Toekomstbestendige oogheelkundige zorg

kwaliteit en toegankelijkheid

Commissie kwaliteit
Geaccordeerd: ALV, 15 september 2021.
In oktober 2026 zijn, in afstemming met de betreffende werkgroepen, enkele verduidelijkingen en nadere specificaties aangebracht. De inhoudelijke uitgangspunten zijn ongewijzigd gebleven.

In Nederland leveren circa 730 oogartsen samen oogheelkundige zorg voor ruim 18 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.

Inhoudsopgave

Inleiding 3
Tweedelijns en derdelijns zorg 4
Eisen aan de subspecialisaties 6
Evidence-based richtlijnen 11
Indicatoren ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
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 elearnings 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 decennia 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, kinderchirurgie (t.a.v. cataract) en refractiechirurgie. 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 volume, 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.

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 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. De organisatie van de meest hoogcomplexe, zogenoemde last-resort oogheelkundige zorg is nader uitgewerkt in het addendum “Last-resort oogheelkundige normpraktijk”.

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
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.

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, vitreoretinale en refractiechirurgie 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.

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.

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 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.

Tabel 1 Generieke voorwaarden subspecialisaties

	Cataract chirurgie	**Vitreoretinale chirurgie**	**Strabismus chirurgie**	**Oculoplastische chirurgie**	**Cornea chirurgie**	**Kinderen: cataract en lens chirurgie**	**Glaucoom chirurgie**	**Refractiechirurgie**
Opleiding / competenties	EPA-niveau 4 in cataract chirurgie	VR-Fellowship Elke VR chirurg moet zowel netvliesloslatingen als maculapathologie kunnen opereren.	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	Gecertificeerd als refractie chirurg conform eisen van NGRC
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'	Lid van NGRC
Volume-indicatie per 5 jaar per oogarts	500*	500 (inclusief netvliesloslatingen) Het aandeel semi-spoedzorg, i.e. ablatio retinae, dropped nucleus (niet dropped IOL) en submaculaire bloedingen, vormt minimaal 20% van het totaal aantal operaties.	100	100 oogleden en/of 50 orbitale (waaronder 25 enucleatie / evisceratie) en/of	200 (inclusief transplantaties (deels) door een fellow verricht onder supervisie	75 kindercataract extracties/ lensoperatie	75	Allroundrefractiechirurg: **RLE:** minimaal 500 RLE's met MF of EDOF **Phakic IOL's:** minimaal 250 voorste of achterste oogkamer phake IOL's

				50 traanweg (punctumplastiek, inversie van de traanpunt en sondage niet meegerekend)				**Alle lasers** 500 lasers waarvan minimaal de helft Lasik of Smile
								Oppervlakte laser: 500 lasek, ptk of transprk behandelingen
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 (kwaliteitsregistratie cataract, NOTR voor de corneatransplantaties en Eurequo voor de refractiechirurgie).							
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, behandeling van complicaties en spoedzorg. Indien dit niet in de eigen kliniek kan plaatsvinden moeten afspraken zijn gemaakt met nabijgelegen kliniek(en).							

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

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 ontwikkeld en onderhouden volgens de afspraken die gemaakt zijn binnen de Federatie Medisch Specialisten, zoals beschreven in Medisch specialistische richtlijnen 3.0: rapport_medisch_specialistische_richtlijnen_3.0.pdf .

Deze afspraken gaan over onder andere over: de betrokkenheid van inhoudelijk en methodologische experts, betrokkenheid van patiënten en het zoveel mogelijk beperken van de invloed van belangenverstrengeling Het onderhoud van oogheelkundige richtlijnmodules vindt plaats binnen verschillende clusters van richtlijnen, waarvan het cluster Oog de meeste oogheelkundige richtlijnen behelst. Hierin zijn het NOG en andere wetenschappelijke verenigingen en patiëntorganisaties vertegenwoordigd. Binnen het cluster wordt periodiek geïnventariseerd welke richtlijnmodules aan herziening toe zijn. Op basis hiervan wordt bepaald welke modules met prioriteit worden herzien. Hierdoor kunnen richtlijnen op onderdelen worden geactualiseerd, zonder dat de gehele richtlijn hoeft te worden herzien.

De conceptmodules, die binnen het cluster worden ontwikkeld of herzien, worden aangeboden aan de leden van de beroepsvereniging(en) die betrokken zijn bij de ontwikkeling of herziening.
Tot slot volgt autorisatie door de beroepsvereniging, waarmee de richtlijn de facto deel uitmaakt van de professionele standaard. In het document Nadere regeling ledenraadpleging in het kader van (modulair) richtlijnonderhoud staat uitgelegd op welke manier dat gebeurt bij het werken in clusters.
Deze werkwijze maakt het mogelijk om nieuwe wetenschappelijke inzichten en ontwikkelingen in de praktijk sneller in bestaande richtlijnen te verwerken. Zie ook de cyclische werkwijze van modulair onderhoud.

Oogheelkundige richtlijnen

Het NOG heeft evidence-based richtlijn(modules) voor alle veelvoorkomende oogheelkundige aandoeningen (cataract, maculadegeneratie, diabetische retinopathie, progressieve myopie), een richtlijn visusstoornissen, cerebral visual impairment (CVI), richtlijnen voor uveitis, prematurenretinopathie en infectieuze keratitis, en in de nabije toekomst ook voorrefractiechirurgie. 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 3.0'. 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 elearning ontwikkeld. De nascholingen vertalen de kennis van een evidence-based richtlijn naar de praktijk.

Op basis van de richtlijnen wordt patiënteninformatie op thuisarts en voor een aantal aandachtsgebieden 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.

Kwaliteitsregistratie

Kwaliteitsregistraties geven inzicht in de kwaliteit van oogheelkundige zorg. Door behandelresultaten en complicaties vast te leggen, kunnen oogartsen hun eigen resultaten vergelijken met landelijke uitkomsten. Deze spiegelinformatie vormt een belangrijke basis voor het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het landelijke landschap van kwaliteitsregistraties is volop in ontwikkeling. Er worden steeds meer eisen gesteld aan de kwaliteit, doelmatigheid en het gebruik van registraties. Binnen de oogheelkunde is de Kwaliteitsregistratie Cataract momenteel de enige registratie die is opgenomen in het landelijke Register voor kwaliteitsregistraties. Deze registratie is sinds 2026 ondergebracht bij de Stichting Kwaliteitsinformatie Oogheelkunde (SKO), die door het NOG is opgericht. De SKO richt zich op het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van oogheelkundige zorg en het beschikbaar stellen van informatie ter ondersteuning van samen beslissen.
Het NOG blijft zich inzetten voor het zinvol gebruik van kwaliteitsregistraties, met aandacht voor kwaliteitsverbetering, het beperken van registratielasten en het zoveel mogelijk automatisch aanleveren van gegevens vanuit het elektronisch patiëntendossier.
Meer informatie is beschikbaar via de website van het NOG en de website van de SKO.

Kwaliteitsvisitatie

De kwaliteitsvisitatie heeft als doel de kwaliteit van oogheelkundige zorg te borgen en waar mogelijk te verbeteren. Tijdens de visitatie beoordelen collega-oogartsen de kwaliteit van de praktijkvoering aan de hand van vooraf vastgestelde normen. De kwaliteitsvisitatie richt zich primair op het functioneren van de vakgroep en vindt in principe eens per vijf jaar plaats. Actieve deelname is een voorwaarde voor herregistratie als medisch specialist.

Vanaf 2027 werkt het NOG met een vernieuwde kwaliteitsvisitatie, ontwikkeld binnen het landelijke project ViSIE. Hierbij ligt meer nadruk op zelfevaluatie, reflectie en het verdiepende gesprek over kwaliteit en kwaliteitsverbetering. Het normenkader is teruggebracht van 31 naar 14 basisnormen, aangevuld met zeven gespreksthema's. De vakgroep en de visitatiecommissie selecteren gespreksthema's die aansluiten bij de eigen praktijk en ontwikkelvragen.

De vakgroep beoordeelt voorafgaand aan de visitatie het eigen functioneren aan de hand van het normenkader. Tijdens de visitatie worden de bevindingen besproken en beoordeeld door de visitatiecommissie. Wanneer niet volledig aan een norm wordt voldaan, kan de commissie een aanbeveling, zwaarwegend advies of voorwaarde formuleren. De visitatie vormt daarmee een instrument voor zowel toetsing als continue kwaliteitsverbetering.