

Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg

oktober 2014

Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg

oktober 2014

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 Voorwoord	8
1.1 Toelichting	8
1.2 Beleidsvisie	8
1.3 Beleidsinformatie	9
1.4 Samenwerking met externen	9
2 Strategie en beleid	10
2.1 Toelichting	10
2.2 Oncologiecommissie	10
2.3 Beleid oncologiecommissie	10
3 Management van medewerkers	12
3.1 Toelichting	12
3.2 Deskundigheid en beschikbaarheid van professionals	12
4 Management van middelen	13
4.1 Toelichting	13
4.2 Oncologische geneesmiddelen	13
4.3 Voorzieningen voor de oncologie	13
5 Management van (zorg)processen	14
5.1 Toelichting	14
5.2 Multidisciplinaire teams	14
5.3 Multidisciplinair overleg	14
5.4 Gebruik van richtlijnen	15
5.5 Coördinatie van zorg	16
5.6 Nazorg	16
5.7 Palliatieve zorg	16
5.8 Beheersen en borgen van zorgprocessen	16
5.9 Veiligheid	17
6 Waardering door patiënten/cliënten	18
6.1 Toelichting	18
6.2 Uitkomsten onderzoeken	18
7 Waardering door medewerkers	19
7.1 Toelichting	19
7.2 19	
8 Waardering door maatschappij	20
8.1 Toelichting	20
8.2 Bijdragen aan deskundigheidsbevordering binnen en buiten het ziekenhuis	20
9 Eindresultaten en transparantie	21
9.1 Toelichting	21
9.2 Evaluatie en transparantie	21

Bijlagen

B1 Landelijke plenaire visitatiecommissie 2012

22

23

Voorwoord

Het eerste Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg van de toenmalige Vereniging van Integrale Kankercentra stamt uit 1997. Dit Kwaliteitskader is meermaals herzien doordat de ontwikkelingen in de oncologische zorg daartoe noopten. Voor u ligt de versie 2014, welke is vastgesteld door de Plenaire Visitatie Commissie van IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland).

Het kwaliteitskader: de toepassing

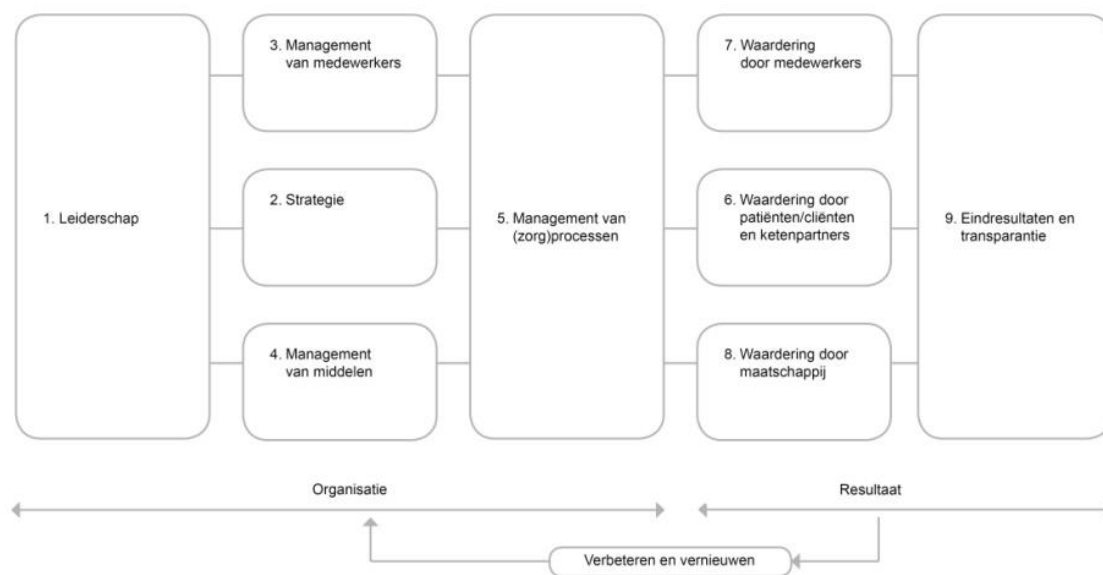
Het Kwaliteitskader kan door ziekenhuizen gebruikt worden als checklist of blauwdruk voor het maken en/of evalueren van het beleid voor de oncologische zorg. Het Kwaliteitskader dient tevens als referentiekader voor de IKNL visitatie van de oncologische zorg.

Het is ontwikkeld voor de oncologische zorgverlening aan patiënten in samenwerkingsverband van algemene ziekenhuizen en academische medische centra.

Aan de hand van dit kader zijn verdere verbijzonderingen gemaakt voor specifieke onderdelen van de oncologische zorg, zoals tumorspecifieke kaders; het kader voor oncologische revalidatie en het kader voor palliatieve zorg.

Figuur 1.1

INK-model



De negen velden worden ieder in één hoofdstuk belicht. Ieder hoofdstuk bevat een toelichting en een beschrijving van randvoorwaarden en meetpunten.

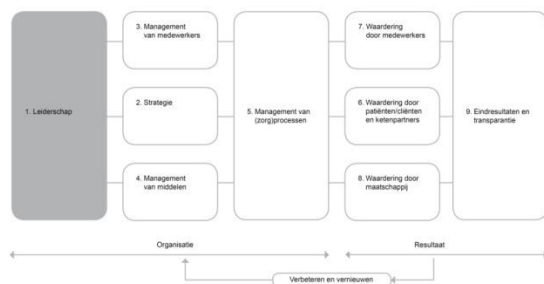
Het kwaliteitskader: de inhoud

Het Kwaliteitskader beschrijft aan welke randvoorwaarden (samenwerkende) instellingen moeten voldoen om op kwalitatief goede wijze oncologische zorg te kunnen bieden. Het kader is opgebouwd volgens het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK-model). Hierbij is gebruikgemaakt van relevante bronnen, zoals de SONCOS-normen 2013.

Het kwaliteitskader: de werkwijze

De zelfevaluatiegids, die gebaseerd is op het Kwaliteitskader Organisatie Oncologische Zorg, dient voor de zelfevaluatie en voor een visitatie organisatie oncologische zorg. Deze elektronische gids wordt met inbreng van de leden van de oncologiecommissie en andere relevante betrokkenen ingevuld. De werkwijze wordt bepaald door het betreffende ziekenhuis.

1 Voorwoord



1.1 Toelichting

Leiderschap in de oncologie is belangrijk omdat het mede het ambitieniveau van de oncologische zorgverleners bepaalt. Leiderschap binnen de oncologie wordt verwacht van de Raad van Bestuur, het medisch stafbestuur, de managers c.q. de afdelingshoofden en van de oncologiecommissie. Middels strategie en beleid geven de bestuurders en 'leiders' aan wat ze beogen inzake oncologische zorg, hun visie op samenwerking met ketenpartners, en op welke wijze ze dit willen bereiken. Van bestuurders en 'leiders' mag in relatie tot de oncologische zorg worden verwacht dat zij voldoende geregeld hebben dat er:

- visie is op oncologische zorg in samenwerking met ketenpartners;
- beleid voor oncologische zorg is dat aansluit bij de beleidscyclus van het ziekenhuis;
- beleid is dat actief wordt uitgedragen, is afgestemd en vastgelegd met de ketenpartners;
- sturing plaatsvindt op de oncologische zorg;
- sturing plaatsvindt op de samenwerking intern en met ketenpartners buiten het ziekenhuis;
- voorwaarden zijn gecreëerd voor structurele verbetering en borging van kwaliteit;
- een kwaliteits- en het veiligheidsmanagementsysteem aanwezig is;
- organisatorische voorwaarden zijn gecreëerd voor uitvoering van het beleid;
- gezorgd is voor inbedding van patiëntenperspectief.

1.2 Beleidsvisie

1 Er is een ziekenhuisbeleidsplan met daarin weergegeven een beleidsvisie ten aanzien van oncologische zorg¹ en de status van het oncologisch beleidsplan. Hierbij is aandacht voor:

- keuzen in zorgaanbod van de oncologische zorg
- opleidingsbeleid
- kwaliteitsbeleid
- onderzoeksbeleid

2 Er is een actueel beleidsplan oncologische zorg dat aansluit op het ziekenhuisbeleidsplan en het medisch/verpleegkundig beleidsplan, dat het eigen zorgaanbod, inclusief benodigde investering (faciliteiten, personeel, registraties) en de samenwerking in de keten benoemt. Het oncologisch beleidsplan dient concreet en richtinggevend te zijn ten aanzien van:

- het adherentiegebied
- de doelstellingen van de samenwerking met ketenpartners
- het eigen zorgaanbod voor patiënten, op het gebied van de diverse tumorsoorten
- de organisatie en uitvoering van het eigen zorgaanbod: diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg
- de organisatie van de samenwerking voor het zorgaanbod dat door of samen met ketenpartners uitgevoerd wordt
- patiëntgerichtheid
- specifieke deskundigheid en (functie)differentiatie binnen vakgroepen, maatschappen

¹ Oncologische zorg omvat ook de palliatieve zorg.
Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg | oktober 2014 © IKNL

- palliatieve zorg
- psychosociale zorg
- paramedische zorg
- oncologische revalidatie
- verpleegkundige zorg
- structureel meten en verbeteren van oncologische zorg
- structureel evalueren van de samenwerking met ketenpartners
- deelname aan klinisch wetenschappelijk onderzoek

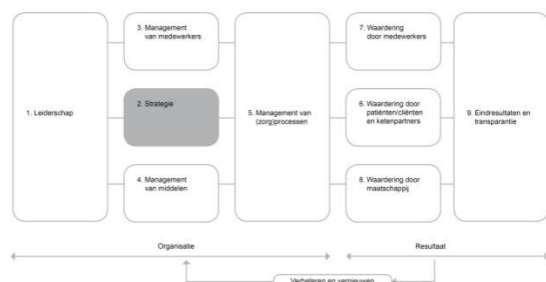
1.3 Beleidsinformatie

- 1 De Raad van Bestuur, het medisch stafbestuur en de oncologiecommissie beschikken over actuele beleidsinformatie over de oncologische zorg. Daarbij dient men, gespecificeerd naar tumorsoorten, te beschikken over:
 - jaarcijfers van NKR, DICA, IGZ, ZiZo
 - informatie over deelname aan wetenschappelijk onderzoek en andere projecten die betrekking hebben op de oncologische zorgverlening
 - informatie over kwaliteit en kwantiteit van samenwerking

1.4 Samenwerking met externen

- 1 De samenwerkingsafspraken op het gebied van diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg met ketenpartners uit de 2^e lijn, met andere ziekenhuizen en radiotherapeutische instituten zijn schriftelijk vastgelegd. Keuzes zijn gemaakt in het aanbod van de oncologische zorg, op basis van kenmerken van het ziekenhuis, medische faciliteiten en personele invulling. Keuzes zijn onderling afgestemd in het totale regionale aanbod. Er zijn onderlinge afspraken inzake oncologische zorg gemaakt over:
 - Verwijzing, inclusief toegangs- en doorlooptijden;
 - verantwoordelijkheden t.a.v. hoofdbehandelaarschap, coördinatie en aanspreekpersoon;
 - informatievoorziening en zorgplan voor patiënten
 - overdracht van patiëntgegevens;
 - participatie in research
 - evaluatie van samenwerkingsafspraken
 - evaluatie van kwaliteit van zorg aan de hand van outcome parameters
- 2 De samenwerkingsafspraken op het gebied van continuïteit van zorg met ketenpartners uit de 1^e en 3^e lijn, zoals huisartsen, eerstelijns paramedici en psychosociale hulpverleners, thuiszorgorganisaties, revalidatiecentra, verpleeg- en verzorgingshuizen en hospices zijn schriftelijk vastgelegd. Keuzes zijn gemaakt in het aanbod van de oncologische zorg, op basis van kenmerken van het ziekenhuis, medische faciliteiten en personele invulling. Keuzes zijn afgestemd in het totale regionale aanbod. Er zijn afspraken inzake oncologische zorg gemaakt over:
 - verwijzing, inclusief toegangs- en doorlooptijden;
 - verantwoordelijkheden;
 - informatievoorziening en zorgplan voor patiënten;
 - overdracht van patiëntgegevens
 - participatie in research;
 - evaluatie van samenwerkingsafspraken
 - evaluatie van kwaliteit van zorg aan de hand van uitkomstparameters.

2 Strategie en beleid



2.1 Toelichting

Strategie en beleid van de oncologische zorg wordt door de oncologiecommissie vertaald in concrete jaar- en activiteitenplannen. Dit in nauwe afstemming met de Raad van Bestuur, het medisch stafbestuur en de (ziekenhuis overstijgende) multidisciplinaire teams van de verschillende tumorsoorten. De plaats en werkwijze van de multidisciplinaire oncologiecommissie zijn geïntegreerd in de ziekenhuisorganisatie. Van de oncologiecommissie wordt verwacht dat:

- structureel overleg plaatsvindt met de Raad van Bestuur en het medisch stafbestuur;
- beleid voor de oncologische zorg vertaald is in jaar- en activiteitenplannen die aansluiten bij de beleidscyclus van het ziekenhuis;
- inrichting van oncologische zorgprocessen plaatsvindt door gebruik te maken van informatie van NKR, DICA, IGZ en ZiZo;
- uitvoering wordt gegeven aan de organisatie van de samenwerking intern
- invulling wordt gegeven aan samenwerking met ketenpartners en in netwerk ten behoeve van kwaliteit van oncologische zorg
- invulling wordt gegeven aan structurele verbetering en borging van kwaliteit van oncologische zorg intern en in de keten, netwerk.
- Evaluaties structureel georganiseerd worden ten aanzien van samenwerking en kwaliteit van oncologische zorg met ketenpartners.

2.2 Oncologiecommissie

Het ziekenhuis beschikt over een actieve oncologiecommissie. Doel, taken en werkwijze van de commissie zijn vastgelegd in een reglement.

De oncologiecommissie wordt secretarieel ondersteund.

De oncologiecommissie is een multidisciplinaire ziekenhuiscommissie met daarin:

- vertegenwoordigers van alle medische disciplines betrokken bij de oncologische en palliatieve zorg
- vertegenwoordigers van de verschillende verpleegkundige disciplines
- vertegenwoordiger(s) van het management
- vertegenwoordigers van de psychosociale zorgdisciplines
- vertegenwoordigers van de paramedische disciplines
- vertegenwoordigers van oncologische revalidatie

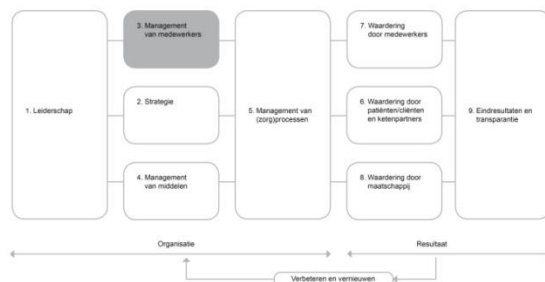
2.3 Beleid oncologiecommissie

1 Het ziekenhuis voert een actief beleid aangaande multidisciplinaire oncologische zorg in de regio. De oncologiecommissie van het algemene ziekenhuis dan wel equivalenten hiervan in de centra (verder te noemen oncologiecommissie) zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen, coördineren en evalueren van dit beleid. De oncologiecommissie:

- evalueert jaarlijks de MDO's en stelt waar nodig bij;
- bespreekt structureel de stand van zaken, knelpunten en nieuwe ontwikkelingen van het oncologisch zorgaanbod in huis met de Raad van Bestuur, het medisch stafbestuur;

-
- bespreekt structureel de stand van zaken, knelpunten en nieuwe ontwikkelingen in de oncologische zorg met partners in de regio
 - coördineert, stimuleert en evalueert deelname aan klinisch wetenschappelijk onderzoek;
 - stimuleert en evalueert deelname aan verbeterprojecten;
 - maakt keuzes in aanbod van oncologische zorg, op basis van personele invulling, medische faciliteiten en kenmerken van het ziekenhuis in afstemming met het regionale aanbod.
 - heeft een initiërende rol bij het tot stand komen van samenwerkings- afspraken op het gebied van diagnostiek behandeling, (na)zorgen palliatieve zorg van oncologische patiënten
- 2 De oncologiecommissie stelt jaarlijks een jaarplan op. Dit wordt geëvalueerd in een jaarverslag met daarin een overzicht van onder 2.3.1 genoemde activiteiten en resultaten.
- 3 De input van patiënten en ketenpartners ter verbetering van de oncologische zorg blijkt uit:
- het op ziekenhuisniveau systematisch onderzoek verrichten naar de wensen, verwachtingen en ervaringen van oncologiepatiënten.
 - het evalueren van de samenwerking met ketenpartners zoals ziekenhuizen in de regio, huisartsen, thuiszorg, verpleeghuizen en hospices.

3 Management van medewerkers



3.1 Toelichting

De deskundigheid van de professionals in de oncologische zorg is essentieel voor de uitvoering van de oncologische zorgverlening. De ontwikkelingen gaan snel op het gebied van medisch inhoudelijke kennis, technologische infrastructuur, ICT-faciliteiten en het werken in multidisciplinaire teams. Dit vraagt om continue scholing en ontwikkeling van nieuwe competenties. Van de bestuurders en managers wordt verwacht dat systematisch wordt gewerkt aan de bevordering van de competenties van de bij de oncologische zorg betrokken professionals.

3.2 Deskundigheid en beschikbaarheid van professionals

- 1 De oncologiecommissie, managers en leiders van betreffende multidisciplinaire teams zien erop toe dat voldoende professionele deskundigheid en vaardigheid beschikbaar zijn voor de oncologische zorg. De gevraagde deskundigheid en vaardigheid is passend bij kenmerken van het ziekenhuis en de keuzes die gemaakt zijn op het gebied van oncologische zorg, in samenhang met het totale regionale aanbod. Ten behoeve van continuïteit zijn afspraken gemaakt voor vervanging; tevens zijn afspraken gemaakt over inzet van consultatieve diensten..
- 2 De zorgverleners die werken in de oncologische zorg zijn op volgende wijze toegerust voor de oncologische zorg:
 - Zij hebben een erkende (vervolg)opleiding in de oncologie afgerond of hebben zich anderszins in dit vakgebied bekwaamd.
 - Zij besteden een substantieel deel van hun werktijd aan oncologische zorg.
 - Zij hebben specifieke belangstelling en aantoonbare expertise in bepaalde onderdelen van de oncologie (conform eisen wetenschappelijke en/of beroepsvereniging)
 - Zij zijn op de hoogte van de landelijke richtlijnen aangaande diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg.
 - Zij passen de landelijke richtlijnen aangaande diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg toe.
 - Zij zijn op de hoogte van (in hun vakgebied) lopend klinisch wetenschappelijk onderzoek.
 - Zij participeren daar waar mogelijk in wetenschappelijk onderzoek.
 - Zij nemen deel aan voor hun patiëntenzorg relevante multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.
 - Iedere betrokken discipline legt binnen zijn vakgroep/maatschap of team de afspraken vast over (functie)differentiatie voor de oncologische zorg.
 - Zij hebben duidelijke afspraken over inzet van consultatieve diensten
 - Zij geven uitvoer aan de samenwerking in de keten, voor zorg die samen met of door ketenpartners wordt uitgevoerd.

De ondersteuning op het gebied van datamanagement en registratie voor de oncologische zorg is gewaarborgd.

4 Management van middelen



4.1 Toelichting

Van de oncologielcommissie wordt verwacht dat de visie op de oncologische zorg en infrastructuur vertaald is naar de beschikbaarheid en de toepassing van ICT-voorzieningen, zoals die aanwezig zijn in het ziekenhuis. Daarnaast sluiten de bouwkundige en materiële voorzieningen aan bij de ambities en beleidsdoelstellingen voor oncologische zorg. Verder is de oncologielcommissie betrokken bij beleidsontwikkeling voor het gebruik van dure oncologische geneesmiddelen.

4.2 Oncologische geneesmiddelen

- 1 Er is beleid opgesteld voor het omgaan met aan oncologie gerelateerde dure geneesmiddelen.
- 2 Er zijn afspraken over het veilig omgaan met aan oncologie gerelateerde geneesmiddelen opgesteld.

4.3 Voorzieningen voor de oncologie

- 1 ICT
 - Alle essentiële gegevens van patiënten zijn toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.
- 2 Oncologielpolikliniek en -verpleegafdeling
 - Oncologielpatiënten worden poliklinisch gezien op een spreekuur met korte multidisciplinaire lijnen en toegang tot de vereiste diagnostische middelen.
 - In de kliniek worden de patiënten met een oncologische aandoening zoveel mogelijk geconcentreerd.
- 3 De oncologielcommissie heeft afspraken gemaakt met de ketenpartners over gebruik van voorzieningen ten behoeve van de diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg.

5 Management van (zorg)processen



5.1 Toelichting

De uitkomsten van de oncologische zorg worden mede bepaald door de wijze waarop deze is vormgegeven en wordt bijgestuurd. Doordat oncologische zorg complex is en er naast veel afdelingen en disciplines ketenpartners betrokken zijn is het van groot belang dit afdelings-, discipline- en ziekenhuisoverstijgend te organiseren.

5.2 Multidisciplinaire teams

- 1 De diagnostiek, behandeling, begeleiding, nazorg en palliatieve zorg van oncologiepatiënten wordt in overleg met de betrokken disciplines uitgevoerd. Er is geregeld dat door het ziekenhuis:
 - afspraken zijn gemaakt over de organisatie van het zorgproces, de verantwoordelijkheden en de analyse van kritieke punten en preventieve maatregelen op grond hiervan.
 - van de beschikbare expertise optimaal gebruik wordt gemaakt, zowel van de verschillende disciplines in het ziekenhuis als van de externe experts, zoals netwerk- en ketenpartijen, IKNL-consultanten en -datamanagers.
 - daar waar de expertise en/of faciliteit niet aanwezig is in het ziekenhuis, bijvoorbeeld in geval van zeldzame tumoren en/of complexe diagnostiek en/of behandeling, specifieke, schriftelijke afspraken zijn gemaakt met een ander ziekenhuis of instelling voor radiotherapie over verwijzing en gezamenlijke diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg. De schriftelijke afspraken betreffen in ieder geval de wijze van overdracht, communicatie met de patiënt, toegangs- en doorlooptijden, zorgaanbod en indicaties voor terugverwijzing.
 - proces- en uitkomstindicatoren worden verzameld en besproken met als doel dat zij waar nodig leiden tot bijsturing van de zorgprocessen.
 - mogelijkheden gecreëerd zijn tot contact met alle direct betrokken andere disciplines.
 - de afdelingen waar diagnostiek plaatsvindt, zoveel mogelijk rekening houden met het multidisciplinaire spreekuur met als doel het aantal ziekenhuisbezoeken voor de patiënt tot een minimum te beperken.
- 2 De toegangstijden tot de polikliniek en behandelingen voor de verschillende categorieën oncologiepatiënten zijn gebaseerd op landelijk vastgestelde richtlijnen of aanbevelingen. Ook als er sprake is van een verwijzing naar een ander ziekenhuis of instelling voor radiotherapie dient hiernaar te worden gestreefd.

5.3 Multidisciplinair overleg

- 1 Voor alle vormen van (tumorspecifiek) multidisciplinair overleg zijn in een reglement afspraken vastgelegd ten aanzien van de:
 - deelnemende disciplines en centra
 - taken en verantwoordelijkheden
 - voorbereiding en presentatie

- werkwijze en besluitvorming
 - verslaglegging en beschikbaarheid daarvan voor ketenpartners
 - bij welk MDO een consulent aanwezig is of over aanwezigheid en vervanging van consultants
 - documentatie/vastlegging van uitkomsten van multidisciplinair overleg in een behandelplan en beschikbaarheid voor alle betrokkenen
- 2 Tenminste 90% van alle oncologiepatiënten worden besproken tijdens een intern multidisciplinair overleg.

5.4 Gebruik van richtlijnen

- 1 Het werken volgens landelijke tumorgebonden richtlijnen, niet-tumorgebonden richtlijnen (zoals de richtlijnen over psychosociale zorg, paramedische zorg, nazorg en revalidatie) en richtlijnen palliatieve zorg is onderdeel van de standaardzorg.
- 2 Er zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop het afwijken van een richtlijn wordt vastgelegd en gecommuniceerd naar de patiënt en andere bij de oncologische en palliatieve zorg betrokken professionals.
- 3 Behandelingen in het kader van klinisch wetenschappelijk onderzoek zijn onderdeel van het behandel aanbod. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van professionals rond de participatie van patiënten aan klinisch wetenschappelijk onderzoek zijn omschreven. Dit betreft ondermeer de onafhankelijke voorlichting en de toestemmingsprocedure.
- 4 Pijnbeleid
 - Er is een pijnprotocol.
 - Er zijn werkafspraken over het pijnbeleid opgesteld, waarbij een pijnteam wordt ingezet voor de behandeling van moeilijk bestrijdbare pijn.
 - De aanwezigheid van pijn wordt gemonitord met behulp van een pijnregistratie bij alle oncologiepatiënten met pijnklachten, die klinisch dan wel poliklinisch in zorg zijn.
- 5 Voeding
 - Er zijn werkafspraken gemaakt over het behandelen van voedingsgerelateerde problemen, waarbij de afdeling diëtiek wordt ingezet voor de behandeling van voedingsgerelateerd en/of ongewenst gewichtsverlies.
 - Bij oncologiepatiënten, die klinisch dan wel poliklinisch in zorg zijn, wordt het risico op ondervoeding gescreend met een daartoe geschikt instrument.
- 6 Zorg voor (rest)klachten en psychosociale zorg
 - Bij alle oncologiepatiënten worden (rest)klachten en psychosociale problematiek vroegtijdig (al tijdens het oncologisch diagnose en behandeltraject) gesignaleerd met behulp van een screeningsinstrument, en naar indicatie en wens begeleid en behandeld met een zelfmanagementadvies en passend zorgaanbod.
 - Het ziekenhuis heeft de verwijsmogelijkheden vastgelegd.
 - Alle patiënten krijgen opvang en ondersteuning tijdens en na een slecht-nieuwsgesprek..

5.5 Coördinatie van zorg

- Voor alle patiënten is er tijdens de gehele diagnostiek en behandeling één duidelijk aanspreekpunt.
- De afspraken over het hoofdbehandelaarschap zijn vastgelegd; bij de betrokken professionals is bekend wie de hoofdbehandelaar is.
- De patiënt weet wie zijn hoofdbehandelaar is.
- De huisarts weet wie de hoofdbehandelaar is.
- Patiënten worden zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over alle relevante aspecten van de behandeling.

5.6 Nazorg

- Het nazorgtraject van patiënten bestaat uit bewezen effectieve detectie van nieuwe kankermanifestaties; voorlichting, signalering, preventie en behandeling van fysieke en psychosociale vroege en late gevolgen van kanker
- Elke patiënt krijgt een individueel nazorgplan, dat ook beschikbaar gesteld wordt aan de huisarts.
- Het nazorgtraject is afgestemd tussen de verschillende intern en extern betrokken zorgprofessionals en centra.
- Er zijn afspraken gemaakt over wie de hoofdbehandelaar en aanspreekpunt zijn .
- Nazorg is integraal onderdeel van de patiëntendossiers en zorgpaden.

5.7 Palliatieve zorg

- Het ziekenhuis beschikt over een palliatief team, dat minimaal bestaat uit de disciplines internist-oncoloog, verpleegkundig specialist, anesthesist of behandelaar van pijn team
- Het ziekenhuis heeft een wekelijks multidisciplinair palliatief MDO.
- Het ziekenhuis werkt volgens de richtlijnen en procedures voor palliatieve zorg, inclusief de richtlijn voor palliatieve sedatie. Daarbij wordt onder meer aandacht gegeven aan de consultatieve mogelijkheden, symptoomscreening, communicatie en voorlichting, gebruik van landelijke richtlijnen, transmurale afspraken, verwijzing (ook naar oncologische revalidatie), rapportage en overdracht.
- Het ziekenhuis participeert in het lokale netwerk palliatieve zorg.
Als de tumorgerichte behandeling wordt stopgezet, wordt afgesproken welke professional het vervolgtraject coördineert en vindt indien nodig overdracht van de patiënt plaats. Hierbij wordt optimaal gebruik gemaakt van de beschikbare expertise.

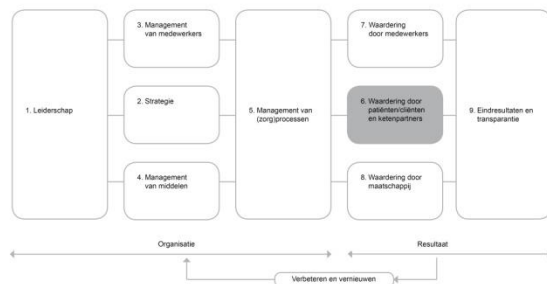
5.8 Beheersen en borgen van zorgprocessen

- 1 De oncologiecommissie bespreekt jaarlijks de kerngegevens over het oncologisch zorgproces met de betreffende multidisciplinaire teams en past zo nodig het beleid omtrent het oncologisch zorgproces aan. Dit betreft in ieder geval incidentiecijfers, patiëntenaantallen, wijze van diagnostiek, het behandelbeleid (aard, resultaten, complicaties), beleid voor begeleiding en nazorg, deelname aan klinisch wetenschappelijk onderzoek, wacht- en doorlooptijden, en beleid en verloop van samenwerking.
- 2 In ieder geval voor de diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg van de verschillende tumoren worden de zorgprocessen en instellings-, afdelings- en discipline-overstijgende samenwerkingsvormen schriftelijk vastgelegd in werkafspraken, die periodiek worden geëvalueerd en zo nodig worden bijgesteld. Minimaal staat hierin aangegeven: wacht en doorlooptijden, inzet van deskundigheden, overdrachtafspraken, organisatie van zorg.

5.9 Veiligheid

- 1 Cytostatica worden voorgeschreven en toegediend overeenkomstig de betreffende richtlijnen die daarvoor op ziekenhuisniveau zijn vastgesteld.
- 2 Bij het gebruik van radioactieve stoffen als radiofarmaca wordt gehandeld overeenkomstig de uniforme regelingen die daarvoor op basis van de ter zake wet- en regelgeving zijn vastgesteld.

6 Waardering door patiënten/cliënten



6.1 Toelichting

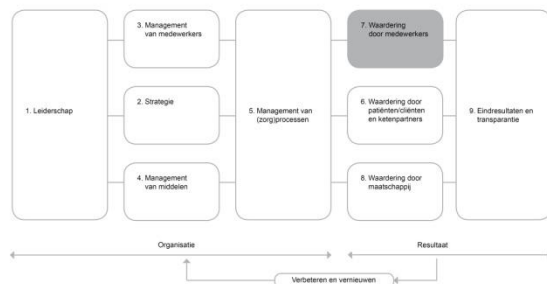
Het ziekenhuis zet de uitkomsten van de ervaringsonderzoeken in, ter verbetering van de oncologische zorg.

6.2 Uitkomsten onderzoeken

- 1 Op ziekenhuisniveau wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van onderstaande onderzoeken:
 - Spiegelgesprekken en focusgesprekken met groepen oncologiepatiënten.
 - Ervaringsonderzoek onder (specifieke) groepen oncologiepatiënten, waarin gevraagd wordt naar ervaring bij door- en terugverwijzing.
 - Klachten van oncologiepatiënten.

Op ziekenhuisniveau is er structureel overleg met de cliëntenraad betreffende oncologiepatiënten.

7 Waardering door medewerkers



7.1 Toelichting

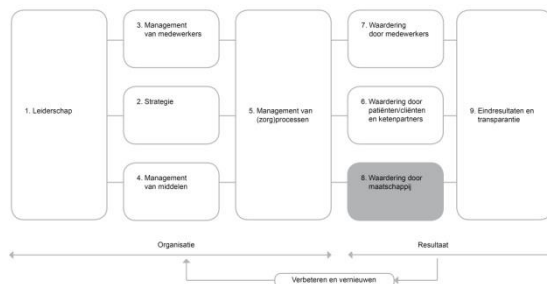
In de complexe multidisciplinaire oncologische zorg vormen alle medewerkers belangrijke schakels. Om optimale zorg te bereiken is het belangrijk dat deze medewerkers hun werkomgeving als positief ervaren. Aandacht wordt gegeven aan het werken in de werkomgeving van de ketenpartner. Het ziekenhuis zet de uitkomsten op medewerkersniveau in ter verbetering van de oncologische zorg.

7.2

Op ziekenhuisniveau wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van:

- jaargesprekken
- scholingen en kennisuitwisseling
- ziekteverzuim
- mobiliteit.

8 Waardering door maatschappij



8.1 Toelichting

Bestuurders, professionals en oncologiecommissie hebben afspraken gemaakt over de bijdrage die professionals leveren aan deskundigheidsbevordering zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Het ziekenhuis levert een bijdrage aan deskundigheidsbevordering ter verbetering van de oncologische zorg.

8.2 Bijdragen aan deskundigheidsbevordering binnen en buiten het ziekenhuis

Voor de oncologische zorg levert het ziekenhuis een actieve bijdrage aan kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering binnen en buiten het ziekenhuis. Dit blijkt uit:

- de bijdrage die is geleverd aan kennisontwikkeling, onderzoek en wetenschap op oncologisch gebied
- de bijdrage die is geleverd aan het opleiden van nieuwe professionals
- de bijdrage die is geleverd aan permanente bijscholing van professionals
- de bijdrage die is geleverd aan voorlichting aan en educatie van patiënten en publiek.

9 Eindresultaten en transparantie



9.1 Toelichting

De bestuurders, professionals en oncologiecommissie passen beleid en werkwijze aan op basis van inzicht in incidentie (NKR) en de eindresultaten op het gebied van diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg in de oncologische zorg. Deze eindresultaten zijn bekend bij de betrokken zorgverleners in het ziekenhuis en ketenpartners.

9.2 Evaluatie en transparantie

- 1 Het ziekenhuis geeft informatie over de aanwezige expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg. Tevens maakt het ziekenhuis duidelijk hoe het eigen zorgaanbod georganiseerd is en de zorg met de ketenpartners. .

Bijlagen

B1 Landelijke plenaire visitatiecommissie 2014

Naam instelling	Naam deelnemer
IJsselland Ziekenhuis	A.C. de Boer
Reinier de Graaf Gasthuis	Mw. M.M.E.M. Bos
	G. Botke (voorzitter)
Ziekenhuis Nij Smellinghe	P. Eppinga
St. Antonius Ziekenhuis	R. Koelemij
Orbis Medisch Centrum	Mw. H.J.M.M. Mertens
Slingeland Ziekenhuis	E.W. Muller
	A.S.M. Nuijten
Albert Schweitzer ziekenhuis	R.J. Oostenbroek
Meander Medisch Centrum	C.J. Rodenburg
Radiotherapeutisch Instituut Friesland	Mw. A. Slot
Sint Franciscus Gasthuis	Mw. J.P. Salomé
Groene Hart Ziekenhuis	Mw. B.C. Tanis
IKNL	Mw. H.G.T. Blaauwgeers
	Mw. A. Degenaar
	Mw. M. Middelburg-Hebly
	R. Limbeek
	Mw. W.J. Westerhuis

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

