

Rapport tumorspecifieke visitatie longoncologie Elkerliek Ziekenhuis

april 2014

Visitatierapport

Visitatoren IKNL

- G. Botke, radiotherapeut n.p., voorzitter
- Mw. J.P. Salomé, verpleegkundig specialist, Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam
- R.J. Oostenbroek, chirurg n.p.
- P. Eppinga, longarts, Ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten
- Mw. H.G.T. Blaauwgeers, adviseur IKNL (ambtelijk secretaris)
- Mw. B.E.M. Fröhleke, senior adviseur IKNL (ambtelijk secretaris)

Contactpersoon namens visitatoren IKNL

Mw. H.G.T. Blaauwgeers, ambtelijk secretaris

Auteur

IKNL

April 2014

1.0

Datum visitatie: 11 december 2013

Definitief rapport: 3 april 2014

Inhoudsopgave

1	Leiderschap	7
1.1	Beleidsvisie	7
1.2	Beleidsinformatie	8
1.3	Samenwerking externen	9
2	Strategie en beleid	11
2.1	Oncologiecommissie	11
2.2	Tumorwerkgroep longcarcinoom	12
3	Management van medewerkers	17
3.1	Deskundigheid en beschikbaarheid professionals long-oncologische zorg	17
4	Management van middelen	19
4.1	Oncologische geneesmiddelen	19
4.2	Voorzieningen	19
5	Management van zorgprocessen	22
5.1	Algemene eisen zorgpad longcarcinoom	22
5.2	Gebruik van richtlijnen	22
5.3	Klinisch onderzoek	23
5.4	Begeleiding en informatie	24
5.5	Specifieke eisen m.b.t. verwijzing	25
5.6	Voorzieningen	26
5.7	Wacht- en toegangstijd polikliniek	28
5.8	Vaststellen diagnose en behandelplan	29
5.9	Besluitvorming en gesprek met patiënt	30
5.10	Algemeen beleid	31
5.11	Chirurgie - preoperatieve fase	30
5.12	Chirurgie operatie	31
5.13	Chirurgie-postoperatief	32
5.14	Radiotherapie - voorbereiding	33
5.15	Radiotherapie - behandeling	34
5.16	Chemotherapie - voorbereiding	34
5.17	Chemotherapie - behandeling	35
5.18	Specifieke eisen m.b.t. follow-up/nazorg	37
5.19	Specifieke eisen m.b.t. palliatieve zorg	41
6	Waardering door patiënten/cliënten en ketenpartners	44
6.1	Waardering door patiënten/cliënten en ketenpartners	44
7	Waardering door medewerkers	45
7.1	Waardering door medewerkers	45
8	Waardering door maatschappij	47
8.1	Waardering door maatschappij	47
9	Eindresultaten en transparantie	48
9.1	Eindresultaten en transparantie	48
	Samenvatting en Conclusie	49
	Bijlagen	

Inleiding

Het Elkerliek Ziekenhuis heeft een visitatie van het longoncologisch zorgproces aangevraagd. Namens het IKNL heeft een visitatiecommissie, bestaande uit vier visitatoren en twee ambtelijk secretarissen, het Elkerliek Ziekenhuis gevisiteerd op 11 december 2013.

In het voorliggende visitatierapport oncologische zorg zijn de bevindingen en conclusies van de visitatiecommissie weergegeven. Het Tumorspecifiek Kwaliteitskader Longcarcinoom (versie 26-09-2013) vormt hierbij het referentiekader. Het visitatierapport is op 1 april 2014 besproken en vastgesteld door het Dagelijks Bestuur van de Landelijke Plenaire Visitatie Commissie.

Leeswijzer

De bevindingen van de visitatoren zijn per norm uit het Tumorspecifiek Kwaliteitskader Longcarcinoom weergegeven. Tevens zijn bevindingen, waar nodig, op meetpuntniveau (= per normnummer) weergegeven. Deze score drukt de mate uit waarin het ziekenhuis, volgens de visitatoren, aan het betreffende meetpunt van de norm, voldoet. Deze visitatorscore is weergegeven in de vierde kolom per meetpunt, achter de score die het ziekenhuis bij de zelfevaluatie voorafgaande aan de visitatie zelf heeft ingevuld.

In de kolom 'onderbouwing visitator' zijn de bevindingen van de visitatiecommissie opgenomen n.a.v. de visitatie. Deze bevindingen zijn vermeld indien de visitatorscore afwijkt van de score van het ziekenhuis of wanneer het visitatieteam een toelichting van belang voor het ziekenhuis achtte.

De tekst, die het ziekenhuis per meetpunt heeft weergegeven, is uit de rapportage weggelaten.

De conclusies, met daarin de sterke en verbeterpunten, zijn te vinden aan het einde van de rapportage.

Scoresystematiek bij de vragen

De scoresystematiek bij de vragen is opgezet vanuit de Plan-Do-Check-Act cyclus (Deming-cyclus).

Verdiepingsvragen kunnen beantwoord worden met Nee en Ja.

Uitgangspunten voor het scoren van een vraag zijn:

- Plan:** Voor het betreffende besturingselement is nauwelijks of geen aandacht of er zijn uitsluitend plannen om met het betreffende besturingselement aan de slag te gaan
- Act:** Het betreffende besturingselement is breed in de zorginstelling geïmplementeerd en de kwaliteitscyclus is tenminste tweemaal doorlopen

1 Leiderschap

1.1 Beleidsvisie

Overall bevindingen visitator

Een pilot IKNL-tumorspecifieke visitatie longoncologie is aangevraagd door het Radboud Universitair Medisch Centrum (Radboudumc) te Nijmegen en het Elkerliek Ziekenhuis te Helmond. De longartsen van beide ziekenhuizen hebben het initiatief genomen en IKNL heeft deze vraag opgepakt door een pilot te ontwikkelen voor de toetsing van de longoncologische zorg en in het bijzonder de samenwerking tussen beide ziekenhuizen. Er is een kwaliteitskader ontwikkeld op basis van het kwaliteitskader organisatie oncologische zorg, de geldende richtlijnen en SONCOS-normen, dat draagvlak heeft van de NVALT. Binnen een tijdsbestek van negen maanden heeft het verzoek tot uitvoering van de visitatie in het Radboudumc op 3 december 2013 en het Elkerliek Ziekenhuis op 11 december 2013 geleid.

De geschiedenis van het Elkerliek Ziekenhuis te Helmond gaat terug tot 1838. In het St. Aloysiusgesticht begonnen de zusters met de zieken- en bejaardenzorg. In 1924 is een Gasthuis gesticht en in 1969 werd het St. Willibrordus ziekenhuis Deurne in gebruik genomen. In 1986 fuseerden het St. Lambertus Ziekenhuis en het St. Willibrordus ziekenhuis tot het Streekziekenhuis Helmond-Deurne. Deze naam werd in 1990 vervangen door het Elkerliek Ziekenhuis. Deze naam is gekozen vanwege de betekenis: 'iedereen'. Iedereen die in het Elkerliek Ziekenhuis komt, kan rekenen op een hartelijke benadering en op goede, veilige zorg.

Het Elkerliek Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat basiszorg levert van en voor de regio Helmond, Deurne en Gemert/Bakel. In Helmond staat de hoofdvestiging: het centrum voor langdurige en intensieve zorg, complexe operaties en poliklinische hulp, de Spoedeisende Hulp en Eerste Hart Hulp. Locatie Deurne is het dagziekenhuis en sinds 2009 is er een polikliniek in Gemert.

Bij het Elkerliek Ziekenhuis werken ruim 2.000 medewerkers en 140 medisch specialisten met de ambitie om 'Zorg dichtbij de mens Heel Elkerliek', vertaald als goede en veilige zorg voor alle patiënten te bieden.

Het Elkerliek Ziekenhuis wil de eerste keus voor algemene ziekenhuiszorg in de regio zijn. Het werkt nauw samen met de huisartsen en andere partners om zo de zorg dichtbij huis te brengen. Maar als het nodig is, vormt men de schakel op weg naar zorg die alleen buiten de regio gegeven wordt.

In het beleidsplan 'Zorg dichtbij Heel Elkerliek 2013-2015' is de oncologische zorg opgenomen. Onder het kopje 'Heelmeesterschap verder ontwikkelen' is aangegeven dat de komende drie jaar verder gewerkt wordt aan de competenties die horen bij integrale zorg. Samenwerking met externe partijen is daarbij een belangrijk onderdeel. Het Elkerliek Ziekenhuis biedt zijn patiënten kwalitatieve basiszorg. Het profiel voor de oncologie is uitgebalanceerd en in afstemming met de regio tot stand gekomen. Het Elkerliek Ziekenhuis richt zich vooral op de zorg voor patiënten met borst-, colon-, prostaat-, huid- en longkanker, behalve de longchirurgische behandeling.

In het 'Jaarverslag Oncologiecommissie 2012' worden de ontwikkelingen en resultaten binnen de oncologische zorg beschreven. De resultaten worden beschreven aan de hand van de verschillende verbeteractiviteiten zoals die in het 'Activiteitenplan Oncologische zorg 2010 – 2013' zijn vastgelegd. Het activiteitenplan omvat een nadere uitwerking van de verschillende doelstellingen die zijn opgenomen in het 'Beleidsplan Oncologische zorg 2010 – 2013'.

In 2012 is een start gemaakt met de ontwikkeling van een nieuw oncologisch beleidsplan. In het jaarverslag zijn de aandachtspunten voor 2013-2015 opgenomen. Een concept beleidsplan oncologie 2013-2016 was tijdens de tumorspecifieke visitatie beschikbaar voor de visitatoren.

In relatie tot het IKNL Kwaliteitskaderlongkader zijn de begrippen die in het Elkerliek worden gebruikt als volgt te vertalen en te lezen in dit rapport:

Oncologiecommissie: breed samengestelde ziekenhuiscommissie

Tumorwerkgroep: intern niet geformaliseerde breed samengestelde groep en

Multidisciplinair overleg (MDO): externe tumorwerkgroep long met Radboudumc overleg waarbij longoncologie patiënten worden besproken met longartsen uit Radboud UMC en radiotherapeut Catharina Ziekenhuis, Eindhoven (e.a. disciplines van Elkerliek)

Zorgpad: tumorwerkgroepen in verschillende mate van ontwikkeling en organisatie

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
1.1.1	Er is een ziekenhuisbeleidsplan.	Act	Act	
1.1.2	Bevat het ziekenhuisbeleidsplan een beleidsvisie over oncologische en palliatieve zorg?	Ja	Ja	
1.1.3.	Er is een actueel oncologische beleidsplan.	Act	Act	
1.1.4	Sluit het oncologisch beleidsplan aan bij het ziekenhuisbeleidsplan?	Ja	Ja	
1.1.5.	Bevat het oncologisch beleidsplan een concrete visie en doelstellingen over long-oncologische zorg, inclusief palliatieve zorg?	Ja	Ja	

1.2 Beleidsinformatie

Overall bevindingen visitator

In het Elkerliek Ziekenhuis zijn in 2012 in totaal 1427 nieuwe tumoren gediagnosticeerd. Het betreft o.a. 128 unieke patiënten met longkanker (9% van het totaal), die zijn geregistreerd.

Binnen het Elkerliek Ziekenhuis functioneren een aantal tumorwerkgroepen zoals de mamma- en de colorectale werkgroep. De werkwijze van de tumorwerkgroepen in relatie tot de oncologiecommissie is niet vast gestructureerd of geformaliseerd. De interne tumorwerkgroep longoncologie bestaat uit de longartsen, de verpleegkundige en de afdelingsmanager. Deze groep komt regelmatig en op ad-hoc basis bijeen rondom de organisatie van het zorgpad.

Inzicht in gegevens van patiënten met longkanker en stuurinformatie is beperkt en gefragmenteerd beschikbaar. De incidentie en beperkte behandelgegevens zijn beschikbaar vanuit de Nederlandse Kankerregistratie. Voor ZIZo en IGZ zijn de gegevens bekend voor de verplichte indicatoren. De longcareverpleegkundige houdt een Excel-bestand bij waarin een beperkt aantal gegevens, bijvoorbeeld uit het diagnostisch traject, wordt genoteerd. Er is geen formatie voor deze vorm van registratie.

Norm	Normtekst	Score	Score	Onderbouwing visitator
------	-----------	-------	-------	------------------------

nummer		instelling	visitorator	
1.2.1.	Neemt het ziekenhuis deel aan landelijke registratieprojecten?	Ja	Ja	
1.2.2.	Neemt het ziekenhuis deel aan door de beroepsgroepen geaccepteerde multidisciplinaire kwaliteitscontrole? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	
1.2.3.	Er zijn actuele jaarcijfers en andere beleidsinformatie over long-oncologische zorg beschikbaar.	Act	Act	
1.2.4	Worden actuele jaarcijfers periodiek door de tumorwerkgroep longcarcinoom en door de eindverantwoordelijke voor het zorgproces longcarcinoom met de oncologiecommissie besproken voor bijstelling van het beleid?	Ja	Nee	Jaarcijfers over incidentie en behandeling worden in de oncologiecommissie besproken. Er zijn geen gegevens, anders dan de ZiZo en IGZ indicatoren, over wachttijden etc. beschikbaar.
1.2.5	Beschikt het ziekenhuis over een overzicht van deelname aan klinisch wetenschappelijk onderzoek en verbeterprojecten die betrekking hebben op de long-oncologische zorg?	Ja	Ja	

1.3 Samenwerking externen

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek Ziekenhuis heeft als algemeen basisziekenhuis een aantal voorzieningen beschikbaar om goede longkankerzorg volgens de huidige normen te kunnen uitvoeren. Voor de diagnostiek (EBUS en EUS) en de longchirurgie werkt het Elkerliek Ziekenhuis samen met het Radboudumc.

Voor de hoog complexe en laag volume chirurgie van andere vormen van kanker heeft het Elkerliek Ziekenhuis samenwerking met het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Binnen de regio zijn afspraken over deze chirurgie met medewerking van het toenmalige IKZ tot stand gekomen.

De radiotherapeutische behandeling van patiënten met longkanker en ook van andere tumoren vindt plaats in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

Een geformaliseerde samenwerking met de academische centra bestaat niet op bestuurlijk niveau. Patiënten met longkanker die vanuit het Elkerliek Ziekenhuis voor een operatie in aanmerking komen, worden in het

Radboudumc geopereerd. Deze samenwerking is gemaakt door de longartsen maar niet op bestuurlijk niveau vastgelegd.

Voor de samenwerking met de huisartsen en de transmurale keten participeert het Elkerliek Ziekenhuis in het samenwerkingsverband Quartz, dat staat voor Qualiteit Regionale Transmurale Zorg.

In het Elkerliek Ziekenhuis vindt geen structureel overleg plaats met de oncologiecommissie en tumorwerkgroep longkanker van het Radboudumc

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
1.3.1.1.	Er zijn vastgelegde afspraken met ketenpartners uit 1e, 2e en 3e lijn over long-oncologische zorg.	Act	Plan	Een geformaliseerde samenwerking met academische centra bestaat niet op bestuurlijk niveau.
1.3.2.1.	verwijzing en terugverwijzing en samenwerking?	Ja	Ja	
1.3.2.2.	verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld ten aanzien van het eigenaarschap in de verschillende fasen van de longzorgketen?	Ja	Ja	
1.3.2.3.	informatievoorziening aan patiënten?	Ja	Ja	
1.3.2.4.	overdracht patiëntengegevens?	Ja	Ja	
1.3.2.5.	bereikbaarheid/beschikbaarheid?	Ja	Ja	
1.3.2.6.	toegangstijden?	Ja	Ja	
1.3.2.7.	wacht- en/of doorlooptijden?	Ja	Ja	
1.3.2.8.	rapportage aan aanvrager (op patiëntniveau)?	Ja	Ja	
1.3.2.9.	bejegening patiënten?	Ja	Ja	

2 Strategie en beleid

2.1 Oncologiecommissie

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek Ziekenhuis beschikt over een oncologiecommissie die ziekenhuisbreed is samengesteld. De samenstelling, taken en werkwijze van deze ziekenhuiscommissie is vastgelegd in het 'Reglement Oncologiecommissie'. Dit reglement is in 2009 is vastgesteld en wordt tweejaarlijks geëvalueerd. In januari 2013 is het reglement geëvalueerd door het dagelijks bestuur. Op basis van de uitkomsten van deze evaluatie zijn kleine aanpassingen in het reglement aangebracht.

De Oncologiecommissie heeft algemeen als doel: het optimaliseren van de multidisciplinaire oncologische patiëntenzorg en de kwaliteitsbewaking daarvan

In het jaarverslag oncologiecommissie 2012 zijn de beleidsdoelstellingen voor 2013-2015 opgenomen.

De oncologiecommissie bestaat uit 11 leden, te weten zeven specialisten uit de vakgroepen interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, longziekten, urologie, pathologie en radiologie, een ziekenhuisapotheker, de sectormanager beschouwend specialismen, de verpleegkundig stafmedewerker oncologie, een lid van de raad van bestuur (of een leidinggevende die de raad van bestuur vertegenwoordigt). Eén van de radiotherapeuten van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven is als buitengewoon lid aangesteld. De ondersteunende disciplines zoals medisch maatschappelijk werk en geestelijk verzorger, hebben geen zitting in deze commissie. De commissie benoemt uit haar midden een voorzitter en een secretaris. De oncologiecommissie komt minimaal 1x per jaar bijeen. Het beleid en de algemene knelpunten worden in de oncologiecommissie besproken.

Het dagelijks bestuur wordt gevormd door een vijftal medisch specialisten: internist-hematoloog, patholoog, longarts, oncologisch chirurg en gynaecoloog. Het dagelijks bestuur zorgt voor de continuïteit en coördineert de gang van zaken binnen de commissie. Het dagelijks bestuur is bevoegd om namens de oncologiecommissie besluiten te nemen binnen de door de oncologiecommissie gestelde kaders en komt in principe maandelijks bijeen. De commissie ziet toe op de continuïteit en de kwaliteit van de verschillende oncologische patiëntenbesprekingen.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
2.1.1.	Ziekenhuis beschikt over een actieve oncologiecommissie.	Act	Act	
2.1.2.	Voert het ziekenhuis een actief beleid aangaande multidisciplinaire oncologische zorg?	Ja	Ja	
2.1.3.	Is de oncologiecommissie (of een equivalent) een multidisciplinaire commissie?	Ja	Ja	
2.1.4.	Wordt er in het ziekenhuis meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïnccludeerd? (SONCOS,	Ja	Ja	

	2012).			
2.1.5.	Heeft het ziekenhuis een opleidingsbeleid met plaats voor specialisatie in de oncologische en palliatieve zorg?	Ja	Ja	
2.1.6.	Nemen alle betrokken specialismen deel aan complicatieregistratie? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	
2.1.7.	Vindt tenminste twee maal per jaar complicatiebespreking plaats? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	
2.1.8.	Is de eindverantwoordelijke voor het zorgproces longcarcinoom vertegenwoordigd in de oncologiecommissie?	Ja	Ja	

2.2 Tumorwerkgroep longcarcinoom

Overall bevindingen visitor

Om de oncologische patiëntenzorg goed te kunnen uitvoeren zijn tumorwerkgroepen in ontwikkeling. De mate van ontwikkeling, organisatie en vastleggen van werkafspraken in zorgpaden is verschillend. De interactie tussen de tumorwerkgroepen en oncologiecommissie kenmerkt zich door korte en informele lijnen en is niet schriftelijk vastgelegd.

Een multidisciplinaire tumorwerkgroep, zoals beschreven in het kwaliteitskader longcarcinoom, waar beleid wordt gemaakt en geëvalueerd, bestaat niet in het Elkerliek Ziekenhuis. Voor de longoncologie zijn vooral de longartsen en longverpleegkundige actief om de zorg voor de patiënt met longkanker uit te werken. Er zijn verschillende onderdelen van een zorgpad uitgewerkt in protocollen.

De longartsen zijn verantwoordelijk en eigenaar van de longketen inclusief de gewenste en noodzakelijke externe contacten.

In het Elkerliek Ziekenhuis vindt een patiëntenbespreking voor patiënten met longkanker, de oncologiebespreking longtumoren, eenmaal per week op vrijdagmiddag plaats. Hierbij zijn de thoraxchirurg vanuit het Radboudumc en de radioloog vanuit het Elkerliek Ziekenhuis niet aanwezig. Deze bespreking vindt plaats via de videoconferentie. Aan deze bespreking nemen verder alle disciplines verantwoordelijk voor de longkankerzorg deel inclusief de radiotherapeut van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven. De patiënten worden via een vast format besproken. Patiënten die in aanmerking komen voor longchirurgie worden ingebracht door de longarts van het Radboudumc in de longkankerbespreking van het Radboudumc op de dinsdagmiddag. In dit overleg worden de patiënten uit het Radboudumc naast die van het Elkerliek Ziekenhuis besproken.

De huisarts wordt voor de oncologiebespreking longtumoren uitgenodigd, maar is daarbij vrijwel nooit bij aanwezig. De huisarts wordt altijd door de behandelend longarts gebeld over het behandelplan van de patiënt en de brief volgt daarna. Dit gebeurt ook bij verandering van beleid.

Complicaties worden per vakgroep geregistreerd en per afdeling besproken.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
2.2.1.	Ziekenhuis beschikt over een actieve tumorwerkgroep longcarcinoom.	Act	Plan	Een multidisciplinaire tumorwerkgroep, zoals beschreven in het kwaliteitskader longcarcinoom, waar beleid wordt gemaakt en geëvalueerd, bestaat niet in het Elkerliek Ziekenhuis. Voor de longoncologie zijn vooral de longartsen en longcareverpleegkundige actief om de zorg voor de patiënt met longkanker uit te werken.
2.2.2.	Is de tumorwerkgroep longcarcinoom een multidisciplinaire werkgroep?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.2.3.	eindverantwoordelijke voor het zorgproces longcarcinoom?	Ja	Ja	Zie 2.2.1

Zit in de tumorwerkgroep longcarcinoom:

Een vertegenwoordiger per medisch discipline die is betrokken bij de long-oncologische zorg:

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
2.2.4.1	longgeneeskunde?	Ja	Nee	Zie 2.2
2.2.4.2	long-chirurgie?	Ja	Nee	Zie 2.2
2.2.4.3.	interne-oncologie?	Nee	Nee	Zie 2.2
2.2.4.4.	radiologie?	Ja	Nee	Zie 2.2
2.2.4.5.	pathologie?	Ja	Nee	Zie 2.2
2.2.4.6.	radiotherapie?	Ja	Nee	Zie 2.2
2.2.4.7.	nucleaire geneeskunde?	Ja	Nee	Zie 2.2
2.2.4.8.	Vertegenwoordiger(s) van verpleegkundig specialisten en oncologieverpleegkundigen gespecialiseerd in de long-	Ja	Nee	Zie 2.2

	oncologische zorg?			
2.2.4.9.	Vertegenwoordiger(s) psychosociale zorgdisciplines?	Nee	Nee	Zie 2.2
2.2.4.10.	Vertegenwoordiger(s) paramedische disciplines?	Nee	Nee	Zie 2.2
2.2.4.11	Vertegenwoordiger(s) management?	Ja	Nee	Zie 2.2

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
2.3.1.	Is het beleid vertaald naar zorgpad longcarcinoom?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.2.	Is het beleid vertaald naar multidisciplinair overleg van patiënten met (de verdenking op) een longcarcinoom?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.3.	Deelnemende disciplines: Longarts, (long-)chirurg, radiotherapeut, radioloog, patholoog, nucleair geneeskundige, casemanager (SONCOS,2012)?	Ja	Nee	Deelnemers zijn longarts, radiotherapeut, patholoog, nucleair geneeskundige en long-verpleegkundige
2.3.4.	taken en verantwoordelijkheden?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.3.5.	voorbereiding en presentatie?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.6.	selectie van casus voor bespreking en verzameling van relevante gegevens uit patiëntendossier (in ieder geval radiologie- en pathologieverslag)?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.7	werkwijze en besluitvorming?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.8.	verslaglegging?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.9.	bij welk MDO een consulent (oncologisch of palliatief)	Ja	Ja	Zie 2.2

	aanwezig is?			
2.3.10.	documenteren van uitkomsten van multidisciplinair overleg voor alle betrokkenen in een behandelplan?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.11.	uitnodigen en informeren van de huisarts van de te bespreken patiënt?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.12	frequentie bespreking?	Ja	Ja	Zie 2.2
2.3.13.	faciliteiten (ruimte, ondersteuning, ICT)?	Ja	Ja	Zie 2.2

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
2.4.1.	Heeft de tumorwerkgroep beleid opgesteld welke aandoeningen m.b.t. long-oncologische zorg wel en niet gediagnosticeerd en behandeld wordt in het eigen ziekenhuis?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.4.2.	Is de tumorwerkgroep betrokken bij het maken en evalueren van samenwerkingsafspraken over long oncologische zorg?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.4.3.	Stelt de tumorwerkgroep jaarlijks een jaarplan op dat wordt geëvalueerd in een jaarverslag?	Nee	Nee	Zie 2.2.1
2.4.4	Evalueert de tumorwerkgroep ten minste jaarlijks de MDO's en stelt waar deze nodig bij?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.4.5.	Coördineert en stimuleert de tumorwerkgroep deelname aan klinisch wetenschappelijk onderzoek?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.4.6.	Ziet de tumorwerkgroep toe op complicatieregistratie volgens	Ja	Nee	Zie 2.2.1

	kwalietskader long?			
2.4.7.	Stimuleert de tumorwerkgroep deelname aan verbeterprojecten?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.4.8.	Stimuleert de tumorwerkgroep systematisch onderzoek naar de wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten met een longcarcinoom?	Ja	Nee	Zie 2.2.1
2.4.9.	Behandelt het ziekenhuis per jaar ten minste 25 patiënten met longkanker? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	

3 Management van medewerkers

3.1 Deskundigheid en beschikbaarheid professionals long-oncologische zorg

Overall bevindingen visitorator

De formatie voor de long-oncologische zorg wordt door het merendeel van de gesprekspartners als voldoende ervaren, hoewel wordt aangegeven dat meer gespecialiseerde verpleegkundigen nodig zijn om optimale zorg en continuïteit te kunnen bieden. De longcareverpleegkundige heeft geen oncologische of verpleegkundig specialistische opleiding gevolgd. Op de polikliniek kan de longcareverpleegkundige tijdens het slecht-nieuwsgesprek niet aanwezig zijn of na afloop voor de opvang zorgen. Er is 0,2 fte uitbreiding gekomen voor het casemanagement, maar dit wordt door de gesprekspartners als niet voldoende beschouwd.

De formatie voor de registratie van de longkankerzorg is beperkt. De verpleegkundige houdt een Excel-bestand bij.

Het palliatieve team bestaat uit 2 personen, een kader opgeleide arts en een verpleegkundig specialist. Deze posities zijn door hun beperkte omvang kwetsbaar en daarmee onvoldoende geborgd. Ten aanzien van de formatie van dit team is een back up geregeld voor vakantie en ziekte van de palliatief arts.

De psychosociale disciplines (psychologie, medisch maatschappelijk werk, geestelijk verzorging) hebben geen structureel onderling overleg. Psychosociale disciplines worden in consult gevraagd als daar aanleiding voor is (Lastmeter is daarbij uitgangspunt). Er bestond tot 1,5 jaar geleden een structureel psychosociaal overleg, momenteel vindt dit plaats op afroep.

Medisch maatschappelijk werk is betrokken bij de oncologische revalidatie. Zij doen de intake en participeren in de programma's "Herstel en balans" (voor curatieve patiënten) en "Leven in Balans" (voor palliatieve patiënten). Per week is er capaciteit voor 4 uur maatschappelijk werk voor individuele poliklinische patiënten.

De palliatief arts schakelt de geestelijk verzorger in op consultbasis bijvoorbeeld bij gewetensvragen en/of rituelen. Fysiotherapie biedt diverse bewegingsprogramma's voor (long)oncologiepatiënten aan (Oncofys, Cytofys, Herstel & Balans, Leven in Balans). Dit wordt aan geopereerde patiënten en (palliatieve) patiënten met longkanker aangeboden.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
3.1.1.	Er is voldoende formatie ten opzichte van het ambitieniveau van het ziekenhuis waarbij de kwaliteit en continuïteit van de long-oncologische zorg gewaarborgd is.	Act	Check	De formatie van gespecialiseerde longcareverpleegkundigen, medisch maatschappelijk werk en, van medewerkers voor registratie en palliatieve zorg is beperkt.
3.1.2.	Er is voldoende deskundigheid ten opzichte van het ambitieniveau van het ziekenhuis, waarbij de kwaliteit en continuïteit van de long-oncologische zorg inclusief de palliatieve zorg gewaarborgd is.	Act	Act	
3.1.3.	Ondersteuning op het gebied van datamanagement en	Ja	Nee	De formatie voor de registratie voor de longkankerzorg is beperkt en

	registratie voor long is gewaarborgd			kan niet gewaarborgd worden. De longcareverpleegkundige houdt een Excel-bestand bij.
3.1.4.	Indien instelling longresecties verrichten, beschikt het ziekenhuis over een intensive care met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na longchirurgie? (SONCOS, 2012)	Nee	N.v.t.	
3.1.5.	Voldoet de zorginstelling voor de behandeling van longcarcinoom over de volgende voorwaarden?: Minimaal 2 longartsen, 2 chirurgen, 1 radiotherapeut, 2 radiologen, 1 nucleair geneeskundige en 1 patholoog aanwezig met aantoonbare expertise longkanker. De aanwezigheid van minimaal 2 longchirurgen heeft betrekking op die ziekenhuizen waar longchirurgie plaatsvindt. (SONCOS, 2012).	Ja	Ja	
3.1.6.	Dagbehandeling: Heeft minimaal de helft van het verpleegkundig personeel de aantekening oncologie of volgt de opleiding hiertoe?(Er kunnen hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn. Voor de kliniek is de afdeling longziekten de komende 3 jaar nog uitgezonderd) (SONCOS, 2012).	Ja	Ja	

4 Management van middelen

4.1 Oncologische geneesmiddelen

Overall bevindingen visitorator

Er is beleid voor dure geneesmiddelen. Tot op heden kunnen alle geneesmiddelen conform de richtlijnen aangeboden worden. Een deel van de dure geneesmiddelen wordt regionaal ingekocht. De dure geneesmiddelen komen op het budget van de ziekenhuisapotheek, omdat het ziekenhuis geen RVE-structuur heeft. Toediening van cytostatica vindt plaats op de nieuwe dagbehandeling op een daarvoor vereiste werkwijze.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
4.1.1.	Er is beleid opgesteld voor omgaan met aan longoncologie gerelateerde dure geneesmiddelen. Dit beleid sluit aan bij de huidige richtlijnen NSCLC en SCLC.	Act	Act	
4.1.2.	Zijn er afspraken opgesteld over het veilig omgaan met bij longkanker toegepaste geneesmiddelen?	Ja	Ja	

Vindt toediening van cytostatica plaats:

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
4.1.3.	in een ruimte die aan de hiervoor gestelde eisen voldoet en onder toezicht van voldoende deskundig personeel?	Ja	Ja	
4.1.4.	op een centrale locatie binnen het ziekenhuis plaats?	Ja	Ja	

4.2 Voorzieningen

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek Ziekenhuis heeft een elektronisch verpleegkundig dossier en papieren patiëntendossiers. Hierdoor zijn alle patiëntengegevens niet altijd toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

Het Elkerliek Ziekenhuis beschikt over een state-of-the-art teleconferencing ruimte met alle benodigde mogelijkheden.

Inzicht in gegevens van patiënten met longkanker en stuurinformatie is beperkt en gefragmenteerd beschikbaar. De incidentie en beperkte behandelgegevens zijn beschikbaar vanuit de Nederlandse Kankerregistratie. Voor ZiZo en IGZ zijn de gegevens bekend voor de verplichte indicatoren. Een Excel-bestand wordt bijgehouden door de longcareverpleegkundige waar een beperkt aantal gegevens, bijvoorbeeld voor het diagnostisch traject, wordt genoteerd.

Patiënten met longoncologie worden door 5 longartsen op verschillende spreekuren gezien. Een longoncologisch spreekuur of dagdeel waar patiënten met longoncologie gezien worden bestaat niet. Wel beschikt het Elkerliek Ziekenhuis over een traject voor sneldiagnostiek. Het is mogelijk om elke dag één patiënt hieraan deel te laten nemen.

De chemotherapie worden door 2 longartsen gegeven.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
4.2.1.	Alle essentiële data van longpatiënten zijn op ieder moment toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners over de diverse samenwerkende locaties.	Act	Check	Het Elkerliek Ziekenhuis heeft een elektronisch verpleegkundig dossier en papieren patiëntendossiers. Hierdoor zijn alle patiëntengegevens niet altijd toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.
4.2.2.	Beschikt het ziekenhuis over adequate en met elkaar communicerende ICT-voorzieningen om optimale oncologische zorg mogelijk te maken?	Ja	Ja	
4.2.3.	Toegankelijke databases voor registratie ten behoeve van inzage in eigen handelen?	Ja	Ja	
4.2.4.	Mogelijkheid voor teleconferencing en -consult waarbij op eenvoudige wijze de resultaten van het diagnostisch onderzoek, zoals pathologieverslagen, digitaal beschikbaar zijn?	Ja	Ja	
4.2.5.	Op de polikliniek en verpleegafdeling longoncologie zijn voorwaarden gecreëerd voor een spreekuur op de polikliniek longziekten met korte multidisciplinaire lijnen en toegang tot de vereiste diagnostische middelen.	Act	Do	Patiënten met longoncologie worden door de longartsen op de polikliniek gezien. Andere disciplines zijn niet aanwezig.

4.2.6.	Op de polikliniek en verpleegafdeling worden klinische patiënten met een long-oncologische aandoening zoveel mogelijk geconcentreerd.	Act	Plan	Patiënten met longoncologie worden door 5 longartsen op de verschillende spreekuren gezien. Er bestaat geen longoncologisch spreekuur of een dagdeel waar patiënten met longoncologie gezien worden. Er is geen concentratie van longoncologische patiënten op de afdeling.
--------	---	-----	------	---

5 Management van zorgprocessen

5.1 Algemene eisen zorgpad longcarcinoom

Overall bevindingen visitorator

Het document 'Bronchuscarcinoom, kleincellig en niet-kleincellig, zorgproces, ziekenhuisbreed' beschrijft het totale proces voor patiënten met longoncologie in het Elkerliek Ziekenhuis. In het document 'S.D.L. (snel diagnostiek long) inplannen, poli longziekte' wordt het proces van het sneldiagnostiek traject beschreven. Elke dag is plaats voor één patiënt voor dit sneldiagnostiek traject.

Het behandelbeleid wordt voor iedere patiënt in het MDO besproken. Het opstellen van nazorgplan voor individuele patiënten is in de planning.

Hiernaast is een zorgpad 'Transmurale zorgketen (2e en 3e lijn) thoracale oncologie (oktober 2013)' opgesteld voor de samenwerking met het Radboudumc. Dit betreft de longchirurgie en diagnostische verrichtingen als de EUS/EBUS. Het servicelevel van deze samenwerking is tussen de longartsen bepaald en niet vastgelegd met de afzonderlijke afdelingen en op bestuurlijk niveau tussen beide ziekenhuizen geformaliseerd.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.1.1.	Er is een zorgpad beschikbaar voor long-oncologische zorg (bij 20 patiënten of meer) (SONCOS, 2012)	Act	Act	
5.1.2.	Is het service level van de in het zorgpad betrokken afdelingen en zorgverleners schriftelijk vastgelegd? (SONCOS, 2012)	Nee	Nee	
5.1.3.	Voor iedere individuele patiënt is een individueel zorgplan opgesteld gebaseerd op de actuele richtlijnen en het zorgpad longcarcinoom.	Plan	Plan	

5.2 Gebruik van richtlijnen

Overall bevindingen visitorator

Het zorgpad is gebaseerd op geldende richtlijnen. De longarts is eigenaar van het zorgpad.

Van het zorgpad is nu de 4^e versie beschikbaar. Elke twee jaar wordt het zorgpad herzien. Enige jaren geleden zijn betrokkenen gestart met het afstemmen van de longoncologie en hebben geleidelijk aan het gehele proces met uitzondering van de palliatieve zorg uitgewerkt. Dit zorgpad wordt geëvalueerd in de interne longgroep en aangepast indien nodig. In het MDO wordt het behandelplan van de patiënt besproken, in het patiëntendossier vastgelegd en aangegeven als men afwijkt van de te volgen behandeling volgens richtlijn.

Het document 'Bronchuscarcinoom, kleincellig en niet-kleincellig, zorgproces, ziekenhuisbreed' beschrijft het totale proces voor patiënten met longoncologie in het Elkerliek Ziekenhuis. In het document 'S.D.L. (snel diagnostiek long) inplannen, poli longziekten' wordt het proces van het sneldiagnostiek traject beschreven.

Hiernaast is een zorgpad 'Transmurale zorgketen (2e en 3e lijn) thoracale oncologie' (oktober 2013) opgesteld voor de samenwerking met het Radboudumc. Dit betreft de longchirurgie en diagnostische verrichtingen als de EUS/EBUS.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
5.2.1.	Behandelingen worden verricht conform geldende landelijke en/of regionale richtlijnen (SONCOS, 2012)	Act	Act	
5.2.2	Worden voor betreffende aandoeningen behandelprotocollen gevolgd die actueel (maximaal 3 jaar oud) zijn? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	
5.2.3.	Zijn er afspraken gemaakt over de wijze waarop het afwijken van een richtlijn wordt vastgelegd en gecommuniceerd naar de patiënt en andere bij de long-oncologische zorg betrokken professionals?	Ja	Ja	

5.3 Klinisch onderzoek

Overall bevindingen visitator

Deelname aan klinisch wetenschappelijk onderzoek is minimaal. Voor de longoncologie neemt het Elkerliek Ziekenhuis niet deel aan grote studies. Binnenkort wordt gestart met de NVALT 17 studie. Patiënten die in aanmerking komen voor klinisch wetenschappelijk onderzoek worden doorverwezen naar het Radboudumc.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
5.3.1.	Behandelingen in het kader van klinisch wetenschappelijk onderzoek zijn onderdeel van het behandel aanbod.	Plan	Plan	
5.3.2.	Zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van professionals rond de participatie van patiënten aan klinisch wetenschappelijk	Nee	Nee	

	onderzoek omschreven?			
--	-----------------------	--	--	--

5.4 Begeleiding en informatie

Overall bevindingen visitorator

Een longcareverpleegkundige is beschikbaar voor een deel van het longoncologisch traject. Zij vervult de rol van casemanager voor de patiënt. De longcareverpleegkundige heeft geen oncologische of verpleegkundig specialistische opleiding gevolgd. Op de polikliniek kan de longcareverpleegkundige tijdens het slecht-nieuwsgesprek niet aanwezig zijn of na afloop voor de opvang zorgen. Er is 0,2 fte uitbreiding gekomen voor het casemanagement. Dit wordt door de gesprekspartners als niet voldoende ervaren. De longcareverpleegkundige is tijdens kantooruren bereikbaar voor de patiënt. Tijdens de overige uren is de patiënt aangewezen op de spoedeisende hulp.

In het gehele traject is de hoofdbehandelaar beschreven. Dit is over het algemeen de longarts. Bij de huisartsen en patiënt is bekend wie de hoofdbehandelaar is.

De patiënten beschikken over een patiënt-informatie-dossier (PID). Hierin zit de informatie over het traject dat de patiënt volgt voor de longoncologie.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.4.1	Er is een verpleegkundig specialist oncologie beschikbaar voor poliklinische en klinische patiënten (SONCOS, 2012).	Plan	Plan	
5.4.2.	Voor alle patiënten met (verdenking op) een longcarcinoom is er tijdens de gehele diagnostiek- en behandelfase één duidelijk aanspreekpunt/case manager.	Act	Act	
5.4.3	Is voor alle patiënten een case manager beschikbaar die goed bereikbaar moet zijn voor patiënten en in staat is om deze in contact te brengen met de relevante zorgverlener (SONCOS, 2012).	Ja	Ja	
5.4.4.	Afspraken over het hoofdbehandelaarschap zijn vastgelegd.	Act	Act	
5.4.5.	Is bij de betrokken professionals, waaronder de huisarts, altijd bekend wie de	Ja	Ja	

	hoofdbehandelaar is?			
5.4.6.	Weet de patiënt wie zijn hoofdbehandelaar is? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	
5.4.7.	Is in het patiëntendossier vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is? (SONCOS, 2012)	Ja	Ja	
5.4.8.	Patiënten worden zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over alle relevante aspecten van de behandeling.	Act	Act	
5.4.9.	Is er een informatievoorziening (bijv. via website) voor patiënten waarin de voorzieningen en behandel mogelijkheden van de betreffende zorginstelling voor de geboden oncologische zorg worden aangegeven? (SONCOS, 2012).	Ja	Ja	

5.5 Specifieke eisen m.b.t. verwijzing

Overall bevindingen visitorator

Het document 'Bronchuscarcinoom, kleincellig en niet-kleincellig, zorgproces, ziekenhuisbreed' beschrijft summier het proces van aanmelding door de huisarts. Het proces van aanmelding door de huisarts wordt apart beschreven in het document SDL inplannen. Patiënten kunnen via Zorgdomein aangemeld worden. De radioloog belt de polikliniekassistente longziekten bij een afwijking op de X-thorax. Afspraken worden ingepland, de huisarts wordt ingelicht en brengt de patiënt op de hoogte. Vervolgens wordt via Zorgdomein de aanmelding van de patiënt bevestigd.

Screening naar ondervoeding vindt plaats met de SNAQ. De SNAQ is ziekenhuisbreed geïmplementeerd, klinisch worden alle patiënten gescreend. Poliklinisch bij de hoog-risico patiënten, waaronder alle patiënten met longoncologie vallen. Bij patiënten waar voedingsproblematiek is wordt de diëtiste altijd ingeschakeld. Preventief worden diëtisten ingeschakeld bij patiënten die chemoradiotherapie moeten krijgen. Dit kan ook deels in het Catharina ziekenhuis zijn, waar patiënten voor radiotherapie naar toe worden verwezen vanuit het Elkerliek Ziekenhuis.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.5.1.	Er is een procedure voor verwijzing naar de longarts bij	Act	Act	

	verdenking op een maligniteit			
5.5.2	Worden gegevens van de patiënt aangeleverd bij verwijzing?	Ja	Ja	
5.5.3	Screening ondervoeding met behulp van een gevalideerd instrument is geregeld	Act	Act	
5.5.4.	Bij ondervoeding verwijzing binnen 1 werkdag?	Ja	Ja	
5.5.5.	Binnen 3-5 dagen opstellen en inzetten behandelplan?	Ja	Ja	

5.6 Voorzieningen

Overall bevindingen visitorator

De radiologische afdeling is state of the art met toegang tot moderne apparatuur en met radiologen met aantoonbare deskundigheid. Voor de radiologie bestaat een samenwerking met het Catharina ziekenhuis in Eindhoven. De interventieradiologie is regionaal geregeld.

Voor de EUS/EBUS worden patiënten uit het Elkerliek Ziekenhuis naar het Radboudumc verwezen.

De nucleaire geneeskunde en pathologie kunnen eveneens de diagnostiek volgens de afspraken uitvoeren en zijn aanwezig tijdens het MDO. Voor moleculair genetisch onderzoek wordt verwezen naar het Radboudumc. De nucleair geneeskundige is in dienst van het Catharina ziekenhuis en deels gedetacheerd in het Elkerliek Ziekenhuis. Dit is op het niveau van de Raad van Bestuur geregeld. De PET scan wordt gemaakt in het Catharina ziekenhuis. De beelden hiervan kunnen in Elkerliek Ziekenhuis worden opgehaald. Er wordt een aparte CT in Elkerliek gemaakt. Beelden staan in het PACS van het Elkerliek Ziekenhuis.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.6.1	State of the art radiologische afdeling met toegang tot moderne apparatuur, met radiologen met aantoonbare deskundigheid in de behandelde aandoeningen (bijlage met wat state of the art inhoudt van radiologen, inclusief service level) (SONCOS, 2012).	Ja	Ja	
5.6.2.	Is er een adequaat ingerichte endoscopie-afdeling waar	Ja		De endoscopie-afdeling is niet

	bronchoscopie en endobronchiale echografie verricht kan worden (SONCOS, 2012)?			bezocht door de AVC.
5.6.3.	Is er toegang tot endo-oesophageale echografie (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.6.4.	Is er toegang tot spoedradiodiagnostiek met echografie, CT-scan en angiografie (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.6.5.	State of the art nucleaire diagnostiek (bijlage met wat state of the art inhoudt van nucleair geneeskundigen, inclusief service level) (SONCOS, 2012).	Act	Act	
5.6.6.	Is er toegang tot nucleaire diagnostiek met tenminste ventilatie-perfusiescintigrafie en PET-scan (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.6.7.	Is er toegang tot (minimaal invasieve) diagnostiek van mediastinum (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.6.8	State of the art pathologische diagnostiek (bijlage met wat state of the art inhoudt van pathologen, inclusief service level) (SONCOS, 2012).	Act	Act	
5.6.9.	Er zijn afspraken over sneldiagnostiek (indien van toepassing)	Act	Act	
5.6.10	Is er mogelijkheid voor peroperatief vriescoupe onderzoek SONCOS, 2012)?	N.v.t.	N.v.t.	
5.6.11.	Is er toegang tot moleculaire diagnostiek (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	

5.6.12	Worden tenminste 100 bronchoscopieën per jaar gedaan (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.6.13	Er zijn afspraken gemaakt over de inhoud van de rapportage van diagnostisch onderzoek.	Act	Act	

5.7 Wacht- en toegangstijd polikliniek

Overall bevindingen visitorator

De huisarts kan via Zorgdomein een patiënt aanmelden voor het traject sneldiagnostiek longkanker. De doorlooptijd (norm Elkerliek 10 dagen) wordt behaald. Daarnaast houdt de longcareverpleegkundige wel een Excel-bestand bij, maar voert hier geen analyses op uit. Er bestaat een zorgpad met wachttijden over de samenwerking met het Radboudumc. Naar schatting zit 80% binnen de SONCOS norm, evenals de wachttijd voor het 1^e poli bezoek.

Voor de pathologie is de doorlooptijd moleculaire diagnostiek niet exact bekend. De schatting is dat dit zeker binnen een week is. (De bepalingen kunnen 3x per week gedaan worden). Het sturen van de uitslag via de zorgmail is een efficiëntieslag geweest.

De wachttijd voor radiologie wordt gemonitord en gehaald. De afdeling radiologie hebben in 2006 meegedaan aan het landelijke programma "Sneller-Beter" en sindsdien worden de wachttijden gemonitord en bediscussieerd als deze niet gehaald worden. De huisartsen geven aan dat er geen wachttijden voor radiologie bestaan.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.7.1.	Heeft 80% van de patiënten binnen 5 werkdagen bij aanwijzing voor een longtumor of afwijkende thoraxfoto een afspraak op de polikliniek (Richtlijn NSCLC, 2011)?	Ja	Ja	
5.7.2.	Is de wachttijd polikliniek voor een eerste polikliniekbezoek voor de patiënt met vraagstelling maligniteit maximaal 1 week (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.7.3.	Is de doorlooptijd voor diagnostiek maximaal drie weken en de tijd tussen eerste polikliniekbezoek en start van de therapie maximaal zes weken? In uitzonderingsgevallen kan gemotiveerd van deze	Ja	Ja	

	termijnen worden afgeweken (SONCOS, 2012).			
5.7.4.	CT-scan, bronchoscopie met PA, PET, PET-CT, echo-endoscopie: heeft 80% van de patiënten dit binnen 3 weken (Richtlijn NSCLC, SCLC, 2011)?	Ja	Ja	
5.7.5.	Mediastinoscopie: Heeft 80% van de patiënten dit binnen 5 weken (Richtlijn NSCLC, SCLC, 2011)?	Ja	Ja	
5.7.6.	Is de wachttijd voor de uitslag van het PA- onderzoek binnen 1 week bekend (Richtlijn NSCLC, SCLC, 2011)?	Ja	Ja	
5.7.7.	Vinden de vereiste diagnostische onderzoeken binnen 1 week plaats, eventueel EBUS of EUS (endobronchial ultra sound, endoesophageal ultrasound) of kijkoperatie thoracoscopie binnen de daarop volgende week (Longkanker Nederland/NFK, 2013)?	Ja	Ja	

5.8 Vaststellen diagnose en behandelplan

Overall bevindingen visitator

Patiënten met longkanker worden elke vrijdag besproken in het tumorspecifieke MDO. De uitvoering van het MDO wordt niet jaarlijks geëvalueerd. De radiotherapeut uit het Catharina ziekenhuis en 2 longartsen uit het Radboudumc zijn hierbij aanwezig. Bij dit MDO zijn de radioloog uit het Elkerliek Ziekenhuis en de thoraxchirurg uit het Radboudumc niet aanwezig.

Longchirurgische patiënten worden in het long MDO van het Radboudumc besproken.

De besluitvorming van dit MDO wordt ter plekke digitaal bijgewerkt. Voor de longbespreking in het Elkerliek maken longartsen dit verslag.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
5.8.1.	MDO wordt uitgevoerd volgens protocol.	Act	Act	

5.8.2.	Zijn bij het MDO aanwezig: longarts, (long-)chirurg, radiotherapeut, radioloog, patholoog, nucleair geneeskundige, casemanager (SONCOS, 2012)?	Nee	Nee	Bij het wekelijks MDO op vrijdagmiddag is de radioloog uit het Elkerliek en de thoraxchirurg uit het Radboudumc niet aanwezig.
5.8.3.	Is er de mogelijkheid voor wekelijkse consultatie van vertegenwoordiger van referentiecentrum (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.8.4.	Worden alle patiënten met stadium I, II en III NSCLC tijdig in een multidisciplinair overleg besproken (Richtlijn NSCLC, SCLC, 2011)?	Ja	Ja	
5.8.5.	Wordt tenminste 90% van de patiënten in het MDO besproken dat ten minste wekelijks plaatsvindt (SONCOS, 2012)?	Nee	Nee	In het wekelijkse MDO worden alle stadium I-III besproken. Dit is niet ten minste 90% van alle longpatiënten.

5.9 Besluitvorming en gesprek met patiënt

Overall bevindingen visitorator

Afspraken over het bespreken van de behandelmogelijkheden met de patiënt, over aanwezigheid van naasten bij dit gesprek, informed consent en deelname aan wetenschappelijk onderzoek zijn gemaakt. Er is een richtlijn slecht-nieuwsgesprek. Deze wordt in het Elkerliek Ziekenhuis voor de longkanker niet geheel gevolgd. Structurele opvang na een slecht-nieuwsgesprek door een verpleegkundige is op de polikliniek niet aanwezig.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.9.1.	Er zijn afspraken over opvang en ondersteuning tijdens en na een slecht-nieuwsgesprek.	Act	Act	
5.9.2.	Is er een procedure slecht-nieuwsgesprek?	Ja	Ja	
5.9.3.	de opvang van patiënt, partner en/of andere naasten	Ja	Ja	

5.9.4	voorlichting voorgestelde behandeling	Ja	Ja	
5.9.5.	wijzen op mogelijkheid second opinion (NFK, kwaliteitscriteria)	Nee	Nee	
5.9.6.	meegeven voorlichtingsmateriaal, o.a. patiëntenvereniging	Ja	Ja	
5.9.7.	informatie over bereikbaarheid	Ja	Ja	
5.9.8.	informatie over signalering en psychosociale en paramedische hulpverlening	Ja	Ja	
5.9.9.	Is de oncologie verpleegkundige of verpleegkundig specialist aanwezig tijdens het slecht-nieuwsgesprek?	Nee	Nee	
5.9.10.	Er zijn afspraken over het informeren huisarts en andere hulpverleners.	Act	Act	

5.10 Algemeen beleid

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek Ziekenhuis heeft afspraken met het Radboudumc, welke het referentiecentrum voor de longoncologische zorg is voor het Elkerliek Ziekenhuis.

Het Elkerliek Ziekenhuis heeft een pijnteam. Het pijnteam behandelt de patiënten die invasieve pijnbestrijding behoeven. In het pijnteam zitten 2-3 gespecialiseerde anesthesiologen voor pijn.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.10.1.	Er zijn afspraken met het referentiecentrum over welke behandelingen waar plaatsvinden.	Act	Act	
5.10.3.	Er zijn afspraken gemaakt over het regelmatig bespreken van het onderwerp lichaamsbeweging gedurende de behandeling (Richtlijn	Act	Act	

	Oncologische Revalidatie, 2011)?			
5.10.4.	Er is een pijnbeleid.	Act	Act	
5.10.5.	Is er een pijnprotocol?	Ja	Ja	
5.10.6.	Zijn er werkafspraken over het pijnbeleid opgesteld, waarbij een pijnteam wordt ingezet voor de behandeling van moeilijk bestrijdbare pijn?	Ja	Ja	
5.10.7.	Wordt de aanwezigheid van pijn gemonitord met behulp van een pijnregistratie bij alle oncologiepatiënten met pijnklachten?	Ja	Ja	

5.11 Chirurgie -preoperatieve fase

Overall bevindingen visitator

De patiënten die chirurgisch worden behandeld worden verwezen naar het Radboudumc. Hierover zijn afspraken gemaakt tussen het Elkerliek Ziekenhuis en het Radboudumc en vastgelegd in het document "Transmurale zorgketen (2e en 3e lijn) thoracale oncologie" (oktober 2013) en inzichtelijk voor alle betrokkenen.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
5.11.1	Er zijn afspraken over het monitoren van wachttijd voor operatie.	Plan	Plan	
5.11.2.	Er zijn afspraken over het monitoren van volumenorm longchirurgie.			Het Elkerliek verwijst de longchirurgische patiënten naar het Radboudumc en voert zelf geen longchirurgische operaties uit.
5.11.3.	Er zijn afspraken over overleg bij cT3 of cT4 of bij hoge pulmonale of cardiale morbiditeit?	Ja	Ja	
5.11.4.	Er zijn afspraken over ondersteuning in centrum door: longartsen, radiotherapeuten, (thorax)chirurgen, klinisch pathologen, radiologen,			Zie 5.11.2

	nucleair geneeskundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen?			
5.11.5.	Er zijn afspraken over preoperatieve chemoradiotherapie.	Act	Act	
5.11.6.	Beschikbaarheid van behandeling met chemotherapie en bestraling voorafgaande aan operatie (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.11.7.	Is 80% van de patiënten binnen 2 weken na afloop van het diagnostisch traject (indien geïndiceerd) geopereerd of met (de voorbereidingen) van de radiotherapie en/of met de chemotherapie begonnen (Richtlijn NSCLC, SCLC, 2011)?	Ja	Ja	

5.12 Chirurgie operatie

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek verwijst de longchirurgische patiënten naar het Radboudumc en voert zelf geen longchirurgische operaties uit.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.12.1.	Er is een adequaat ingericht operatiekamercomplex met aantoonbare expertise in en voorzieningen voor alle operatietypen die bij oncologische patiënten in de betreffende zorginstelling worden verricht (SONCOS, 2012).			n.v.t.
5.12.2.	Zorginstelling die longoperaties verricht: Is er ten allen tijde mogelijkheid tot het verrichten van een spoedthoracotomie (SONCOS, 2012)?			n.v.t.

5.12.3.	In zorginstellingen die longoperaties verrichten is beschikking over een intensive careafdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na longchirurgie (SONCOS, 2012).			n.v.t.
---------	--	--	--	--------

5.13 Chirurgie-postoperatief

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek verwijst de longchirurgische patiënten naar het Radboudumc en voert zelf geen longchirurgische operaties uit. Het post-operatief MDO vindt in het Radboudumc plaats.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.13.1.	Post-operatief MDO vindt plaats volgens protocol.			n.v.t.
5.13.2.	Zijn in het post-operatief MDO aanwezig: longarts, (thorax)-chirurg, radiotherapeut, radioloog, patholoog, nucleair geneeskundige, casemanager (SONCOS, 2012)?			n.v.t.
5.13.3	Is er mogelijkheid voor wekelijkse consultatie van vertegenwoordiger van referentiecentrum (SONCOS, 2012).			n.v.t.
5.13.4	Zo nodig wordt patiënt geïnformeerd indien n.a.v. MDO het behandelbeleid veranderd?			n.v.t.

5.14 Radiotherapie -voorbereiding

Overall bevindingen visitorator

Het radiotherapeutisch traject is summier beschreven in het document 'Bronchuscarcinoom, kleincellig en niet-kleincellig, zorgproces, ziekenhuisbreed'. Hierin staat alleen beschreven dat patiënten voor radiotherapie verwezen worden naar het Catharina ziekenhuis in Eindhoven.

Er bestaat een recente samenwerkingsovereenkomst tussen de maatschap radiotherapie en de afdeling longziekten van het Elkerliek Ziekenhuis. Hierin wordt alleen de samenwerking benoemd, deze wordt niet nader omschreven. Het Catharina ziekenhuis monitort indicatoren op gebied van radiotherapie, beschreven in het document: 'CzE Kwaliteitsindicatoren Radiotherapie'.

Alle overige afspraken omtrent radiotherapie zijn aanwezig.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.14.1.	Er zijn afspraken gemaakt over de Intake van radiotherapie.	Act	Act	
5.14.2.	Correspondentie verwijzend specialist?	Ja	Ja	
5.14.3	PA verslagen?	Ja	Ja	
5.14.4	Verslagen en materiaal beeldvormend onderzoek?	Ja	Ja	
5.14.5	Begint 80% van de patiënten binnen 2 weken na afloop van het diagnostisch traject (indien geïndiceerd) te worden geopereerd of met (de voorbereidingen) van de radiotherapie en/of met de chemotherapie (Richtlijn NSCLC, SCLC, 2011)?	Ja	Ja	

5.15 Radiotherapie behandeling

Overall bevindingen visitorator

Service level afspraken voor de radiotherapie bestaan niet.

De huisarts wordt geïnformeerd bij start en beëindiging van de radiotherapie.

Profylactische schedelbestraling en concurrent chemoradiotherapie kunnen indien nodig als behandelmogelijkheid aangeboden worden.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.15.1.	State of the art radiotherapeutische zorg met vaste contacten en afspraken voor verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het service level is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden. De afdeling radiotherapie of het radiotherapeutisch instituut voldoet aan de normen die zijn vastgelegd in de	Plan	Plan	

	"Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland" (NVRO december 2010) (SONCOS, 2012).			
5.15.2.	Uitvoeren van de indicatie tot een bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie en uitvoeren door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door het betreffende NVRO Landelijk Platform zijn vastgesteld. (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.15.3.	Beschikbaarheid van stereotactische radiotherapie en vastgelegd service level (SONCOS, 2012)?	Ja	Ja	
5.15.4.	Er zijn afspraken gemaakt over poliklinische bestraling volgens behandelplan.	Act	Act	
5.15.5	Profylactische hersenbestraling moet aangeboden worden. aan alle patiënten met een kleincellig longcarcinoom die een respons of stabiele ziekte hebben na eerstelijns chemotherapie. Krijgen patiënten met een kleincellig longcarcinoom met een goede response na chemotherapie zonder ziekteprogressie en in goede algemene toestand, binnen 60 dagen na beëindigen chemotherapie een profylactische schedelbestraling, PCI? (Richtlijn SCLC, 2011).	Ja	Ja	
5.15.6.	Thoracale bestraling wordt gelijktijdig met de chemotherapie toegepast bij een gedeelte van de patiënten met een kleincellig longcarcinoom, stadium I, II of III. Start deze radiotherapie binnen 30 dagen na de start van de chemotherapie en duurt deze niet langer dan 30 dagen	Ja	Ja	

	(Richtlijn SCLC, 2011)?			
5.15.8.	Thoracale bestraling wordt bij een gedeelte van de patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom, stadium III gelijktijdig met de chemotherapie toegepast. Start deze radiotherapie binnen 30 dagen na de start van de chemotherapie en duurt deze niet langer dan 30 dagen (Richtlijn NSCLC, 2011)?	Ja	Ja	

5.16 Chemotherapie - voorbereiding

Overall bevindingen visitator

Concurrent chemoradiotherapie kan indien nodig als behandelmogelijkheid aangeboden worden.

Afspraken over het geven van chemotherapie en het informeren van de patiënt en huisarts zijn vastgelegd.

De patiënten beschikken over een patiënt-informatie-dossier (PID), waarin informatie over chemotherapie is opgenomen.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
5.16.1.	Er zijn afspraken gemaakt over het, Indien mogelijk, bij een patiënt met een kleincellig longcarcinoom, stadium I, II of III, uitvoeren van een gecombineerde behandeling van chemotherapie met radiotherapie. Als dit niet mogelijk is chemotherapie de eerste keuze (Richtlijn SCLC, 2011).	Act	Act	
5.16.2.	State of the art afdeling klinische farmacie, die werkt volgens de actuele richtlijnen (bijlage met wat "state of the art" inhoudt van apothekers, ook aantal dedicated ziekenhuisapothekers noemen, inclusief service level) (SONCOS, 2012).	Act	Act	
5.16.3.	Er zijn afspraken gemaakt over het informeren van de patiënt	Act	Act	

	over doel, aard, werkwijze, duur, bijwerkingen en evaluatie van de behandeling.			
5.16.4	Schriftelijke patiëntinformatie verstrekken?	Ja	Ja	
5.16.5.	Informatie geven over afspraak eerste kuur + telefonische bereikbaarheid (gespecialiseerde) verpleegkundig specialist en/of oncologieverpleegkundige?	Ja	Ja	
5.16.6.	Tijdig verwijzen naar radiotherapie indien behandelplan sequentiële radiotherapie omvat?	Ja	Ja	
5.16.7	Er zijn afspraken gemaakt over het Informeren van de huisarts over de start van de behandeling.	Ja	Ja	

5.17 Chemotherapie behandeling

Overall bevindingen visitorator

In het document 'Bronchuscarcinoom, kleincellig en niet-kleincellig, zorgproces, ziekenhuisbreed' zijn afspraken vastgelegd over (neo-)adjuvante chemotherapie, chemotherapie en concurrent chemoradiotherapie. Toediening van chemotherapie vindt plaats volgens de specifieke protocollen. Deze worden 2 jaarlijks geactualiseerd. Toediening van chemotherapie vindt op dagbehandeling plaats. Zo nodig vindt pre- en post hydratatie plaats op de verpleegafdeling.

Afspraken rond het veilig werken met cytostatica zijn beschikbaar.

Concurrent chemoradiotherapie kan als behandelbaarheid aangeboden worden.

De huisartsen gaven aan goed geïnformeerd te zijn door de longartsen over het behandelbeleid.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.17.1.	Er zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van neo-adjuvante chemotherapie, chemotherapie en chemoradiotherapie en het service level is vastgelegd (SONCOS, 2012).	Act	Act	
5.17.2.	Er zijn afspraken gemaakt over toediening van chemotherapie	Act	Act	

	volgens protocol.			
5.17.3	Er zijn afspraken gemaakt over het bespreken van het behandelresultaat met patiënt en naaste(n).	Act	Act	

5.18 Specifieke eisen m.b.t. follow-up/nazorg

Overall bevindingen visitorator

Afspraken over de follow-up zijn vastgelegd in het document 'Bronchuscarcinoom, kleincellig en niet-kleincellig, zorgproces, ziekenhuisbreed'. Indien mogelijk wordt de patiënt volgens de richtlijn tot 5 jaar na behandeling (half)jaarlijks gecontroleerd. De patiënt en huisarts zijn geïnformeerd over deze afspraken.

Voor psychosociale ondersteuning is de verwijzing niet structureel geregeld. Psychosociale disciplines worden in consult gevraagd als daar aanleiding voor is (Lastmeter is daarbij uitgangspunt).

Medisch maatschappelijk werk is betrokken bij de oncologische revalidatie. Zij doen de intake en participeren in de programma's "Herstel en balans" (voor curatieve patiënten) en "Leven in Balans" (voor palliatieve patiënten). De palliatief arts schakelt de geestelijk verzorger in op consultbasis bijvoorbeeld bij gewetensvragen en/of rituelen.

Fysiotherapie biedt diverse bewegingsprogramma's voor (long)oncologiepatiënten aan (Oncofys, Cytofys, Herstel & Balans, Leven in Balans). Dit wordt aan geopereerde patiënten en (palliatieve) patiënten met longkanker aangeboden. Er bestaat geen overdracht vanuit het Radboudumc over patiënten die in het Radboudumc zijn geopereerd..

De fysiotherapeuten zien de patiënten die verwezen worden voor één van de betreffende beweegprogramma's. In 2014 is de oncologische revalidatie gestart voor (in eerste instantie) in opzet curatief behandelde patiënten. Nieuw daarin is de multidisciplinaire aanpak (fysiotherapie, psychologie, maatschappelijk werk, diëtetiek) en de behandeling op maat. Hierbij is ook een sportarts betrokken.

De diëtiste wordt betrokken bij alle patiënten die bij de SNAQ controle een afwijkende uitslag hebben en bij alle patiënten die chemotherapie krijgen

Er zijn geen structurele afspraken gemaakt op welk moment de huisarts de zorg overneemt van de patiënt met longkanker. Er zijn plannen om voor patiënten met longkanker een individueel nazorgplan op te stellen.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.18.1.	Er zijn afspraken gemaakt over de frequentie van het opsporen van nieuwe tumormanifestaties vindt plaats op de volgende momenten (Advies Richtlijn NSCLC, 2011): 1) eens per 3 maanden in het eerste jaar, 2) eens per 6 maanden in het tweede jaar en 3) eens per jaar, gedurende minimaal 5 jaar.	Act	Act	
5.18.2	Informerende van patiënten over doel, inhoud, frequentie van opsporen nieuwe	Ja	Ja	

	tumormanifestaties?			
5.18.3	Afstemmen van de frequentie van de nacontrole op de individuele patiënt (Longkanker Nederland/NFK, 2013)?	Ja	Ja	
5.18.4	Het plaatshebben van de benodigde onderzoeken tijdens de nacontrole op in principe 1 dag (Longkanker Nederland/NFK, 2013)?	Ja	Ja	
5.18.5	Routinematige follow-up na behandeling van een patiënt met NSCLC uit een anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel een thoraxfoto? Follow-up door middel van beeldvorming, waarmee progressie van ziekte kan worden vastgesteld is zinvol als er een actieve tweede of derdelijns behandeling kan volgen en voor het opsporen van late bijwerkingen (Richtlijn NSCLC, 2011).	Ja	Ja	
5.18.6	bij de follow-up van patiënten, na de behandeling van kanker, bij anamnese en lichamelijk onderzoek extra aandacht besteden aan de langdurige bijwerkingen en de late effecten van de behandeling van kanker, omdat deze effecten bij een groeiend aantal langdurige overlevers een nadelige invloed hebben op de kwaliteit van leven (Richtlijn Oncologische Revalidatie 2011)?	Ja	Ja	
5.18.7	Er zijn afspraken gemaakt over de taakverdeling huisarts / medisch specialist/ verpleegkundig specialist en/of oncologieverpleegkundige.	Plan	Plan	
5.18.8.	Er zijn afspraken gemaakt over het opstellen van het	Plan	Plan	

	Individueel nazorgplan.			
--	-------------------------	--	--	--

5.19 Specifieke eisen m.b.t. palliatieve zorg

Overall bevindingen visitorator

Het Elkerliek Ziekenhuis beschikt over een actief palliatieteam, bestaande uit een arts symptoombestrijding en palliatieve zorg en een verpleegkundig specialist symptoombestrijding en palliatieve zorg. Het palliatief team is in 2009 gestart. Werkafspraken over palliatieve zorg bestaan.

Daarnaast kan ook beroep gedaan worden op een regionaal palliatief consultatieteam. Het team symptoombestrijding en palliatieve zorg is lid van het regionaal palliatief consultatieteam.

De continuïteit is door de grootte van het team niet gewaarborgd. Een kaderopgeleide huisarts vervangt de palliatief arts indien nodig. De arts vervangt de verpleegkundig specialist bij afwezigheid.

De longarts verwijst naar het palliatieve team. Dit betreft meestal klinische patiënten, zo nodig wordt ook poliklinisch verwezen. Het team symptoombestrijding en palliatieve zorg neemt deel aan de oncologiecommissie en is betrokken geweest bij het opstellen van het beleidsplan. Palliatieve zorg is geen onderdeel van de zorgpaden.

Ziekenhuisbreed wordt het palliatief team ongeveer 700 keer geconsulteerd op jaarbasis. Dit zijn geen unieke patiënten. Het is onduidelijk hoeveel het percentage longkankerpatiënten bedraagt.

Er bestaat een goede samenwerking met de huisartsen in de regio. De huisarts wordt standaard gebeld als er contact is met een palliatieve patiënt.

Het team symptoombestrijding en palliatieve zorg verwijst zo snel mogelijk naar de 1^e lijn terug. Er is een duidelijke taakafbakening met de huisartsen. In de eerste lijn is de huisarts verantwoordelijk voor de palliatieve zorg en is de arts symptoombestrijding en palliatieve zorg ondersteunend aan de huisarts. De arts symptoombestrijding en palliatieve zorg bezoekt een patiënt alleen thuis op verzoek van de huisarts. Het zorgpad stervensfase is niet geïmplementeerd in het Elkerliek Ziekenhuis.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
5.19.1.	Er zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van faciliteiten en expertise in de palliatieve zorg, waarbij het service level is vastgelegd (SONCOS, 2012).	Act	Act	
5.19.2.	Er zijn afspraken gemaakt over de specifieke expertise van zorgverleners m.b.t. palliatieve zorg.	Act	Act	
5.19.3.	Er zijn afspraken gemaakt over transmurale samenwerking en zorg.	Act	Act	
5.19.4.	Participeert in het	Ja	Ja	

	transmuraal team?			
5.19.5.	Participeert het ziekenhuis in het lokaal netwerk palliatieve zorg ?	Ja	Ja	
5.19.6	Consultatiemogelijkheid m.b.t. palliatieve zorg?	Ja	Ja	
5.19.7.	Vroegtijdig raadplegen van het regionaal netwerk palliatieve zorg door zorgverleners (Kwaliteitscriteria voor zorg aan mensen geraakt door kanker, NFK, 2012)?	Ja	Ja	
5.19.8	Er zijn afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van patiëntgegevens voor alle zorgverleners.	Act	Act	
5.19.9.	Er zijn afspraken gemaakt over het gesprek met de patiënt over de waarschijnlijkheid van overlijden binnen 1 jaar (startpunt van een palliatieve traject).	Do	Do	
5.19.10.	hoe met vragen van de patiënt en / of andere signalen en indicaties wordt omgegaan in het kader van markering van de palliatieve fase?	Ja	Ja	
5.19.11.	Definiëren en bespreken markeerpunt met patiënt en eventueel mantelzorger?	Ja	Ja	
5.19.12.	vastleggen van het markeringspunt in het dossier?	Ja	Ja	
5.19.13	Informereren huisarts over het (verwachte) beloop?	Ja	Ja	
5.19.14	Opstellen individueel	Ja	Ja	

	zorgplan?			
5.19.15.	Er zijn afspraken over toepassen van de hieronder genoemde basiselementen:	Act		
5.19.16.	zorgvraag en problemen staan centraal?	Ja	Ja	
5.19.17.	ondersteuningsbehoefte patiënt voor behoud eigen regie ?	Ja	Ja	
5.19.18	Er zijn afspraken gemaakt over evaluatie van zorg.	Ja	Ja	

6 Waardering door patiënten/cliënten en ketenpartners

6.1 Waardering door patiënten/cliënten en ketenpartners

Overall bevindingen visitator

Er vinden klanttevredenheidsonderzoeken plaats onder longpatiënten in het algemeen (niet ziektebeeld specifiek).

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
6.1.1.	Er zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van het long-oncologische zorgproces, waarbij gebruik wordt gemaakt van de uitkomsten van spiegelgesprekken, focusgesprekken en/of ervaringsonderzoek met long-oncologische patiënten.	Check	Check	
6.1.2.	Er zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van het long-oncologische zorgproces waarbij gebruik wordt gemaakt van de jaarlijkse evaluatie van het zorgproces met alle ketenpartners.	Act	Plan	Structurele evaluatie vindt niet plaats.

7 Waardering door medewerkers

7.1 Waardering door medewerkers

Overall bevindingen visitator

Het longoncologische zorgproces wordt besproken in de DB van de oncologiecommissie. Niet alle voor de longkanker relevante disciplines zijn hierbij betrokken.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitator	Onderbouwing visitator
7.1.1.	Er zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van het long-oncologische zorgproces waarbij gebruik wordt gemaakt van de jaarlijkse evaluatie van het zorgproces met alle betrokken medewerkers	Do	Plan	Over het verbeteren van het longoncologisch zorgproces vindt met alle betrokken medewerkers geen jaarlijkse evaluatie plaats.

8 Waardering door maatschappij

8.1 Waardering door maatschappij

Overall bevindingen visitorator

Medewerkers betrokken bij de longkankerzorg leveren een actieve bijdrage aan kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering binnen en buiten het ziekenhuis. Binnen het ziekenhuis geven longartsen klinische lessen over ontwikkelingen in de longoncologische zorg aan de verpleegkundigen van de afdelingen Dagbehandeling Oncologie en verpleegafdeling Long, arts-assistenten en co-assistenten. Specialisten nemen deel aan regionale werkgroepen en er zijn informatieavonden voor huisartsen in de regio.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
8.1.1.	Er zijn afspraken gemaakt over het leveren van een actieve bijdrage aan kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering binnen en buiten het ziekenhuis voor de long-oncologische zorg.	Act	Act	
8.1.2.	Bijdrage leveren aan kennisontwikkeling, onderzoek en wetenschap?	Ja	Ja	
8.1.3	Bijdrage leveren aan het opleiden van nieuwe professionals?	Ja	Ja	
8.1.4.	Bijdrage leveren aan permanente bijscholing van professionals?	Ja	Ja	
8.1.5.	Bijdrage leveren aan voorlichting aan en educatie van patiënten en publiek?	Ja	Ja	

9 Eindresultaten en transparantie

9.1 Eindresultaten en transparantie

Overall bevindingen visitorator

Informatie over de behandeling en zorg die in het Elkerliek Ziekenhuis wordt geboden aan longoncologische patiënten is weergegeven op de website: www.kankerwiehelpt.nl.

Norm nummer	Normtekst	Score instelling	Score visitorator	Onderbouwing visitorator
9.1.1.	Er zijn afspraken gemaakt over zowel intern als extern informatie geven over de aanwezige expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg t.a.v. de long-oncologische zorg door het ziekenhuis. Tevens maakt het ziekenhuis duidelijk hoe deze zorg is georganiseerd.	Do	Do	

Samenvatting en Conclusie

Inleiding

Dit deel van het visitatierapport beschrijft de algemene indruk en de sterke en verbeterpunten, die door de ad-hoc-visitatiecommissie zijn geïdentificeerd tijdens de visitatiedag op 11 december 2013 en door de Plenaire Visitatiecommissie (PVC) van het IKNL zijn vastgesteld op 1 april 2014.

Gedurende de visitatiedag heeft de ad-hoc visitatiecommissie sterke punten waargenomen. Er zijn daarnaast een aantal zaken opgevallen, die door de ad-hoc visitatiecommissie worden gezien als kansen voor verdere ontwikkeling. Het IKNL ontvangt graag uiterlijk drie maanden na ontvangst van dit rapport van u een plan van aanpak voor de onderwerpen die zijn opgesomd in de verbeterpunten.

Algemene indruk

Het Elkerliek Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat basiszorg levert van en voor de regio Helmond, Deurne en Gemert/Bakel. In Helmond staat de hoofdvestiging: het centrum voor langdurige en intensieve zorg, complexe operaties en poliklinische hulp, de Spoedeisende Hulp en Eerste Hart Hulp. Locatie Deurne is het dagziekenhuis en sinds 2009 is er een polikliniek in Gemert.

Het Elkerliek Ziekenhuis heeft het motto 'Zorg dichtbij de mens Heel Elkerliek' en wil deze ambitie vertalen door goede en veilige zorg voor alle patiënten te bieden. Het Elkerliek Ziekenhuis wil de eerste keus voor algemene ziekenhuiszorg in de regio zijn. Het werkt nauw samen met de huisartsen en andere partners om zo de zorg dichterbij huis te brengen. Maar als het nodig is, vormt men de schakel op weg naar zorg die alleen buiten de regio gegeven wordt.

In het beleidsplan 'Zorg dichtbij Heel Elkerliek 2013-2015' is de oncologische zorg opgenomen. Onder het deel 'Heelmeesterschap verder ontwikkelen' wordt aangegeven dat men de komende jaren wil werken aan de competenties die horen bij integrale zorg. Samenwerking met externe partijen vormt daarbij een belangrijk onderdeel. Het profiel voor de oncologie is inmiddels uitgebalanceerd en in afstemming met de regio tot stand gekomen. Het Elkerliek Ziekenhuis richt zich vooral op de zorg voor patiënten met borst-, colon-, prostaat-, huid- en longkanker, behalve de longchirurgische behandeling.

In 2012 is een start gemaakt met de ontwikkeling van een nieuw oncologisch beleidsplan. In het jaarverslag zijn de aandachtspunten voor 2013-2015 opgenomen. Een concept beleidsplan oncologie 2013-2016 was tijdens de tumorspecifieke visitatie beschikbaar voor de visitatoren.

In het 'Jaarverslag Oncologiecommissie 2012' worden de ontwikkelingen en resultaten binnen de oncologische zorg beschreven. De resultaten worden beschreven aan de hand van de verschillende verbeteractiviteiten zoals die in het 'Activiteitenplan Oncologische zorg 2010 – 2013' zijn vastgelegd. Het activiteitenplan omvat een nadere uitwerking van de verschillende doelstellingen die zijn opgenomen in het 'Beleidsplan Oncologische zorg 2010 – 2013'.

De pilot IKNL-tumorspecifieke visitatie longkanker is aangevraagd door het Radboud Universitair Medisch Centrum (Radboudumc) te Nijmegen en het Elkerliek Ziekenhuis te Helmond. De longartsen van beide ziekenhuizen hebben het initiatief genomen en IKNL gevraagd de longkankerzorg en in het bijzonder de samenwerking tussen beide ziekenhuizen te toetsen. De bevindingen in het Elkerliek Ziekenhuis tonen adequate zorg voor de patiënten met longcarcinoom. Door de korte lijnen verlopen voor de patiënten veel zaken goed. Het Zorgpad longoncologie dient echter vastgelegd te worden. Tevens zullen zowel binnen het eigen ziekenhuis als met externe partijen afspraken te worden gestructureerd en geformaliseerd.

Sterke punten

Bij de sterke punten is de kwaliteitscyclus (Deming-cyclus: Plan-Do-Check-Act) tenminste twee maal doorlopen of dit punt is door de ad-hoc visitatiecommissie bestempeld als bijzonder en bewonderenswaardig. Op grond van de voorbereiding, de zelfevaluatie, de aangeleverde documenten en het visitatiebezoek komt de ad-hoc-visitatiecommissie tot de navolgende sterke punten:

- De keuzes die raad van bestuur en medische staf hebben gemaakt t.a.v. de oncologische zorg.
- De beschikking over een teleconferencing ruimte met alle benodigde mogelijkheden.
- Een gedegen palliatief team met goede contacten en afstemming extern.
- Een goed georganiseerde afdeling fysiotherapie die betrokken is bij alle patiënten met longkanker.
- Het traject voor sneldiagnostiek longcarcinoom.

Verbeterpunten:

Op grond van het visitatierapport worden de volgende verbeterpunten door de ad-hoc visitatiecommissie en de landelijke Plenaire Visitatiecommissie geadviseerd. Dit houdt in dat voor betreffende indicatoren de kwaliteitscyclus nog niet 100% is doorlopen (do) of dat de implementatiefase (plan) nog niet is afgerond.

Verbeterpunten		Verwijzing normelementen IKNL Tumorspecifiek Kwaliteitskader Longcarcinoom
Leiderschap		
1	Definitief maken van het concept beleidsplan oncologie 2013-2016.	1.1.3.
2	Jaarlijks de cijfers over incidentie en behandeling in de oncologiecommissie bespreken	1.2.4, 2.2.1, 2.4 en 7.1.1
3	De samenwerking met andere ziekenhuizen, incl. service level agreements, formaliseren.	1.3.1.1
Strategie en beleid		
4	Vastleggen van het zorgpad longoncologie door een multidisciplinair samengestelde tumorwerkgroep.	2.2 en 2.2.1
Management van medewerkers		
5	De formatie van verpleegkundigen, medisch maatschappelijk werk, medewerkers voor registratie en palliatieve zorg op peil brengen en houden.	3.1.1.
6	Totale registratie van de longketen op elkaar afstemmen, zodat continuïteit en betrouwbaarheid van de data geborgd zijn.	3.1.3 en 4.2
Management van middelen		
7	Organiseer specifieke longoncologische spreekuren en stem af met andere (ondersteunende) disciplines, zowel intern als extern.	4.2.5, 4.2.6, 5.7.3, 5.7.4 en 5.7.5
Management van zorgprocessen		
8	Organiseer de aanwezigheid van de radioloog vanuit het Elkerliek Ziekenhuis en de thoraxchirurg uit het Radboudumc bij het wekelijks MDO.	5.8.2.
9	Creëer structureel overleg door de multidisciplinair samengestelde tumorwerkgroep met de oncologiecommissie in eigen ziekenhuis en de tumorwerkgroep thoracale oncologie van het Radboudumc.	5.10 en 2.2

B1 Bijlagen

Programma visitatie longoncologie Elkerliek ziekenhuis 11 december 2013

Tijd		Door:
8.00 Receptie	Ontvangst visitatiecommissie	<ul style="list-style-type: none"> Mw. Wai Yee Lam Wong (longarts)
8.10- 8.45 Nassaukamer	Gesprek met:	<ul style="list-style-type: none"> Mw. Betty van de Walle (voorzitter raad van bestuur) Dhr. Christiaan de Groot (voorzitter stafbestuur) Dhr. Olav Kee (sectormanager Zorg)
8.45 – 9.15 Nassaukamer	Gesprek met leden oncologiecommissie: <ul style="list-style-type: none"> Twee leden dagelijks bestuur oncologiecommissie Stafmedewerker Oncologie (lid DB oncologiecommissie) 	<ul style="list-style-type: none"> Mw. Bea Lemaire (oncologisch chirurg) Dhr. Thom Boerman (patholoog) Mw. Femke van Stratum (stafmedewerker Oncologie)
9.15 – 9.45 Nassaukamer	Gesprek met bestuur tumorwerkgroep longcarcinoom / longteam	<ul style="list-style-type: none"> Mw. Wai Yee Lam Wong (longarts) Mw. Wil van den Boomen (longcareverpleegkundige) Mw. Monique Vercoulen (oncologieverpleegkundige)
9.45 – 10.00 Nassaukamer	Pauze (visitatiecommissie)	
10.00 – 10.45 Nassaukamer	Gesprek met longteam	<ul style="list-style-type: none"> Mw. Wai Yee Lam Wong (longarts) Dhr. Willem Pieters (longarts) Mw. Katrien de Jager (radiotherapeut) Mw. Wil van den Boomen (longcareverpleegkundige)
10.45 – 11.30 Nassaukamer	Gesprek met ondersteunende medische disciplines	<ul style="list-style-type: none"> Dhr. Björn Brassé (apotheker) Mw. Hilde van Herk (patholoog) Dhr. Hans Westerhof (radioloog) Mw. Nanda Louwers (nucleair geneeskundige)
11.30 – 12.15 Nassaukamer	Gesprek met palliatief team	<ul style="list-style-type: none"> Mw. Maaïke Veldhuizen (arts palliatieve zorg) Mw. Ingrid van Asseldonk (vpk. specialist palliatieve zorg)

12.15 – 13.00 Nassaukamer	Lunch (visitatiecommissie)		
13.00- 14.00	Werkbezoek afdelingen: team 1 <ul style="list-style-type: none"> • 13.00 – 13.30 uur: Polikliniek longziekten; aanwezig: vpk leidinggevende + longvplk • 13.30 – 14.00 uur: Afdeling longziekten (3B); aanwezig: vpk leidinggevende + longvplk 	Team 1 wordt opgehaald en naar de afdelingen begeleid door mw. Wil van den Boomen	Polikliniek Longgeneeskunde: <ul style="list-style-type: none"> • Dhr. Chris Linsen (afdelingsmanager polikliniek) • Mw. Sanne Kanters (polikliniekassistente) • Mw. Wil van de Boomen Verpleegafdeling 3B: <ul style="list-style-type: none"> • Mw. Erna Bastiaansen (afdelingsmanager verpleegafdeling) • Mw. Nicole van Lieshout (oncologieverpleegkundige) • Mw. Wil van den Boomen (longcareverpleegkundige)
13.00- 14.00	Werkbezoek afdelingen: team 2 <ul style="list-style-type: none"> • Dagbehandeling / chemo-unit • Palliatieve unit (indien aanwezig); 	Team 2 wordt opgehaald en naar de afdeling begeleid door mw. Wai Yee Lam Wong	Dagbehandeling / chemo-unit: <ul style="list-style-type: none"> • Mw. Karin van Strien (afdelingsmanager) • Mw. Monique Vercoulen (oncologieverpleegkundige)
14.00 – 14.30 Nassaukamer	Gesprek met huisartsen en verpleeghuisarts		<ul style="list-style-type: none"> • Dhr. Martin van de Bos (huisarts) • Dhr. Rob Linssen (huisarts)
14.30 – 15.00 Nassaukamer	Gesprek met ondersteunende disciplines		<ul style="list-style-type: none"> • Mw. Trudi van Stekelenburg (maatschappelijk werker) • Dhr. Toin Coolen (geestelijk verzorger) • Mw. Doranne Verest (diëtist) • Mw. Liesbeth Wolters (fysiotherapeut)
15.00 – 15.15 Nassaukamer	Pauze (visitatiecommissie)		
15.15 – 16.15 Nassaukamer	Vorbereiden terugkoppeling/ rapportage (visitatiecommissie)		
16.15 – 16.30 Nassaukamer	Nagesprek met voorzitter longteam en lid raad van bestuur		<ul style="list-style-type: none"> • Mw. Wai Yee Lam Wong • Mw. Betty van de Walle (vz. raad van bestuur)
16.30 – 17.00 Julianakamer	Eerste terugkoppeling door visitatiecommissie naar alle betrokkenen		<ul style="list-style-type: none"> • Alle deelnemers visitatieprogramma zijn

		hiervoor uitgenodigd.
		• Longartsen en longcarevpk.
17.00 – 19.00 Julianakamer	Uitwerking rapportage (alleen visitatiecommissie)	

IKNL is statutair
gevestigd te Utrecht,
Postbus 19079
3501 DB Utrecht

www.iknl.nl