



Indicatorenset Longcarcinoom

Uitvraag 2011

Inhoudsopgave Longcarcinoom

Overzicht indicatoren Longcarcinoom en invulformulier	3
Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	10
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	11
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Longcarcinoom	13
3. Lijst te verzamelen variabelen	29
Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen	33
Bijlage 2: Kwaliteitseisen Longchirurgie	34
Bijlage 3: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren	35
Bijlage 4: Verwerking commentaar consultatieronde	39
Deel 2: Klantpreferentievragen	42
1. Klantpreferentievragen Longcarcinoom	43
Afkortingenlijst	49

1. Overzicht indicatoren Longcarcinoom en invulformulier

In dit overzicht vindt u alle indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg voor deze aandoening uitgevraagd worden. U kunt dit overzicht gebruiken om in uw ziekenhuis te verspreiden. In de laatste kolom kunnen indicatorwaarden worden ingevuld. Ook is er ruimte om een opmerking/toelichting te plaatsen over de indicator(waarden).

Zorginhoudelijke indicatoren:

1. Doorlooptijd diagnostiek	
Teller 1a: Het aantal patiënten met een longcarcinoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.	
Noemer 1a: Het aantal patiënten met een longcarcinoom en geen mediastinoscopie hebben ondergaan.	
Het percentage patiënten met een longcarcinoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.	
Teller 1b: Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat ook een mediastinoscopie heeft ondergaan en bij wie de diagnostiek binnen 25 werkdagen is afgerond.	
Noemer 1b: Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat ook een mediastinoscopie heeft ondergaan.	
Het percentage patiënten met een longcarcinoom dat ook een mediastinoscopie heeft ondergaan en bij wie de diagnostiek binnen 25 werkdagen is afgerond.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

2. Wachtijd start behandeling	
Teller: Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is en waarbij de behandeling(en) binnen 15 werkdagen na afronding van de diagnostiek is gestart.	
Noemer: Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is.	
Het percentage patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is en waarbij de behandeling (curatief of palliatief) binnen 15 werkdagen na afsluiting van de diagnostiek is gestart.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

3. MDO	
Is er in het ziekenhuis een structureel MDO waarin patiënten met een longcarcinoom worden besproken voordat de behandeling begint?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, Worden alle patiënten (stadium I,II en III) standaard besproken in dit MDO?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

4. Kwaliteitseisen longchirurgie	
Voldoet het ziekenhuis aan eisen zoals gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie (NVvL)/de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), danwel eisen zoals gesteld aan een cardiothoracaal chirurgisch centrum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

5. RO resecties	
Teller 5a: Het aantal patiënten met een operabel en resectabel stadium I-IIIa NSCLC dat een RO-resectie heeft ondergaan.	
Noemer 5a: Het aantal patiënten met een operabel en resectabel stadium I-IIIa NSCLC dat een resectie heeft ondergaan.	
Het percentage patiënten met een operabel en resectabel stadium I-IIIa NSCLC dat een RO-resectie heeft ondergaan.	
Teller 5b: Het aantal patiënten met een operabel en resectabel stadium I-IIIa SCLC dat een RO-resectie heeft ondergaan.	
Noemer 5b: Het aantal patiënten met een operabel en resectabel stadium I-IIIa SCLC dat een resectie heeft ondergaan.	
Het percentage patiënten met een operabel en resectabel stadium I-IIIa longcarcinoom dat een RO-resectie heeft ondergaan.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

6. Overleving	
Teller 6a: Het aantal patiënten met een stadium I of II NSCLC dat 5 jaar na de behandeling nog in leven is.	
Noemer 6a: Het aantal patiënten met een stadium I of II NSCLC dat behandeld is.	
De 5-jaarsoverleving van patiënten met een stadium I of II NSCLC per stadium per ziekenhuis van diagnose.	
Teller 6b: Het aantal patiënten met een stadium I of II SCLC dat 5 jaar na de behandeling nog in leven is.	
Noemer 6b: Het aantal patiënten met een stadium I of II SCLC dat behandeld is.	
De 5-jaarsoverleving van patiënten met een stadium I of II SCLC per stadium per ziekenhuis van diagnose.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Klantpreferentievragen:

Vraag 1	<p>A. Zijn de onderstaande specialismen werkzaam op uw ziekenhuislocatie en zijn zij betrokken bij de behandeling van patiënten met longcarcinoom?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Specialisme</th> <th colspan="2">Werkzaam op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Longgeneeskunde</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Chirurgie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Radiotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. Vul in hoeveel patiënten met longcarcinoom er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door de onderstaande specialismen.</p> <p>Longgeneeskunde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal longartsen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met longcarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>) ____ - Het aantal patiënten met longcarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme longgeneeskunde ____ <p>Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal chirurgen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met longcarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>) ____ - Het aantal patiënten met longcarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme chirurgie ____ <p>Radiotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal radiotherapeuten op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met longcarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>) ____ - Het aantal patiënten met longcarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme radiotherapie ____ <p>C. Vul in of de onderstaande specialismen op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werken.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Longgeneeskunde</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Chirurgie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Radiotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>	Specialisme	Werkzaam op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?		Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Specialisme	Werkzaam op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?																																								
Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																																							
Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																																							
Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																																							
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS																																				
Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																																			
Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																																			
Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																																			
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>																																									

Vraag 2	<p>A. Hebben patiënten met gediagnosticeerde longcarcinoom op uw ziekenhuislocatie één vaste longarts?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Wordt de patiënt vooraf geïnformeerd indien de patiënt bij een vervolgspraak toch door een andere longarts wordt gezien (bij <i>onvoorziene</i> verhindering van de vaste longarts)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, de patiënt wordt geïnformeerd wanneer hij/zij zich meldt op de polikliniek <input type="checkbox"/> Ja, de patiënt wordt reeds voor aankomst op de polikliniek geïnformeerd <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 3	<p>Hoe worden patiënten met gediagnosticeerde longcarcinoom op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een longarts? *</p> <p><input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de longarts <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 4	<p>A. Hoeveel uren per dag en hoeveel dagen per week houden de longartsen spreekuur op uw ziekenhuislocatie?</p> <p>uren per dag: ____ dagen per week: ____</p> <p>B. Hoe is de bereikbaarheid van de longarts voor patiënten met longcarcinoom <u>buiten de reguliere spreekuren</u> geregeld op uw ziekenhuislocatie?</p> <p><input type="checkbox"/> De longartsen zijn alleen bereikbaar via reguliere spreekuren <input type="checkbox"/> Via een telefonisch (terugbel)spreekuur <input type="checkbox"/> Telefonisch tijdens kantooruren <input type="checkbox"/> Via de e-mail¹</p>
---------	--

	<input type="checkbox"/> Anders, nl.: ____ C. Hoeveel uren per dag en hoeveel dagen per week houden de longartsen telefonisch (terugbel)spreekuur op uw ziekenhuislocatie? uren per dag: ____ dagen per week: ____
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 5	<p>A. Hoeveel minuten worden er per patiënt voor een <u>eerste consult</u> ingepland bij de longarts op uw ziekenhuislocatie?</p> <p>____ minuten</p> <p>B. Hoeveel minuten worden er per patiënt met longcarcinoom ingepland voor een <u>vervolgconsult</u> bij de longarts op uw ziekenhuislocatie?</p> <p>____ minuten</p> <p>C. Hoe gaat uw ziekenhuislocatie om met patiënten die méér tijd willen inruimen dan standaard wordt ingepland voor een consult bij de longarts?</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen tijdens het maken van de afspraak aangeven méér tijd te willen</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten krijgen tijdens het consult meer tijd indien dit nodig blijkt</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen zowel tijdens consult als bij het maken van de afspraak meer tijd krijgen</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk ____</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 6	<p>Zijn er bij de behandeling en/of verzorging van patiënten met longcarcinoom standaard een of meerdere verpleegkundigen betrokken die zijn gespecialiseerd in longkanker?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, __ FTE² (<i>aantal invullen</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 7	<p>Hoe organiseert uw ziekenhuislocatie het maken van een PET-scan voor patiënten met longcarcinoom?</p> <p><input type="checkbox"/> Deze ziekenhuislocatie heeft een eigen PET-scan in huis en/of huurt een mobiele PET-scan</p> <p><input type="checkbox"/> De patiënten worden naar een ander(e) ziekenhuis(locatie) doorverwezen voor het maken van een PET-scan</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ____</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 8	<p>Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt voor patiënten met longcarcinoom?</p> <p><input type="checkbox"/> De behandelend longarts</p> <p><input type="checkbox"/> Een casemanager</p> <p><input type="checkbox"/> Een gespecialiseerd verpleegkundige/ verpleegkundig specialist/ nurse practitioner</p> <p><input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ____</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Longcarcinoom

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset longcarcinoom bestond uit de volgende personen:

NVALT: Dhr. Prof. Dr. E.F. Smit, longarts VU Medisch Centrum (voorzitter)

NVRO: Dhr. E.J.A. Vonk, radiotherapeut, Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek e Omstreken

NVT: Dhr. A.P.W.M. Maat, thoraxchirurg, Erasmus Medisch Centrum

NVvH: Dhr. P.W. de Rooij, oncologisch chirurg, Maasstadziekenhuis

NVvP: Mevr. Dr. J. Sietsma, patholoog, Universitair Medisch Centrum Groningen

ZN: Mevr. Dr. A.M. Witteman, adviserend geneeskundige, Univé zorgverzekeraar, VGZ, IZA, Trias

NPCF Mevr. Mr. Drs. M.M. Versluis, senior beleidsmedewerker NPCF

Stichting Longkanker: Dhr G. Houben, Stichting Longkanker

Afstemming met bestaande richtlijn(en)

Voor het opstellen van de indicatoren is gebruikt gemaakt van de richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom (VIKC, 2004) en de daarbij ontwikkelde set indicatoren (Ouwens, 2007).

Populatiebepaling Longcarcinoom

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de Zichtbare Zorg indicatorensets is als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de gesloten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

De indicatorenset voor longcarcinoom richt zich op het zorgproces van patiënten met kleincellig- en nietkleincellig longcarcinoom (NSCLC resp. SCLC). Het gaat hierbij om:

- Volwassen patiënten (ouder dan 18 jaar)
- Patiënten met de diagnose NSCLC of SCLC, met de daarbij behorende DBC codes:
 - 0303.11.301.***
 - 0303.11.311.***
 - 0303.11.312.***
 - 0303.11.313.***
 - 0303.11.314.***

Chemotherapie en radiotherapie maken geen deel uit van de DBC's voor NSCLC en SCLC. Het kan dus zijn dat de DBC is geopend voor de begindatum van het verslagjaar. Parallele DBC's worden meegenomen. Voor DBC-codes en instructies: zie variabele lijsten, tabel 1.

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). De lichtblauwe balk geeft de DBC weer en het zwarte puntje in de donkerblauwe balk de activiteit c.q. verrichting. Voor inclusie moet een DBC gesloten zijn voor het einde van het verslagjaar. De registratieperiode kan echter al wel voor het begin van het verslagjaar zijn begonnen.

Aangepast verslagjaar en peildatum

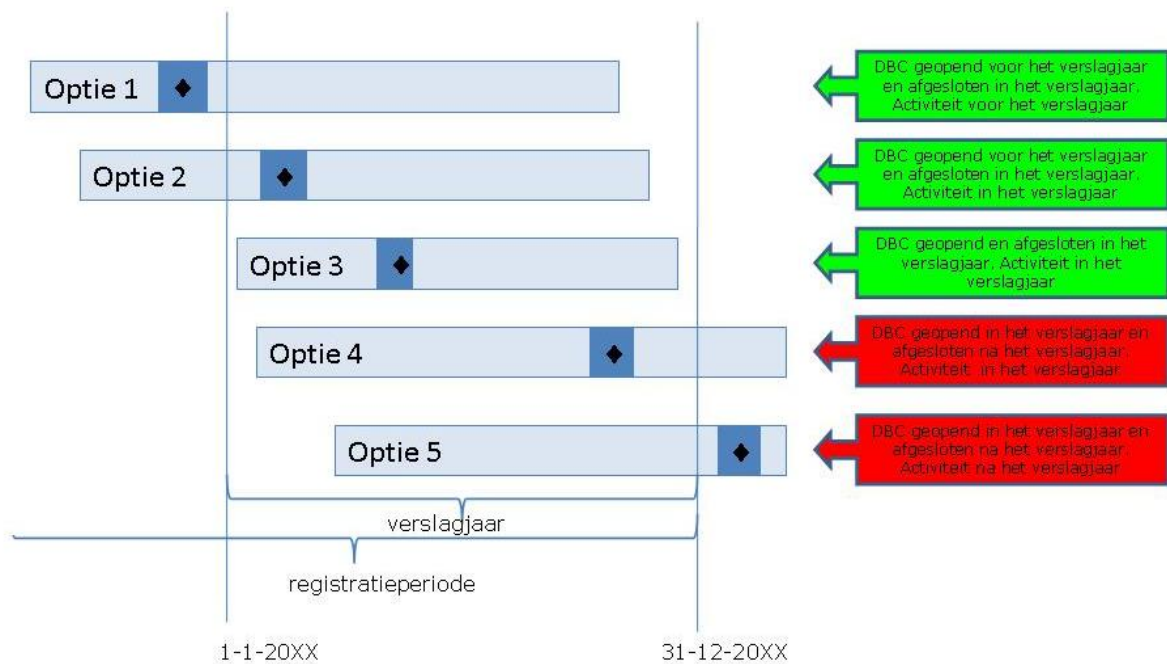
De TNM classificatie is per 2010 aangepast. Door deze aanpassing zijn de gegevens uit de NKR voor een aantal oncologische sets (waaronder longcarcinoom), die normaliter aangeleverd worden voor de periode half 2009 tot half 2010, niet vergelijkbaar met elkaar. Om deze reden is besloten het verslagjaar voor de betreffende indicatoren aan te passen naar een half jaar, namelijk het eerste half jaar van 2010.

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 april geregistreerd.

In- en exclusie

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of co-morbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen gesteld worden aan de DBC, bijvoorbeeld het voorkomen van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor co-morbiditeit die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.



2. Zorginhoudelijke indicatoren Longcarcinoom

1. Doorlooptijd diagnostiek	
Relatie tot kwaliteit	In de huidige praktijk bestaan er vaak lange wachttijden bij de diverse diagnostische onderzoeken voor patiënten met een longcarcinoom. Deze zijn vanuit het patiëntenperspectief onaanvaardbaar. Ook artsen wensen minder wachttijd vanuit het streven naar optimale zorg voor patiënten met een longcarcinoom.
Operationalisatie 1a	Het percentage patiënten met een longcarcinoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.
Teller 1a	Het aantal patiënten met een longcarcinoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.
Noemer 1a	Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat geen mediastinoscopie heeft ondergaan.
Operationalisatie 1b	Het percentage patiënten met een longcarcinoom dat ook een mediastinoscopie heeft ondergaan en bij wie de diagnostiek binnen 25 werkdagen is afgerond.
Teller 1b	Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat ook een mediastinoscopie heeft ondergaan en bij wie de diagnostiek binnen 25 werkdagen is afgerond.
Noemer 1b	Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat ook een mediastinoscopie heeft ondergaan.
Definitie(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van diagnose. - Startdatum diagnostiek: datum van het eerste bezoek aan de longarts - Einddatum diagnostiek: datum van de bespreking van de patiënt in het MDO. - Diagnostiek kan bestaan uit: <ul style="list-style-type: none"> - CT-scan of PET-CT-scan en/of - PET-scan en/of - Bronchoscopie en/of - PA exclusief moleculaire pathologische* bepalingen en/of - EBUS(-FNA) en/of - EUS en/of - Mediastinoscopie
In/ exclusiecriteria	Inclusie: Nieuwe patiënten met NSCLC of SCLC.
Bron	Teller: Patiëntendossier ZIS/EPD Noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 30-06-2010**
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid

*Het komt soms voor dat PA wordt verkregen zonder bronchoscopie (bijvoorbeeld door een klierpunctie). Soms worden er ook patiënten geopereerd zonder PA diagnose (bijvoorbeeld als er slechts een sterk vermoeden op een carcinoom bestaat (Stadium IA). Histologische diagnostiek mist in deze gevallen.

** Indien gebruikt wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

Rekenregels

Indicator 1a	Doorlooptijd diagnostiek	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer alle patiënten bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.	# patiënten noemer waarvoor geldt L5 = nee en L11 < 15 werkdagen
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose longcarcinoom (NSCLC of SCLC) is gesteld.	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar
Indicator 1b		
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer alle patiënten bij wie een mediastinoscopie is verricht en de diagnostiek binnen 25 werkdagen is afgerond.	# patiënten noemer waarvoor geldt L5 = ja en L11 < 25 werkdagen
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose longcarcinoom (NSCLC of SCLC) is gesteld en die daarvoor door de longarts worden gezien.	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In de huidige praktijk bestaan vaak lange wachttijden bij de diverse diagnostische fasen voor patiënten met het vermoeden van een longcarcinoom. Deze zijn vanuit het patiëntenperspectief onaanvaardbaar. Ook artsen streven naar kortere wachttijden omdat ze graag optimale zorg leveren aan patiënten met longkanker (VIKC, 2004; KWF, 2006).

Vanuit diverse gremia in eigen land zijn streefnormen voor de maximale wachttijden voorgesteld. In het zogenoemde Treekoverleg (afstemmingsorgaan waarin onder andere de Orde van Medische Specialisten, Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS samenwerken) zijn wachttijden voor niet-acute zorg voorgesteld (Treekoverleg TR-039, 2000). Er is nog veel onduidelijk over de medische gevolgen van een lange wachttijd bij de diagnostiek van het NSCLC en SCLC in termen van overleving en recidief. Een literatuuroverzicht over dit onderwerp werd in 2002 gepubliceerd door een Deense groep (Jensen, 2002). In de huidige praktijk is de wachttijd van patiënten met T2/3 stadiëring korter dan bij patiënten met T1 stadiëring (Ouwens, 2007).

Mogelijkheden tot verbetering

Eerder is aangetoond dat de wachttijd voor patiënten met een T2/3 stadiëring korter was dan bij patiënten met een T1 stadiëring (Ouwens, 2007). Uit de doorbraakprojecten longcarcinoom (VIKC en CBO, 2008) en het daarop volgende project Longkankerzorg Steeds Beter (VIKC, 2010) blijken nog altijd grote verschillen te bestaan in de doorlooptijden van het diagnostisch traject tussen de verschillende ziekenhuizen. Hier lijkt dus voldoende ruimte voor verbetering te zijn.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Voor het meten van deze indicator is de aanname gedaan dat alle patiënten worden besproken in een MDO en dat de diagnostiek is afgerond wanneer de patiënt is besproken in het MDO.

Validiteit

Er is nog niet veel duidelijkheid over de medische gevolgen van een lange wachttijd bij de diagnostiek van het NSCLC en SCLC in termen van overleving en recidief. De mate van bewijskracht is C, dat wil zeggen dat er enkele niet vergelijkende onderzoeken bekend zijn die deze indicator ondersteunen.

Betrouwbaarheid

Indien alle data correct worden genoteerd in het (elektronisch) patiëntendossier, geeft deze indicator betrouwbare informatie met betrekking tot de duur van de diagnostiek. Echter, in elk ziekenhuis dienen dezelfde start- en einddata voor het berekenen van de diagnostiekduur te worden gebruikt. Wanneer niet alle patiënten in het MDO worden besproken of de diagnose ten tijde van het MDO nog niet rond is, levert deze indicator geen betrouwbare informatie op.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat deze indicator voldoende discrimineert tussen de verschillende ziekenhuizen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

De duur van de diagnostiek is onder andere afhankelijk van het soort diagnostische onderzoeken dat moet worden uitgevoerd om tot een diagnose te komen. In de richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom (VIKC, 2004) wordt aangegeven dat het al dan niet uitvoeren van een mediastinoscopie van invloed is op de duur van het diagnostisch traject omdat hiervoor meer tijd moet worden vrijgemaakt. Daarom heeft de werkgroep besloten om deze indicator in twee elementen te verdelen: een groep patiënten bij wie geen mediastinoscopie is uitgevoerd en een groep patiënten bij wie wel een mediastinoscopie is uitgevoerd. Er is een studie bekend waarin is aangetoond dat ernstigere zieke patiënten met longkanker sneller starten met de behandeling (Ouwens, 2007).

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De noemer kan (deels) uit de Nederlands Kankerregistratie (NKR) worden aangeleverd. Dit betreft het aantal nieuwe patiënten met een bevestigd longcarcinoom. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller.

Referenties

- CBO, VIKC. Doorbraakproject Longcarcinoom. Utrecht, 2008. *Geraadpleegd via* http://www.ikcnet.nl/Landelijk/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=1883.
- VIKC. Doorbraakproject Longkankerzorg steeds beter. Utrecht, 2010. *Geraadpleegd via* http://www.ikcnet.nl/Landelijk/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=2059.
- Jensen AR, Mainz J, Overgaard J. Impact of delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncologica* 2002;41:146-52.
- KWF. Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg. Signalement Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Oisterwijk, 2006: Drukkerij van den Boogaard. www.kwfkankerbestrijding.nl.
- Ouwens MM, Hermens RR, Termeer RA, Vonk-Okhuijsen SY, Tjan-Heijnen VC, Verhagen AF, Hulscher MM, Marres HA, Wollersheim HC, Grol RP. Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer: variations and determinants of care. *Cancer* 2007;110(8):1782-90.
- Treekoverleg TR-039. Notitie 'Streefnormstelling wachttijden curatieve zorg'. Zeist, 2000: zorgverzekeraars Nederland.
- VIKC, Richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom. Utrecht, 2004. Vereniging van Integrale Kankercentra. www.oncoline.nl.

2. Wachtijd start behandeling

Relatie tot kwaliteit	In de huidige praktijk bestaan er vaak lange wachttijden tussen het stellen van de diagnose en het starten van de (in opzet curatieve) behandeling. Deze zijn vanuit het patiëntenperspectief onaanvaardbaar. Ook artsen wensen minder wachttijd vanuit het streven naar optimale zorg voor patiënten met longkanker.
Operationalisatie	Het percentage patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is en waarbij de behandeling (curatief of palliatief) binnen 15 werkdagen na afsluiting van de diagnostiek is gestart.
Teller	Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is en waarbij de behandeling(en) binnen 15 werkdagen na afronding van de diagnostiek is gestart.
Noemer	Het aantal patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is.
Definitie(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van behandeling. - Einddatum diagnostiek: datum van bespreking van de patiënt in het MDO - Startdatum behandeling: datum van de eerst gestarte behandeling na bespreking in het MDO. - De eerst gestarte behandeling kan bestaan uit: <ul style="list-style-type: none"> ◦ chirurgie ◦ (neoadjuvante) chemotherapie ◦ chemoradiotherapie ◦ radiotherapie
In-/ exclusiecriteria	Inclusie: Nieuwe patiënten met NSCLC/SCLC.
Bron	Teller: Patiëntendossier ZIS/EPD Noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid

* Indien gebruikt wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

Rekenregels

Indicator 2	Wachtijd start behandeling	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer alle patiënten bij wie de eerste behandeling binnen 15 werkdagen na afronden van de diagnostiek is gestart.	# patiënten noemer waarvoor geldt L12 < 15 werkdagen
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose longcarcinoom (NSCLC of SCLC) is gesteld en die daarvoor behandeld zijn.	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In de huidige praktijk bestaan er vaak lange wachttijden tussen het stellen van de diagnose en het starten van de (in opzet curatieve) behandeling. Deze zijn vanuit het patiëntenperspectief onaanvaardbaar. Ook artsen streven naar kortere wachttijden omdat ze graag optimale zorg leveren aan patiënten met longkanker. (VIKC, 2004, KWF 2006).

In 2000 zijn de zogenaamde Treeknormen opgesteld (Treekoverleg, 2000). Ze geven voor niet-acute aandoeningen de maximaal aanvaardbare wachttijd aan. Deze normen zijn opgesteld op basis van maatschappelijke aanvaardbaarheid en niet op grond van medische urgentie. De signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding stelt in haar advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg dat wachttijden binnen de kankerzorg tot een minimum beperkt moeten worden en onder de Treeknormen moeten liggen (KWF, 2006).

Dat uitstel van behandeling leidt tot slechtere lokale controle en overleving voor patiënten met een longcarcinoom, kan echter met de huidige literatuur slechts matig worden onderbouwd (O'Rourke, 2000; Bozcuk, 2001; Billing, 1996; Falk, 2002; Pfister, 2003).

Mogelijkheden tot verbetering

Uit de doorbraakprojecten longcarcinoom (CBO en VIKC, 2008) en het daarop volgende project Longkankerzorg Steeds Beter (VIKC, 2010) blijkt een groot verschil te bestaan tussen de ziekenhuizen ten aanzien van de wachttijden tussen het afronden van de diagnostiek en de start van de behandeling. Hier lijkt dus voldoende ruimte voor verbetering te zijn.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Omdat uit wordt gegaan van het ziekenhuis van behandeling, verwacht de werkgroep geen beperkingen in het gebruik of de interpretatie.

Validiteit

De mate van bewijskracht is B en C, dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patiënt-controleonderzoek) is of niet-vergelijkende onderzoeken zijn waarbij de invloed is onderzocht van de duur van de wachttijd op de uitkomsten van de behandeling.

Betrouwbaarheid

Indien alle data correct worden genoteerd in het (elektronisch) patiëntendossier, geeft deze indicator betrouwbare informatie met betrekking tot de start van de behandeling. Echter, in elk ziekenhuis dient dezelfde start- en einddata voor het berekenen van de wachttijd start behandeling te worden gebruikt. Wanneer niet alle patiënten in het MDO worden besproken of de diagnose ten tijde van het MDO nog niet rond is, levert deze indicator geen betrouwbare informatie op.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat deze indicator voldoende discrimineert tussen de verschillende ziekenhuizen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Er is een studie bekend waarin is aangetoond dat ernstigere zieke patiënten met longkanker sneller starten met de behandeling (Ouwens, 2007).

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De noemer kan (deels) uit de Nederlands Kankerregistratie (NKR) worden aangeleverd. Dit betreft het aantal nieuwe patiënten met een bevestigd longcarcinoom. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden genereerd van de teller..

Referenties

- Billing JS, Wells FC. Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer. *Thorax* 1996;51:903-6.
- Bozcuk H, Martin C. Does treatment delay affect survival in non-small cell lung cancer? A retrospective analysis from a single UK centre. *Lung Cancer* 2001;34:243-52.
- CBO, VIKC. Doorbraakproject Longcarcinoom. Utrecht, 2008. *Geraadpleegd via* http://www.ikcnet.nl/Landelijk/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=1883.
- VIKC. Doorbraakproject Longkankerzorg steeds beter. Utrecht, 2010. *Geraadpleegd via* http://www.ikcnet.nl/Landelijk/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=2059.
- Falk SJ, Girling DJ, White RJ, Hopwood P, Harvey A, Qian W, et al, on behalf of the Medical Research Council Lung Cancer Working Party. Immediate versus delayed palliative thoracic radiotherapy in patients with unresectable locally advanced non-small cell lung cancer and minimal thoracic symptoms: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325:465-8.
- KWF. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg. Amsterdam, 2006: KWF Kankerbestrijding. www.kwfkankerbestrijding.nl
- O'Rourke N, Edwards R. Lung cancer treatment waiting times and tumour growth. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2000;12:141-4.
- Ouwens MM, Hermens RR, Termeer RA, Vonk-Okhuijsen SY, Tjan-Heijnen VC, Verhagen AF, Hulscher MM, Marres HA, Wollersheim HC, Grol RP. Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer: variations and determinants of care. *Cancer* 2007;110(8):1782-90.
- Pfister DG, Johnson DH, Azzoli CG, Sause W, Smith TJ, Baker S Jr, et al. Treatment of unresectable non-small-cell lung cancer. American Society of Clinical Oncology Guideline; update 2003. *J Clin Oncol* 2004;22:1-24.
- Treekoverleg: Notitie Streefnorminstelling wachttijden curatieve sector. Zeist, 2000: Zorgverzekeraars Nederland.
- VIKC, Richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom, Utrecht, 2004. Vereniging van Integrale Kankercentra. www.oncoline.nl.

3. MDO

Relatie tot kwaliteit	Het is wenselijk dat patiënten worden besproken in een MDO waarbij verschillende specialisten en gespecialiseerde (long-) verpleegkundigen aanwezig zijn. Dit is belangrijk voor het bepalen van de definitieve stadiëring en de optimale keuze van behandeling. Patiënten dienen besproken te worden in het MDO voordat de behandeling begint, zodat een optimale definitieve stadiëring en bij het stadium passende optimale behandeling kan worden gekozen.
Operationalisatie	Is er in het ziekenhuis een structureel MDO waarin patiënten met een longcarcinoom worden besproken voordat de behandeling begint? <i>Ja/Nee</i> Indien ja, Worden alle patiënten (stadium I,II en III) standaard besproken in dit MDO? <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i>
Definitie(s)	<ul style="list-style-type: none">- Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van behandeling.- MDO: een bespreking van alle patiënten tussen alle, voor de behandeling relevante disciplines. Van een structurele bespreking is sprake wanneer documentatie over het plaatsvinden daarvan kan worden teruggevonden in het patiëntendossier of ZIS.
In/ exclusiecriteria	Inclusie: Nieuwe patiënten met NSCLC/SCLC Exclusie: Patiënten met een bewezen stadium IV longcarcinoom
Bron	Patiëntendossier/EPD
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Peildatum	01-04-2011
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, veiligheid, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De basis voor goede integrale zorg voor patiënten met longkanker is een optimale samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners (Hermens, 2006). In het continuüm van multidisciplinaire kankerzorg is goede verslaglegging en communicatie tussen betrokkenen, inclusief de patiënt, essentieel (IGZ, 2009). In de literatuur zijn aanwijzingen dat het multidisciplinair bespreken van patiënten met kanker leidt tot betere overleving (MacDermid, 2009). Tevens is dit van belang voor een optimale en bij het stadium passende keuze van behandeling, als ook voor beslissingen die dienen te worden genomen ten aanzien van een (eventuele) vervolgbehandeling (VIKC, 2004).

Mogelijkheden tot verbetering

Uit de doorbraakprojecten longcarcinoom (CBO en VIKC, 2008) en het daarop volgende project Longkankerzorg Steeds Beter (VIKC, 2010) blijkt een groot verschil te bestaan tussen de ziekenhuizen ten aanzien van het aantal patiënten met een longcarcinoom dat multidisciplinair besproken wordt.

De verwachting van de werkgroep is dat ook voor patiënten met een longcarcinoom zal blijken dat niet alle patiënten worden besproken in een MDO en dat hierin een verbetering mogelijk is.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Discussiepunt in de werkgroep was de haalbaarheid van de aanwezigheid van de radiotherapeut en gespecialiseerd (long-)verpleegkundige bij het MDO. De aanwezigheid van deze disciplines

wordt wel aangegeven als minimum om de kwaliteit te waarborgen, maar in eerste instantie niet uitgevraagd.

De indicator wordt nu uitgevraagd als een structuurindicator omdat niet standaard uit de registraties te halen is of een patiënt is besproken. De werkgroep zou op termijn graag zien dat deze indicator op patiëntniveau wordt uitgevraagd.

Validiteit

De mate van bewijskracht is C, dat wil zeggen dat er enkele niet vergelijkende onderzoeken bekend zijn die deze indicator ondersteunen.

Betrouwbaarheid

De indicatorwerkgroep is van mening dat deze indicator goed en betrouwbaar te meten is.

Discriminerend vermogen

Uit eerdere projecten en studies blijkt dat niet alle ziekenhuizen een MDO hebben waarin alle patiënten met een longcarcinoom worden besproken. Naar verwachting discrimineert deze indicator derhalve voldoende tussen de ziekenhuizen.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

In de praktijk is er nog veel discussie of alle nieuwe patiënten besproken moeten worden in een MDO. Dit geldt met name voor patiënten met een bewezen stadium IV longcarcinoom. Hierom zijn deze patiënten geexcludeerd.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Deze indicator vereist als structuurindicator geen extra registratie voor de ziekenhuizen en dient nagevraagd te worden bij de primaire behandelaar of oncologieverpleegkundige.

Referenties

- CBO, VIKC. Doorbraakproject Longcarcinoom. Utrecht, 2008. *Geraadpleegd via* http://www.ikcnet.nl/Landelijk/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=1883.
- VIKC. Doorbraakproject Longkankerzorg steeds beter. Utrecht, 2010. *Geraadpleegd via* http://www.ikcnet.nl/Landelijk/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=2059.
- Hermens RP, Ouwens MM, Vonk-Okhuijsen SY, van der Wel Y, Tjan-Heijnen VC, van den Broek LD, Ho VK, Janssen-Heijnen ML, Groen HJ, Grol RP, Wollersheim HC. Development of quality indicators for diagnosis and treatment of patients with non-small cell lung cancer: a first step toward implementing a multidisciplinary, evidence-based guideline. *Lung Cancer* 2006;54(1):117-24.
- MacDermid E, Hooton G, MacDonald M, McKay G, Grose D, Mohammed N, Porteous C. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis* 2009;11(3):291-5.
- Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Basisset 2010: Indicator Multidisciplinair overleg. Utrecht, 2009: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VIKC. Richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom. Utrecht, 2004. Vereniging van Integrale Kankercentra. www.oncoline.nl.

4. Kwaliteitseisen longchirurgie

Relatie tot kwaliteit	Om een optimale kwaliteit van patiënten met een longcarcinoom die een operatie ondergaan te kunnen waarborgen zijn er kwaliteitseisen geformuleerd door de Nederlandse Vereniging van Longchirurgie (NVVL)/Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Ook zijn voorwaarden opgesteld waaraan een cardiothoracaal centrum zou moeten voldoen om een minimale kwaliteit te kunnen garanderen.
Operationalisatie 4a	Voldoet het ziekenhuis aan eisen zoals gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie (NVvL)/de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), danwel eisen zoals gesteld aan een cardiothoracaal chirurgisch centrum? <i>Ja/Nee</i>
Definitie(s)	Kwaliteitseisen NVvL/NVvH: zie bijlage 2 'longchirurgie'
In/ exclusiecriteria	Niet van toepassing
Bron	Niet van toepassing
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 t/m 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid, veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Longresecties worden in Nederland door zowel algemeen chirurgen als thoraxchirurgen verricht. Om een optimale kwaliteit van patiënten met een longcarcinoom die een operatie ondergaan te kunnen waarborgen zijn kwaliteitseisen op dit vlak geformuleerd door de Nederlandse Vereniging van Longchirurgie (NVVL)/Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Ook zijn voorwaarden opgesteld waaraan een cardiothoracaal centrum zou moeten voldoen om een minimale kwaliteit te kunnen garanderen. De kwaliteitseisen hebben betrekking op het aantal longresecties per jaar en de pre- en postoperatieve zorg. Hierbij wordt uitgegaan van de minimale eisen om de ervaring op peil te houden voor de 'standaard'-resecties. Om een optimale en continue zorg te waarborgen, dienen er eisen te worden gesteld aan het aantal ingrepen dat jaarlijks wordt uitgevoerd en aan het minimale aantal specialisten en verpleegkundigen (Bach, 2001).

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering en baseert zich daarbij op een eerdere inventarisatie door de beroepsgroep en verschillen in aantallen operaties per ziekenhuis zoals bescheven in het rapport Kwaliteit van Kankerzorg (KWF, 2010).

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De werkgroep verwacht geen beperkingen in het gebruik dan wel de interpretatie van de indicator, mits er voldoende aantallen worden geregistreerd en er eerlijke verslaglegging plaatsvindt. Nadrukkelijk moet de registratie inzicht bieden in case mix en risico stratificatie.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met kwaliteit van zorg. Met name Amerikaanse studies laten een verband zien tussen volume en complicaties c.q. overleving (Bach, 2001). Dit wordt echter in Europese en

Japanse studies niet bevestigd. Uit cijfers van alle oncologische longchirurgie uit 2007 uit de NKR blijkt dat er geen verschillen aangetoond konden op statistische gronden tussen laag- en hoog volume klinieken (KWF, 2010).

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze structuurindicator betrouwbaar te meten is.

Discriminerend vermogen

Met de indicator kan een goed onderscheid gemaakt worden tussen ziekenhuizen die al dan niet voldoen aan eisen zoals gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie (NVvL)/ Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) danwel aan de eisen zoals gesteld aan een cardiothoracaal chirurgisch centrum.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Voor deze indicator speelt er geen case-mix discussie.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Deze indicator vereist als structuurindicator geen extra registratie voor de ziekenhuizen. Deze indicator dient nagevraagd te worden bij de afdeling die de longoperaties uitvoert.

Referenties

- Bach PB, Cramer LD, Schrag D, Downey RJ, Seand Begg CB. The influence of hospital volume on survival after resection for lung cancer. N Engl J Med 2001;345:181-8.
- KWF. Werkgroep kwaliteit van kankerzorg van de Signaleringscommissie Kanker (SCK) van KWF Kankerbestrijding. Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland. Amsterdam, 2010. www.kwfkankerbestrijding.nl.
- VIKC. Richtlijn Niet-kleincellig longcarinoom. Utrecht, 2004. Vereniging van Integrale Kankercentra. www.oncoline.nl.

5. R0 resecties	
Relatie tot kwaliteit	Radicale resecties (R0-resecties) leiden tot een lager (lokaal) recidiefpercentage en daarmee tot een betere loco-regionale controle.
Operationalisatie 5a	Het percentage geopereerde patiënten met een resectabel stadium I-IIIa NSCLC dat een R0-resectie heeft ondergaan.
Teller 5a	Het aantal geopereerde patiënten met een resectabel stadium I-IIIa NSCLC dat een R0-resectie heeft ondergaan.
Noemer 5a	Het aantal geopereerde patiënten met een resectabel stadium I-IIIa NSCLC dat een resectie heeft ondergaan.
Operationalisatie 5b	Het percentage geopereerde patiënten met een resectabel stadium I-IIIa SCLC dat een R0-resectie heeft ondergaan.
Teller 5b	Het aantal geopereerde patiënten met een resectabel stadium I-IIIa SCLC dat een R0-resectie heeft ondergaan.
Noemer 5b	Het aantal geopereerde patiënten met een resectabel stadium I-IIIa SCLC dat een resectie heeft ondergaan.
Definitie(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Resectabele tumoren: Stadium I-IIIa longcarcinoom - R0 resectie: Macroscopische en microscopische complete resectie, gedefinieerd als een resectie met tumorvrije resectievlakken, adequate lymfklierdissectie met eveneens vrije marges bij eventuele extranodale groei, geen maligne cellen in pleura-/ pericardvocht, geen pleuranodi, geen pericard nodi, geen achtergebleven positieve lymfklieren, waarbij de hoogst gereserceerde mediastinale lymfklier vrij van tumor is (Rami Porta, 2005). - Adequate lymfklierdissectie: Tenminste de specifieke stations betreffende voor tumoren in de rechter long de stations 2R, 4R, 7, 10R en 11R, voor linkszijdige tumoren de stations 5, 6, 7, 10L en 11L, voor tumoren in de onderkwabben zowel links als rechts additioneel het station 9, daarnaast wordt een minimum van 6 lymfklierstations aangeraden met 3 mediastinale stations (inclusief station 7) en 3 N1 stations. Er is duidelijk aangegeven dat dit minimale eisen zijn zodat een systematische lymfeklier dissectie optimaal is (Goldstraw, 2009). - De term R0 (R1, R2) resectie wordt aangegeven in het PA-verslag, indien alle gegevens beschikbaar zijn ten tijde van de verslaglegging, en bevestigd in het MDO.
In/ exclusiecriteria	Inclusie: Geopereerde patiënten die een resectie hebben ondergaan
Bron	PA-verslag (deze indicator kan door de NKR worden aangeleverd indien alle gegevens volledig in PA-verslag staan genoteerd)
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, doelmatigheid

* Indien gebruikt wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

Rekenregels

Indicator 5a	RO resecties	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer alle patiënten die een RO-resectie hebben ondergaan.	# patiënten noemer waarvoor geldt L8 = ja
Noemer	Selecteer alle geopereerde patiënten met NSCLC stadium I-IIIa (UICC7) of SCLC stadium I-IIIa (UICC7)	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar en waarvoor geldt L7a = I, II of IIIa
Indicator 5b	RO resecties	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer alle patiënten die een RO-resectie hebben ondergaan.	# patiënten noemer waarvoor geldt L8 = ja
Noemer	Selecteer alle geopereerde patiënten met NSCLC stadium I-IIIa (UICC7) of SCLC stadium I-IIIa (UICC7)	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar en waarvoor geldt L7b = I, II of IIIa

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

RO resecties, dat wil zeggen resecties met tumorvrije resectievlakken en adequate lymfklierdissectie leiden veelal tot een lager (lokaal) recidiefpercentage en daarmee tot een betere regionale controle. De aanwezigheid van een tumorpositief resectievlak leidt tot een slechtere prognose. Informatie over de volledigheid van resectie is daarnaast vooral van belang om te kunnen bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor adjuvante behandeling. Het percentage RO resecties wordt door de werkgroep gezien als een maat voor de kwaliteit van je preoperatieve work-up, intra-operatieve zorg, diagnostiek en indicatiestelling van de adjuvante behandeling.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep is van mening dat het aantal RO resecties in ziekenhuizen te laag is (<40%) en dat hier ruimte is voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De werkgroep verwacht dat de aantallen patiënten per ziekenhuis klein zullen zijn.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de indicator is afhankelijk van de kwaliteit van de verslaglegging in het pathologieverslag. Mits deze op adequate wijze wordt uitgevoerd, geeft de indicator betrouwbare informatie.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat er grote verschillen bestaan in het percentage RO-resecties tussen de verschillende ziekenhuizen en dat deze indicator dus discrimineert.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Om de invloed van case-mix te beperken dient onderscheid te worden gemaakt tussen NSCLC en SCLC.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Indien alle gegevens op de juiste manier in het PA-verslag worden opgenomen, kunnen zowel de noemer als de teller door de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) worden aangeleverd. Omdat de beoordeling van de operabiliteit van de patiënt niet geregistreerd wordt in de NKR is gekozen voor bovenstaande definitie.

Referenties

- Goldstraw, P. IASLC, Staging Manual in Thoracic Oncology, 7th edition of TNM for lung and pleural tumors, 2009.
- Rami-Porta R, Wittekind C, Goldstraw P; International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) Staging Committee. Complete resection in lung cancer surgery: proposed definition. Lung Cancer 2005;49(1):25-33.
- VIKC. Richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom. Utrecht, 2004. Vereniging van Integrale Kankercentra. www.oncoline.nl.

6. Overleving	
Relatie tot kwaliteit	Een belangrijke uitkomstmaat van de behandeling voor patiënten met een longcarcinoom is de kans op overleving. Uit eerder onderzoek blijkt dat hierin – ook in Nederland – verschillen bestaan.
Operationalisatie 6a	De 5-jaarsoverleving van patiënten met een stadium I of II NSCLC per stadium per ziekenhuis van diagnose.
Teller 6a	Het aantal patiënten met een stadium I of II NSCLC dat 5 jaar na de behandeling nog in leven is.
Noemer 6a	Het aantal patiënten met een stadium I of II NSCLC dat behandeld is.
Operationalisatie 6b	De 5-jaarsoverleving van patiënten met een stadium I of II SCLC per stadium per ziekenhuis van diagnose.
Teller 6b	Het aantal patiënten met een stadium I of II SCLC dat 5 jaar na de behandeling nog in leven is.
Noemer 6b	Het aantal patiënten met een stadium I of II SCLC dat behandeld is.
Definitie(s)	Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van diagnose.
In/ exclusiecriteria	Inclusie : Nieuwe patiënten met een stadium I of II longcarcinoom.
Bron	Deze indicator kan in zijn geheel door de NKR worden aangeleverd; de NKR voert alle berekeningen uit.
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	Het verslagjaar wordt afgestemd met de kankerregistratie.
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Rekenregels

Indicator 6a	Overleving	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die 5 jaar na diagnose NSCLC nog in leven zijn.	# patiënten noemer waarvoor geldt L09 = 1
Noemer	Selecteer alle patiënten met een stadium I of II NSCLC en dat daarvoor behandeld is.	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar en waarvoor geldt L7a = I of II
Indicator 6b	Overleving	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die 5 jaar na diagnose SCLC nog in leven zijn.	# patiënten noemer waarvoor geldt L09 = 1
Noemer	Selecteer alle patiënten met een stadium I of II SCLC en dat daarvoor behandeld is.	# patiënten waarvoor L2 geldt en waarvoor geldt L10 > 18 jaar en waarvoor geldt L7b = I of II

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een belangrijke uitkomstmaat van de behandeling voor patiënten met een longcarcinoom is de kans op overleving. Vijf jaar na de diagnose is 17% van de patiënten jonger dan 70 jaar nog in leven (Janssen-Heijnen, 2003). Voor patiënten met SCLC lijkt de overleving wel iets verbeterd sinds de introductie van chemotherapie (Janssen-Heijnen & Coebergh, 2001; IKZ, 2005). Recent onderzoek heeft uitgewezen dat er aanzienlijke variatie in geboden zorg bestaat in de behandeling van patiënten met longkanker. Deze variatie is met name voor patiënten met stadium I en II NSCLC verantwoordelijk voor verschil in overleving (Wouters et al., 2010).

Mogelijkheden tot verbetering

Door de aangetoonde aanzienlijke variatie in overleving van patiënten met longkanker verwacht de werkgroep dat er ruimte is voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Uitgegaan wordt van het ziekenhuis van diagnose, omdat het adequaat doorverwijzen van patiënten een kenmerk is van het leveren van goede zorg. Elke patiënt behoort immers goede zorg te krijgen onafhankelijk van het ziekenhuis waar de diagnose wordt gesteld.

Als de relatieve overleving per ziekenhuis wordt uitgevraagd, gaat het om kleine aantallen. Het totaal aantal stadium I en II patiënten per jaar is klein en als deze groep wordt uitgesplitst naar ziekenhuis, wordt dit aantal nog kleiner. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het gebruik en de interpretatie. Door het verschil in overleving tussen SCLC en NSCLC patiënten heeft de werkgroep er toch voor gekozen om voor deze twee patiënten groepen aparte overlevingscijfers uit te vragen.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is B, dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patiënt-controleonderzoek).

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat deze indicator goed en betrouwbaar te meten is. Door een uniforme wijze van registreren door de medewerkers van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR), geeft deze indicator betrouwbare informatie.

Discriminerend vermogen

Met de indicator kan een goed onderscheid worden gemaakt tussen ziekenhuizen. Men moet echter rekening houden met de kleine patiëntenaantallen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Hoewel in de formulering van de indicator een selectie is gemaakt op stadium, is voor de interpretatie van de overleving de case-mix van belang, met name leeftijd en co-morbiditeit spelen een rol.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De NKR kan de indicator leveren voor nieuwe patiënten.

Referenties

- IKZ, Integraal Kankercentrum Zuid. Van meten naar weten; 50 jaar kankerregistratie. Eindhoven: IKZ, 2005.
- Janssen-Heijnen ML, Coebergh JW. The changing epidemiology of lung cancer in Europe. Lung Cancer 2003; 41: 245-58.
- Janssen-Heijnen MLG. Survival of lung cancer and mesothelioma. In: Damhuis RAM, Dijck JAAM van, Siesling S, Janssen-Heijnen MLG (eds). Lung cancer and mesothelioma in the Netherlands 1989-1997. Utrecht, 2000: Vereniging van Integrale kankercentra.
- VIKC. Richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom. Utrecht, 2004. Vereniging van Integrale Kankercentra. www.oncoline.nl.

- Wouters MW, Siesling S, Jansen-Landheer ML, Elferink MA, Belderbos J, Coebergh JW, Schramel FM. Variation in treatment and outcome in patients with non-small cell lung cancer by region, hospital type and volume in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol*, 2010.

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set longcarcinoom. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- **Variabele nummer:** Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- **Naam:** Naam/beschrijving van de variabele.
- **Vast te leggen waarde:** De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/ nee of een datum.
- **Bron:** De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/ systeem wordt vastgelegd.
- **Instructie:** Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- **Nodig voor indicator:** Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variable	Naam	Vast te leggen waarde	Bron*	Instructie	Benodigd voor indicator
L0	Patiëntnummer		ZIS	Het patientnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	1: Doorlooptijd diagnostiek 2: Wachtijd start behandeling 5: RO resecties 6: Overleving
L1	Geboortedatum	dd-mm-jjjj	ZIS	De geboortedatum van de patiënt	1: Doorlooptijd diagnostiek 2: Wachtijd start behandeling 5: RO resecties 6: Overleving
L2	Primaire diagnose NSCLC/SCLC	<u>DBC codering:</u> 0303.11.301.*** 0303.11.311.*** 0303.11.312.*** 0303.11.313.*** 0303.11.314.***	DBC-registratie	De patiënten die de diagnose NSCLC/SCLC hebben gekregen	1: Doorlooptijd diagnostiek 2: Wachtijd start behandeling 5: RO resecties 6: Overleving
L3	Datum eerste bezoek longarts	dd-mm-jjjj	EPD/ zorgdossier	Datum eerste bezoek longarts	1: Doorlooptijd diagnostiek
L4	Datum MDO	dd-mm-jjjj	EPD/ zorgdossier	Datum waarop patiënt met NSCLC/SCLC op het MDO besproken is	1: Doorlooptijd diagnostiek 2: Wachtijd start behandeling
L5	Mediastinoscopie	<u>CTG codering:</u> 039210 Indien uitgevoerd = ja Indien niet uitgevoerd = nee	DBC-registratie	Patiënten waarbij een mediastinoscopie uitgevoerd is als onderdeel van de diagnostiek	1: Doorlooptijd diagnostiek
L6	Datum	dd-mm-jjjj	DBC-registratie	Datum van eerste behandeling, hierbij	2: Wachtijd start

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron*	Instructie	Benodigd voor indicator
	behandeling SCLC en NSCLC			gaat het om chirurgie, (neoadjuvante) chemotherapie, chemoradiotherapie of radiotherapie.	behandeling
L7a	Stadium	Stadium I NSCLC Stadium II NSCLC Stadium III NSCLC Stadium IV NSCLC	NKR	Stadium	5: R0 resecties 6: Overleving
L7b	Stadium	Stadium I SCLC Stadium II SCLC Stadium III SCLC Stadium IV SCLC			
L8	R0 resecties	1 = ja 2 = nee	Pathologieverslag	R0 resecties = tumorvrije snijvlakken en lymfeklieren uit het mediastinum zijn verwijderd.	5: R0 resecties
L9	Status 5 jaar na diagnose	1 = in leven 2 = overleden	NKR		6: Overleving

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatie-regels	Nodig voor indicator
L10	Leeftijd	Datum 1 ^o bezoek longarts – geboortedatum	L3 – L1	> 18 jaar	1: Doorlooptijd diagnose 2: Tijd diagnose tot behandeling 5: RO resectie 6: Overleving
L11	Periode diagnose bekend	Datum MDO – Datum 1 ^o bezoek longarts	L4 – L3	< 15 werkdagen als L5 = nee < 25 werkdagen als L5 = ja	1: Doorlooptijd diagnose
L12	Periode start behandeling	Datum 1 ^o behandeling – Datum MDO	L6 – L4	< 15 werkdagen	2: Tijd diagnose tot behandeling

Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging

De zorginhoudelijke indicatoren uit deze set zijn in 2010 geautoriseerd door:

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie

Bijlage 2: Kwaliteitseisen longchirurgie

Longchirurgie

Ongeveer 2/3 van de jaarlijks in Nederland uitgevoerde longoperaties wordt uitgevoerd door algemeen chirurgen in perifere ziekenhuizen en 1 academische ziekenhuis (VUmc). Met het doel te streven naar een verdere verhoging van de kwaliteit van de longchirurgie (en de opleiding tot longchirurg) is in 1994 een 1^e versie opgesteld door Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) en Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) van "Aanbevelingen betreffende de longchirurgie in Nederland". De in dit document beschreven aanbevelingen betreffen enerzijds de instituten waar longchirurgie plaatsvindt, maar anderzijds de collegae en medewerkers die bij dergelijke operaties betrokken zijn. De interdisciplinaire commissie longchirurgie (ICL) heeft in 2000 een gecorrigeerde en definitieve versie van dit document aangeboden aan de drie betrokken wetenschappelijke verenigingen. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie (NVvL) nadien betrokken geweest bij de implementatie van de geformuleerde eisen voor kwaliteit en opleiding. Uiteindelijk heeft de commissie Certificering van de NVvL de eerder beschreven eisen vertaald in eisen voor de leden van de NVvL en zijn in 2008 en 2009 de eerste longchirurgen gecertificeerd. Individuele certificering is gebaseerd op opleiding, operatie aantallen, en na- en bijscholing. Individuele certificering is daarnaast toegekend voor een bepaalde periode die of 2 of 5 jaar bedraagt, waarbij 2-jaars certificaten zijn uitgereikt aan longchirurgen in klinieken waar naar het oordeel van de Commissie verbeteringen mogelijk zijn.

Indicator:

Aantal door de NVvL gecertificeerde longchirurgen:

 Waarvan voor 2 jaar:

 Waarvan voor 5 jaar:

Aantal in de kliniek uitgevoerde anatomische resecties (lobectomie, bilobectomie en pneumonectomie) per kalenderjaar.

Toelichting:

Wil een kliniek verantwoorde longchirurgie aanbieden dienen tenminste 2 gecertificeerde longchirurgen werkzaam te zijn.

Twintig anatomische resecties per kliniek per jaar wordt als minimum gezien voor het leveren van verantwoorde zorg.

Bijlage 3: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
Afgefallen indicatoren na praktijktest en commentaarronde		
Indicator: "Tijdig informeren van de huisarts over de diagnose en behandelplan"	Proces	De werkgroep twijfelt aan de zorginhoudelijke relevantie
Indicator: "Standaardbehandeling voor patiënten met een uitgebreid sulcus superior-tumor"	Proces	Niet betrouwbaar door te kleine patiënten populatie; patiënten populatie wordt tevens niet apart geregistreerd.
Indicator: "MRI-scan van de hersenen voorafgaand aan chemoradiotherapie"	Proces	Kleine populatie patiënten waarop deze indicator van toepassing op zal zijn.
Indicator: "Uitslag PA-onderzoek na operatie"	Proces	Niet relevant voor de patiënt
Indicator: "Uitslag PA-onderzoek"	Proces	Niet relevant voor de patiënt
Afgefallen indicatoren na schriftelijke ronde		
Bij een patiënt met aanwijzingen voor een NSCLC bij wie geen metastasen buiten de thorax zijn gevonden en bij op de CT- en/of PETscan aanwijzingen voor lymfekliermetastasen bestaan, dient een cervicale mediastinoscopie te worden verricht.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Men dient bij patiënten met een voor maligniteit verdachte longafwijking een transthoracale longpunctie te verrichten indien de uitslag consequenties heeft voor het verdere beleid	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Patiënten met NSCLC die na conventioneel disseminatie-onderzoek in aanmerking komen voor in opzet curatieve chirurgie, dienen voorafgaand aan mediastinoscopie een FDG-PET-scan te ondergaan.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Bij een cervicale mediastinoscopie dienen adequate biopten te worden genomen van ten minste 4 van de 6 bereikbare lymfeklierstations, namelijk stations 2 en 4 ipsilateraal, 4 en 7 contralateraal	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Bij een patiënt met een negatieve PET-scan kan invasief stadiëringsonderzoek van het mediastinum achterwege gelaten worden, indien wordt voldaan aan:	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
-duidelijke opname FDG-PET -geen aanwijzingen hilaire metastasen op PET		
Bij patiënten van 70-80 jaar lijkt het verhoogde operatierisico geen reden om longchirurgie vanwege de leeftijd te onthouden. Het advies is deze patiënten te evalueren voor longchirurgie conform onderstaande aanbevelingen met extra aandacht voor comorbiditeit.	Proces	Lastig te benoemen wat de teller en wat de noemer moet zijn. Er is hier geen norm, daarom wordt deze indicator niet geselecteerd
Preoperatief dienen door middel van anamnese, lichamelijk onderzoek en ECG hartziekten zoals coronair lijden, hartfalen, kleplijden en ritmestoornissen te worden opgespoord.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Bij operabele patiënten met een NSCLC waarvan de groei beperkt is tot één kwab, is een lobectomie de behandeling van keuze. In opzet curatieve radiotherapie is een goed alternatief indien het operatierisico als (te) hoog wordt geschat.	Proces	Deze indicator is niet onderscheidend (dit gaat over standaardprocedures).
Indien een longtumor uitgaande van een kwab doorgroeit in een andere kwab, wordt in beginsel een lobectomie met een wigresectie uit de andere kwab uitgevoerd. Indien het om een centrale tumor gaat, wordt gekozen voor een bilobectomie of pneumonectomie.	Proces	Deze indicator is niet onderscheidend (dit gaat over standaardprocedures) en is daarom niet geselecteerd.
Indien peroperatief blijkt dat een longtumor groeit tot in de v. cava superior, de adventitia van de aortawand, het pericard of het diafragma, is primaire resectie niet a priori uitgesloten.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Op basis van de prevalentie van psychosociale problemen bij patiënten met longkanker dienen de betrokken zorgverleners bij iedere patiënt met longkanker te vragen naar angst en depressie.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Aantal operatieve ingrepen	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Complicaties	Structuur	Na discussie of deze indicator misschien als structuur indicator kan worden meegenomen: is er een complicatieregistratie (die kan bijdragen tot

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
		verbeteracties) ja/nee. Omdat dit lastig is terug te vinden in de ziekenhuisregistratie wordt deze indicator niet geselecteerd.
Mediastinoscopie (en uitslag)	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Aandeel wig/segment resecties	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Broncho-pleurale fistel	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
In LD-SCLC is de combinatie cisplatin-etoposide (PE) de eerste keus behandeling.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Patiënten met SCLC ED moeten behandeld worden met 4-6 kuren cisplatin of carboplatin gecombineerd met etoposide.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Vrijgifte van cytostatica	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Ligduur	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Bij patiënten met NSCLC-stadium IIIB/IV en WHO- 'performance'-status 0-1 verdient behandeling bestaande uit goede ondersteunende zorg en chemotherapie de voorkeur.	Proces	Lastig te benoemen wat de teller en wat de noemer moet zijn.
Postoperatieve radiotherapie wordt aanbevolen in geval van een pathologisch niet-vrij resectievlak. Bij een onverwachte pN2 (mogelijk ook bij pN3) wordt postoperatieve radiotherapie overwogen.	Proces	Niet relevant vanwege gering aantal patiënten.
Patiënten met een lokaal uitgebreid NSCLC (klinisch stadium III op basis van cT4 en/of cN2,3) worden behandeld met combinatietherapie met een curatieve intentie. Een uitzondering hierop vormen de patiënten met een WHO- 'performance'-status van 2 of slechter, met pleuritis carcinomatosa, met te uitgebreide tumorafwijkingen (waarbij het radiotherapieveld te groot	Proces	Er komen weinig patiënten in aanmerking voor concurrent chemoradiotherapie. Er zijn veel redenen waarom patiënten niet in aanmerking zouden komen, waardoor het lastig is om hier een getal aan te geven. Verder is stadium III een erg heterogene patiënten groep.

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
zou zijn met het oog op de longfunctie) of met contralaterale supraclaviculaire lymfeklieren.		
In de volgende situaties dient overleg plaats te vinden met een centrum: <ul style="list-style-type: none"> ● cT3 of cT4; ● hoge pulmonale of cardiale comorbiditeit; ● gecombineerde behandelingsmodaliteit 	Structuur	Deze indicator is niet onderscheidend (dit gaat over standaardprocedures).
Sterfte binnen 30 dagen na OK	Uitkomst	Vanwege casemix niet geselecteerd.
In principe dient bij alle patiënten een cytologische of histologische diagnose verkregen te worden. Hiervoor kan de makkelijkst bereikbare laesie benaderd worden. Bij diagnostische twijfel aan de diagnose SCLC is immunohistochemie geïndiceerd.	Proces	Deze indicator is niet onderscheidend (dit gaat over standaardprocedures).
Eén duidelijke regisseur voor het hele zorgproces.	Structuur	Op dit moment zijn er nog geen regisseurs voor het zorgproces benoemd in de ziekenhuizen. Het wordt wel verplicht gesteld in het IGZ-rapport. Wellicht een structuur indicator in de toekomst.
Toegangstijd ziekenhuiszorg: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken	Proces	Is de wachttijd tot aan de polikliniek relevant? Klachten die uiteindelijk leiden tot de diagnose longkanker zijn vaak niet specifiek. Wanneer een huisarts een patiënt doorverwijst naar het ziekenhuis is de wachttijd niet langer dan 7 dagen. Deze indicator weinig/niet onderscheidend.
Patiënttevredenheid / patiëntervaring (bv. CQ index)	Uitkomst	Wordt elders uitgevraagd.

Bijlage 4: Verwerking commentaar consultatieronde

In de onderstaande tabel zijn alleen commentaren opgenomen die deels of niet verwerkt zijn, of ter kennisgeving zijn aangenomen door de indicatorwerkgroep. Overige commentaren zijn doorgevoerd in de indicatorenengids en zijn daarom niet nogmaals in de tabel benoemd.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Algemene opmerkingen			
In het algemeen valt op dat de sets erg veel indicatoren bevatten. Naar onze mening zou met drie of vier indicatoren per onderwerp volstaan moeten worden. Wel kan een indicator meerdere vragen bevatten. Het resultaat van de commentaarrronde zal dus een selectie moeten zijn uit de voorgestelde indicatoren. ZN focust op het belang van indicatoren voor de zorginkoop (inkoopindicatoren) en hecht daarom een bijzonder belang aan uitkomstindicatoren.	ZN	Ter kennisgeving aangenomen	
Algemeen: er wordt bij diverse items een tijdvak gekozen van juli 2009 tot/met dec 2009. Onze ervaring is dat start midden in een jaar lastig is en dat het betrouwbaarder is om over een geheel jaar te meten. Zeker in de zomermaanden kan er bijv. door uitval van besprekingen een verkeerd totaalbeeld verkregen worden.	NVRO	In principe is het de bedoeling te registreren over een kalenderjaar; in geval dat gebruik wordt gemaakt van de gegevens van de NKR, kan dit soms lastig zijn.	
Indicator 1: Doorlooptijd diagnose			
Deelname gespecialiseerd verpleegkundigen aan MDO is geen alom gangbare praktijk.	NVT	Dit zou wel gangbare praktijk moeten worden; staat ook zo vermeld in de richtlijn.	Leden van de werkgroep zijn het erover eens dat het verplichtstellen van een bepaalde samenstelling van het MDO via deze weg niet wenselijk is. Elders moet worden gekeken hoe de samenstelling van het MDO zoals beschreven in de richtlijn in ieder ziekenhuis gangbare praktijk kan worden.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Geen commentaar	ZN	Ter kennisgeving aangenomen.	
Indicator 2: Tijd van afronding diagnose tot start behandeling			
Dit is een aanscherping van de huidige indicator die voor de radiotherapie gebruikt wordt. Thans geldt de aanmelddatum bij de afdeling als startdatum, hetgeen een aantal dagen <u>na</u> het MDO is. We kunnen voorlopig akkoord gaan, mits 3 weken wordt veranderd in 15 werkdagen (ivm kerst etc). Er moet bij de registratie vastgelegd worden wat een evt oorzaak is van uitstel. Elektief uitstel door de patient (hij/zij wil eerst second opinion, eerst herstel na operatie of infectie, eerst week vakantie etc) moet geregistreerd worden, waarna de patient niet wordt meegenomen in de analyse. Deze oorzaken liggen namelijk niet in de macht van de behandelaar.	NVRO	Deels verwerkt.	Definitie indicator wordt gewijzigd naar 15 werkdagen. Reden van uitstel wordt niet verwerkt, omdat dit vanwege te veel potentiële uitzonderingen lastig registreerbaar is.
Geen commentaar	ZN	Ter kennisgeving aangenomen.	
Indicator 3: Patiënten besproken in het MDO			
Patiënten besproken in het MDO: De gespecialiseerd verpleegkundige is niet overal bij MDO betrokken, derhalve niet betrekken in de definitie van het MDO	NVT	Zie opmerking bij indicator 1	
Het is niet voor alle ziekenhuis haalbaar om bij ieder multidisciplinair overleg een radiotherapeut aanwezig te laten zijn.	NVVH	Zie opmerking bij indicator 1	
Akkoord. Deelname van een radiotherapeut aan het MDO is essentieel. Er is wel twijfel of overal de datum van het MDO reproduceerbaar in een database wordt vastgelegd.	NVRO	Ter kennisgeving aangenomen	
Geen commentaar	ZN	Ter kennisgeving aangenomen.	

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Indicator 5: Kwaliteitseisen longchirurgie			
Kwaliteitseisen longchirurgie: zie eerdere reactie per mail d.d. 13 april. De tekstuele wijzigingen ten behoeve van de apart toegevoegde factsheet is als bijlage bijgevoegd.	NVT	Indicator conform bijlage geformuleerd	
Akkoord	NVRO	Ter kennisgeving aangenomen	
Niet selecteren	ZN	Opmerking ZN: deze indicator wel selecteren.	
Indicator 7: RO resecties			
<u>Alleen akkoord voor NSCLC</u> . Het SCLC kan weliswaar op dezelfde manier gestadiëerd worden, maar een patiënt met een stadium I-II SCLC is een rariteit. Deze patiënten worden doorgaands geopereerd met de verdenking van een NSCLC, waarbij bij toeval een SCLC wordt vastgesteld. De nabehandeling is geheel anders dan bij het NSCLC (zie Lardinois et al, 2006).	NVRP	Niet verwerkt: <u>alle</u> patiënten die een resectie ondergaan, dienen een RO resectie te krijgen.	
Geen commentaar	ZN	Ter kennisgeving aangenomen	
Indicator 9: 5-jaars overleving van NSCLC en SCLC			
Geen commentaar	NVT	Ter kennisgeving aangenomen	
Geen commentaar	ZN	Ter kennisgeving aangenomen	

* Indien nodig is commentaar samengevat

Deel 2: Klantpreferentievragen

1. Klantpreferentievragen Longcarcinoom

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Longcarcinoom. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten. Bij elke vraag worden definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht.

Vraag 1	<p>A. Zijn de onderstaande specialismen werkzaam¹ op uw ziekenhuislocatie en zijn zij betrokken bij de behandeling van patiënten met longcarcinoom?*</p> <p><i>(aanvinken, per specialisme één antwoord mogelijk)</i></p>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Specialisme</th> <th colspan="2">Werkzaam¹ op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Longgeneeskunde</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Chirurgie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> <tr> <td>Radiotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>		Specialisme	Werkzaam ¹ op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?		Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja
Specialisme	Werkzaam ¹ op ziekenhuislocatie en betrokken bij behandeling?												
Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee											
Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee											
Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee											
	<p>B. Vul in hoeveel patiënten met longcarcinoom er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door de onderstaande specialismen.</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <p>Longgeneeskunde</p> <p>- Het aantal longartsen² op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met longcarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>)* ____</p> <p>- Het aantal patiënten met longcarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme longgeneeskunde³ ____</p> <p>Chirurgie</p> <p>- Het aantal chirurgen² op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met longcarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>)* ____</p> <p>- Het aantal patiënten met longcarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme chirurgie³ ____</p> <p>Radiotherapie</p> <p>- Het aantal radiotherapeuten² op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met longcarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>)* ____</p> <p>- Het aantal patiënten met longcarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme radiotherapie³ ____</p> <p>C. Vul in of de onderstaande specialismen op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werken.*</p>												

	<i>(aanvinken, per specialisme en per categorie één antwoord mogelijk)</i>																							
	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS																		
	Longgeneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																	
	Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																	
	Radiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																	
Definities	<p>¹Werkzaam op uw ziekenhuislocatie wil zeggen: het specialisme registreert haar DBC's op uw ziekenhuislocatie.</p> <p>² Exclusief ANIOS en AIOS</p> <p>³Selecteer in het systeem de onderstaande gesloten DBC-codes met een sluitingsdatum tussen 1 juli 2009 tot en met 30 juni 2010. Neem alleen unieke patiënten mee in de telling. Parallele DBC's dienen niet in de telling meegenomen te worden. Inclusief patiënten die door ANIOS en AIOS zijn behandeld.</p> <p><i>Longgeneeskunde</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0322.11.1303.****</td> <td>0322.13.1304.****</td> </tr> <tr> <td>0322.11.1304.****</td> <td>0322.21.1303.****</td> </tr> <tr> <td>0322.13.1303.****</td> <td>0322.21.1304.****</td> </tr> </table> <p><i>Chirurgie</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0303.11.313.***</td> </tr> <tr> <td>0303.13.313.***</td> </tr> <tr> <td>0303.21.313.***</td> </tr> </table> <p><i>Radiotherapie</i></p> <table border="1"> <tr> <td>0361.11.11.103.****</td> <td>0361.21.11.103.****</td> </tr> <tr> <td>0361.11.21.103.****</td> <td>0361.21.21.103.****</td> </tr> <tr> <td>0361.13.11.103.****</td> <td>0361.41.11.103.****</td> </tr> <tr> <td>0361.13.21.103.****</td> <td>0361.41.21.103.****</td> </tr> </table>							0322.11.1303.****	0322.13.1304.****	0322.11.1304.****	0322.21.1303.****	0322.13.1303.****	0322.21.1304.****	0303.11.313.***	0303.13.313.***	0303.21.313.***	0361.11.11.103.****	0361.21.11.103.****	0361.11.21.103.****	0361.21.21.103.****	0361.13.11.103.****	0361.41.11.103.****	0361.13.21.103.****	0361.41.21.103.****
0322.11.1303.****	0322.13.1304.****																							
0322.11.1304.****	0322.21.1303.****																							
0322.13.1303.****	0322.21.1304.****																							
0303.11.313.***																								
0303.13.313.***																								
0303.21.313.***																								
0361.11.11.103.****	0361.21.11.103.****																							
0361.11.21.103.****	0361.21.21.103.****																							
0361.13.11.103.****	0361.41.11.103.****																							
0361.13.21.103.****	0361.41.21.103.****																							
Technische haalbaarheid	<p>*Peildatum: 1 april 2011</p> <p>Het aantal specialisten wordt gemeten aan de hand van een peildatum, terwijl het aantal patiënten wordt gemeten aan de hand van een verslagjaar dat aan de peildatum voorafgaat. Op deze manier is de data voor beide onderdelen zo actueel mogelijk. Bij de interpretatie van de data dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat de data niet uit precies dezelfde periode afkomstig is.</p>																							
Toelichting	<p>Patiënten vinden de ervaring van de behandelend artsen uitgedrukt in het aantal behandelde patiënten belangrijk.</p> <p>In de huidige klantpreferentie vragenlijsten wordt enkel gevraagd naar het aantal patiënten per specialisme. Op termijn wordt toegewerkt naar een uitvraag van het aantal patiënten onder behandeling per individuele behandelaar.</p>																							

Vraag 2	<p>A. Hebben patiënten met gediagnosticeerde longcarcinoom op uw ziekenhuislocatie één vaste longarts?^{1*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Wordt de patiënt vooraf geïnformeerd indien de patiënt bij een vervolgspraak toch door een andere longarts wordt gezien (bij <i>onvoorziene</i> verhindering van de vaste longarts)? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, de patiënt wordt geïnformeerd wanneer hij/zij zich meldt op de polikliniek <input type="checkbox"/> Ja, de patiënt wordt reeds voor aankomst op de polikliniek geïnformeerd <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ____</p>
Definities	<p>¹ Met vaste longarts wordt bedoeld: de longarts die de patiënt bij elk (poli)klinisch consult, en/of dagopname en controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste behandelaar wegens medische noodzaak door een vervangend longarts wordt gezien).</p>
Technische haalbaarheid	<p>*Peildatum: 1 april 2011</p>

Vraag 3	<p>Hoe worden patiënten met gediagnosticeerde longcarcinoom op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een longarts? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de longarts <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ____</p>
Definitie	<p>Geen bijzonderheden.</p>
Technische haalbaarheid	<p>*Peildatum: 1 april 2011</p>

<p>Vraag 4</p>	<p>A. Hoeveel uren per dag en hoeveel dagen per week houden de longartsen spreekuur op uw ziekenhuislocatie? *</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <p>uren per dag: ____ dagen per week: ____</p> <p>B. Hoe is de bereikbaarheid van de longarts voor patiënten met longcarcinoom <u>buiten de reguliere spreekuren</u> geregeld op uw ziekenhuislocatie?*</p> <p><i>(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> De longartsen zijn alleen bereikbaar via reguliere spreekuren <input type="checkbox"/> Via een telefonisch (terugbel)spreekuur <input type="checkbox"/> Telefonisch tijdens kantooruren <input type="checkbox"/> Via de e-mail¹ <input type="checkbox"/> Anders, nl.: ____</p> <p>C. Hoeveel uren per dag en hoeveel dagen per week houden de longartsen telefonisch (terugbel)spreekuur op uw ziekenhuislocatie?</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <p>uren per dag: ____ dagen per week: ____</p>
<p>Definities</p>	<p>¹Alleen aanvinken als de e-mails op werkdagen binnen 72 uur beantwoord worden.</p>
<p>Technische haalbaarheid</p>	<p>*Peildatum: 1 april 2011</p>

<p>Vraag 5</p>	<p>A. Hoeveel minuten worden er per patiënt voor een <u>eerste consult</u> ingepland bij de longarts op uw ziekenhuislocatie? *</p> <p><i>(aantal invullen)</i></p> <p>____ minuten</p> <p>B. Hoeveel minuten worden er per patiënt met longcarcinoom ingepland voor een <u>vervolgconsult</u> bij de longarts op uw ziekenhuislocatie? *</p> <p><i>(aantal invullen)</i></p> <p>____ minuten</p> <p>C. Hoe gaat uw ziekenhuislocatie om met patiënten die méér tijd willen inruimen dan standaard wordt ingepland voor een consult bij de longarts? *</p>
-----------------------	---

	<p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen tijdens het maken van de afspraak aangeven méér tijd te willen</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten krijgen tijdens het consult meer tijd indien dit nodig blijkt</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen zowel tijdens consult als bij het maken van de afspraak meer tijd krijgen</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk ____</p>
Definities	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 6	<p>Zijn er bij de behandeling en/of verzorging van patiënten met longcarcinoom standaard een of meerdere verpleegkundigen betrokken die zijn gespecialiseerd¹ in longcarcinoom?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, __ FTE² <i>(aantal invullen)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
Definities	<p>¹Verpleegkundigen die zijn gespecialiseerd in longcarcinoom kunnen zijn: longverpleegkundigen, oncologie verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten/nurse practitioners.</p> <p>²1 FTE is 36 uur/week.</p>
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 7	<p>Hoe organiseert uw ziekenhuislocatie het maken van een PET-scan¹ voor patiënten met longcarcinoom?*</p> <p><i>(aanvinken, slechts één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Deze ziekenhuislocatie heeft een eigen PET-scan in huis en/of huurt een mobiele PET-scan</p> <p><input type="checkbox"/> De patiënten worden naar een ander(e) ziekenhuis(locatie) doorverwezen voor het maken van een PET-scan</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ____</p>
Definities	<p>¹De PET-scan (Positron Emissie Tomografie) is een nucleair geneeskundig onderzoek waarbij veranderingen in de stofwisseling van cellen in beeld worden gebracht met behulp van een kleine hoeveelheid radioactieve stof en een speciale scanner.</p>
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 8	<p>Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt¹ voor patiënten met longcarcinoom? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> De behandelend longarts</p> <p><input type="checkbox"/> Een casemanager²</p> <p><input type="checkbox"/> Een gespecialiseerd verpleegkundige/ verpleegkundig specialist/ nurse practitioner</p> <p><input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ____</p>
Definities	<p>¹Een vast aanspreekpunt is een persoon in het ziekenhuis bij wie de patiënt of diens vertegenwoordiger terecht kan met vragen.</p> <p>²Een casemanager heeft een post MBO + /HBO opleiding casemanagement gevolgd.</p>
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Afkortingenlijst indicatorenengids Longcarcinoom

CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CT-scan	Computertomografie-scan
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EBUS-FNA	Endobroncial Ultrasound Fine Needle Aspiration
EUS	Endoscopic Ultrasound
FDG-PET-scan	Fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomography-scan
IASCL	International Association for the Study of Lung Cancer
ICL	Interdisciplinaire Commissie Longchirurgie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ healthcare	Scientific Institute for Quality of Healthcare
KWF	Koningin Wilhelminafonds Nederlandse Kankerbestrijding
MDO	Multidisciplinair Overleg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NKR	Nederlandse Kankerregistratie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NSCLC	Niet-kleincellig longcarcinoom
NVALT	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
NVRO	Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
NVT	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVVL	Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Pathologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
SCLC	Kleincellig longcarcinoom
TNM	TNM Classificatie van Maligne Lymfomen de T staat voor tumor en beschrijft de lokale uitbreiding, de N staat voor lymfekliermetastasering en de M staat voor metastase op afstand.
VIKC	Vereniging van Integrale Kankercentra
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland