



# **Normenkader praktijkvoering Obstetrie & Gynaecologie**

**Geaccordeerd DB Koepel Kwaliteit 5 oktober 2016**

**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. Kwaliteitsindicatoren
4. Melden van incidenten (MIP / VIM)
5. Complicatieregistratie
6. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

#### Medisch beleid

##### *Medisch beleid van Verloskundige zorg*

7. Pijnbestrijding epiduraal analgesie
8. Pijnbestrijding Remifentanil
9. Foetale bewaking
10. Verloskundig Samenwerkings Verband
11. Training opvang Neonaat
12. Teamtraining acute verloskundige zorg (indien van toepassing)
13. Samenwerking eerste lijn
14. Evaluatie verloskundige uitkomsten (VOKS getallen)
15. Medical audit / perinatale audit
16. Opleiding Klinisch Verloskundigen
17. Evaluatie psychosociale zorg en seksuele hulpverlening
18. Verloskundige zorg

##### *Medisch beleid van zorg Gynaecologische Oncologie*

19. Psychosociale en verpleegkundige begeleiding
20. Oncologische zorg

##### *Medisch beleid zorg Gynaecologie*

21. Evaluatie MIC-Commissie
22. Urogynaecologische zorg
23. Gynaecologische zorg

##### *Medisch beleid Fertiliteitszorg*

24. Fertiliteitszorg

### **B. Kwaliteitsdomein: Vakgroep functioneren**

25. Quickscan
26. (Meerjaren) beleidsplan / Jaarverslag
27. Overleg en consultatie
28. Eenheid in beleid
29. Functioneren en samenwerking
30. Belasting/belastbaarheid

### **C. Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief**

31. Patiënttevredenheid
32. Klachten en claims
33. Informeren en voorlichten

**D. Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling**

- 34. Kennisdeling
- 35. Consortium Studies
- 36. IFMS
- 37. 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 papieren en/of elektronische dossiers 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 uitgewerkt in lokale protocollen en/of werkafspraken, maar een substantieel onderdeel ontbreekt; (ZA)
3. De meeste richtlijnen 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 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 vastgelegde werkafspraken; (S)

#### 3. Kwaliteitsindicatoren

*Hoe classificeert u de kwaliteitsindicatoren?*

1. De vakgroep levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren. (V)
2. De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd; (ZA)
3. De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties; (A)
4. De vakgroep heeft een regeling om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van IGZ of de eigen WV uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren; (B)
5. De vakgroep heeft een regeling om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van IGZ of eigen WV uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen implementeren. De vakgroep levert daarnaast een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren; (S)

## Patiëntveiligheid

### **4. Melden van incidenten (MIP / VIM)**

*Hoe classificeert u incidentmeldingen?*

1. Er worden geen of nauwelijks incidenten gemeld; (V)
2. Slechts enkele geledingen melden incidenten en/of er vinden nauwelijks of geen analyses plaats en/of er vloeien nauwelijks of geen verbeteracties uit voort; (ZA)
3. De meeste geledingen melden incidenten. Deze worden geanalyseerd maar er vloeien onvoldoende verbeteracties uit voort; (A)
4. (Vrijwel) alle geledingen melden incidenten, deze worden vrijwel altijd geanalyseerd en er vloeien voldoende verbeteracties uit voort; (B)
5. Tevens wordt geëvalueerd of de verbeteracties ook op langere termijn geïmplementeerd blijven en daadwerkelijk tot verbetering van zorg leiden; (S)

### **5. Complicatieregistratie en bespreking**

*Hoe classificeert u het beleid rond complicaties?*

1. Er worden geen of nauwelijks complicaties geregistreerd; (V)
2. Er worden wel complicaties geregistreerd, maar dit gebeurt niet systematisch waardoor de complicatieregistratie onbetrouwbaar is; (ZA)
3. De meeste complicaties worden geregistreerd en besproken, maar er is onvoldoende borging dat alle complicaties worden geregistreerd; (A)
4. Vrijwel alle complicaties worden geregistreerd en besproken, er is voldoende borging dat dit systematisch gebeurt en de bespreking leidt indien wenselijk ook tot verbeteracties; (B)
5. Tevens worden beleidsaanpassingen en/of verbeteracties voortgekomen uit de complicatiebesprekingen schriftelijk vastgelegd en regelmatig geëvalueerd; (S)

### **6. 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*

#### **7. Pijnbestrijding epiduraal analgesie** (richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring 2008)

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

3. Er is geen 24/7 beschikbaarheid; (A)
4. Er is 24/7 beschikbaarheid; (B)
5. Er is 24/7 beschikbaarheid, waarbij zwangeren in alle situaties optimaal geïnformeerd worden over mogelijke nadelige effecten en kans op complicaties; (S)

#### **8. 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 gebaseerd op de SOP ontbreekt; (ZA)
3. Er wordt gewerkt met Remifentanil, maar in de praktijk wordt het lokale protocol niet altijd uitgevoerd; (A)
4. Er wordt gewerkt volgens het lokale protocol gebaseerd op de SOP; (B)

#### **9. Foetale bewaking**

*Hoe classificeert u het protocol foetale bewaking?*

1. Er is geen (functionerend) protocol foetale bewaking; (V)
2. Er is een protocol foetale bewaking, maar dit voldoet vaak niet in de praktijk; (ZA)
3. Er is een protocol foetale bewaking, maar dit voldoet soms niet in de praktijk; (A)
4. Er is een goed functionerend protocol foetale bewaking; (B)
5. Er is een (functionerend) protocol foetale bewaking dat ook regelmatig geëvalueerd wordt en zo nodig bijgesteld; (S)

#### **10. 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)

#### **11. Training opvang neonat**

*Hoe classificeert u deze training?*

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

## 12. Teamtraining acute verloskundige zorg (indien van toepassing)

*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)

## 13. Samenwerking eerste lijn

*Hoe classificeert u de samenwerking met de eerste lijn?*

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)

## 14. Evaluatie verloskundige uitkomsten (VOKS getallen)

*Hoe classificeert u de analyse van verloskundige resultaten?*

3. De VOKS percentielen zijn > P90 en worden niet geanalyseerd; (A)
4. De VOKS percentielen zijn < P90 en worden niet of nauwelijks geanalyseerd of zijn > P90 en worden wel geanalyseerd; (B)
5. De VOKS-percentielen zijn < P90 en worden m.b.v. Perined insight geanalyseerd; (S)

## 15. Medical audit / perinatale audit

*Hoe classificeert u uw participatie in de perinatale audit?*

1. De verloskundig actieve gynaecologen nemen niet deel aan de perinatale audit; (V)
2. De verloskundig actieve gynaecologen participeren nauwelijks of slechts incidenteel in de perinatale audit en/of er zijn ernstige belemmeringen om de resultaten om te zetten in nieuwe protocollen of werkafspraken; (ZA)
3. De verloskundig actieve gynaecologen participeren minder vaak dan wenselijk in de perinatale audit en/of resultaten worden niet altijd omgezet in nieuwe protocollen of werkafspraken; (A)
4. De verloskundig actieve gynaecologen nemen op reguliere basis deel aan perinatale audits en dragen er als regel zorg voor dat resultaten worden omgezet in nieuwe protocollen of werkafspraken; (B)
5. De verloskundig actieve gynaecologen nemen op reguliere basis deel aan perinatale audits 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; (S)

## 16. Opleiding klinisch verloskundigen

*Hoe classificeert u de opleiding voor de klinisch verloskundigen?*

1. Klinisch verloskundigen hebben de vervolgopleiding niet gevolgd; (V)
2. Het merendeel van de klinisch verloskundigen heeft de vervolgopleiding niet gevolgd en er is geen ziekenhuis beleid hieromtrent bekend; (ZA)
3. Het merendeel van de klinisch verloskundigen heeft de vervolgopleiding (nog) niet gevolgd, maar er wordt een actief ziekenhuis beleid hieromtrent gevoerd; (A)
4. Het grootste deel van de klinisch verloskundigen heeft de vervolgopleiding gevolgd, er wordt een actief ziekenhuis beleid hieromtrent gevoerd; (B)
5. Alle klinisch verloskundigen hebben de vervolgopleiding gevolgd; (S)



## 17. Evaluatie psychosociale zorg en seksuele hulpverlening

*Hoe classificeert u de psychosociale en seksuologische hulpverlening?*

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

## 18. 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)

*Medisch beleid van zorg Gynaecologische Oncologie*

## 19. Psychosociale en verpleegkundige begeleiding van Oncologische patiënten

*Hoe classificeert u de psychosociale en verpleegkundige begeleiding van oncologische patiënten*

1. Er is geen psychosociale en speciale verpleegkundige begeleiding van oncologische patiënten; (V)
2. De verleende psychosociale en verpleegkundige begeleiding van oncologische patiënten voldoet op vele punten niet aan de door de SONCOS en NVOG gestelde voorwaarden; (ZA)
3. De verleende psychosociale en verpleegkundige begeleiding van oncologische patiënten voldoet op een aantal punten niet aan de door de SONCOS en NVOG gestelde voorwaarden; (A)
4. De verleende psychosociale en verpleegkundige begeleiding van oncologische patiënten voldoet aan de door de SONCOS en NVOG gestelde voorwaarden; (B)
5. De verleende psychosociale en verpleegkundige begeleiding van oncologische patiënten is een voorbeeld voor anderen; (S)

## 20. 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 anderen; (S)

*Medisch beleid Gynaecologische zorg***21. 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)

**22. 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; (S)

**23. 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)
5. De verleende gynaecologische zorg is een voorbeeld voor anderen; (S)

**24. 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; (S)

## B. Kwaliteitsdomein: Vakgroep functioneren

### 25. Quickscan

*Hoe classificeert u de toepassing van de Quicksan?*

1. De Quicksan wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze; (V)
2. De Quicksan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken; (ZA)
3. De Quicksan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd; (A)
4. De vakgroep voert de Quicksan 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)

### 26. (Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag

*Hoe classificeert u het (meerjaren)beleidsplan/jaarverslag?*

1. Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie; (V)
2. Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag; (ZA)
3. Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling en/of er is een jaarverslag dat de kwaliteit van zorg onvoldoende evalueert; (A)
4. Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan dat voldoende afstemming heeft met de beleidsplannen van de instelling en er is een jaarverslag dat de kwaliteit van zorg voldoende evalueert; (B)
5. Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan dat voldoende afstemming heeft met de beleidsplannen van de instelling en er is een jaarverslag dat de kwaliteit van zorg in een PDCA cyclus evalueert; (S)

### 27. Overleg en consultatie

*Hoe classificeert u de mogelijkheid tot overleg en consultatie door verpleegkundigen, verloskundige en arts-assistenten?*

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)

## 28. 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)

## 29. Functioneren en samenwerking

*Hoe classificeert u de samenwerking van andere geledingen 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)

## 30. Belasting/belastbaarheid

*Hoe classificeert u uw oog voor 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 oog voor de belasting van collega's. Dit wordt regelmatig geëvalueerd en desgewenst vinden ook structurele aanpassingen plaats; (V)

## C. Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

### 31. Patiënttevredenheid

*Hoe classificeert u het patiënten perspectief?*

1. De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart; (V)
2. De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren; (ZA)
3. De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren; (A)
4. De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren; (B)
5. De vakgroep heeft een systeem om het patiëntenperspectief periodiek in kaart te brengen, de uitkomsten te bespreken en te gebruiken om verbeteracties uit te voeren en te evalueren; (S)

### 32. Klachten en claims

*Hoe classificeert u de bijdrage van gynaecologen aan de klachtafhandeling?*

3. De bijdrage aan de klachtafhandeling is niet altijd tijdig en/of constructief; (A)
4. De bijdrage aan de klachtafhandeling is tijdig en constructief; (B)
5. De bijdrage aan de klachtafhandeling is tijdig en constructief en kan dienen als voorbeeld voor anderen omdat deze klachten systematisch geëvalueerd worden met relevante betrokkenen en er verbeterplannen worden opgesteld, geïmplementeerd en geëvalueerd om soortgelijke klachten in de toekomst te voorkomen; (S)

### 33. 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 ontwikkelt en onderhoudt voorlichtingsmateriaal voor patiënten en maakt hier gebruik van bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De informatie over behandelingen geschiedt conform de WGBO; (S)

## D. Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

### 34. 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)

### 35. 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

### 36. IFMS

*Hoe classificeert u de participatie van gynaecologen in IFMS?*

1. Er is geen IFMS in het ziekenhuis aanwezig; (V)
2. Er is wel IFMS aanwezig, maar het merendeel van de gynaecologen participeert niet; (ZA)
3. Er is wel IFMS aanwezig, enkele gynaecologen participeren niet; (A)
4. Alle gynaecologen participeren in de IFMS; (B)
5. Tevens is de participatie van de gynaecologen aan de IFMS een voorbeeld; (S)

### 37. Aandachtsgebieden

*Hoe classificeert u de aandachtsgebieden?*

2. Alle gynaecologen met een aandachtsgebied voldoen niet aan de definities zoals genoemd in de Nota aandachtsgebieden en subspecialisatie NVOG 2.0; (ZA).
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)
5. De invulling van aandachtsgebieden is een voorbeeld voor andere gynaecologen; (S)