

# Kwaliteitscriteria voor de zorg aan mensen geraakt door blaas- of nierkanker

vanuit patiëntenperspectief



## Inleiding

Deze set kwaliteitscriteria beschrijft de wensen en eisen van patiënten ten aanzien van de zorg rond blaas- of nierkanker. De criteria zijn opgesteld door Vereniging Waterloop, met ondersteuning vanuit de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Voorliggend document is een update van het document van april 2010.

De kwaliteitscriteria beschrijven de wensen en eisen van patiënten met blaas- of nierkanker ten aanzien van de oncologische zorg. Voorliggend document en het document met de algemene kwaliteitscriteria voor oncologische zorg van de NFK vormen samen het complete beeld van de wensen en eisen van patiënten met blaas- nier kanker.

De kwaliteitscriteria zijn ingedeeld naar de fasen van het (ziekte)proces die een patiënt met (mogelijk) blaas- of nierkanker kunnen doorlopen. De kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief vormen input voor het overleg met o.a. zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Dit is een dynamisch document, dat op elk gewenst moment aangepast kan worden.

## Doel van de set kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief

De set kwaliteitscriteria kan ingezet worden voor meerdere doeleinden. Het biedt:

- input aan zorgaanbieders voor patiëntgerichte kwaliteitsverbeteringen;
- input aan zorginkopers voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit;
- input voor regionaal overleg met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars over goede kwaliteit van zorg;
- input bij de ontwikkeling van de zorgstandaard kanker, oncologische richtlijnen, patiëntenwijzers en voorlichting aan patiënten.

## Leeswijzer

Voor de chronische patiënt in de zorg zijn er generieke kwaliteitscriteria ontwikkeld. Deze wensen en eisen gelden voor *alle* chronische patiënten. De generieke criteria gelden logischerwijs ook voor mensen geraakt door kanker. We noemen deze daarom ook in dit document.

In hoofdstuk 1 geven we de specifieke criteria aan voor mensen met kanker, in hoofdstuk 2 de generieke criteria.

De criteria zijn volgens de zogenaamde kwaliteitsmatrix (figuur 1) ontwikkeld, binnen het programma Kwaliteit in Zicht. Ze zijn onderverdeeld in tien thema's en vijf fasen. Toelichting op deze indeling en thema's vindt u in de [Basisset Kwaliteitscriteria](#).

In de bijlagen vindt u een verklarende woordenlijst en treft u de gebruikte bronnen aan.

In de tekst spreken we van gespecialiseerd verpleegkundige. Dit kan ook een verpleegkundig specialist (nurse practitioner) zijn. In de kwaliteitscriteria gaan we er vanuit dat de verpleegkundige beschikt over de relevante specialisatie en/of aantekening .

Daarnaast gebruiken we de term behandelend arts in plaats van medisch specialist.

## Kernpunten voor goede oncologische zorg volgens Levenmetkanker

1. Zorgverleners ondersteunen en stimuleren het zelfmanagement van de patiënt, zodat
  - de patiënt samen met de zorgverlener(s) bewuste keuzes kan maken, passend bij de eigen wensen en voorkeuren. (Keuzehulpen kunnen behulpzaam zijn).
  - de patiënt zelf actief kan werken aan gezond gedrag, herstel, kwaliteit van leven. Afspraken worden vastgelegd in een individueel zorgplan (IZP)
2. Indien zorgverleners afwijken van richtlijn(en)<sup>[i]</sup>:
  - bespreken zij dat met collega's (in het Multidisciplinair overleg) en met de patiënt;
  - noteren zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier.
3. Zorgverleners bespreken iedere (niet-acute) kankerpatiënt vóór en na de behandeling in een multidisciplinair overleg.<sup>[ii]</sup>
4. Zorgverleners dragen zorg voor een snelle diagnose en korte wacht- en doorlooptijden.
5. Zorgverleners bewaken dat iedere patiënt de best passende zorg ontvangt, van een ervaren team. De locatie van behandeling is dichtbij als het kan en verder weg als dat de kwaliteit van de zorg ten goede komt. De door de patiënt gebruikte geneesmiddelen zijn goedkoop als het kan, duurder als dat het effect van de behandeling ten goede komt.
6. Bij de zorg aan iemand met kanker zijn veel disciplines betrokken, binnen en buiten het ziekenhuis. De verantwoordelijkheidsverdeling is vastgelegd in het patiëntendossier en gecommuniceerd naar de patiënt:
  - De zorgverlener die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de gehele zorgverlening aan de patiënt, inclusief dossiervorming (de hoofdbehandelaar);
  - De zorgverlener die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt;
  - De zorgverlener die *aanspreekpunt is voor* de patiënt en zijn naasten bij vragen of onduidelijkheden.<sup>[iii]</sup>
7. Zorgverleners geven de patiënt met de diagnose of verdenking op kanker, de relevante KWF brochure(s) en/ of tekst van Kanker.nl. En verwijzen patiënt en eventuele naasten naar Kanker.NL, de online community voor mensen geraakt door kanker van KWF, Levenmetkanker en IKNL.
8. Zorgverleners beseffen en benadrukken het belang de opsporing van mogelijk erfelijke kanker. Indien relevant verwijzen zij patiënten door voor genetisch onderzoek.
9. Zorgverleners bespreken voorafgaand aan de (keuze voor een) behandeling met de patiënt:
  - de te verwachten resultaten (inclusief te verwachten overleving en kwaliteit van leven);
  - de mogelijke complicaties;
  - de mogelijke psychische en sociale gevolgen op korte en lange termijn;
  - de gevolgen voor een kindwens;
  - de gevolgen voor intimiteit en seksualiteit;
  - de voedingstoestand, gewicht en conditie van patiënt.
  - Indien relevant erfelijkheidsonderzoekZorgverleners houden bij het geven van (schriftelijke) informatie rekening met mensen die een laag gezondheidsbewustzijn hebben of laaggeletterd zijn.

10. Zorgverleners hebben aandacht voor de effecten van de behandeling voor het werk van de patiënt. Zij stimuleren patiënten zoveel mogelijk te blijven werken. Patiënten ontvangen, indien van toepassing, de brochure *Kanker en werk*.
11. Zorgverleners attenderen patiënten op het bestaan van en de mogelijke meerwaarde van de patiëntenorganisatie.
12. Zorgverleners geven patiënten en naasten deskundige informatie over de verschillende mogelijkheden van palliatieve zorg. Ieder ziekenhuis dat kankerzorg biedt, heeft een palliatief team (in ontwikkeling). Het team werkt als platform voor palliatieve zorgvragen en richt zich daarnaast op de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering.
13. Zorgverleners screenen op meerdere momenten in het zorgproces de behoefte aan psychosociale zorg van de patiënt en zijn directe naasten. Als het nodig is, attenderen zorgverleners op de mogelijkheid om een beroep te doen op psychosociale zorg.
14. Zorgverleners registreren uitgevoerde behandelingen, verleende zorg, behandelresultaten en complicaties. De registratieresultaten worden multidisciplinair besproken.
15. Ziekenhuizen maken per tumorsoort de onderstaande punten transparant:
  - Teamsamenstelling;
  - beschikbare apparatuur;
  - beschikbare voorzieningen;
  - het aantal behandelingen (ingrepen) per ziekenhuis;
  - het aantal behandelingen (ingrepen) per medisch specialist (chirurg);
  - resultaten van zorg.
16. Zorgverleners vragen actief aan patiënten hun ervaringen te delen, via CQI (kankerzorg of mamma care), PROMS en/of Zorgkaart Nederland (op aandoeningsniveau) en kanker.nl

# Hoofdstuk 1- Specifieke kwaliteitscriteria blaas- of nierkanker

In dit hoofdstuk staan de specifieke kwaliteitscriteria, de wensen en eisen op het gebied van zorg, voor mensen met kanker.

## Fase 1 – Vroege onderkenning en preventie

### Effectieve zorg

#### *Algemeen*

- De huisarts kent de symptomen van (mogelijk) blaaskanker en de symptomen van (mogelijk) nierkanker.
- De huisarts verwijst patiënten met één of meer symptomen van mogelijke blaas- of nierkanker direct door naar een uroloog. De reden hiervoor is dat de symptomen vaak niet heel specifiek zijn.
- De huisarts laat de urine standaard onderzoeken (dipstick-test of microscopisch onderzoek) wanneer iemand de klacht 'bloed bij urine' (hematurie) heeft. Het uitgangspunt hierbij is: "Elke hematurie moet als een alarmteken worden beschouwd, tot het tegendeel bewezen is".
- De huisarts laat de urine cytologisch onderzoeken bij bloed in de urine – om te bepalen of er afwijkende cellen in de urine zitten.

#### *Nier*

- De huisarts verwijst patiënten die regelmatig/ aanhoudend pijn hebben in de nierstreek (in de zij) door naar het ziekenhuis voor nader onderzoek.

## Fase 2 - Diagnostiek

### Effectieve zorg

#### *Algemeen*

- De uroloog zorgt ervoor dat een patiënt met bloed in de urine en/of afwijkende cellen in de urine na verwijzing door de huisarts binnen 10 werkdagen een eerste afspraak heeft.
- De uroloog zorgt er bij voorkeur voor dat alle vereiste diagnostische onderzoeken op 1 werkdag verricht worden, of anders in ieder geval binnen 5 werkdagen.
- De behandelend arts bespreekt de diagnose in een persoonlijk gesprek met de patiënt zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen drie werkdagen na het (laatste) diagnostisch onderzoek.

### Informatie, voorlichting en educatie

#### *Algemeen*

- De zorgverlener informeert de patiënt voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk (Folder Waterloop, KWF folder).

### *Blaas*

- De zorgverlener informeert de patiënt over de mogelijkheden van een kunstblaas (orthotope blaas/ neoblaas), een incontinent urinestoma (urinedeviatie volgens Bricker) en/of een continent urinestoma (Indiana Pouch) wanneer de blaas en eventueel plasbuis (mogelijk) operatief verwijderd moeten worden.
- De stomaverpleegkundige heeft voorafgaand aan een operatie een gesprek met de patiënt wanneer hij of zij (mogelijk) een neoblaas of urinestoma krijgt. Tevens wordt deze patiënt gewezen op het bestaan en de meerwaarde van de [Nederlandse Stomavereniging](#) en ontvangt hij of zij standaard de [brochure 'Neoblaas en urinestoma'](#) van de Nederlandse Stomavereniging.

## **Fase 3 – Individueel zorgplan en behandeling**

### **Effectieve zorg**

#### *Algemeen*

- De zorgverlener volgt de richtlijnen 'niercelcarcinoom' en 'urotheelcarcinoom van de blaas' ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)) bij de diagnostiek, behandeling en follow up. Zij doen dit volgens de laatste stand van de wetenschap. Indien er het voornemen is om van de meest recente richtlijn af te wijken:
  - De behandelend arts motiveert naar de patiënt waarom er het voornemen is om af te wijken van de meest recente richtlijn
  - De behandelend arts noteert het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt

#### *Blaas*

- De zorgverlener zorgt ervoor dat de tijd die verstrijkt tussen de diagnose en het uitvoeren van een cystectomie niet langer duurt dan twaalf weken.<sup>ii</sup>
- De chirurg(en) (in opleiding) van één ziekenhuislocatie die een cystectomie uitvoeren bij een patiënt met (spierinvasieve) blaaskanker doen dit ten minste tien keer per jaar.<sup>iii</sup>
- De chirurg(en) (in opleiding) die een kunstblaas of een urinestoma plaatsen, heeft deze operatie minimaal tien keer uitgevoerd onder supervisie van een expertchirurg. De chirurg(en) zijn bekwaam en bevoegd.<sup>iv</sup>

### **Informatie, voorlichting en educatie**

#### *Algemeen*

- De behandelend arts en/of verpleegkundige verstrekken aan de patiënt een duidelijk (globaal) overzicht van de te verwachten stappen in het behandeltraject.
- De behandelend arts en/of verpleegkundige informeren de patiënt direct na de operatie over het verloop van de behandeling en de resultaten. Indien dit niet mogelijk is door narcose, dan informeert één van de zorgverleners de patiënt de eerstvolgende ochtend over de uitslag.
- De behandelend arts en/of verpleegkundige informeren de patiënt bij andere behandelingen zo snel als mogelijk over de uitslag van beeldvormend onderzoek, in ieder geval binnen 5 werkdagen.

## **Veilige zorg**

### *Algemeen*

- De uroloog is de hoofdbehandelaar in de diagnosefase en schakelt de röntgenafdelingen en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in. <sup>v</sup>

### *Blaas*

- De uroloog schrijft de chemo voor wanneer de patiënt een blaasspoeling nodig heeft.
- Er is een gestructureerde indicatiestelling (protocol) voor verwijzing naar de medisch oncoloog of de radiotherapeut aanwezig, dan wel de mogelijkheid tot een overleg met een externe consulent voorhanden. <sup>vi</sup>
- Voor eventuele per- of postoperatieve problemen moet er in de instelling een intensive care aanwezig zijn <sup>vii</sup>.
- De zorgverleners voeren voorafgaand aan de behandeling een gestructureerd multidisciplinair overleg, waaraan tenminste uroloog, radiotherapeut en internist/medisch oncoloog deelnemen, en zogewenst ook een radioloog en patholoog. De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd. <sup>viii</sup>
- De 30-dagenmortaliteit voor de radicale cystectomie dient over 3 jaar gemeten (terugrekenend vanaf 1 januari 2015), gemiddeld onder de 6% te zitten, rekening houdend met case-mix factoren. <sup>ix</sup>

### *Nier*

- De uroloog draagt de patiënt over aan de medisch oncoloog wanneer er sprake is van een uitgezaaide niercelcarcinoom. De medisch oncoloog schrijft in deze gevallen de chemotherapie voor.

## **Fase 4 - Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie**

### **Effectieve zorg**

#### *Algemeen*

- De behandelend arts en/of verpleegkundige zorgt ervoor dat de benodigde onderzoeken tijdens de nacontrole zoveel mogelijk plaats vinden op één dag.

### **Informatie, voorlichting en educatie**

#### *Algemeen*

- De zorgverleners zijn op de hoogte van de verschillende revalidatieprogramma's in de regio voor mensen met (blaas- of nier)kanker. Ook zijn ze op de hoogte van de deelnamecriteria.
- De zorgverleners informeren de patiënt actief over de verschillende revalidatieprogramma's in de regio voor mensen met (blaas- of nier)kanker en verwijzen desgewenst door. Voorbeelden zijn fysieke trainingen en cognitieve gedragstherapie.

### **Patiëntgerichte omgeving**

- De arts en/ of verpleegkundige vraagt tijdens een consult standaard naar eventuele:
  - pijn
  - vermoeidheid
  - gevolgen van ziekte en behandeling op relationeel vlak
  - gevolgen van ziekte en behandeling op seksueel vlak
  - eventuele (andere) psychosociale problemen
  - concentratiestoornissen
  - voeding en gewicht
  - neuropathie

### **Veilige zorg**

- De stomaverpleegkundige voert maximaal twee jaar na de plaatsing van een stoma een nacontrole uit. De [Nederlandse Stomavereniging](#) stelt in haar kwaliteitscriteria dat dit noodzakelijk is.
- De zorgverlener neemt eventuele klachten na de behandeling altijd serieus in verband met mogelijke uitzaaiingen.



## Hoofdstuk 2- Kankerspecifieke kwaliteitscriteria

In dit hoofdstuk staan de specifieke kwaliteitscriteria, de wensen en eisen op het gebied van zorg, voor mensen met kanker.

### Fase 1 – Vroege onderkenning en preventie

#### Effectieve zorg

- Overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten zich allen gezamenlijk en actief in voor de preventie van kanker. Zij doen dit volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk.
- De huisarts is alert op symptomen en klachten die op kanker kunnen wijzen. En heeft daarnaast voldoende kennis om bij klachten die op kanker wijzen adequaat door te verwijzen. De huisarts raadpleegt bij twijfel een medisch specialist.
- De huisarts verwijst na zes weken aanhoudende klacht(en), zonder aanwijsbare reden, door naar medisch specialist.
- De huisarts vraagt naar de voorgeschiedenis en aard en de duur van de klachten. Ook informeert hij of kanker in de familie voorkomt en of de patiënt eerder kanker heeft gehad.
- De huisarts beschikt over de actuele informatie over het oncologische behandelaanbod in de regio, de oncologische (sub)specialisaties en de kwaliteit van de oncologische zorg van de verschillende ziekenhuizen. De huisarts gebruikt de Patiëntenwijzers van de kankerpatiëntenorganisaties (zie [www.nfk.nl](http://www.nfk.nl)), KiesBeter.nl en het verwijskompas als informatiebronnen of wijst de patiënt hierop.
- De huisarts verwijst naar een ziekenhuis dat het betreffende type kanker adequaat kan diagnosticeren en/of behandelen. Dit is met name van belang bij zeldzame of gecompliceerde vormen van kanker.

### Fase 2 - Diagnostiek

#### Effectieve zorg

- Zorgverleners zijn alert op de mogelijkheid van een erfelijke of familiale kanker.
- De behandelend arts vertelt de diagnose zo snel mogelijk, binnen drie werkdagen, na de diagnostische onderzoeken in een persoonlijk gesprek aan de patiënt.
- De zorgverlener maakt de mogelijkheid voor een second opinion bespreekbaar. Geeft daarbij relevante informatie.
- De zorgverlener stelt de huisarts binnen x dagen op de hoogte van de diagnose zodat de huisarts met de patiënt een 'Kiesgerust gesprek' kan voeren over de behandeling en in welk ziekenhuis/arts.

## **Emotionele ondersteuning, empathie en respect**

- De gespecialiseerd verpleegkundige is standaard aanwezig bij het slechtnieuwsgesprek. Mocht dit niet mogelijk zijn dan vindt er binnen twee dagen een gesprek plaats met de gespecialiseerd verpleegkundige. Zonodig verwijst deze verpleegkundige de patiënt door naar een psycholoog of maatschappelijk werker binnen of buiten het ziekenhuis.

## **Informatie, voorlichting en educatie**

- Zorgverleners bespreken voorafgaand aan de behandeling:
  - de te verwachten resultaten;
  - de mogelijke gevolgen op korte en lange termijn;
  - de gevolgen voor eventuele kinderwens;
  - de gevolgen voor intimiteit en seksualiteit;
  - voedingstoestand, gewicht en conditie van patiënt.
- De behandelend arts zorgt dat de patiënt binnen drie werkdagen na het gesprek over de diagnose een vervolgggesprek heeft. In dit vervolgggesprek geeft de behandelend arts of de gespecialiseerd verpleegkundige:
  - informatie over de diagnose;
  - het te verwachten ziekteverloop;
  - behandel mogelijkheden (binnen en buiten het eigen ziekenhuis);
  - de te verwachten behandelresultaten en mogelijke complicaties;
  - de mogelijke gevolgen van de tumor en /of behandelingen op korte en lange termijn.
- De behandelend arts en patiënt overleggen samen (*shared decision making*) wat naar verwachting de beste behandeling is.<sup>x</sup> Bij een gelijkwaardige keuze van behandeling heeft de patiënt vooraf ook een gesprek met de betreffende medisch specialist. Daarbij gebruikt de behandelend arts een beslishulp/keuzehulp voorzover deze beschikbaar is.
- De behandelend arts en/of gespecialiseerd verpleegkundige begeleidt de individuele patiënt bij het keuzeprocess,<sup>xi</sup>. De kwaliteit van leven van de patiënt staat centraal. De behandelend arts respecteert de keuze van de patiënt.
- De behandelend arts biedt de patiënt (indien medisch gezien verantwoord) ruimte aan voor bedenktijd tussen bespreking behandelvoorstel en start van de behandeling en geeft concreet aan wat de eventuele consequenties van deze bedenktijd zijn. De behandelend arts informeert de patiënt en diens naasten over:
  - alle behandel mogelijkheden, binnen en buiten het eigen ziekenhuis;
  - informatie via [www.kanker.nl](http://www.kanker.nl);
  - indien relevant de website: voor blaaskanker [www.stichtingduos.nl](http://www.stichtingduos.nl). Voor nierkanker [www.win-o.nl](http://www.win-o.nl).
  - de te verwachten resultaten, mogelijke complicaties en eventuele (te verwachten) gevolgen van de tumor en/of de behandeling(en) op korte en lange termijn;
  - het belang om iemand mee te nemen bij belangrijke gesprekken;
  - met wie en via welk telefoonnummer hij contact op kan nemen bij acute klachten, bijwerkingen en vragen;
  - de contacten die de zorgverlener heeft met de huisarts. Ook geeft hij hierbij de frequentie aan en binnen hoeveel tijd hij de huisarts informeert.

- het bestaan van en mogelijke meerwaarde van de relevante kankerpatiëntenorganisatie.
- De behandelend arts of verpleegkundige geeft de patiënt met diagnose kanker:
  - de [KWF brochure van de betreffende tumorsoort](#) of een inhoudelijk vergelijkbare folder;
  - de brochure 'Kanker.. in gesprek met je arts'. (KWF, 2008); de brochure van de relevante kankerpatiëntenorganisatie [www.nfk.nl](http://www.nfk.nl)
  - Informatie over relevante (regionale) aanbieders van gespecialiseerde zorg (zoals bijvoorbeeld psychosociale zorg, begeleiding, revalidatie, beweegprogramma en praktische hulpmiddelen.)

### **Kwaliteit van zorg transparant**

- Ziekenhuizen maken per tumorsoort onderstaande punten transparant:
  - Teamsamenstelling;
  - beschikbare apparatuur;
  - beschikbare voorzieningen;
  - het aantal behandelingen (ingrepen) per ziekenhuis;
  - het aantal behandelingen (ingrepen) per chirurg-medisch specialist;
  - uitkomsten van zorg.

### **Fase 3 – Individueel zorgplan en behandeling**

#### **Regie over de zorg**

- Zorgverleners ondersteunen en stimuleren het zelfmanagement van de patiënt, zodat de patiënt zelf of samen met de zorgverlener(s) beslissingen kan nemen, passend bij de eigen wensen en voorkeuren.

#### **Effectieve zorg**

- Zorgverleners zijn deskundig en hebben voldoende ervaring.
- Indien zorgverleners afwijken van richtlijn(en)<sup>xii</sup>:
  - bespreken zij dat met collega('s);
  - motiveren zij dat naar de patiënt;
  - noteren zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier.
- Zorgverleners bespreken iedere (niet-acute) kankerpatiënt vóór en na de behandeling in een multidisciplinair overleg<sup>xiii</sup>.
- Zorgverleners dragen zorg voor een snelle diagnose en korte wacht- en doorlooptijden.
- Zorgverleners bewaken dat de patiënt de beste zorg ontvangt. De locatie van behandeling is dichtbij als het kan, verder weg als dat de kwaliteit van de zorg ten goede komt. De door de patiënt gebruikte geneesmiddelen zijn goedkoop als het kan, duurder als dat het effect van de behandeling ten goede komt.
- Zorgverleners leggen per patiënt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de samenwerkende zorgverleners vast, conform de Handreiking van de KMNG. Onderstaande verantwoordelijkheidsverdeling is vastgelegd in het patiëntendossier en gecommuniceerd naar de patiënt:
  - De zorgverlener die *inhoudelijk eindverantwoordelijk* is voor de gehele zorgverlening aan de patiënt, inclusief dossiervorming (de hoofdbehandelaar);
  - De zorgverlener die verantwoordelijk is voor de *coördinatie van de zorgverlening* aan de patiënt;
  - De zorgverlener die *aanspreekpunt* is voor de patiënt en zijn naasten bij vragen of onduidelijkheden.

- Zorgverleners bieden actief beweegprogramma's aan zoals bijvoorbeeld Oncomove zodat de conditie van de patiënt tijdens de behandeling zoveel mogelijk behouden blijft en/of wordt verbeterd.

### **Continuïteit van zorg**

- In een zorgpad is vastgelegd welke zorgverlener op welk moment zorg levert. Bij voorkeur voor de gehele zorgketen.

### **Informatie en voorlichting**

- De behandelend arts of verpleegkundige geeft de patiënt, indien relevant, onderstaande brochures of verwijst hier naar in het eigen voorlichtingsmateriaal
  - Pijnbestrijding bij kanker (KWF)
  - Vermoeidheid bij kanker (KWF)
  - Kanker en seksualiteit (KWF)
  - Kanker en werk (NFK)
- De behandelend arts vraagt standaard of de patiënt een complementaire behandeling volgt. Wanneer dit het geval is bespreken patiënt en behandelend arts deze complementaire behandelmethode objectief. Is het effect van de complementaire behandelmethode op de aandoening op wetenschappelijke inzichten gestoeld? De behandelend arts geeft aan of de complementaire behandelmethode samen kan gaan met de reguliere behandeling. Informatie over de complementaire behandeling wordt opgenomen in het zorgplan of dossier van de patiënt. De behandelend arts vraagt specifiek naar voedingssupplementen. Dit om een mogelijke interferentie te kunnen tegengaan.

### **Emotionele ondersteuning, empathie en respect**

- De zorgverlener neemt de patiënt serieus als deze spreekt van pijn, vermoeidheid en/of concentratieproblemen.
- De behandelend arts vraagt standaard naar eventuele veranderingen aangaande de intimiteit en/of seksualiteit. En verwijst indien nodig door naar een (gespecialiseerde) seksuoloog.
- De behandelend arts respecteert de wensen van de patiënt en legt deze vast in dossier, over:
  - beademen;
  - intensive care;
  - reanimatie;
  - handelingen bij levenseinde.
- *De behandelend arts vraagt standaard of de patiënt een complementaire behandelmethode volgt naast de reguliere behandeling. Wanneer dit het geval is bespreken patiënt en behandelend arts deze complementaire behandelmethode objectief. Is het effect van de complementaire behandelmethode op de aandoening op wetenschappelijke inzichten gestoeld? Beïnvloedt de complementaire behandelmethode de reguliere behandelmethode? De behandelend arts geeft aan of de complementaire behandelmethode samen kan gaan met de reguliere behandeling.*

*Informatie over de complementaire behandeling wordt opgenomen in het zorgplan of dossier van de patiënt.*

- Patiënten kunnen naar wens gebruikmaken van een begeleider die de gang van zaken in het ziekenhuis kent.<sup>xiv</sup> Deze persoon vergezelt de patiënt naar de onderzoeken en behandelingen en vertelt wat de patiënt kan verwachten. Patiënten die kortgeleden de diagnose kanker hebben gehoord, kunnen zo van slag zijn dat ze soms letterlijk de weg kwijt zijn.

### **Continuïteit van zorg**

- Zorgverleners zijn goed op de hoogte van de sociale kaart voor psychosociale hulpverlening.

### **Emotionele ondersteuning, empathie en respect**

- Zorgverleners screenen ook in deze fase in het zorgproces de behoefte aan psychosociale zorg van de patiënt (en zijn directe naasten). Als het nodig is, verwijzen zorgverleners door naar psychosociale zorg.

## **Fase 4 - Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie**

### **Regie over de zorg**

- Zorgverleners ondersteunen en stimuleren het zelfmanagement van de patiënt, zodat de patiënt (desgewenst) zelf of samen met de zorgverlener(s) beslissingen kan nemen, passend bij de eigen wensen en voorkeuren.

### **Effectieve zorg**

- De zorgverleners bieden actief de beweegprogramma's aan zoals Herstel en Balans.

### **Emotionele ondersteuning, empathie en respect**

- Zorgverleners hebben aandacht voor de effecten van de behandeling voor het werk van de patiënt en stimuleren dat patiënten zo veel als mogelijk blijven werken.
- Zorgverleners screenen ook in deze fase in het zorgproces de behoefte aan psychosociale zorg, ook voor directe naasten. Als het nodig is verwijzen zorgverleners door voor psychosociale zorg.<sup>xv</sup>

## **Fase 5 – Laatste levensfase en palliatieve zorg**

### **Effectieve zorg**

- Zorgverleners raadplegen vroegtijdig het [regionale netwerk palliatieve zorg](#).

### **Continuïteit van zorg**

- Zorgverleners dragen zorg dat de patiënt naar wens terecht kan bij een geestelijk verzorger (bijvoorbeeld een dominee, pastoor, humanistisch raadsman of imam).
- Zorgverleners zijn goed op de hoogte van de sociale kaart voor psychosociale hulpverlening waaronder maatschappelijk werk, de psycholoog, lotgenotencontact via patiëntenorganisaties en organisaties die naasten ondersteunen (steunpunten mantelzorg en organisaties voor intensieve vrijwilligerszorg, die vrijwilligers inzetten voor ondersteuning). U kunt adressen vinden op [www.mezzo.nl](http://www.mezzo.nl) en [www.vptz.nl](http://www.vptz.nl).

### **Informatie, voorlichting en educatie**

- Zorgverleners maken de patiënt en diens naasten duidelijk als er geen curatieve behandeling meer mogelijk is en dat de behandelingen palliatief zijn.
- Zorgverleners geven informatie over de verschillende mogelijkheden van palliatieve zorg of verwijzen door naar een informatiepunt.
- Zorgverleners wijzen de patiënt en zijn naaste(n) op de verschillende mogelijkheden om te sterven: thuis, in het ziekenhuis of in een hospice. Zorgverleners wijzen de patiënt en zijn naaste(n) op de keuzewijzer palliatieve zorg van Agora: <http://www.agora.nl/ZorgKiezen.aspx>.
- De behandelend arts legt uit waarom hij bepaalde (medische) handelingen adviseert of juist afraadt.
- De behandelend arts geeft duidelijke en eerlijke informatie over de mogelijkheden, gevolgen en bijwerkingen van medicijnen en toedieningswijzen.
- De behandelend arts controleert altijd actief of de patiënt en zijn naaste(n) de ontvangen informatie begrepen hebben.
- De behandelend specialist volgt bij pijnklachten de richtlijn Pijnbestrijding.

### **Emotionele ondersteuning, empathie en respect**

- De zorgverlener toont respect voor de levensovertuiging van de patiënt. Na overlijden van de patiënt kunnen nabestaanden nazorg krijgen.

## Hoofdstuk 3 - Generieke kwaliteitscriteria

In dit hoofdstuk bespreken we de generieke kwaliteitscriteria ofwel de wensen en eisen die gelden voor alle chronische patiënten in de zorg. Hoe zich dit verhoudt tot de kankerspecifieke criteria, kunt u lezen in de leeswijzer.

### Generieke kwaliteitscriteria voor de chronische patiënt

De hierna genoemde generieke kwaliteitscriteria zijn van toepassing op iedere chronische patiënt en zijn geformuleerd vanuit het perspectief van patiënten en naasten.

Volgens het uitgangspunt van deze criteria werken alle zorgverleners conform de geldende wet- en regelgeving in de zorg en de geldende richtlijnen en protocollen. Ook gaan we uit van de verantwoordelijkheden en plichten die een patiënt heeft in de zorg, zoals die wettelijk beschreven zijn in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst ( WBGO).

De kwaliteitscriteria beschrijven de wensen, eisen en verwachtingen die patiënten hebben ten aanzien van de gezondheidszorg. Bij het opstellen van deze criteria worden partijen die niet bij de directe gezondheidszorg betrokken zijn, buiten beschouwing gelaten. Dit zijn bijvoorbeeld gemeenten en zorgverzekeraars,

Hieronder treft u eerst de thema overstijgende kwaliteitscriteria. Daarna vindt u de lijst met generieke kwaliteitscriteria, onderverdeeld per thema.

### Thema overstijgende kwaliteitscriteria

- De zorgverlener stelt de kwaliteit van leven van de individuele patiënt centraal in de zorg.
- De zorgverlener verleent patiëntgerichte zorg die is afgestemd op de voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de individuele patiënt.
- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste richtlijnen, (zorg)standaarden, protocollen, procedures en (regionale) samenwerkingsafspraken. Wanneer hij hiervan afwijkt, bespreekt hij dit vooraf met een collega en andere betrokken zorgverleners, motiveert hij het afwijken aan de patiënt en legt hij dit vast in het medisch dossier.
- De zorgverlener is op de hoogte van eventuele andere aandoeningen van de patiënt en stelt de totale ziektelast van de patiënt vast.
- De zorgverlener waarborgt de privacy van de patiënt.
- De zorgverlener legt alle afspraken met de patiënt vast.
- De zorgverlener betreft, in overleg met de patiënt zelf, naasten van de patiënt bij de zorg in alle fasen.
- De patiënt heeft vrije keuze van zorgaanbieder en zorgverlener.
- De zorgverlener stelt in samenspraak met de patiënt de behandeldoelen vast en bespreekt de verwachtingen van patiënt en zorgverleners hierbij. Zij overleggen en werken samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken.

- De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg.

### **1. Regie over de zorg**

*De patiënt maakt indien mogelijk en gewenst zelf keuzes t.a.v. behandeling en zorg. De zorgverlener geeft hem hierbij de ruimte om zoveel mogelijk eigen regie te voeren.*

- De zorgverlener brengt de patiënt op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van behandeling en/of begeleiding (inclusief niet behandelen en/of begeleiden).
- De zorgverlener geeft de patiënt alle informatie die deze nodig heeft om zelf weloverwogen keuzes over de zorg te kunnen maken.
- De zorgverlener heeft een coachende rol bij het maken van keuzes door de patiënt.
- De zorgverlener stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt.
- De zorgverlener maakt samen met de patiënt afspraken over de rol die de patiënt heeft binnen de behandeling of begeleiding.

### **2. Effectieve zorg**

*De patiënt krijgt de meest effectieve behandeling(en) en begeleiding aangeboden.*

- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste stand van wetenschap en praktijk.
- De zorgverlener zorgt dat de informatie in het medisch dossier juist, actueel en volledig is.
- De zorgverlener verheldert de zorgvraag.
- De zorgverlener legt eventuele comorbiditeit en/of multi morbiditeit vast in het medisch dossier. Hij stemt de behandeling en begeleiding van deze verschillende aandoeningen op elkaar af.
- De zorgverlener is deskundig en ervaren op het gebied van het behandelen en begeleiden van de betreffende patiëntengroep.
- De zorgverlener verwijst door in gevallen waarin hij de benodigde kennis en ervaring mist.
- Zorgverlener en patiënt evalueren periodiek of de behandeling of begeleiding van de patiënt effectief is en of er belemmeringen zijn om de afgesproken doelen te bereiken.
- Zo mogelijk heffen zij belemmeringen op en stellen zij de doelen bij.

### **3. Toegankelijke zorg**

*De zorg is voor de patiënt tijdig beschikbaar, goed bereikbaar, goed betaalbaar en goed toegankelijk.*

- De Treeknormen zijn van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wacht- en/of toegangstijden zijn vastgelegd.
- De zorglocatie is goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer.
- De zorglocatie is fysiek goed toegankelijk.
- De zorgverlener stemt dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt.
- De wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener is acceptabel.
- De patiënt heeft een goed bereikbaar aanspreekpunt voor zijn behandeling en/of begeleiding.
- De patiënt weet waar hij, 24 uur per dag, 7 dagen per week, terecht kan in acute situaties.



- De zorgverlener informeert de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven.

#### **4. Continuïteit van zorg**

*De patiënt weet wie verantwoordelijk is voor zijn zorg. De patiënt ervaart naadloze overgangen tussen zorginstellingen, tussen afdelingen en tussen zorgverleners.*

- De betrokken zorgverleners stemmen de behandeling en begeleiding met elkaar af.
- Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling over zijn zorg vastgelegd. De patiënt weet wie zijn hoofdbehandelaar, zijn aanspreekpunt en zijn zorgcoördinator is.
- De hoofdbehandelaar en de zorgcoördinator zijn op de hoogte van de zorg gegeven door alle betrokken zorgverleners.

#### **5. Informatie, voorlichting en educatie**

*De patiënt ervaart begrijpelijke en op zijn of haar voorkeuren en mogelijkheden afgestemde informatie, voorlichting en educatie.*

- De zorgverlener biedt informatie passend bij de informatiebehoefte van de patiënt.
- De zorgverlener biedt informatie via de meest voor de patiënt geschikte informatiekanaalen (mondeling, schriftelijk, digitaal) aan.
- De zorgverlener toetst regelmatig of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen of dat nadere toelichting nodig is.
- De verschillende zorgverleners geven eenduidige informatie aan de patiënt.
- De zorgverlener bespreekt met de patiënt (en, in overleg met de patiënt, zijn naasten):
  - De aandoening
  - Alle behandel- en begeleidingsmogelijkheden, binnen en buiten eigen instelling
  - Per behandel- en begeleidingsmogelijkheid:
    - Effectiviteit / verwacht resultaat op korte en lange termijn
    - Mogelijke complicaties en bijwerkingen
    - Voor- en nadelen van de behandeling, consequenties van het niet volgen hiervan
  - Zorgproces (welke zorgverlener doet wat en wanneer?)
  - Rol en verantwoordelijkheid van de patiënt
  - Gezonde leefstijl
  - Meerwaarde van patiëntenorganisaties en uitwisseling van ervaringen met medepatiënten.
  - Het effect van de aandoening op het leven van de patiënt (leren omgaan met de aandoening)
  - Waar men terecht kan met meldingen van incidenten, klachten en/of claims en de verschillende mogelijke klachtwegen.

#### **6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect**

*De patiënt voelt zich gehoord en begrepen en krijgt ondersteuning op psychosociaal vlak waar nodig.*

- De zorgverlener peilt de behoefte aan psychosociale hulp, biedt zo nodig ondersteuning of verwijst door.
- De zorgverlener neemt voldoende tijd, luistert aandachtig, neemt de patiënt serieus, geeft begrijpelijke uitleg en wekt vertrouwen.

#### **7. Patiëntgerichte omgeving**

*De patiënt ervaart een geschikte en prettige (behandel)omgeving.*

- De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

## **8. Veilige zorg**

*De patiënt ervaart een veilige (behandel-)omgeving.*

- De zorgverlener registreert en analyseert meldingen van incidenten en complicaties, meldingen van patiënten, klachten en claims, bespreekt deze met alle betrokkenen en gebruikt deze uitkomsten om verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen.
- De zorgverlener nodigt de patiënt uit om mee te werken aan de veiligheid van zijn eigen behandeling.
- De zorgverlener neemt signalen van de patiënt serieus die kunnen leiden tot mogelijk onveilige situaties.
- De zorgverlener en de patiënt weten welke medicijnen de patiënt gebruikt op basis van een beschikbaar actueel medicatieoverzicht.
- De zorgverlener vraagt aan de patiënt naar de zelfzorgmiddelen die hij gebruikt en recente wijzigingen van het medicatiegebruik.
- De zorgverlener is alert op bijwerkingen van medicijnen en de beïnvloeding van verschillende medicijnen op elkaar.

## **9. Kwaliteit van zorg transparant**

*Patiënten en hun naasten hebben inzicht in de (organisatie van de) zorgaanbieder en de uitkomsten van de zorg (resultaten) van de zorgaanbieder.*

- De zorgaanbieder maakt informatie over de zorgverleners inzichtelijk voor de patiënt. Dit betreft opleiding, ervaring/deskundigheid en eventuele specialisaties.
- De zorgaanbieder maakt informatie over zijn organisatie inzichtelijk voor de patiënt. Dit betreft beschikbare voorzieningen, apparatuur en werkwijze/logistiek.
- De zorgaanbieder werkt mee aan het meten van de kwaliteit van zorg en het op een begrijpelijke manier inzichtelijk maken van deze informatie voor de patiënt.

## **10. Kosten transparant**

*Patiënten en hun naasten hebben inzicht in de kosten van behandelingen/zorg en de vergoedingen hiervan.*

- De zorgverlener maakt de kosten van de behandeling en begeleiding inzichtelijk voor de patiënt.
- De zorgverlener maakt inzichtelijk voor de patiënt welke kosten van behandeling en begeleiding worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen.

## Bijlage 1 – Bronnen specifieke kwaliteitscriteria blaas- of nierkanker

### Geraadpleegde bronnen

- [Algemene kwaliteitscriteria oncologische zorg vanuit patiëntenperspectief](#), NFK 2009.
- Kwaliteitscriteria van de [Nederlandse Stomavereniging](#).
- Achterbanraadpleging 'ervaringen met de zorg rond blaas-, bekken- of nierkanker' ten behoeve van kwaliteitscriteria Vereniging Waterloop
- Zichtbare Zorg (2012) *Indicatorenset Blaascarcinoom*. Den Haag: Zichtbare Zorg
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) (2012) *Kwaliteitsnormen blaascarcinoom*. Utrecht: NVU

### Relevante links

- De website van [Leven met blaas- of nierkanker](#).
- Informatie over [zorgboek blaaskanker](#) en [zorgboek nierkanker](#). Met uitgebreide informatie over de medische, psychische en sociale aspecten van de kanker en de behandelingen. Wie lid wordt van Leven met blaas- of nierkanker ontvangt u het zorgboek gratis.
- Informatie over [patiëntenboek Nierkanker](#) van Anja Krabben (2004). Dit boek wordt gesteund door Vereniging Waterloop en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. Klik [hier](#) om online het voorwoord te lezen.
- De website van de [Nederlandse Vereniging van Kankerpatiëntenorganisaties](#) (NFK).
- Online patiëntenhandleiding '[Wat en hoe bij Kanker en Werk](#)' (NFK, 2009).
- Brochure '[Vermoeidheid na kanker](#)' (KWF, 2007)
- [Richtlijn niercelcarcinoom](#) voor professionals (2010).
- [Richtlijn urotheelcarcinoom van de blaas](#) voor professionals (2009).

## Bijlage 2 – Bronnen kankerspecifieke kwaliteitscriteria en generieke kwaliteitscriteria

- Basisset Kwaliteitscriteria van de samenwerkende patiëntenorganisaties (2009).
- Sets kankerspecifieke kwaliteitscriteria van de diverse patiëntenorganisaties, gebaseerd op onderzoeken naar het patiëntenperspectief.
- Kankerspecifieke kwaliteitscriteria ontwikkeld binnen KIZ: artrose (2010), VHL (2011), spierziekten in revalidatie (2010).
- Kwaliteitscriteria van de NPCF:
  - Algemene kwaliteitscriteria (2006),
  - Patiënt aan zet! Een handreiking voor de patiënt (2006),
  - Ons ziekenhuis? Patiëntgericht! (2008),
  - Eerstelijnszorg voorop! (2007),
  - Kwaliteitscriteria Picker Institute.
- Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Coördinatieplatform Zorgstandaarden (ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten), februari 2010. Als PDF te downloaden op [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).
- NTA norm Veiligheidsmanagementsysteem (revisie NTA 8009, 2011).
- Gedragscode openheid Medische aansprakelijkheid, GOMA (2010).
- RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, zie [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl).  
Samenvatting van belangrijkste kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (internationaal), door Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Uit: 'Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief', Oratie van Diana Delnoij, hoogleraar *Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief* aan de Universiteit van Tilburg en directeur CKZ. Als PDF te downloaden op [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl).
- [www.deeljezorg.nl](http://www.deeljezorg.nl); website van de dertien provinciale Zorgbelangorganisaties met verhalen, ervaringen, oproepen en tips van patiënten.
- [www.consumentenzorg.nl](http://www.consumentenzorg.nl); website van de NPCF met informatie over zorg en patiëntenrechten, meldacties, adressen van zorgaanbieders etc.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Door KNMG, V&VN, KNOV, KNFG, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF (2010).
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Aangesloten partijen: Actiz, FNT, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NMT, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VGN, Verenso, VWS en ZN (april 2008).

---

<sup>[i]</sup> Bedoeld worden de richtlijnen op [oncoline](#), [pallialine](#) en de richtlijnen van de [HOVON](#)

<sup>[ii]</sup> De **patiëntenorganisaties** hanteren de omschrijving van het MDO van de [IGZ. Basisset kwaliteitsindicatoren 2011](#), blz. 62.

<sup>[iii]</sup> De [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#) vormt hierbij het uitgangspunt.

<sup>i</sup> Citaat uit presentatie over hematurie van dr. P.Peeters (nefroloog) en Prof.dr. W. Oosterlinck (uroloog), UZ Gent.

<sup>ii</sup> Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom. Versie 2. Definitief mei 2012. Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

<sup>iii</sup> Op basis van het proefschrift van K. Goossens-Laan 'Muscle-invasive bladder cancer: quality of care and quality of life in the Netherlands.'

<sup>iv</sup> Indicatorenset Blaascarcinoom. Uitvraag 2013 over verslagjaar 2012. Definitieve versie okt. 2012. Zichtbare Zorg

<sup>v</sup> Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom. Versie 2. Definitief mei 2012. Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

<sup>vi</sup> Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom. Versie 2. Definitief mei 2012. Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

<sup>vii</sup> Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom. Versie 2. Definitief mei 2012. Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

<sup>viii</sup> Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom. Versie 2. Definitief mei 2012. Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

<sup>ix</sup> Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom. Versie 2. Definitief mei 2012. Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

<sup>x</sup> *'Although a small proportion of patients prefers either a completely passive or completely active decision-making role, within the last decade, the prevailing approach for patient involvement in decision making among the majority has been "shared decision making".'* [Decision Making in Oncology. A Review of Patient Decision Aids to Support Patient Participation](#). Stacey D, Samant R, Bennett C. CA Cancer J Clin 2008 Sep-Oct;58(5):293-304.

<sup>x<sup>i</sup></sup> *It is essential to explicitly discuss with patients the role they prefer in the decision-making process. Patient preferences are difficult to predict and are not correlated with age, gender, educational status, or income, so an individualized approach is required.'* [Decision Making in Oncology. A Review of Patient Decision Aids to Support Patient Participation](#). Stacey D, Samant R, Bennett C. CA Cancer J Clin 2008 Sep-Oct;58(5):293-304.

<sup>x<sup>ii</sup></sup> Bedoeld worden de richtlijnen op [oncoline](#), [pallialine](#) en de richtlijnen van de [HOVON](#)

<sup>x<sup>iii</sup></sup> De patiëntenorganisaties hanteren de omschrijving van het MDO van de [IGZ. Basisset kwaliteitsindicatoren 2011](#), blz. 62.

<sup>x<sup>iv</sup></sup> Deze begeleider kan een vrijwilliger (gastvrouw/gastheer) zijn met deskundige achtergrond, bijvoorbeeld een voormalig (oncologisch) verpleegkundige of maatschappelijk werker.

## COLOFON

Deze set kwaliteitscriteria, geformuleerd vanuit patiëntenperspectief, zijn opgesteld door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK). Deze versie is ontwikkeld binnen voucherproject Kankerzorg patiëntgericht en transparant dat mogelijk is gemaakt door het Fonds PGO van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.