordt voorgezeten door de coördinator van de coördinerende borstkliniek en samengesteld is uit:

- 1° een geneesheer van elk van de door artikel 4, 1° tot 6° bedoelde medische disciplines die deelnemen aan de coördinerende borstkliniek;
- 2° de coördinerend verpleegkundige zoals bedoeld in artikel 6;
- 3° de psycholoog zoals bedoeld in artikel 7;
- 4° een kinesitherapeut zoals bedoeld in artikel 8;
- 5° de persoon die is aangeduid voor de coördinatie van de registratie van de gegevens zoals bedoeld in artikel 9;

De werkgroep is belast met:

- 1° het helpen van de multidisciplinaire commissie oncologie van het zorgprogramma oncologie van het ziekenhuis bij de uitvoering van de taken die haar worden toevertrouwd zoals beschreven in artikel 27 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003
- 2° het verzekeren van de doorverwijzing van de patiënten met borstkanker die een complexe of zeldzame behandeling nodig hebben naar de meest geschikte [2 ...]2 waarnaar het handboek verwijst.

§ 2. [...]

Art. 16. De coördinerende borstkliniek¹ dient inzake kwaliteitsopvolging te beantwoorden aan dezelfde bepalingen als die van toepassing zijn op het zorgprogramma voor oncologie waarvan het de bovenbouw vormt, met dien verstande dat voor [1 de coördinerende borstkliniek]¹ binnen de kankerregistratie bijkomend volgende gegevens moeten worden geregistreerd als aanvulling op de registratie zoals opgelegd door artikel 11 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003:

- a) de resultaten van de analyses van de hormoonreceptoren
- b) de resultaten van de analyses van het antigeen HER2.

Art. 16/1. De coördinerende borstkliniek stelt op basis van de in artikel 16 bedoelde registratie vijfjaarlijks een rapport op waarin de effectieve mortaliteit wordt vergeleken met de voorspelde mortaliteit in functie van de kenmerken van de patiënt.

Het college van geneesheren voor oncologie stelt een model op voor dit rapport. Van zodra het college bedoeld model heeft opgesteld, maakt de coördinerende borstkliniek er gebruik van.

De coördinerende borstkliniek maakt het in het eerste lid bedoelde vijfjaarlijks rapport over aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 17. § 1. Wekelijks moet een multidisciplinair overleg plaatsvinden via de multidisciplinaire oncologische consultatie, zoals bedoeld in artikel 23 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 voor alle patiënten bij wie een nieuwe diagnose werd gesteld, en dit tenminste vóór elke behandeling.

Minstens één van de geneesheren-specialisten van elkeen van de specialismen bedoeld in artikel 4, 1° tot en met 6°, een verpleegkundige en een psycholoog nemen aan dit overleg deel. Wanneer dit nodig blijkt, neemt ook een plastisch chirurg hieraan deel aan het overleg.

§ 2. Voor ieder multidisciplinair overleg zoals bedoeld in artikel 17, § 1, wordt een verslag opgesteld zoals bepaald in artikel 23, § 2 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003.

Dit verslag preciseert onder meer op gedetailleerde wijze:

1° het zorgplan met een beschrijving van de behandeling van de patiënt;

2° een beschrijving van de voorgestelde medische opvolging

Art. 18. De geneesheer-specialist

die de behandeling coördineert deelt de diagnose en het behandelingsplan mee. Een psycholoog en een [...] verpleegkundige zijn op elk ogenblik beschikbaar om de geneesheer en de patiënt voor deze mededeling bij te staan

HOOFDSTUK 5. - Samenwerkingsakkoorden

Art. 19. § 1. de coördinerende borstkliniek dient een schriftelijk samenwerkingsakkoord te hebben met:

1° tenminste een mammografie-eenheid die door de bevoegde overheid erkend is;

2° een centrum voor menselijke erfelijkheid zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor menselijke erfelijkheid moeten voldoen, met het oog op een genetische consultatie voor de patiënten.

Tweede lid opgeheven.

§ 2. De pluridisciplinaire equipe van de coördinerende borstkliniek waakt over het afsluiten van samenwerkingsverbanden met de patiëntenverenigingen die actief zijn in het domein van borstkanker.

HOOFDSTUK 6. - Vereiste infrastructuur en omgevingselementen

Art. 20. § 1. De coördinerende borstkliniek moet kunnen beschikken over voldoende radiologische en technische apparatuur opdat binnen een termijn van vijf werkdagen een diagnose kan worden gesteld.

§ 2. Voor de toepassing van § 1 moet de coördinerende borstkliniek tenminste over de volgende uitrusting beschikken:

1° mammografie;

2° echografie;

3° technieken van interventionele medische beeldvorming bij de borst;

Voor de toepassing van § 1 moet de borstkliniek [...] toegang hebben tot een nucleaire magnetische resonantie tomograaf.

Art. 21. De coördinerende borstkliniek kan een beroep doen op een erkende dienst voor radiotherapie ofwel binnen hetzelfde ziekenhuis ofwel via een samenwerkingsovereenkomst met ziekenhuis dat een erkende dienst voor radiotherapie uitbaat. In laatstgenoemd geval worden in de samenwerkingsovereenkomst de nodige afspraken gemaakt in verband met de beschikbaarheid van de dienst voor radiotherapie voor de patiënten van de coördinerende borstkliniek.

Art. 22. De coördinerende borstkliniek beschikt binnen het ziekenhuis over de nodige uitrusting en infrastructuur zodat binnen de 10 werkdagen na het vaststellen van de diagnose de uitvoering van het zorgplan kan geïnitieerd worden.

Art. 23.

Opgeheven bij KB 2013-12-15/23, art. 28, 003; Inwerkingtreding: 02-01-2014.

Art. 24. De coördinerende borstkliniek organiseert voldoende ambulante raadplegingen zodat:

1° elke patiënt die zich aanmeldt binnen de vijf dagen wordt gezien tijdens een multidisciplinaire raadpleging waarbij zowel een geneesheer-specialist in de heelkunde, een geneesheer-specialist in de radiotherapie als een geneesheer-specialist in de oncologie beschikbaar zijn;

2° de mededeling van de diagnose en het behandelingsplan, volgens de modaliteiten bedoeld in artikel 18, gebeurt binnen de kortst mogelijke termijn na het eerste contact zoals bedoeld in 1°;

3° een multidisciplinaire opvolging van de patiënten mogelijk is zowel tijdens de behandeling als erna. Tijdens deze raadplegingen zijn de geneesheer-specialisten bedoeld in 1° beschikbaar evenals een verpleegkundige en een psycholoog;

4° een opvolging van patiënten met goedaardige borstaandoeningen mogelijk is.

Titel 3. - Satellietborstkliniek

Art. 24/1. § 1. De satellietborstkliniek is gericht op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling, de revalidatie en de opvolging van patiënten met kwaadaardige aandoeningen van de borst(en) overeenkomstig de richtlijnen van het multidisciplinair oncologische handboek zoals bedoeld in artikel 14 dat dient te worden gebruikt binnen de borstkliniek zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§ 2. De satellietborstkliniek kan enkel worden uitgebaat in het kader van een exclusief schriftelijk juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband met een ziekenhuis dat beschikt over een coördinerende borstkliniek.

§ 3. De satellietborstkliniek voldoet aan alle erkenningsnormen zoals bedoeld in titel 2 met uitzondering van de artikelen 3, §§ 1 en 2, 6, tweede lid, en 7, eerste lid, en met dien verstande dat:

1° de medische coördinatie zoals bedoeld in artikel 5 gebeurt door de geneesheer-specialist die eveneens de medische coördinatie waarneemt in de coördinerende borstkliniek waarmee de satellietborstkliniek een schriftelijk juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst heeft;

2° ze gebruik maakt van hetzelfde multidisciplinair oncologisch handboek zoals bedoeld in artikel 14, als de coördinerende borstkliniek waarmee ze een schriftelijk juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst heeft;

3° ze niet zelf beschikt over een werkgroep "Borstpathologie" zoals bedoeld in artikel 15 maar is vertegenwoordigd in de werkgroep "Borstpathologie" van de coördinerende borstkliniek waarmee ze een schriftelijk juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst heeft;

4° het multidisciplinair overleg zoals bedoeld in artikel 17 gebeurt onder voorzitterschap van de gezamenlijke medische coördinator zoals bedoeld in 1°.

Art. 24/2. Teneinde een erkenning voor een satellietborstkliniek te bekomen moet een bestaande behoefte evenals een ervaring op medisch en heelkundig vlak omstandig worden gemotiveerd.

Voor de eerste aanvraag tot erkenning dient deze bestaande behoefte aangetoond te worden door jaarlijks tenminste 60 nieuwe diagnoses van borstkanker zoals bedoeld in artikel 3, § 3, hetzij het jaar voor de aanvraag tot erkenning, hetzij als gemiddelde gedurende de laatste drie jaar voor de aanvraag tot erkenning.

Om erkend te blijven dient de satellietborstkliniek aan te tonen dat ze het laatste jaar of als gemiddelde gedurende de laatste drie jaar voor de verlenging van de erkenning, het in het tweede lid bedoelde aantal nieuwe diagnoses heeft gesteld.

Art. 24/3. De verpleegkundige omkadering van de satellietborstkliniek bestaat uit een 0,5 FTE aan de borstkliniek verbonden verpleegkundige die voldoet aan de voorwaarden vastgesteld in artikel 6.

Titel 4. - Slotbepalingen

Art. 25. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2008.

Art. 26. De Minister van Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 26 april 2007.

ALBERT

Van Koningswege:

De Minister van Volksgezondheid,

R. DEMOTTE.

1. Wettteksten

1.2 COLLEGE VOOR ONCOLOGIE

1.1.2 Leden van het College voor Oncologie

Dr. Boogaerts, Marc, 3360 Bierbeek;

Dr. Bron, Dominique, 1630 Linkebeek;

Dr. Christiaens, Marie-Rose, 3001 Heverlee;

Dr. De Cuyper, Christa, 8370 Blankenberge;

Dr. De Grève, Jacques, 1700 Dilbeek;

Dr. Galdermans, Daniella, 2630 Aartselaar.

Dr. Gilliard, Charles, 5502 Dinant;

Dr. Huguet, Philippe, 2820 Bonheiden;

Dr. Kridelka, Frédéric, 4053 Chaudfontaine;

Dr. Mansfelt, Baudouin, 7100 La Louvière;

Dr. Mourin, Anne, 7600 Peruwelz;

Dr. Peeters, Marc, 3140 Keerbergen;

Dr. Picart, Martine, 1180 Uccle;

Dr. Scalliet, Pierre, 1390 Grez-Doiceau; Dr. Van Belle, Simon, 1570 Galmaarden; Dr. Van

Eycken, Peter, 3600 Genk; Dr. Zlotta, Alexandre, 1180 Uccle.

Nationaal **K**ankerplan



3 debatdagen
30 ontmoetingen
30 initiatieven

Stand van zaken

3 maart 2009

Inleiding

Hierna vindt u een stand van zaken van de 32 initiatieven van het Kankerplan 2008-2010 tot op datum van 2 maart 2009.

Wij willen hierbij zo transparant mogelijk tewerk gaan. Daarom hernemen we voor elke maatregel telkens eerst het "Initiatief" zoals het werd beschreven in het Kankerplan van 10 maart 2008. In het volgende deel "Realisatie" krijgt u een stand van zaken van wat er werd gerealiseerd.

Ik wens u veel leesplezier,

Laurette Onkelinx

Initiatief 1: terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning

Initiatief

1. Terugbetaling van een forfait van 30 EUR voor alle rokers voor een eerste raadpleging inzake hulp bij het ontwennen van tabaksverslaving door een tabakoloog. Momenteel is deze terugbetaling enkel voorzien voor zwangere vrouwen en hun partner.
2. Daarna terugbetaling van een forfait van 20 EUR per sessie, met een maximum van 8 raadplegingen. Voor zwangere vrouwen zal de terugbetaling 30 EUR bedragen.
3. In het kader van een algemene versterking van de controles en ter aanvulling van de aanhoudende controles door het FAVV, zullen de diensten van de FOD Volksgezondheid belast worden met het uitvoeren van gerichte controles over het respecteren van de tabakswetgeving.

Uitvoeringstermijn: 2008.

Realisatie

1. De gecoördineerde wet van 14 juni 1994 m.b.t. de verplichte gezondheidszorgverzekering en vergoedingen werd gewijzigd door de programmawet van 22/12/2008, gepubliceerd in het Staatsblad op 29/12/2009. Op deze manier werd de uitbreiding van de terugbetaling mogelijk gemaakt.

Een ontwerp KB dat tot doel heeft deze uitbreiding reëel te maken werd voorgelegd aan het verzekeringscomité van 2/3/09. Het zal worden voorgelegd aan de ministerraad en aan de Raad van State.

Het KB zal ten laatste op 1 juli 2009 in werking treden. Voor deze maatregel werd een jaarlijks budget voorzien van 3,25 miljoen EUR.

2. idem
3. In september 2008 werden 6 controleurs aangeworven om de controle op de naleving van de anti-tabakswetten te versterken (350.000 EUR op jaarbasis). Op deze manier konden 5.000 extra controles worden uitgevoerd.

Initiatief 2: opsporing en begeleiding van risicopersonen die een genetische aanleg hebben om kanker te ontwikkelen

Initiatief

1. terugbetaling van verschillende nieuwe genetische tests die de aanleg onderzoeken tot het ontwikkelen van kanker, zoals het onderzoek naar mutatie BRCA 1-2 (borst- en eierstokkanker) en mutaties van erfelijke vormen van dikkedarmkanker. Deze tests zijn zeer duur.
2. een specifieke herwaardering van de honoraria bij genetische raadplegingen door geneticus zal worden behandeld in het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2009. Met deze maatregel wil men de specialisatie in genetica aantrekkelijker maken. Dit is belangrijk, aangezien men in België een gebrek vaststelt aan genetici. De herwaardering zou het bedrag van 30 EUR (momenteel) kunnen optrekken tot 150 EUR, zonder dat dit een weerslag zou hebben op de portefeuille van de patiënt.

Uitvoeringstermijn: 2008-2009

Realisatie

1. Twee opties werden besproken met de vertegenwoordigers van de genetici en de commissie artsen-ziekenfondsen:
 - Aanpassing van de nomenclatuur inzake menselijke genetica.
De Hoge Raad voor Genetica (FOD Volksgezondheid) legde een voorstel voor aan de werkgroep "klinische biologie" van de technische geneeskundige raad om artikel 33 van de nomenclatuur (menselijke genetica) te herformuleren.
 - Terugbetaling op basis van overeenkomsten met het Riziv
De Gezondheidswet van 22 december 2008 introduceerde een wettelijke basis waarmee de financiering van genetische tests wordt mogelijk gemaakt op basis van overeenkomsten tussen het Riziv en de centra voor genetica of de laboratoria van moleculaire biologie. Deze zullen worden terugbetaald op forfaitaire wijze.

Op 9/2/2009 gingen de vertegenwoordigers van de genetici ermee akkoord om met het Riziv aan een ontwerp van overeenkomst te gaan werken. De doelstelling hiervan is een integrale tegemoetkoming in de kosten die inherent zijn aan genetische testen (raad, diagnose en oriëntatie).

De besprekingen gaan verder met de vertegenwoordigers van de commissie geneesheren-ziekenfondsen.

2. De herwaardering van de erelonen van de genetici buiten het uitvoeren van tests zal eveneens worden besproken binnen de commissie geneesheren-ziekenfondsen. Een budget van 520.000 EUR is hiervoor voorzien in 2009.

Initiatief 3: uitbreiden van de leeftijdscategorie voor vaccinatie tegen het papillomavirus voor meisjes van 12 tot 18 jaar (ipv 12 tot 15 j)

Initiatief

Uitbreiding van de leeftijdscategorie die geniet van een terugbetaling van het vaccin tegen het humane papillomavirus (HPV). De huidige categorie van 12 tot 15 jaar zal uitgebreid worden tot alle adolescenten van 12 tot 18 jaar: dat betekent concreet dat de kostprijs voor de vaccinatie van deze meisjes zal dalen van 412 EUR tot 31 EUR.

Uitvoeringstermijn: 2008

Realisatie

De maatregel trad in werking op 1 december 2008.

In 2009 werd 31,22 miljoen EUR voorzien voor deze maatregel. Het budget voor 2010 zal afhangen van het feit of het HPV-vaccin wordt opgenomen in het vaccinatieprogramma. De besprekingen hierover lopen verder in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Initiatief 4: verbetering van opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker

Initiatief

1. Dezelfde kwaliteitscontrole verzekeren voor apparatuur die gebruikt wordt voor diagnostische mammografieën als voor de apparatuur voor de mammotest ; zowel voor analoge als digitale apparatuur wordt er twee maal per jaar een officiële controle voorzien.

Er komt ook een systematische registratie van de individuele screeningstesten.

Uitvoeringstermijn : 2009 - 2010

2. Voor de patiënten waarvan de mammotest een positief resultaat geeft, kostenloosheid van de onderzoeken zoals echografie, MRN en/of punctie.

Uitvoeringstermijn : 2008

3. Het globaal borstonderzoek (echografie en mammografie) zal volledig worden terugbetaald voor vrouwen met verhoogd risico op borstkanker en dit in het kader van een medisch voorschrift met een verantwoording van het risico (antedecenten, genetische risico's.)

Uitvoeringstermijn : 2008

Realisatie

1. Deze maatregel gaat van start in het tweede semester 2009. Voor de systematische registratie van individuele screeningsonderzoeken werd een interkabinettenwerkgroep "Kankerplan" opgericht binnen de Interministeriele Conferentie Volksgezondheid. Deze werkgroep moet concrete voorstellen opstellen over de registratie van alle soorten van kankerscreening binnen de Stichting Kankerregister.
2. De besprekingen die, op vraag van de minister, plaatsvonden in de technische geneeskunige raad leidden niet tot een concreet voorstel. De minister neemt het initiatief daarom weer over en zal binnenkort overleg plegen met de verzekeringsinstellingen om uit de impasse te geraken. Een jaarlijks budget van 6 miljoen EUR werd voorzien.
3. De besprekingen vinden momenteel plaats binnen de technische geneeskundige raad. Een jaarlijks budget van 2 miljoen EUR werd voorzien.

Initiatief 5: programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker

Initiatief

Te nemen in overleg met de Gemeenschappen, om in een vroegtijdig stadium baarmoederhalskanker in verband met het humane papillomavirus (HPV) op te sporen:

1. Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker voor vrouwen van 25 tot 64 jaar via een driejaarlijks uitstrijkje.
2. Verhoogde terugbetaling voor de bijkomende onderzoeken (colposcopie, onderzoek naar het HPV) indien het uitstrijkje positief is.
3. Integratie van de testresultaten van de opsporingen in de gegevens van het Kankerregister.

Uitvoeringstermijn: 2009

Realisatie

De werkgroep "Kankerplan" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid kreeg op 8 december 2008 een mandaat van de Interministeriële Conferentie om te komen tot de lancering van een systematisch screeningsprogramma van baarmoederhalskanker voor vrouwen van 25 tot 64 jaar middels een driejaarlijks uitstrijkje. Dit programma moet gelanceerd worden op 1 januari 2010. Hiertoe werd een budget van 11 miljoen EUR voorzien.

Tijdens de voorbereidende werkzaamheden zullen ook de modaliteiten aan bod komen volgens dewelke de resultaten van de screenings kunnen worden geïntegreerd in het Kankerregister. Het is de bedoelstelling om op termijn te komen tot een gecentraliseerde registratie van alle kankerscreenings binnen de Stichting Kankerregister.

Ook de modaliteiten inzake de verhoogde terugbetaling voor bijkomende onderzoeken (coloscopie, onderzoek naar HPV) indien het uitstrijkje positief is zullen in dezelfde termijnen worden vastgelegd.

Initiatief 6: consultatie voor het voorkomen van gezondheidsrisico's

Initiatief

1. Gratis toegang tot een driejaarlijkse preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts voor patiënten die titularis zijn van een globaal medisch dossier (GMD) en die 25 jaar zijn of ouder.

Concreet wordt voorgesteld om in het GMD een module in te voegen die bestemd is voor het opnemen van de gegevens van deze periodieke consultatie voor het voorkomen van de gezondheidsrisico's. Deze inlichtingen zullen verzameld worden na afloop van een uitgebreide en specifieke consultatie die daarmee in overeenstemming zal betaald worden, op basis van een anamneseprotocol dat in overleg met het medisch korps zal opgesteld worden.

2. Opleiding van de huisartsen: in het kader van de accreditatie van de artsen zullen er punten toegewezen worden voor een module van permanente vorming inzake preventie van gezondheidsrisico's. De artsen zullen deze opleiding moeten volgen om geaccrediteerd te worden.

Uitvoeringstermijn: 1 januari 2009: de maatregel zal geïntegreerd worden in het budget 2009 van de verplichte ziekteverzekering en de modaliteiten zullen overlegd worden in het kader van de onderhandelingen over het akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010.

Realisatie

1. De kostenloosheid van de preventie check-up is een van de punten van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2009-2010 dat werd ondertekend eind december 2008.

De inwerkingtreding is voorzien voor het einde van 2009.

Een budget van 20,9 miljoen EUR is voorzien in 2009 om in de nomenclatuur van de huisartsen een preventieraadpleging te voorzien voor de doelgroep van personen van 45 tot 74 jaar. Deze raadpleging zal worden vergoed via een verhoging met 10 EUR van het honorarium van het Globaal Medisch Dossier.

De technische geneeskundige raad is belast met het uitwerken - in het kader van het globaal medisch dossier - van een preventiemodule. De Raad zal deze modaliteiten ontwikkelen met het zicht op het implementeren ervan in het elektronisch medisch dossier, zonder dat hierdoor het gebruik door niet-geïnformiseerde huisartsen op de helling komt te staan.

De Nationale Raad voor Promotie van de Kwaliteit zal aanbevelingen formuleren op het vlak van meetbare preventieve doelstellingen die voor elke doelgroep zullen worden voorzien.

Deze module zou operationeel moeten zijn voor het einde van het eerste semester 2009.

2. Op 23 september jl reageerde de directiegroep van de accreditatie van artsen (Riziv) negatief op het voorstel van de Minister inzake opleiding van huisartsen op het vlak van risicopreventie.

Ze blijven open staan voor overleg en nieuwe voorstellen zullen hen dan ook worden voorgelegd.

Initiatief 7: specifieke steun op het moment van de mededeling dat bij de patiënt kanker werd vastgesteld

Initiatief

1. Een nieuwe nomenclatuur zal worden voorzien voor een consultatie van langere duur voor de aankondiging door de arts. Voor kinderen met kanker zal die duur worden aangepast.
2. Opleiding voor artsen over communicatie naar patiënten en hun omgeving toe.
3. Opstellen van een mededelingsdispositief door een groep experts en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. Dit dispositief moet zich inschrijven in een groepsdynamiek met een voortdurende interactie van de verschillende zorgactoren.

Uitvoeringstermijn: 2008/2009

Realisatie

1. Dit punt wordt behandeld door de technische geneeskundige raad (binnen de commissie artsen-ziekenfondsen) samen met initiatief 8. Een jaarlijks budget van 3,02 miljoen EUR is hiertoe voorzien vanaf 2009.
2. Een consortium van experts is belast met de ontwikkeling van een opleiding in oncopsychologie voor het hele land. Voor de jaren 2009 en 2010 werd telkens 180.000 EUR voorzien.

In juli 2008 werd een kandidaatoproep voor het uitwerken van opleidingen gelanceerd en 58 kandidaturen werden daarop ingestuurd. De selectie van de kandidaten loopt op dit moment.

Daarnaast wordt tegen de maand juni 2009 een specifiek voorstel verwacht vanwege het consortium van experts inzake opleiding in oncopsychologie

3. De colleges oncologie en radiotherapie van de FOD Volksgezondheid kregen officieel de vraag. Hun aanbevelingen in verband met het mededelingsdispositief werden verwacht voor de maand februari 2009. Er werd opnieuw contact opgenomen opdat deze aanbevelingen zo snel mogelijk zouden worden bezorgd.

Initiatief 8: herwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)

Initiatief

1. Het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) zal verplicht zijn voor alle nieuwe gevallen van kanker.
2. In het kader van het MOC is een herwaardering voorzien met 5% van de honoraria.

Uitvoeringstermijn 2009

Realisatie

1. De besprekingen lopen binnen de werkgroep "interne geneeskunde" van de technisch geneeskunige raad. Vanaf 2009 is hiervoor jaarlijks een budget van 1,8 miljoen EUR voorzien.
2. Deze maatregel wordt uitgevoerd in het kader van de herwaarderingen die voorzien zijn in het akkoord artsen-ziekenfondsen.

Initiatief 9: opstarten van zorgtrajecten voor kankerpatiënten

Initiatief

In het proces van behandeling van kanker is de deelname van de huisarts, aan de zijde van de gespecialiseerde referentiearts, zeer belangrijk. In samenwerking met het Riziv zal worden nagedacht over de definiëring van de rol van de huisarts, de herpositionering binnen het zorgnetwerk van kankerbehandelingen en de opwaardering van deze betrokkenheid.

Het is belangrijk de betrokkenheid van de huisarts bij het behandelingsplan van de patiënt op verschillende manieren te benadrukken:

- Informatie over de verschillende behandelingsparameters ;
- Ontwikkeling van competenties doorheen de algemene opleidingen;
- Versterken van zijn rol in de opvolging van de patiënt op het einde van een behandeling in het ziekenhuis.

Uitvoeringstermijn : Oprichten van een werkgroep van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen vanaf april. Er wordt hen gevraagd om te komen tot concrete voorstellen voor het Akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010.

Realisatie

Het Federaal Kenniscentrum KCE maakte al verschillende verslagen op over de oncologiepraktijken in ons land. De voorlaatste studie, PROCARE, werd afgerond op 23 juni 2008 en biedt kwaliteitsindicatoren voor de colorectale kanker. De laatste, die werd voorgesteld in februari 2009, gaat over pancreaskanker. Deze studies stellen een harmonisering voor van de guidelines terzake en bevelen ook aan de huisarts beter te betrekken in het zorgproces.

Het studieprogramma 2009 van het KCE voorziet soortgelijke studies voor andere vormen van kanker. In het domein van de oncologie werkt het KCE samen met het College oncologie en de Stichting Kankerregister.

Een gezamenlijke denkoefening over dit thema zal binnenkort worden opgestart tussen Riziv en FOD Volksgezondheid. Gezien de centrale plaats van de arts in het zorgtraject zal ook de commissie geneesheren-ziekenfondsen hierbij betrokken worden.

Initiatief 10: psychosociale steun aan de patiënten in het kader van de Oncologische Zorgprogramma's (OZP)

Initiatief

Financiering van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen binnen de ziekenhuizen die beschikken over een erkend OZP, in functie van het aantal patiënten voor wie een verplicht multidisciplinair oncologisch consult (MOC) georganiseerd wordt.

Evaluatie: Maatschappelijk werkers: 120 VTE ; Verpleegkundigen: 240 VTE;
Psychologen: 240 VTE

Uitvoeringstermijn: 2009

Realisatie

De maatregel werd gefinancierd sinds 1 juli 2008.

De financiering werd als volgt berekend:

- 1 VTE maatschappelijk werker / 500 MOC (multidisciplinair oncologisch consult)
- 1 VTE verpleegkundige in de oncologie / 250 MOC
- 1 VTE oncopsycholoog / 250 MOC

Op basis van de gegevens van het Riziv over het aantal terugbetaalde MOC in 2007 ligt het totaal aantal nieuwe gefinancierde posten in 2009 op:

- 108 maatschappelijk werkers,
- 215 verpleegkundigen en
- 215 psychologen.

In 2009 werd een totaal budget van 41 miljoen EUR voorzien. Dat zou niet volledig worden opgebruikt dit jaar.

Initiatief 11: financiering van een datamanager in het kader van de oncologische zorgprogramma's (OZP's)

Initiatief

Financiering van datamanagers in het kader van de OZP's. Ze zullen belast worden met de registratie van de gegevens over gevallen van kanker en met de evaluatie van het correct respecteren van de beslissingen van de multidisciplinaire oncologische consulten en van de aanbevelingen van het oncologisch handboek.

Termijn voor uitvoering: 1 juli 2008

Realisatie

Deze maatregel wordt gefinancierd sinds 1 juli 2008.

De financiering werd als volgt berekend: 1 VTE datamanager / 1000 MOC (multidisciplinair oncologisch consult). In 2009 werd een totaal budget van 4,4 miljoen EUR voorzien op basis van de gegevens van het Riziv over het aantal terugbetaalde MOC in 2007. Zo kunnen in totaal 54 datamanagers worden gefinancierd. Wellicht zal het budget dit jaar niet volledig worden opgebruikt.

Initiatief 12: definitie en financiering van een programma voor oncologische zorg in de pediatrie

Initiatief

1. Erkenning van de 8 huidige centra voor oncologische pediatrie als unieke referentiecentra voor de behandeling van kanker bij kinderen.
2. Financiële steun aan synergieën tussen centra voor oncologische pediatrie voor de verbetering van de zorgkwaliteit en de specialisering van de centra.
3. Realisatie van een programma voor oncologische zorg in de pediatrie met de financieringsbehoeften, in overleg met de 8 centra.
4. Financiering vanaf 2009 van een versterking met 2 VTE's voor de paramedische omkadering van de acht centra voor oncologische zorg in de pediatrie, in overleg met deze centra.

Uitvoeringstermijn: 2008 - 2009

Realisatie

1. De maatregel wordt voorbereid door de FOD Volksgezondheid. Een werkgroep, bestaande uit experts van de 8 centra, is belast met het opstellen van een voorstel van organisatie van de hemato-oncologie in de pediatrie in België. De bedoeling is zo de kwaliteit van de zorgen aan kankerpatiëntjes te verbeteren. Jaarlijks worden in ons land 250 tot 300 nieuwe gevallen van kinderkanker vastgesteld.
2. Ondersteuning van de synergieën tussen de 8 centra voor oncologie in de pediatrie: zie pediatische OZP (infra)
3. Wat betreft de realisatie van een oncologisch pediatisch zorgprogramma ligt er vandaag een voorstel van normen en financieringsmodaliteiten voor. Dit werk is het resultaat van een werkgroep met vertegenwoordigers van de bestaande centra. Het ligt wordt door de administratie bestudeerd. Het OZP zou van start kunnen gaan in 2010.
4. De maatregel wordt gefinancierd sinds 1 juli 2008. Op jaarbasis is hiervoor 1 miljoen EUR voorzien.



Initiatief 13: behandeling van zeldzame tumoren

Initiatief

Lancering door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van een studie die de kwalitatieve en kwantitatieve criteria zal moeten vastleggen voor de behandeling van zeldzame tumoren.

Het KCE zal met name op volgende vragen een antwoord verstrekken:

- Is de huidige norm van 400 gevallen/jaar om in België een zeldzame tumor te definiëren relevant?
- Over welke bekwaamheden beschikt men in België om zeldzame tumoren te behandelen?
- Welke zijn de kwantitatieve en kwalitatieve normen voor een optimale behandeling op basis van de internationale wetenschappelijke guidelines?

Uitvoeringstermijn: er zal aan het KCE gevraagd worden om deze studie in de kalender van de werkzaamheden voor 2008 op te nemen.

Realisatie

Het KCE heeft deze studie niet kunnen integreren in zijn programma voor 2008. Ze zal worden opgenomen in het programma 2009.

Het college oncologie van de FOD Volksgezondheid definieert momenteel de kwalitatieve en kwantitatieve criteria voor de behandeling van zeldzame tumoren.

Daarna zullen deze aanbevelingen moeten worden omgezet in concrete maatregelen. Gelet op de overlegprocedures en de nodige tijd om wettelijke bepalingen uit te vaardigen, zal deze maatregel niet kunnen worden uitgevoerd voor begin 2010.

Initiatief 14: erkenning van de titel van oncologisch verpleegkundige

Initiatief

Het besluit dat de criteria vastlegt voor de toekenning van de titel van oncologisch verpleegkundigen zal voor het einde van het eerste trimester 2008 worden voorgelegd aan de nodige consultaties. Daarna zal het worden uitgevaardigd.

Uitvoeringstermijn: 2008.

Realisatie

Het Ministerieel besluit van 29 januari 2009 werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 18 februari 2009.

Initiatief 15: verbetering van de dekking van de geneesmiddelen tegen kanker door de verplichte ziekteverzekering

Initiatief

1. Op basis van de aanbevelingen van de oncologen auteurs van het Witboek: terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen volgens de procedure « artikel 56 » die het mogelijk maakt om zowel de beheersing van de kost van de terugbetaling als de werkelijke meerwaarde voor de patiënten te testen. De voorgestelde terugbetalingsaanwijzingen zullen door het EMEA worden gevalideerd en de aflevering van deze geneesmiddelen zal beperkt worden tot een beperkt aantal centra voor de behandeling van kanker, op basis van kwalitatieve criteria:
 - AVASTIN 400 mg voor de behandeling van gemetasteerde colonkanker, met het oog op het verminderen van de metastasen vóór een chirurgische ingreep. Het wordt in eerste lijn afgeleverd (tegelijk met een eerste chemobehandeling) of in tweede lijn (nadat de eerste chemobehandeling mislukte).
 - BUSULFAN IV (Busulfex): dit geneesmiddel wordt reeds terugbetaald in de vorm van poeder voor kinderen en capsules voor de volwassenen. Het bestrijdt leukemie wanneer volledige bestraling niet aanbevolen is. Het wordt behalve in België overal in Europa terugbetaald in de vorm intraveneuze injecties, want de kost van deze Galenische vorm is 90 maal duurder dan de capsules. Het heeft duidelijke voordelen inzake de bijwerkingen.
 - RITUXIMAB (Mabthera): dit geneesmiddel wordt gebruikt voor het bestrijden van bepaalde vormen van lymfoom, al dan niet samen met chemotherapie. Inzake bijwerkingen kan het voordelig bepaalde chemotherapeutische stoffen vervangen voor de behandeling van lymfomen, maar het is veel duurder. Er wordt voorgesteld om zich te richten op de criteria die het EMEA aanbeveelt voor de terugbetaling.
2. Mannen de toegang verschaffen tot antikankergeneesmiddelen die momenteel enkel worden terugbetaald aan vrouwen die borstkanker hebben: een procedure voor de uitbreiding van de criteria voor de terugbetaling zal binnenkort ingediend worden bij de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen.
3. Sedert 1 maart jongstleden is FASLODEX (458,97 € voor een vooraf gevulde injectiespuit met 5 ml product) voor 100% terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Het is een van de geneesmiddelen die het bij bepaalde indicaties mogelijk maken om borstkanker te bestrijden.
4. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen zal een analyse uitvoeren van de redenen van het verschil in snelheid van de procedure, prijzen en terugbetalingsvoorwaarden van de geneesmiddelen tegen kanker tussen België en de buurlanden. Op deze basis zal hun gevraagd worden aanbevelingen te doen voor het verbeteren van hetgeen in ons land beter zou moeten.

Uitvoeringstermijn: bij naleving van de procedures, ten laatste in november 2008.

Nationaal Kankerplan

concrete initiatieven
zorg, behandeling en ondersteuning patiënt

Realisatie

Hierna vindt u een tabel met alle nieuwe terugbetalingen voor kankerbehandelingen.

Op het vlak van de terugbetaling stelden we ons 3 prioriteiten:

AVASTIN (terugbetaald sinds 1 december 2008)

Busulfan IV (terugbetaald sinds 1 oktober 2008)

Rituximab (dossier wordt nog steeds bestudeerd na vertraging in de procedure).

In minder dan een jaar tijd werden 32 kankergeneesmiddelen toegelaten tot terugbetaling (voor 37 verpakkingen). 40.000 patiënten zullen hiervan kunnen genieten. Het gaat hier over een budget van 27 miljoen EUR.

Deze geneesmiddelen betreffen verschillende soorten kanker: longkanker, colorectale kanker, borstkanker, osteosarcoom, verschillende vormen van leukemie...

Daarnaast komt het Solidariteitsfonds van het Riziv tussenbeide voor de kankergeneesmiddelen in de uitzonderlijke gevallen van borstkanker bij mannelijke patiënten.

Nationaal Kankerplan

concrete initiatieven

zorg, behandeling en ondersteuning patiënt

Naam van de specialiteit	Indicatie	Terugbetaald
ELOXATIN 5 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie	wijziging: een woordwijziging van "graad" en "grade" naar "stadium" en "stade" in de vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit: Schrapen in Hoofdstuk IV, § 1940000 en inschrijving in Hoofdstuk IV, nieuwe §	1/01/2008
CARBOPLATINE MAYNE 600 mg/60 ml Onco-Tain oplossing voor IV injectie of IV infusie	Carboplatinum is aangewezen voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom (van epitheliale oorsprong), bij wijze van initiële behandeling of tweedelijnsbehandeling, wanneer andere therapeutische middelen hebben gefaald.	1/01/2008
NAVELBINE 20 mg, capsules molles	Niet-kleincellige longkanker, gemetastaseerd of niet operatief te verwijderen. Gevorderde borstkanker.	1/06/2008
XELODA 150 mg	« eerste lijn, voor de behandeling van gemetastaseerde colorectale kanker in monotherapie of in combinatie met oxaliplatine ».	1/03/2008
OXALIPLATINE MEDAC 5 mg/ml	Oxaliplatine in combinatie met 5-fluoro-uracyl (5-FU) en foliniumzuur is aangewezen voor: de adjuvante behandeling van stadium III (Duke C) colonkanker na volledige resectie van de primaire tumor en de behandeling van gemetastaseerde colorectale kanker.	1/02/2008
HYCAMTIN 1 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion intraveineuse	in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van baarmoederhalskanker na radiotherapie of bij patiënten die zich presenteren met een baarmoederhalskanker stadium IV-B.	1/04/2008
DOXORUBICINE "EBEWE" 2 mg/ml	Doxorubicine wordt gebruikt in de volgende indicaties: sarcomen van de weke weefsel delen en osteosarcomen, ziekte van Hodgkin en non-Hodgkin lymfoma, acute lymfoblastische leukemie, acute myeloblastische leukemie, carcinomen van de schildklier, borst, bv.	1/02/2008

Nationaal Kankerplan

concrete initiatieven

zorg, behandeling en ondersteuning patiënt

MITOXANTRONE EBEWE 2 mg/ml	behandeling van metastatisch borstcarcinoom, non-Hodgkin lymfoom en acute, niet-lymfocytische leukemie bij volwassenen	1/02/2008
ATRIANCE 5 mg/ml solution pour perfusion	de behandeling van een patiënt met een acute T-cel lymfoblastenleukemie of een T-cel lymfoblastenlymfoom dat niet beantwoordt of gerecidiveerd is na minstens twee lijnen van adequate chemotherapie.	1/06/2008
NEXAVAR 200 mg filmomhulde tabletten	behandeling van patiënten met een gevorderd hepatocellulair carcinoom (HCC) met een een Child-Pugh A-cirrose die volgens het transplantatie- bilan van een erkend transplantatiecentrum niet in aanmerking komen voor levertransplantatie	1/07/2008
OXALIPLATINE TEVA 5 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie	eerstelijnsbehandeling van een gemetastaseerde colorectale kanker in associatie met 5-fluorouracil en folinezuur; adjuvante behandeling van graad III colonkanker, volgend op een volledige resectie van de primaire tumor, in associatie met 5-fluorouracil	1/05/2008
FLUDARABINE TEVA 25 mg/ml concentraat voor oplossing voor injectie of infusie flacon van 50 mg/2 ml	behandeling van een patiënt met B-cel chronische lymfatische leukemie die niet heeft gereageerd op de behandeling met ten minste één standaardtherapie met een alkylarend agens of van wie de ziekte tijdens of na die behandeling verder is geëvolueerd.	1/07/2008
ETOPOSIDE EBEWE 20 mg/ml	behandeling van kleincellig longkanker, resistent non-seminoma testis carcinoom, acute myelomonocytische en myelocytische leukemie (AML, FAB subtype M4 of M5), als onderdeel van een combinatietherapie na het falen van inductie chemotherapie	1/05/2008
MERCK-METHOTREXATE 5 mg/2 ml, oplossing voor injectie	Neoplastische aandoeningen, de behandeling van mammacarcinoom, hoofd- en halscarcinomen, blaaskanker, mycosis fungoides en longkanker, vooral plaveiselcel en kleincellige types, de behandeling van gevorderde stadia van non-Hodgkin lymfomen	1/07/2008
ELOXATIN 5 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie	een uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden van ELOXATIN 200mg tot de 2de lijnsbehandeling van gemetastaseerde colorectale kanker na falen van een behandeling met irinotecan + FU	1/07/2008
TASIGNA 200mg harde capsules	behandeling van volwassenen met Philadelphia-chromosoom positieve chronische myeloïde leukemie (CML) in de chronische fase of acceleratiefase die resistent of intolerant zijn voor eerder toegediende geneesmiddelen waaronder imatinib	1/09/2008

Nationaal Kankerplan

concrete initiatieven

zorg, behandeling en ondersteuning patiënt

PACLITAXEL EBEWE PHARMA 6 mg/ml	behandeling van ovariumcarcinoom; borstcarcinoom; niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) ; Kaposi-sarcoom ingevolge van aids	1/07/2008
EVOLTRA 1mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie	Behandeling van acute lymfoblastische leukemie (ALL) bij pediatrische patiënten met een recidief of die refractair zijn na minimaal al met twee eerdere regimes te zijn behandeld	1/07/2008
VECTIBIX 20 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie	Behandeling, in monotherapie, van patiënten met een gemetastaseerde colorectaal carcinoom met EGFR-expressie die niet KRAS- gemuteerd is, na falen van fluoropyrimidine, oxaliplatin- en irinotecan-bevattende chemotherapieregimes	1/09/2008
VELCADE 3,5 mg poeder voor oplossing voor injectie	behandeling van progressief multipel myeloom bij patiënten, die minstens 1 eerdere behandeling hebben gehad en die reeds een beenmergtransplantatie ondergaan hebben of die hiervoor niet in aanmerking komen	1/10/2008
BUSILVEX 6 mg/ml solution à diluer pour perfusion intraveineuse	voorbereidende behandeling voor een conventionele hematopoëtische stamceltransplantatie bij pasgeborenen, kinderen en adolescenten die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt;	1/10/2008
XAGRID 0,5 mg	geïndiceerd voor de verlaging van verhoogde trombocytentellingen bij patiënten met een risico van essentiële trombocytose die hun bestaande therapie niet goed	1/10/2008
ERBITUX 2 mg/ml oplossing voor infusie	behandeling van patiënten met gemetastaseerde colorectale kanker met epidermale groeifactor receptor (EGFR)-expressie, na falen van cytotoxische behandeling met irinotecan	1/09/2008
OXALIPLATINE EG 5 mg/ml poeder voor oplossing voor infusie	eerstelijnsbehandeling van een gemetastaseerde colorectale kanker in associatie met 5-fluorouracil en folinezuur; adjuvante behandeling van graad III colonkanker, volgend op een volledige resectie van de primaire tumor, in associatie met 5-fluorouracil	1/09/2008
EMTHEXATE 2,5 mg/ml, oplossing voor injectie, 10 flacons van 2 ml	Ernstige vormen van psoriasis; reumatoïde artritis	1/10/2008
AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion	in combinatie met intraveneus 5-fluorouracil/folinezuur met irinotecan, als eerste lijns behandeling van een patiënt met gemetastaseerd colorectaal carcinoom	1/12/2008
MABCAMPATH 30 mg/ml concentraat voor oplossing voor intraveneuze infusie	behandeling van patiënten met B-cel chronische lymfocyttaire leukemie (B-CLL) bij wie fludarabine in combinatie met chemotherapie niet aangewezen is	1/02/2009

Nationaal Kankerplan

concrete initiatieven

zorg, behandeling en ondersteuning patiënt

XELODA 150 mg	voor de behandeling van gemetastaseerde colorectale kanker in monotherapie of in combinatie met oxaliplatine;	1/12/2008
TORISEL 25 mg/ml solution à diluer et diluant pour solution pour perfusion	de primaire behandeling van patiënten met gevorderd niercelcarcinoom die ten minste drie van de zes prognostische risicofactoren hebben	1/12/2008
HYCAMTIN 0,25 mg, gélules	de behandeling van: patiënten met recidiverend kleincellige longkanker (SCLC) voor wie opnieuw behandelden met een eerstelijns therapie niet geschikt wordt geacht als tweedelijns behandeling in het raam van de behandeling van extrapelvaar gevorderd ovariumcarcinoom (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief	1/01/2009
HYCAMTIN 1 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion intraveineuse	b Yondelis is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met gevorderd wekedelensarcoom, na falen van antracyclinen en ifosfamide, of bij patiënten bij wie het gebruik van dit geneesmiddel ongeschikt is. Oxaliplatine in combinatie met 5-fluoro-uracyl (5-FU) en foliniumzuur is aangewezen voor: de adjuvante behandeling van stadium III (Duke C) colonkanker na volledige resectie van de primaire tumor en de behandeling van gemetastaseerde colorectale kanker	1/11/2008
YONDELIS 0,25 mg	Oxaliplatine in combinatie met 5-fluoro-uracyl (5-FU) en foliniumzuur is aangewezen voor: de adjuvante behandeling van stadium III (Duke C) colonkanker na volledige resectie van de primaire tumor en de behandeling van gemetastaseerde colorectale kanker	1/02/2009
OXALIPLATIN SANDOZ 5 mg/ml poeder voor oplossing voor infusie	Oxaliplatine in combinatie met 5-fluoro-uracyl (5-FU) en foliniumzuur is aangewezen voor: de adjuvante behandeling van stadium III (Duke C) colonkanker na volledige resectie van de primaire tumor en de behandeling van gemetastaseerde colorectale kanker	1/11/2008
OXALIPLATINE TEVA 5 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie 200 mg/40 ml	PhotoBarr est indiqué pour éliminer par photothérapie dynamique une dysplasie œsophagienne de haut grade chez les patients présentant un œsophage de Barrett associé.	1/01/2009
PHOTOBARR 15 mg poudre pour solution injectable voie intraveineuse - flacon verre de 7 ml - boîte de 1 flacon	Herceptin is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met gemetastaseerde borstkanker met tumoren die een overexpressie van HER2 vertonen: a) als monotherapie voor de behandeling van die patiënten die voor hun gemetastaseerde aandoening zijn behandeld	1/02/2009
HERCEPTIN 150 mg	behandeling van borstcarcinomen, maagkanker, papillaire transitionele celcarcinomen van de blaas, carcinoma in situ van de blaas, intravesicale profylaxis van recurrerende oppervlakkige blaascarcinomen na transurethrale resectie	1/02/2009
EPIRUBICINE EBEWE PHARMA 2 mg/ml		

Initiatief 16: ondersteunen van radiotherapie en oncologische beeldvorming

Initiatief

1. Kwaliteitscontrole van alle toestellen.
Het aantal toestellen dat gebruikt wordt voor het stellen van de diagnose en de opvolging van kankers (NMR, scanner, PET-scan) en het aantal toestellen voor radiotherapie zal geëvalueerd worden in verhouding tot de objectieve behoeften voor de kankerbestrijding. Indien nodig zal het in functie van die evaluatie worden aangepast. Er zal meer in het bijzonder en binnen de beste termijnen aan het KCE gevraagd worden om een onderzoek uit te voeren naar de eindconsensus die op 1 februari 2008 bereikt werd door de Belgische Vereniging van Nucleaire Geneeskunde over de activiteit met de PET-scan in België.
2. Een nieuwe programmering, indien die nodig zou blijken.
3. De financiering binnen het Budget van Financiële Middelen (BFM).
De financiering die nodig is voor de vernieuwing van deze toestellen of voor hun eventuele uitbreiding in aantal in functie van de behoeften zal verzekerd zijn. Ook de invoering van de zogenaamde technieken van hoge conformatie (IMRT, IGRT, ART, Stereotaxie) moet budgettair verzekerd worden.

Uitvoeringstermijn: 2008-2009. Het meerjarenplan voor de investeringen zal vanaf 2009 moeten worden gepland en gebudgetteerd.

Realisatie

Wat betreft de kwaliteitscontrole voor de apparatuur zal overleg worden opgestart, enerzijds met de FOD Binnenlandse Zaken (voor de bestralingen) en anderzijds, met deelstaten (voor de beeldkwaliteit).

Wat betreft een eventuele nieuwe programmatie en de financiering van nieuwe investeringen: het Kankercentrum, dat heel recent werd opgericht, zal met deze missie belast worden in overleg met het Riziv en op basis van de bestaande KCE-studies (programmatie) en van de huidig lopende KCE-studie (financiering van medische beeldvorming).

Tegen het einde van het eerste semester 2009 zouden er concrete voorstellen op tafel kunnen liggen.

Initiatief 17: structurele steun aan de celbanken en eenheden voor celtherapie met hematopoïetische stamcellen en navelstrengbloed

Initiatief

Structurele basissteun aan de celbanken en de eenheden voor de celtherapie in ziekenhuizen met hematopoïetische stamcellen en navelstrengbloed, bestaande uit een beheerder van de gegevensbank, een kwaliteitscoördinator, laboranten en kosten voor de opslagtanks en voor de werking.

Uitvoeringstermijn: 1 juli 2008.

Realisatie

De structurele financiering van de 12 erkende ziekenhuizen met celbanken en eenheden voor celtherapie met hematopoïetische stamcellen en navelstrengbloed is voorzien sinds 1 januari 2009 op basis van de volgende criteria:

- celbanken met hematopoïetische stamcellen:
 - 0,2 VTE arts-beheerder van de bank
 - 1 VTE technicus
 - 1 VTE kwaliteitscoördinator
 - 0,5 VTE datamanager
 - Forfait voor de werkings- en stockeringskosten

➔ het gaat hier om een totaal van 208.480 euro per celbank

- celbanken met hematopoïetische stamcellen en banken met navelstrengbloed:
 - 0,3 VTE arts-beheerder van de bank
 - 2 VTE technicus
 - 1 VTE kwaliteitscoördinator
 - 1 VTE datamanager
 - Forfait voor de werkings- en stockeringskosten

➔ het gaat hier om een totaal van 351.720 euro per celbank

Een globaal budget van 2,37 miljoen EUR is voorzien voor 2009.

Initiatief 18 : verbetering van de terugbetaling van bijkomende kosten die verbonden zijn aan kankerbehandelingen

1. Initiatief voor de gelaryngectomiseerde patiënten

- Terugbetaling, vanaf 2009, van de veiligheidsmarge voor de stemvervangende implant (49,07€);
- Gezien de frequentie waarop de stemvervangende implant wordt vervangen (2 à 3 keer per jaar) en van de onderhoudsbeurt voor de laryngectomie (4 à 5 keer per jaar), en gezien de hoogte van marge van afgifte, dient de marge van afgifte te worden gedekt door de verplichte zorgverzekering.

Uitvoeringstermijn: 2009

Realisatie

- De technische raad voor implantaten heeft een deel van het voorstel aanvaard: de terugbetaling van de veiligheidsmarge. Het KB zou in werking moeten treden in de loop van het eerste trimester 2009. Het budget hiervoor bedraagt 120.000 EUR op jaarbasis.
- Wat de marge van afgifte betreft van de ziekenhuisapotheker, onderzoekt het Riziv momenteel de verschillende opties.

2. Initiatief voor de personen die als gevolg van een kankerbehandeling hun haar zijn verloren

De twee huidige forfaitaire tussenkomsten voor 50% heropwaarderen:

- de forfaitaire tussenkomst zal opgetrokken worden van 120 naar 180 EUR voor de personen die volledig kaal zijn na een behandeling,
- de forfaitaire tussenkomst wordt verhoogd van 180 naar 270 EUR voor de personen die haaruitval vertonen ter hoogte van een litteken als gevolg van radiotherapie.

Uitvoeringstermijn: 2008

Realisatie

Het KB van 19 december 2008 werd gepubliceerd op 16 januari 2009. Het trad in werking op 1 februari 2009. Er werd een budget voorzien van 500.000 EUR.

3. Initiatief voor personen die een borstamputatie dienen te ondergaan

Het totaalbudget dat voorzien is in het akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 voor de verbetering van de huidige terugbetaling van borstreconstructies bedraagt 601.000 EUR.

Realisatie

Het KB van 18 september 2008 werd gepubliceerd op 10 oktober 2008 en trad in werking op 1 december 2008.

Op 1 januari 2009 traden twee bijkomende maatregelen in werking:

- Invoering van tussenkomsten van de gezondheidszorg voor externe borstprothesen bij unilaterale agenesie.

Voorheen was er alleen terugbetaling voorzien na volledige of gedeeltelijke mammectomie. De personen met unilaterale agenesie hadden recht op een terugbetaling voor een interne borstprothese, maar niet voor een externe borstprothese. Om aan dit probleem te verhelpen werd een nieuwe terugbetaling ingevoerd: voor externe prothesen voor de personen met unilaterale agenesie die geen heelkundige ingreep willen ondergaan.

- Invoering van tussenkomsten van de verzekering voor 2 externe borstprothesen na amputatie van de tweede borst.

Na amputatie van de tweede borst heeft de persoon recht op een externe borstprothese. Omdat de tweede borstprothese slechts zelden tegelijk afgeleverd wordt met de eerste, komen de vernieuwingstermijnen van de twee prothesen niet overeen. De persoon moet dan tweemaal de aanvraagprocedure opstarten. Een terugbetaling voorzien voor 2 externe prothesen bij de amputatie van de tweede borst maakt het mogelijk om de vernieuwingstermijnen wel te doen samenvallen en zo vermijdt men dat de persoon tweemaal de aanvraagprocedure moet opstarten. Deze wijziging maakt het eveneens voor de persoon mogelijk om van zware borstprothesen over te schakelen op lichtere borstprothesen.

Initiatief 19: de functionele revalidatie van de kankerpatiënt in remissie uitwerken

Initiatief

Er worden proefprojecten opgestart die bedoeld zijn om definitief te bepalen welk soort zorgprogramma voor multidisciplinaire revalidatie patiënten die genezen of in remissie zijn, nodig hebben voor hun re-integratie in de samenleving.

De revalidatie van de patiënt en zijn re-integratie in de samenleving als de behandeling eenmaal beëindigd is, worden al voorbereid in de actieve fase van de behandeling, in overleg met alle zorgverleners, maar ook met de patiënt zelf, die als een actieve partner van het zorgteam wordt beschouwd. Idealiter gebeuren die revalidatie en re-integratie in het kader van een oncologisch zorgprogramma.

Er zal een projectoproep worden gelanceerd.

Uitvoeringstermijn: 2009 – 2010

Realisatie

Een projectoproep zal worden gelanceerd voor juli 2009 door het Riziv. Deze zal volgen op een voorstudie die wordt uitgevoerd door de Universiteit Gent. De projectoproep moet leiden tot de lancering van nieuwe projecten in de loop van 2009.

Een enveloppe van 1,2 miljoen EUR is voorzien.

Initiatief 20: de voorwaarden vastleggen voor de erkenning van een handicap als gevolg van een kankerbehandeling

Initiatief

Een procedure van versnelde afhandeling van de aanvragen voor uitkering voor mindervalide personen.

De aanvragen voor uitkeringen voor mindervalide personen door kankerpatiënten dienen te worden behandeld met voorrang. Daarom zal de administratie exclusief terugvallen op de medische expertise op basis van het dossier.

De uitkeringen die onder deze maatregel vallen zijn vervangingsinkomens, integratietegemoetkomingen en uitkeringen voor hulp voor bejaarden.

Behalve de voorwaarden van leeftijd, nationaliteit, woonplaats en inkomen, hangt de begunstigde van deze uitkeringen af van het verlies van persoonlijke inkomst in het kader van het vervangingsinkomen en het verlies van zelfstandigheid voor de integratietegemoetkoming en de uitkering voor hulp voor bejaarden.

De maatregel heeft op die manier onmiddellijk betrekking op de ingediende aanvragen door personen getroffen door kanker.

Uitvoeringstermijn: 2008

Realisatie

Het Koninklijk Besluit van 16 april 2008 tot wijziging van KB van 22 mei 2003 inzake de procedure voor de behandeling van dossiers inzake uitkeringen voor personen met een handicap werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 19 mei 2008.

Initiatief 21 : steun aan ouders van kinderen met kanker

Initiatief

In het kader van een projectoproep: specifieke projecten financieren die ouders en kinderen ondersteunen en begeleiden in de strijd tegen de ziekte, zoals het “Huis voor Respijtzorg”, dat de kinderen de mogelijkheid wil bieden om het ziekenhuismilieu gedurende enkele weken (4 weken per jaar) te verlaten of de ouders de kans wil geven om wat op adem te komen.

Realisatietermijn: 2008-2009

Realisatie

Op 12 juni 2008 werd er een projectoproep gelanceerd (voor initiatief 21 en 22 samen). In totaal werden 58 projecten ingestuurd. Gezien het feit dat vele ingediende projecten aan de twee initiatieven raakten (steun aan patiënten en steun aan hun omgeving) werd beslist om de twee initiatieven te globaliseren.

51 projecten werden weerhouden. Ze worden gedurende 2 jaar gefinancierd sinds 1 januari 2009 voor een totaal jaarlijks budget van 2,5 miljoen EUR.

De volgende forfaitaire financiering werd toegekend voor praatplaatsen en –groepen:

1. Bijkomende werklast voor psycholoog (bovenop de dagelijke werklast die reeds wordt gefinancierd door initiatief 10): 1 VTE = 60.000 EUR
2. Kind- en jongerenatelier: 20.000 EUR
3. Praatgroepen voor volwassenen en kinderen: 13.000 EUR

Initiatief 22: toegang tot psychologische steun of deelname aan gespreksgroepen of ondersteuningsactiviteiten

Initiatief

In het kader van een projectoproep: financiering van projecten voor de psychologische steun en begeleiding van patiënten (volwassenen, adolescenten of kinderen) en/of van families van patiënten, ofwel intra muros in de ziekenhuizen of voor projecten die worden georganiseerd door verenigingen en die steun bieden aan patiënten en de families van patiënten met kanker.

Uitvoeringstermijn: 2008-2009

Realisatie

Zie initiatief 21

Initiatief 23: structurele financiering van de keten van pediatrische zorgen « Voortgezette Zorg Kinderen »

Initiatief

Zeven multidisciplinaire verbindingsteams (4 Nederlandstalige en 3 Franstalige) hebben tussen 2004 en 2007 genoten van een subsidie van de FOD Volksgezondheid voor de financiering van deze “voortgezette zorgen” voor kinderen die zich in een fase van palliatieve zorg bevinden.

De gemiddelde jaarlijkse financieringskost van een dergelijk multidisciplinair team bedraagt 53.200 euro voor de periode 2004-2007.

Verdubbelen van het jaarlijks budget van deze 7 teams zodat ze hun activiteiten kunnen uitbreiden.

Uitvoeringstermijn: 2008-2009.

Realisatie

De huidige overeenkomsten liepen af op 31 december 2008. Ze werden een laatste maal verlengd in 2009. Intussen zal een structurele financiering voor 2010 worden uitgewerkt. De verlenging ging gepaard met een verdubbeling van de financiering van elk centrum. Het gaat hier om een budgettaire inspanning van 300.000 EUR in 2009.

Het KB met de normen waaraan de zorgteams moeten voldoen om erkend te worden wordt momenteel opgesteld.

In mei 2009 zal het worden voorgelegd aan de NRZV. De afgewerkte tekst zal worden voorgelegd aan de interministeriele conferentie Volksgezondheid van september 2009. De inwerkingtreding is voorzien voor 1 januari 2010.

Initiatief 24: ondersteuning voor proefprojecten inzake klinische oncogeriatric

Initiatief

Oproep tot het indienen van proefprojecten in oncogeriatric voor de ziekenhuizen, met het oog op het optimaliseren van de opvang van oudere kankerpatiënten, met het vooruitzicht later in klinische oncogeriatric gespecialiseerde teams op te richten.

Deze projecten in het kader van de samenwerking tussen de ziekenhuizen zullen het volgende mogelijk moeten maken:

- Valideren en aanpassen van de instrumenten voor geriatrische evaluatie bij de opvang van oudere kankerpatiënten, teneinde te kunnen voorspellen welke van hen het meest voordeel zullen halen uit bepaalde behandelingen en welk type van behandelingen ze zullen kunnen verdragen.
- Definiëren van de optimale multidisciplinaire omkadering van dit type patiënten, in functie van hun eigen behoeften.
- Realiseren van klinische proeven over de therapeutische strategieën die aangepast zijn aan de oudere patiënten.

Termijn voor uitvoering: 2008.

Realisatie

Een projectoproep voor OZP in de geriatric werd gelanceerd in juni 2008. In totaal werden 27 projecten ingediend.

15 projecten werden weerhouden voor een jaarlijks budget van 1,5 miljoen EUR. Ze worden gefinancierd voor een periode van twee jaar sinds 1 januari 2009.

Initiatief 25 : het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten verbeteren

Initiatief

De uitbouw van de palliatieve zorgen, waarvan 80% betrekking hebben op kanker, zal actief worden ondersteund :

1. Meer middelen voor palliatieve zorgen: er loopt een studie bij het KCE om de noden objectief te bepalen.
2. Programma voor een sterkere omkadering voor palliatieve zorgen in rusthuizen en RVT's, gefinancierd door het budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
3. In het kader van de palliatieve thuisverpleging aan het levenseinde, moeten de huidige zorgforfaits geherwaardeerd worden zodat een betere thuishulp mogelijk wordt om de familie van de patiënten te ontlasten, vooral wanneer die familieleden hun beroepsactiviteiten moeten verderzetten. Er werd voorgesteld in 2009 het forfait dat aan patiënten wordt toegekend aan het einde van hun leven te verhogen met 15%.
4. Uitbouw van meer palliatieve zorgstructuren die noch ziekenhuis noch rusthuis zijn: de palliatieve dagzorgcentra vormen eveneens een oplossing voor korte behandelingen zoals ontlastende puncties of parenterale voeding...

Uitvoeringstermijn

1. Resultaten van de studie beschikbaar in april 2009.
2. 2008
3. 2009
4. 2010 op basis van de resultaten van de studie van het KCE

Realisatie

1. Studie van KCE loopt over behoeften inzake palliatieve zorg: conclusies worden verwacht tegen juni 2009. Op basis hiervan zullen maatregelen worden genomen in het kader van de begroting 2010 van de verplichte gezondheidszorgverzekering.
2. Versterkte omkadering "palliatieve zorgen" in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen: inwerkingtreding op 1 juli 2008. Een budget van 8,2 miljoen EUR op jaarbasis maakt het mogelijk om een uitbreiding van het omkaderingsnorm te financieren met gekwalificeerd personeel voor palliatieve zorgen met 0,10 VTE voor 30 zwaar afhankelijke patiënten (categorie B,C en Cd). In 2010 komt er een bijkomende inspanning van 4 miljoen EUR.
3. Optrekken forfait palliatieve zorg met 15%: het KB van 12 februari 2009 trad in werking op 1 maart 2009. Het voorziet een stijging van het forfait "palliatieve thuiszorg" van 512,44 EUR tot 589,31 EUR.
4. Betere financiering van dagcentra voor palliatieve zorg: 560.000 EUR worden hiertoe uitgetrokken in 2009. Vanaf 2010 zal deze financiering gebeuren voor 900.000 EUR op jaarbasis.

Initiatief 26: initiatieven te ondernemen in samenspraak met de bevoegde ministers op federaal niveau

1. Verbeteren van verzoening werk / kanker voor de patiënt

Tegenwoordig vallen personen die regelmatig afwezig zijn wegens een geprogrammeerde medische behandeling (vb. chemotherapie) terug op het algemeen stelsel van arbeidsongeschiktheid:

- Elke nieuwe fase van de behandeling vereist een nieuwe verklaring van arbeidsongeschiktheid (terwijl het zorgprogramma is gekend);
- Tijdens de eerste afwezigheid en, vervolgens, als de periode van werkhervatting tussen twee behandelingen hoger is dan 14 dagen (periode van « hervat ») dient de werkgever het gegarandeerd inkomen te betalen en krijgen de werknemer een carenzdag opgelegd;
- De duur van behandeling kan ervoor zorgen dat de personen invalide worden.

De gevolgen van deze situatie zijn dus ernstig voor de personen in kwestie: administratieve moeilijkheden, belangrijke financiële verliezen, ...

Het kan interessant zijn een specifiek systeem van ziekteverlof en ziekte-uitkering te voorzien voor de chronisch zieken die een behandeling ondergaan (vb. chemotherapie) en die daardoor regelmatig afwezig zijn om op die manier een betere financiële regeling te kunnen garanderen.

Realisatie

Er werd contact opgenomen met de Minister van Werkgelegenheid.

2. Verbeteren van verzoening werk / kanker voor de ouder

Het kan interessant zijn om de huidige duur van verlof voor medische hulp te herzien om zo de ouders van een ernstig ziek kind, bijvoorbeeld door kanker, de mogelijkheid te geven gedurende langere tijd voor het kind te zorgen zonder daarom een belangrijk loonsverlies te lijden.

Realisatie

Er werd contact opgenomen met de Minister van Werkgelegenheid.

3. Een vereenvoudigde en aangepaste procedure van fiscale aftrekbaarheid van giften

In de strijd tegen kanker speelt de verenigingswereld een belangrijke rol zowel voor de ondersteuning aan wetenschappelijk onderzoek als voor wat betreft de informatie en preventie of sociale ondersteuning voor de zieken. De werking van de verenigingswereld is voor een groot deel gebaseerd op de gulheid van de burgers en op de aanmoedigen van de overheid als gevolg van deze gulheid door de mogelijkheid te bieden om de giften en legaten aan erkende verenigingen fiscaal af te trekken.

Realisatie

De minister van Financiën heeft zich ertoe verbonden om dit punt op te nemen in een volgende wet diverse bepalingen.



Initiatief 27: oprichting van een tumorbank

Initiatief

Een structurele financiering:

- van de tumorbanken van de universitaire ziekenhuizen of ziekenhuizen die een financiering krijgen voor nieuwe technologieën (B7b) en die over een OZP beschikken door een jaarlijkse subsidie toe te kennen van 300.000 €, waardoor het volgende kan worden gefinancierd:
 - een beheerder van de tumorbank die verantwoordelijk is voor de registratie en het bewaren van de stalen en de gegevens alsook voor het goede gebruik van dit materiaal.
 - een laboratoriumtechnicus die instaat voor de inzameling, de voorbereiding en het invriezen van de tumoren en de eventuele extractie van nucleïnezuren met het oog op de bewaring ervan
 - de diepvriezers en de opslagvaten en de beveiliging van het lokaal
 - de werkingskosten van de infrastructuur (informatica, vloeibare stikstof, reagentia, transport van stalen...)
- van de infrastructuur voor de interuniversitaire virtuele tumorbank die hoofdzakelijk bestaat uit het bundelen van de lokale gegevensbanken en een standaardisering van de procedures:
 - een beheerder van de virtuele tumorbank
 - de administratieve en logistieke ondersteuning
 - het informaticamateriaal en de beveiliging ervan

Uitvoeringstermijn: 2008.

Realisatie

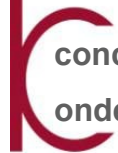
De universitaire ziekenhuizen of gelijkgestelde ziekenhuizen (ziekenhuizen die een financiering krijgen voor nieuwe technologieën (B7b) en die over een OZP beschikken die reeds over een tumorbank beschikken met een gecentraliseerd beheer worden structureel gefinancierd sinds 1 januari 2009.

Een jaarlijks budget van 3 miljoen EUR is voorzien op jaarbasis.

Het betreft hier een forfaitaire financiering voor
1 VTE beheerder van de tumorbank,
1 VTE labotechnicus,
werkingskosten, kosten voor personeel en beveiliging.

De ziekenhuizen zullen 10% van het bedrag dat zij zo ontvangen overmaken aan het Kankerregister als bijdrage in de beheerskosten van de virtuele overkoepelende tumorbank.

Op 13 ingediende aanvragen, voldeden 10 tumorbanken aan de normen. Zij werden gefinancierd.



Initiatief 28: structurele financiering van de coördinatie van het translationeel onderzoek in de ziekenhuizen

Initiatief

Een structurele financiering van coördinatiecellen voor het translationeel onderzoek bestaande uit:

- Een geneesheer – coördinator voor het translationeel onderzoek in het ziekenhuis
- Een VTE secretariaat voor de administratieve en logistieke ondersteuning van de geneesheer - coördinator
- Een VTE datamanager als hulp bij het coderen van de gegevens

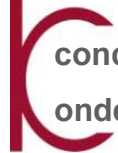
Uitvoeringstermijn: 2008.

Realisatie

De universitaire ziekenhuizen of gelijkgestelde ziekenhuizen en die over een OZP beschikken en die getuigen van een verregaande expertise op het vlak van translationeel onderzoek kunnen sinds 1 januari 2009 een beroep doen op een structurele financiering.

Een totaal budget van 1,4 miljoen EUR is voorzien op jaarbasis.

7 ziekenhuizen (op 9 aanvragen) voldeden aan de criteria voor deze financiering.



Initiatief 29: ondersteuning bij het translationeel onderzoek

Initiatief

Er zal een projectoproep worden gelanceerd inzake translationeel onderzoek in de oncologie aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een zorgprogramma in de oncologie.. Deze projecten hebben als doel de therapieën beter te bepalen en op zoek te gaan naar nieuwe diagnostische en therapeutische doeleinden.

Deze projecten zullen onder meer door een internationaal wetenschappelijk comité worden geëvalueerd op basis van de volgende parameters:

- Originaliteit van het project
- Integratie van het zorg-/onderzoekscontinuüm
- Innoverend karakter van de voorgestelde methode
- Toepassingsperspectieven en valorisatiestrategie
- Niveau van uitmuntendheid en expertise van de verantwoordelijken en de teams die deelnemen aan het project
- Complementariteit van de verschillende teams die betrokken zijn bij het project
- Positionering van het project in de toekomstige nationale context

Uitvoeringstermijn: 2008.

Een budgettaire enveloppe van 15 miljoen EUR is voorzien. De toegekende subsidies zullen kunnen dienen voor de aankoop van materiaal, de werkingskosten (lonen, reagentia en klein materiaal). Er zullen specifieke projecten worden voorzien aangaande kanker bij kinderen.

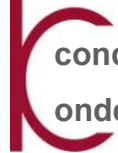
Realisatie

In juni 2008 werd een projectoproep gelanceerd. 61 projecten werden ingediend en werden doorgelicht door een internationale en onafhankelijke jury. 29 projecten werden weerhouden.

8 projecten hebben betrekking op functionele beeldvorming, 7 projecten op de opvolging van de genen. Een ander project bestudeert de interactie van de cellen van leukemiepatiënten bij kinderen en jongeren. Verschillende projecten zijn vernieuwend op het vlak van de combinatie van verschillende geneesmiddelen. Andere projecten identificeren micro-RNA waarvan de aan/afwezigheid het opkomen van een tumor aankondigt.

Andere projecten bestuderen de vaccinatie tegen kanker. Een project betreft het onderzoek naar behandelingen aangepast voor zwangere vrouwen.

Een globaal budget van 22 miljoen EUR is voorzien voor 2009-2010.



Initiatief 30: toepassing van hadrontherapie in België

Initiatief

Twee concrete initiatieven worden overwogen:

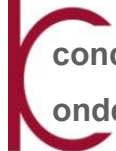
1. de lancering van een haalbaarheidsstudie voor de bouw en de uitbating van een centrum voor hadrontherapie in België. Deze studie zal worden toevertrouwd:
 1. ofwel aan de privé stichting “Belgian Hadrontherapy Center Project”, voor zover daarin alle Belgische universiteiten zijn gegroepeerd en er in het begeleidingscomité voor deze studie vertegenwoordigers zetelen van de betrokken overheidsinstanties,
 2. ofwel aan een ad hoc interuniversitair centrum.
2. een intensivering van de terugbetaling van de behandelingen en de verplaatsingskosten voor kankerpatiënten die hadrontherapie nodig hebben – samenwerking met de bestaande Europese centra voor hadrontherapie in afwachting van de eventuele oprichting van een centrum in België.

Uitvoeringstermijn: 2008-2009

Realisatie

1. een werkgroep binnen het Verzekeringscomité van het Riziv zal weldra zijn advies geven over de lancering van een dergelijke studie. De werkgroep wacht op bijkomende informatie van de private Stichting “Belgian Hadrontherapy Center Project”, vooraleer in dit dossier een beslissing te nemen en zijn eventueel akkoord te hechten aan de lancering van een nieuwe haalbaarheidsstudie voor de bouw en exploitatie van een centrum voor hadrontherapie in België.
2. In afwachting worden de patiënten voor wie een dergelijke behandeling nodig is vergoed door het speciaal solidariteitsfonds van het Riziv. Voor 2009 is hiervoor een budget voorzien van 5,1 miljoen EUR. Het gaat hier wel om een voorspelling, aangezien er weinig elementen voorhanden zijn om een precieze schatting te maken. Voorbeeld: in 2008 bedroeg de kostprijs 400.000 EUR.

Het Riziv zal dit jaar een standaardprocedure uitwerken voor kankerpatiënten die in het buitenland een behandeling met hadrontherapie gaan volgen. Er werden reeds contacten gelegd met de centra van Villigen (Zwitserland) en Darmsstadt/Heidelberg (Duitsland).



Initiatief 31: de Stichting Kankerregister versterken

Initiatief

1. Oprichting per Koninklijk Besluit van de Stichting van openbaar nut Kankerregister
2. Oprichting van een raadgevend comité van de gebruikers van de gegevens van de Stichting van openbaar nut Kankerregister
3. Financiering van de Stichting Kankerregister

Uitvoeringstermijn: 2008 – 2009

Een budgettaire enveloppe van 1 miljoen EUR is voorzien.

Realisatie

1. Het KB van 23 december 2008 werd gepubliceerd in het Staatsblad op 10 februari 2009.
2. De wettelijke basis die de oprichting mogelijk maakt van een consultatief comité binnen de Stichting werd opgenomen in de wet van juli 2008 houdende diverse niet dringende bepalingen. Deze wet verscheen in het staatsblad op 7 augustus 2008.
3. Een maximumbedrag van 680.000 EUR werd weerhouden voor 2009 om de nieuwe activiteiten van de Stichting te financieren. De Stichting stelt twee nieuwe initiatieven voor in het kader van zijn opdrachten. De meerkost hiervan bedraagt 600.000 EUR op jaarbasis. Het eerste initiatief is de oprichting van een register voor de registratie van cyto-histopathologische testen. Het tweede betreft de versterking van het team van het Register met twee VTE.



Initiatief 32: oprichting van een Referentiecentrum voor Kanker

Initiatief

De taken van het opgerichte Referentiecentrum voor Kanker zullen de volgende zijn:

- Alle expertise die nodig is voor een betere kankerbestrijding samenbrengen, analyseren en bevorderen.
- De initiatieven van alle betrokken actoren (oncologen, hematologen, radiotherapeuten, chirurgen, verpleegkundigen, psychologen, radiologen, nuclearisten...) coördineren, ondersteunen en versterken.
- De inspanningen in de strijd tegen kanker in België evalueren; de nodige gegevens daartoe verzamelen en analyseren.
- De samenwerking en uitwisseling van informatie bevorderen tussen de verschillende overheden, overheidsdiensten, instellingen, organisaties, universiteiten, ziekenhuizen, onderzoekscentra en ondernemingen die betrokken zijn bij kankerbestrijding.
- Goede praktijken en richtlijnen inzake preventie, screening, diagnostiek, behandeling, zorgorganisatie, onderzoek, palliatieve zorg, re-integratie en begeleiding van patiënten en hun omgeving in België uitwerken, superviseren en evalueren.
- Instaan voor de opvolging en overdracht van Europese en internationale richtlijnen, aanbevelingen en initiatieven.
- De programma's, structuren en zorgtrajecten op het gebied van kanker coördineren, evalueren en optimaliseren.
- Academisch, translationeel en evaluatief onderzoek in de oncologie inventariseren, coördineren en bevorderen.
- De doeltreffendheid, de meerwaarde en het optimale gebruik van nieuwe therapeutische en technologische ontwikkelingen analyseren; de overheden daarover adviseren.
- Vorming en training van gezondheidswerkers en onderzoekers in de oncologie ondersteunen en doen renderen.
- De bevolking, de gezondheidswerkers en de bevoegde overheden informeren.
- Het Kankerplan 2011-2015 voorbereiden.

Uitvoeringstermijn: 2008 - 2009

Realisatie

Het Kankercentrum onstond officieel op 1 september 2008 door het afsluiten van een overeenkomst tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het RIZIV.

Deze overeenkomst voorziet dat het Kankercentrum een autonome afdeling is van het WIV. Het bestaat uit een multidisciplinair team van een tiental medewerkers en zal beschikken over een jaarlijks budget van 1,1 miljoen EUR.

In september van vorig jaar werden de werkaanbiedingen gepubliceerd om het eerste team van het Kankercentrum samen te stellen. Vanaf de maand november vonden de aanwervingen plaats. De keuze van de medewerkers gebeurde in alle transparantie, op voorstel van een onafhankelijke jury.

Nationaal Kankerplan

Concrete initiatieven

Conderzoek, innoverende technologie en evaluatie

Deze eerste ploeg bestaat uit 6 personen en wordt geleid door Dr. Marc Arbyn. Ze zal een programma opstellen met de activiteiten die het Centrum zal uitvoeren in het komende jaar. Het team zal worden uitgebreid in functie van de reële behoeften die worden bepaald in het kader van het actieplan.

De activiteit van het Kankercentrum wordt gesuperviseerd door een begeleidingscomité dat bestaat uit vertegenwoordigers van de ministers bevoegd voor gezondheidsaangelegenheden van de Federale en Gemeenschapregeringen; vertegenwoordigers van het Verzekeringscomité van het RIZIV, vertegenwoordigers van de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV; vertegenwoordigers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, vertegenwoordigers van het Kankerregister, het Intermutualistisch Agentschap, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, het College voor Oncologie, het College voor Radiotherapie en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

3. Commissie voor Oncologie

3.1 DOEL VAN DE COMMISSIE VAN ONCOLOGIE

- In te staan voor de evaluatie van de multidisciplinair opgestelde richtlijnen die aan bod komen ten aanzien van patiënten met oncologische aandoeningen;
- Het organiseren en verzekeren van de samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg waarmee een samenwerkingsverband bestaat, de thuiszorg, de eerstelijnszorg en de palliatieve zorgorganisaties teneinde de patiënt met oncologische aandoeningen in het gehele circuit van de diagnosevaststelling en behandeling te kunnen opvolgen;
- Het organiseren en verzekeren van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, met bijhorende verslaggeving, via een multidisciplinair overleg waarin de verschillende orgaanspecialisten, huisartsen en verpleegkundigen vanuit hun eigen expertise deelnemen;
- Het organiseren en bewaken van de deelname aan kwaliteit bevorderende initiatieven;
- Het ontwerpen en geregeld aanpassen volgens de stand van de wetenschap van een multidisciplinair oncologisch handboek dat de richtlijnen bevat voor de behandeling van patiënten met oncologische aandoeningen;
- De organisatie en de opvolging van het consulentenschap naar de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg toe, waarmede een oncologisch samenwerkingsverband bestaat;
- De oprichting en opvolging van een pathologiewerkgroep per orgaanstelsel waarin de algemene wetenschappelijke en organisatorische aspecten worden besproken, evenals de patiëntencasussen; de werkgroep doet een voorstel betreffende de keuze van de protocols en is samengesteld uit alle geneesheren uit het ziekenhuis die rechtstreeks of onrechtstreeks iets te maken hebben met de desbetreffende pathologie;
- De doorverwijzing van tumoren die een complexe behandeling vergen en die zeldzaam zijn, naar zorgprogramma's waarnaar in het handboek wordt verwezen en het verzekeren dat een beroep kan worden gedaan op actuele kennis in de ontwikkeling van genetica en de moleculaire biologie;
- De organisatie van de psychosociale ondersteuning;
- Het ondersteunen van de kankerregistratie en het opvolgen van de implementatiegraad van de multidisciplinaire richtlijnen gepreciseerd in het multidisciplinair oncologisch handboek;
- De organisatie van de samenwerking met thuiszorg-eerste lijn, het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en de palliatieve zorgorganisaties teneinde het zorgcircuit van de diagnosevaststelling en behandeling te kunnen opvolgen.

3.2 FREQUENTIE VAN SAMENKOMST COMMISSIE ONCOLOGIE

Er werd afgesproken dat de oncocommissie minstens 1 maal per jaar samenkomt.

3.3 SAMENSTELLING COMMISSIE ONCOLOGIE

Vanuit het Mariaziekenhuis neemt dr. Soepenbergh deel aan deze commissie. Hij zorgt voor de doorstroming van de informatie binnen het zorgprogramma.

De lijst met deelnemers van de commissie kan bekomen worden via het Ziekenhuis Oost Limburg.

4. Consultaties en afspraken

4.1 ALGEMEEN

Voor afspraken op de diverse werkgroepen en consultaties, verwijzen we naar de websites van de volgende ziekenhuizen:

Mariaziekenhuis Overpelt

Adres: Maesensveld 1
3900 Overpelt
Telefoon: 011/ 82 60 00
Faxnummer: 011 82 60 01
Email: info@mznl.be
Website: <http://www.mznl.be>

Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL), Campus St Jan

Adres: Schiepse Bos 6
3600 Genk
Telefoon: 089/32 50 50
Faxnummer: 089/32 79 00
Email: info@zol.be
Website: <http://www.zol.be>

Ziekenhuis Maas en Kempen

Campus Bree

Adres: Rode Kruislaan 40
3960 Bree
Telefoon: 089/50 98 00
Fax: 089/50 98 04

Campus Maaseik

Adres: Mgr. Koningsstraat 10
3680 Maaseik
Telefoon: 089/50 92 00
Fax: 089/50 92 40

Email: info@zmk.be
Website: <http://www.zmk.be>

Jessa ziekenhuis, Campus Virga Jesse

Adres: Stadsomvaart 11
3500 Hasselt
Telefoon: 011 30 99 60
Faxnr: 011 30 99 68
Email: info@jessazh.be
Website: <http://www.jessazh.be>

4.2 DOORVERWIJZINGEN BINNEN DE COÖPERATIE ZORGPROGRAMMA ONCOLOGIE

A. Acute hematologie

Wordt doorverwezen naar het Jessa ziekenhuis, campus Virga Jesse, dat beschikt over steriele kamers:

Dokter Kristel Buvé
Dokter Vincent Madoe
Dokter Natalie Put
Dokter Koen Theunissen

B. Radiotherapie

Wordt doorverwezen naar het LOC, bestralingsafdeling Jessa ziekenhuis/ ZOL Genk

Dokter Paul Bulens
Dokter Marc Brosens
Dokter Emelie Dubaere
Dokter Mieke Govers
Dokter Annelies Maes
Dokter Leen Noé
Dokter Yves Staelens
Dokter Evelien Van De Werf
Dokter Laura Van Den Bergh
Dokter Kathleen Verboven

C. Kinderoncologie

Wordt doorverwezen naar het pediatrisch zorgprogramma Oncologie van het Universitair Ziekenhuis (Gasthuisberg) Leuven.

D. Complexe tumoren

Wordt doorverwezen naar het Oncologisch centrum Gasthuisberg Leuven

5. Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

5.1 MOC MZNL Urologie

Tijdstip: Maandag om 18u00 (om de 2 weken)

Locatie: Vergaderzaal Florence Nightingale

Verslaggeving: Dr. Stijn Schapmans

Agenda: Anke Schelfhout

Administratie: Anke Schelfhout

Leden:

Urologen: Dr. S.Schapmans, Dr. Van Dyck, Dr. Fransen, Dr. Zabegalina, Dr. De Coster, dr. Vermeersch

Oncoloog: Dr. Soepenber

Radiotherapeut: Dr. Emelie Dubaere

Anatoom-pathologen: Dr. Inez Wyn, Dr. Nadine Karremans

5.2 MOC MZNL Digestieve oncologie

Tijdstip: Maandag om 17.30 u. (om de 2 weken)

Locatie: Vergaderzaal Florence Nightingale

Verslaggeving: Oncocoach

Agenda: Oncocoach

Leden:

Oncoloog: Dr. Otto Soepenber

Gastro- entero-oncoloog: Dr. Carolien De Vleeschouwer en Dr. Karen Nelissen

Gastro- enteroloog: Dr. Geert D'Hondt – Dr. Karen Pauwelijn – Dr. Sofie Dewit – Dr. Ingrid Geysen, Dr. Schils

Radiotherapeut: Dr. Dr. Emelie Dubaere

Arts nucleaire geneeskunde: Dr. Soffers F.

Anatoom-pathologen: Dr. Inez Wyn en Dr. Nadine Karremans

Chirurg: Dr. Pieter Ceulemans – Dr. Jan Mathei – Dr. Boon

Oncocoach: allen

5.3 MOC MZNL Respiratoire

Tijdstip: Dinsdag van 9u00 tot 10u00 (wekelijks)

Locatie: Vergaderzaal Florence Nightingale

Verslaggeving en Agenda: Dr Christof Pollefliet, Dr. Vandeurzen, Dr. Gullentops, Dr. Rademakers

Administratie (nomenclatuur/contacten ziekenfonds): medewerker secr. inwendige.

Leden:

Pneumo- Oncoloog: Dr. Christof Pollefliet, Dr. Gullentops

Pneumologen: Dr. Kurt Vandeurzen en Dr. Ivan Rademakers

Radiotherapeut: Dr. Emelie Dubaere

Anatoom-pathologen: Dr. Inez Wyn en Dr. Nadine Karremans

Arts nucleaire geneeskunde: Dr. Ahmad

Oncocoach: allen

5.4 MOC MZNL Borstkliniek /Gynaecologie

Tijdstip: Dinsdag om 8u00 – Op vraag digitale MOC met het ZOL, startend om 8u00

Locatie: Vergaderzaal Florence Nightingale

Verslaggeving: oncocoach

Agenda : oncocoach

Leden:

Gynaecologen: Dr. Kaat Verbeke - Dr. Lieve Schops, Dr. Soetkin Thijssen

Oncoloog: Dr. Otto Soepenbergh

Radiotherapeuten: Dr. Emelie Dubaere

Radiologen: afwisselend

Anatoom-pathologen: Dr Inez Wyn - Dr Nadine Karremans

Plastische chirurg: Dr. Vermeulen

Oncocoach: allen

Huisarts (op eigen vraag)

5.5 Virtuele MOC's zeldzame tumoren

MOC Hoofd-halsoncologie

Tijdstip: Afwisselend dinsdag en donderdag om 17.30

Coördinator: dokter Annelies Maes

Telefoon: 011/30.99.60

MOC zeldzame tumoren oncologie

Tijdstip: Elke 1ste en 3de maandag van de maand om 17.00

Coördinator: dokter Jeroen Mebis (Jessa Ziekenhuis)

Telefoon: 011/30.99.60

MOC zeldzame tumoren slokdarm

Tijdstip: Elke 2de maandag van de maand om 18.00

Coördinator: Dokter Daan Walgraeve (Jessa Ziekenhuis)

Telefoon: 011/28.97/.3

6. Kankerregistratie

6.1 INLEIDING

Het Mariaziekenhuis neemt vanuit het zorgprogramma Oncologie deel aan de nationale **kankerregistratie**. Deze registratie omvat minimaal een aantal te registreren parameters zoals beschreven in de wetgeving (*zie art. 11 KB 21 maart 2003*). De registratie kan eventueel, op vraag van de overheid, aangevuld worden met parameters die toelaten om de activiteit en de kwaliteit van aangeboden zorg van het zorgprogramma te meten.

De gegevens van het zorgprogramma worden binnen de 6 maanden na het verstrijken van het jaar waarin de registratie heeft plaatsgehad, na codering, overgemaakt aan de Minister van Volksgezondheid. De registratie verloopt sinds februari 2012 online via de link van het WBCR.

Daarnaast neemt ook het Mariaziekenhuis deel aan **de registratie van de implementatiegraad van de multidisciplinaire richtlijnen**. Deze gegevens worden door de datamanager ter beschikking gesteld van de multidisciplinaire commissie voor oncologie van het ZOL. Op basis van de periodieke evaluatie van deze implementatiegraad wordt een herevaluatie van het handboek doorgevoerd. De secretaris van deze Commissie is verantwoordelijk voor de actualisatie van het handboek.

Verder wordt binnen het ziekenhuis voor iedere patiënt met een oncologische aandoening een **verslag van de behandeling** opgemaakt. Dit verslag omvat:

- De gegevens van de kankerregistratie
- Het gedetailleerde behandelingsplan
- De opvolging en de motivering ingeval er afgeweken wordt van de vooropgestelde multidisciplinaire richtlijnen en er een MOC plaatsgevonden heeft.
- Progressieve melding van de nevenwerkingen van de behandeling en het behandelingsresultaat.

De betreffende oncocoach, samen met de betrokken geneesheer-specialist, is verantwoordelijk voor de verslaggeving van de disciplines oncologie, mamma, urologie, de restdisciplines en gastro-enterologie. Voor de discipline pneumologie is dr. Vandeurzen en dr. Pollefliet verantwoordelijk. De verslaggeving wordt integraal toegevoegd aan het medisch dossier van de patiënt.

Voor de kankerregistratie worden de geëigende kankerregistratieformulieren gebruikt, enerzijds voor een nieuwe diagnose, anderzijds voor een follow-up. Zie **Bijlagen 3 en 4: kankerregistratieformulieren**.

6.2 DEFINITIES ‘CLASSIFICATIES’ BINNEN DE KANKERREGISTRATIE

De kankerregistratie vraagt verschillende gegevens m.b.t. de tumor te coderen.

6.2.1 Classificatie vlg. WHO

De WHO-score is de performantiescore van de patiënt op het ogenblik van diagnose.

	WHO		KARNOFSKY
0	Asymptomatisch, normale activiteit	100%	Normaal actief zonder symptomen
		90%	Normaal actief, minimale symptomen
1	Symptomatisch maar ambulante	80%	Ontplooiën van normale activiteit kost enige moeite, ziekteverschijnselen zijn waarneembaar
		70%	Patiënt kan voor zichzelf zorgen, maar is niet meer in staat tot normale activiteit of werken
2	Symptomatisch, bedlegerig < 50% per dag	60%	Idem voorgaande maar de patiënt heeft hulp nodig om voor zichzelf te zorgen.
		50%	Vereist aanzienlijke bijstand en frequente medische hulp
3	Symptomatisch, bedlegerig > 50% per dag	40%	Mindervalide, vereist specifieke hulp en bijstand
		30%	Ernstige mindervalide, hospitalisatie is aangewezen, overlijden is niet dreigend
4	Aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig	20%	Ernstig ziek, hospitalisatie is noodzakelijk, actieve ondersteunende behandeling is nodig.
		10%	Stervende, fatale processen nemen snel toe
5	Overleden	0%	Overleden

6.2.2 De TNM-classificatie

De TNM classificatie van maligne tumoren (TNM) is het systeem voor de stadiëring van kanker dat is ontwikkeld door de International Union Against Cancer (UICC). De TNM classificatie wordt ook gebruikt door de American Joint Committee on Cancer (AJCC) en de International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). In 1987, werden de TNM classificaties van de UICC en de AJCC tot één systeem gecombineerd met dezelfde definities. Elke vorm van kanker heeft een eigen TNM classificatie. Voor de meeste tumoren is een TNM classificatie ontwikkeld.

Wat is het doel van de TNM classificatie?

Het TNM systeem helpt bij het kunnen maken van de behandelingskeuze. De behandelingsprotocollen zijn namelijk vooral gebaseerd op het stadium van de ziekte. Het TNM systeem laat toe makkelijk een indicatie van de prognose te maken. Het TNM systeem maakt behandelingsresultaten vergelijkbaar tussen ziekenhuizen en landen.

Internationaal wordt de TNM-classificatie aanvaard als middel om:

- een therapieplanning te maken;
- een indicatie te geven omtrent prognose;
- het resultaat van de behandeling te evalueren;
- informatie uit te wisselen tussen centra
- studies op het gebied van de oncologie mogelijk te maken

De volgende basisprincipes zijn algemeen geldend en noodzakelijk om de TNM-classificatie op een adequate manier te gebruiken. Vier verschillende parameters (zie onderstaande tabel) worden gebruikt om tot een correcte staging te komen. De staging vóór de behandeling wordt de klinische classificatie genoemd en wordt aangeduid met cTNM.

Parameters voor staging van de primaire tumor

G	Differentiatiegraad
T	Grootte of directe uitbreiding van de primaire tumor
N	Aan- of afwezigheid en de uitbreiding van de regionale lymfekliermetastasen
M	Aan- of afwezigheid van metastasen op afstand

De post-chirurgische, pathologische staging wordt aangeduid met pTNM. Per parameter wordt een omschrijving gedefinieerd:

G Differentiatiegraad		T Primaire tumor		N Lymfeklieren		M Metastasen	
G _x	Niet te evalueren	T _x	Niet te evalueren	N _x	Niet te evalueren	M _x	Niet te evalueren
G ₁	Goed gedifferentieerd	T ₀	Geen primaire tumor	N ₀	Geen regionale lymfeklieren aangetast	M ₀	Geen metastasen op afstand
G ₂	Matig gedifferentieerd	T _{is}	Carcinoma in situ	N ₂	Toenemend aantal aangetaste lymfeklieren	M ₁	Metastasen op afstand
G ₃	Slecht gedifferentieerd	T _{1,2,3,4}	Grootte en/of uitbreiding primaire tumor				
	Ongedifferentieerd						

De stadiëring na multimodale therapie wordt weergegeven met **y**.

De aan- of afwezigheid van een residuele tumor na een ingestelde behandeling wordt aangeduid met **R** en kent volgende gradatiesysteem:

Residuele tumorstatus

RX	Aanwezigheid residuele tumor niet evalueerbaar
R0	Geen residuele tumor
R1	Microscopisch residuele tumor
R2	Macroscopisch residuele tumor

6.2.3 Criteria voor respons

De responscriteria (RECIST) omvat een set van gepubliceerde regels die bepalen wanneer tumoren bij kankerpatiënten verbeteren ("reageren"), hetzelfde blijven ("stabiliseren"), of verergeren ("voortgang") tijdens de behandeling. Hierbij wordt er een evaluatie gedaan van meetbare (target) niet andere letsels (non-target).

Evaluatie van 'target letsels':

Alle meetbare letsels (tot een maximum van 10 letsels) zouden geïdentificeerd moeten worden als 'target letsels' en worden opgenomen en opgemeten in het begin van de behandeling. Meetbare letsels zijn letsels die nauwkeurig gemeten kunnen worden in minstens 1 dimensie, met een langste diameter van ≥ 20 mm. Bij een spiraal CT-scan moeten letsels ≥ 10 mm zijn in minstens 1 dimensie.

Respons criteria voor 'Target letsels'

Complete Respons (CR)	Verdwijning van alle 'target letsels'
Partiële Respons (PR)	Minstens 30% verkleining van de totale som van de langste diameter (ld) van de target letsels, met als referentiewaarde de totale som van de initiële ld.
Progressieve ziekte (PD)	Minstens 20% toename van de totale som van de langste diameter (ld) van de target letsels, met als referentie de som van de initiële ld, genoteerd bij de start van de behandeling of het verschijnen van 1 of meer letsels.
Stabiele ziekte (SD)	Noch voldoende respons om zich te kwalificeren als PR, noch voldoende respons om zich te kwalificeren als PD, met als referentie de som van de initiële ld van de target letsels.

Evaluatie van 'non-target letsels':

Alle letsels die niet beschouwd werden als target letsels bij het begin van de behandeling worden beschouwd als 'non-target' letsels. Zij zouden ook bij het begin van de behandeling moeten genoteerd worden. Metingen zijn niet vereist en deze letsels zouden bij follow-up omschreven moeten worden als 'aanwezig' of 'afwezig'.

Complete Respons (CR)	Verdwijnen van alle non-target letsels en normalisatie van de tumor marker
Niet-Complete Respons (non CR)	Persistentie van 1 of meerdere non-target letsels en/of behoud van de verhoogde tumor marker.
Niet-progressieve Ziekte (non-PD)	
Progressieve Ziekte (PD)	Het verschijnen van 1 of meerdere nieuwe letsels, onmiskenbare progressie van bestaande 'non-target letsels'.

6.2.4 Criteria voor toxiciteit

NCIC – CTIG toxiciteitsschaal

TOXICITEIT	Graad 0	Graad 1	Graad 2	Graad 3	Graad 4
Hematologie					
Leucocytose, 10 ⁹ /l	>4,0	3,0 – 3,9	2,0 – 2,9	1,0 -1,9	< 1,0
Neutrofielen 10 ⁹ /l	>2,0	1,5 – 1,9	1,0 – 1,4	0,5 – 0,9	< 0,5
Thrombocytose, 10 ⁹ /l	Normaal	75,0 – NI.	50,0 – 74,9	25,0 – 49,9	< 25,0
Hemoglobine, 10 ⁹ /l	Normaal	10,0 – NI.	8,0 – 10,0	6,5 – 7,9	< 6,5
Gastro-intestinaal					
Voeding					
Nausea	Neen	Voedsel: voldoende	Inname gedaald, doch eet nog	Geen inname meer	/
Braken	Neen	1/24 uur	2-8 / 24 uur	6–10/24uur	< 10/24 uur of IV support
Diarree	Neen	2-3 > normaal	4-6 > normaal, 's nachts lichte krampen	7-9> dag, incontinent, krampen	10> normaal, bloederig, IV support
Hepatitisch					
Billirubine	Normaal	/	< 1,5 x NI.	<1,5–3,0 x NI.	>3,0 x NI
Transaminase	Normaal	<2,5 x NI.	2,6 – 5,0 x NI.	5,1 –20,0 x NI.	>20,0 x NI.
Alkalische fosfatasen	Normaal	≤2,5 x NI.	2,6 – 5,0 x NI.	5,1– 20,0 x NI.	>20,0 x NI.
Renaal					
Creatinine	Normaal	≤1,5 x NI.	1,5-3,0 x NI.	3,1-6,0 x NI.	>6,0 x NI.

6.3 REFERENTIES

(P. Therasse, SG. Arbuck, EA. Eisenhauer, et. Al. New Guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors. J NatL Cancer Inst. 2000; 92 (3):205-216)

Sobin LH, Wittekind Ch (eds). *TNM Classification of Malignant Tumours, 6th Edition*. Wiley, 2002. [ISBN 0-471-22288-7](https://doi.org/10.1002/9781118105836).

7. Standaardbeleidslijnen

[Link naar Oncologisch handboek ZOL \(behandelrichtlijnen\)](#)

8. Psychosociale begeleiding

8.1 INLEIDING

De diagnose van kanker grijpt diep in een mensenleven in. Kanker heeft zonder twijfel een grote impact op de bio- psycho-sociale integriteit van een mens en is heel nauw verbonden met de angst om te sterven.

Dankzij kwalitatieve medische zorg is er de laatste jaren sterke vooruitgang geboekt in de behandeling van kanker, wat de prognose van de patiënt zeker ten goede komt. Hierdoor wordt kanker meer en meer een chronische aandoening, wat de evolutie naar een multidisciplinaire aanpak van de oncologische zorg essentieel maakt. Naast een doorgedreven medisch-specialistische behandeling heeft elke kankerpatiënt dan ook recht op een multidisciplinaire aanpak van zijn/haar psychologische, sociale en spirituele vragen.

Binnen het oncologisch zorgprogramma van het Mariaziekenhuis streven we ernaar om het hele oncologische zorgtraject van een patiënt multidisciplinair te ondersteunen, zowel medisch, verpleegkundig, paramedisch als psycho-sociaal.

Vanaf de diagnose wordt op maat van de patiënt een strategisch behandelingsplan uitgewerkt. Een belangrijke fase in dit traject is het Multidisciplinair Oncologisch consult (MOC), waarin alle specialisten uit het oncologische veld zowel op diagnostisch als therapeutisch vlak zoeken naar de optimale aanpak voor elke patiënt. De psychosociale begeleiding voor de patiënt en zijn familie wordt binnen dit behandelingsplan door het Oncologisch Begeleidingsteam verzorgd.

Aan elke tumorgroep is zoveel mogelijk een vaste medewerker van elke discipline binnen het begeleidingsteam verbonden. Zo kan het team zich specialiseren in de specifieke problemen verbonden aan bepaalde kankers.

8.2 WAT IS HET ONCOLOGISCH BEGELEIDINGSTEAM (OBT)?

Het Oncologisch Begeleidingsteam (OBT) is een **advies- en begeleidingsorgaan** ten dienste van enerzijds de oncologische patiënt en zijn directe omgeving en anderzijds de zorgverleners in het ziekenhuis.

Ze biedt in de eerste plaats **aanvullende ondersteuning** aan oncologische patiënten, in functie van de noden en behoeften van de patiënt en zijn familie. De zorgeenheid blijft verantwoordelijk voor de eigenlijke zorg van de patiënt. Het OBT ondersteunt deze zorg op psychosociaal vlak, zonder deze over te nemen.

Omdat **iedere** oncologische patiënt **recht** heeft op psychosociale zorg is laagdrempelig werken een vereiste. Laagdrempelig betekent dat deze ondersteuning aan iedere oncologische patiënt aangeboden wordt. De patiënt is vrij in het beroep doen op deze begeleiding. Voor de verpleegkundigen op de afdeling is hierin een belangrijke taak weggelegd, namelijk het inschakelen van het team vanaf de diagnosemededeling.

Naast een ondersteunende functie neemt het OBT eveneens een **sensibiliserende taak** op zich en tracht het de visie omtrent de zorg voor de oncologische patiënt uit te dragen over alle geledingen van het ziekenhuis.

Het team werkt **multidisciplinair**: de oncocoaches, de sociale dienst, de psychologen, de oncodiëtisten, de oncoloog, geneesheerspecialisten, ... ondersteunen de oncologische patiënt, elk vanuit hun eigen invalshoek. Optimale zorg 'op maat voor de patiënt' beogen we via een nauwe samenwerking tussen deze verschillende disciplines en de betrokken zorgseenheid. Sinds januari 2014 is het OBt ingebed in de dienst 'Patiëntenbegeleiding'.

8.3 TAAK- EN FUNCTIEOMSCHRIJVING VAN HET OBt

Het Oncologisch Begeleidingsteam omvat de volgende medewerkers en artsen:

- **Oncologische begeleidingsverpleegkundigen** (oncocoaches)
- **Medewerkers sociale dienst**
- **(Onco)psychologe**
- **Oncodiëtisten**
- **Oncoloog**: Dr. Soepenbergh.
- **Geneesheerspecialisten**: Dr. De Vleeschouwer, Dr. Nelissen, Dr. Rademakers, Dr. Vandeurzen, Dr. Pollefliet, Dr. Verbeke, Dr. Schops

Deze **equipe** is ondermeer belast met de volgende **taken**:

- ❖ Coördinatie van oncologische zorg tussen de verschillende disciplines binnen het oncologisch zorgprogramma
- ❖ **Visie** omtrent de zorg voor de oncologische patiënt **uitdragen** in het ziekenhuis meer bepaald de totaalzorg omtrent de oncologische patiënt in al zijn aspecten : medisch, verpleegkundig, functioneel en sociaal.
- ❖ Advies verstrekken en emotionele ondersteuning geven aan oncologische patiënten die in het ziekenhuis gehospitaliseerd zijn: pré-, per- en postbehandeling (oa chemotherapie) **liaison-functie**.
- ❖ Advies en opvang van oncologische patiënten op raadpleging van de verschillende medische disciplines, bv. opvang na diagnosemededeling tijdens een consultatie.
- ❖ Advies en opvang van oncologische patiënten na ontslag en na behandeling.
- ❖ Samenwerking met het Palliatief supportteam (PST) vooral wat betreft psychologische begeleiding, **in de palliatieve fase**
- ❖ Bijkomende initiatieven ontwikkelen, bv. leiding gespreksgroepen, infoavonden, infobrochures, **vorming**, etc.

Iedere discipline vervult een specifieke taak naar de oncologische patiënten en/of de organisatie.

8.3.1 Oncologisch begeleidingsverpleegkundige (Oncocoach)

De oncocoach zorgt voor:

- ❖ Het(mede-) identificeren van oncologische patiënten binnen het ziekenhuis en het vergaren van de bijhorende informatie noodzakelijk voor een goede begeleiding, dit dmv administratieve en organisatorische ondersteuning van het MOC-gebeuren
- ❖ Coördinatie en planning van het zorgtraject van een oncologische patiënt in het Mariaziekenhuis, in overleg met de betrokken artsen, hoofdverpleegkundigen en afdelingsverpleegkundigen
- ❖ Persoonlijke psychosociale begeleiding van de patiënt en zijn naasten/familie op specifieke scharniermomenten doorheen het zorgtraject en dit tot maximaal 3 maanden na de behandeling (Dit kan variëren volgens pathologie).

- ❖ Formuleren van adviezen m.b.t. verpleegkundige zorg en begeleiding, in samenspraak met de andere betrokken geneesheer-specialisten en zorgverleners
- ❖ Bieden van aanvullende ondersteuning aan het verpleegkundig personeel op alle afdelingen, betrokken in de zorg aan oncologische patiënten, zonder de zorg over te nemen.
- ❖ En ondersteuning m.b.t. de uitvoering van eventuele wetenschappelijke studies zoals PRO-CARE enz.

8.3.2 Onco-sociale dienst

De medewerker van de sociale dienst staat in voor:

- ❖ Persoonlijk kennismakingsgesprek bij eerste chemotherapie of ter voorbereiding van het behandelplan, heel specifiek met het oog op het toelichten en overlopen informatiebundel / zorgboekje (km-vergoeding, contactgegevens obt, tegemoetkomingen...).
- ❖ Detectie naar de behoefte voor professionele thuiszorg
- ❖ Formuleren van eventuele adviezen betreffende thuiszorg en/of eventuele tegemoetkomingen.
- ❖ Ondersteunen van het oncorevalidatie programma dmv het geven van de infosessie 'wat na kanker'

8.3.3 Onco-psycholoog

- ❖ Opvang na diagnosemededeling bij alle oncologische patiënten met als doel laagdrempeligheid te bewerkstelligen zodat stap naar psycholoog minder groot wordt voor patiënt.
- ❖ Patiënten met psychologische problemen (angst, depressie, verwerking) psychologische ondersteuning geven voor, gedurende en na de behandeling (tot max. 1 jaar).
- ❖ Uitbouw van nazorg voor de patiënt: na beëindigen van de behandeling de mogelijkheid aanbieden tot verdere psychotherapie door onco-psycholoog.
- ❖ Organiseren en begeleiden van lotgenotengroepen binnen het zorgprogramma oncologie
- ❖ Ondersteunen van het oncorevalidatie programma dmv het geven van infosessies.

8.3.4 Onco-diëtiste

- ❖ Persoonlijke kennismaking bij de chirurgische ingreep of bij de eerste chemotherapie
- ❖ Eerste Total body meting ikv nulmeting voor het globale behandelplan.
- ❖ 2de impedantiemeting i.k.v. chemotherapie. Het tijdstip is patiëntafhankelijk.
- ❖ Geven van voedingstips ikv pathologie – bijwerking specifieke voedingsproblemen.
- ❖ Ondersteunen van het oncorevalidatie programma

8.4 DAGDAGELIJKE WERKING VAN HET OBТ

De behandelende geneesheer-oncoloog is verantwoordelijk voor de coördinatie van de medische zorg van de patiënt. Tijdens het MOC -overleg wordt voor iedere patiënt een behandelingstraject uitgeschreven. Door de aanwezigheid van de oncocoach op dit overleg, is van bij begin van de behandeling duidelijk welk traject de patiënt in grote lijnen zal volgen en welke multidisciplinaire ondersteuning vanuit het OBТ noodzakelijk is.

De taak van het OBТ start vanaf het moment van slecht-nieuwsgesprek. Na dit gesprek ontmoet de oncocoach de patiënt voor de eerste keer. De oncocoach is verantwoordelijk voor de coördinatie van

de zorg en zal de patiënt gedurende het hele traject van zijn/haar behandeling opvolgen. De andere leden van het OBT worden, afhankelijk van de noden, stelselmatig betrokken in dit zorgtraject.

Een medewerker van de sociale dienst komt de patiënt bezoeken met een informatiepakket. Zij geven hierbij de nodige uitleg. Verder bespreken ze welke nood er eventueel is aan thuiszorg- ondersteuning en financieel administratieve ondersteuning.

De psychologen komen steeds een eerste maal kennismaken en bieden een luisterend oor aan. Ook in een later stadium kunnen de patiënten nog steeds beroep op hen doen indien ze dit wensen. Daarnaast dragen zij de Lotgenoten- en gespreksgroepen.

Op de diëtiste kan altijd beroep worden gedaan. Samen met de patiënt, evalueren zij de voedingsgewoonte om zo te maken dat het lichaam zo optimaal mogelijk aan het behandelingstraject kan beginnen. Bijkomend kunnen ze ingeschakeld worden bij voedingsproblemen naar aanleiding van de behandeling. Op basis van de klachten en/of nevenwerkingen gaan zij alternatieven voorstellen.

Welke medewerker(s) van het oncologisch begeleidingsteam betrokken is bij de zorg voor een individuele patiënt, kan binnen het verpleegdossier terug gevonden worden in het observatieformulier van het oncologisch begeleidingsteam..

Eens de behandeling is afgerond, stopt doorgaans ook de psycho-sociale ondersteuning voor oncologische patiënten. Soms kunnen patiënten na hun behandeling een 'emotionele weerslag' ervaren van hun kankerdiagnose en neemt de nood aan informatie en ondersteuning toe. Daarnaast willen sommige patiënten in de postbehandelingsfase hun conditie terug opbouwen. Om een antwoord te bieden op bovenstaande vragen/verwachtingen, heeft het Mariaziekenhuis een oncologisch revalidatieprogramma uitgewerkt.

Binnen dit programma kunnen patiënten in groep, onder begeleiding van medewerkers van het ziekenhuis, hun lichamelijke kracht terug opbouwen en lotgenoten ontmoeten.

Bij elke begeleiding van een patiënt vindt er **overdracht van informatie** plaats, zowel mondeling als schriftelijk (in verpleegdossier documenten 'Observatieformulier begeleidingsteam oncologie'). Op die manier worden de geneesheerspecialist en verpleegkundigen van de zorgeenheid altijd betrokken. Zo kan er samen naar oplossingen voor bestaande problemen gezocht worden.

8.5 MULTIDISCIPLINAIR TEAMOVERLEG

De bevindingen van de verschillende disciplines van het Oncologisch Begeleidingsteam worden samen gelegd op het teamoverleg.

Het teamoverleg bestaat uit afvaardiging van iedere discipline vanuit het OBT en verpleegkundigen van de betrokken afdelingen. Op het overleg worden alle patiënten met hun eventuele psychosociale en fysieke problemen besproken cfr. *Signalering en detectie psychosociale zorgen*. Ervaren noden worden samen bekeken

De overlegmomenten gaan door:

Op afdelingsniveau:

Dinsdag om 9.00u op A22 (wekelijks)

Dinsdag om 9.30u op A21 (wekelijks)

Donderdag om 14u op het Niet Chirurgisch DH (wekelijks)

Op artsenniveau:

Dinsdag om 12.00u met dr. De Vleeschouwer / Dr Nelissen (1x/ per 2 maanden)

Maandag om 11.30 met Dr. Schops en Dr. Verbeke (1x/per 2 maanden)

8.6 HOE KAN JE ONS BEREIKEN?

Het Oncologisch Begeleidingsteam is op werkdagen te bereiken. Dit kan telefonisch of via e-mail obt@mznl.be . Oncocoach: 011/826397 oncocoach@mznl.be . Iedere discipline is ook rechtstreeks bereikbaar.

9. Palliatieve zorg – Palliatief Support Team (PST)

9.1 WAT IS HET PALLIATIEF SUPPORTTEAM (PST)

Het Palliatief Support Team (PST) is een advies- en begeleidingsorgaan ten dienste van de zorgverleners van het ziekenhuis, de palliatieve patiënt en zijn directe omgeving. Het PST biedt **aanvullende ondersteuning** aan palliatieve patiënten, hun familie en het verpleegkundig personeel op alle afdelingen van het ziekenhuis. De aard van begeleiding is afhankelijk van de noden en behoeften van de patiënt.

Het PST kan de zorgverleners dagelijks bijstaan om te luisteren naar het verhaal, de ongemakken, de vragen, de verlangens van de patiënt. Ze hebben speciale aandacht om, met de nodige middelen en ervaring, de patiënt te helpen waar mogelijk, advies te geven aan de zorgverleners en dit steeds in overleg met de arts-specialist.

Zo willen ze samen een zo hoog mogelijk kwalitatief comfort bieden aan de patiënt en hun directe omgeving, waar de ziekte hardnekkig is en aangepaste verzorging noodzakelijk is..

9.2 WIE ZIJN DE TEAMLEDEN?

Het PST bestaat uit zorgverleners die nauw samenwerken met elkaar. Volgende functies zijn vertegenwoordigd in het team:

- ❖ Een pijnspecialist (anesthesie) + LEIF-arts
- ❖ Een cardioloog-intensivist
- ❖ Een hematoloog-oncoloog
- ❖ Psychologen
- ❖ Sociale assistenten
- ❖ Een palliatief verpleegkundige- verpleegkundig pijnspecialist

Iedereen kan een tussenkomst van het PST vragen: de patiënt zelf, zijn familie, de arts-specialist, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen of een andere gezondheidswerker van binnen of buiten het ziekenhuis. Elke aanvraag wordt altijd aan de behandelende arts-specialist gemeld.

9.3 HOE KAN JE BEROEP DOEN OP HET PST?

Aanvragen ter ondersteuning kunnen aan alle leden van het PST worden voorgelegd. Deze overleggen multidisciplinair welke discipline het beste de patiënt kan begeleiden. Buiten de kantooruren kunnen aanvragen gebeuren via e- mail (pst@mznl.be). Een medewerker van het PST neemt de volgende werkdag contact op en er wordt indien noodzakelijk zo vlug mogelijk een bezoek gepland.

9.3.1 Wanneer kan je beroep doen op het PST?

Het PST pleit voor een **tijdige inschakeling**, zodat zij kunnen werken aan een vertrouwensband met de patiënt en zijn familie en zodat zij kunnen anticiperen op problemen en probleemsituaties zijnde:

- ❖ bij problemen m.b.t. symptoomcontrole ter behoud van kwaliteit van leven;
- ❖ bij pijn van welke aard dan ook of als discomfort aanwezig is bij de patiënt;

- ❖ bij communicatie- en verwerkingsmoeilijkheden bij de patiënt en zijn omgeving in alle fasen van het palliatief ziekteproces, bij voorkeur meteen na het slechtnieuwsgesprek;
- ❖ bij angst en depressie of andere psychologische problemen;
- ❖ bij alle mogelijke vragen naar informatie en/of ondersteuning van de verpleegequipe naar aanleiding van verzorging van palliatieve patiënten;
- ❖ bij mogelijke vragen rond het levenseinde; bijvoorbeeld: stoppen therapie, wat na de dood, vragen m.b.t. palliatieve sedatie of euthanasie;
- ❖ bij bespreking van ethische dilemma's of uitbouwen van ethisch overleg;
- ❖ bij transfer van de patiënt naar de palliatieve eenheid;
- ❖ bij ontslag naar huis en overleg met de thuiszorg hierover; het PST verzekert op deze manier de continuïteit van de palliatieve zorg van en naar de thuiszorg, zo nodig in samenspraak met de sociale dienst;
- ❖ ondersteuning aan familie en vrienden aanbieden, om het rouwproces te verzachten.

9.3.2 Welke patiënten komen in aanmerking voor ondersteuning vanuit het PST?

- ❖ patiënten die aan een ongeneeslijke of evolutieve ziekte lijden;
- ❖ patiënten voor wie een curatieve behandeling niet meer mogelijk is en bij wie geen remissie meer wordt verwacht;
- ❖ het zijn niet alléén patiënten met een maligne aandoening die in aanmerking komen: patiënten met een niet-oncologische aandoening, zoals patiënten met terminaal orgaanfalen (hartfalen, CVA- en COPD-patiënten, ...) kunnen ook door het PST ondersteund worden.

Het PST benadert de patiënt in zijn gehele context en biedt ondersteuning aan de familie en omringende verzorgenden.

9.4 HOE GAAT HET PALLIATIEF SUPPORTTEAM (PST) TE WERK?

9.4.1 Naar patiënten en naasten toe

Het multidisciplinaire team van het PST biedt **advies en ondersteuning** als erom gevraagd wordt. Het is nooit de bedoeling dat iemand van het PST de therapie wijzigt of zorg overneemt.

Wekelijks worden op maandag alle patiënten in begeleiding van het PST besproken. Naast de leden van het PST kunnen alle betrokken hulpverleners participeren aan deze patiëntenbespreking. Tijdens deze bespreking worden de knelpunten samen doorgenomen en eventueel adviezen geformuleerd.

De **verpleegkundig van het PST** bezoekt op regelmatige tijdstippen de verpleegeenheden. Zo kan zij noden bij palliatieve patiënten en hun omgeving gemakkelijker detecteren. Alvorens aan bed van de patiënt te komen, zal ze zich zo breed mogelijk informeren over de toestand van de patiënt bij de verantwoordelijke verpleegkundige van de zorgeenheid. Na overleg met de behandelende specialist wordt beslist wat de rol van het PST is bij deze patiënt.

De verantwoordelijke verpleegkundige op de zorgeenheid is en blijft de spilfiguur voor de coördinatie van de zorgverstrekking aan de patiënt. **Het PST neemt de zorg niet over.** Het bekijkt samen met de verpleegequipe op de zorgeenheid, hoe er best aan de noden van de palliatieve patiënt en zijn familie tegemoet gekomen kan worden en hoe men een taakverdeling hierin ziet. Er is ook een nauwe samenwerking met de sociale en pastorale dienst en andere paramedici.

Bij een **psychologische problematiek** wordt beroep gedaan op de psychologe van het

PST. Voorbeelden waarbij de psychologe ondersteuning kan bieden zijn:

- ❖ bij voorkeur meteen na het slechtnieuwsgesprek;
- ❖ in het omgaan met het ziek-zijn bij patiënt en/of familie;
- ❖ bij emotioneel lijden in alle fasen van het palliatieve ziekteproces, bijvoorbeeld pijn en verdriet, woede, angst, hulpeloosheid, schaamte, schuld en in het faciliteren van de emotionele verwerking, bijvoorbeeld bij een patiënt die het gevoel heeft vast te zitten;
- ❖ bij communicatie- en/of relationele problemen met partner, kinderen, belangrijke anderen ten gevolge van het ziek-zijn;
- ❖ bij angst en paniekstoornissen, depressie, lusteloosheid, suïcidegedachten, slapeloosheid, piekeren;
- ❖ als de verhouding draagkracht/draaglast onevenwichtig is; de omgevingssteun ontoereikend;
- ❖ bij eerdere verlieservaringen of ingrijpende levensgebeurtenissen; psychiatrische antecedenten;
- ❖ wanneer advies- en informatie nodig is, bijvoorbeeld over "Hoe vertel ik aan mijn kinderen dat ik...?" of stress-reductie;
- ❖ wanneer cognitieve herstructurering aanbieden nodig is.

Vóór elke patiëntbegeleiding wordt feedback vanuit het PST gegeven aan de betrokken arts-specialist en de verpleegkundige equipe van de eenheid, zowel mondeling als schriftelijk (in het verpleegdossier documenten PST). Samen wordt er gezocht naar oplossingen voor bestaande problemen, en mogelijke adviezen over wat er in acute situaties zou kunnen ondernomen worden, bijvoorbeeld bij dyspnoe, bloedingen, braken, pijn...

Bij overlijden of transfer van patiënten die door het PST gevolgd werden, verwittigt de zorgeenheid het PST.

Het PST kan ook begeleiden bij **rouwverwerking bij familieleden**. Elke familie ontvangt een deelnemingskaart enkele dagen na overlijden. Nabestaanden kunnen na het overlijden beroep doen op ondersteuning van de psychologe. Indien nodig wordt een (actieve) doorverwijzing gerealiseerd.

De psychologe kan ook kinderen met verwerkingsproblemen begeleiden. Ouders en sleutelfiguren krijgen informatie en tips om kinderen zo goed mogelijk op te vangen in een verliessituatie.

9.4.2 Naar betrokken zorgverleners toe

Het PST heeft ook een belangrijke taak in de ondersteuning van zorgverleners. Deze taak wordt als '**Zorg voor zorgenden**' omschreven. Om feeling te blijven houden bezoekt de verpleegkundige van het PST regelmatig de verschillende verpleegafdelingen.

Zo kan zij noden bij zorgverleners gemakkelijker vaststellen. Zo kan zij persoonlijker contact uitbouwen met de arts-specialist en met de referentieverpleegkundigen van de zorgeenheid.

Ook heel wat andere zorgverleners grijpen deze gelegenheid aan om advies en info in te winnen i.v.m. palliatieve zorg. Dit heeft niet alleen betrekking op patiënten van de zorgeenheid, maar vaak ook op een palliatieve patiëntensituatie in eigen familie of vriendenkring.

9.4.3 Naar de organisatie toe

Een derde opdracht van het PST bestaat erin het palliatieve gedachtegoed te verspreiden binnen en buiten het ziekenhuis in samenspraak met de medewerkers van de palliatieve eenheid.

- ❖ Het PST organiseert regelmatig intervisies voor de referentieverpleegkundigen van de afdelingen waar casussen besproken worden en leeraspecten m.b.t.

communicatie extra onder de aandacht worden gebracht. De referentieverpleegkundigen kunnen de info doorgeven aan hun equipe.

- ❖ Studenten kunnen stage lopen bij het PST, om de palliatieve zorgcultuur te leren kennen in al haar facetten en opdat specifieke zorgaspecten ook geïntegreerd worden op de zorgeenheden.
- ❖ Nieuwe bevindingen uit gevolgde bijscholingen, literatuur, ... worden in het ziekenhuis verspreid.

9.5 SAMENWERKING MET THUISGEZONDHEIDSZORG

Voor een naadloze zorg bij het ontslag naar huis van een palliatieve patiënt betracht het PST een actieve samenwerking en voorbereiding met de thuiszorg: de huisarts, de thuisverpleegkundigen en andere paramedici, de thuisgezondheidszorgdiensten, **Pallion** (de **palliatieve Limburgse ondersteuningsequipe**).

Als terugkeren naar de thuissituatie niet mogelijk is, is een transfer naar de palliatieve eenheid een volwaardig alternatief. Om deze transfer zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, vraagt het PST dat elke patiënt die getransfereerd wordt van een zorgeenheid naar de palliatieve eenheid vooraf bezocht wordt door iemand van het palliatief support team.

Een dringende palliatieve opname van een gehospitaliseerde patiënt bestaat in principe niet. *Iedere arts-specialist werkzaam in het ziekenhuis en elke huisarts blijft het recht behouden om zijn patiënt op de palliatieve eenheid mee op te volgen in samenspraak met het medisch diensthoofd.*

Het Palliatief support team is op werkdagen te bereiken op PST@mznl.be

Via het algemeen telefoonnummer van het ziekenhuis **011 826 000** kan u ook vragen naar iemand van het team.

10. Oncologisch revalidatieprogramma

10.1 SITUERING ONCOREVALIDATIE

Sinds begin 2016 is er binnen het Mariaziekenhuis een multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma.

Het Oncologisch revalidatieprogramma is een laagdrempelig groepsprogramma voor een brede oncologische doelgroep (alle disciplines), met individuele differentiatie. Het is gericht op het optimaliseren van het functioneren en op de kwaliteit van leven van mensen met kanker.

Het programma omvat *een geheel aan activiteiten dat nodig is om ervoor te zorgen dat de patiënt in de hem/haar persoonlijk haalbare algehele conditie (fysiek, psychisch en sociaal) verkeert, zodat hij/zin weer zo optimaal mogelijk kan functioneren*. Er wordt dan ook gewerkt rond verschillende modules die gebaseerd zijn op fysiologische, gedragstherapeutische en psycho-educatieve principes.

Binnen het programma worden fysieke, psychische en sociale subdoelen onderscheiden:

- **Fysieke subdoelen:**
 - Het leren (her)kennen en ervaren van eigen grenzen en mogelijkheden
 - Het leren omgaan met, verminderen of voorkomen van beperkingen zoals angst voor bewegen, lymfoedeem, vermoeidheid
 - Het optimaliseren van het inspanningsvermogen om het gewenste activiteitsniveau te bereiken
 - Het ontwikkelen/onderhouden van een actieve leefstijl; het ontwikkelen/hervinden van plezier in bewegen.
- **Psychische subdoelen:**
 - Het verwerven van inzichten in factoren die een rol spelen bij de ziekte kanker en de gevolgen ervan.
 - Het verbeteren van het emotioneel functioneren
 - Op een functionele manier omgaan met de ziekte kanker en de gevolgen ervan (gedragmatig)
- **Sociale subdoelen:**
 - Herwinnen van het emotioneel evenwicht binnen de relatie en sociale omgeving
 - Optimale hervatting van werk en/of huishoudelijke taken
 - Optimale hervatting van vrijetijdsbesteding
 - Optimale hervatting van de rol in het gezin en sociale relaties

10.2 DOELGROEP

De doelgroep die voor ogen wordt gehouden zijn volwassen personen met kanker, die de primaire behandeling afgerond hebben met perspectief op langdurig herstel en (chronische) klachten houden waarvoor groepsbehandeling/revalidatie met individuele differentiatie geïndiceerd is.

Inclusiecriteria:

Patiënt is:

- 18 jaar of ouder; **EN**
- Is gediagnosticeerd met een vorm van kanker; **EN**
- Heeft de primaire behandeling voor kanker (chirurgie, radiotherapie, chemotherapie, immunotherapie) afgerond (bij voorkeur minimaal 1 à 2 maanden geleden); **EN**
- Wonden zijn geheeld vóór deelname
- Heeft een discrepantie tussen het huidige en optimale niveau van functioneren met klachten op de volgende deelgebieden;
 - Lichamelijke beperkingen zoals verminderde belastbaarheid, verlaagd activiteitsniveau, vermoeidheidsklachten
 - Psychische en sociale beperkingen zoals emotionele instabiliteit, angst, depressie, nervositeit, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, minder evenwichtig sociaal functioneren, EN
- Is fysiek, psychisch en sociaal in staat aan een groepsprogramma deel te nemen.

Als exclusiecriteria gelden:

Patiënt heeft:

- Karnofsky-score ≤ 60 (*in staat tot verzorging van zichzelf, maar niet in staat te werken, meer dan 50% dat de patiënt wakker is, is deze zeer vermoeid of uitgeput*)
- Beperkende lichamelijke risico's ten gevolge van kanker, ernstige comorbiditeit OF
- Ernstige psychopathologie, ernstige cognitieve stoornissen, OF
- Beperkende bijwerkingen van de behandeling of medicatie; OF
- Een indicatie voor complexe revalidatie

Indien de huisarts of de behandelende arts van mening is dat de patiënt in aanmerking komt voor het programma, dan kan de patiënt doorverwezen worden naar de verantwoordelijke revalidatie-arts (dr. Kristof Elsen).

10.3 INHOUD VAN HET PROGRAMMA

Het behandelprogramma omvat 12 weken en is opgebouwd uit volgende onderdelen:

Behandelprogramma	<p>1. Intake: 0,5 – 1 uur per persoon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychosociale luik: door de oncopyschologe (tijdens de behandeling) • Fysieke luik: dr. Elsen (consultatie) + screening door kinesitherapeuten <p>2. Bewegingsmodule: dinsdag en donderdag van 13u tot 15u</p> <ul style="list-style-type: none"> • Methodiek: groepsbeweging met sportactiviteiten, ontspanningsoefeningen, oefenen van basisvaardigheden
--------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none">• Thema's: conditionele vaardigheden, uithoudingsvermogen, bewegingsangst, verdeling en dosering van kracht, energie en uithoudingsvermogen, plezier in bewegen, sportmogelijkheden, relaxatie.• 36 contacturen te verdelen over 12 weken op basis van de individuele indicatie/doelstelling. (2x/week) <p>3. Psycho-educatieve module : donderdag van 10u tot 12u (om de 2 weken)</p> <ul style="list-style-type: none">• Methodiek: voorlichting, gedragsgeörienteerde groepsgesprekken, gestructureerd lotgenotencontact.• Thema's:<ul style="list-style-type: none">(1) emotionele impact en fysieke gevolgen van kanker.(2) Het omgaan met angst voor herval, spanning, piekeren(3) Impact van kanker op relaties met naasten(4) Seksualiteit en kanker(5) Slaapstoornissen en vermoeidheid(6) 'Verder na kanker'• 12 contacturen te verdelen over 12 weken op basis van de individuele indicatie/doelstelling (2-wekelijkse sessies van 2u) <p>4. Tussenevaluaties: multidisciplinaire bespreking (om de 14 dagen)</p> <p>5. Evaluatie en advies: 0,5 uur per persoon (consult dr. Elsen)</p>
--	--

Zie infobrochure 'Oncorevalidatie'.

11. Samenwerkingsovereenkomsten

11.1 PALLIATIEF SAMENWERKINGSVERBAND

Het ziekenhuis dat over een zorgprogramma oncologie beschikt, moet deel uit maken van een palliatief samenwerkingsverband. **(Zie art. 28 KB 21 maart 2003)**

Het Mariaziekenhuis heeft een samenwerkingsverband met Pallion Limburg. De verpleegkundig coördinator van het Palliatief supportteam neemt deel aan de overlegmomenten van Pallion. De medisch coördinator van het zorgprogramma is lid van het palliatief support team (PST).

11.2 SAMENWERKINGSVERBANDEN ZIEKENHUIZEN I.K.V. ONCOLOGIE

11.2.1 Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)

A) Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie (MCO)

Voor elk zorgprogramma oncologie wordt één Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie ingesteld. De Commissie vervult een ondersteunende taak bij de realisatie van een aangepaste, toegankelijke, werkzame, doelmatige en geïntegreerde zorg aan iedere oncologische patiënten. Meerdere ziekenhuizen mogen gezamenlijk één Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie oprichten, wanneer ze elk afzonderlijk een erkend zorgprogramma voor oncologie aanbieden. Het Mariaziekenhuis neemt, samen met ZMK, deel aan het Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL).

B) Radiotherapie

In geval van bepaalde oncologische aandoeningen is de combinatie van cytostatica en radiotherapie de 'gouden standaard' in de behandeling van deze aandoeningen. Deze patiënten worden wanneer ze binnen het ziekenhuis opgenomen zijn met een ambulance voor een ambulante radiotherapie-sessie naar het ZOL en/of Jessa ziekenhuis vervoerd. Na deze radiotherapiesessie komen deze patiënten terug naar het ziekenhuis om hun meerdaagse chemotherapie-kuur verder te zetten.

Aangezien het Mariaziekenhuis geen radiotherapie-afdeling heeft, is er een samenwerkingsverband afgesloten met het Ziekenhuis Oost-Limburg/ Jessa o.l.v. Dr. Alen. Als radiotherapeut, neemt Dr. Alen deel aan de verschillende MOC-vergaderingen MZNL.

C) Coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en satellietborstkliniek.

Het Mariaziekenhuis heeft sinds april 2014 een erkenning voor een satellietborstkliniek. De satellietborstkliniek kan enkel worden uitgbaat in het kader van een exclusief schriftelijk juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband met een ziekenhuis dat beschikt over een coördinerende borstkliniek. Het Mariaziekenhuis heeft in dit kader een samenwerkingsovereenkomst met de coördinerende borstkliniek van het ZOL en het Ziekenhuis Maas en Kempen.

11.2.2 Universitair ziekenhuis Leuven (Gasthuisberg)

A) Zorgprogramma voor kinderoncologie

Zoals omschreven in de wet, worden kinderen met kanker of een vermoeden van kanker, primair doorverwezen naar het pediatriesch zorgprogramma oncologie van het Universitair Ziekenhuis te Leuven.

B) Complexe tumoren

Complexe tumoren worden volgens de richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek doorverwezen naar het oncologisch centrum Gasthuisberg Leuven.

11.2.3 Ziekenhuis Maas en Kempen

Elk zorgprogramma voor oncologie dient schriftelijke, niet noodzakelijk exclusieve samenwerkingsverbanden te hebben met ziekenhuizen die beschikken over een zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Dit samenwerkingsverband moet resulteren in effectieve doorverwijzingen en terugverwijzingen zoals beschreven in de wetgeving. (*Zie art. 20. KB 21 maart 2003*)

Het Mariaziekenhuis heeft een dergelijke samenwerkingsovereenkomst met het ZMK voor wat betreft de doorverwijzing van urologische en gynaecologische oncologie.

11.2.4 Leuven Universitair Centrum voor Kankerpreventie (LUCK)

De mammografische eenheid van het Mariaziekenhuis heeft een samenwerkingsverband met het erkend regionaal screeningscentrum voor borstkanker, gelegen te Leuven. Alle vrouwen van 50 tot en met 69 jaar, die verblijven in onze primaire regio, kunnen zich op uitnodiging van het screeningscentrum of doorverwijzing via de huisarts/gynaecoloog, voor een mammografische screening aanbieden op de radiologie. Er kan maar 1 screening gebeuren per 2 kalenderjaren.

In bijlagen vindt u de samenwerkingsakkoorden terug.

12. Initiatieven voor patiënten

Het Mariaziekenhuis neemt deel aan een aantal initiatieven om de oncologische zorg te ondersteunen zijnde:

12.1 LOTGENOTENGROEPEN MZNL

Omgaan met kanker is emotioneel erg belastend. Vaak krijgen patiënten steun vanuit hun omgeving, maar soms hebben patiënten behoefte om ervaringen, vragen en emoties te delen met mensen die hetzelfde doormaken of hebben doorgemaakt.

Sinds 2014 biedt het Mariaziekenhuis aan oncologische patiënten de mogelijkheid om deel te nemen aan onze lotgenotengroepen. Onder begeleiding van een psychologe komen deze groepen 1 keer per maand samen in het ziekenhuis gedurende 2 uur. Deelname is gratis.

12.2 ROOKSTOPPROGRAMMA MZNL

Roken blijft een belangrijk fenomeen in het ontstaan van kanker. Men stelt vast dat tabaksgebruik verantwoordelijk is voor 25 à 30% van alle kankers, vooral long- en keelkankers. Preventieve acties via het helpen stoppen van rokers zijn dan ook essentieel.

Elke roker kan beroep doen op het rookstopprogramma. Via een groepsaanbod of individueel aanbod wordt door een erkend psycholoog- tabakoloog de kandidaat rookstopper begeleid en ondersteund.

In een eerste sessie wordt de rookstop voorbereid. De tabakoloog peilt naar de motivatie en geeft uitleg bij de mogelijke manieren om te stoppen met roken. De gegeven uitleg is afgestemd op de stadia van verandering volgens het model van Prochaska en Diclemente.

De tweede en volgende sessies sluiten aan op de eerste sessie voor wat betreft de stadia van verandering. Er wordt of (1) verder gewerkt aan de motivatie of (2) concreet gewerkt naar de effectieve rookstop toe.

De groepssessies worden gespreid over een periode van max. 6 maanden en gaan 2 à 3 maal per jaar door in groep op maandagnamiddag of maandagavond. Iedere sessie duurt ongeveer een 2tal uur. ([zie infobrochure rook-arm, hart-rijk & stoppen met roken](#)).

Indien groepssessie niet mogelijk zijn voor de patiënt, kan er individueel bekeken worden hoe de sessies kunnen aangeboden worden. De eerste sessie duurt een 45min., een tweede en volgende sessie duurt min. 30 min. De kostprijs voor deze individuele begeleiding omvat:

30 euro voor een eerste sessie. De 7 vervolgsessies kosten **telkens 20 euro (30 euro** voor zwangere vrouwen). Via de mutualiteit kan geïnformeerd worden naar terugbetalingsmodaliteiten.

Afspraak/ contactpersonen:

- Sigrid Claes: psycholoog – erkend tabakoloog – 011/82.60.78
- Karlien Kuyken: psycholoog – erkend tabakoloog – 011/82.60.76

12.3 KOM OP TEGEN KANKER (KOTK)

Op het niet-chirurgisch dagziekenhuis zijn vrijwilligers van de ‘Kom op tegen Kanker’ actief. Ze bieden in de eerste plaats een luisterend oor en verstrekken patiënten algemene informatie. Bijkomend

stemmen zij deze informatie ook af met de oncologisch verpleegkundigen van de afdelingen en de oncocoaches.

Daarnaast verzorgt KOTK de infosessies van Look Good – Feel Better, als ook jaarlijks terugkerende **de Dag Tegen Kanker**.

12.4 DE STICHTING TEGEN KANKER (STICHTING)

De Stichting tegen kanker biedt d.m.v. het inzetten van enkele vrijwilligers, op bepaalde momenten per week de mogelijkheid tot een individuele gelaatsverzorging. Afspraken kunnen gemaakt worden bij de oncocoaches.

Tijdens de psycho-educatieve infosessie ‘Verder na Kanker’ wordt lichaamsbeweging na de oncologische behandeling gepromoot. Een medewerker van Recanto komt tijdens de sessie het bewegingsaanbod binnen onze regio toelichten, met het oog op een eventuele doorverwijzing.

12.5 'N WITTE ROOS VZW

'n Witte Roos vzw is voortgekomen uit de wens van Rina Gubanski om de mogelijkheden te scheppen om de herbalancing massagetechniek kosteloos aan te bieden ten behoeve van kankerpatiënten in ziekenhuizen. Binnen het Mariaziekenhuis bieden deze vrijwilligers hand- en voetmassages aan bij onze verblijvende oncologische patiënten.

12.6 LOTGENOTENGROEP 'ONTBOEZEMING'

'Ontboezeming' is een onafhankelijke lotgenotengroep specifiek voor vrouwen met borstkanker in de regio Noord-Limburg. Deze lotgenotengroep werkt nauw samen met de borstkliniek van het Mariaziekenhuis.

- Ze organiseren groepsgesprekken, maar ook persoonlijk contact kan
- Ze bezoeken geregeld patiënten van het daghospitaal van het Mariaziekenhuis en bieden hen een luisterend oor aan
- Ze zorgen voor een gevarieerd activiteitenprogramma.

12.7 'LEVENSLLOOP'

'Levensloop' is een feestelijk evenement voor alle leeftijden. Het draait helemaal rond solidariteit en fondsenwerving voor de strijd tegen kanker. Het gemeenschapsleven van een stad of gemeente komt gedurende 24u samen om:

- ❖ mensen die kanker overleefden of er nog tegen vechten, te vieren en in de bloemetjes te zetten;
- ❖ mensen te herinneren die aan kanker overleden zijn;
- ❖ als gemeenschap op te staan en samen de strijd op te nemen tegen kanker.

Teams lossen elkaar 24 uur lang af, tijdens een estafette rond een parcours. Hiervoor laten ze zich sponsoren. Er staat telkens minstens 1 persoon van het team op de piste. Levensloop is geen competitie! Het is wel een bijeenkomst van heel het verenigingsleven van een stad of gemeente.

De 24 uur symboliseren het voortdurend gevecht van patiënten en hun naasten tegen de ziekte.

Het Mariaziekenhuis neemt jaarlijks met een team deel aan dit evenement in de gemeente Lommel.

12.8 'ONCOWIJZER'

Oncowijzer, is een initiatief van oncologisch onderzoekscetrum Erica Thijs. De wijzer maakt mensen wegwijs doorheen het hele oncologische hulpverleningslandschap.

12.9 'PATIËNTENINFORMATIEBROCHURES MZNL'

Binnen de afdelingen van het zorgprogramma worden een aantal infobrochures gebruikt, die al dan niet opgenomen worden in het zorgboekje van de patiënt:

- Port-a-cath: afsluiten van een ultraflowpomp en verwijderen van grippernaald
- Stoppen met roken
- Blijven eten en ervan genieten: voedingsadvies voor kankerpatiënten
- Het oncologisch begeleidingsteam
- Palliatieve zorg
- Chemo: veiligheidsmaatregelen thuis
- **Specifieke en algemene informatiebrochure chemotherapie (FEC, TAXOTAIRE...)**
- Onthaalbrochure van de afdeling A21, Pneumologie
- Onthaalbrochure van de afdeling A22, Cardio-oncologie
- Onthaalbrochure B1 Daghospitaal
- Borstcentrum
- Oncorevalidatie

Daarnaast stelt de Stichting tegen Kanker en de Vlaamse Liga tegen Kanker nog verschillende folders ter beschikking aan onze patiënten. De folders zijn terug te vinden in de dagzalen van de betrokken afdelingen of aan te vragen via de oncocoaches.

Bijlage 1: Handleiding voor registratie van een nieuwe diagnose

1. WELKE TUMOREN DIENT U TE REGISTREREN?

- Alle nieuwe diagnoses van kanker, m.a.w. alle maligne tumoren, invasief of in situ (Basocellulaire carcinomen dienen niet geregistreerd te worden.)
- Alle hematologische tumoren, myeloproliferatieve aandoeningen en myelodysplastische syndromen
- Centraal zenuwstelsel: alle tumoren (benigne en maligne)
- Urinair systeem: alle urotheliale tumoren (laag maligne potentieel, in situ en invasief)
- Ovarium: alle maligne tumoren en alle borderline epitheliale tumoren Alle nieuwe diagnoses, al dan niet besproken op een MOC, dienen geregistreerd te worden P(2)P. Indien er 2 of meerdere tumoren gediagnosticeerd werden (bv. in verschillende organen, bilaterale borsttumoren,), gelieve dan voor elke tumor een afzonderlijk formulier in te vullen.

2. HOE MOET U HET FORMULIER INVULLEN?

2.1 Administratieve gegevens van de patiënt

a) **U gebruikt de webtoepassing van het Kankerregister:**

Gelieve de administratieve gegevens in te vullen op het eerste scherm.

b) **U gebruikt de webtoepassing niet:**

1) U gebruikt een informaticatoepassing, eigen aan uw ziekenhuis:

Gelieve het Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) in te vullen. Meestal komt dit nummer overeen met het rijksregisternummer dat u terugvindt op de SIS-kaart van de patiënt of op zijn ziekenfondsklevertjes. Gelieve eveneens de naam, geboortedatum, geslacht en postcode van de patiënt in te vullen.

2) U werkt met papieren formulieren:

Gelieve een ziekenfondsklevertje op het formulier te kleven. Het klevertje dient recent te zijn en voorzien van het INSZ-nummer. Wij raden u tevens aan om contact met ons op te nemen in verband met onze webtoepassing.

2.2 Gegevens in verband met de tumor

A. Incidentiedatum ⁽¹⁾

De incidentiedatum is de datum van eerste diagnose van maligniteit. Dit is niet de datum van het MOC. Dit is wel de datum van (volgens afnemende prioriteit):

1. *Eerste microscopische bevestiging* van maligniteit (histologisch of cytologisch)

Dit is de meest frequente situatie. Toch kan het voorkomen dat er geen microscopische bevestiging is of dat die pas na de eerste behandeling volgt. In dit geval kiest u één van de volgende mogelijkheden:

2. Eerste *hospitalisatie* voor kanker
3. Eerste *consultatie* o.w.v. maligniteit
4. Eerste klinische of technische *diagnose*
5. Begin van *behandeling* voor kanker
6. *Overlijden* (indien geen enkele andere info beschikbaar)

Bij een recidief of metastase van een reeds gekende primaire tumor, gebruikt u het formulier voor een "Follow-up" en is de incidentiedatum die van de primaire tumor!

B. Basis van diagnose

De basis van diagnose is de meest betrouwbare techniek waarmee de diagnose werd gesteld. Deze is niet noodzakelijk gelinkt aan de incidentiedatum !

De basis van diagnose is:

- 1 = autopsie (enkel bij toevallige vondst, niet van toepassing bij MOC)
- 2 = histologie primaire tumor
- 3 = histologie metastase
- 4 = cytologie/hematologie
- 5 = technisch onderzoek
- 6 = klinisch onderzoek
- 7 = tumormerker (bvb. PSA, HCG, AFP, Ig,...)
- 8 = onbekend

Een diagnose wordt vaak gesteld aan de hand van meerdere onderzoekstechnieken. In dit geval neemt u de meest betrouwbare volgens volgende afnemende prioriteit: 2 > 3 > 4 > 7 > 5 > 6.

C. WHO-score

De WHO-score is de performantiescore van de patiënt op het ogenblik van diagnose.

- 0 = asymptomatisch, normale activiteit
- 1 = symptomatisch, maar ambulant
- 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag
- 3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag
- 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig

D. Primaire tumorlokalisatie

De primaire tumorlokalisatie is het orgaan of weefsel waar de primaire tumor ontstaan is. Dit is niet de plaats van een recidief of een metastase. Dit is eveneens niet altijd de plaats van biopsie (bv. biopsie van een klier). Vul "Onbekend" (= "C809") in indien de primaire tumor niet gevonden werd.

De codes hiervoor worden voorzien door de "Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie" of ICD-O, derde editie ⁽³⁾

1) Indien u de webtoepassing gebruikt:

- U kunt het orgaan systematisch opzoeken door op het vergrootglasje te klikken.

- U kunt direct de code intikken indien u die kent.
- U kunt de naam van het orgaan intikken en een suggestielijst wordt vervolgens aangeboden.

2) Indien u de webtoepassing niet gebruikt:

U vindt de lijst met alle codes in de ICD-O, derde editie. U kan deze bekomen bij de Stichting Kankerregister.

E. Lateraliteit

Links, rechts, onpaar of onbekend (in geval van een paar orgaan)

F. Histologische diagnose

De histologie wordt eveneens gecodeerd volgens de ICD-O-3-classificatie (vanaf incidentiejaar 2002).

Het gedrag wijst op het al dan niet invasief karakter van de tumor en wordt uitgedrukt door het 5^{de} cijfer van de histologiecode, het cijfer na de “/”:

- 0 = benigne
- 1 = borderline
- 2 = maligne, in situ
- 3 = maligne, invasief

Alle tumoren met gedrag 2 en 3 dienen geregistreerd te worden. Voor het urinair systeem en het ovarium registreert men bovendien ook de borderline-tumoren (gedrag=1). Voor het centraal zenuwstelsel worden ook de goedaardige tumoren (gedrag=0) geregistreerd (zie ook “Welke tumoren dient u te registreren?”)

Indien in de tumor eenzelfde histologische component voorkomt maar met een verschillend gedrag, neemt dan de hoogste index.

Indien u de juiste histologische beschrijving of code niet terug vindt, neem dan “8000/3” en specificeer verder in het veldje “opmerkingen” (of op het formulier indien u niet met de webtoepassing werkt).

G. Differentiatiegraad

De differentiatiegraad duidt aan in welke mate de tumorcellen gelijken op de cellen van het weefsel waaruit ze ontstaan zijn. Het is een indicatie voor de graad van agressiviteit van de tumor:

- 1 = goed gedifferentieerd
- 2 = matig gedifferentieerd
- 3 = weinig gedifferentieerd
- 4 = ongedifferentieerd / anaplastisch
- 5 = onbekend

Indien de tumor voorkomt met een verschillende differentiatiegraad, neem dan de hoogste graad.
Bv. “adenocarcinoma, matig tot weinig gedifferentieerd”: neem differentiatiegraad “3” (=weinig gedifferentieerd).

Opgelet, voor lymfomen en leukemieën duidt men hier niet de differentiatiegraad aan, maar wel het celtype:

5 = T-cel

6 = B-cel

7 = Null-cel

8 = Natural killer-cel

9 = Onbekend

H. Klinische TNM

De TNM duidt de mate van uitbreiding van de tumor aan. De “T” (Tumour) beschrijft de lokale uitbreidheid van de tumor, de “N” (Nodes) beschrijft de regionale uitbreiding in de klieren en de “M” (Metastasis) beschrijft de uitbreiding op afstand.

De klinische TNM of cTNM is de TNM op het moment van diagnose. Deze mag niet meer gewijzigd worden na start van een behandeling.

De klinische TNM wordt ingevuld volgens TNM, 6e editie(4), vanaf incidentiejaar 2003.

In geval van twijfel (bv. T1 à T2, N2 of N3,), codeer dan de laagste T of N.

I. Pathologische TNM

De pathologische TNM of pTNM is de TNM na resectie van de tumor. Een pTNM kan dus niet altijd ingevuld worden.

De (y)pT wordt enkel ingevuld indien de patiënt een resectie van de primaire tumor (=behandeling ‘10’) onderging.

De (y)pN wordt ingevuld indien men de regionale klieren heeft verwijderd.

De (y)pM wordt ingevuld indien men een biopsie of resectie van een metastase heeft uitgevoerd.

Men spreekt van ypTNM indien reeds andere behandelingen de heelkundige behandeling voorafgingen (neo-adjuvante behandeling).

De pTNM wordt niet ingevuld of aangepast bij een recidief of metastase.

De pathologische TNM wordt eveneens ingevuld volgens TNM, 6^e editie⁽⁴⁾, vanaf incidentiejaar 2003.

In geval van twijfel (bv. T1 à T2, N2 of N3,), codeer dan de laagste T of N.

J. Andere classificatie

- **Classificatie:**

1 = Ann Arbor: voor lymfomen

([2] = Dukes: wordt niet meer gebruikt, gelieve de TNM in te vullen)

3 = FIGO: voor de gynaecologische tumoren (mag eventueel ingevuld worden, maar bij voorkeur de TNM invullen)

4 = Salmon Dury: voor myelomen

5 = Clark: voor melanomen (mag eventueel ingevuld worden, maar bij voorkeur de TNM invullen)

6 = Breslow: voor melanomen (ter aanvulling, bij de TNM)

- **Stadium:**

Vul, voor de gekozen classificatie, het overeenkomstige stadium in.

11. Datum van eerste behandeling

De datum van eerste behandeling kan nooit vóór de incidentiedatum vallen. De datum waarop de patiënt elke behandeling weigert of wanneer men beslist om niet te behandelen, is eveneens een geldige datum van eerste behandeling.

12. Reeds uitgevoerde behandelingen

De behandelingen dienen chronologisch ingevuld te worden. Het eerste veldje is verplicht in te vullen, vul eventueel en zo nodig 'Geen therapie' of 'Therapie onbekend' in.

13. Verder behandelingsplan

De behandelingen dienen chronologisch ingevuld te worden. Het eerste veldje is verplicht in te vullen, vul eventueel 'Geen therapie' of 'Therapie onbekend' in.

14. Reden van MOC

De reden van MOC dient ingevuld te worden enkel voor gevallen die op een MOC werden besproken. Kies één van de voorgestelde redenen of kies "Andere" en specificeer. Indien u gebruik maakt van de webtoepassing, dan heeft u ook de mogelijkheid om "De ingevulde registratie werd niet besproken op een MOC" aan te duiden.

REFERENTIES

1. Tyczynski J., Démaret E., Parkin D.: *Standards and guidelines for cancer registration in Europe: the ENCR recommendations*. Lyon: IARC; 2003.
2. Koninklijk besluit van 21/03/2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend. Belgisch Staatsblad 2003;22398-22411.

3. Vlaams Kankerregistratienetwerk, VLK: *Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie*. derde editie; WHO; Brussel; 2004.
4. International Union Against Cancer, Sobin L., Wittekind C. Eds: *TNM Classification of Malignant Tumours. Sixth Edition*. Washington: John Wiley & Sons; 2002.

Bijlage 2: Handleiding voor registratie van een follow-up

1. WAT MOET U REGISTREREN?

Wanneer een recidief, een metastase of een progressie van een reeds gekende tumor op een MOC besproken wordt, moet het registratieformulier voor een follow-up ingevuld worden.

1.1 Administratieve gegevens van de patiënt

a) U gebruikt de **webtoepassing van het Kankerregister**:

Gelieve de administratieve gegevens in te vullen op het eerste scherm.

b) U gebruikt de **webtoepassing niet**:

- U gebruikt een informaticatoepassing, eigen aan uw ziekenhuis:

Gelieve het Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) in te vullen. Meestal komt dit nummer overeen met het rijksregisternummer dat u terugvindt op de SIS-kaart van de patiënt of op zijn ziekenfondsklevertjes. Gelieve eveneens de naam, geboortedatum, geslacht en postcode van de patiënt in te vullen.

- U werkt met papieren formulieren:

Gelieve een ziekenfondsklevertje op het formulier te kleven. Het klevertje dient recent te zijn en voorzien van het INSZ-nummer. Wij raden u tevens aan om contact met ons op te nemen in verband met onze webtoepassing.

1.2 Gegevens over de primaire tumor

A. Primaire tumorlokalisatie

Dit is het orgaan of weefsel waarin de primaire tumor ontstaan is. Omdat het hier over een follow-up gaat, dient de aandacht gevestigd te worden op het feit dat hier wel degelijk de lokalisatie van de primaire tumor ingevuld dient te worden, ook al is deze misschien verwijderd in de voorgaande jaren. Hier wordt dus niet de lokalisatie van een metastase ingevuld !

Vul "Onbekend" (= "C80.9") in indien de lokalisatie van de primaire tumor niet gekend is. De codes hiervoor worden voorzien door de "Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie" of ICD-O, derde editie P(1)P

B. Histologie van de primaire.

De histologie wordt eveneens gecodeerd volgens de ICD-O-3-classificatie (vanaf incidentiejaar 2002).

Indien u de juiste histologische beschrijving of code niet terug vindt, neem dan "8000/3" en specificeer verder in het veldje "opmerkingen" (of op het formulier indien u niet met de webtoepassing werkt).

C. Incidentiedatum

De incidentiedatum is altijd de datum van eerste diagnose van de primaire tumor! Zo nodig volstaat het enkel het jaartal in te vullen. De datum van microscopische bevestiging van de diagnose heeft hierbij voorrang op de datum van technische of klinische bevestiging van de diagnose.

D. Ziektevrij interval?

Indien de patiënt een periode van volledige remissie gekend heeft, kies dan 'ja'. Indien de kanker zich voortdurend heeft gemanifesteerd zonder volledig remissie, kies dan 'neen'.

E. Datum eerste recidief (indien ziektevrij interval)

Ook hier heeft de datum van microscopische bevestiging van de diagnose van het eerste recidief voorrang op de datum van technische of klinische bevestiging van de diagnose.

F. Lokaal, regionaal en/of metastase

Opgelet, het gaat hier enkel over het eerste recidief !

1.3 Behandelingsplan in het kader van het huidige probleem

Vul de behandelingen chronologisch in, zoals besproken op het MOC

1.4 Reden MOC

Kies één van de voorgestelde redenen of kies "Andere" en specificeer.

REFERENTIES

(1) Vlaams Kankerregistratienetwerk, VLK: *Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie*. derde editie; WHO; Brussel; 2004

Bijlage 55

KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR EEN NIEUWE DIAGNOSE

Patiënt : Geb. datum :
 Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: Geslacht :

1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY)
 volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging. 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis. 3=overlijden

2. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden):
 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC) 5 = technisch (bv. RX, endoscopie, ...)
 2 = histologie primaire tumor 6 = klinisch
 3 = histologie metastase 7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
 4 = cytologie/hematologie 9 = onbekend

3. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen)
 0 = asymptomatisch, normale activiteit 3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag
 1 = symptomatisch, maar ambuland 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig
 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag

4. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen)

5. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen) 1.links 2.rechts 3.onbekend

6. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen):

7. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen): 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend

8. KLINISCHE TNM (UICC 2002) : cT cN cM

9. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002): pT pN pM

10. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen)
 1.Ann Arbor, [2], 3.Figo, 4.Salmon Dury, 5.Clark, 6.Breslow, andere (invullen):.....
 Stadium (invullen):.....

11. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY):

12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN:
 chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling

--	--	--

10:heelkunde 15:beenmergtransplantatie 70: symptomatisch
 20:externe radiotherapie/curietherapie 30:isotopen 90:geen therapie
 25:concomitant chemoradiotherapie 50:hormonale therapie 95:weigeren therapie
 40:chemotherapie 60:immunotherapie 99:onbekend
 80:andere vorm van behandeling (invullen):.....

13. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intentie tot)
 codes chronologisch invullen zie punt 12

--	--	--	--	--	--

14. REDEN MOC (aankruisen)
 patiënt met een nieuwe diagnose van kanker
 voorafgaand aan een oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
 voorafgaand aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
 voorafgaand aan een chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
 andere (invullen):.....

ARTS COÖRDINATOR (stempel)
 Dr.:RIZIV-nr.:.....
 Instelling:
 Datum:

Bijlage 55 (vervolg)

KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR HET REGISTREREN VAN FOLLOW-UP

Patiënt : Geb.datum :

Nationaal nr./Ziekenfondsnr.: Geslacht :

I) GEGEVENS OVER DE PRIMAIRE TUMOR

PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen):
.....

HISTOLOGIE VAN DE PRIMAIRE TUMOR (invullen):
.....

INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY):..... (het jaar is voldoende indien niet te traceren).

volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging 2=klin.evaluatie/opname ziekenhuis

ZIEKTEVRIJ INTERVAL? (omcirkelen): JA NEEN

DATUM EERSTE RECIDIEF (indien ziekte vrij interval) (DD-MM-YYYY):

volgorde afnemende prioriteit : 1= hist/cyto bevestiging 2= opname ziekenhuis/klinische evaluatie

(omcirkelen, meerdere items mogelijk) lokaal regionaal metastasen

II) BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIG PROBLEEM (intentie tot)

Chronologisch invullen

- | | | |
|---|---------------------------|-----------------------|
| 10:heelkunde | 15:beenmergtransplantatie | 70: symptomatisch |
| 20:externe radiotherapie/curietherapie | 30:isotopen | 90:geen therapie |
| 25:concomitant chemoradiotherapie | 50:hormonale therapie | 95:weigering therapie |
| 40:chemotherapie | 60:immunotherapie | |
| 80: andere vorm van behandeling: (invullen) | | |

--	--	--	--	--	--

III) REDEN MOC (omcirkelen)

- behandeling van een patiënt met een recidief
- behandeling van een patiënt met een progressieve ziekte
- voorafgaand aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
- aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
- aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekerings-tegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
- andere (invullen):.....

ARTS COÖRDINATOR (stempel)

Dr.: RIZIV-nr.:.....

Instelling:

Datum:

Bijlage 5: Tarificatiedienst en attestering MOC Mariaziekenhuis Noord-Limburg (MZNL)

Gelieve de volgende erelonen in het kader van het kader van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) aan te rekenen aan de mutualiteit.

Plaats verstrekking: Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Overpelt

Datum vergadering MOC gastro-enterologie:

<u>Coördinator MOC</u>	<u>Riziv-nummer</u>	<u>Verstrekking</u>
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350372-350383 K80 +Nr. 350453-350464 K15
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350276-350280 K50 +Nr. 350453-350464 K15
<u>Specialisten</u>		
Dr. C. De Vleeschouwer	1-36194-91-650	Nr. 350394-350405 K17
Dr. K. Nelissen	1-73711-16-653	Nr. 350394-350405 K17
Dr. P. Ceulemans	1-19673-25-140	Nr. 350394-350405 K17
Dr. J. Matheï	1-76586-51-140	Nr. 350394-350405 K17
Dr. K. Boon	1-74161-51-140	Nr. 350394-350405 K17
Dr. N. Karremans	1-98336-29-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. I. Wyn	1-73789-35-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. R. Ahmad	1-98339-26-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Soffers	1-38422-94-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr. M. Billen	1-17062-17-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Lambert	1-08116-39-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Roefflaer	1-19559-42-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Vandendriessche	1-07968-90-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. G. Van Tendeloo	1-72718-39-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. S. Traen	1-36849-18-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. T. Thywissen	1-74043-72-930	Nr. 350394-350405 K17
<u>Extra muros</u>		
Dr. E. Dubaere	1-98817-33-960	Nr. 350416-350420 K25

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het MOC gastro-entro dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372 – 350383, 350276-350280 en 350291-350302 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Handtekening coördinator:

Bijlage 6: Tarificatiedienst en attestering MOC Mariaziekenhuis Noord-Limburg (MZNL)

Gelieve de volgende erelonen in het kader van het kader van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) aan te rekenen aan de mutualiteit.

Plaats verstrekking: Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Overpelt

Naam:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Datum vergadering MOC gynaecologie:

<u>Coördinator MOC</u>	<u>Riziv-nummer</u>	<u>Verstrekking</u>
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350372-350383 K80
		+Nr. 350453-350464 K15
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350276-350280 K50
		+Nr. 350453-350464 K15
<u>Specialisten</u>		
Dr. K. Verbeke	1-72273-96-340	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Schops	1-76592-45-340	Nr. 350394-350405 K17
Dr. S. Thijssen	1-99779-41-340	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Bakal	1-98823-27-210	Nr. 350394-350405 K17
Dr. N. Karremans	1-98336-29-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. I. Wyn	1-73789-35-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. T. Thywissen	1-74043-72-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. M. Billen	1-17062-17-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Lambert	1-08116-39-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Roefflaer	1-19559-42-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Vandendriessche	1-07968-90-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. S. Traen	1-36849-18-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. G. Van Tendeloo	1-72718-39-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. R. Ahmad	1-98339-26-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Soffers	1-38422-94-970	Nr. 350394-350405 K17
<u>Extra muros</u>		
Dr. E. Dubaere	1-98817-33-960	Nr. 350416-350420 K25

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het MOC gynaecologie dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372 – 350383, 350276-350280 en 350291-350302 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Handtekening coördinator:

Bijlage 7: Tarificatiedienst en attestering MOC Mariaziekenhuis Noord-Limburg (MZNL)

Multidisciplinair Oncologisch Consult

Klever patiënt:

Aanvrager MOC: RIZIV :

Coördinator MOC: **Dr. K. Vandeurzen** RIZIV : **1-08324-25-620** 350372/350383 K80
 (eerste MOC)
 350276/350280 K50
 (opvolgings-MOC)
 350291/350302 K80
 (verwezen uit ander ZH)

Deelnemers MOC:

- | | | | |
|----|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| 1. | Dr. I. Rademakers | RIZIV : 1-18865-57-620 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. C. Pollefliet | RIZIV : 1-19151-62-620 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. D. Gullentops | RIZIV : 1-98772-78-620 | 350394/350405 K17 ----- |
| 2. | Dr. M. Billen | RIZIV : 1-17062-17-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. G. Vantendeloo | RIZIV : 1-72718-39-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. F. Roefflaer | RIZIV : 1-19559-42-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. S. Traen | RIZIV : 1-36849-18-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. L. Vandendriessche | RIZIV : 1-07968-90-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. L. Lambert | RIZIV : 1-08116-39-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. T. Thywissen | RIZIV : 1-74043-72-930 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. R. Ahmad | RIZIV: 1-98339-26-970 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. F. Soffers | RIZIV: 1-38422-94-970 | 350394/350405 K17 ----- |
| 3. | Dr. I. Wyn | RIZIV : 1-73789-35-870 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. N. Karremans | RIZIV : 1-98336-29-870 | 350394/350405 K17 ----- |
| 4. | Dr. O. Soepenbergh | RIZIV : 1-73723-04-660 | 350394/350405 K17 ----- |
| | Dr. J. De Dyn | RIZIV : 1-44742-79-140 | 350394/350405 K17 ----- |

Extra Muros

- | | | | |
|----|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|
| 1. | Dr. E. Dubaere | RIZIV : 1-98817-33-960 | 350416/350420 K25 ----- |
|----|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekkings 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Instelling
**Mariaziekenhuis
 Pelt**

Datum MOC

Handtekening coördinator

Bijlage 8: Tarificatiedienst en attestering MOC Mariaziekenhuis Noord-Limburg (MZNL)

Gelieve de volgende erelonen in het kader van het kader van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) aan te rekenen aan de mutualiteit.

Plaats verstrekking: Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Overpelt

Vergadering: MOC urologie Datum vergadering:

Patiëntnaam:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Aanvragende geneesheer:

Ziekenfonds:

Deelnemers Multidisciplinair Oncologisch Consult

<u>Coördinator</u>	<u>RIZIV-nummer</u>	<u>Verstrekking</u>
Dr. S. Schapmans	1-17703-55-450	Nr. 350372-350383 K80
Dr. S. Schapmans	1-17703-55-450	Nr. 350276-350280 K50

Specialisten

Dr. K. De Coster	1-99354-78-450	Nr. 350394-350405 K17
Dr. J. Van Dyck	1-49069-20-450	Nr. 350394-350405 K17
Dr. N. Zabegalina	1-38184-41-450	Nr. 350394-350405 K17
Dr. N. Karremans	1-98336-29-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. I. Wyn	1-73789-35-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350394-350405 K17
		+Nr. 350453-350464 K15
Dr. R. Ahmad	1-98339-26-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Soffers	1-38422-94-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr. J. Matheï	1-76586-51-140	Nr. 350394-350405 K17
Dr. P. Ceulemans	1-19673-25-140	Nr. 350394-350405 K17

Extramuros

Dr. E. Dubaere	1-98817-33-960	Nr. 350416-350420 K25
----------------	----------------	-----------------------------

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het MOC urologie dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372 – 350383, 350276-350280 en 350291-350302 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Handtekening coördinator:

Bijlage 9: Tarificatiedienst en attestering MOC Mariaziekenhuis Noord-Limburg (MZNL)

Gelieve de volgende erelonen in het kader van het kader van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) aan te rekenen aan de mutualiteit.

Plaats verstrekking: Mariaziekenhuis Noord-Limburg te Overpelt

Naam:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Datum vergadering MOC overige:

<u>Coördinator MOC</u>	<u>Riziv-nummer</u>	<u>Verstrekking</u>
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350372-350383 K80
		+Nr. 350453-350464 K15
Dr. O. Soepenbergh	1-73723-04-660	Nr. 350276-350280 K50
		+Nr. 350453-350464 K15

Specialisten

Dr. N. Karremans	1-98336-29-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. I. Wyn	1-73789-35-870	Nr. 350394-350405 K17
Dr. T. Thywissen	1-74043-72-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. M. Billen	1-17062-17-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Lambert	1-08116-39-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Roefflaer	1-19559-42-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. L. Vandendriessche	1-07968-90-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. S. Traen	1-36849-18-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. G. Van Tendeloo	1-72718-39-930	Nr. 350394-350405 K17
Dr. R. Ahmad	1-98339-26-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr. F. Soffers	1-38422-94-970	Nr. 350394-350405 K17
Dr.	Nr. 350394-350405 K17

Extra muros

Dr. E. Dubaere	1-98817-33-960	Nr. 350416-350420 K25
----------------	----------------	-----------------------------

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het MOC overige dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350372 – 350383, 350276-350280 en 350291-350302 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Handtekening coördinator

Bijlage 10: Administratieve toelichting MOC

9.1 ALGEMEEN: ADMINISTRATIEVE TOELICHTING

9.1.1 Onderdelen van het MOC

Het multidisciplinair oncologische consult (MOC) bestaat uit 2 delen zijnde:

- (1) Een wetenschappelijk luik (Kankerregistratie: zie punt 5)
- (2) Een wettelijk luik (mutualiteiten)

Deze 2 luiken verlopen analoog aan elkaar met uitzondering van:

1) Nederlandse patiënten

Nederlandse patiënten (woonachtig in Nederland), die op een MOC-overleg in België worden besproken, mogen wel geattesteerd worden, maar niet opgenomen in de Belgische statistiek.

2) Overleden patiënten

Indien het MOC-overleg plaats vindt na de overlijdensdatum van de patiënt dan kan dit nooit geattesteerd worden, maar de wetenschappelijke gegevens mogen wel geregistreerd worden in het kankerregister.

9.1.2 Voorwaarden voor het MOC

A) Voorwaarden tot MOC voor het wetenschappelijk luik

ALLE tumoren met histologisch gedrag / 2 (in situ) en /3 (invasief)

Uitzonderingen:

Ovarium (C56.9): ook tumoren met gedrag /1 (borderline)

Urinair systeem (C65 – C68): ook tumorenges met gedrag /1 (borderline)

Centraal zenuwstelsel: ook alle tumoren met gedrag /0 (benigne) en / 1 (borderline)

Niet verwikkelde spinocellulaire en basocellulaire carcinomen van de huid worden niet opgenomen in de statistiek.

B) Voorwaarden tot MOC voor het wettelijk luik

B.1. MOC-overleg is verplicht voorafgaand aan:

- Elke oncologische behandeling die afwijkt van het kwaliteitshandboek van het betrokken ziekenhuis.
- Elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in 1^{ste} fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het MOC
- Elke oncologische behandeling met aanwending van heelkunde, medicatie of een combinatie van de twee
- Ter gelegenheid van de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen de 12 maanden na aanvang van de 1^{ste} bestralingsreeks

Indien een behandeling wordt ingesteld zonder MOC, dan houdt de behandelende geneesheer alle documenten ter motivatie van zijn keuze ter beschikking van de adviserend-geneesheer.

B.2. Van de deelnemende geneesheren is er minstens 1 geneesheer-specialist (coördinator of deelnemer):

- met bijzondere ervaring in de oncologische chirurgie OF
- is erkent als geneesheer specialist in de medische oncologie OF
- in de radiotherapie-oncologie OF
- heeft een bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie OF
- de pediatrie hematologie en oncologie

B.3 Voor elk MOC-overleg is een schriftelijke aanvraag vereist door:

- behandelende erkende huisarts OF
- algemeen geneeskundige met verworven rechten OF
- geneesheer-specialist met uitsluiting van geneesheer-specialist in de:
 - klinische biologie
 - anatomopathologie
 - röntgendiagnose

B.4 Er is een schriftelijk verslag van elk MOC-overleg, gemaakt door de coördinator, met vereiste vermelding van:

- een overzicht van medische gegevens
- diagnose
- concreet behandelingsplan
- prognose

B.5 Attestering gebeurt op vraag van de coördinator die de aanwezigheid van de deelnemers bevestigt door handtekening op het tarificatieattest.

B.6 Niet-verwikkelde spinocellulaire en basocellulaire carcinomen van de huid worden niet opgenomen in de statistiek en bijgevolg mogen deze ook niet geattesteerd worden.

9.1.3 Nomenclatuur

Gelijktijdige fysieke aanwezigheid van:

<u>8.1.3.1</u>	<u>Coördinator</u>	350372 – 350383 K80 Eerste MOC Cfr. Voorwaarden 1 en 2
	EN	3500453 – 350464 K15 Bijkomend honorarium Enkel aanrekenbaar door de geneesheer-specialist in de medische oncologie, of houder van een bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of in de pediatrie hematologie en oncologie wanneer deze het multidisciplinair oncologisch consult coördineert.

- OF 350276 – 350280 K50** Follow-up MOC
Aanrekenbaar bij opvolging van de behandeling waarbij een objectieve noodzaak bestaat de diagnose in vraag te stellen en/of therapeutische planning aan te passen EN/OF ter gelegenheid van de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen 12 maanden na aanvang van de 1^{ste} bestralingsreeks. In het laatste geval is de FU MOC zelfs VERPLICHT.
- OF 350291 – 350302 K80** Bijkomend MOC op vraag van ander ZH
Aanrekenbaar indien eerste MOC geen aanleiding gaf tot definitieve diagnose of concreet behandelingsplan.

8.1.3.2 Deelnemers (minimum 3 maximum 4)

- 350394 – 350405 K17**
Uitsluitend aanrekenbaar in combinatie met één van de nummers vermeld onder 1
- EN 350475 – 350480 K17** Bijkomend honorarium aanrekenbaar door de geneesheer-specialist in de medische oncologie, of houder van een bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of in de pediatrie hematologie en oncologie wanneer deze het multidisciplinair oncologisch consult bijwoont.

Nomenclatuurnummers onder 8.1.3.1 en 8.1.3.2 (met uitsluiting van bijkomende honoraria) zijn onderling niet cumuleerbaar.

8.1.3.3 Deelname van geneesheer die geen deel uitmaakt van de ziekenhuisstaf

- 350416 – 350420 K25**
Kan uitsluitend geattesteerd worden in combinatie met nomenclatuurnummers vermeld onder 8.1.3.1 en 8.1.3.2 en dekt tevens de verplaatsingskosten.

8.1.3.4 Nomenclatuurnummers die niet via MOC-administratie geattesteerd worden maar via CONSULTATIE.

- 350254 – 350265 K50** Toelichting over MOC in een afzonderlijk overleg met de patiënt door de GENEESHEER-SPECIALIST die deelnam aan het MOC-overleg.
- 350232 K50 toelichting over MOC in een afzonderlijk overleg met de patiënt door de HUISARTS

MCO ZOL MZNL ZMK 05-2011

SAMENWERKINGSOVEREENKOMST TUSSEN ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG EN
MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG M.t. 7 BETREKKING TOT HET
COORDINEREND GESPECIALISEERD ONCOLOGISCH ZORGPROGRAMMA VOOR
BORSTKANKER EN HET Gf. SPECIALISEERD ONCOLOGISCH ZORGPROGRAMMA

TUSSEN

De: autonome verzorgingsinstelling, het Ziekenhuis Oost-Limburg, met zetel te 3600 Genk, Schiepse Bos 6, ondernemingsnummer 0256.543.917, hierbij vertegenwoordigd overeenkomstig haar statuten door enerzijds haar voorzitter, de heer Tom Arts en anderzijds haar algemeen directeur, de heer Erwin Bonnans,

Hierna genoemd "ZOL" of "de coördinerende borstkliniek"

EN

Het Mariaziekenhuis Noord-Limburg, VZW met zetel te 3900 Overpelt, Maesensveld 1, ondernemingsnummer 0445.662.144, hierbij vertegenwoordigd overeenkomstig haar statuten door enerzijds haar voorzitter, mevrouw Christel Kuppelms, en anderzijds haar algemeen directeur, de heer Roger Luyten,

Hierna genoemd "het Mariaziekenhuis" of "de satellietborstkliniek"

In aanwezigheid van

De dienst gynaecologie van het Ziekenhuis Oost-Limburg Autonome Verzorgingsinstelling, **vertegenwoordigd** door het diensthoofd, **dokter Willem Ombelet**

EN

De dienst gynaecologie van de **Vereniging** Zonder Winstoogmerk Mariaziekenhuis, vertegenwoordigd door het diensthoofd, dokter Kaal **Verbeke**

/ r.t .f , L7 ≤ C¹

IS OVEREENGEKOMEN HETGEEN VOLGT

Artikel 1. Voorwerp van de samenwerking

§ 1. Partijen gaan, volgens de hierna omschreven modaliteiten een duurzaam geïntegreerd samenwerkingsverband aan met als voorwerp de gezamenlijke organisatie en exploitatie van het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en dit op basis van het Koninklijk Besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma moet voldoen om te worden erkend, met inbegrip van de wijzigingen zoals aangebracht door het Koninklijk Besluit van 15 december 2013.

§ 2. Partijen verbinden zich er toe om gezamenlijk, door de ontwikkeling van een duurzaam samenwerkingsverband gebaseerd op deze overeenkomst, de realisatie van volgende doelstellingen na te streven:

1. Een wezenlijke bijdrage te leveren tot het behoud en de uitbouw van een toegankelijk en hoogkwalitatief aanbod van patiëntenzorg op het vlak van kwaadaardige aandoeningen van de borst(en) dit zowel klinisch als ambulant.
2. Een juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband te sluiten met het oog op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling, de revalidatie en de opvolging van patiënten met kwaadaardige aandoeningen van de borst(en).

Artikel 2. Doel van de samenwerking

§ 1. Het doel van de samenwerking bestaat in een samenwerking met betrekking tot het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor Borstkanker, het waarborgen van de kwaliteit, m.n. de diagnose, de multidisciplinaire behandeling, de opvolging, de revalidatie van patiënten met kwaadaardige borstaandoeningen, evenals het optimaliseren van de werking en de infrastructuur en het optimaal beantwoorden aan de noden van de bevolking in de attractiezone van de deelnemende ziekenhuizen. Deze samenwerking waarborgt tevens een optimale aanwending van de beschikbare middelen van de betrokken ziekenhuizen.

§ 2. Huidige overeenkomst wordt gesloten in het kader van artikel 24/1§2 van het Koninklijk Besluit van 26 april 2007 dat bepaalt dat de salicetborstkliniek enkel kan worden uitgebaat in het kader van een exclusief schriftelijk geïntegreerd samenwerkingsverband met een ziekenhuis dat beschikt over een coördinerende borstkliniek.

/ . rf 5?)

§3. Voor de satellietborstkliniek is huidige overeenkomst een exclusief schriftelijk juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband met de coördinerende borstkliniek.

§4. Voor de coördinerende borstkliniek is huidige overeenkomst niet exclusief.

Artikel 3. Vestiging plaats


§1. Bij het ondertekenen van deze overeenkomst beschikt het Ziekenhuis Oost-Limburg over een erkenning als coördinerende borstkliniek en voldoet het aan alle voorwaarden van het KB van 26 april 2007 houdende de vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologische zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend, zoals gewijzigd bij Koninklijk besluit van 15 december 2013. Hierna zal gesproken worden over "de coördinerende borstkliniek".

§2. Mariazickenhuis voldoet aan de normen waaraan de satellietborstkliniek dient te voldoen overeenkomstig het Koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende de vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologische zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend, zoals gewijzigd bij Koninklijk besluit van 15 december 2013. Hierna zal gesproken worden over "de satellietborstkliniek".

§3. De coördinerende borstkliniek is gericht op de diagnose, de multidisciplinaire consultatie, de multidisciplinaire behandeling, de opvolging, en de revalidatie van patiënten met **kwaadaardige** aandoeningen van de borst(en) overeenkomstig de richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst dat dient gebruikt te worden binnen het zorgprogramma zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§4. De coördinerende borstkliniek wordt uitgerust als bovenbouw op een zorgprogramma voor oncologie zoals bepaald in het koninklijk besluit van 21 maart 2003 **houdende** vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologie, chemotherapie en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend hierna genoemd "het koninklijk besluit van 21 maart 2003",

§5. De satellietborstkliniek is gericht op de diagnose, de multidisciplinaire consultatie, de multidisciplinaire behandeling, de revalidatie en de opvolging van patiënten met kwaadaardige aandoeningen van de borst(en) overeenkomstig de richtlijnen van het multidisciplinair handboek zoals bedoeld in artikel 10 van de overeenkomst dat wordt gebruikt binnen de satellietborstkliniek zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.


rl. t, L -

§ 6. De satellietborstkliniek wordt uitgebaat als bovenbouw op een zorgprogramma voor oncologie zoals bepaald in het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend, hierna genoemd "het koninklijk besluit van 21 maart 2003".

§7. Overeenkomstig artikel 3§1 van het koninklijk besluit van 26 april heeft de coördinerende borstkliniek ten minste jaarlijks 125 nieuwe diagnoses van borstkanker.

§8. Overeenkomstig artikel 24/2 van het Koninklijk Besluit van 26 april 2007 heeft de satellietborstkliniek jaarlijks tenminste 60 nieuwe diagnoses van borstkanker zoals bedoeld in artikel 3§3 van het KB van 26 april 2007.

Artikel 4. Medische omkadering

§1. Zowel de coördinerende borstkliniek (ZOL) als de satellietborstkliniek (MIRA ziekenhuis) verklaren te voldoen aan de medische omkadering en deskundigheid zoals opgelegd door het Koninklijk Besluit van 26 april 2007.

§2. Alle geneesheren bedoeld in deze overeenkomst werken nauw en op gestructureerde en multidisciplinaire wijze samen in de borstkliniek, niettegenstaande deze met hun eventuele dienst van oorspronkelijk verbonden blijven

Artikel 5. Medische coördinatie

§1. De medische coördinatie van de coördinerende borstkliniek en van de satellietborstkliniek geschiedt door een geneesheer-specialist van de coördinerende borstkliniek. Dit is een geneesheer-specialist in de heelkunde of in de Oncologie-verloskunde, een geneesheer-specialist in de oncologie of een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie. Deze geneesheer-specialist is lid van het team zoals bepaald in artikel 4 van deze overeenkomst van de coördinerende borstkliniek.

§2. Bedoelde coördinator wordt op voorstel van de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis van de coördinerende borstkliniek aangewezen door de ziekenhuisbeheerder van de coördinerende borstkliniek en na advies van de medische raad van de coördinerende borstkliniek.

§3. Bedoelde geneesheer-specialist is voltijds aan het ziekenhuis van de coördinerende borstkliniek verbonden en besteedt tenminste acht halve dagen per week aan de borstkliniek. Hiervoor worden zowel de activiteiten die deze geneesheer-specialist besteedt aan de coördinerende borstkliniek als de activiteiten die de geneesheer-specialist besteedt aan de satellietborstkliniek in rekening gebracht.

Artikel 6. Verpleegkundige omkadering

§1. In beide ziekenhuizen wordt de verpleegkundige verzorging van patiënten met borstkanker gecoördineerd door een beoefenaar van de verpleegkunde die voldoet aan de bepalingen van artikel 6 van het KB van 26 april 2007, met name zijn zij hetzij houder van de beroepstitel in de oncologie, hetzij in opleiding om deze beroepstitel te behalen, hetzij die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit een ervaring van ten minste vijf jaar en een deskundigheid heeft in de integrale verzorging van dergelijke patiënten.

§2. Voor de coördinerende borstkliniek betreft het 1 VTE aan de coördinerende borstkliniek verbonden verpleegkundige die kan aantonen dat hij/zij aan vormingsactiviteiten hetzij deelgenomen in het specifieke domein van borstkanker.

§3. Voor de satellietborstkliniek betreft het een 0,5 VTE aan de borstkliniek verbonden verpleegkundige die kan aantonen dat hij/zij voldoet de bepalingen van artikel 6 van het KB van 26 april 2007, met name zijn zij hetzij houder van de beroepstitel in de oncologie, hetzij in opleiding om deze beroepstitel te behalen, hetzij die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit een ervaring van ten minste vijf jaar en een deskundigheid heeft in de integrale verzorging van dergelijke patiënten

§4. Deze verpleegkundige heeft als taak de patiënten te begeleiden en zich ervan te vergewissen dat:

1. de verpleegkundige zorgen aan patiënten die aan borstkanker lijden de bijzondere procedures volgen die zijn ingesteld door de borstkliniek; In het bijzonder coördineert de verpleegkundige de uitvoering van het zorgplan vastgesteld met de multidisciplinaire consultatie zoals bedoeld in artikel 13 van deze overeenkomst.
2. de patiënten die door de borstkliniek worden verzorgd, wel degelijk voldoende pertinente en relevante informatie hebben verkregen over de verschillende aspecten van hun verzorging en voldoende psychologische steun hebben verkregen.

Artikel 7. Psychosociale omkadering

§1. Onverminderd artikel 18 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003, beschikt de coördinerende borstkliniek over een 0,5 VTE psycholoog die ten minste halftijds aan de borstkliniek is verbonden en die voldoende ervaring heeft in de begeleiding van patiënten met borstkanker

§2. In het kader van huidige overeenkomst beschikt de coördinerende borstkliniek over een 0,25 FTE psycholoog met voornoemde ervaring en dit overeenkomstig artikel 7 van het KB van 26 april 2007.

y

1,2

17/

c::sr=- 5

§3. Daarnaast kunnen de geneesheren van de borstklinieken vrij een beroep doen op het psychosociaal supportteam van het zorgprogramma oncologie.

§4. De psychosociale begeleiding van patiënten wordt hierbij vermeld gedurende alle stadia van de ziekte.

Art. 8. Andere omkadering.

§1. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek beschikken over kinesitherapeuten die gespecialiseerd zijn in de preventie van post-operatoire en post-radio-therapeutisch lymfoedeem en van stijfheid van de schouder.

§2. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek organiseren een revalidatieprogramma waarbij zowel de fysieke, psychische als sociale revalidatie aan bod komen. De fysieke revalidatie van de patiënt die tevens functionele metingen inhoudt, gebeurt steeds door een fysiotherapeut.

Art. 9. Registratie van gegevens van patiënten

De coördinerende borstkliniek en de satellietborstkliniek stellen een procedure aan voor de coördinatie van de registratie van gegevens van patiënten.

Artikel 10. Multidisciplinair handboek

§ 1. De coördinerende borstkliniek beschikt in het multidisciplinair oncologisch handboek, bedoeld in artikel 21, §§ 1, 2 en 3 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003, over een specifiek voorbehouden onderdeel, waarin daarenboven minimaal de procedures van opvang en opvolging van de patiënten, de maximumtellingen tussen de verschillende etappes van de opvolging en behandeling, de procedures inzake communicatie van de diagnose en behandeling aan de patiënten en met de verwijzende geneesheren, en de modaliteiten inzake verwijzing in het kader van de samenwerkingsovereenkomsten waaraan de coördinerende borstkliniek deelneemt.

In bedoeld voorbehouden onderdeel worden tevens de kwaliteitsindicatoren opgenomen die de coördinerende borstkliniek hanteert om de kwaliteit van het zorgproces en het resultaat van de aangeboden zorg te meten.

2. Het in § 1 bedoelde handboek wordt door de artsen, verpleegkundigen en andere vestrekkers van de werkgroep "borstpathologie" opgesteld en ter goedkeuring voorgelegd aan de multidisciplinaire commissie van het zorgprogramma oncologie waarvan het de bovenbouw vormt.

§ 3. De coördinerende borstkliniek bezorgt een kopij van bedoeld handboek aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en aan het college van geneesheren voor oncologie.

§4. De satellietborstkliniek maakt gebruik van hetzelfde multidisciplinair oncologisch handboek als de coördinerende borstkliniek.

Artikel 1J. Werkgroep "Borstpathologie"

§ 1. Door de coördinerende borstkliniek wordt een werkgroep "Borstpathologie" opgericht, die wordt voorgezeten door de coördinator zoals bedoeld in artikel 5 van deze overeenkomst, en samengesteld is uit:

1. een geneesheer van elk van de door artikel 4 van deze overeenkomst bedoelde medische disciplines die deelnemen aan de coördinerende borstkliniek;
2. de coördinerend verpleegkundige zoals bedoeld in artikel 6;
3. de psycholoog zoals bedoeld in artikel 7;
4. een kinesitherapeut zoals bedoeld in artikel 8;
5. de penon die is aangeduid voor de coördinatie van de registratie van de gegevens zoals bedoeld in artikel 9;

§2. De satellietborstkliniek beschikt niet zelf over een werkgroep "Borstpathologie" maar is vertegenwoordigd in de werkgroep "Borstpathologie" van de coördinerende borstkliniek.

§ 3. De werkgroep "Borstpathologie" is belast met .

1. het helpen van de multidisciplinaire commissie oncologie van het zorgprogramma oncologie van het ziekenhuis bij de uitvoering van de taken die haar worden toevertrouwd zoals beschreven in artikel 27 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003
2. het verzekeren van de doorverwijzing van de patiënten met borstkanker die een complexe of zeldzame behandeling nodig hebben naar de meest geschikte structuur instelling waarnaar het handboek verwijst.

Artikel 12. Kwaliteitsopvolging

§1. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek beantwoorden inzake kwaliteitsopvolging aan dezelfde bepalingen als die van toepassing zijn op het zorgprogramma voor oncologie waarvan het de bovenbouw vormt, met dien verstande dat voor de borstkliniek binnen de kankerregistratie bijkomend volgende gegevens worden geregistreerd na aanwilling op de registratie zoals opgelegd door artikel 11 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 :

1. de resultaten van de analyses van de hormoonreceptoren
2. de resultaten van de analyses van het antigeen HER2.

//

2' - = bL

§2. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek stellen op basis van de in §1 bedoelde registratie vijfjaarlijks een rapport op waarin de effectieve mortaliteit wordt vergeleken met de voorspelde mortaliteit in functie van de kenmerken van de patiënt en dit op basis van het door het college van geneesheren voor oncologie opgestelde rapport.

§3. De coördinerende borstkliniek en de satellietborstkliniek maken het in het eerste lid bedoelde vijfjaarlijks rapport over aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Artikel 13. Multidisciplinair overleg

§1. Wekelijks vindt een multidisciplinair overleg plaats via de multidisciplinaire oncologische consultatie, zoals bedoeld in artikel 23 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 voor alle patiënten bij wie een nieuwe diagnose werd gesteld, en dit tenminste vóór elke behandeling.

§2. Dit multidisciplinair overleg gebeurt onder voorzitterschap van de gezamenlijke medische coördinator zoals bedoeld in artikel 5 van deze overeenkomst.

§3. Minstens één van de geneesheren-specialisten van elk van de specialismen bedoeld in artikel 4 van deze overeenkomst, een verpleegkundige en een psycholoog nemen aan dit overleg deel. Wanneer dit nodig blijkt, neemt ook een plastisch chirurg deel aan het overleg.

§4. Voor **ieder** multidisciplinair overleg zoals bedoeld in §1, wordt een verslag opgesteld zoals bepaald in artikel 23, §2 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003.

Dit verslag preciseert onder meer op **gedetailleerde** wijze :

1. Het zorgplan met een beschrijving van de behandeling van de patiënt;
2. een beschrijving van de voorgestelde medische opvolging

§5. De geneesheer-specialist die de behandeling coördineert deelt de diagnose en het behandelingsplan mee. Een psycholoog en een verpleegkundige zijn op elk ogenblik beschikbaar om de geneesheer en de patiënt voor deze mededeling bij te staan.

Artikel 14. Samenwerkingsakkoorden.

§1. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek verklaren te beschikken over een mammografie-eenheid die door de bevoegde overheid erkend is;

§2. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek verklaren te beschikken over een schriftelijk samenwerkingsakkoord met een centrum voor menselijke reproductie als bedoeld in artikel 111 van de Wet van 20 maart 2002 betreffende de menselijke reproductie.

P1-

koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor menselijke erfelijkheid moeten voldoen, met het oog op een genetische consultatie voor de patiënten.

§ 3. De pluridisciplinaire equipe van zowel de coördinerende borstkliniek als van de satellietborstkliniek waken over het afsluiten van samenwerkingsverbanden met de patiëntenvereniging die actief die actief zijn in het domein van de borstkanker.

Artikel 15. Vereiste infrastructuur en omgevingscondities.

§1. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek beschikken over voldoende radiologische en technische apparatuur opdat binnen een termijn van vijf werkdagen een diagnose kan worden gesteld.

§ 2. Voor de toepassing van § 1 beschikken zowel de coördinerende borstkliniek en de satellietborstkliniek tenminste over de volgende uitrusting:

1. mammografie;
2. echografie;
3. technieken van interventionele medische beeldvorming bij de borst;

§3. Voor de toepassing van § 1 verklaren de coördinerende borstkliniek en de satellietborstkliniek toegang te hebben tot een nucleaire magnetische resonantie tomograaf.

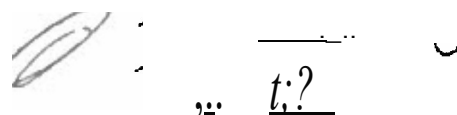
§4. De coördinerende borstkliniek beschikt door haar participatie in het Limburgs Oncologisch Centrum vzw over een erkende dienst voor radiotherapie binnen haar ziekenhuis.

De satellietborstkliniek kan een beroep doen op de erkende dienst voor radiotherapie via een samenwerking met de coördinerende borstkliniek. Hieromtrent werden tussen partijen de nodige afspraken gemaakt in verband met de beschikbaarheid van de dienst voor radiotherapie voor de patiënten van de satellietborstkliniek."

§5. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek beschikken binnen het ziekenhuis over de nodige uitrusting en infrastructuur zodat binnen de 10 werkdagen na het vaststellen van de diagnose de uitvoering van het zorgplan kan geïnitieerd worden.

§6. Zowel de coördinerende borstkliniek als de satellietborstkliniek organiseren voldoende ambulante raadplegingen zodat:

1. elke patiënt die zich aanmeldt binnen de vijf dagen wordt gezien tijdens een multidisciplinaire raadpleging waarbij zowel een gencschecr-specuudist in de heelkunde, een geneesheer-specialist in de radiotherapie als een gencshet.M,pecialist in de oncologie **beschik**



2. de mededeling van de diagnose en het behandelingsplan, volgens de modaliteiten bedoeld in artikel 13 §3., gebeurt binnen de kortst mogelijke termijn na het eerste contact zoals bedoeld in (D);
3. een multidisciplinaire opvolging van de patiënten mogelijk is zowel tijdens de behandeling als erna. Tijdens deze raadplegingen zijn de genceshccr-specialisten bedoeld in 1° beschikbaar evenals een verpleegkundige en een psycholoog;
4. een opvolging van patiënten met goedaardige borstaandoeningen mogelijk is."

Artikel 16. Geschillenregeling

Uitsluitend de rechtbank van eerste aanleg van Tongeren is bevoegd om kennis te nemen van eventuele geschillen.

Artikel 17. Duur van de overeenkomst

§1. De voorliggende overeenkomst treedt in werking op datum van ondertekening en dit voor onbepaalde duur.

§2. De overeenkomst wordt zonder voormgaandelijke appreciatie van de rechter en zonder enige voorafgaandelijke ingebrekestelling vnn rechtswege ontbonden:

door ontbinding van één van de partijen.

Door het verlies van de erkenning als ziekenhuis door één van beide partijen.

Indien de erkenning als coördinerende borstkliniek voor ZOL en als satelietborstkliniek voor Mariaziekenhuis niet of niet langer loegekend wordt door de minister die de erkenningen onder zijn bevoegdheid heeft

§3. Partijen kunnen een einde stellen aan voorliggende overeenkomst door middel van een aangetekend schrijven en mits het respecteren van een opzegtermijn van twaalf maanden. De opzegtermijn begint te lopen de eerste dag van de maand volgend op de verzending van het aangetekend schrijven.

§4. De lasten, die voortvloeien uit de beëindiging van deze overeenkomst, worden onder de ondertekende partijen verdeeld. Bij overnacht, vreemde overname of toeval die de uitvoering van huidige overeenkomst onmogelijk maakt of de uitvoering ervan dinnate verduwaart dat een partij niet onder voorliggende voorwaarden zou hebben gecontracteerd, verbinden de partijen er zich toe zo spoedig mogelijk samen te komen teneinde een aanpassing van de contractvoorwaarden te bespreken zodat de uitvoering mogelijk wordt en minstens onder redelijke voorwaarden kan worden verder gezet

12/J D
p
== bL <Sf:::-

Opgemaakt te Genk in vier exemplaren, op *J.'SJ/Mt* .. waarvan elk der partijen erlcent één
e;,,i:mpelaar te hebben ontvangen,

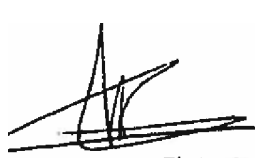
Namens hel Ziekenhuis Oost-Limburg A.V


De heer Erwin Bonnans
Algemeen directeur


Voorzincr


Namens vzw Mariazickenhuis


De heer Roger Luyten
Algemeen directeur


mevrouw Christel Kuppens
Voorzitter

Ter kennisname:

Namens de dienst Gynaecologie van het Ziekenhuis Oost-Limburg A.V.


Dokter Willem Ombelet
Medisch diensthoofd

Namens de dienst Gynaecologie ven vzw Mariazickenhuis


Dokter Kaat Verbeke
Medisch diensthoofd

Dokter Kaat Verbeke
Medisch diensthoofd



SAMENWERKINGSOVEREENKOMST TUSSEN HET ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG, HET ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN EN HET MARIAZIEKENHUIS INZAKE DE BEHANDELING VAN BORSTCARCINOMEN

Tussen

- Het **Ziekenhuis Oost-Limburg**, autonome verzorgingsinstelling met zetel te 3600 Genk, Schiepse bos 6, vertegenwoordigd door Dr. M. Dezeure, voorzitter raad van bestuur en de heer E. Bormans, algemeen directeur; en in aanwezigheid van Dr. H. Vandeput, hoofdgeneesheer, en Dr. J. Gelin, voorzitter van de medische raad; hierna genoemd "**het ZOL**"
 - het **Mariaziekenhuis**, vzw met zetel te 3900 Overpelt, Maesensveld 1, vertegenwoordigd door mevrouw C. Kuppens, voorzitter raad van bestuur en de heer R. Luyten, algemeen directeur, en in aanwezigheid van Dr. G. Vander Velpen, hoofdgeneesheer, en Dr. J. Bral, voorzitter van de medische raad; hierna genoemd "**het Mariaziekenhuis**"
- en
- het **Ziekenhuis Maas en Kempen**, vzw met zetel te 3680 Maaseik, Mgr. Koningsstraat 10, vertegenwoordigd door de heer K. Torfs, voorzitter raad van bestuur en de heer J. Valgaeren, algemeen directeur, en in aanwezigheid van Dr. M. Rosseel, hoofdgeneesheer, en Dr. S. Verellen, voorzitter van de medische raad, hierna genoemd "**het ZMK**".

wordt het volgende overeengekomen :

TITEL I ALGEMENE DOELSTELLINGEN EN VOORWERP VAN DE SAMENWERKING

Artikel 1 Algemene doelstellingen

Partijen verbinden zich er toe om gezamenlijk, door de ontwikkeling van een duurzaam samenwerkingsverband gebaseerd op deze overeenkomst, de realisatie van volgende doelstellingen na te streven :

1. Een wezenlijke bijdrage te leveren tot het behoud en de uitbouw van een toegankelijk en hoogkwalitatief aanbod van **patiëntenzorg op het vlak van borstpathologie (klinisch en ambulante)**, in eerste instantie rond de behandeling van borstcarcinomen in Noord-Oost Limburg.
2. De creatie van een platform voor hoogkwalitatief **overleg rond het opzetten en up-to-date houden van de beleidslijnen voor diagnose, behandeling en opvolging van borstcarcinomen**, gekoppeld aan het gezamenlijk opzetten van een programma voor vorming.
3. De benutting van opportuniteiten voor samenwerking op het vlak van **medische bestaand en medische organisatie** en op het vlak van **het faciliteren via het beheer** van deze samenwerking.
- 4.

Artikel 2 Samenwerking op het vlak van de patiëntenzorg

De keuze om onderling een bijzondere en intense samenwerking op het vlak van de hierboven aangegeven patiëntenzorg te realiseren wordt geconcretiseerd door het aangaan van volgende verbintenissen:

2.1. Onderlinge verwijzing van patiënten

2.1.1 Verbintenis tussen het Mariaziekenhuis en het Ziekenhuis Maas en Kempen

Met het oog op het uitbouwen van een tweede erkend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (naast het bestaande erkend zorgprogramma van ZOL) gaan het Mariaziekenhuis en het Ziekenhuis Maas en Kempen een erkend, duurzaam en gestructureerd samenwerkingsverband aan onder vorm van een associatie. (zie document "associatieovereenkomst borstkliniek Noord-Limburg" in bijlage)

2.1.2. Verbintenissen tussen het ZOL en de associatie borstkliniek Noord-Limburg

De borstkliniek Noord-Limburg kan een beroep doen op de erkende dienst voor radiotherapie ZOL zodanig dat de patiënten van het gespecialiseerde zorgprogramma binnen een in functie van de indicatie redelijke termijn, en ten laatste binnen de drie weken na de heelkundige ingreep een bestraling kunnen ondergaan wanneer geen systemische behandeling is vereist. Wanneer peroperatoire radiotherapie vereist is wordt de patiënt overgebracht naar de radiotherapiedienst van het ZOL waar een erkende borst kliniek oncologie aanwezig is. Vanuit de dienst radiotherapie ZOL wordt de tijdige beschikbaarheid voor de patiënten van de borstkliniek gegarandeerd.

De borstkliniek Noord-Limburg zal, indien een verwijzing noodzakelijk is wegens de complexiteit van de casus doorsturen naar het ZOL.

Andere gynaecologische tumoren welke gevorderde pelviene chirurgie vereisen zullen worden verwezen naar het ZOL voor een heelkundige behandeling. Eventuele nabehandeling zal in het ziekenhuis van herkomst gebeuren.

De medicamenteuze behandelingen van het mammacarcinoom zullen in principe in het verwijzend ziekenhuis gebeuren.

2.1.3. Algemene afspraken inzake verwijzingen

- a) De associatie borstkliniek Noord-Limburg zal intern alle organisatorische maatregelen nemen opdat een doorverwijzing van een patiënt naar de geneesheren en de diensten van het ZOL op een kwaliteitsvolle, naadloze manier kan geschieden.
- b) De associatie borstkliniek Noord-Limburg zal alle nuttige patiënteninformatie ter beschikking stellen van het ZOL teneinde de naleving van de sub 2.1.1. en 2.1.2. bedoelde verbintenissen optimaal te kunnen realiseren.
- c) Patiënten die in aanmerking komen voor een verdere behandeling in de ziekenhuizen van de associatie borstkliniek, zullen, na eerste indicatiestelling en behandeling en met eerbiediging van hun recht op vrije keuze van zorgverstreker, gewezen worden op de mogelijkheid om zich voor verdere follow up te laten behandelen in de ziekenhuizen van de associatie.
- d) Het ZOL zal intern alle organisatorische maatregelen treffen opdat de er verwezen patiënten op een kwaliteitsvolle manier onthaald en verzorgd worden. Ze zullen de verwijzers intellectueel optimaal betrekken bij de in het ZOL verleende zorg : er wordt een snelle en volledige informatieoverdracht naar de verwijzende arts gegarandeerd, dit zowel tijdens de behandeling als na ontslag. Na de behandeling,

zullen ze tevens instaan voor een kwaliteitsvolle en naadloze terugverwijzing van de patiënten naar de verwijzende arts of dienst.

2.2. And re Orm en an sanlen erking inzake patiëntenzorg

In het algemeen verleent het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker ZOL haar medewerking om de kwaliteit van de geboden patiëntenzorg in de borstkliniek Noord-Limburg verder te verhogen, mede door in onderling overleg en op basis van nadere afpraken, bepaalde specialistische kennis ter beschikking te stellen om de actualisering van specialistische kennis ter plaatse te realiseren.

In het bijzonder verbindt het ZOL er zich toe, in het kader van het zorgprogramma borstkliniek om maximaal haar medewerking te verlenen aan het medisch organisatorisch uitbouwen in de borstkliniek Noord-Limburg van de vereiste functionele en organisatorische voorzieningen opdat de borstkliniek Noord-Limburg in aanmerking kan komen voor de erkenning van dit zorgprogramma.

De Multidisciplinaire Oncologische Consulten zullen onafhankelijk van mekaar georganiseerd worden op de vestigingsplaatsen van de borstklinieken, zijnde Overpelt en Genk. Vanuit ZOL zal ingestaan worden voor het ter beschikking stellen van de associatie borstkliniek van een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie als consultant van de dienst radiotherapie met ten minste drie jaar ervaring in de behandeling van borstkanker

Artikel 3 Samenwerking i.v.m. het oncologisch handboek en vorming

Partijen komen overeen om de volgende aspecten van de werking gezamenlijk uit te werken:

De organisatie van vorming voor de leden van de omkadering van de borstklinieken evenals voor de personen die hiermee zijn verbonden.

De behandeling van de patiënten volgens het Oncologisch Handboek, waarbij de beleidslijnen voor diagnose, behandeling en opvolging gebaseerd zijn op de richtlijnen van het College van Oncologie en die goedgekeurd worden op de gezamenlijke Multidisciplinaire Commissie voor Oncologie, waar de betrokken geneesheren van het samenwerkingsverband ZOL- ZMK- MZ in zetelen.

De borstkliniek beschikt in het multidisciplinair oncologisch handboek over een specifiek voorbehouden onderdeel, waarin daarenboven minimaal de procedures van opvang en opvolging van de patiënten, de maximumtermijnen tussen de verschillende etappes van de opvolging en behandeling, de procedures inzake communicatie van de diagnose en behandeling aan de patiënten en aan de verwijzende geneesheren, en de modaliteiten inzake verwijzing in het kader van de samenwerkingsovereenkomsten waaraan de borstkliniek deelneemt zijn opgenomen.

Artikel 4 Samenwerking inzake medische bestaffing en medische organisatie

Het ZOL en het Maria Ziekenhuis zullen hun actieve medewerking verlenen bij het verder uitbouwen van de oncologie in ZMK. In het bijzonder zal onderzocht worden om de aanwezigheid van radiotherapeut - oncoloog - hematoloog te verhogen.

Teneinde het medisch dossier en meer in het bijzonder de mammografische beelden en andere beeldvorming optimaal raadpleegbaar te maken in de verschillende ziekenhuizen zal vanuit de besturen van de ziekenhuizen gewerkt worden aan een directe elektronische verbinding.

TITEL II STRUCTURELE BEPALINGEN

Artikel 5 Overlegcomité

Het overlegcomité, bestaande uit de ondertekenende personen, komt minstens één maal per jaar samen op uitnodiging van de respectievelijke voorzitters van de raden van bestuur.

Het overlegcomité:

- Neemt alle nuttige en nodige initiatieven om de in titel I omschreven doelstellingen te implementeren
- Brengt adviezen uit met het oog op een optimale onderlinge afstemming van het gevoerde beleid inzake deze materis, zonder afbreuk te doen aan de eigen beheersautonomie van de ziekenhuizen

Het overlegcomité kan overgaan tot de samenstelling van ad hoc werkgroepen teneinde de besluitvorming van het overlegcomité met betrekking tot bijzondere materies voor te bereiden, c.q. uit te voeren.

Artikel 6

- 6.1. In geval van geschil over de uitvoering van deze overeenkomst heeft elk van de partijen het recht om een adviesprocedure te starten. Hierbij verzoekt de initiatiefnemende partij bij aangetekend schrijven de andere betrokken partijen elk één adviseur aan te stellen. De namen van de aangestelde adviseurs zullen binnen een periode van 3 weken onderling overgemaakt worden.
- 6.2. De partijen komen overeen dat alleen personen, die geen enkel rechtstreeks of onrechtstreeks belang hebben in de exploitatie van één der betrokken partijen, in aanmerking komen om als adviseurs te fungeren. Wanneer één of twee partijen nalaten hun medewerking te verlenen aan de adviesprocedure dan kan het geschil ter beslechting voorgelegd worden aan de bevoegde rechtbank.
- 6.3. De partijen komen overeen dat alleen de rechtbanken van het Gerechtelijk Arrondissement Tongeren ter zake bevoegd zijn.

Artikel 7

- 7.1. De samenwerkingsovereenkomst gaat in op het ogenblik van het ondertekenen door alle partijen van deze overeenkomst en wordt voor onbepaalde duur aangegaan.
- 7.2. Elke partij kan de samenwerkingsovereenkomst opzeggen. Om rechtsgeldig te zijn dient de opzeg te geschieden bij aangetekende brief, gericht aan de andere bij de samenwerkingsovereenkomst betrokken partijen en dient een opzegtermijn van minstens 12 maanden te worden gerespecteerd.

Opgemaakt in drievoud te Overpelt, op .

Voor het **ZOL:**

Voor het **MariaZiekenhuis**

VoorhetZMK

Dr. M. Dezeure
Voorzitter

Mevr. C. Kuppens
Voorzitter

K. Torfs
Voorzitter

E. Bonnans
Algemeen directeur

R. Luyten
Algemeen directeur

J. Valgaeren
Algemeen directeur

Dr. H. Vandeput
Hoofdgeneesheer

Dr. G. Vander Velpen
Hoofdgeneesheer

Dr. M. Rosseel
Hoofdgeneesheer

Dr. J. Gelin
Voorzitter medische raad

Dr. J. Bral
Voorzitter medische raad

Dr. S. Verellen
Voorzitter medische raad

Overeenkomst tot het vormen van een samenwerkingsverband inzake oncologische zorg

Tussen het Mariaziekenhuis, vzw met zetel te Overpelt, Maesensveld 1, vertegenwoordigd door de heer R. Van Reeth, voorzitter en de heer R. Luyten, algemeen directeur

en

het Ziekenhuis Maas en Kempen, vzw met zetel te Maaseik, Kliniekstraat 2, vertegenwoordigd door de heer K. Torfs, voorzitter en de heer H. Ramaekers, algemeen directeur

en in aanwezigheid van het Ziekenhuis Oost - Limburg, A.V. met zetel te Genk, Schiepe Bos 6, vertegenwoordigd door mevrouw M. Dezeure, voorzitter en de heer J. Hellings, algemeen directeur

en in aanwezigheid van Dr. Y. Staelens, oncologie-coördinator

wordt overeengekomen hetgeen volgt:

voorafgaande verklaring

Aan het Ziekenhuis Maas en Kempen werd een erkenning verleend voor een zorgprogramma oncologische basiszorg.

Aan het Mariaziekenhuis werd een erkenning voor een zorgprogramma oncologische basiszorg verleend en door het Mariaziekenhuis werd een aanvraag ingediend voor een erkenning voor een zorgprogramma oncologie.

In toepassing van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende de vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma oncologie moeten voldoen om te worden erkend, gaan partijen een samenwerkingsverband aan onder de hiernavermelde modaliteiten.

Artikel 1

Partijen komen overeen samen één multidisciplinaire commissie voor oncologie op te richten. Deze commissie zal functioneren onder voorzitterschap van Dr. Y. Staelens, oncoloog-radiotherapeut en oncologie-coördinator van het samenwerkingsverband.

Artikel 2

De leden van de in artikel 1 bedoelde multidisciplinaire commissie worden door de drie ziekenhuizen in onderling overleg aangeduid op basis van het bepaalde in artikel 26 van het in aanhef bedoelde besluit. Aan deze commissie wordt de opdrachten toevertrouwd zoals, q jii v gespecificeerd in artikel 27 van hetz.elfde besluit.

Artikel 3

De artsen en verpleegkundigen van de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg samen met dezen van de zorgprogramma's voor oncologie stellen een multidisciplinair oncologisch handboek op en leggen dit ter goedkeuring voor aan de multidisciplinaire commissie bedoeld in artikel 1

Partijen komen ter zake overeen dat dit handboek:

- de multidisciplinaire richtlijnen bevat voor de diagnosestelling, de behandeling en de opvolging van patiënten met oncologische aandoeningen;
- de organisatorische afspraken bevat voor de verwijzing van patiënten binnen de samenwerkingsverband;
- de verwijzingen naar andere zorgprogramma's bevat, indien het bepaalde zorgmodaliteiten zelf niet kan aanbieden;
- aanduidt welke specialisten in beide ziekenhuis deelnemen aan het oncologisch zorgprogramma;
- aangeeft welke andere personen in het kader van het zorgprogramma welke taken vervullen.

Artikel 4

De diagnose, behandeling, opvolging en de eventuele samenwerking dienen steeds te gebeuren overeenkomstig de richtlijnen en verwijsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek, bedoeld in vorig artikel, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt

Artikels

Partijen komen overeen dat zij ieder in hun ziekenhuis een kankerregistratie zullen doen volgens de richtlijnen hiertoe door de bevoegde overheid uitgevaardigd.

Tevens zullen zij de implementatiegraad van de richtlijnen vervat in het multidisciplinair oncologisch handboek in hun ziekenhuis registreren.

De resultaten van beide registraties zullen periodiek meegedeeld worden aan de multidisciplinaire commissie bedoeld in artikel 1.

Artikel 6

Deze overeenkomst is geen exclusieve overeenkomst. Het Ziekenhuis Maas en Kempen is vrij een analoge overeenkomst af te sluiten met een ander ziekenhuis dat ook over een erkenning voor een zorgprogramma oncologie beschikt.

Artikel 7

Deze overeenkomst is een bevestiging van de huidige formele samenwerking en wordt aangegaan met ingang van 01-12-2007 voor onbepaalde duur. Deze samenwerkingsovereenkomst kan jaarlijks opgezegd worden mits een opzegtermijn van zes maanden wordt gerespecteerd. Deze samenwerkingsovereenkomst wordt van rechtswege beëindigd wanneer één der partijen zijn in aanhef vernoemde erkenning verliest

Opgesteld te Overpelt op 25-11-2007 in 7 exemplaren waarvan telkens één exemplaar bestemd is om door het respectieve ziekenhuis te worden bezorgd aan de administratie "gezondheidszorg"

Namens het Mariaziekenhuis vzw



R. Luyten
algemeen directeur



R. Van Reeth
voorzitter

Namens het Ziekenhuis Maas en Kempen vzw

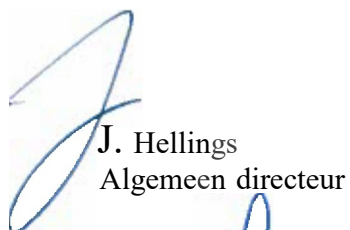


H. Ramaekers
Algemeen directeur



K. Torfs
voorzitter

Namens het Ziekenhuis Oost-Limburg AV



J. Hellings
Algemeen directeur

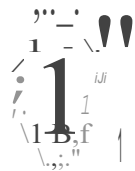


M. Dezeure
voorzitter



Dr. Y. Staelens
oncologie-coördinator

Zorgprogramma oncologie



LUCK

LEUVENS UNIVERSITAIR CENTRUM VOOR KAN'HERPREVENTIE

Leuven 12 maart 2007

Geachte collega

Samenwerkingsovereenkomst Mammografische Eenheid (ME) en Screeningscentrum (LUCK)

Op 31 maart 2007 vervallen de erkenningen van de Vlaamse Overheid voor de Mammografische eenheden die aan de borstkankeropsporing deelnemen. Voor een nieuwe erkenning dient een hernieuwde samenwerkingsovereenkomst met het regionaal screeningscentrum afgesloten te worden. In bijlage sturen we u 3 exemplaren van deze overeenkomst zoals die door de Vlaamse Werkgroep Borstkankeropsporing is goedgekeurd. Gelieve deze 3 exemplaren bij akkoord te ondertekenen en zo snel mogelijk terug te sturen naar

LUCK
Kapucijnenvoer 33
3000LEUVEN

U ontvangt dan per kerende post lexemplaar terug, ondertekend door de verantwoordelijke van het screeningscentrum, 1 exemplaar blijft in ons bezit en 1 exemplaar wordt doorgestuurd naar de Vlaamse Gemeenschap.

Indien u nog vragen hebt bij deze overeenkomst kan u bellen of mailen naar:
erik.vanlimbergen@uzleuven.be 016/ 34 69 07
lieve.eeckelaers@uzleuven 016 / 33 23 62

Wij danken u voor de voortzetting van onze aangename samenwerking

Collegiale groeten

Vtt. Prof.Or.Erik Van Limbergen
Diensthoofd LUCK

**SAMENWERKINGSOVEREENKOMST TUSSEN MAMMOGRAFISCHE EENHEID EN REGIONAAL
SCREENINGSCENTRUM BETREFFENDE HET VLAAMSE BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR
BORSTKANKER**

Tussen enerzijds
het Leuvens Universitair Centrum voor Kankerpreventie (LUCK),
erkend regionaal screeningscentrum voor borstkanker,
Kapucijnenvoer 33, 3000 Leuven,
vertegenwoordigd door Prot. Dr. Erik Van Limbergen,

en anderzijds
de mammografische eenheid: Dienst Radiologie van het Maria Ziekenhuis
Noord-Limburg,
Maesensveld 1, 3900 Overpelt,
vertegenwoordigd door Dr. Marcel Billen,
(de radioloog die de mammografische eenheid leidt en er de
hoofdverantwoordelijkheid draagt),

WORDT OVEREENGEKOMEN WAT VOLGT:

Artikel 1. Voor de toepassing van deze overeenkomst wordt verstaan onder:
1° doelgroep: alle vrouwen van 50 tot en met 69 jaar die verblijven in het
Vlaamse Gewest en de Nederlandstalige vrouwen die verblijven in het
tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad;
2° spoor: spoor 1 of spoor 2. Spoor 1 bestaat uit de vrouwen uit de
doelgroep die deelnemen via een doorverwijzing van hun huisarts of
gynaecoloog, spoor 2 uit de vrouwen uit de doelgroep die deelnemen via een
rechtstreekse uitnodiging door het screeningscentrum;
3° Vlaamse werkgroep: de Vlaamse werkgroep borstkankeropsporing;
4° centrum: regionaal screeningscentrum of centrum voor
borstkankeropsporing.

Art.2. Het centrum brengt de mammografische eenheid op de hoogte van alle
afspraken en procedures, die in de Vlaamse werkgroep worden gemaakt en die
van belang zijn voor de mammografische eenheden in het algemeen en voor de
samenwerking en de kwaliteitsbewaking van het bevolkingsonderzoek naar
borstkanker in het bijzonder.

Het centrum en de mammografische eenheid voeren de afspraken van de Vlaamse
werkgroep uit, voor zover die op haar betrekking hebben.

Art.3. De mammografische eenheid en het centrum hanteren gezamenlijk een
klantvriendelijk afsprakensysteem.

Art.4. §1. De mammografische eenheid ontvangt de deelnemende vrouw, die een
afpraak heeft voor een screeningsmammografie, en verstrekt informatie over
het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en over het verloop van het
screeningsproces, zoals afgesproken in de Vlaamse werkgroep.

§2. De mammografische eenheid benadert de vrouw op een klantvriendelijke
wijze, ongeacht het spoor van deelname, zodat zij aangemoedigd wordt te
blijven deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.

§3. De mammografische eenheid vraagt de vrouw welke arts(en) het
screeningsresultaat moet(en) ontvangen en vraagt een schriftelijke
toestemming voor het meedelen van het screeningsresultaat aan haar huisarts
en voor het opvragen, verzamelen en verwerken van de resultaten van

eventuele opvolgingsonderzoeken na een afwijkend screeningsresultaat. Indien de vrouw haar toestemming wil verlenen, plaatst zij haar handtekening op het hiertoe bestemde document 'aanvraagformulier screeningsmammografie/2 lezing', zoals goedgekeurd op de Vlaamse werkgroep.

§4. De mammografische eenheid neemt de screeningsmammografie en voert een eerste beoordeling uit op het registratieformulier eerste lezing, zoals goedgekeurd op de Vlaamse werkgroep.

Art.5. Er is slechts één screeningsmammografie mogelijk per twee opeenvolgende kalenderjaren.

Art.6. De mammografische eenheid voert geen bijkomende onderzoeken uit (onder andere echografie) bij de screeningsmammografie, zolang het definitieve screeningsresultaat na tweede of derde lezing hiertoe geen aanleiding geeft. Er wordt ook geen borstpalpatie verricht ter gelegenheid van de screeningsmammografie.

Art.7. De mammografische eenheid bezorgt het volledige dossier (screeningsmammografieën, ondertekende 'aanvraagformulier screeningsmammografie/2° lezing', registratieformulier eerste lezing) binnen een termijn van vijf werkdagen aan het centrum voor de tweede lezing.

Art.8. De mammografische eenheid en het centrum streven ernaar om het screeningsresultaat binnen de drie weken na het nemen van de screeningsmammografie aan de vrouw mee te delen.

Art.9. §1. Het centrum voert een tweede beoordeling uit van de screeningsmammografie, zonder inzage van het besluit van de eerste lezing, en registreert het besluit op een registratieformulier tweede lezing, zoals goedgekeurd op de Vlaamse werkgroep.

§2. Bij onvoldoende fysisch-technische of radiografische kwaliteit stuurt het centrum een brief aan de mammografische eenheid met het verzoek de vrouw opnieuw uit te nodigen voor een screeningsmammografie. Het centrum brengt de vrouw hiervan schriftelijk op de hoogte. De mammografische eenheid nodigt de vrouw opnieuw uit, De kosten van de technische herhaling zijn ten laste van de mammografische eenheid.

§3. Indien het centrum niet tot hetzelfde besluit komt als de mammografische eenheid (afwijkend of niet afwijkend), gebeurt er een derde lezing waarbij de screeningsmammografie een derde maal wordt beoordeeld, deze keer met kennis van het resultaat van de vorige lezingen. Deze derde lezing wordt uitgevoerd door een derde radioloog, verbonden aan het centrum, of gebeurt in een consensuslezing tussen de mammografische eenheid en het centrum.

Art.10. Het centrum registreert alle noodzakelijke screeningsgegevens zoals afgesproken in de Vlaamse werkgroep.

Art.11. Het centrum bezorgt aan de vrouw en haar opgegeven artsen het screeningsresultaat:

1° bij een niet afwijkend screeningsresultaat: de vrouw en de opgegeven artsen ontvangen op hetzelfde tijdstip een bericht met de melding van het screeningsresultaat;

2° bij een afwijkend screeningsresultaat: de vrouw ontvangt later dan de opgegeven arts, maar niet later dan zeven dagen, een bericht met resultaatsmededeling, met de vraag contact op te nemen met haar opgegeven arts.

Art.12. De bewaring van de screeningsmammografieën valt onder de verantwoordelijkheid van de mammografische eenheid. Daartoe bezorgt het centrum de screeningsmammografieën en een kopie van de resultaatsmededeling aan de mammografische eenheid.

Bij een afwijkend screeningsresultaat worden de foto's rechtstreeks bezorgd aan de opgegeven arts. Dit om de vrijheid van keuze van de vrouw voor de opgegeven arts te garanderen, en om mogelijks de behandeling sneller te kunnen inzetten.

Art.13. De mammografische eenheid vergelijkt de gearchiveerde screeningsmammografieën uit de vorige screeningsronde met de nieuwe screeningsmammografie, bezorgt deze op vraag aan een andere mammografische eenheid en stuurt deze ook mee naar het centrum, zodat de tweede lezers over dezelfde informatie beschikken als de eerste lezer voor de beoordeling van de nieuwe screeningsmammografie.

Art.14. De mammografische eenheid en het centrum maken afspraken, in overeenstemming met de afspraken binnen de Vlaamse werkgroep, om zoveel als mogelijk de gegevens elektronisch uit te wisselen.

Art.15. De mammografische eenheid werkt mee aan de continue evaluatie en bijsturing met het oog op het bereiken van een optimaal kwaliteitsniveau van de screeningsmammografieën en de lezingen. Om een optimale kwaliteit van de lezingen te garanderen, ziet de verantwoordelijke van de mammografische eenheid er op toe dat alle 1ste lezers jaarlijks deelnemen aan bijscholingen in verband met screeningsmammografie.

Art.16. De mammografische eenheid sluit een contract met een van de gemachtigde fysisch-technische deskundigen voor:
1° het interpreteren van en advies geven over de dagelijkse en wekelijkse kwaliteitscontroles. 'Dagelijks' wordt begrepen als 'elke dag dat het toestel gebruikt wordt';
2° het uitvoeren en interpreteren van en advies geven over de halfjaarlijkse en jaarlijkse kwaliteitscontroles en over de fysisch-technische acceptatietesten bij het in gebruik nemen van een nieuw toestel.

In dit contract wordt ook opgenomen dat de fysisch-technische deskundigen een maandelijks rapport sturen naar de mammografische eenheid en ook naar het centrum om de evaluatie van de fysisch-technische kwaliteit van de mammografische eenheid mogelijk te maken. Dit rapport moet voldoen aan de afspraken gemaakt binnen de Vlaamse werkgroep. Dit houdt tevens in dat de rapportering naar inhoud en presentatie op een uniforme en gestandaardiseerde manier gebeurt, zoals bepaald door de Vlaamse Werkgroep Borstkankeropsporing.

Art.17. Het centrum evalueert de kwaliteit van de mammografische eenheid aan de hand van de in de Vlaamse werkgroep afgesproken procedure.

Het centrum geeft de mammografische eenheid minstens een keer per jaar feedback over haar kwaliteit en rapporteert hierover jaarlijks aan het agentschap. De mammografische eenheid ontvangt een kopie van de rapporten die op haar betrekking hebben.

Art.18. Bij digitale screeningsmammografie binnen het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker wordt deze samenwerkingsovereenkomst aangevuld met een addendum 'afspraken betreffende digitale screeningsmammografie'.

ADDENDUM: AFSPRAKEN BETREFFENDE DJ:GJ:TALE SCREENJ:NGSMAMMOGRAFJ:E

Art.20. Om de tweede lezing mogelijk te maken wordt het Identificatienummer Sociale Zekerheid (INSZ) opgenomen in de DICOM header op de locatie: Other Patient ID (0010,1000) en zal steeds als acquisition date (0008,0022) de datum van de mammografie genomen worden. Dezelfde datum wordt vermeld op het registratieformulier van de eerste lezing.

Art.21. De digitale screeningsmammografieën worden binnen de 5 werkdagen in de Dicom standaard doorgegeven aan het centrum via een CD,DVD, harde schijf of via een veilige internetverbinding. Hierbij volgt de mammografische eenheid de hardware vereisten en manier van werken zoals vastgelegd door het centrum.

Indien men in de mammografische eenheid CAD software gebruikt zal deze informatie meegestuurd worden met de beelden.

Art.22. Indien er vroegere analoge beelden aanwezig zijn, worden deze samen met de formulieren meegestuurd.

Het aanvraagformulier en het registratieformulier van de eerste lezing worden op hetzelfde tijdstip doorgegeven aan het centrum en zullen indien de wettelijke vereisten (elektronische handtekening) het toelaten ook elektronisch verstuurd worden.

Art.23. De mammografische eenheid is verantwoordelijk voor het bewaren van de digitale data. Het centrum stuurt de meegestuurde vroegere analoge screeningsmammografieën terug samen met een kopie van de resultaatsmededeling naar de mammografische eenheid.

Art.24. Het addendum van deze samenwerkingsovereenkomst loopt tot en met 30 juni 2009 en houdt op van kracht te zijn op de datum van intrekking of opheffing van de erkenning van een van beide partijen.

Opgemaakt te --Mu---M---U-- in drie exemplaren, op _____,

Voor het screeningscentrum,

Prof. Dr. Erik Van Limbergen

Voor de mammografische eenheid,
(de overeenkomst moet ondertekend worden door de radioloog die de mammografische eenheid leidt en er de hoofdverantwoordelijkheid draagt)