



Kwaliteit 3.0 | 2023-2028

All inclusive naar de blue zone



Colofon

Kwaliteit 3.0 2023-2028 is ontwikkeld en gepubliceerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
Utrecht, juni 2023

Kwaliteit 3.0 2023-2028 is tot stand gekomen met financiering van Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Werkgroepleden:

J. Franken-Bakker, AIOS geriatrie, Radboud UMC
E.A. Elbrecht, klinisch geriater, Deventer Ziekenhuis, voorzitter CKZ NVKG (tot 1 december 2022)
M. Harkes, klinisch geriater, Maastricht Ziekenhuis
E.M. Meulenberg, klinisch geriater, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis
G. Schuurman, klinisch geriater, Deventer Ziekenhuis, lid CKZ, lid PVC en namens NVKG lid van Adviescommissie Kwaliteitsvisities Federatie Medisch Specialisten
M. Uylings, klinisch geriater, Rode Kruis Ziekenhuis, lid PVC NVKG
M.P.J. Voet, klinisch geriater, Ziekenhuis Oost-Limburg
J.A.M. Wilmer, klinisch geriater, Catharina Ziekenhuis, secretaris en bestuurslid Kwaliteit NVKG
D.H.H. Dreesens (senioradviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten)

Eindredactie: Christel Schuurman

Illustraties: Roland Blokhuisen

© Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze - hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier - echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVKG en met bronvermelding.

www.nvkg.nl

Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
1. INLEIDING: KWALITEIT VAN ZORG IN DE KLINISCHE GERIATRIE	6
2. NVKG IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG	7
3. KWALITEITSCYCLUS	8
4. PATIËNTENZORG	10
Klinische zorg	10
Acute zorg	11
Klinische consulten en medebehandeling	12
Polikliniek	12
Advance care planning	13
Optimale inrichting voor geriatrische patiënten	13
Regio en netwerken	15
Onderdeel van de visitatie	15
5. THEMA'S	16
Thema 1: Samen met ouderen	16
Thema 2: Cultuursensitieve zorg	18
Thema 3: Gezond ouder worden	20
Thema 4: Van triple naar quadruple aim	22
Thema 5: Duurzaamheid in de zorg	24
Thema 6: Innovatie	25
6. IMPLEMENTATIE VAN HET KWALITEITSBELEID	27
7. VERANTWOORDING	29
BIJLAGEN	31

Voorwoord

De ontwikkeling van ons vak en de uitdagingen die voor ons liggen, waren voor het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) reden om de werkgroep Kwaliteit 3.0 de opdracht te geven een nieuw kwaliteitsbeleid te schrijven voor de vereniging. Wat verstaan we als NVKG onder kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid en waar willen we de komende jaren heen? Met ‘Kwaliteit 3.0 2023-2028: All inclusive naar de blue zone’ zet de NVKG de volgende stap in de kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. Het hierin beschreven kwaliteitsbeleid bouwt voort op wat de NVKG bereikt heeft in haar jonge bestaan.

De werkgroep Kwaliteit 3.0 beschrijft in de eerste drie hoofdstukken van ‘All inclusive naar de blue zone’ (hierna kortweg Kwaliteit 3.0) het huidige kwaliteitsbeleid van de NVKG. Naast de kwaliteitscyclus van de NVKG komt de inbedding van de NVKG in de Nederlandse gezondheidszorg aan bod en wat we op dit moment met elkaar kwalitatief goede en veilige patiëntenzorg vinden voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. We verwijzen daarbij zo veel mogelijk naar bestaande documenten, zodat zowel (nieuwe) leden als externe partners snel een overzicht hebben van de stand van zaken.

***“If you design for the young, you exclude the old. But if you design
for the old you include everyone”***

Glenn Millar, Director of Education and Research, Canadian Urban Development Institute

Het tweede deel van Kwaliteit 3.0 (hoofdstukken 4-6) beschrijft zes nieuwe thema’s voor de NVKG:

- Samen met ouderen
- Cultuursensitieve zorg en diversiteit
- Gezond ouder worden (met de blue zone als ideaal)
- Van triple naar quadruple aim
- Duurzaamheid in de zorg
- Innovatie

De werkgroep vindt op basis van de actualiteit en van literatuuronderzoek, interviews, workshops tijdens de Geriatriedagen, beleid van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie), het Integraal Zorgakkoord (IZA) en overleg met bestuur en de Commissie Kwaliteitszaken (CKZ), dat deze thema’s de komende jaren onze aandacht en inzet verdienen. Na een eerste aanzet voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid sluit Kwaliteit 3.0 af met een toelichting op de totstandkoming van het beleid (hoofdstuk 7). De werkgroep hoopt dat de nieuwe thema’s inspireren om stappen te zetten op weg naar de blue zone.

Het is nadrukkelijk niet onze bedoeling dat de nieuwe thema's binnen enkele jaren geïmplementeerd zijn. We zijn ons terdege bewust dat we in hectische tijden leven met hoge werkdruk en een tekort aan mensen. Maar wie weet geeft extra inspiratie en perspectief net dat zetje om samen verder te gaan...

De werkgroep 'Kwaliteit 3.0: All Inclusive naar de blue zone' wenst je dus veel inspiratie!

Hartelijke groeten,

Janneke Bakker
Ellen Elbrecht
Marleen Harkes
Eefje Meulenberg
Truus Schuurman
Marjolein Uylings
Michiel Voet
Judith Wilmer (voorzitter werkgroep)
Dunja Dreesens (Kennisinstituut)

Ideeën of meedoen?

De werkgroep zou graag zien dat Kwaliteit 3.0 een levend document blijft dat aansluit bij wat er leeft binnen de klinische geriatrie. Heb je dus ideeën, op- of aanmerkingen of wil je meedoen: laat het ons weten via info@nvkg.nl. Dankjewel!

1. Inleiding: kwaliteit van zorg in de klinische geriatrie

Het denken over kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg heeft de laatste decennia een enorme vlucht genomen. Andere landen gaan Nederland daarin voor. Voor de basisprincipes van kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg volgt Nederland - en daarmee ook de NVKG - het *Institute for Health Improvement* (IHI, Verenigde Staten, zie www.ihl.org).

Kwalitatief goede patiëntenzorg dient drie doelen ('triple aim'), namelijk:

- een optimale ervaring voor de patiënt;
- het verbeteren van de gezondheid van de populatie;
- tegen de laagste kosten per hoofd van de populatie.

Net als een aantal andere organisaties voegt de NVKG daar een vierde doel aan toe ('quadruple aim'):

- de zorg is zo georganiseerd dat het werk voor zorgverleners langdurig en met plezier is vol te houden.

Goede patiëntenzorg is in het kort:

- patiëntgericht
- doeltreffend
- veilig
- tijdig en toegankelijk
- doelmatig en kosteneffectief
- gelijk, rechtvaardig en ethisch verantwoord

Voor ouderen met een kwetsbare gezondheid vormt het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) de basis van een goede kwaliteit van zorg. Het CGA is de kern van ons handelen als klinisch geriater (zie [Richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten](#)).

Meer basisinformatie over kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg is te vinden in het boek *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (Wollersheim e.a. 2020).

2. NVKG in de Nederlandse gezondheidszorg

De NVKG is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor klinisch geriateren (lees meer op www.nvkg.nl). De NVKG is lid van de Federatie Medisch Specialisten (hierna: Federatie), samen met 32 andere wetenschappelijke verenigingen (zie www.demedischspecialist.nl). De Federatie vormt op haar beurt met zeven andere organisaties van artsen en geneeskundestudenten in Nederland de artsenfederatie KNMG (www.knmg.nl).

Bijdragen aan landelijk kwaliteitsbeleid

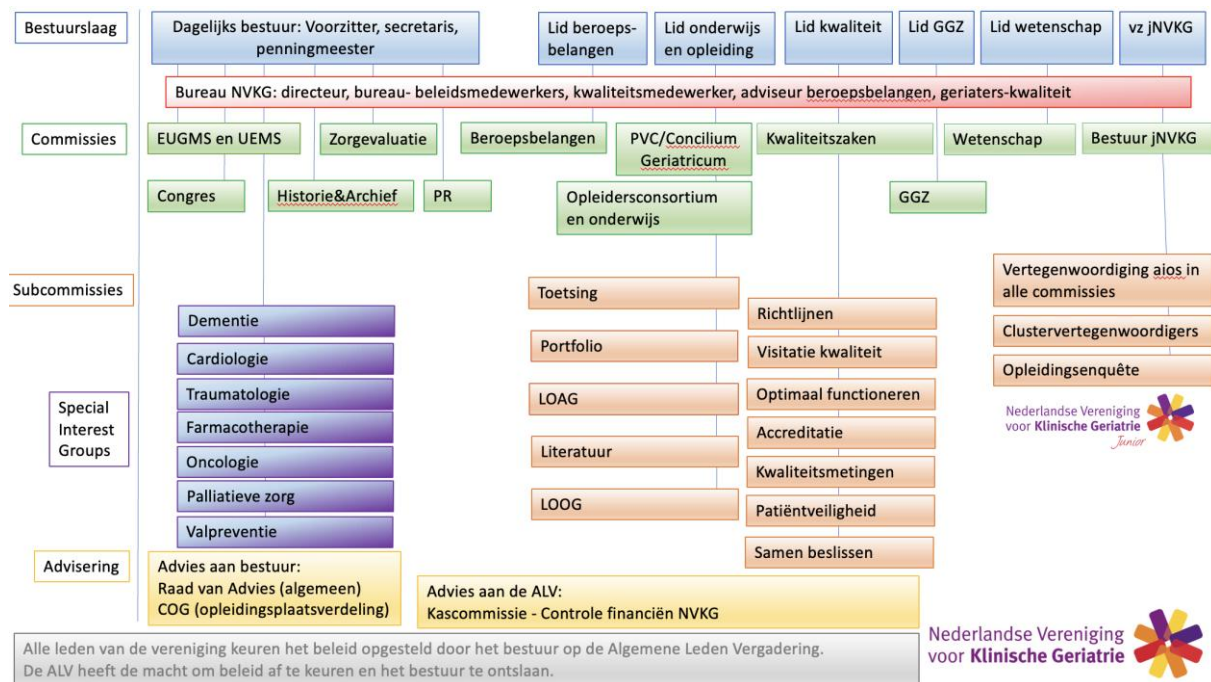
De NVKG onderschrijft - om te beginnen - de visie Medisch Specialist 2025 van de Federatie. Via de raad Kwaliteit (van de Federatie) volgt en geeft de NVKG mede vorm aan het landelijk kwaliteitsbeleid voor medisch specialisten. De vereniging vertaalt dit beleid naar wat nodig is voor ouderen met een kwetsbare gezondheid en voor hun behandeling door klinisch geriateren. Ook draagt de NVKG bij aan landelijk kwaliteitsbeleid voor artsen. Een voorbeeld is de wet- en regelgeving rond euthanasie bij mensen met dementie en de handreiking 'Wet zorg en dwang in ziekenhuizen'. De afstemming loopt in de meeste gevallen via de Federatie en soms in direct contact met de KNMG.

Een andere activiteit van de NVKG is deelname aan landelijke kwaliteitsprogramma's die de zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid verbeteren, zoals:

- Tijd voor Verbinding (TVV, www.programmatvv.nl);
- Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG, www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl);
- Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOZP, www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl), Uitkomstgerichte Zorg (UZ, www.uitkomstgerichte zorg.nl), Platform Medisch Specialisten Patiëntveiligheid (www.demedischspecialist.nl), Integraal Zorg Akkoord (IZA, www.rijksoverheid.nl);
- Verbeterdoelen op het gebied van ouderen met een kwetsbare gezondheid, van de Inspectie voor Volksgezondheid en Jeugd (IGJ, www.igj.nl);
- Dutch Hip Fracture Audit (DHFA) van het Dutch Institute for clinical Auditing (DICA), www.dica.nl).

3. Kwaliteitscyclus

De Commissie Kwaliteitszaken (CKZ) is verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid van de NVKG. Het [kwaliteitsbeleid](#) is daarbij onderverdeeld in zeven portefeuilles, zoals hieronder in het organigram van de NVKG staat.



Figuur 1: organigram NVKG

Met de publicatie van de eerste CGA-richtlijn ontwikkelde de CKZ ook de eerste kwaliteitscyclus. Er kwamen jaarlijks te toetsen kwaliteitsindicatoren, die in de kwaliteitsvisitatie werden meegenomen. Na een paar jaar toepassen was op basis van deze indicatoren duidelijk een stijgende lijn zichtbaar. Daarmee vormde de kwaliteitscyclus een belangrijke bijdrage aan een meer uniforme werkwijze, de implementatie van de richtlijn CGA en daarmee aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Omdat de indicatoren hun werk hadden gedaan en daarnaast de wens bestond om de registratielast terug te brengen, is vervolgens gezocht naar andere vormen van het evalueren van kwaliteit.

Inmiddels gebruikt de NVKG verschillende methodes om de kwaliteit van zorg te toetsen en verder te verbeteren. Deze kwaliteitscyclus, ook wel bekend als de PDCA-cyclus, bestaat uit de volgende onderdelen:

- Vanuit de kwaliteitsvisitaties is het [Normendocument](#) (staat op het besloten gedeelte van de NVKG-website, alleen toegankelijk voor NVKG-leden) ontwikkeld. Op vakgroepniveau kan dit document gebruikt worden om de eigen kwaliteit te toetsen en beleid aan te passen. Tijdens kwaliteitsvisitaties is het normendocument de leidraad voor het gesprek. De plenaire visitatiecommissie (PVC) kwaliteit bekijkt de cumulatieve uitkomsten.

Deze worden gebruikt voor de evaluatie en verbetering van kwaliteitsbeleid op verenigingsniveau. Daarnaast zijn de visitaties ook het moment om 'goede voorbeelden' op te halen en binnen de vereniging van elkaar te kunnen leren. Om het gebruik van richtlijnen te kunnen evalueren, is een aantal medical audits ontworpen.

4. Patiëntenzorg

Een oudere met een kwetsbare gezondheid komt op diverse plekken met (gezondheids)zorg in aanraking. Voor de klinische geriatrie is dat in algemene en opleidingsziekenhuizen, in universitaire medische centra (UMC) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De zorg kan zowel op de eigen afdeling als op andere afdelingen geboden worden, in de vorm van multidisciplinaire overleggen en/of tijdens een consultatie/medebehandeling. Op dit soort momenten kan de klinisch geriater geriatrie kennis overdragen. Het biopsychosociale model vormt daarbij de basis van de patiëntenzorg. Bij de update van de richtlijn CGA in 2022 is besloten om de existentiële dimensie toe te gaan voegen aan het biopsychosociale model.

Klinische zorg

Wanneer een oudere met een kwetsbare gezondheid in het ziekenhuis wordt opgenomen, gebeurt dit bij voorkeur op een afdeling waar geïntegreerde geriatrie zorg beschikbaar is en een medisch specialist met geriatrie expertise hoofdbehandelaar is. Conform de richtlijn CGA heeft de klinisch geriater en of internist ouderengeneeskunde de [regie](#) over de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van de patiënt. De aandacht gaat daarbij uit naar iemands medische problematiek, maar vooral naar behoud en zo mogelijk verbetering van het dagelijks functioneren, de zelfredzaamheid en leefstijl. Het multidisciplinaire behandelteam overlegt onderling volgens een vaste frequentie.



Bij ontslag van de oudere met een kwetsbare gezondheid zorgt het behandelteam voor een tijdige en complete schriftelijke overdracht aan de opvolgend behandelaar. Bij voorkeur is er rechtstreeks overleg met deze behandelaar. Ook de patiënt (en/of zijn naasten/mantelzorger) krijgt informatie over de ontvangen zorg en het vervolgtraject, inclusief de gegevens van de opvolgende behandelaar.

Is een oudere met een kwetsbare gezondheid niet op de afdeling geriatrie opgenomen of is de klinisch geriater niet de hoofdbehandelaar? Dan is een medisch specialist met geriatrische expertise beschikbaar voor consultatie. Afhankelijk van de complexiteit van de benodigde zorg kan dat een eenmalig advies zijn, maar ook intensieve medebehandeling.

Acute zorg

Wanneer een oudere met een kwetsbare gezondheid op de spoedeisende eerste hulp van een ziekenhuis binnenkomt, is het belangrijk zo snel mogelijk een integraal beeld te krijgen van de hulpvraag. Dat wil zeggen: zowel de behandelwensen, de voorgeschiedenis en actuele problematiek van de patiënt als diens psychische, functionele en sociale status van de patiënt (voor zover die relevant is op dat moment). Dit integrale en persoonsgerichte beeld vereist een [goede samenwerking](#) tussen verpleging, physician assistants (PA) en artsen op de spoedeisende hulp, ondersteund door disciplines als laboratorium en radiologie en natuurlijk samen met de medisch specialist met geriatriche expertise. De NVKG heeft hiervoor een zogeheten [patiëntreis 'Acute zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid'](#) (2023) opgesteld. Hierin staan de zorgstappen beschreven waarmee ook de acute zorg de geriatriche benadering kan bieden waar elke oudere patiënt met een kwetsbare gezondheid recht op heeft.

Op de afdeling spoedeisende hulp kan de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde gevraagd worden voor een CGA (zie [NVKG Leidraad Zorgpad Kwetsbare Ouderen](#)).

Dit gebeurt bij een van de volgende criteria:

- Een oudere patiënt (70+) die zich presenteert met een acuut geriatrich syndroom: onverklaard vallen, syncope, duizeligheid, verwardheid, onbegrepen functionele achteruitgang, dehydratie, (zelf)verwaarlozing.
- De patiënt is het afgelopen jaar op de afdeling geriatrie opgenomen geweest.
- De patiënt is in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf of is anderszins afhankelijk van 24-uurs zorg.
- Bij verdenking van [ouderenmishandeling](#).
- (Preoperatieve) beoordeling bij kwetsbaar gescreende oudere of bij patiënten ouder dan 70 jaar met een heupfractuur of colon-chirurgische ingreep (NVKG, 2016).

In 2022 verscheen ook het [visiedocument Acute zorg](#) (Federatie) met de ambities voor patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag (waaronder ouderen met een kwetsbare gezondheid met multiproblematiek):

- Zorg voor deze patiëntengroep is integraal en multidisciplinair georganiseerd.
- Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag worden gelijktijdig door een multidisciplinair team gezien - met passende en volledige aanvraag van diagnostiek - en aansluitend door de meest passende zorgverlener op de juiste plek behandeld.

- Deze patiënten hebben het meeste voordeel bij zorg die in één keer goed geleverd wordt, in plaats van losse onderzoeken door verschillende specialisten.

Klinische consulten en medebehandeling

Een klinisch consult door een medisch specialist met geriatrische expertise bestaat uit een geriatrisch assessment (zoals beschreven in de [richtlijn CGA](#) en het [addendum CGA bij consult en medebehandeling](#)). Door het in kaart brengen, interpreteren en wegen van iemands somatische, psychische, functionele en sociale problemen kan de specialist bepalen welke interventies nodig zijn om diens functionaliteit te verbeteren en een eventueel overlijden te voorkomen.

De [NVKG Leidraad Zorgpad Kwetsbare Ouderen](#) raadt een consult aan bij het consultatief geriatrieteam in het geval van:

- vermoeden van geheugenproblemen (NVKG, 2014);
- delier, wanneer standaardinterventies volgens het geldende ziekenhuisprotocol onvoldoende effectief zijn;
- recidiverend vallen;
- een heupfractuur en geen geriatrie traumatologie-unit;
- complexe uitplaatsing uit het ziekenhuis.

De medisch specialist met geriatrische expertise kan daarnaast betrokken worden bij complexe besluitvorming in een multidisciplinair overleg. Het kan dan ook gaan om geestelijke gezondheidszorg, zoals beschreven in de [modules ouderen met psychische aandoeningen](#).

Zowel de richtlijn CGA als de [NICE richtlijn heupfractuur](#) adviseren structurele geriatrische medebehandeling voor patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur. Dit bevordert het herstel en voorkomt complicaties (lees ook de richtlijn [Behandeling kwetsbare ouderen bij chirurgie](#)).

Voorbeeld 1: assessment bij consult en medebehandeling

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/comprehensive_geriatric_assessment_cga/

Polikliniek

Op de polikliniek worden kwetsbare ouderen met veelvoorkomende problemen in deze levensfase soms beoordeeld op themapoli's: bijvoorbeeld geheugen, mobiliteit en polyfarmacie. Een steeds grotere groep patiënten wordt naar de klinisch geriater doorverwezen bij complexe besluitvorming. Dit zijn ouderen met een kwetsbare gezondheid en multiproblematiek voor wie een specifieke ingreep of behandeling wordt overwogen (denk aan gastro-enterologische chirurgie, een aortaklepimplantatie/TAVI, dialyse of chemotherapie). In die gevallen is vaak behoefte aan een inschatting van mogelijke

complicaties bij een ingreep en te verwachten uitkomsten. Deze afwegingen worden met de patiënt (en naasten/familie) besproken.

Steeds meer kwetsbare oudere patiënten met multimorbiditeit of multiproblematiek komen bij meerdere specialisten op de poli. Dat is belastend voor de patiënten: er is overlap en bovendien een risico op fouten. Daarom is er behoefte aan meer regie. De huidige zorgorganisatie is nog niet ingericht op multidisciplinaire zorg en regievoering voor deze groep patiënten. Wel is er een [implementatieplan](#) waar vakgroepen en organisaties gebruik van kunnen maken om de zorg voor deze groep te verbeteren en wordt gewerkt aan de leidraden Multidisciplinaire Beoordeling en Behandeling bij Multimorbiditeit in het Ziekenhuis.

Advance care planning

Het is belangrijk om vroegtijdig met ouderen met een kwetsbare gezondheid in gesprek te gaan: welke (medische) zorg wensen ze (zie ook pagina 16 e.v. over Samen beslissen). Voorkomen moet worden dat dit in een fase gebeurt dat er snel gehandeld moet worden of de oudere te ziek is om dit gesprek te voeren. Dit wordt advance care planning (ACP) genoemd. Deze vorm van zorg is niet voorbehouden aan de klinische geriatrie en zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid.

ACP-gesprekken worden bij voorkeur gevoerd door artsen die de kwetsbare oudere en diens medische toestand kennen, zoals de huisarts of de medisch specialist bij wie de oudere onder behandeling staat. Gesprekken zullen regelmatig gevoerd moeten worden in de loop van de tijd. Belangrijk is dat de kwetsbare oudere een goede afweging kan maken. Een beoordeling door een klinisch geriater kan bijdragen in de afwegingen en besluitvorming over ingrijpende diagnostiek en ingrepen bij ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Voorbeeld 2: ideeën advance care planning

- [Richtlijn CGA](#), met name de modules Samen Beslissen en de existentiële dimensie;
- [Advance care planning op de polikliniek, Gelderse Vallei](#);
- Website en handreiking [Tijdig spreken over het levenseinde](#) (KNMG);
- [Patiënteninformatie](#) van Patiëntenfederatie Nederland.

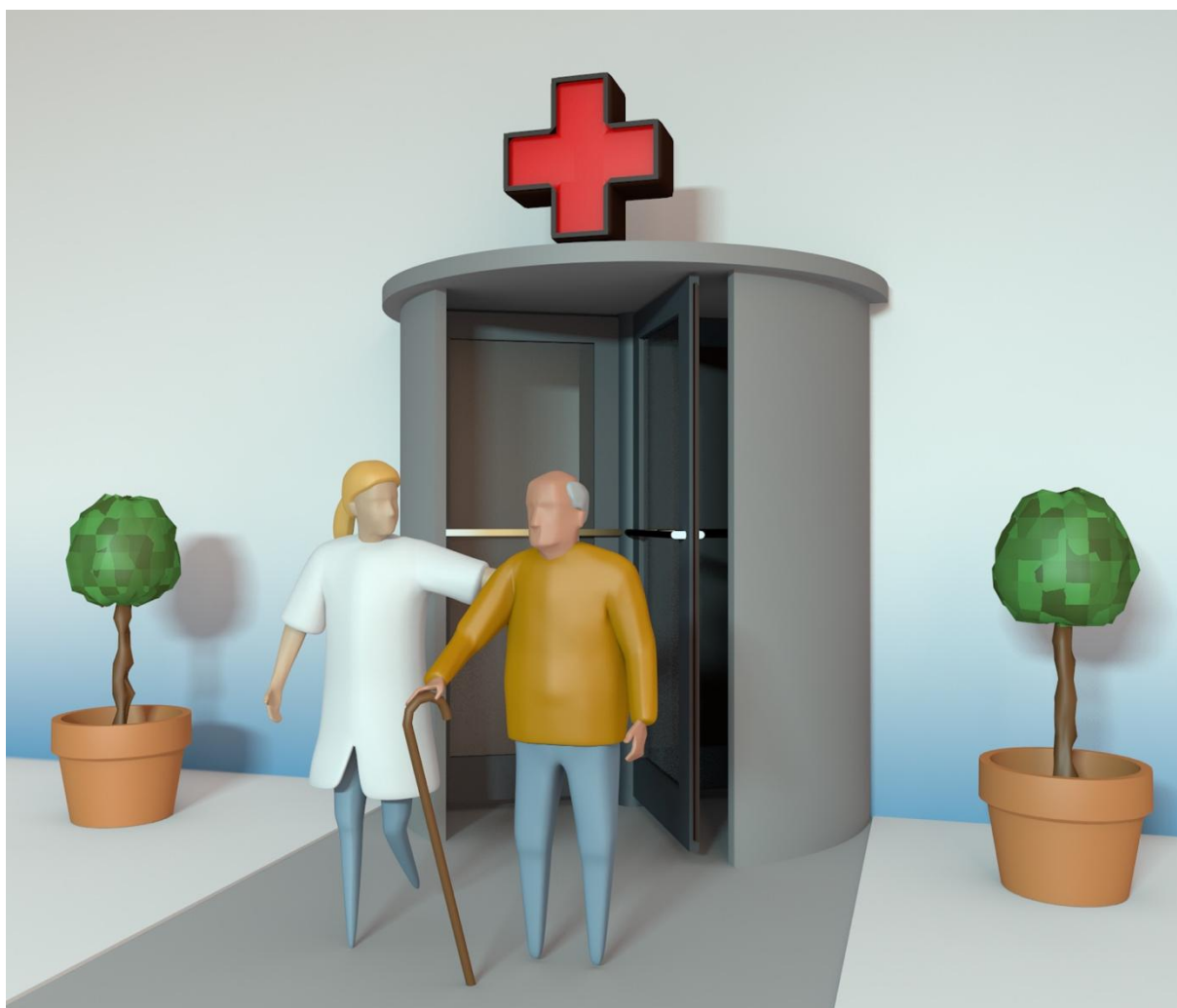
Optimale inrichting voor geriatrische patiënten

Een verblijf op de spoedeisende hulp of een ziekenhuisopname is voor ouderen met een kwetsbare gezondheid een ingrijpende gebeurtenis. Zo lopen ouderen meer risico op complicaties zoals ondervoeding, vallen of een delier. Een zo optimaal mogelijke inrichting van het ziekenhuis helpt om deze en andere complicaties zo veel mogelijk te voorkomen. Aandachtspunten zijn onder andere geriatrie verpleging en het bevorderen van oriëntatie en mobiliteit. Dit kan bijvoorbeeld door een duidelijk zichtbare verpleegpost, het verwijderen van obstakels, voldoende daglicht, gemeenschappelijke ruimtes en het gebruik van kalenders, klokken en pictogrammen. Ook kunnen patiënten door ruimtelijke ingrepen geactiveerd worden meer te bewegen tijdens de opname. In de kliniek moet daarnaast aandacht zijn voor preventie van decubitus, delier, vallen, verslikken, ondervoeding en functieverlies.



Bij een bezoek aan de polikliniek kan verder worden gedacht aan duidelijke bewegwijzering en de inzet van personeel om mensen de weg te wijzen. Ondanks het feit dat het keurmerk 'seniorvriendelijk ziekenhuis' niet meer in gebruik is, kan de daarvoor ontwikkelde [toolkit](#) voor ziekenhuizen nog steeds nuttig zijn. Nog beter zou het zijn om ziekenhuizen standaard in te richten voor ouderen, omdat zij immers de grootste doelgroep zijn en 'If you design for the old, you include everyone'. Een nieuwe ontwikkeling is dementievriendelijke ziekenhuizen. In 2018 heeft Zorg voor Beter (Kennisplesin voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn) een Toolkit dementievriendelijk opgesteld. Tijdens het NGN-congres in 2022 vond er een workshop [Dementievriendelijke ziekenhuizen](#) plaats; hier kwam onder meer aan de orde hoe dementievriendelijk het ziekenhuis van de deelnemers is en welke stappen genomen kunnen worden om het ziekenhuis (nog) verder te verbeteren op dit vlak.

Sinds een aantal jaar bestaat daarnaast het programma Tijd Voor Verbinding (TVV). Een van de thema's is kwetsbare ouderen. Het doel van dit thema is dat ieder ziekenhuis een verbeterstap zet om de zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid nog veiliger te maken. Hiervoor is het zogeheten [inspiratie-instrument](#) ontwikkeld. Met dit instrument kunnen ziekenhuizen inzichtelijk maken waar ze staan. Een aantal [praktijkvoorbeelden](#) ter inspiratie zijn al te vinden op [de website van TVV](#).



Regio en netwerken

Het ziekenhuis is niet altijd de juiste plek wanneer zich een probleem voordoet bij een oudere met een kwetsbare gezondheid. Alleen met goede communicatie door zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis ontstaan de goede omstandigheden voor een opname of polikliniekbezoek. Een opname moet daarbij zo kort mogelijk zijn. Dit kan alleen als de nazorg goed is ingericht. Een medisch specialist met geriatrie expertise is daarbij een belangrijk onderdeel in het zorgnetwerk: om verbinding te zoeken en de continuïteit van de zorg te waarborgen. De klinisch geriater levert laagdrempelig aanvullende expertise op de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en in de geestelijke gezondheidszorg.

Er zijn verschillende benamingen en bijbehorende initiatieven die zich richten op goede zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid **buiten het ziekenhuis**, zoals:

- Juiste zorg op juiste plek (JZOJP), poliklinische netwerkzorg en wijkklinieken.
- Projecten voor meer regie bij de patiënt en waardegedreven zorg (ook als onderdelen van e-health en taakherschikking).

Voorbeeld 3: ideeën voor regio en netwerken

- Patiënten thuis monitoren, o.a. beeldbellen (digitale zorg, e-health);
- Digitale communicatie met huisarts (o.a. teleconsultatie), psychiater en specialist ouderengeneeskunde;
- MDO eerste lijn met participatie klinisch geriater, MDO in GGZ-instellingen en verpleeghuizen met klinisch geriater;
- Zorgafspraken met overeenkomsten en regelmatig overleggen:
<https://www.zhco.nl/nieuws/zeeuwse-huisartsen-en-adrz-maken-afspraken-over-de-zorg-voor-kwetsbare-ouderen/>;
- Transmurale Zorgbrug met doorbraaktraject-transmurale-zorgbrug;
<https://projecten.zonmw.nl/nl/project/doorbraaktraject-transmurale-zorgbrug>;
- Poliklinische netwerkzorg: klinisch geriater in huisartsenpraktijk; voorbeeld met specialist ouderengeneeskundige Bertholet www.praktijkouderengeneeskunde.nl;
- De wijkkliniek: www.cordaan.nl/locatie/de-wijkkliniek;
- Samenwerking klinisch geriater en specialist ouderengeneeskundige in verlenen van (sub)acute zorg (om spoedopname te voorkomen): [Subacute zorg Aafje](#);
- Korte opname buiten het ziekenhuis na verblijf SEH (Schakelafdeling/observatieafdeling; eerstelijns verblijf of bijvoorbeeld zorghotel);
- Vele initiatieven vanuit andere medische specialisten en ouderen(welzijns)zorg waarbij de klinisch geriater nog niet is aangehaakt. Voorbeeld www.andersbetercentrum.nl en www.transmuralezorg.nl.

Onderdeel van de visitatie

Ook tijdens de kwaliteitsvisite kan samenwerking en afstemming in de regio en/of in het netwerk aan de orde gesteld worden. Bijvoorbeeld met vragen als: bij welke netwerken en regioprojecten sluit je vakgroep aan en met welke rol; wat doe je aan Juiste zorg op juiste plek; wat dragen jullie bij aan het verbeterdoel 'continuïteit van zorg' van de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd; en hoe laagdrempelig zijn jullie bereikbaar?

5. Thema's

Voor het kwaliteitsbeleid van de komende jaren heeft de NVKG gekozen voor zes specifieke thema's. Deze thema's zijn gekozen op basis van actuele ontwikkelingen en het belang voor de klinische geriatrische zorg.

Thema 1: Samen met ouderen

Samen met ouderen betekent voor de NVKG op alle niveaus samenwerken met ouderen met een kwetsbare gezondheid: het gaat tenslotte om hun zorg.



Landelijk

Landelijk werken de seniorenorganisaties en de NVKG samen. Het bestuur van de NVKG en de seniorenorganisaties overleggen op structurele basis ongeveer acht keer per jaar. Op dit moment is dat met KBO-PCOB, KBO Brabant, NOOM en Alzheimer Nederland. Met de ANBO is er overleg op niet structurele basis. Doel is om waar mogelijk elkaars boodschap te versterken, naar het ministerie van VWS bijvoorbeeld of in de media. Ook is het belangrijk van elkaar te weten wat er speelt en samen te werken in landelijke en regionale programma's en projecten.

Zo zijn de laatste jaren samen met de seniorenorganisaties en de KNMG dialoogbijeenkomsten georganiseerd om met groepen ouderen van gedachten te wisselen rond thema's als Code Zwart, Voltooid leven en Samen Beslissen. De dialoogbijeenkomsten worden als zeer waardevol ervaren en we willen er dan ook mee doorgaan.

Afgevaardigden van de seniorenorganisaties vertegenwoordigen de ouderen met een kwetsbare gezondheid in richtlijnwerkgroepen.

Regionaal

Om de kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid te verbeteren, is het van belang om in regionale netwerken, projecten en programma's samen te werken met regionale seniorenorganisaties, focusgroepen van ouderen of op een andere manier te zorgen voor participatie door ouderen.

Lokaal

Ook in het ziekenhuis is het van belang dat ouderen participeren in de organisatie van zorg voor ouderen in het algemeen en voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. Gedacht kan worden aan een afgevaardigde van een seniorenorganisatie in de patiëntenadviesraad (PAR), een stuurgroep, projectgroep, klankbordgroep of wat passend is in de lokale situatie. Ook het organiseren van focusgroepen of een cliëntenpanel van ouderen kan een middel zijn om de organisatie van de zorg af te stemmen op de gebruikers.

In de spreekkamer

In de spreekkamer staat '[Samen beslissen](#)' centraal. Samen beslissen is een proces waarbij beslissingen met de patiënt worden genomen. Het gaat erom betrouwbare informatie over verschillende behandelopties toegankelijk te delen met de patiënt, vooral wanneer persoonlijke omstandigheden en overwegingen van patiënten en families een belangrijke rol spelen bij zorgbeslissingen.

Samen beslissen kan zowel bij patiënten met enkelvoudige problemen gebruikt worden als bij meervoudige problematiek. Bij enkelvoudige problemen is **een optiegesprek** meestal voldoende om tot een gezamenlijke beslissing te komen. Daarbij komen vragen aan de orde als: wat is mijn ziekte, welke mogelijkheden zijn er, wat zijn de voor- en nadelen en wat past bij mij?

Bij ouderen met een kwetsbare gezondheid spelen persoonlijke omstandigheden en overwegingen bij medische beslissingen een belangrijke rol. Ze hebben meerdere aandoeningen tegelijk, functionele beperkingen en verminderde reserves en laten vaak de kwaliteit van leven en behoud van zelfstandigheid prevaleren boven zo lang mogelijk blijven leven. Daarom is zeker bij ouderen met een kwetsbare gezondheid persoonsgericht samen beslissen van toepassing. **Een waarde- en doelengesprek** levert dan belangrijke eerste inzichten op, met antwoord op de vragen 'wat is belangrijk voor u' en 'wat zijn uw doelen'? Dit gesprek volgt meestal na het intakegesprek of een CGA en gaat vooraf aan het optiegesprek en de diagnostiek.

Samen beslissen is bewezen effectief. Voorwaarde is wel dat zowel de patiënt als de zorgprofessional voorbereid is op het samen-beslisgesprek én de professional is getraind. Daarbij is het de taak van de professional om de patiënt in staat te stellen samenwerkingspartner te kunnen zijn: deze moet zich goed kunnen voorbereiden op het gesprek en/of er achteraf over na kunnen denken. Een handig hulpmiddel voorafgaand aan een (eerste) polikliniekbezoek is het thuis invullen van de Patient Reported Outcome

Measurement (PROM) en de vragenlijst TOPICs-SF in combinatie met samen-beslisvragen. Deze methode van Samen beslissen (inclusief de vragenlijst TOPICs-SF) is ontwikkeld door onder andere de NVKG en Vilans.

Begin op tijd!

Nog te vaak krijgt een oudere met een kwetsbare gezondheid pas tijdens een acute situatie op de afdeling spoedeisende hulp voor het eerst te maken met Samen beslissen. De vraag is dan: wilt u gereanimeerd worden?

Voor de patiënt is dit een ongeschikte vraag en een ongeschikt moment om met Samen beslissen te starten. Het is belangrijk om vanaf het moment dat deze oudere patiënt wordt, te beginnen met samen beslissingen nemen. Op die manier raakt de oudere vanaf het begin bekend met de rol van samenwerkingspartner. Daarna kunnen door de jaren heen samen-beslisgesprekken over advance care planning en het levenseinde tijdig worden gevoerd, op een voor de patiënt en professional beter moment dan in de acute zorg (zie eerdere paragraaf over advance care planning onder Patiëntenzorg).

Meer weten

- Bekijk de [toolbox](#) Samen beslissen
- De e-learning voor professionals is te vinden op:
<https://nl.dialoguetrainer.app/module/samenbeslissengeriatrie-open/>

Thema 2: Cultuursensitieve zorg

De samenstelling van de gemiddelde vakgroep geriatrie is geen weerspiegeling van de maatschappij. Een voorbeeld: in Rotterdam heeft 30% van de eerstejaars geneeskundestudenten een niet-westerse achtergrond en 2% van de medisch specialisten. Dit komt - net als in andere vakgebieden - doordat bij de selectie- en sollicitatieprocedure de zittende klinisch gerieters onbewust op zoek gaan naar hun gelijken. Bewustwording van dit fenomeen staat nog in de kinderschoenen. Andere verenigingen zijn hier verder mee, zoals de NIV. Het is een goed idee om als NVKG kennis en ervaring op te doen bij andere verenigingen. De NVKG beseft tegelijkertijd dat voorkomen moet worden dat cultuursensitieve zorg ervaren wordt als hype die kan worden afgevoerd.

Ageism

Veroudering heeft in Nederland veelal een negatieve associatie, gekoppeld aan achteruitgang en afhankelijkheid. De 'mens op leeftijd' wordt gezien als een aparte groep in de samenleving. Een groep waar problemen bij te verwachten zijn. Een 'grijze golf' die op ons afkomt. Veroudering is een aandoening waar men tegen moet vechten. Deze associaties zorgen ervoor dat mensen opzien tegen ouder worden. Het creëert angst voor verlies van kwaliteit van leven en van sociale en maatschappelijke betrokkenheid. Als klinisch geriater kunnen we uitdragen dat ieder mens, ongeacht leeftijd, een gelijkwaardige plek inneemt in de maatschappij. We kunnen inclusiviteit nastreven en bewustwording creëren rondom het verouderingsproces en de nadruk leggen op mogelijkheden in plaats van problemen.



Diversiteit en cultuursensitieve zorg

Mensen hebben verschillende achtergronden. Die achtergrond heeft invloed op onze gezondheid en de gezondheidszorg. Bij ouderen (met een kwetsbare gezondheid) zie je dat onder andere in diagnostiek (vooral bij cognitieve problemen), behandeling, advance care planning en bij iemands gezondheidsvaardigheden. Bewustzijn en kennis van deze achtergronden is essentieel in het contact met patiënten, zoals in een samen-beslisgesprek. Bij het achterhalen van de diagnose rond cognitieve stoornissen is al ervaring opgedaan met variatie in culturele en/of taalachtergronden. Het bewustzijn en de kennis hierover staat nog in de kinderschoenen en moet verder worden uitgebouwd. Hetzelfde geldt voor kennis en vaardigheden over culturele en levensbeschouwelijke opvattingen en de invloed daarvan op iemands gezondheidsvaardigheden. Als vereniging zien we wel duidelijk de meerwaarde van diversiteit in de geriatrie bleek tijdens de Geriatriedagen 2023: meer diversiteit ('verschillende brillen') zal zorgen voor een betere aansluiting bij mensen van verschillende achtergronden met een kwetsbare gezondheid.

Diversiteit en cultuursensitieve zorg zal dus een vast aandachtspunt moeten zijn in de opleiding (Eindtermen en Individualisering Klinische Geriatrie), in wetenschappelijk onderzoek en bij het opstellen en actualiseren van richtlijnen. Daarbij betrekken we ouderen (met een kwetsbare gezondheid) met diverse achtergronden. Ook tijdens de volgende Geriatriedagen blijft cultuursensitieve zorg een terugkerend thema, net als in nascholing en training. Bij werving/selectie en carrièrebeurzen wordt eveneens meer ingezet op diversiteit. Een praktische uitwerking van bredere netwerken in de regio kan onder andere zijn dat een

patiënt die niet goed Nederlands spreekt, gekoppeld kan worden aan een klinisch geriater die de taal van herkomst spreekt.

Thema 3: Gezond ouder worden

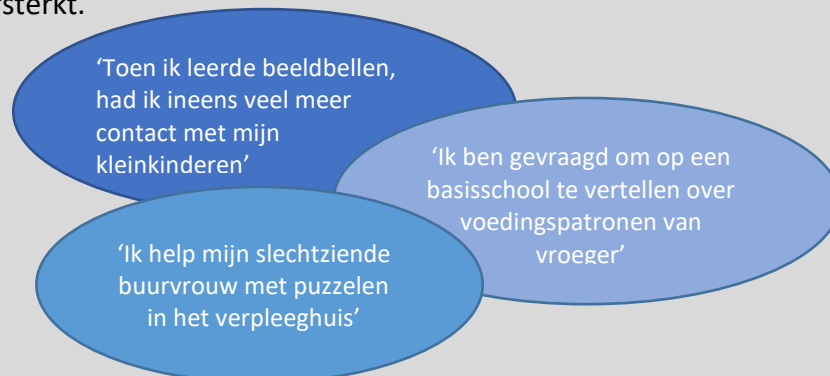
Bij gezond ouder worden komen een aantal zaken samen, zoals leefstijl, voeding en preventie. Hiervoor kunnen we onder andere kijken naar de zogeheten 'blue zones'.

Blue zones

De 'blauwe zones' zijn vijf gebieden in de wereld waar mensen meetbaar langer leven en gezonder oud worden (zie de praktijkvoorbeelden hieronder). Het staat in schril contrast met de kwetsbare groep patiënten met multimorbiditeit die de klinisch geriater behandelt. Het zou daarom wenselijk zijn om als klinisch geriater meer te doen aan de promotie van gezond ouder worden.

Voorbeeld 4: ideeën sociale inclusie en zingeving

In de blue zones blijven mensen tot op hoge leeftijd maatschappelijk betrokken. Zij hebben naar vermogen een rol in de broodwinning of de zorg voor naasten. In Nederland is er na het bereiken van de pensioenleeftijd nauwelijks sprake van maatschappelijke participatie. De klinisch geriater kan participatie bevorderen door op individuele basis te bekijken hoe iemand bij kan dragen en of en hoe familiebanden kunnen worden versterkt.



Voorbeeld 5: ideeën beweging, voeden, verlagen van stress

In de blue zones bewegen mensen op natuurlijke wijze (tuinieren, huishoudelijke taken zonder geavanceerde hulpmiddelen). Zij eten minder vlees en meer plantaardige producten tot men 80% verzadigd is. Daarnaast is er dagelijks aandacht voor het verlagen van stress (meditatie, bidden, middagdutje). De klinisch geriater zou natuurlijk bewegen kunnen stimuleren, een gezond voedingspatroon en een dagritme waarin activiteit en rust elkaar afwisselen.



Gemeenten hebben een belangrijke rol bij die nieuwe houding en visie. De NVKG kan hier samen met seniorenorganisaties en initiatieven als *healthy aging* actief voor lobbyen bij zowel de gemeentelijke als de landelijke politiek.

In de spreekkamer

Voor behoud van zelfstandigheid en kwaliteit van leven is een gezonde leefstijl belangrijk. Een advies op maat van de eigen arts kan patiënten motiveren haalbare stappen te zetten. Besteed als klinisch geriater daarom aandacht aan gezonde voeding, bewegen, vaccinaties, stoppen met roken en stoppen met alcohol. Deze adviezen kunnen daarbij helpen:

- Meer bewegen: [Physical activity and exercise in older adults - UpToDate](#).
- Over eiwitinname en bewegen: werkgroep Sarcopenie van de EUGMS.
- Over valpreventie: lees de [NVKG Richtlijn Valpreventie](#) (met een klein deel over sarcopenie).
- Sluit aan bij de doelen van de patiënt en gebruik naar wens het waarden- en doelengesprek van Samen Beslissen.

Vanwege het belang van een gezonde leefstijl is in 2023 een richtlijnontwikkeling gestart op initiatief van de NVKG, met financiële ondersteuning van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Lokaal en regionaal

Zorg dat patiënten die opgenomen zijn op de verpleegafdeling Geriatrie zo veel mogelijk kunnen bewegen en aan activiteiten mee kunnen doen. Dit komt hun revalidatie ten goede, voorkomt onnodig functieverlies en bevordert behoud van zelfstandigheid. Het moet uiteraard wel passen bij de doelen van de patiënt zelf. Vraag ook aandacht voor bewegen en gezonde voeding voor ouderen met een kwetsbare gezondheid in het ziekenhuis en let hierbij op voldoende eiwitaanbod. Ook binnen het regionale netwerk is het van belang om aandacht te vragen voor een gezonde leefstijl voor deze ouderen.

Landelijk

Het NVKG-bestuur agendeert het thema gezond leven voor ouderen bij de landelijke organisaties waar zij mee aan tafel zit en mee samenwerkt. In het kader van het IZA 2022 zou het NVKG-bestuur kunnen pleiten voor een landelijke campagne om de bewustwording bij ouderen te vergroten van een gezonde leefstijl (bijvoorbeeld 'NIX81'). De NVKG vindt daarnaast dat vaccinaties voor ouderen opgenomen moeten worden in het Rijksvaccinatieprogramma en door de huisarts gegeven moeten worden. De vereniging volgt daarbij de aanbevelingen van de Gezondheidsraad en de EUGMS welke vaccinaties zijn aan te bevelen voor ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Thema 4: Van triple naar quadruple aim

Blijvend verantwoord werken zou voor iedereen vanzelfsprekend moeten zijn. We streven optimale kwaliteit van leven na bij de ouderen met een kwetsbare gezondheid die we behandelen. Maar de beste zorg kan pas worden geleverd als de dokter ook een optimale kwaliteit van leven nastreeft voor zichzelf. Dit draagt bij aan een beter werkklimaat en meer werkplezier. Vandaar dat de NVKG blijvende inzetbaarheid en werkplezier als vierde doel nastreeft binnen de klinische geriatrie (quadruple aim).



De komende jaren zal het aantal ouderen met een kwetsbare gezondheid toenemen. Het aantal werkzame zorgprofessionals groeit alleen niet evenredig mee (IZA 2022). Arbeidsomstandigheden, werkindeling, formatie en productie spelen mee het optimaliseren van een gezonde en veilige werkomgeving (Gezond en veilig werken, Federatie Medisch Specialisten). Denk bijvoorbeeld aan het verlagen van de werkdruk, verminderen van administratieve lasten, faciliteren van ‘de juiste zorg op de juiste plek’, werkroosters met voldoende compensatie na dienst en oog voor de levensfase van de zorgprofessional.

Voorbeeld 6: ideeën voor duurzame inzetbaarheid

- Zijn de roosters conform de arbeidstijdenwet en CAO?
- Is het aantal full time equivalents (FTE's) in uw contract conform uw wens en passend bij uw levensfase? Zijn hier gesprekken over in de vakgroep?
- Kunt u deelnemen aan intervisie en/of coaching?
- Is er voldoende tijd geroosterd voor administratie?
- Is er voldoende hersteltijd na dienst?
- Zijn er voldoende pauzes op een dag (vrij van overleggen of onderwijs)?
- Zijn er vakgroepleden die zich bezighouden met 'juiste zorg op de juiste plek' en vermindering van de administratielast?
- Is er tijdens een vakgroepvergadering aandacht voor werk-privé balans, werkbelasting en grenzen stellen?
- Verwoord je duidelijk wat je nodig hebt?
- Is er sprake van voldoende autonomie in denken, handelen en planning?
- Is er voldoende ruimte voor eigen regie?
- Is er een plan om uitval van een collega op te vangen?
- Maakt de vakgroep keuzes (wel/niet deelnemen aan projecten, initiatieven, netwerkbijeenkomsten, etc.) op basis van wat realistisch verwacht kan worden, kijkend naar het aantal fte in de vakgroep?
- Bij de start van de dienst inchecken met een emoji (blij-neutraal-niet blij) om gemoedstoestand aan te geven? En is het oké om 'zwakte' te tonen?
- Communiceert u deze keuzes naar de Raad van Bestuur en andere vakgroepen en/of netwerken?
- Deelt het management de urgentie, het belang?
- Heeft u wel eens nagedacht over een sabbatical?

Kijk ook op [de website Zin in zorg.nl](https://dewebsitezininzorg.nl): een nieuwe beweging met ruim 700 jonge artsen gaat en staat voor meer werkplezier, mentaal fitte jonge dokters en meer tijd voor de patiënt.

Onderdeel van de visitatie

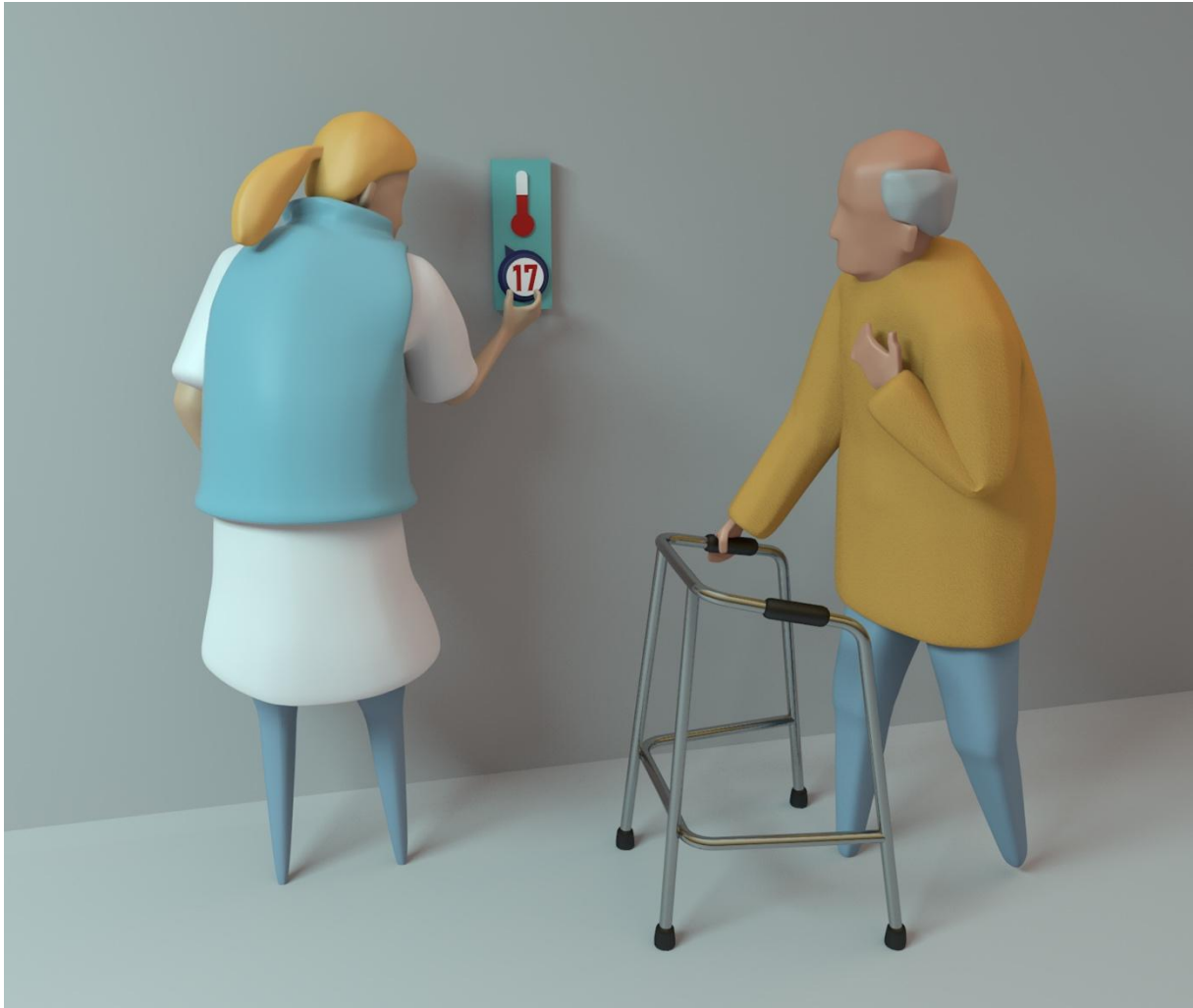
Bij de visitatie kan met de volgende vragen stilgestaan worden bij duurzame inzetbaarheid: is er bij jullie vakgroep aandacht voor de belastbaarheid van collega's, en is duurzame inzetbaarheid onderdeel van jullie visie/strategie of het meerjarenbeleidsplan?

Kortom: maak hier gebruik van, het zal je helpen om een toekomstbestendige klinisch geriater te blijven.



Thema 5: Duurzaamheid in de zorg

Naast aandacht voor de patiënt, de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg en de zorgprofessional is ook aandacht nodig voor duurzaamheid. Verduurzaming zou bij alle aspecten van de zorg aan de orde moeten zijn en ook onderdeel moeten uitmaken van de opleiding.



Greendeal - duurzame zorg

De NVKG draagt proactief bij aan verduurzaming en heeft hierin ook een voorbeeldfunctie. Vandaar dat we een aparte werkgroep duurzaamheid oprichten binnen de vereniging. Ook sluiten we ons aan bij de Groene Zorgalliantie (<https://www.groenezorgalliantie.nl>).

Omdat medicijnen schadelijk zijn voor het milieu, zou bewustzijn van de milieuschade bij medicatiegebruik vast onderdeel moeten worden van de medicatiereview. Zo zou in de module 'Verantwoord stoppen en/of minderen van medicatie' in de Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen de overweging milieuschade toegevoegd kunnen worden.

Andere zaken waaraan gedacht kan worden:

- hergebruik van materialen, recyclen van incontinentiemateriaal, baxters van duurzaam materiaal;



- thermopyjama's voor patiënten zodat de thermostaat omlaag kan, maar ook bodywarmers met korte mouwen voor verpleging;
- duurzaam deelnemen aan vergaderingen en congressen door gebruik van openbaar vervoer, alternatief voor vliegtuig (boot/trein) en online deelname;
- minder voedselverspilling en duurzamere ingrediënten (minder vlees, lokaal, biologisch);
- alternatief voor bloemen als bedankje of in ieder geval lokale/seizoensgebonden bloemen;
- investering van ziekenhuizen in duurzame energie (zonnepanelen);
- netwerk groene gerieters;
- motiveren maar niet verplichten om duurzaam te werken; op het NVKG-bureau, bij vergaderingen en visitaties bij voorkeur digitaal werken, zonder te printen.

Wanneer het gaat over de gevolgen van milieuschade voor gezondheid en veroudering, neemt de NVKG deel aan de maatschappelijke discussie. Ook de opleiding besteedt aandacht aan duurzame zorg.

Thema 6: Innovatie

De zorg innoveert continu, op allerlei fronten. Die vernieuwing is hard nodig vanwege de (toekomstige) ontwikkelingen binnen de zorg en in de maatschappij. Naast innovatie op het vlak van medische en communicatietechnologie, gaat het ook om innovatie van de organisatie van zorg (bijvoorbeeld [Geriatric Emergency Medicine \(GEM-\) team](#) van het Tergooi MC, [Integrale samenwerkingsafdeling](#) (ISA) in het Jeroen Bosch ziekenhuis en de Multidisciplinaire Afdeling in het Deventer Ziekenhuis).



Dan hebben we het zowel over innovatie op procesniveau (zoals netwerkzorg) als qua kennis. Niet alle oplossingen voor de huidige (en toekomstige) uitdagingen in de zorg hoeven uit de eigen sector te komen. Andere expertises en domeinen kijken op een andere manier naar het probleem en komen tot andere oplossingen die niet meteen voor de hand liggen. Het helpt het zorgveld en de NVKG ook om de blik te verruimen.

De NVKG ziet het als haar taak om te zorgen dat ouderen met een kwetsbare gezondheid aangesloten blijven bij alle ontwikkelingen én dat innovatie ook recht doet aan de heterogeniteit van de geriatrische patiënt. Om bij te blijven met de verschillende zorginnovaties beraadt de NVKG zich over de oprichting van een Special Interest Group (SIG) of innovatie als vast onderdeel ingebed wordt in de structuur van de vereniging. De SIG zal zich bezighouden met de brede ontwikkelingen op dit gebied. Bij sommige ontwikkelingen is de NVKG leidend en bij andere zal de NVKG de ontwikkelingen nauwgezet volgen. Verder zal innovatie onderdeel uitmaken van visitatie, zodat ook goede voorbeelden gezien en gedeeld kunnen worden.

6. Implementatie van het kwaliteitsbeleid

Zoals in het voorwoord staat, is het doel van dit kwaliteitsbeleid niet dat iedere klinisch geriater de genoemde ideeën binnen enkele tijd in praktijk heeft gebracht. Gebruik dit document vooral als een belangrijk naslagwerk voor kwaliteitsbeleid om de bestemming te bepalen waar je als vakgroep of als individuele klinisch geriater de komende jaren op af koerst. Kijk wat er al wordt gedaan in je ziekenhuis en begin met de makkelijk bereikbare doelen: wat past in de werkzaamheden en in de persoonlijke visie? Maak daar verbeteracties van. Oftewel, met dit stuk als basis plannen we als vereniging een route die is aangepast aan de omgeving en aan het vervoersmiddel.

Ook in jullie praktijk zullen aanpassingen gedaan moeten worden om de veranderende zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid de komende jaren van kwaliteit te blijven voorzien. Er staan in dit document veel ideeën en verwijzingen naar goede voorbeelden: leer van elkaar. Wellicht kan elk vakgroeplid een ambassadeur zijn van een specifiek onderwerp en dit als rode draad zien in de dagelijkse werkzaamheden. Wanneer er nieuwe projecten langskomen waarbij om deelname wordt gevraagd, kijk dan of het past in dit kwaliteitsbeleid. Verwijs ook naar dit document voor meer daadkracht bij een nieuw project of onderzoek, of voor aanpassingen in richtlijnen en zorgpaden. Bij een heidag of vergadering over kwaliteit kunnen de actiepunten met behulp van dit document ook getoetst worden op hun relevantie.

Met een PDCA-cyclus (plan-do-check-act) zal je vakgroep beleid aanpassen naar aanleiding van de bevindingen en geïdentificeerde verbeterpunten. En zo wordt er voortdurend geleerd en verbeterd. Doordat ook die leerpunten worden gedeeld in audits en tijdens de kwaliteitsvisitaties, kunnen we toetsen of aan de randvoorwaarden (zie [Normendocument](#); staat op het besloten gedeelte van de NVKG-website, alleen toegankelijk voor NVKG-leden) wordt voldaan. Een vrijblijvender manier om kennis te delen, met elkaar en de NVKG, is via het Netwerk Kwaliteit. Recentelijk is dit netwerk in het leven geroepen om knelpunten te bespreken en ideeën en goede voorbeelden te delen. De Commissie Kwaliteitszaken zal deze bewegingen analyseren en dit kwaliteitsbeleid, samen met bijvoorbeeld het normendocument, daarin mee laten bewegen. Laten we de NVKG daarbij zien als middel om niet uit koers te raken.

Er komt veel op ons af de komende jaren: m het werkbaar te houden voor ons allemaal zorgen we als NVKG, dat we de administratieve last vanuit de NVKG voor onze leden zo laag mogelijk houden. Bij kwaliteitsvisitaties bijvoorbeeld hoeven niet meer alle vakgroepen alle documentatie aan te leveren. In overleg met de visitatiecommissie kan gekozen worden alleen die documentatie aan te leveren die nodig is voor de leer- en verbeterpunten van de vakgroep.

Maar ook om het meer haalbaar te maken: zoek samenwerkingen met andere specialismen en andere disciplines zowel in het ziekenhuis als in de regio. Samenwerking in de opleidingen is ook nodig om de kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid te verbeteren. In het komende meerjarenbeleidsplan van de NVKG kan dit verder uitgewerkt worden. En blijf werken aan de geriatisering van het ziekenhuis bv. door scholing ([Tijd voor Verbinding best practices Verhogen kennis, attitude en vaardigheden](#)).

Het document Kwaliteit 3.0 wordt één keer per jaar inhoudelijk geëvalueerd en indien nodig bijgesteld door de CKZ. Twee keer per jaar checkt het NVKG-bureau of de opgenomen links in het kwaliteitsbeleid nog actueel zijn en werken. Waar nodig worden de links aangepast, eventueel in overleg met CKZ.

7. Verantwoording

Voor de totstandkoming van dit kwaliteitsbeleid zijn meerdere partijen geïnterviewd, zoals beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, patiëntenorganisaties en andere gremia. Daarnaast is naar relevante literatuur gezocht en zijn enkele experts geraadpleegd. Hiervoor zijn verschillende databases met wetenschappelijke publicaties doorzocht en heeft de werkgroep ‘grijze’ literatuur bekeken, bijvoorbeeld rapporten van gremia als Wetenschappelijke Raad voor de Regering en Raad voor Zorg en Samenleving. Ook is op een rij gezet over welke kwaliteitsinstrumenten de NVKG al beschikt. Hiervoor is onder andere gekeken naar de NVKG-website en de Richtlijndatabase. Deze instrumenten zijn langs de kwaliteitscyclus gelegd om te bepalen of er overlap is of dat er juist lacunes zijn.

De actuele thema’s zijn op de Geriatriedagen in februari 2022 gepresenteerd tijdens een workshop. Daar is ook nuttige input opgehaald. Op de Geriatriedagen in 2023 is het conceptdocument Kwaliteit 3.0 gepresenteerd voor de laatste input.

Tijdens het traject is het NVKG-bestuur en de Commissie Kwaliteitszaken (CKZ) op de hoogte gehouden van de vorderingen. Ook hebben zij input kunnen geven op het document in ontwikkeling. Het document is uiteindelijk vastgesteld op de ALV van 23 juni 2023.

Uitkomsten interviews

Er is met de volgende partijen gesproken:

- Alzheimer Nederland
- KBO Brabant
- Netwerk van Organisaties van Oudere Migrant(en) (NOOM)
- Verenso
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV/ouderengeneeskunde)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

In de interviews is gevraagd te reageren op:

- Kwaliteit van zorg en NVKG;
- Sterke en verbeterpunten kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen;
- Klinisch geriater buiten het ziekenhuis en netwerkvorming;
- Aandacht voor andere zaken naast diagnose, zoals begeleiding en psychosociale aspecten;
- Andere disciplines meenemen in persoonsgerichte zorg en samen beslissen;
- Uitdijend kwaliteitsinstrumentarium en implementatie;
- Wat is kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid;
- Andere zaken die niet aan de orde zijn geweest.

Uit de interviews kwamen soms dezelfde punten naar voren, maar iedere partij had ook zijn eigen blik op de kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. Dit leidde tot een caleidoscopisch beeld van de kwaliteit van zorg van de NVKG.

Kort samengevat werden de volgende punten genoemd:

- Kwaliteit van zorg (beleid) en NVKG extern niet echt bekend;
- Sterke punten NVKG op het vlak van kwaliteit van zorg: patiëntgericht en integraal;
- Verbeter/knelpunten: continuïteit, overdracht, multiproblematiek, toekomst en klinisch geriater van/in de toekomst;
- Klinische geriatrie buiten het ziekenhuis: vooral behoefte aan (snelle) diagnose maar niet per se klinische geriatrie thuis bij patiënt, wel aanvullend op expertise die er al is in de eerste lijn, regio en/of netwerk;
- De klinisch geriatrie zorg omvat meerdere disciplines, betrek deze (beter); dit draagt ook bij aan een steviger profilering van het vakgebied;
- Kwaliteit van zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid houdt in: continuïteit, regie, verbinden, integraal, persoonsgericht, innovatie;
- Heb zeker ook aandacht voor andere zaken naast diagnose, zoals begeleiding en psychosociale aspecten;
- Andere disciplines meenemen in persoonsgerichte zorg en samen beslissen; dit komt niet alleen op het bordje van de klinisch geriater;
- Hoe om te gaan met een immer uitdijend kwaliteitsinstrumentarium en de implementatie (ervan).

Bijlagen

- Tools (zie ook [website](#) NVKG):
 - [PowerPoint presentatie](#)
 - publiekssamenvatting (pag. 32-33)
 - infographic (pag. 34)
- Geraadpleegde bronnen
- Afkortingenlijst



Bijlage Tools: publiekssamenvatting

Kwaliteit 3.0 in het kort



Met 'Kwaliteit 3.0 2023-2028. All inclusive naar de blue zone' wil de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) extra stappen zetten in de zorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. De komende jaren vragen/gaat de NVKG aan de slag met zes thema's de aandacht. Voor uitgebreidere uitleg en voorbeelden van wat in de dagelijkse praktijk al gebeurt per thema, vindt u in het volledige document Kwaliteit 3.0.

Thema 1: Samen met ouderen

De NVKG streeft naar samenwerking op alle niveaus met ouderen, zoals structureel overleg met seniorenorganisaties en samen optrekken in landelijke en regionale programma's. Ook is het belangrijk dat ouderen actief meedenken over ziekenhuiszorg, om die af te stemmen op hun wensen. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van deelname in een patiëntenadviesraad, in focusgroepen of in cliëntenpanels. In de spreekkamers staat het principe 'samen beslissen' centraal: elke patiënt krijgt betrouwbare en toegankelijke informatie over de verschillende behandelopties om vervolgens samen met de arts de gewenste zorg te kunnen kiezen. De NVKG heeft hiervoor samen met Vilans en andere organisaties een speciale [methode Samen Beslissen](#) ontwikkeld. De methode is bewezen effectief, mits de zorgprofessional is getraind in de methode en zowel de patiënt als de professional goed voorbereid is op het gesprek.

Thema 2: Cultuursensitieve zorg

Onze culturele, levensbeschouwelijke en taalachtergrond is van invloed op onze gezondheid en de zorg die we nodig hebben. Bij ouderen met een kwetsbare gezondheid zie je dat bijvoorbeeld terug in hun gezondheidsvaardigheden en bij de diagnostiek en behandeling. Vandaar dat het essentieel is om als zorgprofessional kennis te hebben van iemands achtergrond en daar rekening mee te houden. Diversiteit en cultuursensitieve zorg moet dus een vast aandachtspunt zijn in de opleiding, in wetenschappelijk onderzoek en bij het opstellen en actualiseren van richtlijnen. Daarbij betrekken we ouderen met verschillende achtergronden.

Een tweede aandachtspunt is de samenstelling van de beroepsgroep geriatrie in Nederland: de gemiddelde vakgroep geriatrie is nog geen goede afspiegeling van onze samenleving. Bij selectieprocedures en carrièrebeurzen wil de NVKG daarom nadrukkelijk meer focussen op diversiteit/inclusiviteit. De NVKG neemt daarbij de ervaringen mee van beroepsverenigingen die al verder zijn in een inclusieve manier van werving en selectie.

Thema 3: Gezond ouder worden

Bij gezond ouder worden zijn zaken als leefstijl, voeding en preventie essentieel. Wereldwijd zijn er vijf gebieden, 'blue zones' genoemd, waar de inwoners meetbaar langer leven en gezonder oud worden.

Om ook van Nederland een blauwe zone te maken, moet de houding en visie van de samenleving op ouderen veranderen. De NVKG zal hier samen met seniorenorganisaties en initiatieven als *healthy aging* actief voor lobbyen bij lokale en landelijke politiek. Klinisch geriaters besteden in het contact met hun patiënten al volop aandacht aan gezonde voeding, bewegen, vaccinaties, stoppen met roken en stoppen/minderen met alcohol. In 2023 is daarnaast begonnen met de ontwikkeling van een richtlijn gezonde leefstijl, op initiatief van de NVKG en met steun van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten.

Thema 4: Van triple naar quadruple aim

De beste geriatrische zorg kan pas worden geleverd als de dokter ook voor zichzelf een optimale kwaliteit van leven nastreeft. Vandaar dat de NVKG blijvende inzetbaarheid en werkplezier nastreeft ([quadruple aim](#)). Mogelijke oplossingen voor een beter werkklimaat zijn bijvoorbeeld het verlagen van de werkdruk, minder administratie, faciliteren van 'de juiste zorg op de juiste plek' en oog voor de levensfase van de zorgprofessional.

Thema 5: Duurzaamheid in de zorg

Naast aandacht voor de patiënt, voor de zorgprofessional en voor de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg, is aandacht nodig voor duurzaamheid. Verduurzaming moet daarom deel uitmaken van elk aspect in de klinische zorg en de opleiding. Om het goede voorbeeld te geven richt de NVKG binnen de vereniging een aparte werkgroep duurzaamheid op. Ook sluiten we ons aan bij de [Groene Zorgalliantie](#). Praktische verbeteracties zijn bijvoorbeeld: het hergebruik van materialen, thermopyjama's voor patiënten (zodat de thermostaat omlaag kan) en bij de keuze voor een medicijn ook de milieuschade van het medicijn meewegen.

Thema 6: Innovatie

Door de voortdurende ontwikkelingen binnen zorg en maatschappij is vernieuwing hard nodig. Denk aan innovatie van medische en communicatietechnologieën, maar ook om het nieuw inrichten van de zorgorganisatie. Voorbeelden daarvan zijn het [Geriatric Emergency Medicine \(GEM-\) team](#) van het Tergooi MC en de [Integrale samenwerkingsafdeling](#) (ISA) in het Jeroen Bosch ziekenhuis. Als vereniging zien we het als onze taak om ervoor te zorgen dat ouderen met een kwetsbare gezondheid aangesloten blijven bij alle ontwikkelingen én dat innovatie ook recht doet aan de diversiteit van geriatrische patiënten. Om bij te blijven met de verschillende zorginnovaties beraadt de NVKG zich over de oprichting van een *special interest group* (SIG) op dit gebied. Ook zal innovatie een vast onderdeel uitmaken van de visitatierondes, zodat we goede voorbeelden breed in de vereniging kunnen delen.



Bijlage: geraadpleegde bronnen

- Buettner, D., & Skemp, S. (2016). Blue Zones: Lessons from the world's longest lived. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(5), 318– 321
- Fastame, M. C., Hitchcott, P. K., & Penna, M. P. (2018). The impact of leisure on mental health of Sardinian elderly from the 'blue zone': evidence for ageing well. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(2), 169–180. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0768-x>
- Quarsie, J., Van de Pas, R., Fanoy, E., & Van den Hazel, P. (2021) De impact van klimaatverandering op gezondheid in Nederland De nieuwste inzichten. *Ned Tijdschr Geneeskd.*;165:D6245
- NVKG (2021). Richtlijn Comprehensive geriatric assessment (CGA), Utrecht
- NVKG (2020). Normendocument NVKG, Utrecht
- NVKG (2018). Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis, Utrecht
- Position paper acute zorg er in opnemen
- NIV & NVVH (2019). Kwaliteitsstandaard Intramurale Spoedzorg, Utrecht
- Zorginstituut Nederland (2020). Kwaliteitskader Spoedzorgketen; landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen, Diemen
- Federatie Medische Specialisten (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025 ambitie, vertrouwen, samenwerken Visiedocument 2025, Utrecht
- De Jonge Specialist (2020). Nationale enquête Gezond en veilig werken 2020, Utrecht
- Ministerie VWS (2019). Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022, Den Haag
- Integraal zorgakkoord; samen werken aan gezonde zorg (2022), Den Haag
- <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/age-friendly-ireland/>
- <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/guardian-of-the-longevity-dividend-1.1653854>
- <https://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/Activities/DefiningQualityAimingforaBetterHealthCareSystem.aspx#:~:text=Don%20Berwick%20describes%20six%20dimensions,timeliness%2C%20efficiency%2C%20and%20equity>
- <https://www.diakonessenhuis.nl/nieuws/gezondere-patienten-nieuwe-inrichting-afdeling-geriatrie>
- <https://netwerknroom.nl/wp-content/uploads/2019/11/Goede-Voorbeelden-Seniorvriendelijk-Ziekenhuis.pdf>
- www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl
- www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl
- <https://www.americangeriatrics.org/programs/reframing-aging>
- <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/gezond-en-veilig-werken>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/12/20/evaluatie-green-deal-duurzame-zorg>
- <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
- <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>
- <https://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/het-keurmerk/>

Bijlage: afkortingenlijst

ACP	<i>Advance Care Planning</i>
ANBO	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
CGA	<i>Comparative Geriatric assessment</i>
CKZ	Commissie Kwaliteitszaken
DICA	<i>Dutch Institute for Clinical Auditing</i>
DHFA	<i>Dutch Hip Fracture Audit</i>
EUGMS	<i>European Union of Geriatric Medicine Society</i>
Federatie	Federatie Medisch Specialisten
FTE	<i>Fulltime equivalent</i>
GEM	<i>Geriatric Emergency Medicine</i>
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GE-chirurgie	Gastro-enterologische chirurgie
IGJ	Inspectie voor de gezondheidszorg en jeugd
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
ISA	Integrale samenwerkingsafdeling
IZA	Integraal Zorg Akkoord 2022
JZOJP	Juiste zorg op de juiste plek
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MDO	Multidisciplinair overleg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NOOM	Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
PA	<i>Physician assistant</i>
PAR	Patiëntenadviesraad
PDCA-cyclus	<i>Plan-do-check-act</i> (ook wel bekend als PDSA; <i>plan-do-study-act</i>)
PROM	<i>Patient reported outcome measures</i>
PVC	Plenaire visitatiecommissie
SEH	Spoedeisende hulp
SIG	<i>Special interest group</i>
SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
TAVI	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation</i>
TOPICS-SF	<i>The older persons and informal caregivers survey - short form</i>
TVV	Tijd voor Verbinding
V&VN	Verpleging & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
UMC	Universitair medisch centrum
UZ	Uitkomstgericht zorg
ZE&GG	Zorgevaluatie & Gepast gebruik