

VISITATIE KAN KWALITEIT VAN DE SAMENWERKING TOETSEN EN STIMULEREN

# Oncologienetwerk goed alternatief voor concentratie

Met een visitatie door het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) willen het Radboudumc en het Elkerliek Ziekenhuis laten zien dat de oncologische zorg bij longkanker goed in een netwerk van ziekenhuizen is te organiseren.

**D**e kwaliteit van oncologische zorg is niet alleen gebaat bij fusies en concentratie. Goede samenwerking tussen instellingen in netwerkverband kan direct en kosteneffectief verbetering van zorg opleveren. De samenwerking tussen het Radboudumc in Nijmegen en het Elkerliek Ziekenhuis in de regio Helmond op het gebied van longoncologie is een succesvol voorbeeld van zo'n – regionaal – zorgnetwerk. De kwaliteit van deze samenwerking werd getoetst door het Integraal Kankercentrum Nederland, IKNL.

### Patiëntenperspectief

Voorals gevolg van de volumennormen is in toenemende mate sprake van concentratie van zorg en fusies van instellingen. Perifere ziekenhuisinstellingen zien de oncologische zorg uit hun ziekenhuis verdwijnen. Vooral voor de hoogcomplexen en laagvolumetumoren is concentratie van zorg uit het oogpunt van *best practice* in het algemeen het gewenste model. Het is echter de vraag of dit tevens geldt voor veelvoorkomende tumoren, zeker als er, zoals bij longcarcinoom, vaak sprake is van palliatieve zorg. De patiënt lijkt in dat geval meer gebaat bij goede tumorspecifieke netwerken, waarin profes-

sionals onderling afspraken maken over hoe en waar welk deel van de diagnose, behandeling en nazorg plaatsvindt.<sup>1</sup> Niet voor niets ontstaan er steeds meer regionale samenwerkingsverbanden, waarin het patiëntenperspectief het uitgangspunt is: namelijk kwalitatief hoogstaande zorg, zo dicht mogelijk bij huis.<sup>2</sup> Deze ontwikkeling sluit aan op de onlangs verschenen visie 'Kankerzorg maakt zich op voor de toekomst', onderschreven door alle bij de oncologische zorg betrokken landelijke partijen.<sup>3</sup> Deze visie vormt de veldagenda voor de komende vijf jaar. Samenwerking in netwerkverband staat hierin centraal en moet gestalte krijgen in integrale ketenzorg en zogeheten Comprehensive Cancer Networks. Uitgangspunten zijn de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, het patiëntenperspectief, concentratie waar nodig en spreiding waar mogelijk en een sterke interactie tussen zorg, onderzoek, onderwijs, opleiding en innovatie.

### Regionaal

In de regio Helmond werken de longartsen op het gebied van longoncologische zorg al jarenlang samen met het Radboudumc. Op een natuurlijke manier is enige jaren geleden, mede door de volu-

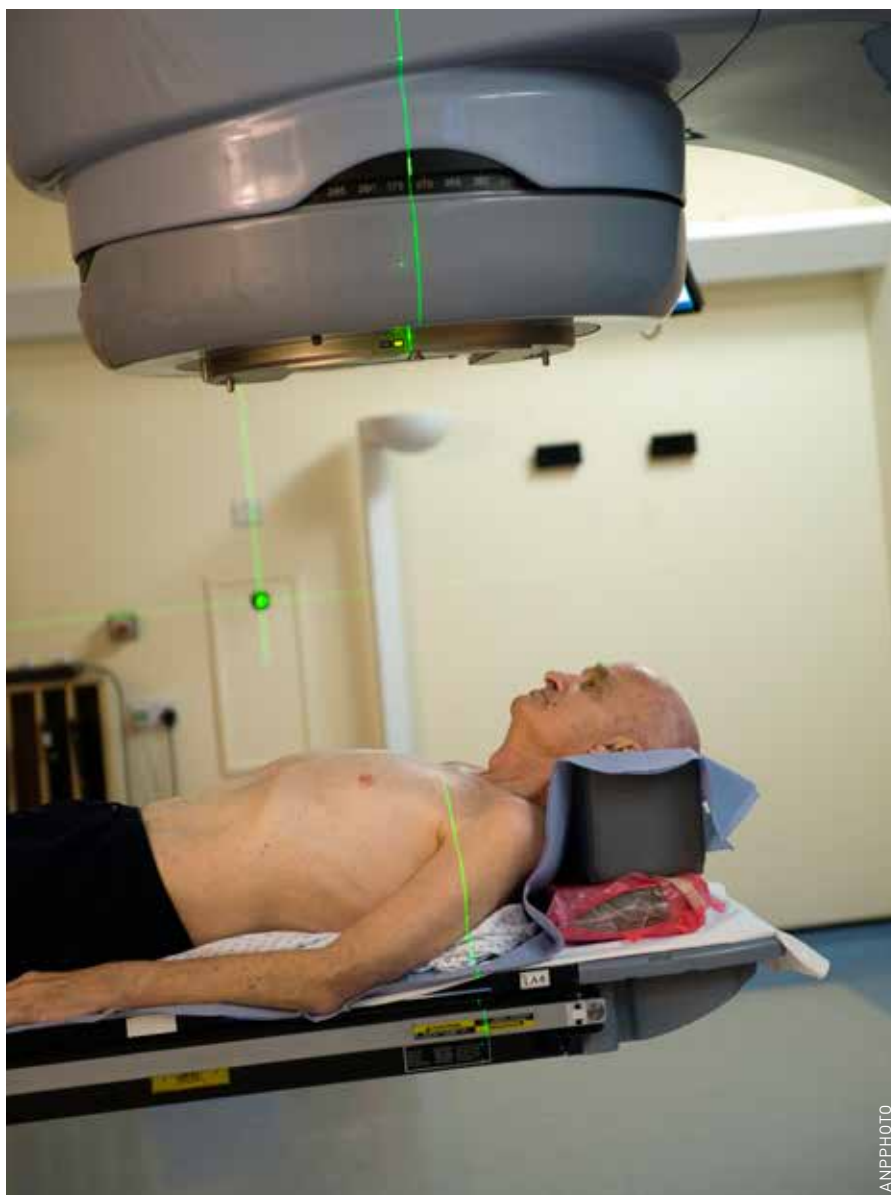
menorm in de longchirurgie, een patiëntenstroom naar het Radboudumc op gang gekomen. Daarna volgden verwijzingen voor de mediastinale stadiëring door middel van endobronchiale of oesofageale endo-echografie. Gaandeweg ontstond er middels videoconferencing een multidisciplinair tumoroverleg tussen beide instellingen en werd de samenwerking inhoudelijk verder uitgewerkt en beschreven in een transmurale zorgketen. Voor de longkankerpatiënt begint het traject bij de huisarts, die een directe relatie heeft met de regionale longarts van het

## Betrek de eerste lijn al vroeg bij het behandelplan

Elkerliek Ziekenhuis. Het sneldiagnostiekprogramma van het Elkerliek Ziekenhuis eindigt in een behandelplan dat multidisciplinair met het Radboudumc besproken wordt. Als een chirurgische behandeling nodig is, gaat de patiënt daarvoor naar het Radboudumc. Via de (nabehandelende) medische en paramedische disciplines in het Elkerliek Ziekenhuis gaat de patiënt weer terug naar de huisarts.

### Tumorspecifieke visitatie

Als longartsen van het Elkerliek Zieken-



ANPHOTO

huis en het Radboudumc stellen wij dat het voor longkanker mogelijk is om optimale oncologische zorg te leveren in zo'n regionaal netwerk. Het is echter wel van belang de kwaliteit van de samenwerking inzichtelijk te maken, waar mogelijk te verbeteren en uiteindelijk te borgen: zijn er goede samenwerkingsafspraken gemaakt en worden die ook nageleefd? Om deze vragen te beantwoorden hebben wij het initiatief genomen om een tumorspecifieke visitatie longcarcinoom door IKNL te laten uitvoeren, iets wat het kankercentrum nog niet eerder had gedaan.

Het IKNL besloot om samen met beide ziekenhuizen in een pilot een tumorspecifiek kwaliteitskader longcarcinoom te ontwikkelen en beide ziekenhuizen te visiteren.

Het IKNL-Kwaliteitskader Organisatie Oncologische Zorg is daarbij als uitgangspunt genomen. Per fase van het traject dat de patiënt met longkanker doorloopt, zijn de vigerende normen, richtlijnen en indicatoren toegevoegd.<sup>4</sup>

De visitatie werd voorafgegaan door een zelfevaluatie door beide ziekenhuizen, aan de hand van elektronische vragenlijsten

over het tumorspecifieke kwaliteitskader longcarcinoom.

De visitatiecommissie bestond uit een radiotherapeut, een longarts, een oncologisch chirurg en een verpleegkundig specialist longoncologie. De visitatie vond plaats in december 2013 en bestond uit een bezoek van één dag aan elke instelling, waarbij zowel gesprekken plaatsvonden met vrijwel alle bij de longkankerzorg betrokken disciplines, als een bezoek werd gebracht aan de voor longkankerzorg belangrijkste afdelingen. Voor de rapportage heeft de commissie haar bevindingen weergegeven middels een score volgens de plan-do-check-act-systematiek, met een tekstuele onderbouwing op de scores.

### Eerste lijn

Voor beide ziekenhuizen betekenen de bevindingen, conclusies en aanbevelingen in de visitatierapporten een bevestiging dat ze beide goede zorg verlenen aan patiënten met een longcarcinoom: hoogstaande zorg, zo dicht mogelijk bij huis. Dit neemt niet weg dat er ook verbetermogelijkheden zijn aangegeven op specifieke punten. Zo loopt, mede door de korte lijnen, de samenwerking weliswaar goed – het is een goed functionerend netwerk van tweede- en derdelijnszorgaanbieders. Maar daarbij wordt aangekend dat gemaakte afspraken deels nog moeten worden gestructureerd en geformaliseerd middels een SLA (service level agreement).

Een ander punt betreft de nazorg en follow-up: die worden zo dicht mogelijk bij huis gegeven. Dit biedt grote voordelen, vooral in de palliatieve fase, omdat de zorg in directe samenhang en samenspraak met de eerste lijn kan plaatsvinden. Maar beide ziekenhuizen moeten, zo staat in de rapportages, die samenwerking met de eerste lijn nog wel verder intensiveren. Door in een vroege fase de zorgprofessionals in de eerste lijn te betrekken bij het behandelplan, kan overbehandeling in de laatste fase worden verminderd en wordt een kosteneffectieve zorg beter mogelijk. Voor IKNL blijkt uit de pilot dat het ontwikkelde kwaliteitskader longcarcinoom

een geschikt instrument is voor het toetsen van longkankerzorg bij een of meer schakels in de keten. Vandaar dat IKNL dit jaar nog zal starten met de ontwikkeling van andere tumorspecifieke kwaliteitskaders, te beginnen met prostaat- en mammacarcinoom.

### Organisatie

Een aandachtspunt is nog de organisatie van de visitatie. Tijdens de pilot bleek dat de tijdsinvestering voor de visitatoren groot is doordat in korte tijd twee ziekenhuizen moeten worden gevisiteerd. De verwachting is wel dat de efficiency zal verbeteren

## Het primaire doel van de visitatie moet vooraf duidelijk zijn

door meer focus aan te brengen. Daartoe moet in de toekomst vooraf worden gekozen wat het primaire doel van de visitatie is: de kwaliteit van de samenwerking tussen ketenpartners toetsen aan de hand van een of meer tumorspecifieke zorgprocessen, of de kwaliteit van de tumorspecifieke zorg toetsen, zoals verleend door een of meerdere samenwerkende ketenpartners. Door naast de tumorspecifieke kwaliteitskaders ook een kwaliteitskader te ontwikkelen voor samenwerking tussen ketenpartners in de oncologische zorg denkt IKNL beter in te kunnen spelen op verschillende vragen uit het veld en tevens de organisatie van visitatie te verbeteren. Dit 'Kwaliteitskader Samenwerking' wordt dit jaar gebruikt in een vervolgpilot.

### contact

e.vanrooij@iknl.nl

c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## PRAKTIJKPERIKEL

### TUSSEN WAL EN SCHIP

Op zondag valt mevrouw R., een vitale en vol overtuiging zelfstandig wonende 84-jarige, tussen wal en schip. Het schip waarmee ze jarenlang met haar man door Nederland heeft gevaren en dat ze nog een keer met haar zoon ging bezoeken. Een ongelukkige val, haar been raakt bekneld en op de SEH van het plaatselijke ziekenhuis wordt vastgesteld dat haar knie gebroken is.

Eigenlijk zou ze opgenomen moeten worden, maar bij gebrek aan bedden wordt ze met twee krukken en het verbod het gebroken been te belasten naar huis gestuurd. De volgende dag word ik gebeld door haar zoon. Hoe het nu verder moet; ze hebben al wel het bed naar beneden gehaald, maar moeder kan zich echt niet zonder begeleiding verplaatsen. Een paar dagen iemand van de familie in huis is mogelijk, maar niet voor een lange periode. Met extra thuiszorg gaat het ook niet lukken. Alleszins begrijpelijk. Nog even gebeld met het ziekenhuis hoe het kan dat mevrouw R. zo naar huis gestuurd is. De assistente van heelkunde schiet in de lach bij het beeld van een 84-jarige die zich hinkelend met twee krukken door het huis moet bewegen, maar haar navraag bij de SEH levert niet meer op dan de mededeling dat het echt niet anders kon: er waren die dag echt geen bedden beschikbaar.

In overleg met haar zoon wordt besloten dat ze nu toch maar beter tijdelijk opgenomen kan worden. Haar man verblijft in een verpleegafdeling bij een verzorgingshuis in de buurt, dus zou het goed uitkomen als zij daar ook tijdelijk naartoe kan. Ik schat op voorhand die kans laag in, maar bij het overleg met de bemiddelaarster bij crisisopname krijg ik het volgende te horen: 'We hebben weliswaar een protocol hiervoor, maar de menselijkheid gaat voor.' En ze krijgt het nog voor elkaar ook: mevrouw kan naar het verzorgingshuis waar haar man verblijft.

Enige dagen later heb ik telefonisch contact met de verzorging. Mevrouw mag eigenlijk niet in het verzorgingshuis blijven. Door het CIZ was de hoogte van het zzp, door het verzorgingshuis met een goedgekeurde gestandaardiseerde methode ingedeeld op zzp 4, verlaagd naar zzp 3. Te laag voor een tijdelijke opname in een verzorgingshuis. Als mevrouw eerst een nacht was opgenomen in het ziekenhuis zou er geen probleem zijn geweest, dat levert een punt extra op. Gelukkig laat ook het verzorgingshuis de menselijkheid prevaleren boven de regels en is er een soort gedoogconstructie bedacht.

Maar al met al worden mijn zorgen over de ontwikkelingen in de ouderenzorg wel gevoed. Alleen door de welwillendheid van enkele individuele zorgverleners valt mevrouw R. niet ook figuurlijk tussen wal en schip.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)