

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID  
VAN DE VOEDSELKETEN EN  
LEEFMILIEU**

**BRUSSEL, 13/07/2006**

---

**Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen**

---

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---

**Afdeling "Programmatie & Erkenning"**

---

**O/Ref. : NRZV/D/274-2 (\*)**

## **ADVIES INZAKE BORSTKLINIEK**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,  
De Secretaris,

C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 13 juli 2006

## **Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen**

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid vroeg op 15 maart 2006 een advies binnen 2 maanden aan de NRZV inzake normen voor de erkenning van borstklinieken. Deze borstklinieken zouden volgens de Minister georganiseerd worden in het kader van een gespecialiseerd zorgprogramma oncologie.

In zijn adviesvraag verwijst de Minister naar het verslag aan de Koning bij het Koninklijk Besluit van 21 maart 2003 inzake de normen voor het zorgprogramma oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie. Dit verslag vermeldt de noodzaak om in de toekomst gespecialiseerde zorgprogramma's te ontwikkelen voor patiënten met tumoren die een complexe multidisciplinaire benadering en/of uitermate gespecialiseerde expertise vergen en/of zeer zeldzaam zijn. Dit geldt ook voor kinderen minder dan 16 jaar met een oncologische aandoening.

De Raad ontving ook een ongedateerde en niet getekende brief van de voorzitter van het College Oncologie inzake borstklinieken. Dit (ontwerp van) brief lijkt een antwoord te zijn op een (zelfde?) adviesvraag van de Minister van 15 maart 2006.

Een werkgroep van de Afdeling Programmatie en Erkenning heeft het advies voorbereid met vergaderingen op 1 en 21 juni 2006. De werkgroep heeft de Minister gevraagd om over meer tijd te kunnen beschikken om het advies grondig en gedocumenteerd voor te kunnen bereiden, maar dit werd niet toegestaan wegens de hoogdringendheid van het advies.

### **Volgende leden namen deel aan de vergaderingen**

BLOCKX P., BURY J., COLLARD M., DEVOS D. (voorzitter), HEUSCHEN W.,  
RUTSAERT R.,  
SPAAS Ph. en VAN DEN OEVER R.

### **Volgende experts namen deel aan de vergaderingen**

BERTELOOT P., BOUTTENS F., BRYNAERT J.J., CLAEYS D., DIRIX L., DULIERE Q.,  
VAN DER MUSSELE H. en WULFRANK D.

### **Vergaderingen**

1.06.2006 en 21.06.2006.

### **Voorafgaandelijke bemerkingen.**

De Raad stelt vast dat er geen cijfermateriaal ter beschikking is gesteld aan de Raad die hem zou toelaten beter geïnformeerd te adviseren.

De Raad herhaalt, ook in dit dossier, dat gevalideerde gegevens een belangrijke randvoorwaarde zijn voor een efficiënte werking van adviesorganen.

Het verslag aan de Koning bij het Koninklijk Besluit van 21 maart 2003 spreekt van gespecialiseerde zorgprogramma's voor tumoren die complexe multidisciplinaire benadering en/of uitermate gespecialiseerde expertise vergen en/of zeer zeldzaam zijn.

De Raad wijst er op dat borstkanker, in het algemeen, onder geen van de drie vermelde categorieën valt. De behandeling vergt uiteraard een multidisciplinaire benadering maar die onderscheidt zich *prima facie* niet door zijn complexiteit in vergelijking tot andere tumoren.

De behandeling veronderstelt evenmin een uitermate gespecialiseerde expertise. En spijtig genoeg is het ook geen zeldzame tumor.

De status van de brief van de voorzitter van het College Oncologie is onduidelijk.

Vooreerst maakt de samenstelling van het College het onwaarschijnlijk dat alle leden eenzelfde of gelijkaardige grondige kennis inzake de behandeling van borstkanker zouden kunnen inroepen.

Vervolgens is hij niet gedateerd noch ondertekend, hebben slechts 14 van de 17 leden geantwoord op vragen inzake normen voor een borstkliniek en opportuniteit van een speciaal zorgprogramma oncologie, en onderschrijven er 13 van de 14 de mening die uiteengezet wordt in (het ontwerp van) de brief.

Tenslotte wordt er verwezen naar de reeds uit 2000 daterende aanbevelingen van EUSOMA.

De mening die verwoord wordt lijkt dus geen "in consensus opgestelde kwaliteitsindicatoren of toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering.." te zijn (artikel 8, 1°, van het KB van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen). De leden en de experts van de werkgroep hebben deze tekst besproken.

De Werkgroep heeft kennis genomen van de resolutie van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers van 16 juni 2005, van het rapport van het Europese Parlement van 7 mei 2003 en van de aanbevelingen van EUSOMA inzake "Specialist Breast Units" van 25 mei 2000 (European Journal of Cancer 36 (2000) 2288-2293).

De Werkgroep ontving een nota van Dr. Quentin Dulière en een schrijven van Dr. Donald Claeys, Voorzitter van het Belgisch Genootschap voor Heelkunde, die als experts deelnamen aan de besprekingen.

## **Bespreking.**

De Raad erkent de belangrijke maatschappelijke impact van borstkanker door de frequentie van de aandoening, het lijden die zij veroorzaakt bij patiënten en de diepe emoties die zij oproept bij patiënten, familie, zorgverstrekkers en politiek verantwoordelijken. De vraag naar kwaliteitsvolle opsporing, diagnose en behandeling is rechtmatig.

De oproep tot de oprichting van ‘borstklinieken’ als gespecialiseerde zorgprogramma’s is derhalve op het eerste gezicht begrijpelijk. Dit verdient echter een genuanceerde en behoedzame commentaar.

De Raad is immers beducht voor een doorgedreven centralisatie en/of verregaande opsplitsing en ‘balkanisering’ van de zorgprogramma’s voor oncologie in de ziekenhuizen.

De Raad wenst te herinneren aan zijn eerder standpunt inzake de behandeling van kankerpatiënten in ziekenhuizen.

Op 9 oktober 1997 schreef de NRZV in de beginselen van zijn advies inzake het zorgprogramma oncologie het volgende (NRZV/D/129-2) (onderlijning 2006):

*“De programma’s oncologie omvatten het geheel van de ziekenhuisactiviteiten voor oncologische patiënten. Kanker is in onze maatschappij een erg frequente pathologie waarvan de diagnose en behandeling op verschillende plaatsen en onder verschillende modaliteiten (opname, ambulant, dagziekenhuis) kunnen gebeuren. De programma’s moeten dan ook vlot en algemeen toegankelijk zijn. (...). Minstens even belangrijk is daarbij aansluitend de betrachting aan iedere patiënt de beste diagnose en behandelingsschema’s aan te beiden ongeacht de plaats waar hij zich aanbiedt.”*

(...)

*Een logische en klinisch wetenschappelijke aanvaarde benadering dient gebaseerd te zijn op afspraken en overleg binnen en tussen de verschillende programma’s en modules, met duidelijke afspraken omtrent de verantwoordelijkheid t.o.v. de individuele patiënt. Dit gebeurt onder vorm van consensusaanbevelingen. Dit zijn richtlijnen die een houvast bieden aan de clinicus door de actuele stand van de medische kennis overzichtelijk samen te vatten onder vorm van keuzemomenten en overeenkomstige acties . Deze aanbevelingen worden in permanent overleg binnen een multidisciplinair team afgesproken en onderhouden.”*

*Een zorgvuldige systematische registratie van patiëntgegevens, diagnose en behandelingen is niet enkel van epidemiologisch belang maar is tevens noodzakelijk als basis voor kwaliteitstoetsing. Zij laat ook toe om na te gaan in hoeverre de aanbevelingen gevolgd worden en of eventuele afwijkingen ervan sluitend gedocumenteerd zijn. Dit samengaan van aanbevelingen en systematische registratie moet het opzetten van een structureel kwaliteitsbeleid mogelijk maken. Hierin kunnen de wetenschappelijke verenigingen een sleutelrol spelen. (...)*

(...)

*Het begrip verfijningsmodule betreft een specifieke patiëntenpopulatie. Sommige vormen van kanker zijn eerder zeldzaam, zodat zij een bijzondere expertise van specialisten vragen met een sterk multidisciplinaire aanpak en/of zeer bijzondere technische infrastructuur vereisen. Deze zeer gespecialiseerde zorg voor een zeer beperkte en specifieke patiëntenpopulatie vergt verfijningsmodules (...).”*

In zijn advies van 19 oktober 2000 (NRZV/D/181-2) schreef de NRZV opnieuw (onderlijning 2006):

*“Op 9 oktober 1997 keurde de NRZV unaniem een advies goed inzake het zorgprogramma Oncologie in het kader van het Nieuw Ziekenhuisconcept .*

*De principes voor een goede zorg voor kankerpatiënten zaten en zitten nog steeds vervat in dit advies:*

- gelijkwaardige toegankelijkheid voor alle patiënten
- multidisciplinaire werking
- overleg, consensus, samenwerking, netwerking in en tussen instellingen
- registratie en kwaliteitstoetsing
- psychosociale, transmurale en palliatieve begeleiding.

*De Raad meent te kunnen vaststellen dat vele ziekenhuizen nu reeds de principes van dit advies toepassen: geneesheren-oncologen werden aangeworven en/of beter geïncorporeerd in de medische werking, multidisciplinaire aanpak werd ingevoerd en/of verbeterd, samenwerkingsverbanden en netwerking tussen ziekenhuizen werden nauwer aangehaald en/of op een meer formele wijze gestructureerd, enz..*

*Dit succes lijkt verband te houden met het feit dat het advies een algemeen aanvaarde wenselijkheid verwoordde: spreiding en toegankelijkheid van zorg (alle ziekenhuizen eerder dan enkele), gelijkwaardigheid (eerder dan een relatie tussen oversten en ondergeschikten), integratie, samenwerking en overleg (eerder dan hiërarchie), taakverdeling (eerder dan concentratie en monopolie).*

*(...)*

*Kortom, de NRZV ziet geen reden om het unaniem goedgekeurde advies van 10 oktober 1997 fundamenteel te wijzigen. (...)*

*De oncologische pathologie is terug te vinden in elk ziekenhuis en vormt een derde tot de helft van de workload van elk ziekenhuis en van de oncologen. Het komt er dus op aan om in ELK ziekenhuis goede oncologische zorg te organiseren, door alle disciplines.*

*Het invoeren van een derde niveau zou alleen een kostenexploderend effect hebben. Immers elk ziekenhuis zou uiterste pogingen doen om aan deze norm te beantwoorden, met de gekende inflatoire gevolgen van dien.*

*Het uitgangspunt is een juiste behandeling van elke kankerpatiënt, welke ingangspoort hij ook zou gebruiken.*

*De kwaliteit wordt in dit advies bijzonder centraal gesteld op drie punten:*

- *de noodzakelijke multidisciplinariteit*
- *de noodzaak van het hanteren van protocollen*
- *de ontwikkeling van echte concertatie.*

*Dit advies heeft tussen 1997 en nu (red.2000) op het terrein reeds duidelijk effect gehad: heel wat ziekenhuizen hebben reeds geanticipeerd en hebben de principes die vervat zijn in dit advies toegepast.”*

Zorgprogramma's moeten dus de zorg dichter bij de patiënt brengen, zowel door een spreiding in termen van geografische bereikbaarheid (voor patiënt, familie en huisarts), als onder vorm van een kwaliteitsvolle zorg voor alle patiënten door wetenschappelijk getoetste behandelingen, toenemende multidisciplinaire samenwerking en overleg, efficiënte samenwerking tussen artsen en ziekenhuizen en doordachte verwijzingen.

Een goede relatie met de huisarts en/of verwijzende arts is een wezenlijk onderdeel van een goed beleid inzake opsporing, diagnose, behandeling en opvolging van patiënten. In België bestaat een goed en uitgebreid netwerk van huisartsen en ziekenhuizen. Het overgrote deel van hun tijd brengen patiënten thuis door waar de eerste contactpersoon de huisarts is. Een centralisatie van de zorg in enkele borstklinieken zal de rol van de huisarts bemoeilijken en verkleinen.

De Raad benadrukt overigens het belang van een goede opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker en de rol die huisartsen (en patiënten) hierbij moeten spelen.

Onvermijdelijk moeten dus alle bestaande zorgprogramma's, zowel voor oncologische basiszorg als voor oncologie, er voor kunnen kiezen om betrokken te zijn bij de opsporing, diagnose en behandeling van de meest voorkomende kankers, waaronder borstkanker.

Een beperking van het aantal 'borstklinieken', met een monopolie (opgelegd of de facto) voor de behandeling van alle patiënten met borstkanker, door programmatie en/of een rigide toepassing van erkenningsnormen onder vorm van niet gevalideerde kwantitatieve parameters inzake minimale activiteiten voor zorgprogramma en artsen, zal onvermijdelijk leiden tot een slechtere toegankelijkheid én dus een slechtere zorg.

Ook de EUSOMA-richtlijnen stellen de centralisatie op één plaats voor de behandeling van borstkanker niet voorop en laten netwerking duidelijk toe.

Bovendien komt hierdoor het drempelverlagend karakter van de bestaande zorgprogramma's voor oncologische basiszorg, van de zorgprogramma's voor oncologie en van de samenwerking tussen beide op de helling te staan, en niet alleen voor borstkanker.

Dit zou een spijtige terugkeer betekenen naar het verleden toen de patiënt op zoek moest gaan naar zorg, en een afwijzing zijn van de betrachting om via de zorgprogramma's de zorg dicht bij de patiënt te brengen.

Borstkanker is bovendien een erg frequente aandoening waarvan diagnose en behandeling niet complex is in vergelijking met andere tumoren, maar die wel een multidisciplinaire aanpak vereist.

A priori betekent dit dat patiënten met borstkanker dezelfde kans moeten krijgen om een toegangspoort te vinden. Doorgedreven samenwerking en overleg tussen de verschillende niveaus van zorgprogramma's, moeten leiden tot een doordachte, gestroomlijnde en multidisciplinaire benadering en moet de ziekenhuizen toelaten om de zorg te bieden die patiënten vragen. In plaats van de samenwerking tussen geneesheren en ziekenhuizen af te breken moet er dus integendeel gezocht worden naar middelen om deze te versterken.

De Raad benadrukt nogmaals dat een goede registratie een absolute noodzaak is om een evaluatie van de kwaliteit via audit toe te laten.

In die context herinnert de Raad er aan dat het opstellen van kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering, het opstellen van een geïnformatiseerd registratiemodel en typerapport, het afleggen van visitaties, het opstellen van een jaarrapport en een terugkoppeling van gegevens naar ziekenhuizen en geneesheren, prioritaire opdrachten zijn van de Colleges van Geneesheren.

Inzake het opleggen van het aantal prestaties of activiteiten als criterium voor erkenning van ‘borstklinieken’ is de Raad van oordeel dat het vertalen van kwaliteit in zuiver kwantiteit lichtzinnig is. Zonder duidelijke evidence based gegevens is de toepassing van kwantitatieve parameters arbitrair.

Het zou uiteindelijk bijzonder eigenaardig zijn mocht de behandeling van een van de meest voorkomende kankers gecentraliseerd worden door strenge erkenningsnormen terwijl de er helemaal geen concentratie bestaat voor de meest complexe oncologische aandoeningen.

Het concept dat chirurgen een bepaalde expertise moeten ontwikkelen en onderhouden door een minimaal volume aan activiteiten te realiseren, lijkt gegrond op bepaalde wetenschappelijke studies. Toch verdient ook dit de nodige nuances.

De competentie van chirurgen (en artsen in het algemeen) kan immers niet uitsluitend gemeten worden in termen van aantal ingrepen of prestaties. De beheersing van de heelkundige technieken bij behandeling van borsttumoren is natuurlijk belangrijk maar tegelijk ook niet bijzonder complex. Het zijn echter ook en vooral de algemene inzichten en kennis van de pathologie, de algemene ervaring met de behandeling van tumoren en de wil en bekwaamheid om multidisciplinair samen te werken, die belangrijk zijn in de beoordeling van de kwaliteit van verstrekte zorg.

Een toepassing van zuiver kwantitatieve parameters zal binnen de betrokken discipline de ene arts uitsluiten en aan de andere een (weliswaar beperkt) monopolie gunnen. Dit houdt gevaren in voor vermarkting en commercialisering van geneeskunde.

Een suggestie om chirurgen te verplichten om zich ‘exclusief’ aan borstpathologie te wijden is weinig zinvol en zelfs contraproductief. Het is net een brede interesse voor tumoren, voldoende algemene heelkundige kennis, kunde en ervaring die het onderscheid kunnen maken.

Het is bovendien niet wenselijk om dezelfde gedachtegang inzake minimale activiteit en/of exclusiviteit te volgen voor de onderscheiden tumoren in elk deeldomein in de oncologie (bvb. pancreas, colon, long, enz ...).

Tenslotte verwijst de Raad, ten exemplatieve titel, naar “Le Plan Cancer” van de Franse overheid. Met dit plan verkiest ze om af te stappen van centralisatie en te werken met netwerken die naar de patiënt toe gaan in plaats van omgekeerd.

Zo wordt de erkenning van ziekenhuizen om kanker te behandelen door het regionaal agentschap voor ziekenhuisbehandeling, o.m. afhankelijk van volgende elementen:

1. Deelname aan een netwerk van oncologie
2. Multidisciplinair werken met gevalideerde richtlijnen, geïndividualiseerde opvolging van de patiënte, aandacht voor informatieverstrekking, steun en desgewenst aangepaste palliatieve zorgen.
3. Beschikbaarheid zowel in het geval van hospitalisatie als van daghospitalisatie
4. Verplichte deelname aan wetenschappelijke studies via het netwerk.

Dit Frans plan sluit meer aan bij de bestaande situatie in België met programma's voor oncologische basiszorg en oncologie, en de netwerking tussen beide.

De Raad verkiest dus parameters die naar de kern van kwaliteit peilen.

### **Advies**

**De Raad pleit uitdrukkelijk voor een breed toegankelijke en goede zorg voor alle kankerpatiënten.**

**Aanpassingen aan de wetgeving moeten niet de exclusie van centra of artsen beogen, maar de inclusie van zoveel mogelijk patiënten in een kwalitatief hoogstaand zorgtraject. Ziekenhuizen die op basis van niet gevalideerde kwantitatieve criteria uitgesloten worden om de meest frequente tumor bij vrouwelijke patiënten te behandelen, zullen niet meer in staat zijn om nog oncologen aan te trekken. De totaalzorg voor alle oncologische patiënten zal er dan ongetwijfeld op achteruit gaan.**

**Om deze toegankelijkheid te bewaren, en gezien de frequentie van voorkomen van borstkanker, wijst de Raad een programmering en/of erkenning als gespecialiseerd zorgprogramma van een beperkt aantal borstklinieken af.**

**Integendeel, gezien precies het hoge aantal patiënten, is de Raad van oordeel dat àlle zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en voor oncologie moeten (kunnen) deelnemen aan de zorg voor deze patiënten<sup>1</sup>.**

**Er zijn belangrijke randvoorwaarden om goede oncologisch zorg te kunnen verstrekken.**

**Deze zijn grotendeels beschreven in de geldende erkenningsnormen.**

**Uiteraard zullen alle ziekenhuizen beschikken over de noodzakelijke uitrusting en artsen om goede zorg te kunnen verlenen.**

**De ziekenhuizen nemen de samenwerking met de verwijzende artsen en/of huisartsen ter harte, met bijzondere aandacht voor de permanente vorming en bijscholing om**

---

<sup>1</sup> Deze aanbeveling geldt overigens voor alle patiënten met andere frequent voorkomende tumoren die geen complexe multidisciplinaire benadering en/of uitermate gespecialiseerde expertise vergen en/of zeer zeldzaam zijn.



opsporing en diagnose te verbeteren, voor het verstrekken en ontvangen van informatie en voor een wederzijdse ondersteuning bij het begeleiden van de patiënten.

Om de medische zorg dicht bij de patiënten en hun omgeving te houden, zullen de basisprogramma's, in nauwe samenwerking met het zorgprogramma voor oncologie en conform de gezamenlijke richtlijnen van het oncologisch handboek en de actuele stand van medische kennis, meewerken aan de opsporing, diagnose, behandeling en verwijzing van borstkankerpatiënten.

Indien een ziekenhuis dit nuttig acht kan zij, om deze processen te sturen, hiervoor een "borstkliniek" oprichten waarvan de werking zich integreert in de werking van het basisprogramma én in de samenwerking met het zorgprogramma voor oncologie.

Het zorgprogramma voor oncologie moet patiënten met borstkanker in elk stadium van de ziekte kunnen opvangen. Indien het ziekenhuis dit nuttig acht kan zij hiervoor een "borstkliniek" oprichten waarvan de werking zich integreert in het ganse zorgprogramma en in de samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg.

In het (niet afzonderlijke) handboek zijn de nodige richtlijnen voor diagnose, behandeling en opvolging van borstkankerpatiënten opgenomen. Het handboek zal de samenwerking met gespecialiseerde diensten of laboratoria omschrijven.

De samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg zal, opnieuw conform de regelgeving, geoptimaliseerd worden.

Conform het EUSOMA-rapport maar in tegenstelling tot het (ontwerp)advies van het College voor Oncologie is de Raad van oordeel dat de zorg voor borstkanker desgevallend moet ondersteund worden door het zorgprogramma en dus in de meeste ziekenhuizen lokaal moet kunnen worden aangeboden.

In deze context pleit de Raad er voor om alle patiënten met borstkanker in alle zorgprogramma's verplicht in een multidisciplinair overleg te bespreken vooraleer zij behandeld (ook geopereerd) worden<sup>2</sup>. Dit overleg moet een optimale behandeling van alle patiënten mogelijk maken en leiden tot continue verbetering van deze gezamenlijke multidisciplinaire benadering.

De Raad onderschrijft aanbevelingen om de tijd tussen eerste contact en mededeling van een duidelijke diagnose en behandelingsplan aan alle patiënten<sup>3</sup> zo beperkt mogelijk te houden.

Het zorgprogramma zal, conform de regelgeving, beschikken over een multidisciplinair team met geneeskundige, verpleegkundige, paramedische en psychologische deskundigen.

De Raad onderschrijft het belang van psychologische ondersteuning en van de aanwezigheid van "borstverpleegkundigen" die de patiënten volgen en begeleiden. Voor deze begeleiding en personeelsleden moet er een aangepaste financiering voorzien worden in het budget van financiële middelen.

De kwaliteit van de behandeling *stricto sensu* wordt in de eerste plaats verzekerd door de kwaliteit van de geneesheren-specialisten.

---

<sup>2</sup> Indien medisch verantwoord.

<sup>3</sup> Ook met andere aandoeningen.

Artsen moeten de nodige bekwaamheid verkrijgen en onderhouden. Inzake een eventueel gewenst minimaal activiteitsniveau is de Raad van oordeel dat de wetenschappelijke verenigingen van de onderscheiden disciplines de nodige wetenschappelijk ondersteunde richtlijnen moeten opstellen over wat precies de kwaliteit van de zorg verzekert en verbetert, en om de nodige stappen voor te stellen om het opvolgen van de gestelde eisen daadwerkelijk te controleren.

Bij de strikt te controleren kwaliteitsparameters vermeldt men de inhoud van het MOC-verslag, het percentage sentinelknoopprocedures, type chirurgische ingreep, percentage lokaal en ipsilateraal recidief, effectieve samenwerking met de huisarts en registratie en verslaggeving met een verplicht jaarlijks rapport.

De ervaring van de individuele arts en het aantal gevallen per ziekenhuis zijn belangrijk, evenwel in verschillende mate.

Op basis van de beschikbare informatie is de Raad van oordeel dat het aangewezen is dat in elk ziekenhuis waar borstkanker chirurgisch behandeld wordt, de patiënten zouden geopereerd worden door een beperkt(er) aantal chirurgen. Dit moet toelaten om de nodige expertise te verwerven en behouden maar mag geen aanleiding geven tot monopolies die de continuïteit van zorgen in gevaar zouden brengen. Het is aangewezen dat deze chirurgen, naar gelang de basisopleiding en (sub)specialisatie zich ook zouden bekommeren om het verwerven en op peil houden van een brede kennis van diagnose, pathofysiologie en behandeling van deze oncologische aandoeningen om zo een bredere bekwaming in de oncologische zorg te verwerven.

De Raad pleit voor de implementatie van de cultuur van de multidisciplinaire samenwerking door een intense samenwerking en onderlinge afstemming tussen de verschillende chirurgen onderling en tussen hen en andere artsen.

Op basis van beschikbare gegevens inzake de relatie tussen de kwaliteit van de zorg en de benodigde competentie en ervaring, stelt de Raad voor dat elke chirurg die borstpathologie behandelt minstens 30 ingrepen per jaar zou verrichten.

Voor de aangehaalde cijfers van 150 of 100 primaire heekkundige ingrepen als kwantitatief criterium zijn er in de literatuur geen argumenten terug te vinden.

Wel is aangetoond dat een minimale case-load per chirurg en per centrum wenselijk is om de chirurgische resectie- en sentinelklierprocedures, de pathologieverslaggeving en stadiering van de ziekte, en het gebruik van radiotherapie en adjuvante systematische therapie te optimaliseren. Ook het daadwerkelijk organiseren van een goed gestructureerde multidisciplinaire samenwerking met verplicht voorafgaandelijke bespreking van elke casus van borstkanker wordt bevorderd door een minimum aantal.

De kwaliteit van zorgprogramma's bestaat in belangrijke mate door de multidisciplinaire werking en de wetenschappelijke benadering van en reflectie over de eigen werking. Een belangrijk element is dus de verantwoorde en gevalideerde registratie van alle belangrijke gegevens inzake patiënten, behandelingen en activiteiten. De Raad pleit voor een eenvormige registratie. Het is een opdracht voor de wetenschappelijke verenigingen en het College Oncologie om in consensus inhoud en model voor zulke registratie op te stellen.

Het is belangrijk om de verzamelde gegevens te verwerken, bestuderen en terug te koppelen naar ziekenhuizen en geneesheren. Een studie en beoordeling van deze gegevens is noodzakelijk, zowel intramuraal als door onderlinge vergelijking tussen verschillende zorgprogramma's, geneesheren en ziekenhuizen.

Alle ziekenhuizen en zorgprogramma's moeten, conform de regelgeving, hun medewerking verlenen aan externe en interne audit<sup>4</sup>. Ook de organisatie en de uitvoering van een externe audit zijn opdrachten voor het College. De striktere implementatie hiervan zal de kwaliteit van de zorg meer ondersteunen dan het opleggen van niet gevalideerde kwantitatieve criteria.

---

<sup>4</sup> KB 21 maart 2003, art.38.