Nederlandse Vereniging voor **Klinische Geriatrie**

Jaarverslag
Resultaten kwaliteitsvisitaties
2025

Anneloes Huijgens en Annemieke Bouman,
PVC-Kwaliteit
juli 2026

Algemeen

In 2025 hebben 13 kwaliteitsvisitaties plaatsgevonden. Dit betrof 8 vakgroepen in een algemeen ziekenhuis, 2 vakgroepen in een academisch ziekenhuis en 3 vakgroepen binnen de GGZ. De gevisiteerde vakgroepen binnen de GGZ waren op 3 verschillende manieren gepositioneerd en georganiseerd binnen de instelling: 1. klinisch geriaters vormden één vakgroep, 2. klinisch geriater werkzaam binnen een groep specialisten ouderengeneeskunde, 3. klinisch geriater lid van vakgroep psychiatrie en visitatie samen met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Bij de laatstgenoemde werd er geen normendocument, Quickscan en KISZ van de NVKG ingevuld. In de bijlagen zien jullie daarom een overzicht van 12 vakgroepen.
De vakgroepen scoorden ook dit jaar over het algemeen hoog op de normen. 82% van de normen werd gescoord als goed of excellent. De normen 'Zorgproces CGA' en 'Aandacht voor netwerken' werden bij alle vakgroepen als goed of excellent beoordeeld. Er werd een keer een voorwaarde en 6 keer een zwaarwegend advies gegeven. Er werd 31 keer een aanbeveling gegeven. Dit kwam het vaakst voor bij de normen 'Samenwerking met VS/PA's' en 'Treeknorm en Kennisdeling'.
Bovengenoemde cijfers komen grotendeels overeen met de voorgaande jaren.

KISZ en Quickscan

Bij de KISZ (instrument om de kwaliteit van het zorgproces te inventariseren) kwamen veel verschillende items in de top 3 van knelpunten naar voren (zie bijlage 2). De meerderheid van deze punten hebben ook in 2024 de top 3 gehaald. De items *'er zijn voldoende gestructureerde contactmomenten met de 1^{e} lijn', 'de formatie van het MDO is toereikend'* en *'er zijn gestructureerde radiologiebesprekingen'* komen het vaakst voor in de top 3 van knelpunten. Deze items werden ook in voorgaande jaren relatief vaak genoemd, waarbij het item over de radiologie besprekingen opvallend vaak genoemd wordt dit jaar.

In 2025 werd voor het eerst de herziene versie van de Quickscan gebruikt. Dit instrument heeft nog steeds als doel om het domein 'vakgroepfunctioneren' in kaart te brengen. De items *'de vakgroep heeft duidelijk voor ogen wat we over 5 jaar bereikt willen hebben', 'de vakgroep heeft een duidelijke invloed in het ziekenhuisbeleid'* en *'de organisatie steunt de doelen van de vakgroep'* worden het vaakst als knelpunten genoemd. Dit was vooral aan de orde bij grote vakgroepen. Een vergelijking met de vorige versie is niet goed mogelijk. Bij de nieuwe visitatiemethodiek zal de herziene Quickscan een vast onderdeel blijven.

Evaluaties

In 2025 hebben 7 gevisiteerde vakgroepen en 10 visitatiecommissies ad hoc na de visitatie de evaluatie ingevuld.
Over het algemeen worden de visitatiedagen als prettig ervaren. Vakgroepen gaven aan dat er ruimte was voor diepgang, een positieve sfeer was en dat de voorbereiding en de dag zelf stimulerend waren voor het verbeteren van de kwaliteit.
Men ervaarde een flinke tijdsinvestering van de voorbereiding van de visitatie. Werken met Exata werd meermaals benoemd als knelpunt.
Twee vakgroepen gaven aan dat de visitatie zich veel richtte op de processen en minder op medisch inhoudelijke zaken en dat er met name werd gevinkt in het normendocument. Andere vakgroepen ervaarden juist voldoende diepgang in de gesprekken en de visitatie werd ervaren als stimulerend om de kwaliteit te verbeteren.
De visitatiecommissies ad hoc noemden in hun evaluaties slechts 3 normen die discussies hebben opgeleverd, deze werden allen slechts eenmaal genoemd.

Vooruitblik naar 2026

Halverwege 2026 wordt de nieuwe visitatiemethodiek geïmplementeerd. Het doel van de nieuwe methodiek is om meer ruimte te geven voor zelfreflectie en -evaluatie, verdiepende gesprekken en een stimulerende sfeer waar kwaliteitsverbetering een centrale rol heeft. Er is een nieuw normenkader geformuleerd, mede op basis van de evaluaties van de afgelopen jaren. We verwachten dat de tijdsinvestering van de voorbereiding zal afnemen, omdat er een aantal normen en instrumenten zijn afgevallen.

Goede voorbeelden

Ziekenhuisgroep Twente

- Verdeling van de werkdagen over de week om de continuïteit van zorg te behouden indien meerdere vakgroepleden 3 dagen/week werken.
- Patiëntperspectief in kaart brengen: 3 dagen na de opname vinden er structurele interviews plaats over het verloop van de opname door de verpleegkundigen. Hieruit volgt één keer per 2-3 maanden een overzicht, waarna structurele analyses en verbeteracties volgen.

Mondriaan GGZ

- Regelmatige evaluatie van het MDO met alle betrokkenen tijdens het afdelingsoverleg.
- Betrokkenheid bij het opzetten van de “MINDER poli” met als doel onnodig medicijngebruik en polyfarmacie bij ouderen met psychiatrische aandoeningen terug te dringen

Hagaziekenhuis

- De samenwerking van de vakgroep geriatrie binnen het orthopedisch centrum; deze verloopt goed, de zorg voor patiënten met een heupfractuur is van hoge kwaliteit.

ZorgSaam Ziekenhuis

- Casuïstiektafel, waarbij casussen worden besproken samen met huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en praktijkondersteuners.
- Dagstart met verbeterbord.

Elkerliek ziekenhuis

- Optimale aandacht voor functioneren van de vakgroep door middel van standaard coaching met een jaarlijkse dan wel tweejaarlijkse frequentie.

Wilhelmina ziekenhuis Assen

- De vakgroep vervult een voorbeeldfunctie wat betreft de rol in hun regionale netwerken, en hebben daarin ook een leidende rol.
- De vakgroep is goed zichtbaar vanwege de rol van Chief Medical Information Officer van één van de vakgroepleden.

Radboud UMC

- Interdisciplinaire dagstart. Het kliniekteam stemt ’s ochtends af (wie doe wat, hoe staan we ervoor), dit is inclusief de arts-assistent en geriater. Hierbij is ook aandacht voor werkdruk en personele bezetting.
- Poli Passend Zorgadvies: poli waarbij de patiënt die al bij diverse zorgverleners is geweest, wordt gezien door een physician assistant geriatrie samen met een psycholoog, om informatie te verzamelen en een passend advies te geven. Dit wordt of opgevolgd door de huisarts of de regie blijft bij de geriatrie.

- Ad hoc MDO's. Voor zowel klinisch opgenomen patiënten als voor patiënten in medebehandeling kan zeer laagdrempelig, binnen één dag, een ad hoc MDO worden geregeld, met de betrokken specialisten en soms ook met de huisarts en/of met de patiënt/mantelzorger.

Parnassia Groep GGZ
- Er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de POCUS voor somatische diagnostiek op de kliniek in Den Haag, in het kader van de opleiding.
- “Tussen wal en schip poli” in Beverwijk (deze liep ten tijde van de visitatie als trial). Hierbij worden patiënten beoordeeld die zitten in het grijze gebied psychogeriatrie-gerontopsychiatrie. De geriater speelt hierbij een rol om de teams bij elkaar te krijgen als dit nodig is.
- De vakgroep biedt mogelijkheden om patiënten op korte termijn te zien of op te nemen, wat niet vanzelfsprekend is in de GGZ.
- ECT als behandeloptie bij probleemgerag in de kliniek in Den Haag.

Amsterdam UMC
- Het is mooi dat alle leden van de vakgroep, ongeacht hun achtergrond (geriater, internist of verpleegkundig consulent/specialist) zich volwaardig en gelijkwaardig lid van de vakgroep voelen en als zodanig ook door elkaar gezien worden.
- Er is een grote en intensieve betrokkenheid van een aanzienlijk deel van de vakgroep bij activiteiten binnen de NVKG en daarnaast in landelijke en internationale gremia.
- De Wijkkliniek is een goed voorbeeld van innovatieve zorg en voldoet zeker aan een behoefte (in deze specifieke lokale setting). Al is het niet persé een concept wat één op één elders toegepast zal kunnen worden.

Slingeland ziekenhuis
- Mogelijkheid voor fysieke beoordeling op de spoedeisende hulp door de klinisch geriater van 08.30-20.30 in het kader van GEM.
- Deelname aan vele netwerken: universele werkwijze van kankerzorg voor ouderen (met verschillende andere ARTZ-ziekenhuizen), parkinsonnetwerk (waarbij o.a. 2x/jaar MDO met ook paramedici), GZO (geïntegreerde zorg voor ouderen; screening kwetsbare ouderen 1e lijn met huisarts en SO), passende zorg voor kwetsbare ouderen in laatste levensfase (met o.a. huisartsen, gaat bijv. over ACP), ROAZ-overleggen (acute zorg), dementie op jonge leeftijd in de regio, LONT overleg (met o.a. WMO, gemeente, wijk), overleggen over implementatie IZA, valpreventie overleg met 1e lijn, 2x/jaar overleg met casemanagers en 1 van de geriaters is gespreksleider bij het Alzheimertrefpunt.

Knelpunten (samengevat en geanonimiseerd)
De twee meest genoemde knelpunten betreffen ruimtegebrek, met name een tekort aan polikamers/werkkamers, en toegenomen werkdruk door krapte in de formatie.
Daarnaast is er nog een verscheidenheid aan knelpunten die slechts 1 of 2 keer werden genoemd.

Huisvesting/ruimtelijke voorzieningen
- Tekort aan adequate polikamers/werkkamers. (7x)
- Te weinig éénpersoonskamers op de afdeling geriatrie. (2x)
- Weinig privacy in de wachtkamer. (1x)
- Klimaatbeheersing op de poli niet adequaat. (1x)

Formatie/werkdruk
- Onvoldoende klinisch geriaters/internisten ouderengeneeskunde voor het werk dat er is. (5x)
- Onvoldoende formatie verpleegkundig specialisten of physician assistants. (2x)
- Tekort aan arts-assistenten. (2x)
- Toename van complexiteit, waardoor patiëntenzorg zwaarder wordt. (2x)

Verpleegkundigen
- Tekort aan verpleegkundigen op de poli. (1x)
- Tekort aan verpleegkundigen op de afdeling. (1x)
- Hoge zorgzwaarte op afdeling door ernstige gedragsproblemen met agressie, noodzaak van verplichte zorg en zeer hoge zorgbehoefte. (1x)
- Veel wisselingen in personeel, ook op de afdelingen, waardoor de deskundigheid erg wisselend kan zijn. (1x)
- Verwatering van inzet van aandachtsvelders geriatrie op andere afdelingen. (1x)

Paramedici
- Kwetsbare formatie geriatrie fysiotherapie. (1x)
- Kwetsbare formatie psychologie. (1x)

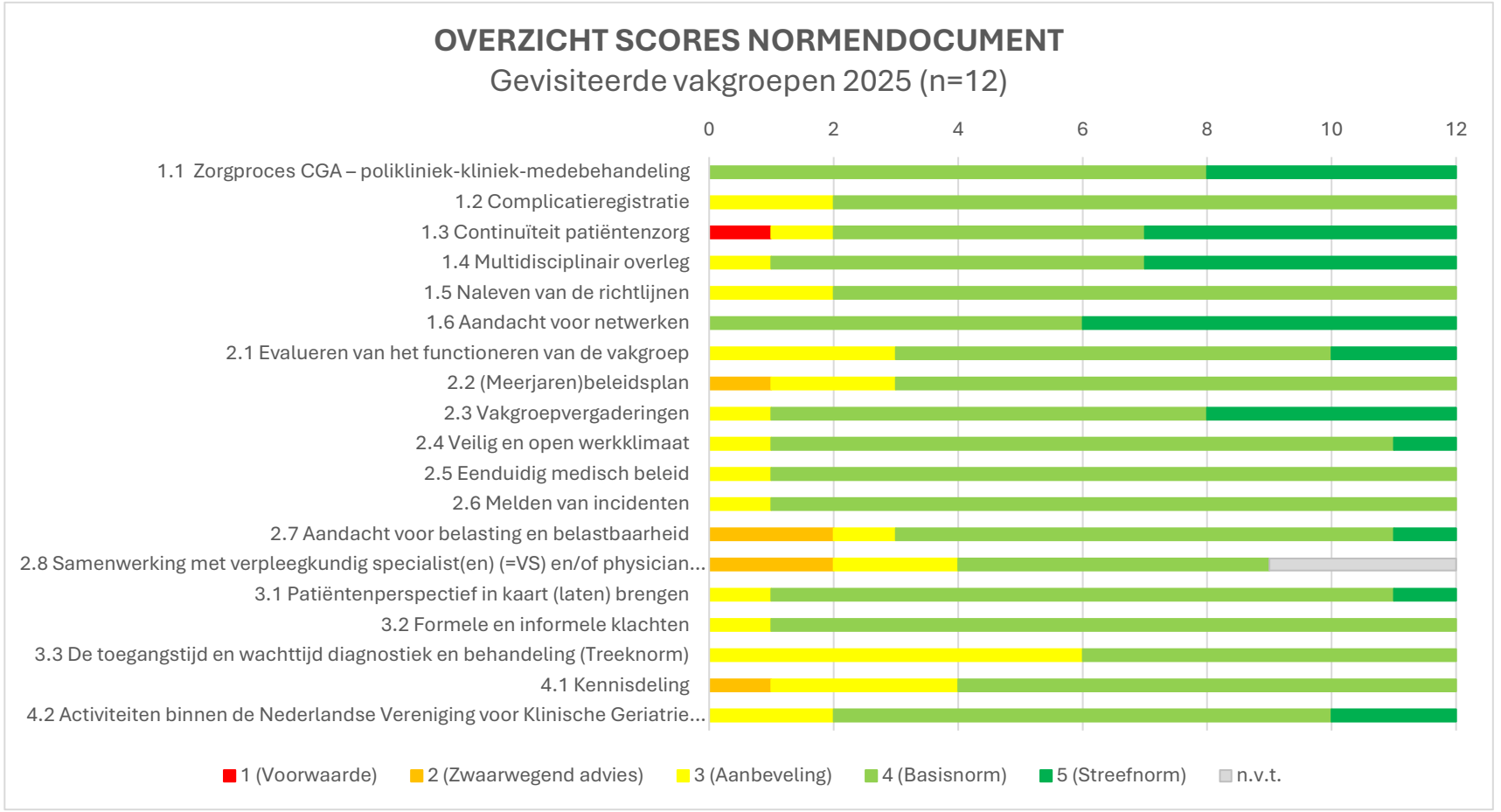
Ondersteuning/management
- Afwezigheid management. (1x)
- Onvoldoende secretariële ondersteuning. (2x)

Samenwerking met andere specialismen
- Gebrek aan neurologen met aandachtsgebied cognitieve stoornissen en Parkinson. (1x)
- Tekort aan ouderenpsychiaters. (1x)

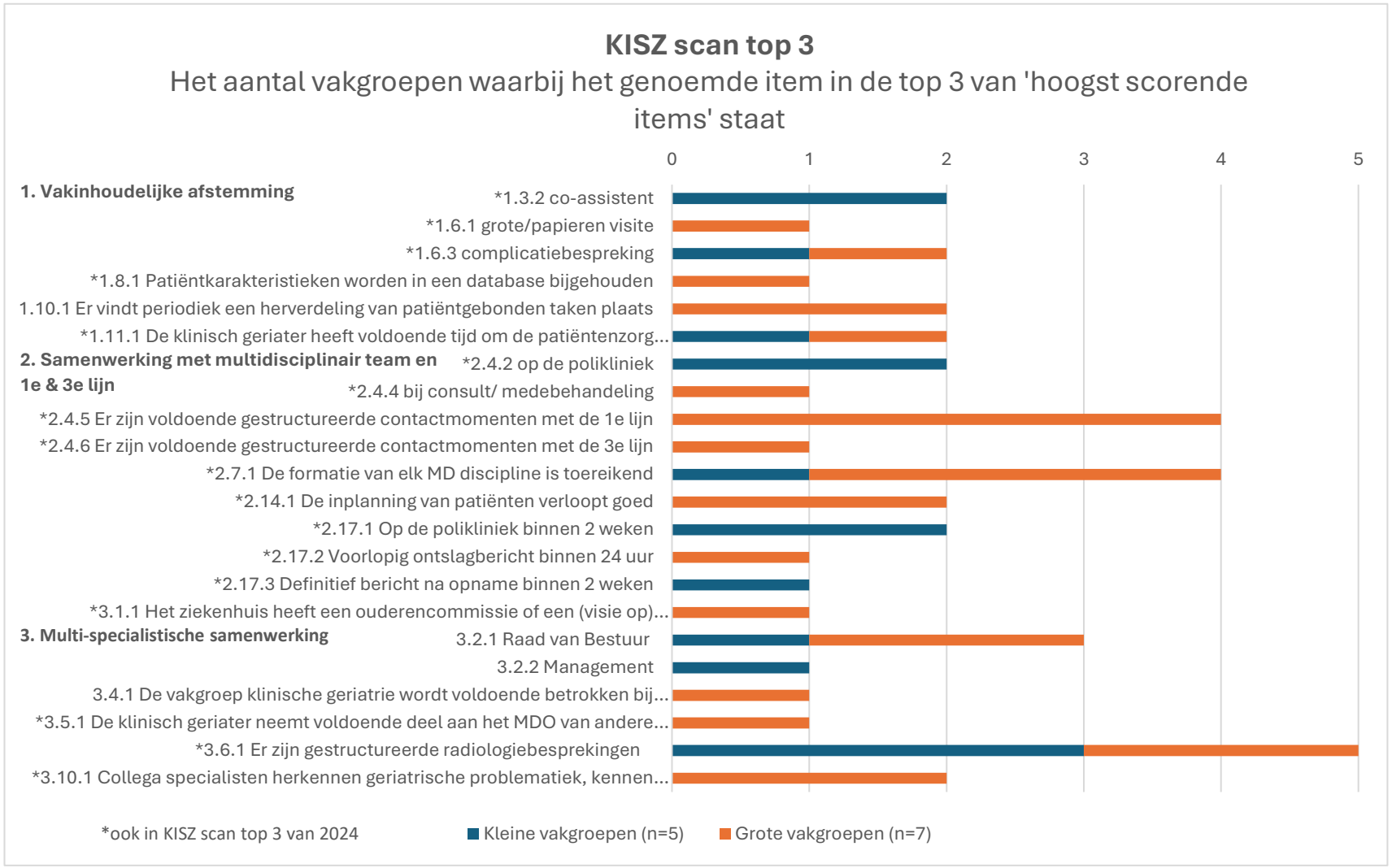
Samenwerking eerste lijn/uitplaatsing
- Tekort aan noodbedden/IBS bedden in de regio. (1x)

Overig:
- ICT/patiënt systeem niet gebruiksvriendelijk. (2x)
- Financiële positie van het ziekenhuis beïnvloedt de mogelijkheden/keuzes. (1x)
- Verschillen in uitgangssituatie tussen vakgroepleden (loondienst versus maatschap) levert een spanningsveld op. (1x)

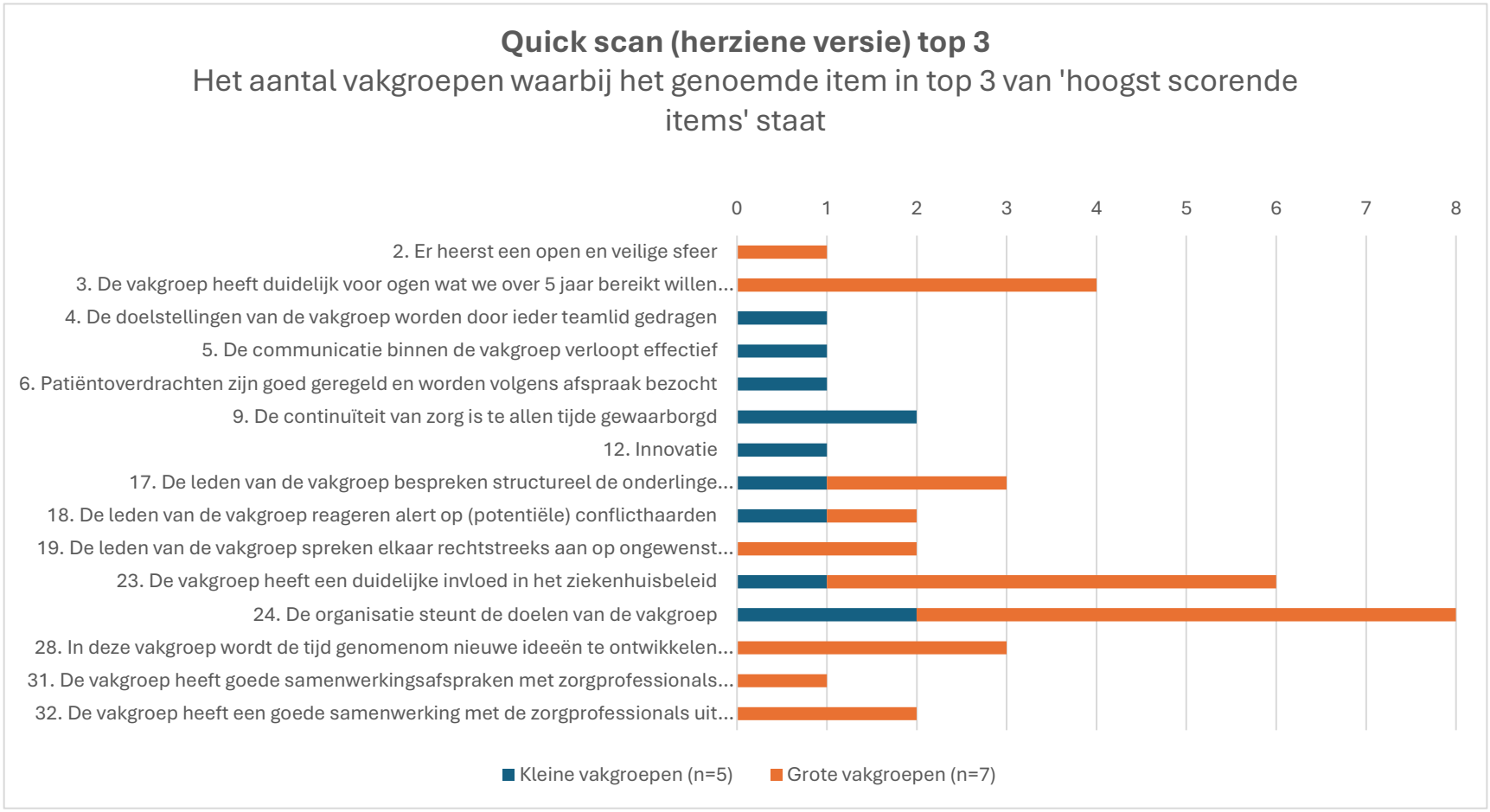
Bijlage 1


OVERZICHT SCORES NORMENDOCUMENT
Gevisiteerde vakgroepen 2025 (n=12)
0
2
4
6
8
10
12
1.1 Zorgproces CGA – polikliniek-kliniek-medebehandeling
1.2 Complicatieregistratie
1.3 Continuïteit patiëntenzorg
1.4 Multidisciplinair overleg
1.5 Naleven van de richtlijnen
1.6 Aandacht voor netwerken
2.1 Evalueren van het functioneren van de vakgroep
2.2 (Meerjaren)beleidsplan
2.3 Vakgroepvergaderingen
2.4 Veilig en open werkklimaat
2.5 Eenduidig medisch beleid
2.6 Melden van incidenten
2.7 Aandacht voor belasting en belastbaarheid
2.8 Samenwerking met verpleegkundig specialist(en) (=VS) en/of physician...
3.1 Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen
3.2 Formele en informele klachten
3.3 De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treeknorm)
4.1 Kennisdeling
4.2 Activiteiten binnen de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie...
1 (Voorwaarde)
2 (Zwaarwegend advies)
3 (Aanbeveling)
4 (Basisnorm)
5 (Streefnorm)
n.v.t.

Bijlage 2


KISZ scan top 3
Het aantal vakgroepen waarbij het genoemde item in de top 3 van 'hoogst scorende items' staat
0
1
2
3
4
5
1. Vakinhoudelijke afstemming
*1.3.2 co-assistent
*1.6.1 grote/papieren visite
*1.6.3 complicatiebespreking
*1.8.1 Patiëntkarakteristieken worden in een database bijgehouden
1.10.1 Er vindt periodiek een herverdeling van patiëntgebonden taken plaats
*1.11.1 De klinisch geriater heeft voldoende tijd om de patiëntenzorg...
2. Samenwerking met multidisciplinair team en 1e & 3e lijn
*2.4.2 op de polikliniek
*2.4.4 bij consult/ medebehandeling
*2.4.5 Er zijn voldoende gestructureerde contactmomenten met de 1e lijn
*2.4.6 Er zijn voldoende gestructureerde contactmomenten met de 3e lijn
*2.7.1 De formatie van elk MD discipline is toereikend
*2.14.1 De inplanning van patiënten verloopt goed
*2.17.1 Op de polikliniek binnen 2 weken
*2.17.2 Voorlopig ontslagbericht binnen 24 uur
*2.17.3 Definitief bericht na opname binnen 2 weken
*3.1.1 Het ziekenhuis heeft een ouderencommissie of een (visie op)...
3. Multi-specialistische samenwerking
3.2.1 Raad van Bestuur
3.2.2 Management
3.4.1 De vakgroep klinische geriatrie wordt voldoende betrokken bij...
*3.5.1 De klinisch geriater neemt voldoende deel aan het MDO van andere...
*3.6.1 Er zijn gestructureerde radiologiebesprekingen
*3.10.1 Collega specialisten herkennen geriatrische problematiek, kennen...
*ook in KISZ scan top 3 van 2024
Kleine vakgroepen (n=5)
Grote vakgroepen (n=7)

Bijlage 3


Quick scan (herziene versie) top 3
Het aantal vakgroepen waarbij het genoemde item in top 3 van 'hoogst scorende items' staat
0
1
2
3
4
5
6
7
8
2. Er heerst een open en veilige sfeer
3. De vakgroep heeft duidelijk voor ogen wat we over 5 jaar bereikt willen...
4. De doelstellingen van de vakgroep worden door ieder teamlid gedragen
5. De communicatie binnen de vakgroep verloopt effectief
6. Patiëntoverdrachten zijn goed geregeld en worden volgens afspraak bezocht
9. De continuïteit van zorg is te allen tijde gewaarborgd
12. Innovatie
17. De leden van de vakgroep bespreken structureel de onderlinge...
18. De leden van de vakgroep reageren alert op (potentiële) conflicthaarden
19. De leden van de vakgroep spreken elkaar rechtstreeks aan op ongewenst...
23. De vakgroep heeft een duidelijke invloed in het ziekenhuisbeleid
24. De organisatie steunt de doelen van de vakgroep
28. In deze vakgroep wordt de tijd genomenom nieuwe ideeën te ontwikkelen...
31. De vakgroep heeft goede samenwerkingsafspraken met zorgprofessionals...
32. De vakgroep heeft een goede samenwerking met de zorgprofessionals uit...
Kleine vakgroepen (n=5)
Grote vakgroepen (n=7)