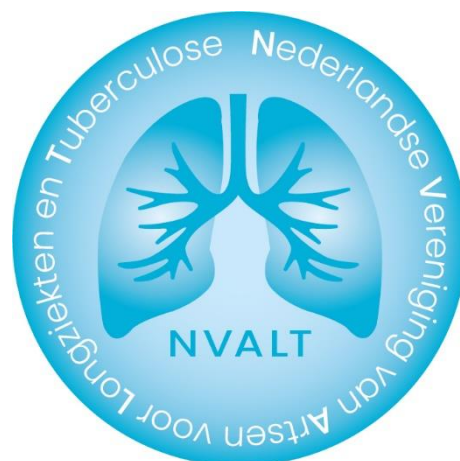


**Normering en Waarderingsystematiek voor  
de kwaliteitsvisite van de longgeneeskundige  
praktijkvoering**



**Utrecht, januari 2023**

Inleiding.....	3
Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisite .....	5
Normen en waardering .....	6
1 Kwaliteitsdomein - Evaluatie van de zorg .....	6
1.1.....	7
Dossiervoering.....	7
1.2.....	8
Visite lopen in de kliniek.....	8
1.3.....	10
Continuïteit van Zorg.....	10
1.4.....	11
Taakherschikking .....	11
1.5 Werken volgens richtlijnen.....	12
1.6.....	13
Oncologische zorg .....	13
1.7 .....	14
COPD.....	14
1.8 Astma.....	15
1.9.....	16
Palliatieve zorg .....	16
1.10.....	17
Pulmonale interventies .....	17

1.11.....	18
Longfunctie.....	18
1.12.....	19
OSA.....	19
2 Kwaliteitsdomein - Vakgroep functioneren .....	20
2.1.....	21
Zelfevaluatie vakgroep.....	21
2.2.....	22
<i>(Meerjaren) beleidsplan .....</i>	<i>22</i>
2.3.....	23
Vakgroepsvergaderingen .....	23
2.4.....	24
Contacten in- en extern.....	24
3 Kwaliteitsdomein - Patiëntenperspectief.....	25
3.1.....	26
Risico's en uitkomsten van zorg.....	26
4 Kwaliteitsdomein - Professionele ontwikkeling .....	27
4.1.....	28
Overleg en onderwijs .....	28
4.2.....	29
Randvoorwaarden voor goede zorgverlening.....	29
Bijlage 1: Relevante informatie voor dossiervoering.....	30
Bijlage 2: Evaluatie van de zorg oncologie.....	31
Bijlage 3: Evaluatie van de zorg voor COPD: relevante kwaliteitsnormen NVALT .....	33
Bijlage 4: Evaluatie van de zorg voor astma: relevante kwaliteitsnormen NVALT.....	34
Bijlage 5: Evaluatie van de zorg voor palliatieve zorg: relevante kwaliteitsnormen NVALT .....	34
Bijlage 6: Aanbevelingen pulmonale interventies.....	36
Bijlage 7: Aanbevelingen Longfunctie .....	37
Bijlage 8: Randvoorwaarden slaap gerelateerde zorg .....	38
Bijlage 9: Randvoorwaarden voor goede zorg .....	39

## Inleiding

Kwaliteitsvisitatie zoals georganiseerd in Nederland is een uniek instrument om de zorg voor kwaliteit van medisch specialistische samenwerkingsverbanden te borgen.

Kwaliteitsvisitatie is een ter plaatse te verrichten onderzoek onder een groep longartsen door collegae longartsen, waarbij op basis van zelfevaluatie continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening aan patiënten wordt nagestreefd. Het doel is een zo objectief mogelijk oordeel te krijgen over de kwaliteit van zorg die door de gevisiteerde longartsen wordt geleverd. Bij een kwaliteitsvisitatie wordt getoetst aan kwaliteitsnormen geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT).

In de laatste jaren zijn verschillende adviezen uitgebracht over kwaliteitsvisitaties door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten. Een recente aanbeveling was het overgaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming. Het doel van deze aanbeveling was het verminderen van subjectiviteit bij de kwaliteitsvisitaties en het kenbaar en voorspelbaar maken van de oordeelsvorming. Met de introductie van de normen- en waarderingssystematiek verandert dus niet de insteek van de kwaliteitsvisitatie, maar het zorgt voor een meer transparant proces van oordeelsvorming.

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose heeft kennisgenomen van deze leidraad en heeft een eigen normen- en waarderingstelsel ontwikkeld om zo te komen tot een systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren. Bij de ontwikkeling van dit stelsel zijn relevante kwaliteitsaspecten geselecteerd, waarvoor normen en graderingen zijn geformuleerd. De normen zijn afgeleid van de leidraad, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en andere documenten die specifiek de longgeneeskundige zorg beschrijven. Per norm staat gemotiveerd waarom deze relevant is. De normen zijn verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen: kwaliteit van zorg, functioneren van de vakgroep, patiënten perspectief en professionele ontwikkeling.

Het doel per domein is:

1. **Evaluatie van zorg:** het leveren van goede zorg aan longpatiënten.
2. **Functioneren van de vakgroep:** het op professionele wijze invulling geven aan de organisatie die de zorg levert.
3. **Patiënten perspectief:** zorgen voor voldoende oog voor de wensen van de patiënt.
4. **Professionele ontwikkeling:** het borgen van continue, voor goede uitoefening van het vak, noodzakelijke ontwikkeling door alle longartsen.

In eerste instantie kennen de gevisiteerden scores toe op de verschillende kwaliteitsaspecten binnen de vier domeinen, daarna doet de visitatiecommissie hierover een uitspraak op basis van haar bevindingen. Wanneer goede zorg wordt geleverd, dus wat de patiënt mag verwachten, voldoen de gevisiteerden aan de norm. Wanneer niet voldaan wordt aan een norm zijn consequenties gedefinieerd in voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen met bijbehorende rapportagetermijnen en acties.

De waarderingsystematiek ziet er daardoor als volgt uit:

<b>1. Goed</b>	<b>De norm</b>	
<b>2. Voldoende</b>	Aanbeveling	Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.
<b>3. Onvoldoende</b>	Zwaarwegend advies	Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.
<b>4. Zwaar onvoldoende</b>	Voorwaarde	Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

Om kwaliteitsverbetering vorm en inhoud te geven wordt de PDCA-cyclus gehanteerd, ook wel Plan-Do-Check-Act. Met dit principe wordt aangegeven dat voor het bereiken van een hogere kwaliteit een continue cyclus op gang moet worden gebracht van het plannen van acties, het uitvoeren van geplande acties, het controleren van het resultaat van de acties, het bijsturen van de uitvoering of het plannen van nieuwe activiteiten. Bij de visitatie is de uitvoering van de PDCA cycli door de vakgroep een belangrijk onderdeel in de score van de norm.

Het doel van de kwaliteitsvisitatie is het aanreiken van adviezen over kwaliteitsverbetering op basis van toetsing aan de beroepsnormen van de NVALT.

Vanwege de ontwikkeling van nieuwe inzichten in het vakgebied en veranderlijke eisen vanuit de samenleving en de politiek heeft dit document een dynamisch karakter. Daarom wordt dit document periodiek geëvalueerd en gereviseerd waar nodig.

Dit document is aanvullend op de huidige wet- en regelgeving. De huidige wet- en regelgeving blijven zodoende van kracht.

## Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisitatie

Kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van een visitatie kunnen in de Vier V's Van Visitatie worden samengevat:

### *Verbeteren*

Het visitatie instrument is bedoeld om de patiëntenzorg te verbeteren en niet om af te straffen of "rotte appels" te detecteren. Kwaliteitsvisitatie heeft daarmee een kwaliteit bevorderend karakter. Tegelijkertijd is het raadzaam om daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een krachtige verbeterimpuls te geven of desnoods te sanctioneren.

### *Vertrouwen*

Het visitatiemodel is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten als tussen de medici en "de maatschappij". Dat vertrouwen moeten we waarmaken door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, maar ook aan dat wat van "buiten" op ons afkomt.

### *Verdiepen*

Het vernieuwde visitatiemodel (2005) is een verdieping van het visitatieproces, aangezien er meer dan voorheen wordt gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Die verdieping zal doorgaan, aangezien dat de drive is van de meeste professionals en omdat steeds meer naar (processen en) resultaten in termen van kwaliteit en veiligheid zal worden gekeken. Bovendien is de verwachting dat steeds meer vakgroepen zich op inhoud zullen profileren.

### *Verbinden*

De visitatiemethodiek verbindt vakgroepsleden met elkaar doordat het accent, veel meer dan voorheen, ligt op zelfevaluatie en (gezamenlijk) maken van verbeterplannen. Daarnaast maakt de vakgroep steeds meer de verbinding met de ziekenhuisorganisatie, onder andere doordat conclusies en adviezen nu standaard ter beschikking worden gesteld aan de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden nagestreefd en monitoring kan plaatsvinden.

## Normen en waardering

### 1 Kwaliteitsdomein - Evaluatie van de zorg

#### Kwaliteitsaspecten

1. Dossiervoering
2. Visite lopen in de kliniek
3. Continuïteit van zorg
4. Taakherschikking
5. Werken volgens richtlijnen
6. Oncologische zorg
7. COPD
8. Astma
9. Palliatieve zorg
10. Pulmonale interventies
11. Longfunctie
12. OSA

### 1.1 Dossiervoering

In het dossier wordt actuele, relevante informatie voor en van het medisch handelen, inclusief de klinische redenering vastgelegd (zie bijlage 1). Hierdoor wordt de kwaliteit van de zorgverlening gewaarborgd. Hieronder valt ook de continuïteit van de zorgverlening; het dossier is immers een belangrijke informatiebron voor andere hulpverleners, zoals waarnemers en/ of a(n)ios, zij moeten uit het dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt is. Het dossier kent ook een aantal afgeleide functies. Zo vervult het een functie voor de algemene kwaliteitsbewaking, bij het afleggen van verantwoording voor het medisch handelen, voor wetenschappelijk onderzoek en voor medisch onderwijs. (2021 WGBO-rapp.)

In het patiëntendossier moet het tevens beargumenteerd worden vastgelegd indien er van richtlijnen en/of protocollen wordt afgeweken.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De dossiervoering is goed volgens de norm.
Voldoende	De dossiervoering voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert om te zorgen voor een goede dossiervoering volgens de norm.</i>
Onvoldoende	De dossiervoering wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te zorgen voor een goede dossiervoering volgens de norm.</i>
Zwaar onvoldoende	Er is geen dossiervoering volgens de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te zorgen voor een goede dossiervoering volgens de norm.</i>

## 1.2 Visite lopen in de kliniek

Visite lopen in de kliniek is een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. Een vakgroep dient de continuïteit van zorg aan haar patiënten te waarborgen. De visite dient goed georganiseerd en gestructureerd te zijn.

Onder een goede structuur van visite lopen wordt verstaan:

*Bij aanwezigheid van een arts-assistent /physician assistant (PA) of verpleegkundig specialist (VS):*

- Bij alle klinische patiënten wordt op doordeweekse dagen dagelijks visite gelopen door een arts-assistent/PA of VS waarbij een lid van de verpleegkundige staf deelneemt. De longarts loopt 2 keer per week visite samen met de arts-assistent/PA of VS. In opleidingsziekenhuizen kan hiervan worden afgeweken, afhankelijk van het bekwaamheidsniveau van de AIOS die de visite loopt (AIOS-niveau 3 voor de EPA klinische (pulmonale werkwijze), 1x maal per week visite lopen voor de longarts volstaat en dat de AIOS vanaf niveau 5 zelf als supervisor mag functioneren.
- Er is dagelijks een patiëntgebonden overlegmoment tussen de longarts (supervisor) en de arts-assistent/PA of VS.
- In het weekend moet visite gelopen worden door een longarts of arts-assistent/PA of VS bij elke patiënt die medische aandacht behoeft.
- Grote visite: éénmaal per week gezamenlijke papieren visite gehouden waarbij alle klinische patiënten worden besproken. Minstens twee longartsen, de arts-assistenten/PA of VS en verpleegkundigen dienen hierbij aanwezig te zijn.
- Iedere nieuw opgenomen patiënt wordt binnen 24 uur gezien door de longarts.
- Participatie van de verpleegkundige in de visite is noodzakelijk.

*Bij ontbreken van arts-assistenten/PA of VS:*

- Bij alle klinische patiënten wordt op doordeweekse dagen visite gelopen door de longarts.
- In het weekend moet visite gelopen worden door een longarts bij elke patiënt die medische aandacht behoeft.
- Eénmaal per week moet een gezamenlijke papieren visite worden gehouden waarbij alle klinische patiënten worden besproken. Minstens twee longartsen en verpleegkundige(n) dienen aanwezig te zijn.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	Er is een goede structuur van visite lopen volgens de norm.
Voldoende	De structuur van visite lopen voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert om te zorgen voor een goede structuur van visitelopen volgens de norm.</i>



Onvoldoende	De structuur van visite lopen wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te zorgen voor een goede structuur van visitelopen volgens de norm.</i>
Zwaar onvoldoende	Er is geen structuur in het visitelopen volgens de opgestelde norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te zorgen voor een goede structuur van visitelopen volgens deze norm.</i>

---

---

---

### 1.3 Continuïteit van Zorg

---

Continuïteit van zorg is een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg.

Een vakgroep dient de continuïteit van zorg aan haar patiënten te waarborgen. Hieronder wordt verstaan:

- Eenheid van medisch beleid;
- Een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid;
- Goede gestructureerde overdrachten (ochtend-avond).

Bij de aanwezigheid van een arts-assistent:

- Een inwerkperiode;
- Beschikking en op de hoogte zijn van werkinstructies;
- Beschikking over in gebruik zijnde protocollen en lokale afspraken.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De continuïteit van zorg verloopt volgens de norm.
Voldoende	De continuïteit van zorg voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert om te zorgen voor een goede continuïteit van zorg volgens de norm.</i>
Onvoldoende	De continuïteit van zorg wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert om te zorgen voor continuïteit van zorg volgens de norm.</i>
Zwaar onvoldoende	De continuïteit van zorg voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te zorgen voor continuïteit van zorg volgens de norm.</i>

## 1.4 Taakherschikking

In het Kwaliteitskader 'Medische zorg' is vastgelegd dat de arts een deel van zijn taken kan verschuiven naar de (long)verpleegkundig specialist of PA. De NVALT heeft de kaders waarbinnen deze taakherschikking kan plaatsvinden vastgelegd in het consensusdocument en taakherschikking longziekten en tuberculose medisch specialist- PA en VS. Als er een PA/VS is dan dient de taakherschikking op orde te zijn. Werkafspraken beschikbaar op de NVALT site (<https://www.nvalt.nl/vereniging/lidmaatschap/pas-en-vs>). Voor elke afzonderlijke PA/VS dient een taakherschikkingsformulier te worden ingevuld.

Indien de arts voorbehouden handelingen door anderen wil laten uitvoeren, dan stelt de wet BIG de volgende aanvullende eisen: de arts moet zich overtuigen van de bekwaamheid van de ander; toezicht en tussenkomst door de arts moet mogelijk en indien nodig moet de arts aanwijzingen geven. Afspraken over taakherschikking dienen schriftelijk te zijn vastgelegd volgens het NVALT-werkformulier taakherschikking PA en VS (beschikbaar via de website van de NVALT). De taakherschikkingsafspraken moeten systematisch worden geëvalueerd. Verpleegkundigen die voorbehouden handelingen verrichten (bv voorschrijven medicatie) dienen schriftelijke (werk)afspraken te hebben met de supervisor.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De taakherschikking voldoet aan de norm.
Voldoende	De taakherschikking voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm taakherschikking</i>
Onvoldoende	De taakherschikking wijkt structureel af op één of meerdere punten van deze norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm taakherschikking.</i>
Zwaar onvoldoende	De taakherschikking voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm taakherschikking.</i>

### 1.5 Werken volgens richtlijnen

“Richtlijnen vormen de vertaling van wetenschappelijke kennis naar het klinisch handelen; ze zijn een belangrijk instrument voor het op niveau brengen en houden van de professionele kwaliteit van de longarts. Dit vraagt niet alleen een deugdelijke ontwikkeling van richtlijnen, maar ook de bespreking en implementatie ervan en een vorm van toetsing van het professionele handelen in de vorm van kwaliteitsvisitaties” (<http://www.richtlijndatabase.nl>).

Van longartsen wordt verwacht dat zij werken volgens richtlijnen. Indien van de richtlijn, of een lokaal protocol gebaseerd op de richtlijn wordt afgeweken, wordt dit beargumenteerd vastgelegd in het patiëntendossier. Er wordt een structurele aanpak verwacht ten aanzien van het implementeren en evalueren van richtlijnen.

Om te evalueren of er gewerkt wordt volgens richtlijnen, wordt gebruik gemaakt van meerdere medical audits.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De vakgroep voldoet aan de norm.
Voldoende	De vakgroep voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm werken volgens de richtlijnen.</i>
Onvoldoende	De vakgroep wijkt structureel af van één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm werken volgens de richtlijnen.</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm werken volgens de richtlijnen.</i>

## 1.6 Oncologische zorg

In 2012 is het eerste SONCOS-normeringsrapport opgesteld. Het rapport voorziet in de behoefte van de beroepsgroepen om de (rand) voorwaarden waar goede oncologische zorg aan moet voldoen te beschrijven. De normen zijn een onderdeel van het professioneel kwaliteitssysteem van de wetenschappelijke verenigingen. De NVALT is betrokken geweest bij de totstandkoming van de long-oncologische zorg van het SONCOS-normeringsrapport. Het SONCOS-normeringsrapport wordt jaarlijks aangepast o.b.v. technische innovaties, wetenschappelijke inzichten, ervaringen in de dagelijkse praktijk en consensus binnen de beroepsgroep.

Voor de gangbare en actuele SONCOS-normering zie <https://www.soncos.org> (bij update) en bijlage 2

De vakgroep implementeert evt. wijzingen bij het uitkomen van nieuwe SONCOS normering.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De vakgroep voldoet aan de gangbare en actuele SONCOS-normering
Voldoende	De vakgroep voldoet niet volledig aan de gangbare en actuele SONCOS-normering. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan gangbare en actuele de SONCOS-normering.</i>
Onvoldoende	De vakgroep voldoet onvoldoende aan de gangbare en actuele SONCOS-normering. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de gangbare en actuele SONCOS-normering.</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de gangbare en actuele SONCOS-normering. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de gangbare en actuele SONCOS-normering.</i>

## 1.7 COPD

Het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen neemt fors toe. Kwaliteitsnormen vormen het uitgangspunt bij het opstellen van het kwaliteitsbeleid van zorgverleners (multidisciplinaire ketenorganisaties). De NVALT is van mening dat de COPD zorg ingericht dient te zijn volgens de kwaliteitsnormen zoals gesteld in bijlage 3.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

I	Goed	De vakgroep voldoet aan de COPD-kwaliteitsnormen.
	Voldoende	De vakgroep voldoet niet volledig aan de COPD-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de COPD-kwaliteitsnormen.</i>
	Onvoldoende	De vakgroep voldoet onvoldoende aan de COPD-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen COPD-kwaliteitsnormen.</i>
	Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de COPD-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de COPD-kwaliteitsnormen.</i>

## 1.8 Astma

Astma is een heterogene aandoening met diverse specifieke kenmerken. Evaluatie en behandeling van astma kan zowel in de eerste, tweede als derde lijn plaatsvinden en dient zowel medicamenteus als niet-medicamenteuze zorg te omvatten. Binnen de organisatie van zorg dienen er afspraken te zijn over verantwoordelijkheden en zorgaspecten.

De NVALT is van mening dat de astma zorg ingericht dient te zijn volgens de kwaliteitsnormen bijlage 4.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

I	Goed	De vakgroep voldoet aan de astma-kwaliteitsnormen.
	Voldoende	De vakgroep voldoet niet volledig aan de astma-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de astma-kwaliteitsnormen.</i>
	Onvoldoende	De vakgroep voldoet onvoldoende aan de astma-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen astma-kwaliteitsnormen.</i>
	Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de astma-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de astma-kwaliteitsnormen.</i>

---

**1.9 Palliatieve zorg**

---

Binnen de longgeneeskundige zorg zijn er meerdere aandoeningen die incurabel zijn en tot de dood leiden. Zorg in de palliatieve fase is belangrijk voor de patiënt en de omgeving. De NVALT is van mening dat de palliatieve zorg ingericht dient te zijn volgens de kwaliteitsnormen bijlage 5.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

I Goed	De vakgroep voldoet aan de palliatieve zorg kwaliteitsnormen.
Voldoende	De vakgroep voldoet niet volledig aan de palliatieve zorg kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de palliatieve kwaliteitsnormen.</i>
Onvoldoende	De vakgroep voldoet onvoldoende aan de astma-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de astma-kwaliteitsnormen.</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de astma-kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de kwaliteitsnormen.</i>

---



## 1.10 Pulmonale interventies

Pulmonale interventies zijn een veilige ingreep, mits goed overwogen op basis van adequate kennis. Het gehele diagnostisch team dient voldoende expertise te hebben. Adequate voorzieningen zoals ruimte en apparatuur zijn absolute norm. Een goede samenwerking en verstandhouding met de ondersteunende diensten zijn belangrijke voorwaarden (radiologie, technische ondersteuning, microbiologische en PA-laboratoria). Bij pulmonale interventies zijn een aantal aspecten van belang.

Zie hiervoor bijlage 6: Aanbevelingen pulmonale interventies.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De zorg rondom bronchoscopie voldoet aan de bronchoscopie kwaliteitsnormen.
Voldoende	De zorg rondom bronchoscopie voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de bronchoscopie kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de bronchoscopie kwaliteitsnormen.</i>
Onvoldoende	De zorg rondom bronchoscopie wijkt structureel af op één of meerdere punten van de bronchoscopie kwaliteitsnormen. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de bronchoscopie kwaliteitsnormen.</i>
Zwaar onvoldoende	<i>De zorg rondom bronchoscopie voldoet niet aan de bronchoscopie kwaliteitsnormen. De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de bronchoscopie kwaliteitsnormen..</i>

### 1.11 Longfunctie

De Nederlandse Vereniging van Longfunctie Analisten (NVLA) is de beroepsvereniging van de Longfunctieanalisten. De NVALT heeft zich in haar kwaliteitsbeleidsplan ten doel gesteld om ook de kwaliteit van de Nederlandse longfunctieafdelingen in de ziekenhuizen te verbeteren en te bewaken.

De NVLA heeft kwaliteitsnorm voor longfunctieafdelingen opgesteld, gebaseerd op de internationaal geldende ATS/ERS norm. Onderdelen die daarin meegenomen worden zijn:

- Beleid en organisatie van de longfunctieafdeling;
- Veiligheid, hygiëne en facilitaire omstandigheden;
- Procesbeschrijving en rapportage (o.a. longfunctieverslagen);
- Kwaliteit van de uitvoering van de longfunctieonderzoeken.

De NVLA voert een papieren visitatie uit waarin wordt getoetst in hoeverre de afdeling voldoet aan de gestelde kwaliteitsnorm. Waar nodig worden aanbevelingen ter verbetering gegeven. Deze visitatie wordt in de regel een half jaar voorafgaande aan de kwaliteitsvisitatie van de NVALT uitgevoerd.

De NVALT is van mening dat de longfunctie zorg ingericht dient te zijn zoals gesteld in de bijlage 7.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PCDA.

Goed	De zorg rondom longfunctie voldoet aan de opgestelde norm.
Voldoende	De zorg rondom longfunctie voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm zorg rondom longfunctie.</i>
Onvoldoende	De zorg rondom longfunctie wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm zorg rondom longfunctie.</i>
Zwaar onvoldoende	De zorg rondom longfunctie voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm zorg rondom longfunctie.</i>

## 1.12 OSA

Slaapgerelateerde aandoeningen zijn divers, waarbij naast longartsen meerdere disciplines betrokken zijn.

De NVALT is van mening dat hun leden die slaap gerelateerde aandoeningen behandelen aan de actuele, relevante kwaliteitsnormen, zoals gesteld in bijlage 8 dienen te voldoen.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De zorg rondom OSA voldoet aan de norm.
Voldoende	De zorg rondom OSA voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm zorg rondom OSA.</i>
Onvoldoende	De zorg rondom OSA wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm zorg rondom OSA.</i>
Zwaar onvoldoende	De zorg rondom OSA voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm zorg rondom OSA</i>

## 2 Kwaliteitsdomein - Vakgroep functioneren

Kwaliteitsaspecten:

1. Zelfevaluatie vakgroep
2. (Meerjaren) beleidsplan
3. Vakgroepsvergaderingen
4. Contacten in- en extern

## 2.1 Zelfevaluatie vakgroep

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen ‘harde’ en ‘zachte’ kanten van het vakgroep functioneren. Harde kanten hebben betrekking op de wijze van besluitvorming, afspraken over registratie, administratie, het organiseren van vergaderingen et cetera. Het goed regelen van de harde kanten kan onder andere resulteren in duidelijke plannen en slagvaardig optreden van een vakgroep.

Daarnaast zijn zogenaamde zachte kanten als een goede mentale fundering en een positief samenwerkingsklimaat van belang om als vakgroep effectief te functioneren. De resultaten van deze meting kunnen worden gebruikt bij het stellen van prioriteiten voor verbetering van het functioneren en (ook) bij het bepalen van de beleidsagenda.

Het structureel evalueren van het functioneren van de vakgroep is van belang voor de kwaliteit van de zorgverlening. De NVALT maakt gebruik van de “TOM” team ontwikkeling meter voor deze evaluatie;

- de “TOM” dient minimaal eens per 2 jaar uitgevoerd te worden;
- de “TOM” wordt individueel per vakgroep lid ingevuld én
- de resultaten worden gezamenlijk met de gehele vakgroep besproken.

De vakgroep evalueert de “TOM” structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De vakgroep voldoet aan de norm.
Voldoende	De vakgroep voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de opgestelde aan de opgestelde de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm zelfevaluatie vakgroep</i>
Onvoldoende	De vakgroep wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm zelfevaluatie vakgroep</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm Zelfevaluatie vakgroep</i>

## 2.2 (Meerjaren) beleidsplan

Een medisch (meerjaren) beleidsplan geeft inzicht in de voorgenomen activiteiten van en visie op het komende jaar of jaren.

Het medisch beleidsplan dient te worden gedragen door de vakgroep en is afgestemd met het meerjarenbeleidsplan van de medische staf en/of directie van het ziekenhuis.

De vakgroep evalueert het (meerjaren) beleidsplan structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

*Goed*

De vakgroep voldoet aan de norm.

*Onvoldoende*

De vakgroep wijkt af op één of meerdere punten van de norm.  
*De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm vakgroep functioneren.*

### 2.3 Vakgroepsvergaderingen

Voor een goede praktijkvoering van de vakgroep zijn vakgroepsvergaderingen noodzakelijk.

Een vakgroepsvergadering bestaat uit de volgende voorwaarden:

- de aanwezigheid van alle longartsen is in principe verplicht
- een vakgroepsvergadering is een regelmatig gestructureerd overleg
- vakinhoudelijke en organisatorisch onderwerpen dienen geagendeerd te worden
- tijdig toesturen van de agenda met notulen van de vorige vergadering
- besluiten- en actielijst met verantwoordelijke personen.

De vakgroep evalueert structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De vakgroep voldoet aan de norm.
Voldoende	De vakgroep voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm vakgroepsvergaderingen</i>
Onvoldoende	De vakgroep wijkt structureel af op één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm vakgroep-vergaderen.</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet geheel niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm Vakgroepsvergaderingen</i>

---

#### 2.4 Contacten in- en extern

---

Ter bevordering van de kwaliteit van de patiëntenzorg is contact met in- en externe partners van belang. Onder contacten kan worden verstaan: collega's binnen en buiten de eigen instelling, huisartsen, ketenpartners, andere specialisten.

Hieronder wordt ook verstaan: deelname aan ziekenhuisactiviteiten en NVALT-participatie.

De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.

Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed

De vakgroep voldoet aan de norm.

Onvoldoende

De vakgroep voldoet onvoldoende aan de norm.

*De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm vakgroep functioneren.*



### 3 Kwaliteitsdomein - Patiëntenperspectief

#### Kwaliteitsaspecten

1. Risico's en uitkomsten van zorg

### 3.1 Risico's en uitkomsten van zorg

De registratie en analyse van risico's en uitkomsten van zorg betreft minimaal patiënt tevredenheidsonderzoek, complicaties, incidenten, calamiteiten en klachten en claims\*. Een structurele bespreking van deze risico's en uitkomsten van zorg is een belang voor het leveren van goede kwalitatieve zorg.

De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van incidenten, klachten en claims van (poli)klinische patiënten.

De vakgroep ontvangt en bespreekt **minimaal eenmaal per jaar** het overzicht van de patiënt tevredenheidsonderzoek.

De vakgroep bespreekt **minimaal eenmaal per jaar** ingediende en/of gemelde incidenten, klachten en claims inclusief de afhandeling. Indien van toepassing neemt de vakgroep structurele maatregelen ter verbetering van zorg.

Complicatieregistratie dient te worden gedaan volgens richtlijn van de NVALT (<https://www.nvalt.nl/kwaliteit/complicatieregistratie>) en **minimaal 2x per jaar** geëvalueerd in de vakgroep.

De vakgroep evalueert structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

\* Referentie: richtlijn KNMG: omgaan met incidenten, november 2018

Goed	De vakgroep voldoet aan deze norm. .
Voldoende	De vakgroep voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van deze norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan deze norm..</i>
Onvoldoende	De vakgroep wijkt structureel af van één of meerdere punten van deze norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan deze norm.</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan deze norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan deze norm.</i>

#### 4 Kwaliteitsdomein - Professionele ontwikkeling

##### Kwaliteitsaspecten

1. Overleg en onderwijs
2. Randvoorwaarden goede zorg

## 4.1 Overleg en onderwijs

Een goede samenwerking tussen de longarts, arts-assistenten, verpleging, verpleegkundig specialisten, PA's, medewerkers longfunctie/behandelkamer en medewerkers polikliniek is essentieel voor een goede kwaliteit van zorg. De NVALT is daarom van mening dat de longarts mede verantwoordelijk is voor:

- onderwijs
- overlegstructuren (patiënt gebonden en organisatorisch).

De vakgroep evalueert structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd. Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.

Goed	De vakgroep voldoet aan de norm.
Voldoende	De vakgroep voldoet incidenteel niet aan één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm professionele ontwikkeling</i>
Onvoldoende	De vakgroep wijkt structureel af van één of meerdere punten van de norm. <i>De visitatiecommissie adviseert te voldoen aan de norm professionele ontwikkeling.</i>
Zwaar onvoldoende	De vakgroep voldoet niet aan de norm. <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde te voldoen aan de norm professionele ontwikkeling.</i>

#### 4.2 Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

De NVALT vindt het belangrijk dat een ziekenhuis de benodigde voorzieningen biedt en de betreffende medisch specialisten/ vakgroepen op adequate wijze ondersteunt om goede zorgverlening mogelijk te maken. Goede zorgverlening is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de vakgroep en de Raad van Bestuur.

Bijgevoegde bijlage 9 kan als leidraad dienen om te toetsen of de benodigde voorzieningen geboden worden.

*De vakgroep evalueert deze norm structureel en, indien nodig, worden verbeteringen doorgevoerd.*

*Het proces van evaluatie verloopt via PDCA.*

Goed	Het ziekenhuis biedt naar volle tevredenheid van de vakgroep de benodigde voorzieningen en faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken.
Voldoende	Het ziekenhuis biedt voldoende ondersteuning aan de vakgroep om goede zorgverlening mogelijk te maken, maar is voor verbetering vatbaar. <i>Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken</i>
Onvoldoende	Het ziekenhuis biedt onvoldoende voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken. <i>Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken</i>
Zwaar onvoldoende	Het ziekenhuis biedt onvoldoende voorzieningen en ondersteuning waar- door patiëntenzorg in gedrang is <i>Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voor- zieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken</i>

## Bijlage 1: Relevante informatie voor dossiervoering

Deze bijlage komt terug in de vragenlijst '(poli)klinisch dossieronderzoek'

### Kan ik aan de hand van de status de patiënt zonder uitgebreid dossieronderzoek overnemen?

Aanwezig dien te zijn:

1. Reden van controle
2. Relevante voorgeschiedenis
3. Relevant beloop
4. Actuele medicatie

Checklist:

1. Reden van verwijzing/opname
2. Voorgeschiedenis
3. Allergie, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet
4. Reanimatiebeleid
5. Intoxicaties / rookstatus
6. Medicatie
7. Anamnese
8. Lichamelijk onderzoek
9. Diagnose
10. Differentiaal diagnose
11. Beleid/therapie (inclusief medicatie)
12. Decursus
13. (ontslag) brief incl. (ontslag) medicatie
14. Informatie aan patiënt en toestemming van patiënt voor eventuele behandeling (informed consent)
15. Rapportage van gesprekken met patiënt en/of familie en van overleg met huisartsen
16. Vermelding na overlijden van gevraagde obductie en/of weefseldonatie in dien van toepassing.

## Bijlage 2: Evaluatie van de zorg oncologie

- Volgens laatste SONCOS versie 11 2023
  - Er zijn tenminste twee longartsen, twee chirurgen, één radiotherapeut-oncoloog, twee radiologen/nucleair geneeskundigen, één patholoog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in longkanker.
  - Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: longarts, (long- en/of thorax)chirurg, radiotherapeut-oncoloog, radioloog/nucleair geneeskundige, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg. Er is toegang tot een adequaat ingerichte endoscopie afdeling waar bronchoscopie en endobronchiale echografie verricht kan worden. Er worden minimaal 100 scopieën per jaar verricht, gemiddeld over 3 jaar.
  - Er is toegang tot endo-oesophageale echografie.
  - Er is toegang tot spoedradiodiagnostiek met echografie, CT-scan en angiografie.
  - Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die beschikt over SPECT-CT, ventilatie/perfusiescintigrafie en PET/CT.
  - Er is toegang tot (minimaal invasieve) diagnostiek van het mediastinum.
  - De doorlooptijd voor diagnostiek bij mediastinale uitbreiding is maximaal vijf weken.
  - De doorlooptijd van het diagnostische traject indien NGS geïndiceerd is, is maximaal 5 weken.
  - Er is mogelijkheid voor peroperatief vriescoupe onderzoek.
  - Er is toegang tot moleculaire diagnostiek via de afdeling pathologie op een gestandaardiseerde manier waarbij minimaal therapie relevante mutaties en translocaties moet worden bepaald.
  - Neo-adjuvante chemotherapie, chemoradiotherapie en stereotactische radiotherapie zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
  - Per jaar worden tenminste 50 nieuwe patiënten met longkanker behandeld per ziekenhuis.
  - Indien in een zorginstelling longresecties worden verricht, moeten dit tenminste 20 longresecties per jaar zijn, gedefinieerd als segmentresectie, lobectomie en pneumectomie. De resecties worden verricht door een gecertificeerd longchirurg of thoraxchirurg.
  - In een zorginstelling waar longresecties verricht worden, is te allen tijde mogelijkheid tot het verrichten van spoedthoracotomie.
  - In een zorginstelling waar longresecties verricht worden, is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na longchirurgie.
  - Zorginstellingen die longkanker behandelen, longresecties verrichten en/of behandelen met radiotherapie, nemen deel aan de landelijke registraties hiervan, de Dutch Lung Cancer Audit (DLCA-L), de Dutch Lung Surgery Audit (DLCA-S) en de Dutch Lung Radiotherapy Audit (DLCA-R). Een zorginstelling die immunotherapie geeft, moet aan de NVALT kwaliteitseisen (bijlage M) voldoen.
  - Een zorginstelling die een combinatie immunotherapie geeft, moet aan de NVALT kwaliteitseisen (zie bijlage M) voldoen.<sup>33</sup> Soncos — Normeringsrapport 11 - 2023
  - Een zorginstelling die “targeted” therapie geeft voor patiënten met een zeldzame drivermutatie (prevalentie <5% van adenocarcinomen of plaveiselcelcarcinomen)

dient een aantoonbare expertise te hebben en te voldoen aan de criteria voor longkankerpatiënten met zeldzame DNA afwijkingen (bijlage N).



### Bijlage 3: Evaluatie van de zorg voor COPD: relevante kwaliteitsnormen NVALT

- Aanwezigheid van een protocol: basale en aanvullende diagnostiek bij patiënt verwezen met COPD, medicamenteuze behandeling stabiel COPD en protocol over niet-medicamenteuze behandeling- inclusief beweegadvies en fysiotherapie- van stabiel COPD.
- Aanwezigheid van een protocol diagnostiek en behandeling van acute exacerbaties (longaanval) in de kliniek en ambulant inclusief een Protocol non-invasieve ademhalingsondersteuning en indicatie invasieve beademing tijdens acute exacerbaties.
- Zorgpad COPD kliniek en polikliniek – een modaliteit voor gestructureerde zorg voor de COPD patiënt.  
Hierin zijn tenminste opgenomen:
  - basale assessment, een maat van ziektelast;
  - stop roken;
  - inhalatie instructie;
  - palliatieve zorg COPD: indicatie overwegen gesprek Advanced care planning;
  - kliniek: registratie behandelbeperkingen
  - fysiotherapie;
  - ontslaggesprek en telefonische controle binnen twee na opname
- Afspraken in zake verwijzen en terugverwijzen COPD, tot stand gekomen in samenwerking met de eerste lijn.
- Stop roken begeleiding beschikbaar, eerste en/of tweede lijn of transmuraal.
- Beschikbaarheid van een tweede en derdelijns longrevalidatieprogramma of vastgelegde afspraken verwijzen naar tweedelijns longrevalidatiecentrum, multidisciplinaire COPD bespreking longrevalidatie tenzij revalidatie in ander centrum plaats vindt.
- Casusbespreking COPD patiënten met een ernstige ziektelast tenminste 2 per jaar.
- Beschikbaarheid van een geschoolde COPD longverpleegkundige voor de kliniek en polikliniek.
- Organisatie van of participatie aan scholing op gebied van COPD voor longartsen, huisartsen, verpleegkundigen of arts assistenten of andere (para)medici.

#### Bijlage 4: Evaluatie van de zorg voor astma: relevante kwaliteitsnormen NVALT

- Aanwezigheid van protocollen:
  - a. astma, diagnostiek en behandeling
  - b. ernstig astma (incl. norm voor het verwijzen voor cq. opstarten van behandeling met biologicals en indicatie hooggebergtebehandeling/klinische longrevalidatie)
  - c. protocol diagnostiek en behandeling van exacerbaties ambulante en in de kliniek
- Afspraken in zake verwijzen en terugverwijzen van patiënten met astma, tot stand gekomen in samenwerking met de eerste lijn en geborgd in document of terugkerend overlegmoment.
- Aanwezigheid van minimaal een longarts met aandachtsgebied astma met voldoende ervaring op het gebied van diagnostiek, behandeling en herkennen van moeilijk behandelbaar / ernstig astma.
- Beschikbaarheid van een geschoolde astma longverpleegkundige/longconsulent voor de kliniek en polikliniek.
- Stoppen met roken begeleiding beschikbaar in de tweede en/of eerste lijn of transmuraal.
- Aantoonbaar onderdeel zijn van een regionaal astma netwerk, al dan niet in de vorm van een MDO.
- Organisatie van en/of participatie aan scholing op het gebied van astma voor longartsen, huisartsen, verpleegkundigen, arts-assistenten of andere (para)medici.

#### Bijlage 5: Evaluatie van de zorg voor palliatieve zorg: relevante kwaliteitsnormen NVALT

- Aanwezigheid van protocollen:
  - a. palliatieve sedatie
  - b. stervensfase
  - c. acute longbloeding
  
- Er is een palliatief adviesteam (PAT) conform Soncos normering.
  
- De vakgroep longziekten is betrokken bij het PAT.
  
- Tenminste één lid van de vakgroep heeft affiniteit en nascholing gevolgd met betrekking tot palliatieve zorg. (voorkeur voor cursus *Palliatieve Zorg voor Medisch Specialisten*).

## Bijlage 6: Aanbevelingen pulmonale interventies

- Indicatie, voorbereiding en voorlichting
  - Is de indicatie tot bronchoscopie vastgelegd?
  - Wordt zowel schriftelijke als mondelinge informatie gegeven en in dossier vastgelegd?
  - Wordt de informed consent voor de procedure vastgelegd?
  - Is er mogelijkheid om scopieën onder dormicum te verrichten en wordt dit aangeboden aan patiënt?
  - Is er mogelijkheid om scopieën onder propofol sedatie te verrichten en wordt dit aangeboden aan patiënt?
  - Is er een protocol voor het stollings-/ antistollingsbeleid?
  - Is er een protocol "Bronchoscopie"?
  
- Procedure bronchoscopie
  - Wordt time-out structureel vastgelegd?
  - Vinden procedures onder monitoring vitale parameters plaats?
  - Is er voldoende ondersteuning?
  - Is er voldoende ondersteuning in de dienst?
  - Is er een reanimatiemogelijkheid in de behandelkamer?
  - Is er beschikbaarheid van een uitslaapkamer/recovery?
  - Worden er na sedatie ontslagcriteria gebruikt en vastgelegd?
  - Wat is het totaal aantal bronchoscopieën per kliniek, wat is het aantal bronchoscopiën per longarts?
  - Worden bronchoscopieën vastgelegd en kunnen foto's worden gemaakt?
  - Vindt er structureel een sign-out plaats na procedure?
  
- Overige procedures
  - Worden er thoracoscopieën verricht (aantallen)?
  - Worden er getunnelde drains geplaatst (IPC's) (aantallen)?
  - Is er toegang tot echo thorax en wordt deze structureel toegepast bij pleurale interventies?
  - Zijn alle longartsen bevoegd en bekwaam voor het verrichten van echo thorax bij pleurale interventies? Is er een echo cursus gevolgd?

## Bijlage 7: Aanbevelingen Longfunctie

- Heeft de verplichte NVLA visitatie plaats gevonden.
- Heeft de vakgroep kennis genomen van de NVLA rapportage, zijn de resultaten besproken en zijn er acties geformuleerd (PDCA) naar aanleiding hiervan
- Is er voor de longfunctieanalist 1 aanspreekpunt onder de longartsen?
- Volgt deze longarts-aanspreekpunt zijn/haar nascholing op LF gebied?
- Is door deze longarts-aanspreekpunt de NVALT ergometrie cursus gevolgd?
- Heeft deze longarts-aanspreekpunt betrokkenheid in bij- of nascholing op gebied van longfunctie in NL?
- Is er een gestructureerde en genotuleerde bespreking m.b.t. organisatorische aspecten tussen longarts(en) en longfunctieanalisten?
- Is er een structurele (inhoudelijke) longfunctie/casus bespreking?
- Worden longfunctie uitslagen voor andere specialismen/huisartsen beoordeeld?
- Worden alle fietsergometrieën nagekeken en verslagen door longarts?
- Is de longarts aanspreekpunt betrokken bij de opleiding/scholing van longfunctieanalisten, hetzij landelijk, regionaal of lokaal, zo deze aanwezig is of in eigen ziekenhuis ofwel actief in de opleiding van LOI/SBLA
- Is de longarts-aanspreekpunt actief lid van de NVALT- SLF?

### Toelichting kwaliteitsvisitatie NVLA/Normenrapport NVALT

*De Nederlandse Vereniging van Longfunctieanalisten (NVLA) organiseert haar eigen kwaliteitsvisitatie vanuit Exata met een normenkader met waarderingen vergelijkbaar met de normen en waardingsset kwaliteitsvisitatie longziekten (NVALT).*

*De kwaliteitsvisitatie NVLA valt organisatorisch, financieel en inhoudelijk volledig onder verantwoordelijkheid van de NVLA.*

*Omdat de NVLA visitatie ongeveer een jaar (minimaal 6 maanden) plaats zal vinden voorafgaand aan de NVALT kwaliteitsvisitatie zullen de resultaten van de NVLA visitatie in de beoordeling van de NVALT kwaliteitsvisitatie worden meegenomen.*

*Dit zal gebeuren aan de hand van een norm Longfunctie NVALT met bijbehorende vragenlijst.*

*Ter verduidelijking van een en ander zal de volledige NVLA visitatie, inclusief conclusies en aanbevelingen binnen de NVALT kwaliteitsvisitatie (als bijlage in Exata) zichtbaar zijn.*

*Vanaf 2021 is NVLA-visitatie een papieren visitatie en zal op afstand worden uitgevoerd, deze werkwijze betekent een lage belasting voor de longfunctieafdeling en een verlaging van de kosten ten opzichte van een fysieke NVLA-visitatie. De NVLA behoudt zich echter het recht om, bij onregelmatigheden in de ingestuurde documenten, een fysieke visitatie uit te voeren conform de NVLA-visitatie 2014-2019. Voor een fysieke visitatie zal een bedrag van €2500,- in rekening gebracht worden, bovenop de kosten voor de papieren visitatie.*

## Bijlage 8: Randvoorwaarden slaap gerelateerde zorg

- Er vindt regelmatig overleg plaats met de verschillende disciplines van de slaapkliniek over de organisatie.
- Is de meest recente landelijke richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van obstructieve slaapapneu bij volwassenen uitgewerkt in lokale zorgprocessen (zorgpaden) en protocollen met werkinstructies.
- Worden de slaaponderzoeken gescoord volgens de meest recente AASM- norm (inclusief manuele scoring).
- Is de slaapkliniek in staat om
  - slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen te diagnosticeren en de juiste behandeling te indiceren.
- Is de slaapkliniek in staat om
  - overige slaapstoornissen te herkennen .
- Is er systematisch aandacht voor risicofactoren zoals cardiovasculaire ziekte en het metabool syndroom.
- Beschikt de kliniek over de volgende behandelopties: leefstijladviezen, MRA, positietherapie, CPAP/APAP, mogelijkheden voor KNO- interventies als ook bariatrische chirurgie en kaakchirurgische OSAS-chirurgie? Deze laatste twee behandelopties kunnen eventueel ook in samenwerking met derden worden aangeboden.
- Vindt er multidisciplinair overleg plaats.
- Is er een regeling om de uitkomsten van onderzoek naar wacht- en doorlooptijden van deze patiëntengroep te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.
- Hebben de longartsen, betrokken bij de slaapkliniek, binnen de afgelopen 5 jaar minimaal 40 nascholingspunten specifiek voor slaapwaak-stoornissen behaald.

## Bijlage 9: Randvoorwaarden voor goede zorg

De NVALT vindt het belangrijk dat een ziekenhuis de benodigde voorzieningen biedt en de betreffende medisch specialisten/ vakgroepen op adequate wijze ondersteunt om goede zorgverlening mogelijk te maken. Goede zorgverlening is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de vakgroep en de Raad van Bestuur.

**Randvoorwaarden zijn onder te verdelen in de volgende aandachtspunten:**

### **UITKOMSTEN VAN ZORG**

- Patiënten tevredenheidsonderzoek
- Rapportage klachten en claims
- Beschikbaarheid van uitkomsten van zorg (productie)
- Complicatie registratie

### **PERSONELE ONDERSTEUNING**

- Aantal fte longarts / arts-assistenten / verpleegkundig specialisten en PA'ers.
- Aantal verpleegkundigen/ longverpleegkundigen
- Administratieve/secretariële ondersteuning
- Polikliniekassistenten
- Longfunctieassistenten/behandelkamerassistenten

### **RUIMTELIJKE VOORZIENINGEN**

- Polikliniek spreekkamers/ privacy/onderzoekkamers
- Voldoende werkruimte
- Kliniek; voldoende bedden / isolatiekamers / spreek-, familie kamer/ assistenten kamer / overdrachtsruimte
- Goed geoutilleerde longfunctie- en behandelkamer

### **ICT**

- Klinisch en poliklinisch EPD
- EVS klinisch en poliklinisch, koppeling eerste lijn?
- Toegang tot digitale medische bibliotheek en informatievoorziening
- ICT ondersteuning