NEDERLANDS
OOGHEELKUNDIG
GEZELSCHAP

Normenkader kwaliteitsvisitaties Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)

2026

Normenkader kwaliteitsvisitaties Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) 1

Introductie 3

Inleiding 3

Waarderingssystematiek normen 5

Overzicht normen kwaliteitsvisitatie NOG 6

Quickscan 6
Vakgroepvergaderingen 7
Werkplezier en voorkomen ongewenst gedrag 7
Personele ondersteuning en ruimtelijke en medische voorzieningen 8
Samenwerking vakgroep met raad van bestuur* en stafbestuur 9
Samenwerking vakgroep met essentiële partners in de regio 10
Volume-indicaties en uitkomstgerichte informatie 11
Dossiervoering 12
Richtlijnen 14
Ongewenste uitkomsten van zorg 15
Continuïteit patiëntenzorg (ANW-diensten) 16
Delegeren van voorbehouden handelingen aan PA en Supervisie optometristen, ANIOS en PA's 17
Duurzaamheid 18
Patiëntenperspectief jaarlijks in kaart brengen 19

Introductie

Dit document beschrijft het normenkader van de kwaliteitsvisitatie van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)

Inleiding

De kwaliteitsvisitatie van medisch specialisten in Nederland heeft als doel de kwaliteit van zorg te borgen en waar mogelijk te verbeteren. Het mechanisme hierachter is erop gericht vakgroepen van medisch specialisten te stimuleren actief de kwaliteit van zorg continu te bewaken en te verbeteren. De kwaliteitsvisitatie heeft in de eerste plaats een kwaliteitsbevorderend karakter, maar kent daarnaast ook een toetsende component. In 2021 heeft de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de Federatie Medisch Specialisten de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties[1] opgesteld, met aanbevelingen om de visitatiemethodiek toekomstbestendig te maken. Recente ontwikkelingen, waarbij meer nadruk wordt gelegd op het verdiepende gesprek, zorgen ervoor dat zelfreflectie en -evaluatie binnen vakgroepen een steeds belangrijkere rol krijgen.

Uitgangspunten

De kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van kwaliteitsvisitaties kunnen in de volgende kernwoorden worden samengevat:

Verbeteren

De kwaliteitsvisitatie is bedoeld om de zorg voor kwaliteit te verbeteren door de vakgroep een spiegel voor te houden. De kwaliteitsvisitatie heeft daarmee met name een kwaliteitsbevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een verbeterimpuls worden gegeven, al dan niet door medewerking van raad van bestuur en/of stafbestuur en/of de wetenschappelijke vereniging.

Vertrouwen

De kwaliteitsvisitatie is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en “de maatschappij”. Dat vertrouwen moet worden waargemaakt door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, en ook op dat wat van “buiten” komt.

Verdiepen

Het visitatiemodel uit 2005 was een verdieping van het visitatieproces, aangezien er meer dan voorheen werd gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Deze verdieping is doorgegaan in 2012 met de Leidraad Waarderingssystematiek en evolueert nu verder met de uitwerking van de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitatie[1].

Verbinden

De visitatiemethodiek verbindt vakgroepleden met elkaar doordat het accent, veel meer dan

[1] Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-07/Bijlage Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties.pdf

voorheen, ligt op (zelf-)evaluatie en het gezamenlijk maken van verbeterplannen. Conclusies en adviezen worden standaard ter beschikking gesteld aan de raad van bestuur en het stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden gemaakt en monitoring kan plaatsvinden.

Proces van de kwaliteitsvisitatie
Kwaliteitsvisitaties vinden in principe eens per vijf jaar op locatie plaats. Actieve deelname hieraan is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria voor herregistratie. De vakgroep voert in de voorbereiding een zelfevaluatie uit op de normen uit dit normenkader, waarderen zichzelf op de normen en onderbouwen deze waardering. Daarnaast wordt aanvullende informatie gevraagd om een goed beeld te krijgen van de vakgroep en wordt hen gevraagd om informatie te geven over de gespreksthema's die zijn geselecteerd (zie werkwijze gespreksthema's). De visitatiecommissie ad hoc waardeert vervolgens de vakgroep op de normen op basis van de informatie vanuit de voorbereiding en de visitatiedag. Beide waarderingen komen in het visitatieverslag te staan. Het visitatieverslag wordt vervolgens naar de vakgroep gestuurd en een samenvatting van het visitatieverslag gaat naar de raad van bestuur en de medische staf conform het advies van de Federatie Medisch Specialisten. Een dergelijke samenvatting bevat een samenvattende tekst, knelpunten, de waarderingen op de normen van zowel de vakgroep als de visitatiecommissie (zonder onderbouwingen), de corresponderende aanbevelingen, zwaarwegende adviezen of voorwaarden, en overige zaken die niet voortvloeien uit de normen maar wel genoemd moeten worden.

Dynamisch
De opvatting over wat hoort bij een goede kwalitatieve praktijkvoering is aan ontwikkelingen onderhevig en heeft daardoor een dynamisch karakter. Dit normenkader kan dan ook geen statisch document zijn. Telkens zullen nieuwe inzichten ontstaan door wetenschappelijke publicaties en andere ontwikkelingen. Ook de eisen van de politiek en de samenleving aan de kwaliteit van zorg zullen aan verandering onderhevig zijn. Dit document zal daarom regelmatig worden geëvalueerd en waar nodig worden herzien.

Het normendocument wordt voorgelegd aan de algemene ledenvergadering van het NOG op 26 maart 2026.

Ontwikkeling normenkader
Met behulp van project ViSIE (looptijd augustus 2024 tot juli 2027) is het huidige normenkader tot stand gekomen. In project ViSIE zijn 21 wetenschappelijke verenigingen tegelijkertijd aan de slag gegaan met de doorontwikkeling van hun eigen visitatiemethodiek op basis van de aanbevelingen uit de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties[1]. Voor het NOG is een werkgroep met enkele leden van de visitatiecommissie en een beleidsmedewerker van het NOG aan de slag gegaan met de herziening van het normenkader. Belangrijk hierbij is dat is uitgegaan van een minimale basisvisitatie van een beperkt aantal normen, aangevuld met gespreksthema's. Dit om aan te sluiten bij de visie 'eenheid waar mogelijk, maatwerk waar nodig'. In dit normenkader staan zowel de normen als de bijbehorende gespreksthema's.

Waarderingssystematiek normen

De kwaliteitsvisitatie is vooral bedoeld om via zelfevaluatie te stimuleren tot verbetering van de kwaliteit. Daartoe zijn normen opgesteld waarin een omschrijving is gemaakt van de goede zorg (d.w.z. de zorg voldoet aan de gestelde norm). Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, wordt door de visitatiecommissie een advies gegeven aan de vakgroep. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt

Het resultaat is een waarderingssystematiek volgens onderstaande vierpuntsschaal.

1. **Goed - Norm (N)**
   Goede zorg.

2. **Voldoende - Aanbevelingen (A)**
   Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

3. **Onvoldoende - Zwaarwegend adviezen (ZA)**
   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.

4. **Zwaar onvoldoende - Voorwaarden (V)**
   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.

In sommige normen komen meerdere aspecten voor. In dat geval geldt dat de waardering voor de norm afhangt van het aspect dat het minst goed geborgd is door de vakgroep. De visitatiecommissie ad hoc geeft in dat geval in de onderbouwing en adviezen specifiek aan welke aspecten verbetering behoeven (en welke aspecten wel volgens de norm zijn).

Overzicht normen kwaliteitsvisitatie NOG

1. Quickscan

De vakgroep voert de Quickscan om het vakgroepfunctioneren te evalueren tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. In de evaluatie van het vakgroepfunctioneren middels de Quickscan wordt aandacht besteed aan de 'harde' kanten van het functioneren (te denken aan: taakverdeling, verdeling verantwoordelijkheden, besluitvorming, administratie en archivering, afdelingsdoelen, organisatie van vergaderingen) en aan de 'zachte' kanten van het functioneren (te denken aan: omgangsvormen, openheid, inspraak, cultuur en attitude).

Het vakgroepfunctioneren wordt ten minste iedere vijf jaar in kaart gebracht, bij voorkeur met de Quickscan. De uitkomsten worden geanalyseerd, besproken en verbeteracties worden vastgesteld en uitgevoerd. Het verbeterplan is SMART geformuleerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Rapport Quickscan vakgroep
- Verbeterplan n.a.v. Quickscan

Goed	De vakgroep voert de Quickscan ten minste iedere vijf jaar uit. De resultaten worden geanalyseerd en besproken. Er worden verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
Voldoende	De Quickscan wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd en de resultaten worden besproken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep alsnog verbeteracties te formuleren, deze uit te voeren en de bevindingen te monitoren.*
Onvoldoende	De Quickscan wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep dringend binnen twee jaar de resultaten van de Quickscan met de vakgroep te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Zwaar onvoldoende	De Quickscan wordt niet uitgevoerd; de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de Quickscan binnen zes maanden alsnog is uitgevoerd en besproken met de vakgroep en dat een verbeterplan is opgesteld.*

2. Vakgroepvergaderingen

De vakgroep houdt gestructureerde vakgroepvergaderingen met een vergaderagenda, de vergaderingen worden genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord. Bij deze vergaderingen zijn in principe alle vakgroepsleden aanwezig.

Documentatie ter voorbereiding

- Notulen en actielijst van 2 opeenvolgende vergaderingen

Goed	Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen (incl. resultaat- en complicatiebesprekingen) gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.
Voldoende	Er worden gestructureerde vakgroep vergaderingen (incl. resultaat- en complicatiebespreking) gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep de besluiten die worden genomen te monitoren.*
Onvoldoende	Er worden vakgroepvergaderingen (incl. resultaat- en complicatiebesprekingen) gehouden, maar zonder duidelijke structuur en notulen. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep dringend om binnen twee jaar de vakgroepvergaderingen te structureren, te zorgen voor notulering en te zorgen dat de besluiten worden gemonitord.*
Zwaar onvoldoende	Er worden geen vakgroepvergaderingen (incl. resultaat- en complicatiebesprekingen) gehouden. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden gestructureerde vakgroepvergaderingen houdt, dat deze genotuleerd worden en dat de besluiten worden gemonitord.*

3. Werkplezier en voorkomen ongewenst gedrag

Een veilig werkklimaat is essentieel om het werk goed en met plezier uit te kunnen voeren. Daarbij is het van belang dat ongewenst gedrag voorkomen wordt en indien dit onverhoopt toch is voorgevallen, dat het werkklimaat veilig genoeg is om deze incidenten te bespreken en verbeteracties op te stellen en uit te voeren. De vakgroep bespreekt en analyseert structureel het werkklimaat en de samenwerking met medewerkers en voert zo nodig verbeteracties uit om het eigen functioneren te verbeteren.

Hei-(mid)dagen kunnen hierbij van waarde zijn.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst medewerkers

Goed	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met de medewerkers. Het werkplezier en het voorkomen van ongewenst

	gedrag wordt j structureel besproken en er worden verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
Voldoende	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met de medewerkers. Er wordt structureel gesproken over werkplezier en ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om verbeteracties te formuleren omtrent werkplezier en het voorkomen ongewenst gedrag, en deze verbeteracties te monitoren.*
Onvoldoende	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met de medewerkers, maar de vakgroep bespreekt deze samenwerkingen niet structureel. Er wordt incidenteel gesproken over werkplezier en ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, maar dit wordt niet structureel besproken. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om binnen twee jaar een systeem te implementeren waarmee werkplezier en voorkomen van ongewenst gedrag structureel wordt besproken, verbeteracties worden vastgesteld en uitgevoerd.*
Zwaar onvoldoende	De samenwerking tussen de vakgroep en de medewerkers is onvoldoende en hierdoor is er een risico voor de patiëntveiligheid of is de patiëntveiligheid in het gedrang. Er is binnen de vakgroep onvoldoende aandacht voor een veilig werkklimaat en/of ongewenst gedrag wordt geaccepteerd (als zijnde een individueel probleem). *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden acties onderneemt om de samenwerking met medewerkers te verbeteren, en/of een systeem te implementeren waarmee werkplezier en het voorkomen van ongewenst gedrag structureel wordt besproken, verbeteracties worden vastgesteld en uitgevoerd.*

4. Personele ondersteuning en ruimtelijke en medische voorzieningen

Om goede zorg te kunnen leveren is adequate ondersteuning van de oogarts noodzakelijk. Dit betreft zowel personele ondersteuning als ondersteuning in ruimtelijke en medische voorzieningen (denk bijvoorbeeld aan ruimte op de poli, aanwezigheid van randapparatuur zoals FAG).
De ondersteuning dient op orde te zijn, en eventuele afwijkingen in de ondersteuning dienen geen belemmering te vormen voor de uitvoering, kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De vakgroep wordt hierin voldoende ondersteund vanuit de Raad van Bestuur.

Indien randapparatuur niet in een centrum aanwezig is, dienen er schriftelijke afspraken te zijn met een instelling waar deze randapparatuur wel aanwezig is.

Intra-oculaire ingrepen kunnen veilig worden uitgevoerd op een klasse 2-OK (criteria voor operaties staan uitgewerkt in het NOG-Uitvoeringsplan Green Deal Duurzame Zorg).

Documentatie ter voorbereiding:
n.v.t

Goed	De personele ondersteuning en ruimtelijke en medische voorzieningen zijn op orde. Eventuele afwijkingen in de personele ondersteuning, ruimtelijke en medische voorzieningen vormen geen belemmering voor de uitvoering, kwaliteit en veiligheid van in de betreffende praktijk uitgeoefende subspecialisaties.
Voldoende	Afwijkingen in de personele ondersteuning, ruimtelijke en medische voorzieningen vormen een belemmering voor de uitvoering van in de betreffende praktijk uitgeoefende subspecialisaties. De kwaliteit en veiligheid zijn geborgd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert om de wenselijke aanpassingen ten aanzien van de personele ondersteuning en ruimtelijke/medische voorzieningen te realiseren ter verbetering van de uitvoering van de in de betreffende praktijk uitgeoefende subspecialisaties.*
Onvoldoende	Aanpassingen zijn nodig ter verbetering van de kwaliteit (bijvoorbeeld ontbrekende apparatuur) - Indien er aanpassingen op dit vlak gewenst zijn. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar de noodzakelijke aanpassingen ten aanzien van de personele ondersteuning en ruimtelijke/medische voorzieningen te realiseren zodat de kwaliteit van zorg verbetert.*
Zwaar onvoldoende	Aanpassingen zijn nodig t.a.v. de veiligheid - Indien er aanpassingen op dit vlak gewenst zijn. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen (maximaal) zes maanden de noodzakelijke aanpassingen ten aanzien van de personele ondersteuning en ruimtelijke/medische voorzieningen heeft gerealiseerd zodat de veiligheid is gegarandeerd.*

5. Samenwerking vakgroep met raad van bestuur* en stafbestuur

Er is een constructieve samenwerking tussen de vakgroep en raad van bestuur en stafbestuur. De raad van bestuur en stafbestuur zijn op de hoogte van (belangrijke) ontwikkelingen binnen de vakgroep. Er is structurele afvaardiging van de vakgroep bij stafvergaderingen

Documentatie ter voorbereiding:
n.v.t.

Goed	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met de raad van bestuur* en stafbestuur en er is een structurele afvaardiging van de vakgroep bij stafvergaderingen.
Voldoende	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met de raad van bestuur* en stafbestuur, maar er is geen structurele afvaardiging van de vakgroep bij stafvergaderingen. *Aanbeveling: de visitatiecommissie adviseert de vakgroep om structureel iemand af te vaardigen bij de stafvergaderingen.*
Onvoldoende	Er is sprake van een conflict tussen raad van bestuur*/stafbestuur en de vakgroep maar dit heeft tot op heden geen negatieve invloed op de patiëntveiligheid. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep en raad van bestuur gezamenlijk dringend om binnen twee jaar de eventuele conflicten tussen de leden van de vakgroep en de raad van bestuur* / stafbestuur op te lossen zodat een constructieve samenwerking tussen de genoemde partijen wordt gerealiseerd.*
Zwaar onvoldoende	Er is sprake van een (ernstig) conflict tussen raad van bestuur*/stafbestuur en de vakgroep waardoor de patiëntveiligheid in het gedrang is. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep en de raad van bestuur gezamenlijk binnen (maximaal) zes maanden de samenwerking zodanig hebben verbeterd dat de patiëntveiligheid is gegarandeerd. De vakgroep dient daartoe zo spoedig mogelijk [tijd nader te specificeren per visitatie] een gezamenlijk SMART plan van aanpak op te stellen met de raad van bestuur*/het management.*

*bij een ZBC: ook raad van toezicht

6. Samenwerking vakgroep met essentiële partners in de regio

De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met essentiële partners in de regio (het adherentiegebied/verwijzers en referentiecentra), zoals huisartsen, optometristen en verwijzende oogartsen. Er zijn afspraken over overleg en/of verwijzing. De vakgroep bespreekt en analyseert de samenwerking met partners in de regio structureel en voert zo nodig verbeteracties uit om het eigen functioneren te verbeteren.

Documentatie ter voorbereiding:
Verwijzersenquête (in te vullen door verwijzers: huisartsen, verwijzende optometristen, verwijzende oogartsen).

Goed	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met essentiële partners in de regio. De vakgroep bespreekt en analyseert deze

	samenwerking structureel en gebruikt deze om het functioneren van de vakgroep zo nodig te verbeteren.
Voldoende	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met essentiële partners in de regio. De vakgroep bespreekt en analyseert deze samenwerking structureel, maar gebruikt dit niet om het functioneren van de vakgroep te verbeteren. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om de samenwerking met de interne en externe contacten te gebruiken om het eigen functioneren waar nodig te verbeteren.*
Onvoldoende	De vakgroep heeft een constructieve samenwerking met essentiële partners in de regio, maar de vakgroep bespreekt en analyseert deze samenwerkingen niet structureel. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om de samenwerking met essentiële partners in de regio structureel te analyseren en te bespreken, en dit te gebruiken om het eigen functioneren te analyseren en waar nodig te verbeteren.*
Zwaar onvoldoende	De samenwerking met essentiële partners in de regio is onvoldoende en hierdoor is de patiëntveiligheid in het gedrang. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de samenwerking zodanig heeft verbeterd dat de patiëntveiligheid is gegarandeerd. Zij dient daartoe zo spoedig mogelijk [tijd nader te specificeren per visitatie] een gezamenlijk SMART plan van aanpak op te stellen met deze partijen.*

7. Volume-indicaties en uitkomstgerichte informatie

Oogartsen zijn zelf verantwoordelijk voor het behalen van de volume-indicaties en het analyseren van uitkomstgerichte informatie. Het is belangrijk dat hier ook binnen de vakgroep aandacht voor is.

Volume-indicaties
Het NOG heeft volume-indicaties opgesteld per subspecialisatie. De volume-indicaties zijn terug te vinden in toekomstbestendige oogheelkundige zorg.
De vakgroep is op de hoogte van het aantal en type ingrepen dat zij als groep, maar ook individueel uitvoert, en analyseert en bespreekt de uitkomsten minimaal jaarlijks. Zo nodig worden er verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.

Uitkomstgerichte informatie (inclusief kwaliteitsregistratie cataract)
De vakgroep maakt gebruik van verschillende typen uitkomstinformatie en gebruikt deze om de uitkomsten te analyseren en te verbeteren. Voor cataract gebruikt de vakgroep databases die het NOG faciliteert via directe invoer of via koppeling aan eigen EPD of database. Voor andere subspecialismen wordt gebruik gemaakt van zelf bijgehouden AVG-

bestendige registratie met (operatie)uitkomsten inclusief complicaties die overlegd kan worden bij een kwaliteitsvisitatie..

Documentatie ter voorbereiding:

- Aantallen van uitgevoerde ingrepen (invullen in vragenlijst) van afgelopen 2 jaar
- Notulen complicatiebesprekingen van de subspecialismen
- Verbeterplan n.a.v. bespreking volume-indicaties/uitkomstgerichte informatie

Goed	De vakgroep analyseert het aantal uitgevoerde ingrepen en de eigen uitkomsten en spiegelt deze ten minste jaarlijks aan de gestelde volume-indicaties en de landelijke kwaliteitsregistratie. De resultaten worden binnen de vakgroep besproken en er worden verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
Voldoende	De vakgroep spiegelt en analyseert het aantal uitgevoerde ingrepen en de eigen uitkomst en spiegelt deze ten minste jaarlijks aan de gestelde volumenormen en de landelijke kwaliteitsregistratie. De resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld of uitgevoerd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om verbeteracties te formuleren over het behalen van de volumenormen en het analyseren van uitkomstgerichte informatie, en deze verbeteracties uit te voeren en te monitoren.*
Onvoldoende	De vakgroep registreert het aantal ingrepen en uitkomstgerichte informatie maar analyseert en bespreekt deze uitkomsten niet en spiegelt deze niet aan de landelijk gestelde normen. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar het behalen van de volumenormen en/of de resultaten vanuit uitkomstgerichte informatie te analyseren en te bespreken en deze te spiegelen aan de landelijke gestelde normen.*
Zwaar onvoldoende	De vakgroep maakt geen gebruik van een database voor de het registreren van uitkomstgerichte informatie. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden gebruik maakt van een kwaliteitsregistratie, bij voorkeur het registratiesysteem van het NOG.*

8. Dossiervoering

De vakgroep legt het geneeskundige handelen schriftelijk vast. De dossiers bevatten de relevante informatie voor het geneeskundig handelen. Onder relevante informatie wordt in ieder geval verstaan:

- Anamnese
- Spleetlamponderzoek

- Overig (aanvullend/ aanvullend oogheelkundig) onderzoek
- Conclusie
- Medisch beleid
- Informed consent

De vakgroep doet tenminste jaarlijks een zelfevaluatie (d.m.v. een dossieronderzoek), de uitkomsten hiervan worden geanalyseerd en besproken, en op basis hiervan wordt de dossiervoering indien gewenst aangepast.

Documentatie ter voorbereiding:

- Resultaten dossieronderzoek
- Verbeterplan n.a.v. dossieronderzoek
- Evt. steekproef door visitatiecommissie tijdens visitatie

Goed	De vakgroep heeft dossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd, evalueert jaarlijks de dossiervoering en past die indien gewenst aan.
Voldoende	De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om naar aanleiding van het dossieronderzoek verbeteracties te formuleren en uit te voeren, jaarlijks het dossieronderzoek uit te voeren door het op te nemen in een kwaliteitscyclus en hierbij specifiek aandacht te schenken aan de geconstateerde aandachtspunten.*
Onvoldoende	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar de dossiervoering van de vakgroep op orde te brengen. De visitatiecommissie adviseert jaarlijks een zelfevaluatie uit te voeren en op basis van de bevindingen verbeteracties uit te voeren. De visitatiecommissie adviseert de resultaten binnen twee jaar ter beoordeling voor te leggen aan de visitatiecommissie.*
Zwaar onvoldoende	De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de dossiervoering op orde brengt. De visitatiecommissie stelt als voorwaarde een zelfevaluatie uit te voeren en de resultaten daarvan binnen zes maanden ter beoordeling voor te leggen aan de visitatiecommissie.*

9. Richtlijnen

Het NOG ontwikkelt, samen met relevante wetenschappelijke verenigingen, richtlijnen en standpunten ten behoeve van het oogheelkundig geneeskundig handelen. Deze worden gepubliceerd op de NOG website en richtlijnendatabase. De vakgroep volgt deze richtlijnenen heeft deze lokaal geïmplementeerd aan de hand van zorgprocessen (zorgpaden) of protocollen welke periodiek worden geactualiseerd. Indien er wordt afgeweken van de richtlijnen, dan is dit beargumenteerd en wordt dit in het patiëntendossier vastgelegd. Nieuwe richtlijnen worden periodiek in de vakgroep besproken en de relevante e-learnings van het NOG worden gevolgd. Bilaterale cataractchirurgie (ISBCS) wordt uitgevoerd conform de principes van de module BICAT uit de richtlijn cataract.

Documentatie ter voorbereiding:
n.v.t.

Goed	De richtlijnen van het NOG zijn lokaal geïmplementeerd en worden periodiek geactualiseerd. Richtlijnen worden periodiek in de vakgroep besproken en geëvalueerd. Wanneer wordt afgeweken van de richtlijnen wordt dit beargumenteerd vastgelegd in het patiëntendossier.
Voldoende	De richtlijnen van het NOG worden nagekomen, beargumenteerde afwijkingen worden in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden echter niet periodiek besproken en geëvalueerd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert om de richtlijnen periodiek binnen de vakgroep te bespreken en te evalueren.*
Onvoldoende	Richtlijnen worden incidenteel in de vakgroep besproken en geëvalueerd. Het afwijken van de richtlijnen wordt echter niet structureel beargumenteerd vastgelegd in het patiëntendossier. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar het afwijken van de richtlijnen beargumenteerd vast te leggen in het patiëntendossier.*
Zwaar onvoldoende	De richtlijnen zijn niet uitgewerkt in protocollen en/of zorgpaden en worden **niet** in de vakgroep besproken en geëvalueerd. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de richtlijnen van het NOG uitwerkt in protocollen/zorgpaden en deze met de gehele vakgroep bespreekt. Wanneer wordt afgeweken van de richtlijnen wordt dit beargumenteerd vastgelegd in het patiëntendossier.*

10. Ongewenste uitkomsten van zorg

Onder ongewenste uitkomsten van zorg worden verstaan: incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten. Deze ongewenste uitkomsten van zorg worden door de vakgroep structureel geregistreerd en gebruikt ter lering, om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dit is vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus.

Onder medisch beleid wordt verstaan de eenheid in het medisch beleid bij patiënten, bijv. wanneer patiënten in de dienst worden overgenomen. Maar ook dat het voor collega-specialisten of verpleegkundigen niet uit moet maken wie zij aan de lijn krijgen voor keuzes in medisch beleid.

Documentatie ter voorbereiding:
n.v.t

Goed	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden structureel geanalyseerd en besproken. Er worden verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
Voldoende	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten, worden structureel geanalyseerd en besproken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert om aan de hand van de bespreking van incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en/of klachten, structureel verbeteracties te formuleren, uit te voeren en te evalueren.*
Onvoldoende	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten, worden geregistreerd maar deze worden niet geanalyseerd of besproken. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en/of klachten structureel te analyseren, deze plenair te bespreken en verbeteracties te formuleren en uit te voeren.*
Zwaar onvoldoende	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten, worden **niet** geregistreerd. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden structureel incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en/of klachten incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en/of klachten registreert, bespreekt en waar mogelijk actie onderneemt op basis van deze klachten.*

11. Continuïteit patiëntenzorg (ANW-diensten)

De vakgroep is verantwoordelijk voor het invullen van diensten, zowel binnen de eigen instelling als diensten binnen de regio. Diensten voor alle patiënten van de instelling worden in beginsel gedeeld door de gehele vakgroep.

De vakgroep heeft een inzichtelijke dienstregeling vastgelegd waarbij helder is wie wanneer (en waarvoor) bereikbaar is, en waarbij altijd een oogarts fysiek op locatie aanwezig kan zijn. De afspraken over diensten zijn vastgelegd in dienstlijsten. Deze zijn bekend bij de telefooncentrale en/of dienstboodschap op de telefoonbeantwoorder.

Documentatie ter voorbereiding:
n.v.t.

Goed	De gehele vakgroep is verantwoordelijk voor de invulling van de diensten voor alle patiënten van de instelling, waarbij er altijd een oogarts beschikbaar is die fysiek op locatie aanwezig kan zijn. De afspraken over de diensten (binnen de eigen instelling EN binnen de regio) zijn vastgelegd in dienstlijsten, die bekend zijn bij telefooncentrale en/of dienstboodschap op telefoonbeantwoorder.
Onvoldoende	Er zijn geen afspraken over de diensten binnen de regio maar er zijn wel afspraken over de diensten in de eigen instelling, waarbij er altijd een oogarts beschikbaar is die fysiek op locatie aanwezig kan zijn. De afspraken zijn bekend bij telefooncentrale en/of dienstboodschap op telefoonbeantwoorder. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep dringend om binnen twee jaar afspraken te maken over de diensten binnen de regio en deze vast te leggen in dienstlijsten en bekend te maken bij de telefooncentrale en/of dienstboodschap op telefoonbeantwoorder.*
Zwaar onvoldoende	De diensten voor alle patiënten van de instelling worden niet door de vakgroep gedeeld, en er is geen regeling waarbij er altijd iemand fysiek op locatie aanwezig kan zijn. Er zijn geen afspraken over de diensten (binnen de eigen instelling en binnen de regio), vastgelegd in dienstlijsten, die bekend zijn bij telefooncentrale en/of dienstboodschap op telefoonbeantwoorder. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep per direct/binnen zes maanden afspraken heeft gemaakt over de diensten, waarbij er altijd iemand fysiek op locatie aanwezig kan zijn. De afspraken dienen te worden vastgelegd in dienstlijsten en bekend te zijn bij telefooncentrale en/of dienstboodschap op telefoonbeantwoorder.*

12. Delegeren van voorbehouden handelingen aan PA en Supervisie optometristen, ANIOS en PA's

De oogarts werkt samen met physician assistant(s) (PA), waarbij sprake is van taakherschikking. De PA is volgens de wet zelfstandig bevoegd om voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en te delegeren, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundig specialist (VS).

Het NOG heeft een standpunt opgesteld inzake de zelfstandige bevoegdheid van de PA in het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (zie standpunt voorbehouden handelingen) Hierin zijn een aantal laagcomplexe routinematige verrichtingen aangewezen die veelvuldig in de oogheelkundige praktijk voorkomen en door een PA kunnen worden uitgevoerd. Het NOG beschouwt alle intraoculaire (chirurgische) verrichtingen als hoogcomplex en deze behoren tot het terrein van de oogarts. Uitzondering hierop zijn de intravitreale injecties.

Verder dient de verhouding medisch specialist/PA 1:maximaal 1 te zijn, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft en er voldoende ruimte is voor overleg. Deze verhouding geldt zowel tijdens de opleiding van de PA als na afronding van de opleiding. Tijdens de werkzaamheden van een PA dient de oogarts direct beschikbaar te zijn voor eventuele afstemming en interventie. Dat geldt zeker voor de voorbehouden handelingen.

Optometristen, ANIOS en PA's kunnen een deel van de oogheelkundige zorg leveren, bijvoorbeeld de intake van patiënten. Deze samenwerking tussen de optometristen en oogartsen dient schriftelijk te zijn vastgelegd in protocollen. De supervisie moet op orde zijn, waarbij er altijd een oogarts fysiek aanwezig is, of telefonisch goed bereikbaar. Daarbij moet de supervisor voldoende tijd hebben om de supervisie te geven, het spreekuur van de oogarts is hiervoor leeg of voldoende aangepast.

Documentatie ter voorbereiding:

- (meest recente) ondertekende EPA's van de PA

Goed	De PA verricht voorbehouden handelingen, onder de voorwaarden zoals beschreven in standpunt voorbehouden handelingen) waartoe hij/zij bekwaam en bevoegd is bevonden door de vakgroep, hetgeen jaarlijks wordt herzien en vastgelegd in schriftelijke werkafspraken. De ratio oogarts/PA voldoet aan de norm 1:maximaal 1. De supervisie is adequaat geregeld; de superviserende oogarts is fysiek aanwezig en adequaat beschikbaar voor de optometristen, ANIOS en PA's. De supervisor heeft genoeg tijd om supervisie ter plekke en op dat moment te geven. Het spreekuur van de oogarts is hiervoor leeg of voldoende aangepast.

Voldoende	De superviserende oogarts is fysiek aanwezig maar niet adequaat beschikbaar voor de optometristen, ANIOS en PA's; de supervisor heeft een eigen spreekuur. De optometrist, ANIOS en PA kan de superviserende oogarts erbij halen, echter moeten hiervoor wachten. Het spreekuur is niet of nauwelijks aangepast. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep om te zorgen dat de supervisor adequaat beschikbaar is voor de optometristen, ANIOS en PA's.*
Onvoldoende	De supervisor is niet fysiek aanwezig maar wel altijd telefonisch beschikbaar voor de optometristen, ANIOS en PA's. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep dringend om binnen twee jaar te zorgen dat de supervisor fysiek aanwezig is en adequaat beschikbaar is voor de optometristen, ANIOS en PA's.*
Zwaar onvoldoende	De PA verricht voorbehouden handelingen, maar dit is niet vastgelegd in schriftelijke werkafspraken en/of dit wordt niet jaarlijks herzien. De ratio oogarts/PA voldoet niet aan de norm 1:maximaal 1. En/of: De superviserende oogarts is niet fysiek aanwezig en niet of slecht telefonisch beschikbaar voor de optometristen, ANIOS en PA's. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden schriftelijke werkafspraken vastlegt over de voorbehouden handelingen en deze afspraken jaarlijks herziet. En/of:* *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep per direct / binnen zes maanden zorgt dat de supervisie door de oogarts aan de optometrist, ANIOS en PA's adequaat beschikbaar is.*

13. Duurzaamheid

In 2022 heeft het NOG de *Green Deal 3.0 Samen werken aan Duurzame Zorg* ondertekend, en daarmee de doelstelling om de oogheelkundige zorg te verduurzamen. Ten behoeve hiervan zijn meerdere *Best Practices* ontwikkeld, welke te vinden zijn in de toolkit Duurzame Oogheelkunde. Vakgroepen zijn op de hoogte van deze *best practices* en hebben deze geïmplementeerd in de praktijk.
Daarnaast is in 2024 het NOG Uitvoeringsplan Green Deal Duurzame Zorg ontwikkeld. Dit bevat 13 aanbevelingen voor de oogheelkundige praktijk om de doelen van de Green Deal 3.0 te bereiken. Voor de implementatie van de aanbevelingen heeft elke vakgroep een zorgprofessional aangewezen als aanspreekpunt duurzaamheid voor de NOG Commissie Duurzaamheid.

Voorbeelden van aanbevelingen met grote impact op het gebied van duurzaamheid zijn maatregelen m.b.t. de luchtbehandeling op de OK en de simultane bilaterale cataractchirurgie.

Bij vragen over duurzaamheid kan de vakgroep contact opnemen met de Commissie Duurzaamheid van het NOG.

Documentatie ter voorbereiding:

- Geef aan welke aanbevelingen uit het NOG Uitvoeringsplan de vakgroep al heeft uitgevoerd en met welke aanbevelingen de vakgroep de komende periode aan de slag gaat.

Goed	De vakgroep heeft de *best practices* duurzame oogheelkunde geïmplementeerd en heeft een aanspreekpunt Duurzaamheid. De 13 aanbevelingen voor oogartsen uit het NOG Uitvoeringsplan zijn opgevolgd.
Voldoende	De vakgroep heeft de *best practices* duurzame oogheelkunde geïmplementeerd en heeft een aanspreekpunt Duurzaamheid. Drie aanbevelingen voor oogartsen uit het NOG Uitvoeringsplan zijn opgevolgd. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep alle 13 aanbevelingen voor oogartsen uit het NOG Uitvoeringsplan op te volgen.*
Onvoldoende	De vakgroep is bekend met de *best practices* duurzame oogheelkunde, maar heeft deze (nog) niet geïmplementeerd. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert de vakgroep dringend om binnen twee jaar de best practices duurzame oogheelkunde te implementeren.*
Zwaar onvoldoende	De vakgroep is niet bekend met de *best practices* duurzame oogheelkunde. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden kennisneemt van de best practices duurzame oogheelkunde en deze gaat implementeren.*

14. Patiëntenperspectief jaarlijks in kaart brengen

Er zijn verschillende manieren om het patiëntenperspectief – in het bijzonder de ervaringen van patiënten - in kaart te (laten) brengen. Tot op heden zijn (nog) geen gevalideerde instrumenten beschikbaar die als benchmark kunnen fungeren. Mogelijke instrumenten die beschikbaar zijn: ziekenhuisenquêtes, enquêtes uitgezet door de vakgroep zelf, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews.

Documentatie ter voorbereiding:

- Resultaten van patiënttevredenheidsonderzoek en beschrijving resultaten.
- Verbeterplan n.a.v. in kaart brengen van patiëntperspectief

Goed	De vakgroep brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.
Voldoende	De vakgroep brengt het patiëntenperspectief jaarlijks in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. *Aanbeveling: De visitatiecommissie adviseert om aan de hand van de uitkomsten van het in kaart brengen van het patiëntenperspectief verbeteracties op te stellen en deze uit te voeren.*
Onvoldoende	De vakgroep brengt het patiëntenperspectief jaarlijks in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. *Zwaarwegend advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar de uitkomsten van het patiëntenperspectief binnen de vakgroep te bespreken en aan de hand daarvan verbeteracties te formuleren en uit te voeren. Het in kaart brengen van het patiëntenperspectief wordt opgenomen in de jaarlijkse kwaliteitscyclus.*
Zwaar onvoldoende	De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart. *Voorwaarde: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden een plan van aanpak opstelt om het patiëntenperspectief in kaart te brengen. De vakgroep maakt een aanvang met de implementatie van het verbeterplan en laat zien op welke wijze zij de uitkomsten gaan bespreken en analyseren.*