

Herzien normenkader NVOG

Versie 1.0

Inleiding

De kwaliteitsvisitatie van medisch specialisten in Nederland heeft als doel om de kwaliteit van de zorg te borgen. Het heeft naast een toetsend karakter vooral een kwaliteitsbevorderend karakter. Met recente ontwikkelingen waarbij meer nadruk wordt gelegd op het verdiepende gesprek rondom gespreksthema's, is er steeds meer aandacht voor zelfreflectie en structurele evaluatie van de vakgroep.

De kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals. De doelstellingen en uitgangspunten van de kwaliteitsvisitatie kunnen in de volgende kernwoorden worden samengevat:

Verbeteren

Het visitatie-instrument is bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren door de vakgroep een spiegel voor te houden. De kwaliteitsvisitatie heeft daarmee een kwaliteitsbevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een verbeterimpuls worden gegeven.

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 ontwikkelingen binnen en buiten de beroepsgroepen.

Verdiepen

De verdieping van de Leidraad Waarderingssystematiek uit 2012 vindt plaats door de uitwerking van de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitatie uit 2021. Tijdens een visitatie wordt juist het verdiepende gesprek gevoerd over het kwaliteitsdenken van een vakgroep. Het doel hiervan is om de vakgroep te stimuleren de zorg waar kan verder te verbeteren.

Verbinden

De visitatiemethodiek verbindt vakgroepleden met elkaar doordat de nadruk, veel meer dan voorheen, ligt op (zelf-)evaluatie en het gezamenlijk maken van verbeterplannen.

Kwaliteitsvisitaties vinden één keer in de vijf jaar op locatie plaats. Deelname hieraan is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria om herregistratie te verkrijgen. Het bezoek van de visitatiecommissie wordt voorbereid door de vakgroep. Na afloop van het bezoek stelt de visitatiecommissie een rapport op waarin de conclusies en adviezen worden vermeld. Dit rapport wordt standaard ter beschikking gesteld aan de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, zodat er onder gezamenlijke verantwoordelijkheid verbeteringen kunnen worden gerealiseerd en monitoring kan plaatsvinden. De periode waarbinnen een advies opgevolgd moet worden varieert afhankelijk van de relevantie van het verbeterpunt en wordt in samenspraak tussen de visitatiecommissie en de vakgroep vastgesteld.

Definities

Bij een aantal normen wordt de term ‘structureel’ gebruikt. Onder structurele evaluatie wordt verstaan dat het onderwerp op vaste momenten wordt geëvalueerd, bijvoorbeeld tijdens vakgroepvergaderingen, heidagen of andere vaste overlegmomenten.

Waardering

In dit normendocument wordt een nieuwe waarderingssystematiek gebruikt. In deze nieuwe systematiek wordt uitgegaan van een driepuntsschaal welke als volgt is gedefinieerd:

Streefnorm	De praktijkvoering voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De praktijkvoering voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De praktijkvoering voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

De kwaliteitsnormen van de NVOG staan op de volgende pagina's uitgewerkt.

Hoofdstuk 1. Vakspecifieke normen

- 1.1 Benigne gynaecologische zorg
- 1.2 Endometriosezorg
- 1.3 Urogynaecologische zorg
- 1.4 Verloskundige zorg
- 1.5 Fertiliteitszorg
- 1.6 IVF-zorg
- 1.7 Oncologische zorg

Nr. 1.1 Benigne gynaecologische zorg

Voorheen norm 19 Gynaecologische zorg

De benigne gynaecologische zorg betreft onderwerpen die de benigne gynaecologische geneeskunde in de volle breedte aangaan en is een substantieel onderdeel van de algemene gynaecologische praktijk.

De NVOG heeft afspraken vastgelegd in richtlijnen, standpunten en leidraden waaraan benigne gynaecologische zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat de benigne gynaecologische zorg en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst.

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de landelijke richtlijnen en afspraken en heeft deze richtlijnen omgezet in lokale protocollen.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten, de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en de behandeluitkomsten. Eigen uitkomsten worden structureel geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Er zijn binnen het ziekenhuis (of de regio) afspraken over de onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen en de samenwerking met andere disciplines zoals seksuoloog en psychosociale hulpverlening.
- Leden van de vakgroep die de benigne gynaecologische zorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Benigne gynaecologische zorg
- Evaluatie Benigne gynaecologische zorg voor samenwerkingspartners

Streefnorm	De benigne gynaecologische zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De benigne gynaecologische zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De benigne gynaecologische zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Voorheen norm 17 Endometriose zorg

De NVOG heeft de Kwaliteitsnorm “Expertisecentra Endometriose” waarin de organisatie van de endometriosezorg is beschreven. In de kwaliteitsnorm staat waaraan een kliniek moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat de endometriosezorg en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst. Daarbij worden twee niveaus beschreven (level 1 en 2).

De NVOG kent het volgende kwaliteitsdocument binnen de endometriosezorg:

- [Kwaliteitsnorm Expertisecentra Endometriose \(2020\)](#)

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de landelijke richtlijnen en afspraken en heeft deze richtlijnen omgezet in lokale protocollen.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten, de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en de behandeluitkomsten. Eigen uitkomsten worden structureel geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Er zijn regionale afspraken over onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen tussen level 1 en 2 endometriose centra zodat behandelingen in de daartoe uitgeruste centra kunnen plaatsvinden.
- Er zijn ook afspraken over onderwijs en opleiding, inclusief stages voor aandachtsgebieden en wetenschappelijk onderzoek (bij een level 2 centrum).
- Leden van de vakgroep die de endometriose zorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Endometriosezorg
- Evaluatie Endometriosezorg door samenwerkingspartners

Streefnorm	De endometriose zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De endometriose zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De endometriose zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 1.3 Urogynaecologische zorg

Voorheen norm 18 Urogynaecologische zorg

Urogynaecologische zorg vindt plaats in de algemene praktijk, in centra waar een specialist met aandachtsgebied urogynaecologie (GUA) of een subspecialist urogynaecologie werkzaam is, en in de regionale expertisecentra, waar ook de opleiding tot subspecialist urogynaecologie wordt verzorgd.

De NVOG heeft afspraken vastgelegd in richtlijnen, standpunten, nota's en leidraden waaraan urogynaecologische zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat de urogynaecologische zorg en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst.

De NVOG kent de volgende kwaliteitsdocumenten binnen de urogynaecologische zorg:

- [Leidraad Gebruik van implantaten bij genitale prolaps- en urine-incontinentiechirurgie \(2020\)](#)
- [Standpunt Transvaginale mesh zorg in Nederland \(2020\)](#)
- [Nota Gynaecoloog met urogynaecologie als aandachtsgebied \(2011\)](#)
- [Nota Subspecialisatie urogynaecologie \(2009\)](#)
- [Nota Organisatie urogynaecologie \(2008\)](#)

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de landelijke richtlijnen en afspraken en heeft deze richtlijnen omgezet in lokale protocollen.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten, de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en de behandeluitkomsten. Eigen uitkomsten worden structureel geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Implantaten worden geregistreerd in de NGR.
- Er zijn binnen het ziekenhuis (of de regio) afspraken over de onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen en de samenwerking met andere disciplines zoals de uroloog, de colorectaal chirurg, incontinentieverpleegkundige, bekkenfysiotherapeut en seksuoloog.
- Leden van de vakgroep die de urogynaecologische zorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen/werkgroep.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Urogynaecologische zorg
- Evaluatie Urogynaecologische zorg voor samenwerkingspartners

Streefnorm	De urogynaecologische zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De urogynaecologische zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De urogynaecologische zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Voorheen norm 14 Verloskundige zorg

Voor iedereen betrokken bij de geboortezorg is een gezonde vrouw en een gezond kind op zowel korte als lange termijn het belangrijkste doel. De vakgroep levert kwalitatief goede en veilige verloskundige zorg waarbij de patiënt centraal staat.

De NVOG heeft afspraken vastgelegd in richtlijnen, standpunten en leidraden waaraan verloskundige zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat verloskundig beleid en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst.

De NVOG kent de meerdere kwaliteitsdocumenten binnen de verloskundige zorg, waaronder:

- [Normpraktijk klinische verloskunde \(2021\)](#)
- [Zorgstandaard integrale geboortezorg \(2020\)](#)

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de landelijke richtlijnen en afspraken en heeft deze richtlijnen omgezet in lokale protocollen.
- Pijnstilling is 24/7 beschikbaar en wordt conform de daarvoor geldende richtlijnen aangeboden.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten, de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en zwangerschapsuitkomsten (Perined cijfers, perinatale audit, complicatiebespreking). Eigen uitkomsten worden structureel geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Er zijn binnen het ziekenhuis (of de regio) afspraken over de onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen en de samenwerking met andere disciplines zoals 1^e/2^e lijns verloskundigen, kindergeneeskunde, anesthesisten, POP-poli, kraamzorg, verpleegkundigen en A(N)IOS.
- Leden van de vakgroep die de verloskundige/perinatale zorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen/werkgroep.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Verloskundige zorg
- Evaluatie Verloskundige zorg voor samenwerkingspartners

Streefnorm	De verloskundige zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De verloskundige zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De verloskundige zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 1.5 Fertiliteitszorg

Voorheen norm 20 Fertiliteitszorg

De NVOG heeft afspraken vastgelegd in richtlijnen, standpunten en leidraden waaraan fertiliteitszorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat de fertiliteitszorg en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst.

De NVOG kent de volgende kwaliteitsdocumenten binnen de voortplantingsgeneeskunde:

- [Nota Organisatie van de voortplantingsgeneeskunde \(2002\)](#)
- [Nota Functieprofiel en eindtermen fertiliteitsartsen \(2004\)](#)
- [Nota Functieprofiel en eindtermen verpleegkundige voortplantingsgeneeskunde \(2004\)](#)

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de landelijke richtlijnen en afspraken en heeft deze richtlijnen omgezet in lokale protocollen.
- De vakgroep gebruikt LSFD als patiëntendossier.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten, de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en de zwangerschapsuitkomsten. Eigen uitkomsten worden op structurele basis geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Er zijn binnen het ziekenhuis (of de regio) afspraken over de onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen en de samenwerking met andere disciplines zoals urologen, endocrinologen, klinisch genetici en psychologen.
- Leden van de vakgroep die de fertiliteitszorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen/werkgroep.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Fertiliteitszorg
- Evaluatie Fertiliteitszorg voor samenwerkingspartners

Streefnorm	De fertiliteit zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De fertiliteit zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De fertiliteit zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nieuw

De NVOG heeft afspraken vastgelegd in richtlijnen, standpunten en leidraden waaraan IVF-zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat deze zorg en de uitvoeringspraktijk kan worden getoetst.

De NVOG kent het volgende kwaliteitsdocumenten binnen de IVF:

- [Kwaliteitsnorm In Vitro Fertilisatie \(2023\)](#)

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de landelijke richtlijnen en afspraken en heeft deze richtlijnen omgezet in lokale protocollen.
- De vakgroep gebruikt LSFD als patiëntendossier.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten, de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en de zwangerschapsuitkomsten. Eigen uitkomsten worden structureel geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Er zijn binnen het ziekenhuis (of de regio) afspraken over de onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen en de samenwerking met andere disciplines zoals urologen, endocrinologen, klinisch genetici en psychologen.
- Leden van de vakgroep die de IVF- zorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen/werkgroep.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst IVF-zorg
- Evaluatie IVF-zorg door samenwerkingspartners

Streefnorm	De IVF-zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De IVF-zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De IVF-zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 1.7 Oncologische zorg

Voorheen norm 15 Oncologische zorg

De NVOG heeft afspraken vastgelegd in richtlijnen, standpunten en leidraden waaraan oncologische zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, zodat de oncologische zorg en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst.

De NVOG kent de volgende kwaliteitsdocumenten binnen de oncologische zorg:

- [SONCOS-normeringsrapport \(2023\)](#)
- [NENI-normeringsrapport \(2015\)](#)

Basisnorm:

- De vakgroep werkt volgens de SONCOS (2023) en de NENI-normering (2015) en heeft deze documenten omgezet in lokale protocollen.
- Er is inzicht in het aantal (nieuwe) patiënten en de uitgevoerde behandelingen/ingrepen en de behandeluitkomsten. Eigen uitkomsten worden structureel geëvalueerd en zo nodig worden er verbetertrajecten opgestart (PCDA-cyclus).
- Er zijn binnen het ziekenhuis (of de regio) afspraken over de onderlinge samenwerking c.q. verwijzingen en de samenwerking met andere disciplines zoals medisch oncologen, radiotherapeuten, oncologisch verpleegkundigen, psychosociale hulpverlening en chirurgen.
- Leden van de vakgroep die de oncologische zorg als aandachtsgebied hebben zijn lid van de relevante werkgroepen/werkgroep oncologische gynaecologie.
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid van de vakgroep worden structureel geëvalueerd, besproken en zo nodig verbeterd.
- De patiënttevredenheid wordt structureel getoetst, geëvalueerd, besproken en zo nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Oncologische zorg
- Evaluatie Oncologische zorg door Samenwerkingspartners

Streefnorm	De oncologische zorg voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De oncologische zorg voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De oncologische zorg voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Hoofstuk 2. Functioneren vakgroep

2.1 Vakgroepfunctioneren

2.2 Veilig werkklimaat en ongewenst gedrag

2.3 Medisch beleid

2.4 Registratie en openheid over klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten

2.5 Wetenschappelijke ontwikkeling

Definitie van vakgroepfunctioneren

Het vakgroepfunctioneren kan gedefinieerd worden als: “Een dynamisch en complex proces waarin alle leden van de vakgroep participeren en gezamenlijke doelen nastreven. Zij dragen hierbij zorg voor een prettig teamklimaat, effectieve en frequente communicatie, nemen beslissingen in gezamenlijkheid en zoeken naar een passende vorm van leiderschap. Ieders talenten worden benut, de vakgroepleden vullen elkaar aan en bieden elkaar de ruimte om nieuwe ideeën te initiëren. Vakgroepfunctioneren kan alleen ontstaan wanneer onderling vertrouwen en respect, effectieve communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden, respect voor rollen en vaardigheden en steun vanuit de organisatie voldoende aanwezig zijn. Wanneer alle aspecten van vakgroepfunctioneren samenkomen leidt dit tot doelmatige zorg van steeds betere kwaliteit en werktevredenheid onder de vakgroepleden.”¹

Rol van vakgroepvergaderingen

Vakgroepvergaderingen zijn essentieel om lopende zaken die voor de gehele vakgroep van belang zijn gestructureerd te bespreken.

Belasting en belastbaarheid binnen de vakgroep

De continue aandacht voor belasting en belastbaarheid van individuele vakgroepleden en de vakgroep als geheel is cruciaal voor het effectief functioneren van de vakgroep. Onderwerpen zoals werkdruk, werkomgeving en werk-privé balans vallen hieronder. Voldoende ondersteuning vanuit de vakgroep en de organisatie draagt bij aan een goede belasting en belastbaarheid van de vakgroep. Het is daarom belangrijk dat hier structureel aandacht aan wordt besteed en dat er een helder en werkbaar systeem is om deze balans te waarborgen.

Jaarlijkse evaluatie van vakgroepfunctioneren

Jaarlijks dient de vakgroep het eigen functioneren te evalueren en resultaten te bespreken, verbeteracties vast te stellen en deze uit te voeren. De Quick Scan (herziene versie) kan hiervoor worden ingezet, maar ook andere instrumenten of werkwijzen (bijvoorbeeld: heidagen) zijn mogelijk. Deze evaluatie moet minimaal aandacht besteden aan vakgroepvergaderingen en belasting en belastbaarheid van vakgroepleden. Documentatie van de uitkomsten en vervolgstappen is essentieel.

Basisnorm: De vakgroep voert tenminste jaarlijks een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uit. Er wordt gebruik gemaakt van een methodiek om de uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Hierbij wordt in ieder geval aandacht besteed aan de kwaliteit van de vakgroepvergaderingen en belasting en belastbaarheid van vakgroepleden.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst vakgroepfunctioneren

Streefnorm	De praktijkvoering voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
------------	--

¹ Uit: Eindrapport Implementatie Toekomstvisie en doorontwikkeling evalueren vakgroepfunctioneren

Norm	De praktijkvoering voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De praktijkvoering voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 2.2 Veilig werkklimaat en ongewenst gedrag

Nieuwe basisnorm

Een veilig en open werkklimaat is positief gerelateerd aan prestaties en betrokkenheid van individuele vakgroepleden en hun medewerkers.

Het signaleren en bespreken van ongewenst gedrag met elkaar maakt onderdeel uit van een veilig en open werkklimaat. Tevens is van belang om met elkaar maatregelen ter preventie en verbetering van een onveilig werkklimaat af te spreken. Het is belangrijk om dit structureel met elkaar te bespreken en op te nemen in het beleidsplan.

Basisnorm: De vakgroep heeft aantoonbaar en structureel aandacht voor het signaleren en bespreken van ongewenst gedrag en spreekt maatregelen af ter preventie en verbetering van een onveilig werkklimaat.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Veilig werkklimaat en ongewenst gedrag

Streefnorm	De praktijkvoering voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De praktijkvoering voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De praktijkvoering voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 2.3 Medisch beleid

Voorheen norm 25 Eenheid van beleid

Medisch beleid verwijst naar de toepassing van de NVOG-richtlijnen, protocollen en standaarden in de dagelijkse praktijk. Het doel hiervan is om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen. De vakgroepleden houden zich aan de gezamenlijk afgesproken werkwijze bij de diagnose, behandeling en zorg voor patiënten. Dit houdt in dat een wisseling van behandelaar op zichzelf geen verandering van beleid voor de patiënt betekent.

Er is binnen de vakgroep een systeem om het medisch beleid structureel te evalueren en waar mogelijk te verbeteren. Deze evaluatie is ook gekoppeld aan het beleidsplan, jaarverslag en/of vergelijkbare documentatie.

Basisnorm: De vakgroep houdt zich aan het gezamenlijk afgesproken medisch beleid en heeft een methodiek om dat beleid structureel te evalueren en te verbeteren.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Medisch beleid
- Evaluatie medisch beleid door samenwerkingspartners

Streefnorm	De praktijkvoering voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De praktijkvoering voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De praktijkvoering voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 2.4 Registratie en openheid over klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten

Nieuwe basisnormen Openheid over incidenten, Registreren van incidenten discrepanties en complicaties & Klachten en signalen van onvrede samengevoegd

Alle ongewenste en onbedoelde uitkomsten binnen de zorg moeten worden geregistreerd en besproken om van te leren en de zorg in de toekomst te verbeteren. Het is van belang om dit vast te leggen in een PDCA-cyclus.

Basisnorm: De vakgroep registreert en bespreekt structureel incidenten, complicaties en ontvangen klachten. Indien geïndiceerd informeert de vakgroep de patiënt over de aard en toedracht van incidenten en legt dit vast in het patiëntendossier.

Mogelijke calamiteiten worden gemeld volgens lokaal afgesproken procedure. De verbeterpunten en -acties worden gedocumenteerd en geëvalueerd en gebruikt om het zorgproces te verbeteren.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Registratie en openheid over klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten

Streefnorm	De praktijkvoering voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De praktijkvoering voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De praktijkvoering voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Nr. 2.5 Wetenschappelijke ontwikkeling

Voorheen norm 30 Participatie in Consortium studies

Wetenschappelijke ontwikkeling is een belangrijk onderdeel van de beroepsuitoefening van de gynaecoloog. Dit behelst niet alleen het bijhouden van de vakliteratuur en bezoeken van wetenschappelijke congressen, maar betreft ook het bespreken en delen van de opgedane kennis met collega's en andere zorgprofessionals. Daarnaast mag een bijdrage verwacht worden door patiënten te informeren over voor hun toepasselijk lopend wetenschappelijk onderzoek.

Basisnorm: De vakgroep heeft aantoonbaar aandacht voor wetenschappelijke ontwikkeling.

Documentatie ter voorbereiding:

- Vragenlijst Wetenschappelijke ontwikkeling

Streefnorm	De praktijkvoering voldoet op alle aspecten aan de gestelde norm, echter is op één of meer onderdelen zelfs beter en daarmee een voorbeeld voor anderen.
Norm	De praktijkvoering voldoet op alle onderdelen aan de gestelde norm.
Advies	De praktijkvoering voldoet op één of meer aspecten niet aan de gestelde norm.

Federatie basisnormen	Dossier-voering (1)	Naleven van richtlijnen (2/3)	Vakgroep-vergaderingen (4)	Evaluatie van het vakgroep-functioneren (5)	Stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag (6)	Medisch beleid (7)	Openheid over incidenten (8)	Registreren van Incidenten, discrepanties en complicaties (9) & klachten en signalen van onvrede (12)	Belasting en belastbaarheid (10)	Essentiële partners in de regio (11)
Domein A: Vakspecifieke normen										
Benigne gynaecologische zorg		X								X
Endometriosezorg		X								X
Urogynaecologische zorg		X								X
Verloskundige zorg		X								X
Fertiliteitszorg	X	X								X
IVF-zorg	X	X								X
Oncologische zorg		X								X
Domein B: Overige normen										
Vakgroep-functioneren			X	X					X	
Veilig werkklimaat en ongewenst gedrag					X					
Medisch beleid						X				
Registratie en openheid over klachten, incidenten, discrepanties, complicaties en calamiteiten							X	X		
Wetenschappelijke ontwikkeling										