

Normenkader praktijkvoering Obstetrie & Gynaecologie

Aangepaste versie na Heidag 25 april 2019;

Oorspronkelijk normenkader dateert van 5 oktober 2016

Aangepaste versie geaccordeerd door DB Koepel Kwaliteit op 8 januari 2020

De kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering Obstetrie & Gynaecologie zijn verdeeld in 4 kwaliteitsdomeinen.

- A. Evaluatie van zorg
- B. Vakgroep functioneren
- C. Patiëntenperspectief
- D. Professionele ontwikkeling

A. Kwaliteitsdomein: Evaluatie van zorg

Continuïteit van zorg/ Patiëntveiligheid

1. Dossiervorming
2. Zorgprocessen en/of protocollen
3. Toepassen verbetercyclus (NIEUW)
4. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Medisch beleid

Medisch beleid van Verloskundige zorg

5. Pijnbestrijding epiduraal analgesie
6. Pijnbestrijding Remifentanil
7. Foetale bewaking
8. Verloskundig Samenwerkings Verband
9. Training opvang Neonaat
10. Teamtraining acute verloskundige zorg (indien van toepassing)
11. Samenwerking eerste lijn
12. Evaluatie verloskundige uitkomsten (VOKS getallen)
13. Medical audit / perinatale audit
14. Verloskundige zorg

UMC normen:

Hoog complexe verloskundige zorg

Kwaliteit van geleverde PND

Bespreking ernstige maternale morbiditeit (en of mortaliteit)

Monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

Medisch beleid van zorg Gynaecologische Oncologie

15. Oncologische zorg

UMC normen:

Hoog complexe oncologische zorg

Monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

Medisch beleid zorg Gynaecologie

16. Evaluatie psychosociale zorg en seksuele hulpverlening
17. Evaluatie MIC-Commissie
18. Urogynaecologische zorg
19. Gynaecologische zorg

UMC normen:

Mesh-chirurgie

Monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

Medisch beleid Fertilitieitszorg

20. Fertilitieitszorg

UMC normen:

Hoog complexe fertilitieitszorg

Monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

B. Kwaliteitsdomein: Vakgroep functioneren

21. Quickscan
22. Jaarverslag
23. (Meerjaren) beleidsplan / Jaarplan
24. Overleg en consultatie
25. Eenheid in beleid
26. Functioneren en samenwerking
27. Belasting/belastbaarheid

C. Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

28. Informeren en voorlichten

D. Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

29. Kennisdeling
30. Consortium Studies
31. Aandachtsgebieden

Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie van de commissie. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt (zie de Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie rapport 2010). Daarnaast is een omschrijving gemaakt van basisnorm en streefnorm. Dit is bedoeld om te benadrukken dat het bij kwaliteitsvisitatie vooral gaat om stimulerende prikkels in te bouwen die uitnodigen om te excelleren. Het resultaat is een waarderingsystematiek volgens onderstaande 5 puntsschaal.

1. 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.

2. 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.

3. Aanbevelingen (A).

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

4. Basisnorm (B).

Goed, de norm.

5. Streefnorm (S).

Excellent, een voorbeeld voor anderen.

A. Kwaliteitsdomein: Evaluatie van zorg

Continuïteit van zorg

1. Dossiervorming

Hoe classificeert u de dossiervoering ?

1. De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en/of leesbaarheid. Medewerkers en/of externe partijen hebben hierover klachten; (V)
2. De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en/of leesbaarheid; (ZA)
3. Regelmatig, maar niet structureel, ontbreekt belangrijke informatie in het dossier of is deze niet toegankelijk; (A)
4. De vakgroep heeft een elektronisch dossier waarin alle relevante informatie is vastgelegd en goed toegankelijk is; (B)
5. De vakgroep evalueert de dossiervoering regelmatig buiten de kwaliteitsvisitatie om en past deze indien gewenst aan. (S)

2. Zorgprocessen en/of protocollen

Hoe classificeert u de protocollen?

1. NVOG richtlijnen en andere documenten zijn niet of nauwelijks uitgewerkt in geactualiseerde protocollen en/of werkafspraken; (V)
2. Er zijn wel enkele richtlijnen en documenten (<50%) uitgewerkt in lokale protocollen en/of werkafspraken, maar een substantieel onderdeel ontbreekt; (ZA)
3. De meeste richtlijnen (<75%) en documenten zijn uitgewerkt in lokale protocollen en werkafspraken, maar er is nog de nodige aanpassing of verbetering wenselijk en/of noodzakelijk; (A)
4. Vrijwel alle richtlijnen (<90%) en documenten zijn uitgewerkt in lokale protocollen en werkafspraken, er is nauwelijks aanpassing of verbetering wenselijk en/of noodzakelijk; (B)
5. Tevens vindt implementatie en evaluatie van (nieuwe) protocollen regelmatig plaats via een vast schema. (S)

3. Toepassen verbetercyclus

Hoe classificeert u de mate waarin u de PDCA cyclus heeft geïmplementeerd in uw kwaliteitsbeleid met betrekking tot enkele belangrijke onderdelen van de continuïteit van zorg en het patiëntenperspectief?

1. De vakgroep past de PDCA cyclus niet toe; (V)
2. De vakgroep brengt een aantal (2 van de 4) belangrijke kwaliteitsparameters jaarlijks in kaart, maar analyseert uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren; (ZA)
3. De vakgroep brengt de meeste (3 van de 4) belangrijke kwaliteitsparameters jaarlijks in kaart, analyseert en bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren; (A)
4. De vakgroep brengt alle belangrijke kwaliteitsparameters jaarlijks in kaart, analyseert en bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren; (B)
5. De vakgroep brengt alle belangrijke kwaliteitsparameters jaarlijks in kaart, analyseert en bespreekt de uitkomsten multidisciplinair en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren. Deze cyclus is terug te vinden in het jaarplan en jaarverslag. (S)

Patiëntveiligheid

4. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Hoe classificeert u de randvoorwaarden voor goede zorgverlening?

1. De instelling biedt onvoldoende voorzieningen en faciliteert de vakgroep onvoldoende, waardoor de patiëntenzorg en/ of de veiligheid niet gewaarborgd zijn; (V)
2. De instelling faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken, maar meerdere punten verwoord in Hoofdstuk 7 van de Algemene NVOG Kwaliteitsnormen worden niet geboden; (ZA)
3. De instelling faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken, maar een aantal punten verwoord in Hoofdstuk 7 van de Algemene NVOG Kwaliteitsnormen worden niet geboden; (A)
4. De instelling biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken; (B)

Medisch beleid

Medisch beleid van Verloskundige zorg

5. Pijnbestrijding epiduraal analgesie (richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring 2008)

Hoe classificeert u de voorlichting over en beschikbaarheid van epiduraal analgesie?

2. Er is geen 24/7 beschikbaarheid; (Z)
3. Er is 24/7 beschikbaarheid, waarbij zwangeren in alle situaties optimaal geïnformeerd worden over de voor- en nadelen van epidurale analgesie, maar wordt in de regel niet tijdig geplaatst; (A)
4. Er is 24/7 beschikbaarheid, waarbij zwangeren in alle situaties optimaal geïnformeerd worden over de voor- en nadelen van epidurale analgesie en er is een lokaal protocol waarin de tijdigheid wordt gedefinieerd en naar gehandeld wordt; (B).

6. Pijnbestrijding Remifentanil (richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring 2008)

Hoe classificeert u de verstrekking van Remifentanil

2. Er wordt gewerkt met Remifentanil, maar een lokaal protocol dat voldoet aan de SOP ontbreekt; (ZA)
3. Er wordt gewerkt met Remifentanil, met een lokaal protocol dat voldoet aan de SOP maar in de praktijk niet altijd uitgevoerd conform protocol wordt; (A)
4. Er wordt altijd gewerkt volgens het lokale protocol dat voldoet aan op de SOP; (B)

7. Foetale bewaking

Hoe classificeert u het protocol foetale bewaking durante partu?

1. Er is geen (functionerend) protocol foetale bewaking durante partu; (V)
2. Er is een protocol foetale bewaking durante partu, maar het protocol wordt vaak niet nageleefd in de praktijk; (ZA)
3. Er is een protocol foetale bewaking durante partu, maar wordt soms niet nageleefd niet in de praktijk; (A)
4. Er is een protocol foetale bewaking durante partu en deze wordt altijd nageleefd; (B)
5. Er is een protocol foetale bewaking durante partu dat altijd wordt nageleefd, regelmatig wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld; (S)

8. Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV)

Hoe classificeert u het VSV?

1. Er is geen functionerend VSV; (V)
2. Er is een VSV dat functioneert, maar er zijn nog veel belangrijke verbeteringen wenselijk; (ZA)
3. Er is een VSV dat functioneert, er zijn enkele belangrijke verbeteringen wenselijk; (A)
4. Er is een VSV dat goed functioneert, er zijn geen belangrijke verbeteringen wenselijk; (B)
5. Er is een VSV dat buitengewoon goed functioneert en dat als voorbeeld kan dienen voor andere VSV's; (S)

9. Training opvang neonat (NLS)

Hoe classificeert u de NLS training?

1. Er vindt geen NLS training plaats en/of deze wordt door niemand gevolgd; (V)
2. Slechts enkele geledingen of medewerkers van een geleding volgen de NLS training, of de NLS training vindt slechts sporadisch plaats; (ZA)
3. Niet alle geledingen, of niet alle medewerkers van een geleding volgen de NLS training, of de NLS training vindt niet regelmatig plaats; (A)
4. Alle geledingen (verpleegkundigen, arts-assistenten, verloskundigen, gynaecologen) volgen de NLS training regelmatig maar dit wordt niet bewaakt; (B)
5. Alle geledingen (verpleegkundigen, arts-assistenten, verloskundigen, gynaecologen) volgen de NLS training regelmatig en dit wordt ook bewaakt; (S)

10. Teamtraining acute verloskundige zorg

Hoe classificeert u de teamtraining?

1. Er vindt geen training plaats en/of deze wordt door niemand gevolgd; (V)
2. Er zijn geen of slechts sporadische teamtrainingen en/of relevante beroepsgroepen participeren structureel onvoldoende; (ZA)
3. Teamtrainingen worden op regelmatige basis gegeven, maar participatie is suboptimaal of wordt niet structureel bewaakt; (A)
4. Teamtrainingen worden op regelmatige basis gegeven, er is goede participatie en er wordt op toegezien dat iedereen deelneemt; (B)
5. Tevens worden bij teamtrainingen ook de OK en eerste lijn betrokken; (S)

11. Samenwerking eerste lijn voor de directe patiëntenzorg

Hoe classificeert u de samenwerking met de eerste lijn voor de directe patiëntenzorg?

1. De samenwerking is zeer slecht; (V)
2. De samenwerking behoeft op veel punten verbetering; (ZA)
3. De samenwerking behoeft op enkele punten verbetering; (A)
4. De samenwerking is goed; (B)
5. De samenwerking kan als voorbeeld voor anderen dienen; (S)

12. Evaluatie verloskundige uitkomsten (VOKS getallen)

Hoe classificeert u de analyse van verloskundige resultaten?

2. VOKS resultaten worden niet structureel geanalyseerd en/of besproken in het VSV.
3. VOKS resultaten worden structureel geanalyseerd en besproken in het VSV, er worden geen verbeteracties geformuleerd bij VOKS percentielen >P90.
4. VOKS resultaten worden structureel geanalyseerd en besproken in het VSV. Indien er VOKS percentielen >P90 zijn, worden verbeteracties geformuleerd en geïmplementeerd.
5. VOKS resultaten worden structureel geanalyseerd en besproken in het VSV en verbeteracties worden geformuleerd, geïmplementeerd en geëvalueerd bij VOKS percentielen >P90.

13. Medical audit / perinatale audit

Hoe classificeert u uw participatie in de perinatale audit?

1. De verloskundig actieve gynaecologen participeren niet aan de perinatale audit; (V)
2. De verloskundig actieve gynaecologen participeren aan de perinatale audit, maar er zijn ernstige belemmeringen om de resultaten om te zetten in nieuwe protocollen of werkafspraken; (ZA)
3. De verloskundig actieve gynaecologen participeren aan de perinatale audit, maar resultaten worden niet altijd omgezet in nieuwe protocollen of werkafspraken; (A)
4. De verloskundig actieve gynaecologen participeren aan de perinatale audit en dragen er als regel zorg voor dat resultaten worden omgezet in nieuwe protocollen of werkafspraken; (B)
5. De verloskundig actieve gynaecologen participeren aan de perinatale audit en dragen er altijd zorg voor dat resultaten worden omgezet in nieuwe protocollen of werkafspraken en bewaken tevens dat de resultaten van de verbeteracties geëvalueerd worden (PDCA); (S)

14. Verloskundige zorg

Hoe classificeert u de verloskundige zorg?

1. De verleende verloskundige zorg is op vele punten strijdig met de NVOG gestelde voorwaarden; (V)
2. De verleende verloskundige zorg voldoet op vele punten niet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (ZA)
3. De verleende verloskundige zorg voldoet op een aantal punten niet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (A)
4. De verleende verloskundige zorg voldoet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (B)
5. De verleende verloskundige zorg is een voorbeeld voor anderen; (S)

UMC: Onderstaande normen gelden alleen voor de universitaire kliniek (en andere centra met derdelijns perinatologische zorg)

Hoe classificeert u hoog complexe verloskundige zorg?

1. De hoog complexe verloskundige zorg voldoet niet aan de NENI; (V)
2. De hoog complexe verloskundige zorg voldoet nauwelijks aan de NENI; (ZA)
3. De hoog complexe verloskundige zorg voldoet enkele punten niet aan de NENI; (A)
4. De hoog complexe verloskundige zorg voldoet aan de NENI; (B)

Hoe classificeert u de kwaliteit van in uw centrum geleverde PND?

2. Kwalitatief goede en tijdige zorg is vaak onvoldoende beschikbaar, bijvoorbeeld door een gebrek aan personeel en/of voorzieningen; (ZA)
3. Kwalitatief goede en tijdige zorg is soms onvoldoende beschikbaar, bijvoorbeeld door een gebrek aan personeel en/of voorzieningen; (A)
4. Kwalitatief goede en tijdige zorg is altijd beschikbaar; (B)

Hoe classificeert u deze besprekingen over ernstige maternale morbiditeit (en of mortaliteit)?

3. De vakgroep evalueert niet, nauwelijks of te weinig zichtbaar casus van ernstige maternale morbiditeit (of mortaliteit); (A)
4. De vakgroep evalueert naar tevredenheid van alle betrokkenen casus van ernstige maternale morbiditeit (of mortaliteit); (B)
5. Daarnaast zijn er voor alle geledingen naar aanleiding van deze besprekingen ook verbeteracties zichtbaar die tevens geëvalueerd worden;(S)

Hoe classificeert u de monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling?

1. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden niet gemonitord; (V)
2. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te kunnen realiseren; (ZA)
3. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord, maar leiden niet tot verbetering door aanpassing van beleid; (A)
4. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord en leiden indien noodzakelijk tot verkorting van wachttijden; (B)

5. De wijze van monitoring van toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling is een voorbeeld voor andere praktijken; (S)

Medisch beleid van Gynaecologische Oncologie zorg

15. Oncologische zorg

Hoe classificeert u de oncologische zorg

1. De verleende oncologische zorg is op vele punten strijdig met de door de SONCOS en NVOG gestelde voorwaarden; (V)
2. De verleende oncologische zorg voldoet op vele punten niet aan de door de SONCOS en NVOG gestelde voorwaarden; (ZA)
3. De verleende oncologische zorg voldoet op een aantal punten niet aan de door de SONCOS en NVOG gestelde voorwaarden; (A)
4. De verleende oncologische zorg voldoet aan de door de Soncos en NVOG opgestelde voorwaarden; (B)
5. De verleende oncologische zorg is een voorbeeld voor klinieken die zorg in een vergelijkbare setting leveren (S)

UMC: Onderstaande normen gelden alleen voor de universitaire kliniek (en andere centra met derdelijns oncologische zorg)

Hoe classificeert hoog complexe oncologische zorg?

1. De hoog complexe oncologische zorg voldoet niet aan de NENI; (V)
2. De hoog complexe oncologische zorg voldoet nauwelijks aan de NENI; (ZA)
3. De hoog complexe oncologische zorg voldoet enkele punten niet aan de NENI; (A)
4. De hoog complexe oncologische zorg voldoet aan de NENI; (B)

Hoe classificeert u de monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling?

1. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden niet gemonitord (V)
2. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te kunnen realiseren (ZA)
3. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord, maar leiden niet tot verbetering door aanpassing van beleid (A)
4. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord en leiden indien noodzakelijk tot verkorting van wachttijden (B)
5. De wijze van monitoring van toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling is een voorbeeld voor andere praktijken (S)

Medisch beleid van Gynaecologische zorg

16. Evaluatie psychosociale zorg en seksuologische hulpverlening

Hoe classificeert u de psychosociale en seksuologische hulpverlening?

3. De verleende psychosociale en seksuologische zorg is van onvoldoende kwaliteit en/of omvang
4. De verleende psychosociale en seksuologische zorg is van voldoende kwaliteit en omvang
5. De verleende psychosociale en seksuologische zorg is een voorbeeld voor anderen

17. Evaluatie MIC-commissie

Hoe classificeert u het functioneren van de MIC-commissie

2. Er is wel een MIC-commissie, maar deze functioneert niet; (ZA)
3. Er is wel een MIC-commissie, maar de commissie functioneert suboptimaal; (A)
4. De MIC-commissie functioneert naar wens; (B)

18. Urogynaecologische zorg

Hoe classificeert u de urogynaecologische zorg?

3. U verricht wel urogynaecologische zorg, maar op een of meerdere aspecten wordt niet voldaan aan de eisen of aanbevelingen gesteld in nota's over urogynaecologische zorg, dan wel is er geen gynaecoloog met aandachtsgebied urogynaecologie werkzaam; (A)
4. De urogynaecologische zorg wordt verleend conform gestelde nota's op een niveau zoals dat van een ziekenhuis van deze omvang verwacht mag worden; (B)
5. De verleende urogynaecologische zorg is een voorbeeld voor anderen voor klinieken die zorg in een vergelijkbare setting leveren; (S)

19. Gynaecologische zorg

Hoe classificeert u de gynaecologische zorg?

1. De verleende gynaecologische zorg is op vele punten strijdig met de NVOG gestelde voorwaarden; (V)
 2. De verleende gynaecologische zorg voldoet op vele punten niet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (ZA)
 3. De verleende gynaecologische zorg voldoet op een aantal punten niet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (A)
 4. De verleende gynaecologische zorg voldoet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (B)
- De verleende gynaecologische zorg is een voorbeeld voor anderen voor klinieken die zorg in een vergelijkbare setting leveren; (S)

UMC: Onderstaande normen gelden alleen voor de universitaire kliniek (en andere centra met derdelijns oncologische zorg)

Hoe classificeert u de mesh-chirurgie?

1. De mesh-chirurgie voldoet niet aan de Nota 'gebruik kunststofmateriaal' bij prolaps chirurgie; (V)
2. De mesh-chirurgie voldoet nauwelijks aan de Nota 'gebruik kunststofmateriaal' bij prolaps chirurgie; (ZA)
3. De mesh-chirurgie voldoet op enkele punten aan de Nota 'gebruik kunststofmateriaal' bij prolaps chirurgie; (A)
4. De mesh-chirurgie voldoet aan de Nota 'gebruik kunststofmateriaal' bij prolaps chirurgie; (B)

Hoe classificeert u de monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling?

1. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden niet gemonitord (V)
2. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te kunnen realiseren (ZA)
3. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord, maar leiden niet tot verbetering door aanpassing van beleid (A)
4. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord en leiden indien noodzakelijk tot verkorting van wachttijden (B)

5. De wijze van monitoring van toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling is een voorbeeld voor andere praktijken (S)

Medisch beleid van Fertiliteitszorg

20. Medisch beleid Fertiliteitszorg

Hoe classificeert u de fertiliteitszorg?

1. De verleende fertiliteitszorg is op vele punten strijdig met de NVOG gestelde voorwaarden; (V)
2. De verleende fertiliteitszorg voldoet op vele punten niet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (ZA)
3. De verleende fertiliteitszorg voldoet op een aantal punten niet aan de door de NVOG gestelde voorwaarden; (A)
4. De verleende fertiliteitszorg voldoet aan de door de NVOG opgestelde voorwaarden; (B)
5. De verleende fertiliteitszorg is een voorbeeld voor anderen voor klinieken die zorg in een vergelijkbare setting leveren; (S)

UMC: Onderstaande normen gelden alleen voor de universitaire kliniek (IVF klinieken?)

Hoe classificeert hoog complexe fertiliteitszorg?

1. De hoog complexe fertiliteitszorg voldoet niet aan de NENI (V)
2. De hoog complexe fertiliteitszorg voldoet nauwelijks aan de NENI (ZA)
3. De hoog complexe fertiliteitszorg voldoet enkele punten niet aan de NENI (A)
4. De hoog complexe fertiliteitszorg voldoet aan de NENI (B)

Hoe classificeert u de monitoring van toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling?

1. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden niet gemonitord; (V)
2. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te kunnen realiseren; (ZA)
3. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord, maar leiden niet tot verbetering door aanpassing van beleid; (A)
4. De toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling worden gemonitord en leiden indien noodzakelijk tot verkorting van wachttijden; (B)
5. De wijze van monitoring van toegangs- en wachttijden voor diagnostiek en behandeling is een voorbeeld voor andere praktijken; (S)

B. Kwaliteitsdomein: Vakgroep functioneren

21. Quickscan

Hoe classificeert u de toepassing van de Quickscan?

1. De Quickscan wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze; (V)
2. De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken; (ZA)
3. De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd; (A)
4. De vakgroep voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren; (B)
5. De vakgroep voert de Quick Scan van het vakgroepfunctioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep; (S)

22. Jaarverslag

Hoe classificeert u het jaarverslag?

1. Er is geen jaarverslag ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie
2. Er is geen jaarverslag
3. Er is een jaarverslag dat niet voldoet aan de minimumeisen van de NVOG of dat anderszins onvoldoende is
4. Er is een jaarverslag conform de minimumeisen van de NVOG of zoals verwacht mag worden
5. Het jaarverslag overtreft de minimumeisen of gebruikelijke verslaglegging en kan als voorbeeld voor anderen dienen

23. (Meerjaren)beleidsplan/jaarplan

Hoe classificeert u het (meerjaren)beleidsplan?

1. Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie
2. Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan
3. Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling
4. De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling
5. Er is een systeem waarmee het beleidsplan/jaarplan aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd

24. Overleg en consultatie

Hoe classificeert u de mogelijkheid tot overleg en consultatie van de verpleegkundigen, verloskundige en arts-assistenten met de gynaecologen ?

1. Het overleg met een of meerdere gynaecologen is vaak moeizaam door onvoldoende bereikbaarheid / toegankelijkheid / veiligheid; (V)
2. Het overleg met een of meerdere gynaecologen is soms moeizaam door onvoldoende bereikbaarheid / toegankelijkheid / veiligheid; (ZA)
3. Het overleg met een of meerdere gynaecologen is incidenteel moeizaam door onvoldoende bereikbaarheid / toegankelijkheid / veiligheid; (A)
4. Overleg met alle gynaecologen is altijd mogelijk: ze zijn goed toegankelijk en bereikbaar en er is altijd een veilige sfeer; (B)

25. Eenheid in beleid

Hoe classificeert u het beleid?

1. Er zijn geen afspraken over het medisch beleid; (V)
2. Er zijn afspraken over het medisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan; (ZA)
3. De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren; (A)
4. De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren; (B)
5. De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep; (S)

26. Functioneren en samenwerking

Hoe classificeert u de samenwerking van andere specialismen met uw groep gynaecologen?

1. Het functioneren van de groep gynaecologen is slecht. Communicatie, overleg en samenwerking zijn (vrijwel) altijd problematisch; (V)
2. Het functioneren van de groep gynaecologen is vaak niet optimaal. Communicatie, overleg en samenwerking zijn vaak problematisch; (ZA)
3. Het functioneren van de groep gynaecologen is soms niet optimaal. Communicatie, overleg en samenwerking zijn soms problematisch; (A)
4. Het functioneren van de groep gynaecologen is als regel goed. Communicatie, overleg en samenwerking zijn als regel goed; (B)
5. Het functioneren van de groep gynaecologen is uitmuntend. Communicatie, overleg en samenwerking zijn altijd uitmuntend; (S)

27. Belasting/belastbaarheid

Hoe gaat de vakgroep om met de balans tussen belasting en belastbaarheid?

3. Er is binnen de vakgroep geen of nauwelijks oog voor collega's die te veel belast worden en er vinden dan ook geen of nauwelijks aanpassingen plaats; (A)
4. Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en op ad hoc basis wordt bijgesprongen; (B)
5. Er is binnen de vakgroep proactief aandacht voor de belasting van collega's. Dit wordt regelmatig geëvalueerd en dit leidt tot structurele aanpassingen plaats; (V)

C. Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

28. Informeren en voorlichten

Hoe classificeert u de bijdrage van gynaecologen aan de klachtafhandeling?

1. De vakgroep maakt geen gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Niet alle aspecten van de behandeling worden besproken conform de WGBO; (V)
2. De vakgroep maakt geen gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De informatie rondom de behandeling wordt mondeling gegeven; (ZA)
3. De vakgroep heeft voorlichtingsmateriaal, maar dit wordt niet altijd gebruikt bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de behandeling van de patiënt; (A)
4. De vakgroep maakt altijd gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De informatie over behandelingen geschiedt conform de WGBO; (B)
5. De vakgroep gebruikt verschillende vormen van voorlichtingsmateriaal voor patiënten en neemt samen met de patiënt beslissingen met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De informatie over behandelingen conform de WGBO met aanpassingen voor specifieke doelgroepen (zoals laaggeletterden) (S)

D. Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

29. Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden en innovatie en opleiding en onderwijs)

Hoe classificeert u het systeem van kennisdeling?

3. Er vindt geen onderlinge discussie plaats over nieuw verworven kennis; (A)
4. Nieuw verworven kennis wordt onderling overgedragen; (B)
5. Er vindt regelmatig een goed gestructureerde overdracht van nieuw verworven kennis plaats; (S)

30. Consortium studies

Hoe classificeert u uw participatie in Consortium studies?

3. De vakgroep participeert niet of nauwelijks in Consortium studies
4. De vakgroep participeert voldoende in Consortium studies
5. De vakgroep participeert zeer actief in Consortium studies

31. Aandachtsgebieden

Hoe classificeert u de aandachtsgebieden?

3. Niet alle gynaecologen met een aandachtsgebied voldoen aan de definities zoals genoemd in de Nota aandachtsgebieden en subspecialisatie NVOG 2.0; (A).
4. Alle gynaecologen met een aandachtsgebied voldoen aan de definities zoals genoemd in de Nota aandachtsgebieden en subspecialisatie NVOG 2.0; (B)