Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Normenkader Kwaliteitsvisitaties NVKG

INITIATIEF
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

MET ONDERSTEUNING VAN
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING
De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

VERSIE
November 2025

Introductie
Dit document beschrijft het normenkader van de kwaliteitsvisitatie van de NVKG.

Inleiding

De kwaliteitsvisitatie van medisch specialisten in Nederland heeft als doel om de kwaliteit van de zorg te borgen door medisch specialisten te stimuleren actief de kwaliteit van zorg te bewaken en verbeteren. Het heeft naast een toetsend karakter vooral een kwaliteitsbevorderend karakter. In 2021 heeft de commissie kwaliteitsvisitaties van de Federatie Medisch Specialisten de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties[1] opgesteld met aanbevelingen om de methodiek van de kwaliteitsvisitaties toekomstbestendig te maken. Het zorglandschap verandert snel, door o.a. meer netwerkzorg en technische innovaties. Het statische karakter van de kwaliteitsvisitatie is daarbij minder passend. Er wordt in de kwaliteitsvisitatie meer nadruk gelegd op thematisch visiteren, het verdiepende gesprek en er is er steeds meer aandacht voor zelfreflectie en -evaluatie van de vakgroep. Dit maakt de kwaliteitsvisitatie toekomstbestendig.

De plenaire visitatiecommissie (PVC) van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) heeft een werkgroep geformeerd om de aanbevelingen uit de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties toe te passen op de visitatiemethodiek van de NVKG en het voorliggende normenkader. Het streven bij deze herziening was om toe te werken naar een visitatiemethodiek waarbij meer ruimte is voor zelfreflectie en -evaluatie, verdiepende gesprekken en een stimulerende sfeer waar kwaliteitsverbetering een centrale rol heeft. Hiertoe is het normenkader aangepast naar een basisset normen, mede op basis van het addendum minimale kwaliteitsvisitatie[2] van de commissie kwaliteitsvisitaties van de Federatie. Daarnaast zijn er gespreksthema's ontwikkeld die de basisset complementeren en ruimte geven voor eigen inbreng vanuit de gevisiteerde vakgroep. Een toelichting op en instructies voor de uitvoer van de gespreksthema's zijn ook in het addendum minimale kwaliteitsvisitatie te vinden.

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.

[1] Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-07/Bijlage Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties.pdf
[2] Addendum Leidraad Waarderingssystematiek – minimale kwaliteitsvisitatie en invoering gesprekthema's: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-12/addendum_leidraad_waarderingssystematiek_minimale_kwaliteitsvisitatie.pdf

Vertrouwen
De kwaliteitsvisitatie is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en “de maatschappij”. Dat vertrouwen moeten 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.

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. Actieve deelname hieraan is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria om herregistratie te verkrijgen. De vakgroep geeft in de voorbereiding aan hoe zij op de diverse normen uit het normenkader menen te “presteren” en onderbouwen dat. De visitatiecommissie ad hoc doet datzelfde naar aanleiding van de voorbereiding en de visitatiedag. Beide waarderingen komen in het visitatieverslag.
Volledigheidshalve; een samenvatting van het visitatieverslag gaat naar de raad van bestuur en de medische staf conform het advies van de Federatie Medisch Specialisten. Zo’n samenvatting bevat een samenvattende tekst, goede voorbeelden, knelpunten, de waarderingen op het normenkader van de vakgroep en van de visitatiecommissie ad hoc (zonder onderbouwingen), de corresponderende aanbevelingen, zwaarwegende adviezen of voorwaarden, en overige zaken die niet voortvloeien uit het normenkader maar wel genoemd moeten worden.

De opvatting over wat hoort bij een goede kwalitatieve praktijkvoering is aan ontwikkelingen onderhevig en heeft daardoor een dynamisch karakter. Dit document kan dan ook geen statisch document zijn. Telkens zullen nieuwe inzichten ontstaan door wetenschappelijke publicaties en andere ontwikkelingen. Ook de eisen van de politiek en de samenleving aan de kwaliteit van zorg zullen aan verandering onderhevig zijn. Dit document zal daarom regelmatig worden geëvalueerd en waar nodig herzien worden. Dit geldt ook voor de gespreksthema’s. Deze zullen ook jaarlijks door de PVC-Kwaliteit geëvalueerd worden om te bepalen of de thema’s aangepast dienen te worden.
Het normenkader en het document gespreksthema’s (behorende bij het normenkader) zijn geaccordeerd op de Ledenvergadering van de NVKG. Tijdens de Ledenvergadering van de NVKG d.d. 21 november 2025 is besloten dat minimale wijzigingen (bijvoorbeeld in de graderingen en wijzigingen in gespreksthema’s) door het bestuur geaccordeerd kunnen worden. De leden worden geïnformeerd en kunnen hun gemotiveerde bezwaar gedurende een maand kenbaar maken. Overige wijzigingen (bijvoorbeeld introductie van nieuwe normen) dienen te worden geaccordeerd door de Ledenvergadering.

Waarderingsystematiek

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, wordt door de visitatiecommissie ad hoc in het visitatierapport een door de vakgroep te nemen vervolgactie geformuleerd. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt. Daarnaast is een omschrijving gemaakt voor de goede zorg (d.w.z. de zorg voldoet aan de gestelde norm). De kwaliteitsvisitatie is vooral bedoeld om via zelfevaluatie te stimuleren tot verbetering van de kwaliteit en prikkels in te bouwen die uitnodigen om te excelleren.

Het resultaat is een waarderingssystematiek volgens onderstaande vierpuntschaal.

1. **Norm (N)**
   Goede zorg.

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

3. **Zwaarwegend adviezen (ZA)**
   Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

4. **Voorwaarden (V)**
   Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

In sommige normen komen meerdere aspecten voor. In dat geval geldt dat de waardering voor de norm afhangt van het aspect dat het minst goed geborgd is door de vakgroep. De visitatiecommissie ad hoc geeft in dat geval in de onderbouwing en adviezen specifiek aan welke aspecten verbetering dienen (en welke aspecten wel volgens de norm zijn).

Definities

In de normen wordt soms aangegeven dat de vakgroep geacht wordt een ‘methode’ te hebben. Onder een methode wordt verstaan dat de vakgroep op structurele wijze aandacht heeft voor het onderwerp genoemd in de norm. Onder ‘structureel’ wordt in dit normenrapport geen concrete termijn gehanteerd, de termijn hangt af van de norm en de situatie van de vakgroep.

Overzicht normen

Norm 1. Dossiervoering
Norm 2. Eenduidig medisch beleid
Norm 3. Opvolging richtlijnen
Norm 4. Incidenten, discrepanties in medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten
Norm 5. Continuïteit van patiëntenzorg (algemeen en GGZ)
Norm 6. Samenwerking met essentiële partners intramuraal en extramuraal
Norm 7. Samenwerking met verpleegkundig specialist(en) en physician assistant(s)
Norm 8. (Meerjaren)beleidsplan
Norm 9. Evalueren van vakgroepfunctioneren
Norm 10. Veilig en open werkklimaat
Norm 11. Belasting/belastbaarheid

Nr. 1 Dossiervoering

De kwaliteit van dossiervoering waarborgt zowel klinisch als poliklinisch adequate overdracht van zorg. De actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenatie is leesbaar, tijdig en uniform vastgelegd in het patiëntendossier, zodat collega's de zorg naadloos kunnen overnemen. De minimale relevante informatie is zoals benoemd in de blauwdruk statusvoering CGA zoals aanbevolen in de richtlijn CGA. De dossiervoering wordt structureel geanalyseerd en besproken, en er worden verbeteracties ingezet.

Norm	De vakgroep heeft een methode om de dossiervoering structureel te analyseren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (N).
Aanbeveling	De vakgroep heeft een methode om de dossiervoering structureel te analyseren en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om naar aanleiding van het dossieronderzoek verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Zwaarwegend advies	De vakgroep heeft geen methode om de dossiervoering te analyseren en bespreken en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om de dossiervoering te analyseren en te bespreken en naar aanleiding van het dossieronderzoek verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Voorwaarde	De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid, leesbaarheid en uniformiteit en/of externe partijen hebben hierover klachten (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep de kwaliteit van de dossiervoering verbetert binnen zes maanden. Dit door een methode te gebruiken om de dossiervoering structureel te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen.*

Nr. 2 Eenduidig medisch beleid	
De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken (ingezette) medisch beleid rondom de patiënt en dragen dit ook uit naar interne en externe partijen, bijvoorbeeld bij verwijzingen. De vakgroep heeft een methode om de eenduidigheid structureel te evalueren.	
Norm	De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken ingezette medisch beleid. De vakgroep heeft een methode om eenduidigheid van ingezet medisch beleid structureel te analyseren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (N).
Aanbeveling	De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken ingezette medisch beleid. De vakgroep heeft een methode om eenduidigheid van ingezet medisch beleid structureel te analyseren en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en/of uitgevoerd (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om naar aanleiding van de evaluatie van het afgesproken ingezette medisch beleid verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Zwaarwegend advies	De vakgroepleden houden zich niet (helemaal) aan het afgesproken ingezette medisch beleid, en/of is geen methode om de eenduidigheid van ingezet medisch beleid structureel te analyseren en bespreken en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om het ingezette medisch beleid te analyseren en te bespreken. En naar aanleiding van de evaluatie verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Voorwaarde	Er zijn geen afspraken over het medisch beleid (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden afspraken maakt over het medisch beleid en deze vastlegt.*

Nr. 3 Opvolging richtlijnen

De geldende richtlijnen worden gevolgd of er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd.

Geldende richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.

- De actuele richtlijnen die van toepassing zijn voor de klinische geriatrie zijn opgenomen in de Richtlijnendatabase (www.richtlijnendatabase.nl).
- Er is een structurele aanpak om zowel nieuwe richtlijnen als aanpassingen in bestaande richtlijnen onder de aandacht te brengen van alle betrokkenen en toe te passen in de eigen praktijk.

Norm	Richtlijnen worden gevolgd of er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (N).
Aanbeveling	Richtlijnen worden gevolgd of er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden niet structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan richtlijnen structureel in de vakgroep te bespreken en te evalueren.*
Zwaarwegend advies	Richtlijnen worden wel nagekomen of er wordt beargumenteerd van afgeweken, maar dit wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar afwijken van de richtlijnen structureel vast te leggen in het patiëntendossier en/of richtlijnen structureel in de vakgroep te bespreken en te evalueren.*
Voorwaarde	Richtlijnen worden niet nagekomen (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden een plan van aanpak heeft om de richtlijnen structureel na te komen, of er beargumenteerd van af te wijken en dit structureel vast te leggen in het patiëntendossier. De richtlijnen worden vervolgens minstens één keer per jaar in de vakgroep besproken en geëvalueerd.*

Nr. 4 Incidenten, discrepanties in medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten

Onverwachte of ongewenste uitkomsten van zorg worden gemeten, besproken en gebruikt voor verbetering van zorg. Dit wordt zowel klinisch als poliklinisch gedaan. Bronnen voor de onverwachte of ongewenste uitkomsten van zorg kunnen bestaan uit klachten, discrepanties in medisch beleid, calamiteiten, complicaties en incidentmeldingen. Van de vakgroep wordt verwacht dat zij een methode hebben om incidenten, complicaties, discrepanties in medisch beleid en ontvangen klachten te evalueren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Het gaat hierbij om het bespreken van zowel incidentele gevallen als om eventuele trends inzichtelijk te maken om hiervan te leren.

Bij incidenten met merkbare gevolgen voor de patiënt dient de vakgroep de patiënt te informeren over de aard en toedracht van de incidenten. Dit wordt ook vastgelegd in het medisch dossier van die patiënt.

Norm	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden structureel geregistreerd. De vakgroep heeft een methode om de uitkomsten structureel te analyseren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De vakgroep informeert de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt (N).
Aanbeveling	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden structureel geregistreerd. De vakgroep heeft een methode om de uitkomsten structureel te analyseren en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. De vakgroep informeert de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan verbeteracties vast te stellen en uit te voeren naar aanleiding van het analyseren en bespreken van de incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten.*

Zwaarwegend advies	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden geregistreerd. De vakgroep heeft geen methode om de uitkomsten structureel te analyseren en bespreken en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. De vakgroep informeert de patiënt beperkt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en/of legt dit onvoldoende vast in het medisch dossier van die patiënt (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om de incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten structureel te analyseren en te bespreken binnen de vakgroep en om verbeteracties te vast te stellen en uit te voeren.* *En/of: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar patiënten te informeren over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt.*
Voorwaarde	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden niet geregistreerd. De vakgroep informeert de patiënt niet over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit niet vast in het medisch dossier van die patiënt. De vakgroep informeert de patiënt niet over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en/of legt dit niet vast in het medisch dossier van die patiënt (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten registreert.* *En/of: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden patiënten informeert over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en dit vastlegt in het medisch dossier van die patiënt.*

Nr. 5A Continuïteit van patiëntenzorg (algemeen)	
Continuïteit van zorg wordt zowel klinisch als poliklinisch binnen en buiten kantoortijden gewaarborgd. De vakgroep is 24/7 bereikbaar of beschikbaar voor opgenomen patiënten op de eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling. Overdracht: bij het wisselen van de dienst is er sprake van een gestructureerde overdracht. Tijdens de overdracht wordt de benodigde informatie van alle nieuwe opgenomen patiënten, en op indicatie overige klinische patiënten en patiënten in medebehandeling, overgedragen aan de volgende dienstdoende. De overdracht vindt fysiek, danwel telefonisch of digitaal plaats.	
Norm	De vakgroep is 24/7 bereikbaar of beschikbaar voor opgenomen patiënten op de eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling. Er is een gestructureerde overdracht bij wisseling van de dienst (N).
Aanbeveling	De vakgroep is niet zelf 24/7 bereikbaar of beschikbaar voor opgenomen patiënten op de eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling, maar de zorg is wel structureel gewaarborgd. Er is een gestructureerde overdracht bij wisseling van de dienst (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om zelf 24/7 bereikbaar of beschikbaar te zijn voor opgenomen patiënten op eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling.*
Zwaarwegend advies	De vakgroep is niet zelf 24/7 bereikbaar of beschikbaar voor opgenomen patiënten op de eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling, maar de zorg is wel gewaarborgd. Er is geen gestructureerde overdracht bij wisseling van de dienst. (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar de bereikbaarheid en beschikbaarheid voor opgenomen patiënten op eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling te verbeteren en te zorgen voor een gestructureerde overdracht bij wisseling van de dienst.*
Voorwaarde	De zorg voor opgenomen patiënten op de eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling is niet 24/7 gewaarborgd (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de bereikbaarheid en beschikbaarheid voor opgenomen patiënten op eigen afdeling en voor patiënten in medebehandeling te verbeteren met een plan van aanpak en door een gestructureerde overdracht te implementeren.*
N.v.t.	Indien GGZ-instellingen

Nr. 5B Continuïteit van patiëntenzorg (GGZ)	
In de GGZ is de continuïteit van de geriatrische zorg voor de opgenomen patiënten waar de geriater regie- of medebehandelaar is, gewaarborgd middels 24/7 somatische achterwacht. Overdracht: Bij het wisselen van de dienst is er sprake van een overdracht. Tijdens de overdracht wordt benodigde informatie voor alle nieuwe opgenomen patiënten, en op indicatie overige klinische patiënten en patiënten in medebehandeling, overgedragen aan de volgende dienstdoende.	
Norm	De vakgroep heeft 24/7 somatische achterwacht beschikbaar voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is. Er is een gestructureerde overdracht (N).
Aanbeveling	De vakgroep heeft niet zelf 24/7 somatische achterwacht beschikbaar voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is, maar de zorg is wel structureel gewaarborgd. Er is een gestructureerde overdracht (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om 24/7 somatische achterwacht beschikbaar te maken voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is.*
Zwaarwegend advies	De vakgroep heeft niet zelf 24/7 somatische achterwacht beschikbaar voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is, maar de zorg is wel gewaarborgd. Er is geen gestructureerde overdracht (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar de 24/7 somatische achterwacht beschikbaar te maken voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is, en te zorgen voor een gestructureerde overdracht.*
Voorwaarde	De vakgroep heeft geen 24/7 somatische achterwacht beschikbaar voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de 24/7 somatische achterwacht beschikbaar voor patiënten waarbij de geriater regie- of medebehandelaar is te verbeteren met een plan van aanpak.*
n.v.t.	Indien geen GGZ-instelling

Nr. 6 Samenwerking met essentiële partners intramuraal en extramuraal
Een goede afstemming tussen alle betrokken zorgprofessionals en mantelzorgers is een voorwaarde om te komen tot een efficiënte werkwijze, waarbij ieders deskundigheid optimaal kan worden benut ten behoeve van het welzijn van de oudere patiënt. Er zijn geformaliseerde regionale netwerken waarbinnen de klinisch geriater een rol heeft. De vakgroep werkt structureel intramuraal en extramuraal samen met essentiële partners en indien van toepassing ook regionaal, landelijk of internationaal.

Norm	De vakgroep werkt structureel samen met essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio bij voorkeur volgens de formele samenwerkingsafspraken en indien mogelijk regionaal, landelijk of internationaal (N).
Aanbeveling	De vakgroep werkt deels samen met partners intramuraal of extramuraal. Sommige essentiële partners intramuraal of extramuraal in de regio worden gemist in de samenwerkingsafspraken (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om de samenwerking met alle essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio te verbeteren en te formaliseren.*
Zwaarwegend advies	De vakgroep werkt zeer gering samen met essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar samen te werken met alle essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio.*
Voorwaarde	De vakgroep werkt niet samen met essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de samenwerking met alle essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio verbetert met een plan van aanpak.*

Nr. 7 Samenwerking met verpleegkundig specialist(en) en physician assistant(s)	
De klinisch geriater werkt samen met verpleegkundig specialist(en) (VS) en/of physician assistant(s) (PA) en daarbij is sprake van taakherschikking. Taakherschikking betekent het structureel herverdelen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen de klinisch geriater en VS(en) en/of PA(s) (zie https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/taakherschikking). De VS en/of PA is op grond van de wet zelfstandig bevoegd om het indiceren, uitvoeren en delegeren van voorbehouden handelingen (mits er voldaan wordt aan bepaalde voorwaarden). De medisch specialist/vakgroep en de VS en/of PA zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de aanwezigheid van een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling die is vastgelegd in samenwerkingsafspraken. Deze norm heeft specifiek betrekking op de VS(en) en/of PA(s) die werkzaam zijn binnen de vakgroep geriatrie.	
Norm	De vakgroep heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken, waarin de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met de VS(en) en/of PA(s). De vakgroep heeft een methode om de samenwerkingsafspraken structureel te analyseren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (N).
Aanbeveling	De vakgroep heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken, waarin de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met de VS(en) en/of PA(s) is vastgelegd. De vakgroep heeft een methode om de samenwerkingsafspraken structureel te analyseren en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en/of uitgevoerd (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren naar aanleiding van het analyseren en bespreken van de samenwerkingsafspraken met de VS(en) en/of PA(s).*
Zwaarwegend advies	De vakgroep heeft slechts in beperkte mate schriftelijke samenwerkingsafspraken met de VS(en) en/of PA(s) met betrekking tot taakherschikking maar het heeft tot op heden geen negatieve invloed op de patiëntveiligheid (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om samenwerkingsafspraken met de VS(en) en PA(s) structureel te analyseren en de samenwerkingsafspraken schriftelijk vast te leggen.*
Voorwaarde	De vakgroep heeft onvoldoende schriftelijke samenwerkingsafspraken met de VS(en) en/of PA(s) en hierdoor is de patiëntveiligheid in het gedrang (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden de samenwerkingsafspraken met de VS(en) en PA(s) schriftelijk vastlegt.*
n.v.t.	Indien geen samenwerking met VS/PA binnen de vakgroep geriatrie.

Nr 8 (Meerjaren)beleidsplan

Het (meerjaren)beleidsplan geeft inzicht in de manier waarop de vakgroep het werk heeft georganiseerd en uitvoert om haar doelstelling(en) te bereiken. Bij voorkeur is het beleidsplan omgezet in een actie/jaarplan. Thema's die ten minste aan bod komen in het beleidsplan zijn:

- de visie en missie;
- continueren huidige werkzaamheden in de toekomst;
- toekomstplannen;
- kwaliteitsverbetering met kwaliteitscyclus;
- ontwikkeling en evaluatie vakgroep en vakgroepleden (inclusief vakgroepfunctioneren en veilig en open werkklimaat).

Norm	De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan en bovengenoemde thema's komen aan bod (N).
Aanbeveling	Er is een actueel (meerjaren)beleidsplan maar niet alle thema's komen aan bod (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om alle bovenstaande thema's op te nemen in het (meerjaren)beleidsplan.*
Zwaarwegend advies	Er is geen actueel (meerjaren)beleidsplan (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een (meerjaren)beleidsplan op te stellen met bovenstaande thema's.*
Voorwaarde	n.v.t.

Nr 9 Evalueren van vakgroepfunctioneren

De vakgroep voert structureel een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten komen terug in het (meerjaren)beleidsplan en/of jaarverslag van de vakgroep.
In de evaluatie van het functioneren van de vakgroep dient aandacht te worden besteed aan de 'harde' kanten van het functioneren (te denken aan: taakverdeling, verdeling verantwoordelijkheden, besluitvorming, administratie en archivering, afdelingsdoelen, organisatie van vergaderingen) en aan de 'zachte' kanten van het functioneren (te denken aan: omgangsvormen, openheid, inspraak, cultuur en attitude). Aan de hand van de evaluatie dient de vakgroep eventuele verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

Norm	De vakgroep voert structureel een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uit en heeft een methode om uitkomsten structureel te analyseren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De methode en resultaten komen terug in het (meerjaren)beleidsplan en/of het jaarplan (N).
Aanbeveling	De vakgroep voert ten minste eens per vijf jaar een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uit. De vakgroep heeft een methode om de resultaten structureel te analyseren, en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en/of uitgevoerd en/of de methode en resultaten komen niet terug in het (meerjaren)beleidsplan en/of jaarplan (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren naar aanleiding van het analyseren en bespreken van het vakgroepfunctioneren en deze verbeteracties vast te leggen in het (meerjaren)beleidsplan en/of jaarplan.*
Zwaarwegend advies	De vakgroep voert ten minste eens per vijf jaar een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uit, maar de vakgroep heeft geen methode om de resultaten structureel te analyseren en bespreken en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om de resultaten van de evaluatie van het vakgroepfunctioneren structureel te analyseren en te bespreken en om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Voorwaarde	Evaluatie van het vakgroepfunctioneren wordt niet uitgevoerd (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uitvoert.*

Nr 10 Veilig en open werkklimaat

Het creëren van een veilig en open werkklimaat is van belang om kwalitatief goede zorg te leveren. Het stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep. Dit wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het beleidsplan. Er worden verbeteracties uitgezet en geëvalueerd middels een PDCA-cyclus om een veilig werkklimaat te creëren voor zowel zichzelf als ook anderen waarmee wordt samengewerkt (verpleegkundigen, arts-assistenten, secretaresses, enz.).

Norm	Het stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep. De vakgroep heeft een methode om het werkklimaat structureel te analyseren, bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Dit maakt onderdeel uit van het beleidsplan (N).
Aanbeveling	Een veilig en open werkklimaat wordt als wenselijk benoemd. De vakgroep heeft een methode om het werkklimaat structureel te analyseren en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en/of uitgevoerd (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren naar aanleiding van het analyseren en bespreken van het werkklimaat.*
Zwaarwegend advies	Een veilig en open werkklimaat wordt als wenselijk benoemd. De vakgroep heeft geen methode om het werkklimaat structureel te analyseren en bespreken en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om het werkklimaat structureel te analyseren en te bespreken en om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Voorwaarde	Het werkklimaat wordt niet besproken (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden een evaluatie van het werkklimaat uitvoert.*

Nr. 11 Belasting/belastbaarheid	
Deze norm betreft de werkbelasting, werkverdeling en duurzame inzetbaarheid van de vakgroep(leden). De vakgroep heeft een goed werkende methode om belasting en belastbaarheid, waaronder de werkdruk en privé belasting van individuele vakgroepleden en de vakgroep in zijn geheel, te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.	
Norm	De vakgroep heeft een goed werkende methode om belasting en belastbaarheid, waaronder de werkdruk en privé belasting van individuele vakgroepleden en de vakgroep in zijn geheel, structureel in de gaten te houden. Dit systeem zorgt evident voor duidelijkheid (en verbetering) (N).
Aanbeveling	Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's. De vakgroep heeft een methode om de belasting structureel te analyseren en bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en/of uitgevoerd (A). *Voorstel advies: De visitatiecommissie beveelt aan verbeteracties vast te stellen en uit te voeren naar aanleiding van het analyseren en bespreken van de belasting en belastbaarheid.*
Zwaarwegend advies	Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's. De vakgroep heeft geen methode om de belasting structureel te analyseren en bespreken en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (ZA). *Voorstel advies: De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen twee jaar een methode te gebruiken om de belasting en belastbaarheid structureel te analyseren en te bespreken en om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.*
Voorwaarde	Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden (V). *Voorstel advies: De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep binnen zes maanden een plan van aanpak heeft om belasting en belastbaarheid structureel in de gaten te houden.*

Bijlage 1: Overzicht overlap met voorstel Minimale kwaliteitsvisitatie van de Federatie Medisch Specialisten

Federatie basisnormen / NVKG-normen	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 belastbaar-heid (10)	Essentiële partners in de regio (11)
1. Dossiervoering	X									
2. Eenduidig medisch beleid						X				
3. Opvolging richtlijnen		X								
4. Incidenten, discrepanties in medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten								X		
5A. Continuïteit van patiëntenzorg (algemeen)										
5B. Continuïteit van patiëntenzorg (GGZ)										
6. Samenwerking met essentiële partners intramuraal en extramuraal in de regio										X
7. Samenwerking met VS en PA										
8. (Meerjaren)beleidsplan										
9. Evalueren van vakgroepfunctioneren				X						
10. Veilig en open werkklimaat					X					
11. Belasting/belastbaarheid									X	

De blauw gearceerde rijen en kolommen geven aan welke visitatienormen vanuit de Minimale kwaliteitsvisitatie van de Federatie Medisch Specialisten niet terugkomen in de NVKG-visitatienormen en vice versa.