NEDERLANDS OOGHEELKUNDIG GEZELSCHAP

Toekomstbestendige oogheelkundige zorg

kwaliteit en toegankelijkheid

CONCEPT

Commissie kwaliteit
[02-09-2021]

In Nederland leveren 714 oogartsen samen oogheelkundige zorg voor 17,3 miljoen inwoners. Per inwoner heeft Nederland in Europa een relatief klein aantal oogartsen; de kwaliteit van de zorg is al jaren van zeer hoog niveau. Tweedelijns oogheelkunde wordt geleverd dichtbij de patiënt; derdelijns zorg is geconcentreerd in een beperkt aantal academische centra en specialistische centra. De algemeen oogarts richt zich op de algemene oogheelkundige zorg en kan zich op (delen van) de complexere oogzorg richten. Deze complexere oogzorg valt onder te verdelen in subspecialisaties. Ongeveer 80% van de veelvoorkomende oogaandoeningen zijn beschreven in evidence-based richtlijnen. Met kwaliteitsvisitaties wordt de kwaliteit van de Nederlandse oogheelkundige zorg periodiek geëvalueerd en waar nodig verder verbeterd. De concrete invulling van het kwaliteitsbeleid van de oogheelkundige subspecialisaties wordt in de rest van deze notitie gepresenteerd en toegelicht. Het doel van dit document is om de kwaliteit van de oogheelkundige zorg te waarborgen en tegelijkertijd een adequate toegankelijkheid/capaciteit van de subspecialistische oogheelkundige zorg te bevorderen.

CONCEPT

Inhoudsopgave

Inleiding 3
Tweedelijns en derdelijns zorg 4
Eisen aan de subspecialisaties 6
Evidence-based richtlijnen 10
Indicatoren 12
Kwaliteitsregistratie 13
Kwaliteitsvisitatie 14

Inleiding

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) is de wetenschappelijke vereniging voor oogartsen. Zij ziet het bewaken, het bevorderen en het optimaliseren van de vakinhoudelijke kwaliteit van de oogheelkundige patiëntenzorg als een essentiële taak. Om kwalitatief hoogwaardige oogheelkundige patiëntenzorg te bewerkstelligen en te waarborgen ontwikkelt het NOG beleid dat gericht is op het verbeteren van deze oogheelkundige patiëntenzorg.

Voor het bevorderen van de kwaliteitscyclus worden kwaliteitsinstrumenten gebruikt. De vereniging beschikt over verschillende kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen, indicatoren, kwaliteitsregistraties, kwaliteitsvisitaties, patiëntenvoorlichting en bij- en nascholing, waaronder richtlijn educatie programma's (REP's) die gebaseerd zijn op richtlijnen.
Om te komen tot optimale kwaliteit van oogheelkundige zorg ziet het NOG het als een vereiste om het **samenhangende beleid binnen de kwaliteitscyclus** verder uit te bouwen. Op deze manier verwacht de vereniging tot een harmonieuze en effectieve kwaliteitsbewaking te komen.

Het aantal patiënten dat een beroep doet op oogzorg is in de afgelopen jaren gestegen en zal in de komende jaren nog verder toenemen. De algemeen oogarts in Nederland levert in de 2e lijn zorg die bestaat uit een beschouwend deel (bijvoorbeeld / onder andere zorg voor diabetes-, leeftijdsgebonden maculadegeneratie- en glaucoompatiënten) en een chirurgisch deel (cataractchirurgie en een aantal veelvoorkomende kleinere ingrepen).

De algemeen oogarts richt zich op de algemene oogheelkundige zorg en kan zich op (delen van) de complexere oogzorg richten. Zo nodig verwijst de algemeen oogarts naar de 3e lijn voor laagvolume, hoogcomplexe zorg. Voor de hoogcomplexe zorg heeft het NOG de subspecialisaties ingesteld. Naast de academische klinieken zijn steeds meer niet-academische klinieken in staat om subspecialistische oogheelkundige zorg te leveren. Het is van belang dat de eisen per oogheelkundige subspecialisatie helder zijn zodat de kwaliteit, de veiligheid en de toegankelijkheid van de oogheelkundige zorg is gewaarborgd.

Binnen de oogheelkunde bestaan de volgende subspecialismen: cataractchirurgie, corneachirurgie, glaucoomchirurgie, oculoplastische chirurgie (ooglidchirurgie, orbitachirurgie, traanwegchirurgie), strabismuschirurgie, vitreoretinale chirurgie en kinderchirurgie t.a.v. cataract. De subspecialisaties zijn belegd bij de inhoudelijke werkgroepen van het NOG. Deze werkgroepen bepalen onder meer de inhoudelijke kwalificaties per subspecialisatie. Het NOG hecht waarde aan het bewerkstelligen van transparantie en waar mogelijk uniformiteit in de gestelde eisen voor de subspecialisatie. Voor de oogheelkunde bestaat geen hard wetenschappelijk bewijs voor (verdere) concentratie van zorg. Om die reden heeft het NOG ervoor gekozen de verschillende subspecialistische werkgroepen van het NOG advies te laten uitbrengen over voorwaarden voor kwalitatief hoogstaande zorg. Hierbij gaat het niet alleen over volumenormen, maar juist ook over de kwaliteit van de geleverde zorg, adequate scholing, samenwerkingsverbanden, faciliteiten en bereikbaarheid. Bij bereikbaarheid dient men te denken aan bereikbaarheid in plaats (voldoende centra over het land om te voorkomen dat de (meestal oudere) oogheelkundige patiënt onnodig ver moet reizen) en bereikbaarheid buiten kantooruren. In de voorliggende notitie wordt de kwaliteitscyclus van de oogheelkundige zorg en de plaats van de subspecialistische eisen hierin verder toegelicht.

CONCEPT

Tweedelijns en derdelijns zorg

De algemeen oogarts in Nederland levert hoogvolume, laagcomplexe zorg (tweedelijns oogheelkundige zorg). Die zorg bestaat uit een beschouwend deel en een chirurgisch deel. Dit is een compleet pakket; huisartsen en andere medici kunnen voor alle oogheelkundige problemen bij de algemeen oogarts terecht. Dit is van groot belang omdat specifieke kennis van het oog voor een gerichte verwijzing vaak ontbreekt. De algemeen oogarts lost de meeste problemen zelf op en kent de kanalen naar de laagvolume, hoogcomplexe (derdelijns) zorg. Op deze manier bieden we daarmee voor de meeste patiënten dichtbij huis een snelle en goede zorg zonder onnodige verwijzingen. Deze verwijzingen zouden onvermijdelijk zijn wanneer men de tweedelijns zorg gaat splitsen en concentreren. Naast meer verwijzingen is er tevens een grotere kans op fouten, bijvoorbeeld als gevolg van het grotere aantal overdrachtsmomenten of door het minder goed onderkennen en behandelen van relevante pathologie die buiten de eigen (te) nauwe visie valt.

Bij laagvolume, hoogcomplexe zorg kan soms wel winst geboekt worden door deze te concentreren. Die weg zijn we als NOG dan ook al jaren geleden ingeslagen, al is de literatuur daarover niet eenduidig. Deze subspecialistische zorg wordt voornamelijk verleend door de opleidingsklinieken. Deze klinieken verlenen naast dit type zorg ook tweedelijns zorg, zowel noodzakelijk bij hun eigen complexe patiënten als essentieel in het kader van de opleiding. Een deel van de tweedelijns zorg in de opleiding wordt tijdens de perifere stage verder uitgebouwd in algemene ziekenhuizen.

Tweedelijns en derdelijns zorg vormen samen een afgewogen, complementair geheel. Voor de kwaliteit en veiligheid is een stabiel oogheelkundig zorglandschap essentieel. Dat geldt ook voor de opleiding en dus voor het borgen van goede kwaliteit in de toekomst. Een oogarts in opleiding kan bovendien niet zomaar ergens een stukje opleiding volgen – dat kan alleen bij een erkende opleidingsinstelling. Specifieke eisen worden gesteld aan de lokale opleider en aan de praktijk; een terugkerende opleidingsvisitatie is obligaat en alles tezamen vraagt dit een forse investering. Daarmee is opleiden niet alleen kostbaar, maar ook allerminst vrijblijvend, gezien het grote belang van continuïteit en verbetering van goede zorg op de lange termijn. Het is mede de verantwoordelijkheid van de verzekeraars om een goede en stabiele organisatie van zorg mogelijk te maken. Deze organisatie zal de belangen per verzekeraar moeten overstijgen om te voorkomen dat beleid per verzekeringsgebied dit robuuste systeem in gevaar brengt. Een vaak wisselende of per verzekeraar verschillend ingerichte zorg staat haaks op kwaliteit en veiligheid, nu en in de toekomst.

Aanvullende eisen voor subspecialismen

Om kwaliteit van zorg van subspecialistische oogheelkundige zorg te kunnen borgen is er een aantal facetten die de kliniek en de betreffende oogarts op orde dient te hebben:

1) een kwaliteitsregistratie;
2) een complicatieregistratie;
3) lid zijn van de inhoudelijke werkgroep zoals deze belegd zijn bij het NOG;
4) het (aantoonbaar) bijwonen van 2 complicatiebesprekingen per jaar;
5) de faciliteiten in de kliniek moeten in overeenstemming zijn met de ingreep (inclusief opname mogelijkheid/narcose etc.);
6) de 24-uurs zorg dient geregeld te zijn;
7) nascholing dient gewaarborgd te zijn en

CONCEPT

8) het aangeboden palet aan chirurgische ingrepen dient in balans te zijn met de competenties (zie Tabel 1 op pagina 8).

In een volgend hoofdstuk worden voorwaarden verder toegelicht die bijdragen aan kwalitatief hoogstaande, hoogcomplexe oogzorg.

CONCEPT

Eisen aan de subspecialisaties

In dit document zullen per subspecialisme de criteria worden beschreven die bijdragen aan kwalitatief hoogstaande, hoogcomplexe oogzorg.
De criteria zijn uitgewerkt per domein:

1. opleiding/aanvullende scholingseisen
2. volume-indicaties
3. aanvullende competenties
4. registratie van resultaten en complicaties,
5. faciliteiten in de kliniek
6. continuïteit van zorg (bereikbaarheid, samenwerkingsverbanden en aantal werkzame oogartsen binnen het subspecialisme)

Een aantal van deze criteria is voorwaardelijk (zoals opleiding) en een aantal van deze criteria is indicatief (zoals de volumenorm) en zijn toegespitst op de complexiteit (en zeldzaamheid) van het subspecialisme. Meer specifiek zorgen de afspraken over criteria er mede voor dat een algemeen oogarts in bepaalde gevallen een deel van de complexe operaties kan uitvoeren die onder een bepaald subspecialisme vallen mits hij/zij hiervoor bekwaam is. In bepaalde situaties en bij bepaalde aandoeningen en ingrepen kan dit zonder dat de betreffende oogarts een subspecialist in de volle breedte is. Indien de oogarts bekwaam is voor een bepaalde verrichting vervalt de voorwaarde voor het volgen van een fellowship. Deze bekwaamheid kan onder andere blijken uit de kwaliteitsregistratie of kan blijken uit een zelf bijgehouden AVG-bestendige registratie met (operatie)uitkomsten inclusief complicaties die overlegd kan worden bij een kwaliteitsvisitatie. De volumenormen zijn een handvat voor een subspecialisme maar deze zijn niet leidend bij aantoonbare bekwaamheid.
Voor alle subspecialismen geldt dat de 24-uurs zorg voor het subspecialisme gewaarborgd moet zijn door middel van schriftelijke afspraken op de behandellocatie. Indien de 24-uurszorg voor het betreffende subspecialisme geregeld is samen met een ander centrum en dit schriftelijk is vastgelegd, hoeven er niet meerdere oogartsen binnen een subspecialisme in een centrum werkzaam te zijn.
In zijn algemeenheid geldt dat de operateur de patiënt voor de operatie zelf ziet. Tijdens dit consult zal oogheelkundig onderzoek dienen plaats te vinden en volgens de WGBO met patiënt(e) en/of diens ouders de operatie en nazorg besproken worden.

Opleiding / aanvullende scholingseisen

Het als routinevaardigheid beheersen van cataractchirurgie bij volwassenen, veel voorkomende laagcomplexe ooglidchirurgie en de strabismuschirurgie maakt deel uit van de opleiding tot oogarts. Voor corneachirurgie, glaucoomchirurgie, kindercataractchirurgie, traanweg-, complexe ooglid- en orbitachirurgie, en vitreoretinale chirurgie geldt dat niet. Hiervoor bestaan, per subspecialisme, fellowships. Het op een adequate wijze doorlopen van dergelijke fellowships is een logische eis voor toekomstige subspecialisten om een subspecialisme uit te mogen oefenen. Het is van belang dat de mogelijkheid en timing van het volgen van het fellowship afgestemd blijft op de beschikbare posities als chirurg. Om vervolgens op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen binnen het subspecialistische vak dient de specialist lid te worden van de betreffende inhoudelijke NOG werkgroep en aantoonbaar nascholing volgen.

CONCEPT

Volume-indicaties

Volumenormen beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren en doelmatiger te maken. Er bestaat in de literatuur geen eenduidigheid over de mate waarin bij hoogcomplexe zorg de kans op succesvolle behandeling groter wordt naarmate de medisch specialist en het behandelteam meer ervaring hebben. Men gaat ervan uit dat het aantal operaties dat een medisch specialist per jaar uitvoert iets zegt over het risico dat de patiënt loopt. Van oudsher is de hoogcomplexe oogheelkundige zorg met een laag volume (zoals bepaalde vitreoretinale operaties, kindercataractchirurgie en corneatransplantaties) al geconcentreerd in de academische ziekenhuizen en enkele grote perifere ziekenhuizen. Sommige aandoeningen (zoals oogtumoren) worden slechts in één of enkele centra behandeld. Een volumenorm is niet de enige indicatie voor de kwaliteit van de geleverde zorg danwel de deskundigheid van de zorgverlener. Daarom wordt de volumenorm een indicatie voor de bekwaamheid van de specialist die subspecialistische zorg levert in plaats van de volumenorm als hard criterium te hanteren.

In Tabel 1 staan per subspecialisme de indicatieve aantallen – per oogarts. Het gaat steeds om cumulatieve aantallen van operaties / DBC zorgproducten per subspecialisme. Er is voor een periode van vijf jaar gekozen, omdat het primaire doel van volumenormen is de kwaliteit van de oogheelkunde te borgen danwel te verbeteren. De periode sluit daarom aan bij het interval tussen de kwaliteitsvisitaties die het NOG uitvoert. Bij visitaties binnen vijf jaar na het invoeren van de volumenormen wordt gekeken welke initiatieven zijn genomen en hoe de actuele aantallen zich verhouden tot de verstreken tijd sinds het invoeren.

In de bijlage treft u voorbeelden aan van DBC verrichtingencodes, benoemd per subspecialisme, die meetellen in de aantallen per vijf jaar. Door het kiezen voor het gebruik van deze DBC verrichtingencodes is het mogelijk om zowel uniform als automatisch te registreren. Het volledige en actuele overzicht kan bij het NOG worden opgevraagd.

Minder complexe oogheelkundige ingrepen vallen buiten de volume-indicaties. De aantallen van deze minder complexe ingrepen tellen dus ook niet mee in de aantallen operatieve verrichtingen per vijf jaar. Deze minder complexe ingrepen leert iedere oogarts tijdens zijn of haar opleiding en behoren daarmee tot de tweedelijns oogheelkundige zorg. Binnen de tweedelijns oogheelkundige zorg is er wel een volume-indicatie voor cataractchirurgie.

Aanvullende competenties

Een subspecialist moet kennis hebben van alle gangbare chirurgische technieken, adequaat indicaties kunnen stellen voor behandeling met deze technieken, en deze kennis onderhouden. Daarnaast dient de bekwaamheid van de chirurg in overeenstemming te zijn met de complexiteit van de chirurgie.

Registratie van resultaten en complicaties

Het bekwaam worden voor subspecialistische chirurgische verrichtingen is geborgd onder het domein opleiding. Bekwaam blijven is enerzijds een kwestie van de handelingen met een bepaalde regelmaat blijven uitvoeren. De volume-indicaties geven hierbij richting. Maar zoals eerder benoemd is het streven naar een volumenorm geen garantie voor kwalitatief goede zorg en deze

CONCEPT

volumenormen geven de specialist ook weinig inzicht in zijn/ haar uitkomsten van de operaties. Om de kwaliteit van deze zorg te evalueren kan gebruik worden gemaakt van de operatie-uitkomsten en complicaties zodat deze met collega-specialisten vergeleken en besproken kunnen worden. Een subspecialist dient deze resultaten en complicaties in een (kwaliteits)registratiesysteem bij te houden en kunnen overhandigen tijdens de kwaliteitsvisitatie. Daarnaast dienen de operatie-uitkomsten en complicaties besproken te worden tijdens een halfjaarlijkse complicatiebespreking met collega-specialisten buiten het eigen centrum.

Faciliteiten in de kliniek

Hoewel de meeste oogheelkundige chirurgie onder lokale verdoving wordt verricht, moet de mogelijkheid van opereren onder narcose aanwezig zijn. Intra-oculaire chirurgie dient in een daartoe geëigende operatiekamer verricht te worden. Opereren buiten kantooruren, de mogelijkheid adequate zorg te verlenen aan ASA-3 patiënten en hulp bij calamiteiten moet geregeld zijn.
Voor cataractchirurgie kunnen voor bovenstaande zaken – aantoonbare – afspraken gemaakt worden met een ander centrum.
Voor strabismuschirurgie dient orthoptische expertise beschikbaar te zijn; voor corneachirurgie een contactlensspecialist.
Voor de subspecialismen cornea, traanwegen, complexe oogleden en orbita, en vitreoretinaal dient de mogelijkheid voor microbiologische en pathologisch-anatomische diagnostiek aanwezig of aantoonbaar geregeld te zijn.
Centra die niet beschikken over de vereiste apparatuur/expertise hebben een aantoonbare samenwerking met een ander centrum om de ingrepen te laten verrichten.

Continuïteit van zorg

Om 24 uur per dag, 365 dagen per jaar goede subspecialistische zorg te kunnen leveren en om laagdrempelig te kunnen overleggen, verdient het de voorkeur dat per instelling per subspecialisme de 24-uurs zorg geregeld is: ofwel het eigen centrum met meerdere subspecialisten ofwel door middel van schriftelijke afspraken met een ander centrum. Evenzo heeft het de voorkeur dat de verschillende subspecialismen samenwerken in een instelling, aangezien comorbiditeit binnen de complexere oogheelkundige patiënt veel voorkomt. Eén subspecialisme, of één subspecialist per subspecialisme, per locatie is mogelijk, maar alleen als er aantoonbare afspraken zijn gemaakt ten behoeve van continuïteit van zorg en overleg - binnen en buiten het eigen subspecialisme - met een andere instelling.

CONCEPT

Tabel 1 Generieke voorwaarden subspecialisaties

	Cataract chirurgie	**Vitreoretinale chirurgie**	**Strabismus chirurgie**	**Oculoplastische chirurgie**	**Cornea chirurgie**	**Kinderen: cataract en lens chirurgie**	**Glaucoom chirurgie**
Opleiding	EPA-niveau 4 in cataractc hirurgie	VR-Fellowship	Reguliere opleiding en verklaring van bekwaamheid	Reguliere opleiding met 'verdieping' oculoplastische chirurgie; of Fellowship oculoplastisch ; of Fellow orbita)	Conform eisen corneafellowship (afgerond of opleiding als junior staflid met subspecialisatie cornea)	Opleiding kindercataract chirurgie	Fellowship
Bij- en nascholing	n.v.t	Lid van werkgroep 'Vitreoretinale chirurgie'	Lid van werkgroep 'Strabologie'	Lid van 'Dutch orbital society (DOS)'	Lid van werkgroep 'Cornea'	Lid van werkgroep 'Kinderoog-heelkunde'	Lid van 'Nederlandse glaucoom groep'
Volume-indicatie per 5 jaar	500*	500 (inclusief netvliesloslatingen)	100	100 oogleden en/of 50 orbitale (waaronder 25 enucleatie / evisceratie) en/of 50 traanweg (punctumplastiek, inversie van de traanpunt en sondage niet meegerekend)	200 (inclusief transplantaties (deels) door een fellow verricht onder supervisie	75 kindercataract extracties/ lensoperatie	75
Aanvullende competentie	De bekwaamheid van de chirurg dient in overeenstemming te zijn met de complexiteit van de chirurgie.						
Registratie resultaten en complicaties	Chirurgische resultaten en complicaties moeten worden bijgehouden in een AVG bestendig registratiesysteem (kwaliteitsregistratiesysteem, EPD of eigen systeem) en beschikbaar zijn tijdens visitaties.						
Faciliteiten in de kliniek	Geoutilleerd en met state-of-the-art apparatuur voor het desbetreffende specialisme.						
Continuïteit van zorg	De kliniek moet 24/7 bereikbaar zijn voor diagnostiek en behandeling van complicaties. Indien dit niet in de eigen kliniek kan plaatsvinden moeten afspraken zijn gemaakt met nabijgelegen kliniek(en).						

*voor subspecialisten in een ander veld die ook cataractchirurgie verrichten kan maximaal de helft van het genoemde aantal vervangen worden door andere vormen van intra-oculaire chirurgie (zoals genoemd onder cornea-, glaucoom- en vitreoretinale chirurgie); voor opleiders tellen ingrepen waarbij de AIOS aan tafel wordt gesuperviseerd mee.

CONCEPT

Evidence-based richtlijnen

Een evidence based richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies over een bepaald ziektebeeld. Een richtlijn ondersteunt de oogarts in de besluitvorming.

Richtlijnontwikkeling

Richtlijnen worden volgens een vaste procedure (EBRO) ontwikkeld volgens afspraken die gemaakt zijn binnen de Federatie van Medisch Specialisten: https://www.demedischspecialist.nl/publicaties/medisch-specialistische-richtlijnen-20-rapport.

Deze afspraken gaan over onder andere over: de betrokkenheid van inhoudelijk en methodologische experts, betrokkenheid van patiënten bij ontwikkeling van de richtlijn en de invloed van belangenverstrengeling wordt zoveel mogelijk beperkt. Eerst wordt een aantal te beantwoorden vragen geformuleerd, onder andere hoe de betreffende aandoening zo doelmatig mogelijk behandeld kan worden. Het formuleren van deze uitgangsvragen gebeurt in een brede werkgroep, waarin niet alleen oogartsen zitten maar ook artsen van aanpalende medisch specialismen en vertegenwoordigers van de patiënten. Het zogenoemde raamwerk, de uitgangsvragen die uitgewerkt worden, worden voorgelegd aan alle stakeholders, waaronder het Zorginstituut Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de vertegenwoordiger van alle zorgverzekeringen (ZN) en andere betrokken beroepsgroepen. Na het opstellen van de uitgangsvragen vindt de verdere ontwikkeling plaats in de werkgroep. Dit betreft een systematische zoektocht naar literatuur, een gestructureerde beoordeling en selectie van de gevonden literatuur, het inventariseren van de *evidence* en het samenvatten van de inhoud van de literatuur en het schrijven van een conceptrichtlijn. Het concept wordt aangeboden aan de leden van de beroepsvereniging(en) die de ontwikkeling heeft/hebben geïnitieerd. Na deze inspraakronde wordt de definitieve tekst opgesteld.

Tot slot volgt autorisatie door de beroepsvereniging, waarmee de richtlijn de facto deel uitmaakt van de professionele standaard.

Om modules van richtlijnen sneller te kunnen updaten bij nieuwe evidence of wanneer er sprake is van praktijkvariatie op één domein maar niet de hele richtlijn toe is aan een update zal er in de toekomst gewerkt worden in clusters: https://richtlijnendatabase.nl/over_deze_site/cyclische_werkwijze_van_modulair_onderhoud.html. Hierbij wordt jaarlijks geëvalueerd welke module binnen alle richtlijnen die vallen onder de oogheelkundige richtlijnen toe is aan onderhoud.

Oogheelkundige richtlijnen

Het NOG heeft evidence-based richtlijnen voor alle veelvoorkomende oogheelkundige aandoeningen (cataract, maculadegeneratie, diabetische retinopathie), een richtlijn visusstoornissen, cerebral visual impairment (CVI) en richtlijnen voor uveitis en prematurenretinopathie, en in de nabije toekomst ook voor infectieuze keratitis. Samen omvatten deze richtlijnen zo'n driekwart van de oogheelkundige zorg. Daarmee kan dus gesteld worden dat een groot deel van de oogheelkundige zorg zo goed als de huidige inzichten dat mogelijk maken onderbouwd is.

Voor de oogheelkundige aandoening glaucoom bestaat geen evidence-based richtlijn die voldoet aan de voorwaarden van 'Richtlijnen 2.0'. Voor de behandeling van patiënten met glaucoom wordt momenteel onderzocht of een Europese publicatie over de huidige stand van glaucoom indicatie en behandeling geadapteerd kan worden voor de Nederlandse zorg.

Implementeren van nieuwe kennis uit richtlijnen

Om de implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijk te bevorderen wordt per richtlijn een Richtlijn Educatie Programma (REP) ontwikkeld. De nascholingen in REP-online (www.rep-online.nl) vertalen de kennis van een evidence-based richtlijn naar de praktijk.

De vastgestelde modules binnen de richtlijnen worden naar verwachting vanaf 2023 elk jaar opnieuw tegen het licht gehouden. Op basis van de richtlijnen worden indicatoren (zie verderop), patiënteninformatie op thuisarts en voor een aantal aandachtsgebieden consultkaarten/ keuzekaarten ontwikkeld. De patiëntenfolders zijn te vinden op de website van het NOG (www.oogheelkunde.org).

De door het NOG ontwikkelde richtlijnen zijn publiek beschikbaar en terug te vinden op de richtlijnendatabase (www.richtlijnendatabase.nl). Op de NOG website treft u een overzicht aan van alle richtlijnen waaraan het NOG heeft meegewerkt en die door de NOG leden zijn geautoriseerd.

CONCEP

Indicatoren

Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. Nieuwe indicatoren worden aangeleverd door degenen die een richtlijn maken of reviseren of worden doorontwikkeld of geschrapt op basis van de informatie die de indicator jaarlijks oplevert. Nadruk ligt op de meest cruciale aspecten van de richtlijn zodat de indicator werkelijk iets zegt over de kwaliteit. De werkgroepen geven ten behoeve van de kwaliteitsvisitatie aan welke norm of bandbreedte bij de betreffende indicator hoort om tot kwalitatief goede zorg te mogen worden gerekend. Daarmee zijn er tijdens de kwaliteitsvisitaties heldere definities van goede zorg en zorg die verdere verbetering behoeft.

Het uiteindelijke doel van het NOG is te komen tot indicatoren bij alle richtlijnen die tezamen het leeuwendeel van de oogheelkunde omvatten. Indicatoren vormen daarmee de kern van het zinvol meetbaar maken van de kwaliteit van de geleverde zorg – primair te toetsen tijdens de kwaliteitsvisitatie.

De indicatoren zijn zo gekozen dat ze sterk geassocieerd zijn met de uitkomst (dat wil zeggen, een oogarts die aan de indicator voldoet, levert – volgens de huidige inzichten zoals weergegeven in de richtlijnen – goede zorg). Op het moment van invoeren van (nieuwe) indicatoren zal er in de beginfase nog relatief veel variatie zijn. Zodra steeds meer oogartsen volgens de (nieuwe) richtlijn werken verdwijnt deze variatie en wordt een hogere kwaliteit van zorg bereikt. Ieder jaar worden indicatoren geëvalueerd en waar nodig geschrapt, verbeterd of nieuw ontwikkeld. Voor de meest recente indicatoren van cataract wordt verwezen naar de website van het zorginstituut: https://www.zorginzicht.nl/transparantiekalender en voor de indicatoren van de andere oogheelkundige aandoeningen naar de betreffende richtlijnen:
uveitis, macula degeneratie, prematuren retinopathie, cerebral visual impairment (CVI) en visuele beperkingen.

CONCEPT

Kwaliteitsregistratie

Registratie van verrichte chirurgie en de bijbehorende resultaten en complicaties geeft verschillende partijen inzicht in de kwaliteit van zorg. Per soort operatie wordt gestreefd naar een compacte set gegevens die iedere oogarts registreert en een facultatieve meer uitgebreide set. Het NOG heeft kwaliteitsregistratieprogramma's ontwikkeld voor cataract, refractiechirurgie en strabismus: https://www.oogheelkunde.org/kwaliteitsregistratie. De kwaliteitsregistratieprogramma's zijn belegd bij verschillende partijen. Alle verrichte ingrepen worden periodiek verstuurd naar de server of handmatig ingevoerd op het webportal van de betreffende partij. De individuele oogarts krijgt hierdoor inzicht over zijn eigen operaties afgezet tegen de rest van het land, de zogenoemde 'spiegelinformatie'.

Er is een indicator die het compleet zijn van de registratie voor cataractchirurgie meet. Uiteindelijk geldt dat voor alle soorten ingrepen, dat het bekijken van de eigen resultaten, het vergelijken met anderen en het zonodig opstellen van een verbeterplan onderdeel is van de nieuwe kwaliteitsvisitatie.

Handmatig overtypen van patiëntgegevens uit het EPD in de kwaliteitsregistratie is foutgevoelig en verhoogt de registratielast. Daarom heeft het NOG de afgelopen jaren een project uitgevoerd waarbij het uiteindelijke doel is dat de dataset Cataract per oogarts automatisch gevuld wordt vanuit de gegevens die in het EPD worden vastgelegd. Het moment waarop instellingen overstappen op automatische aanlevering kan verschillen. Tot de overstap naar automatische aanlevering blijft handmatig en per batch aanleveren mogelijk, zodat alle data landelijk in dezelfde database landt.

CONCEPT

Kwaliteitsvisitatie

Onder kwaliteitsvisitatie wordt verstaan: 'een ter plaatse te verrichten onderzoek waarbij oogartsen de omstandigheden waaronder en de manier waarop collega-oogartsen het beroep uitoefenen beoordelen op grond van vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen, met als doel kwaliteitsverbetering van de zorgverlening aan patiënten'. Deelname aan de visitatie geldt als voorwaarde voor de herregistratie in het specialistenregister van iedere individuele medisch specialist. De kwaliteitsvisitatie betreft primair de vakgroep, echter omdat enkele oogartsen niet binnen de termijn van een herregistratie gevisiteerd kunnen worden, doordat zij bijvoorbeeld ergens tijdelijk waarnemen, is er ook de mogelijkheid van individuele visitatie. De kwaliteitsvisitatie vormt de verbinding tussen de diverse kwaliteitsaspecten die hiervoor zijn beschreven. De set van evaluatiepunten die tijdens de visitatie aan bod komen is onderverdeeld in vier kwaliteitsdomeinen: *evaluatie van zorg, vakgroep functioneren, patiëntenperspectief en professionele ontwikkeling* (Visitatiedocument, Adviescommissie kwaliteitsvisitatie maart 2021): https://www.oogheelkunde.org/kwaliteitsvisitatie-nog. Tijdens de kwaliteitsvisitatie wordt niet alleen gekeken naar geleverde basis zorg maar ook naar de subspecialisaties. Hierbij zullen documenten van bekwaamheid, kwaliteit van zorg en volume aantallen overlegd moeten worden aan de visitatie commissie ad hoc.

Er is per evaluatiepunt een omschrijving van de basisnorm. Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie van de visitatiecommissie. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt.

Basisnorm	goed, de norm
Aanbevelingen	indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen vijf jaar te zijn uitgevoerd
Zwaarwegend adviezen	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 twee jaar te zijn uitgevoerd
Voorwaarden	indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd; voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar binnen zes maanden

Met de komst van deze normen voor de praktijkvoering is de kwaliteitsvisitatie naast zelf evaluerend, nu ook toetsend. De vakgroep / oogarts krijgt inzicht hoe zijn/haar praktijk kwalitatief functioneert.

CONCEPT

Bijlage: voorbeelden van zorgactiviteitcodes behorend bij de volume-indicaties

(voor de complete, actuele lijst: https://www.oogheelkunde.org/dbc-dot/dot-2021-relevante-documenten)

Cataractchirurgie

31241	Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens (aanspraakcode:2601).
31242	Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens, m.b.v. niet standaard materialen of technieken, of uitgevoerd in de amblyogene leeftijd (aanspraakcode:2601).
31293	Voorsegmentsvitrectomie.

Corneachirurgie

31032	Perforerende hoornvliestransplantatie (full thickness graft, penetrerende keratoplastiek (PKP)).
31033	Voorste lamellaire hoornvliestransplantatie (diepe anterieure lamellaire keratoplastiek (DALK)).
31034	Achterste lamellaire hoornvliestransplantatie (posterieure lamellaire keratoplastiek (PLK), o.a. DLEK, DSEK).

Glaucoomchirurgie

31139	Filtrerende operatie voorste oogkamer met plaatsen filterimplant (voor goniotomie zie 031140, voor overige glaucoomoperaties zie 031138).
31140	Goniotomie (voor filtrerende operatie voorste oogkamer met plaatsen filterimplant zie 031139, voor overige glaucoomoperaties zie 031138).
31138	Glaucoom operatie* (voor goniotomie zie 031140; voor filtrerende operatie met plaatsen van filterimplant zie 031139).

* = laserbehandelingen vallen buiten de volumenorm; hiervoor bestaan de codes 30898 en 30896.

Ooglidchirurgie

301.252	Congenitale ptosis.
31547	Correctie ptosis wenkbrauw - extern (zie 031548 voor endoscopisch; aanspraakcode:2704).
31563	Fasanella-servat procedure (aanspraakcode:2704).

Orbitachirurgie

30803	Operatieve decompressie van de orbita zonder orbitotomie (laterale orbitotomie zie 030804, anterieure orbitotomie zie 030805).
30804	Laterale orbitotomie.
30851	Operatieve behandeling orbita bodemfractuur.

CONCEPT

Traanwegchirurgie

31640	Maken van een verbinding tussen neus en conjunctivaalzak, overige (o.a. buisjes van Jones, voor Ex-DCR zie 031656, voor En-DCR zie 031657).
31656	Dacryo-cysto-rhinostomie - uitwendig (Ex-DCR, zie code 031657 voor endonasaal, zie 031640 voor maken van een verbinding tussen neus en conjunctivaalzak, overige).
31657	Dacryo-cysto-rhinostomie - endonasaal (En-DCR, zie code 031656 voor extern, zie 031640 voor maken van een verbinding tussen neus en conjunctivaalzak, overige).

Strabismus

30945	Scheelzienoperatie schuine of verticale rechte oogspieren (voor operaties verlittekende of paralytische vormen zie 030946, vier spieren operatie zie 030989, reguliere operatie zie 030944).
30946	Scheelzienoperatie bij verlittekende oogspieren of paralytisch (voor operatie schuine of verticale rechte oogspieren zie 030945, vier spieren operatie zie 030989, reguliere operatie zie 030944).
30989	Vier spieren operatie (voor operatie van schuine of verticale rechte oogspieren zie 030945, voor operaties van verlittekende of paralytische vormen zie 030946, voor reguliere operatie zie 030944).

Vitreoretinale chirurgie

31295	Pars plana vitrectomie (zie de codes 031296 en 031297 voor pars plana vitrectomie bij behandeling van ablatio retinae).
31296	Pars plana vitrectomie bij behandeling van ablatio retinae (zie code 031297 voor pars plana vitrectomie bij behandeling ablatio retinae inclusief verwijderen tractiemembranen)
31297	Pars plana vitrectomie bij behandeling van ablatio retinae incl. verwijderen tractiemembranen (zie code 031296 voor pars plana vitrectomie bij ablatio retinae excl. verwijderen tractiemembr.).
31347	Behandeling ablatio retinae middels uitwendige techniek.

CONCEPT