

Eindtermen en Individualisering Klinische Geriatrie



Commissie Opleidingsvernieuwing Klinische Geriatrie

Onder verantwoordelijkheid van Commissie Onderwijs en Wetenschap (COW) en Concilium Geriatricum, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), in opdracht van het NVKG-bestuur.

Commissie 2014-2016

Paul Jansen, klinisch geriater, voorzitter
Geert van der Aa, klinisch geriater
Dieneke van Asselt, klinisch geriater
Carolien Benraad, klinisch geriater
Jonneke Eikelboom, klinisch geriater
Henk Kruithof, klinisch geriater
Carolien van der Linden, klinisch geriater
Jan Peetom, klinisch geriater
Carien van Rijn, klinisch geriater, bestuurslid NVKG
Dirk Boelens, aios klinische geriatrie
Sara Rongen, aios klinische geriatrie
Irene van de Vorst, aios klinische geriatrie

Commissie 2016-2017

Karen Keijsers, klinisch geriater, voorzitter
Huub Maas, klinisch geriater, voorzitter Concilium Geriatricum
Marianne van Iersel, klinisch geriater
Jonneke Eikelboom, klinisch geriater
Floor van den Hanenberg, klinisch geriater
Remmo Pameijer, klinisch geriater
Femke Meulendijks, aios klinische geriatrie
Irene van de Vorst, aios klinische geriatrie
Corry den Rooijen, onderwijskundige

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de NVKG.

VOORWOORD COMMISSIE

Voor u ligt het vernieuwde opleidingsplan klinische geriatrie: EIK. Dit opleidingsplan borduurt voort op het eerdere opleidingsplan uit 2008 en neemt de nieuwe eisen die gesteld worden aan een medisch specialist en in het bijzonder aan de klinisch geriater mee. Nog meer dan voorheen zal van de klinisch geriater worden verwacht dat de patiënt centraal staat in het zorgproces en de besluitvorming. In dit opleidingsplan heeft de patiënt daarom ook een zeer centrale rol gekregen. Daarnaast is er meer aandacht voor de overige vaardigheden zoals management, organisatie, kwaliteit en adaptief vermogen. Het opleidingsplan is daarmee aangepast aan de veranderde eisen vanuit het vakgebied en vanuit de maatschappij.

De opleiding heeft een boomstructuur, met het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) als stevige stam. De boom symboliseert ook dat de klinisch geriater stevig verankerd is in haar omgeving. Elke boom heeft een aantal herkenbare kenmerken en elke toekomstige klinisch geriater zal dan ook dezelfde eindtermen beheersen. Maar daarbinnen kunnen variaties zijn, de profileringen. Niet elke EIK is gelijk, net zomin als aios klinische geriatrie en hun opleidingspaden dat zijn.

Meerdere klinisch geriateren en aios hebben zich in de afgelopen jaren ingespannen om dit plan vorm te geven. Dit is het eindresultaat.

Namens de commissie opleidingsvernieuwing,
Karen Keijsers



INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|---------------|
| HOOFDSTUK 1. VERANTWOORDING | - 6 - |
| 1.1 DE KLINISCH GERIATER VAN DE TOEKOMST | - 6 - |
| 1.2 DE OPLEIDING VAN DE TOEKOMST..... | - 7 - |
| HOOFDSTUK 2. OPLEIDING KLINISCHE GERIATRIE | - 9 - |
| 2.1 OPBOUW OPLEIDING | - 9 - |
| 2.2 INHOUD OPLEIDING MET EPA's | - 9 - |
| 2.2.1 Vooropleiding interne geneeskunde | - 9 - |
| 2.2.2 Klinische geriatrie | - 10 - |
| 2.2.3 Neurologiestage..... | - 12 - |
| 2.2.4 Klinische geriatrie in de ouderenpsychiatriestage..... | - 13 - |
| 2.2.5 Maatschappelijk relevante thema's in de opleiding tot klinisch geriater | - 13 - |
| 2.3 OPLEIDINGSSETTING: WAAR WAT TE LEREN? | - 13 - |
| 2.4 TOETSING EN INDIVIDUALISERING OPLEIDINGSDUUR | - 15 - |
| 2.4.1 Kaders individualisering opleidingsduur..... | - 15 - |
| 2.4.2 Handreiking voor opleiders om bekwaamheid in te schatten met EPA's | - 15 - |
| 2.4.3 Volgen van de aios door de opleiding heen | - 17 - |
| 2.4.4 Duur per onderdeel: minimum- en maximumkaders..... | - 18 - |
| 2.4.5 Verkorting en verlenging op basis van inhoud | - 18 - |
| 2.4.6 Minimale kaders van toetsing (verplichtingen tav onderwijs en toetsinstrumenten) . | - 19 - |
| 2.4.7 Wat als het niet goed gaat: Geïntensiveerd begeleidingstraject voor onder presterende aios..... | - 20 - |
| 2.5 PROFILERING | - 20 - |
| 2.5.1 Wanneer profileren | - 20 - |
| 2.5.2 Waarin profileren..... | - 20 - |
| 2.5.3 In welke setting profileren..... | - 20 - |
| 2.5.4 Tijd en middelen om te profileren..... | - 21 - |
| 2.5.5 Regionale afstemming bij profileren | - 21 - |
| 2.6 ONDERWIJS EN WETENSCHAP | - 21 - |
| 2.6.1 Wetenschap..... | - 21 - |
| 2.6.2 Onderwijs..... | - 22 - |
| 2.7 PORTFOLIO LEREN..... | - 22 - |
| 2.7.1 Toetsing en toetsinstrumenten | - 22 - |
| 2.7.2 Leren met een portfolio..... | - 24 - |
| 2.7.3 Waar toetsen? | - 24 - |
| 2.7.4 Toetsmatrix klinische geriatrie | - 25 - |
| HOOFDSTUK 3. KWALITEIT EN IMPLEMENTATIE | - 26 - |
| 3.1 AFSTEMMING LANDELIJK-REGIONAAL-LOKAAL..... | - 26 - |
| 3.2 OPLEIDER, OPLEIDINGSGROEP, STAGEBEGELEIDER, EINDOORDELEND OPLEIDER | - 27 - |
| 3.3 OPLEIDINGSPROFESSIONALISERING: | - 28 - |
| 3.4 OVERGANGSFASE NA INVOERING NIEUWE OPLEIDINGSPLAN | - 29 - |
| 3.5 KWALITEIT | - 29 - |
| 3.6 IMPLEMENTATIE | - 31 - |

| | | |
|---------------------|---|---------------|
| HOOFDSTUK 4. | BIJLAGEN | - 32 - |
| BIJLAGE 1 | EPA's opleiding klinische geriatrie | - 33 - |
| BIJLAGE 2 | Beroeps- en competentie profiel klinisch geriater | - 48 - |
| BIJLAGE 3 | Toelichting op inhoud, vorm en onderwijs vooropleiding interne geneeskunde | - 52 - |
| BIJLAGE 4 | Voorbeelden van profilering..... | - 55 - |
| BIJLAGE 5 | Beschrijving procedure geïntensiveerd begeleidingstraject (GBT) binnen de opleiding: geïntensiveerd begeleidingstraject..... | - 57 - |
| BIJLAGE 6 | Competentieprofiel van de opleider en leden opleidingsgroep..... | - 58 - |
| HOOFDSTUK 5. | REFERENTIES..... | - 59 - |

HOOFDSTUK 1. VERANTWOORDING

1.1 DE KLINISCH GERIATER VAN DE TOEKOMST

De samenleving vergrijsst, het zorglandschap verandert, de patiënt en mantelzorger worden mondig. Dit is maar een greep uit de veranderingen die van invloed zijn op het dagelijks werk van de klinisch geriater. De klinisch geriater van de toekomst kan omgaan met deze veranderingen, maar heeft bovenal het adaptief vermogen om klaar te zijn voor toekomstige veranderingen en uitdagingen binnen de zorg.

“De relatie tussen medisch specialist en patiënt is in 2025 vooral gericht op optimaliseren van kwaliteit van leven. Dit is meer dan alleen op de behandeling van ziekte. Veel meer dan nu het geval is, vraagt dit om een holistische benadering van iedere, unieke patiënt”

De medisch specialist 2025¹

De kwetsbare patiënt en diens mantelzorger centraal stellen in behandelplannen, maatwerk leveren per patiënt en patiënt betrekken bij behandelkeuzes – shared decision making –, is bij uitstek een kwaliteit van de klinisch geriater. In de toekomst zal dit een steeds centralere rol krijgen bij alle medisch specialismen.¹ De klinisch geriater kan hierbij een voortrekkersrol krijgen. De klinisch geriater kan optreden als hoofdbehandelaar, medebehandelaar en/of ondersteunend. Ondersteuning kan bijvoorbeeld door hoofdbehandelaars te adviseren bij behandelbeslissingen rondom de wenselijkheid van soms invasieve of belastende onderzoeken of

therapieën. Dit vraagt niet alleen maatwerk per patiënt, maar ook maatwerk in de samenwerking met andere medisch specialisten en andere zorgverleners.

Dit vraagt zorgnetwerken, waarbij zorgprofessionals samenwerken om de optimale zorg vorm te geven (netwerkgeneeskunde). De behoeften van de patiënt zijn daarbij het uitgangspunt. De klinisch geriater fungeert bovendien als regiehouder van de zorg voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis. Ook buiten het ziekenhuis zijn er uitdagingen. Van de klinisch geriater van de toekomst wordt een duidelijke positionering verwacht in de zorgketen. Dit vraagt samenwerking met zorgverleners over de muren van het ziekenhuis heen, zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, ouderenpsychiaters en anderen. In de toekomst is taakherschikking in de zorg voor kwetsbare ouderen te verwachten, net als een toenemende ondersteuning door technische en digitale middelen.

Elke klinisch geriater is een generalist en wordt daar primair voor opgeleid, maar duidelijke profilering binnen een interessegebied, zoals klinische farmacologie of palliatieve zorg, wordt mogelijk. De basis van de profilering kan tijdens de opleiding worden gelegd, waarop middels life long learning wordt voortbordurd.

“De opleiding klinische geriatrie is van kwalitatief hoog niveau en biedt de mogelijkheid tot aandachtsgebieden.”

Beleidsplan NVKG 2014-2018²

Met de groei van het aantal klinisch geriateren zijn de uitdagingen voor optimale zorg voor kwetsbare ouderen nog niet opgelost. De wetenschappelijke onderbouwing van medische zorg voor kwetsbare ouderen is nog vaak suboptimaal.² Een stevig geriatrich wetenschapsnetwerk is belangrijk. De klinisch geriater van de toekomst

“Medisch specialisten nemen het voortouw bij de ontwikkeling van zorgnetwerken.... Een zorgnetwerk neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt.”

De medisch specialist 2025¹

draagt actief bij aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vak en/of het optimaal toepassen van de beschikbare literatuur. Daarnaast heeft de klinisch geriater in toenemende mate kennis van management en organisatie om een actieve rol te kunnen vervullen in de toekomst van de gezondheidszorg. Kwaliteit, patiëntveiligheid en doelmatigheid zijn andere relevante thema's voor de toekomst.

Kortom, de toekomst van de klinische geriatrie is uitdagend en hiertoe moet de klinisch geriater van de toekomst zijn uitgerust. In bijlage 2 wordt dit in meer detail uitgewerkt met een gedetailleerd beroepsprofiel en competentieprofiel van de klinisch geriater.

1.2 DE OPLEIDING VAN DE TOEKOMST

Opleiden is maatwerk. In toenemende mate zal de opleiding gaan individualiseren, zowel qua duur, qua inhoud en qua setting.

Sturen vanuit de inhoud

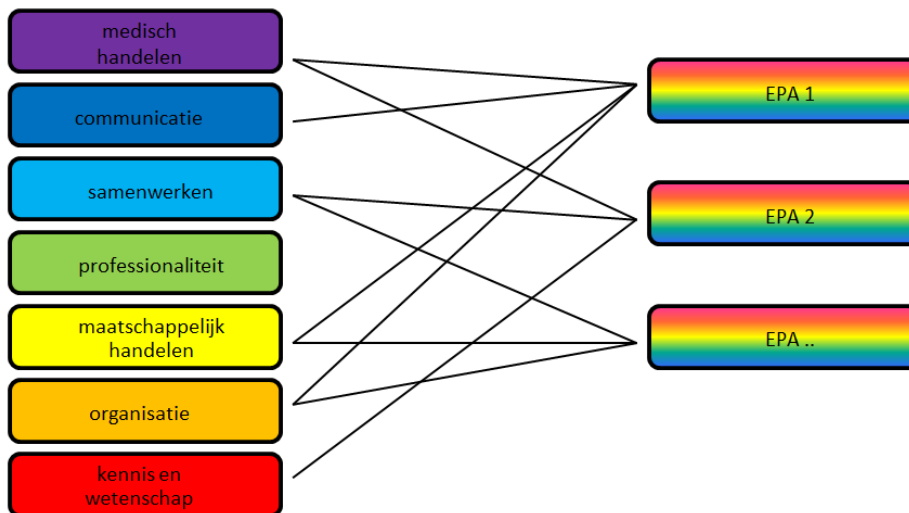
In toenemende mate sturen de inhoud van de opleiding en de verworven competenties de opleidingsduur. Waar er tot voor kort vanuit gegaan werd dat een bepaalde duur zou leiden tot het behalen van bepaalde competenties, draait deze redenatie nu om. In de nieuwe regeling bepaalt wat de aiOS daadwerkelijk aan competenties heeft ontwikkeld, de duur van de opleiding. Zowel de eerder (vóór de opleiding) verworven competenties als het sneller (tijdens de opleiding) verwerven van competenties kunnen leiden tot een korter opleidingstraject.

Entrustable professional activities (EPA)

Inhoudelijk is de grootste verandering de introductie van de Entrustable Professional Activity (EPA).³ In het eerdere opleidingsplan hadden de algemene competenties van de medisch specialist⁴ een centrale rol, waarbij competenties vooral persoonskenmerken beschrijven. In dit opleidingsplan staan beroepsauthentieke taken of verantwoordelijkheden (EPA's) centraal. Zo lag voorheen bijvoorbeeld de nadruk op het hebben van goede communicatieve vaardigheden, terwijl EPA's dit concreter neerzetten zoals het adequaat uitvoeren van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Uiteraard vraagt dit net zo goed de onderliggende kennis, vaardigheden, gedrag én competenties, maar een groot voordeel van een concrete taak is dat het makkelijker observeerbaar en beoordeelbaar is. Hoe dit voor de klinische geriatrie is vormgegeven wordt later uitgelegd.

“EPA's zijn taken of verantwoordelijkheden (units of professional practice), alleen toevertrouwd aan voldoende competente professionals (in opleiding)”

Olle ten Cate, 2013³



Figuur 1. De verhouding tussen EPA's en competenties

Inhoudelijke veranderingen

“Management en organisatie hiaat in opleiding klinische geriatrie”
E. Cornegé, JNVKG2014⁵

Bij het beschrijven van de klinisch geriater van de toekomst, en op basis van onderzoeken vanuit de NVKG⁵, is gebleken dat met name de competentie management en organisatie als hiaat werd ervaren in de opleiding zoals die tot nu toe was vormgegeven. Daarnaast werd de neurologie in de opleiding gemist. De opleiding was al sterk in het opleiden in de patiëntgebonden taken

van klinisch geriater, in dit nieuwe opleidingsplan komen niet-patiëntgebonden taken nadrukkelijker aan de orde.

Profilering

Terwijl klinisch geriater bij uitstek generalisten zijn en brede competenties moeten ontwikkelen en behouden, is er in toenemende mate behoefte aan geriater met een “extra kwaliteit”. Profilering kan in veel verschillende richtingen, bijvoorbeeld management, wetenschap, onderwijs, kwaliteitszorg of meer inhoudelijk zoals klinische farmacologie, ouderenpsychiatrie of palliatieve zorg. De vernieuwde opleiding zal daarom een balans moeten hebben tussen een brede opleiding voor elke toekomstige klinisch geriater, met voldoende ruimte voor individuele profilering indien haalbaar en gewenst door de aios. Profilering is allereerst weggelegd voor de aios met bovengemiddelde capaciteiten. Echter, afhankelijk van bijvoorbeeld efficiëntie in de leersetting kan dit voor meer of minder aios toegankelijk zijn.

In dit opleidingsplan is gekozen voor de term profilering, niet voor aandachtsgebied of differentiatie. Profilering weerspiegelt ons inziens ook het beste dat iedereen tot klinisch geriater wordt opgeleid met brede oriëntatie, waar 'differentiaties' en 'aandachtsgebieden' verlies van brede oriëntatie zouden kunnen impliceren.

Individualisering en flexibele opleidingsduur

Naast de inhoudelijke veranderingen wordt de vorm van de opleiding meer flexibel qua duur en qua setting. Door het vak van klinisch geriater in concrete taken en verantwoordelijkheden op te delen (EPA's) is het makkelijker om een aios op specifieke onderdelen bekwaam te verklaren en bijvoorbeeld verworven competenties uit eerdere relevante leerervaringen mee te laten tellen voor de opleiding. Profilering is een vorm van individualisering en kan soms betekenen dat een andere leersetting dan de vooraf ingeroosterde setting nodig is om de gewenste leerdoelen te behalen. Door de nieuwe opzet is het individuele opleidingsplan beter af te stemmen met opleidingsactiviteiten, opleidingssetting en/of verwachte opleidingsduur. Ook het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) verwacht van de wetenschappelijke verenigingen dat de opleiding efficiënt is vormgegeven zonder verlies van kwaliteit. Praktische consequenties van een flexibele opleiding zijn er ook. Het vraagt een goede en professionele afstemming tussen landelijke, regionale en lokale voorkeuren en mogelijkheden.

“Zowel de eerder (vóór de opleiding) verworven competenties als het sneller (tijdens de opleiding) verworven van competenties kunnen leiden tot een korter opleidingstraject”
Federatie Medisch Specialisten⁶

Samenvattend, wordt de opleiding individueler, gericht op beroepsspecifieke taken en met maatwerk per aios, zowel qua duur, inhoud als setting. Er komt een grotere nadruk op het leren van niet patiëntgebonden activiteiten die samenhangen met het toekomstige vak van klinisch geriater.

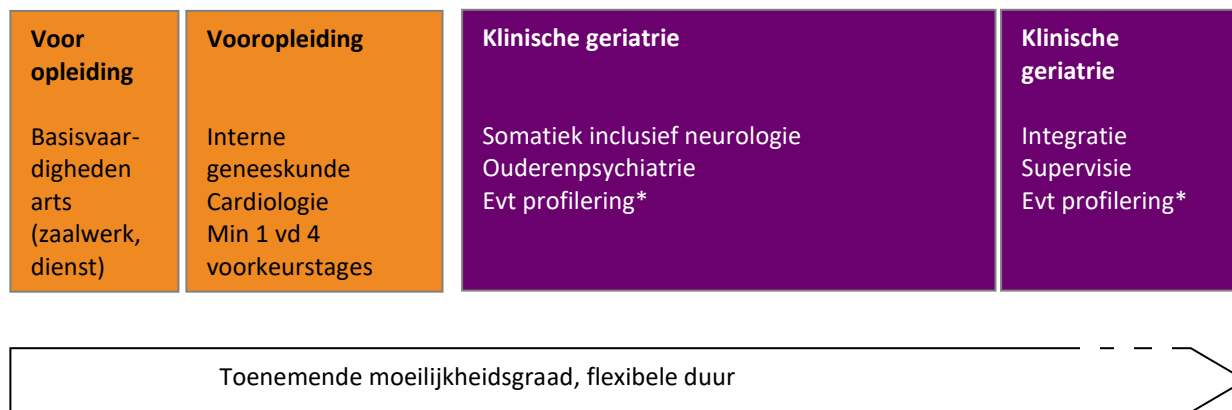
HOOFDSTUK 2. OPLEIDING KLINISCHE GERIATRIE

2.1 OPBOUW OPLEIDING

De opleiding klinische geriatrie bestaat uit twee delen: de vooropleiding interne geneeskunde en de klinische geriatrie (Figuur 2). De interne geneeskunde bevat de inhoudelijke onderdelen zaalstage, acute geneeskunde/spoedeisende hulp, cardiologie en naar keuze minimaal een van de vier volgende voorkeursstages: nefrologie, maagdarmleverziekten, longgeneeskunde, algemene polikliniekstage (zie ook bijlage 3). Binnen het onderdeel klinische geriatrie zijn er drie onderdelen: somatiek, ouderenpsychiatrie en neurologie.

Deze opbouw heeft een oplopende moeilijkheidsgraad. Er wordt gestart met de vooropleiding interne geneeskunde en afgerond bij de klinische geriatrie. Daartussenin is er geen gedetailleerde volgorde van de onderdelen, maar een logische opbouw staat hieronder afgebeeld.

In paragraaf 3.6 Implementatie wordt de overgangsfase van het vorige naar het huidige opleidingsplan nader toegelicht.



Figuur 2. Opbouw van de opleiding: start met de vooropleiding interne geneeskunde, afsluiten bij de klinische geriatrie.

**Profilering is zeer individueel en kan diverse vormen/inhoud/setting/tijdpad aannemen, waaronder een keuzestage*

2.2 INHOUD OPLEIDING MET EPA'S

2.2.1 Vooropleiding interne geneeskunde

Inhoud

Tijdens de vooropleiding interne geneeskunde worden de volgende verplichte stages gevolgd:

- Algemene interne geneeskunde: zaalstage en acute geneeskunde (12 maanden, EPA zaalstage en acute zorg/dienst)
- Verplicht: cardiologie (4 maanden, EPA cardiologie)
- Zeer gewenste stages waarvan tenminste één verplicht (4 maanden): nefrologie (EPA nefrologie), polikliniek algemene interne (EPA polikliniek), maag-darm-leverziekten (EPA MDL), longziekten (EPA longziekten)

Voor de inhoud van de stages en waar mogelijk wordt verwezen naar de EPA's van de interne geneeskunde in bijlage 3.

Duur

De opleiding start met de interne vooropleiding, welke bij nominaal verwerven van de EPA's 24 maanden duurt. Eventueel kan een aios op basis van eerdere werkervaring en/of steile leercurve korting krijgen. Vooraf aan de opleiding stelt de eindoordeelend opleider klinische geriatrie in een startgesprek met de aios vast of er op basis van eerdere werkervaring korting kan worden verleend, dit in afstemming met de opleider interne geneeskunde. Gedurende de vooropleiding kan de opleider interne geneeskunde een verkorting voorstellen in afstemming met de aios en de opleider klinische geriatrie. Op regionaal niveau wordt de vorm van deze afstemming vormgegeven.

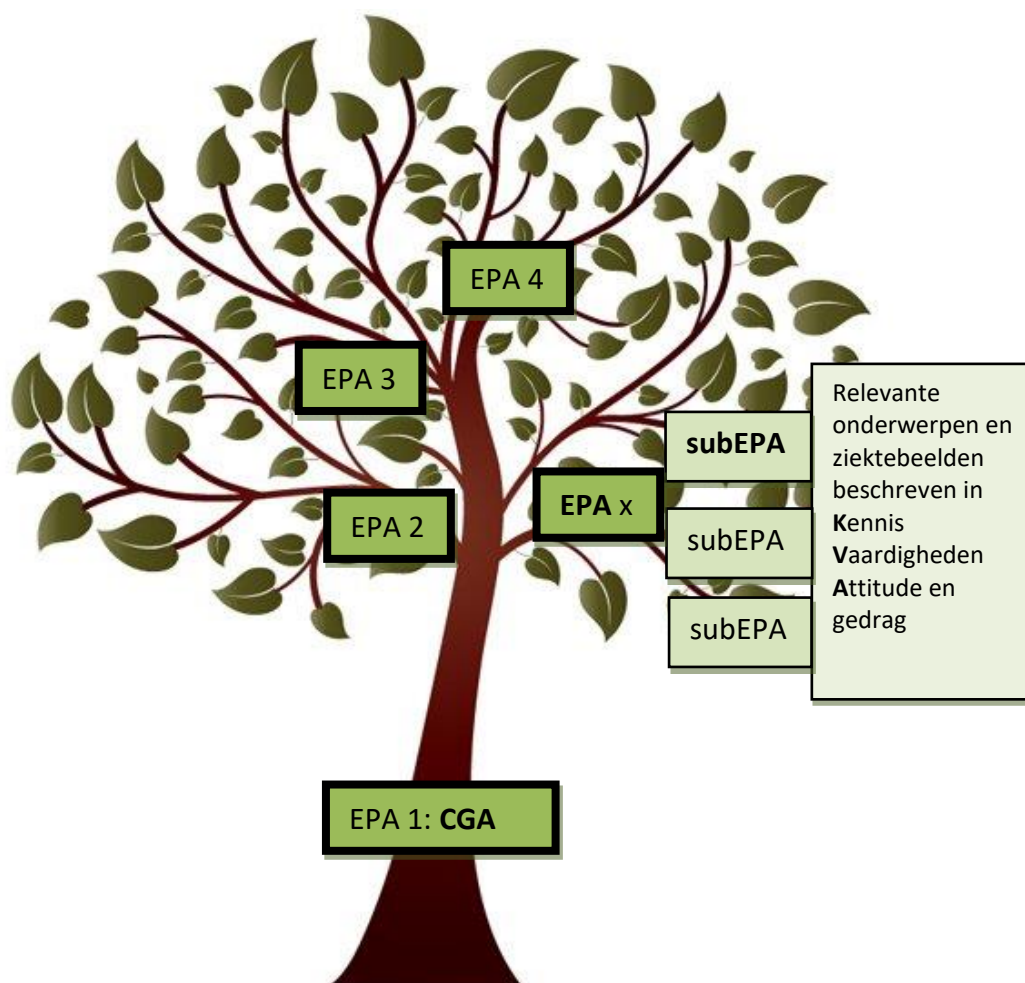
Setting

Erkende opleidingskliniek voor interne geneeskunde onder verantwoordelijkheid van de opleider interne geneeskunde, met stagebegeleiders verbonden aan de desbetreffende stageafdelingen, bijvoorbeeld de cardioloog.

2.2.2 Klinische geriatrie

Inhoud

De opleiding heeft de structuur van een boom. Figuur 3 toont hoe het Comprehensive Geriatric Assessment⁷ in de stam van de opleiding een zeer centrale rol speelt. Elke hoofdtak bevat een Entrustable Professional Activity (EPA)³, een essentiële beroepsactiviteit, met vertakkingen in de vorm van sub-EPA's, met blaadjes van kennis, vaardigheden en attitude en gedrag.⁸ Het CGA wordt hierbij neergezet als een techniek die het systematisch in kaart brengen van een geriatrische patiënt beschrijft met duiding en adviezen, die verdere kleur en toepassing krijgt in de overige EPA's. Concreet betekent dit dan ook dat het praktisch uitvoeren van het CGA beheerst moet worden voordat er een andere EPA kan worden beheerst.



Figuur 3. Opleiding klinische geriatrie met een boomstructuur

CGA: comprehensive Geriatric Assessment

EPA: Entrusted Professional Activity bijvoorbeeld het CGA

subEPA: onderdeel van een EPA

Entrustable Professional Activities (EPA's) betekent vrij vertaald: "vertrouw ik de aios deze activiteit toe?" Het zijn beroepsauthentieke situaties waarop een aios groei kan laten zien. In dit opleidingsplan is er voor gekozen om een hypothetische normale werkdag van een klinisch geriater in activiteiten om te zetten. Dit is gebaseerd op de vraag: "Wat zijn de meest voorkomende activiteiten van een klinisch geriater?" De centrale rol van de patiënt in de werkdag van de klinisch geriater is hierbij opgenomen in de EPA's. De EPA's zijn opgedeeld in 9 patiëntgebonden (bijv. je bekijkt op de spoedeisende hulp een patiënt met een acuut probleem: EPA acute geriatrie) en 3 niet-patiëntgebonden EPA's (bijv. je overlegt met het unithoofd over een verbeterplan op de afdeling: EPA Management, leiderschap en organisatie). Enkele EPA's hebben subEPA's. Daarnaast hebben de EPA's relevante ziektebeelden en onderwerpen die als kapstok dienen om te leren, waarbij de mate van beheersing in detail per EPA wordt uitgewerkt in **bijlage 1**.

Om tot volledige beheersing van een EPA te komen zijn onderliggende Kennis, Vaardigheden, Attitude en gedrag (KVA) nodig.⁸ Bijlage 1 toont de twaalf EPA's in detail met een afbakening wat wel en niet tot de EPA behoort, met de specifieke leerdoelen voor Kennis, Vaardigheden, Attitude en gedrag en de minimale verwachte toetsing per EPA voor de aios klinische geriatrie.

Duur

Nominale duur 36 maanden, waarvan 3 maanden stage neurologie en 9 maanden stage ouderenspsychiatrie. Optioneel is een keuzestage van 3 maanden die niet tijdens de maanden ouderenspsychiatrie kan worden ingevuld, zie hiervoor ook het onderwerp profilering.

| | EPA | Relevante ziektebeelden en onderwerpen* |
|-----------------|---|--|
| Patiëntgebonden | Comprehensive Geriatric Assessment | (Triage op) kwetsbaarheid, multimorbiditeit, gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en ethiek |
| | Acute geriatrie | cardiovasculair, respiratoir, trauma gerelateerd, metabole verstoringen, gastro-intestinale stoornissen, infectieus |
| | Mobiliteitstoornissen, vallen en neurologie | duizeligheid, wegrakingen, parkinson(isme), osteoporose, polyneuropathie, artrose en jicht, benigne paroxysmale positie duizeligheid, orthostatische hypotensie, acute neurologie |
| | Functionele achteruitgang bij de kwetsbare patiënt | sarcopenie, ondervoeding, belastbaarheid mantelzorg, incontinentie, decubitus, revalidatie, herstel en nazorg |
| | Palliatieve zorg | pijn, dyspnoe en advance care planning |
| | Polyfarmacie | medicatiereview |
| | Delier | delier als uiting van onderliggend somatisch lijden, medicatiegebruik, intoxicatie of onttrekking |
| | Dementie | mild cognitive impairment, M. Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy Body dementie, Parkinsondementie, frontotemporale dementie, alcohol-gerelateerde dementie |
| | Psychiatrie en gedragsproblemen | gedragsproblemen bij dementie, stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, realiteitstoetsingsstoornissen (psychose maar ook bij dementie en delier), SOLK (somatische symptoomstoornissen), agressie (fysiek, emotioneel, verbaal), ouderenmishandeling, verslaving en alcoholmisbruik, slaapstoornis, M. Parkinson met psychiatrische symptomen, patiënten met complexe familie |

| | EPA | Sub-EPA's |
|----------------------|--|--|
| Niet patiëntgebonden | Management, Leiderschap en Organisatie | a. Persoonlijk b. Op de werkvloer c. In de instelling d. Buiten de instelling |
| | Doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid | a. met betrekking tot individuele patiëntenzorg b. met betrekking tot de zorgketen |
| | Onderwijs en wetenschap | a. Life long learning b. Opleiden c. Wetenschap |

Tabel 1. de EPA's van het opleidingsplan met sub-EPA's, relevante ziektebeelden en klinische onderwerpen. Deze lijst beschrijft de kern en is niet limitatief.

* Niet alle relevante ziektebeelden en onderwerpen hoeven in evenveel detail beheerst te worden (bijv. van kennis hebben van (kennis) tot zelfstandig diagnosticeren en behandelen (vaardigheid)). In bijlage 1 wordt dit per EPA uitgelegd. Bijlage 1 toont alle EPA's in detail met onderliggende relevante ziektebeelden en onderwerpen, uitgesplitst naar kennis, vaardigheden en attitude en gedrag.

Setting

Erkende opleidingskliniek klinische geriatrie, voor de neurologie en ouderenpsychiatrie zijn andere settings mogelijk zoals hieronder toegelicht.

Diensten

Minimaal 10% - maximaal 20 %, zoals ook toegelicht onder 2.3 "waar wat te leren?"

2.2.3 Neurologiestage

Inhoud

De EPA mobiliteit, vallen en neurologie staat centraal in de stage neurologie. In bijlage 1 worden deze in detail beschreven.

Het ingangsniveau is:

Een afgeronde vooropleiding interne geneeskunde:

- de aios is bekwaam in zaalwerk
- de aios beheerst de SEH opvang van acuut zieke patiënten met interne problematiek
- de aios kan adequate statusvoering en correspondentie maken

Duur

Nominale duur 3 maanden, fulltime equivalent (waar beter passend kan de stage over een langere tijdsperiode worden verspreid). Eventuele hiaten in de ontwikkeling van de relevante EPA's zullen moeten worden opgepakt in de klinische geriatrie, en zullen dus in principe niet leiden tot verlenging van neurologiestage.

Leersetting, verantwoordelijk opleider en stagebegeleider

Omdat de EPA's het best behaald kunnen worden op de polikliniek (mobiliteit en vallen) en in de acute zorg (acute neurologie en vallen) zijn de polikliniek en de SEH/dienst de voorkeurs leersettings en niet de klinische afdeling neurologie. De neurologiestage vindt bij voorkeur plaats in hetzelfde opleidingsziekenhuis als de klinische geriatrie omdat de aios onder de verantwoordelijkheid van de opleider klinische geriatrie blijft. De neuroloog is stagebegeleider. Mocht een aios in een bepaalde setting de algemene neurologische leerdoelen niet kunnen behalen (bijvoorbeeld door vergaande specialisatie waardoor een centrum zich voornamelijk op zeldzame ziektebeelden richt) dan is regionale afstemming nodig om te organiseren in welke leerrijke setting de aios beter de stage kan lopen. Een opleidingskliniek neurologie kan een alternatieve leersetting zijn, ook als daar geen opleiding klinische geriatrie is. Dit heeft niet de voorkeur, omdat de klinisch geriater-opleider dan meer op afstand is. Figuur 7 beschrijft hoe de verschillende opleiders zich tot elkaar verhouden.

Alternatieve invullingen

Op regionaal niveau kunnen alternatieve invullingen worden overwogen. Onder implementatie (hoofdstuk 3.6) wordt dit onderwerp in meer detail uitgewerkt.

Diensten

Max 20 %, conform de criteria van de klinische geriatrie, geen minimum percentage.

2.2.4 Klinische geriatrie in de ouderenpsychiatriestage

Inhoud

De EPA psychiatrie en gedragsproblemen staan centraal tijdens de ouderenpsychiatriestage. Daarnaast worden de EPA's delier en dementie deels in de ouderenpsychiatriestage maar voornamelijk in de somatische klinische geriatrie geleerd.

Duur

Nominaal 9 maanden, fulltime equivalent. Eventuele hiaten in de ontwikkeling zullen niet per definitie tot verlenging leiden, eventueel kan gekozen worden deze hiaten weg te werken in de klinische geriatrie.

Leersetting, verantwoordelijk opleider en stagebegeleider

De ouderenpsychiatriestage vindt plaats in een gespecialiseerde behandelsetting voor ouderen met psychiatrische stoornissen zoals een ambulant team/ polikliniek/ afdeling ouderenpsychiatrie of geriatrie in de GGZ, of GAPZ (geriatrie afdeling psychiatrisch ziekenhuis) of PAAZ (mits voldoende exposure aan ouderenpsychiatrie). Bij de opleidingsinrichting werken ouderenpsychiaters en er is minstens 0,20 fte klinisch geriater aan gelieerd. De stage valt onder verantwoordelijkheid van de stagebegeleider. Dit kan een ouderenpsychiater zijn of klinisch geriater werkzaam op de desbetreffende leersetting zijn. De eindverantwoordelijkheid voor de stage ligt bij de verantwoordelijk opleider klinische geriatrie: dit is een klinisch geriater werkzaam in de psychiatrie, dan wel een klinisch geriater werkzaam in de somatiek. In figuur 7 en in hoofdstuk 3.6, implementatie, wordt dit in meer detail toegelicht.

Diensten

Max 15-20 %, conform de criteria van de klinische geriatrie, geen minimum percentage.

2.2.5 Maatschappelijk relevante thema's in de opleiding tot klinisch geriater

De klinisch geriater is een medisch specialist die meer competenties bezit dan de competentie medisch handelen alleen, zoals zichtbaar in het competentieprofiel in bijlage 2. De overige competenties worden binnen dit opleidingsplan geïntegreerd in het werk van de klinisch geriater weergegeven. Daarnaast krijgen drie landelijke thema's in dit opleidingsplan extra aandacht: patiëntveiligheid, doelmatigheid en kostenbewustzijn, en medisch leiderschap. In de EPA Management, Leiderschap en Organisatie en in de EPA Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn deze nadrukkelijk verwerkt.

2.3 OPLEIDINGSSETTING: WAAR WAT TE LEREN?

Leren op de werkplek

Leren op de werkplek staat centraal in dit opleidingsplan. Het opleiden wordt hierbij voor een groot deel gewaarborgd door de dagelijkse feedback die een aios krijgt van verschillende professionals in de directe werkomgeving.

Leren op de werkplek staat centraal in dit opleidingsplan

Onderwijsmomenten die bij het leren op de werkplek een grote rol spelen zijn onder andere de overdracht, grote visite en patiëntbesprekingen, multidisciplinaire besprekingen, refereeravonden en cursorisch onderwijs. De opleidersgroep en aios zijn vrij om naast bovengenoemde activiteiten ook andere onderwijsmomenten in te plannen.

Onderstaande tabel 2 laat zien welke EPA's op welke plaatsen (leersetting) het meest aan bod dienen te komen.

| | EPA | (voornaamste) leersetting |
|-----------------------|--|---|
| Patiëntgebonden | Comprehensive Geriatric Assessment | Klinische geriatrie |
| | Acute geriatrie | Klinische geriatrie, dienst |
| | Mobiliteitstoornissen, vallen en neurologie | Klinische geriatrie, neurologie |
| | Functionele achteruitgang | Klinische geriatrie |
| | Palliatieve zorg | Klinische geriatrie |
| | Polyfarmacie | Klinische geriatrie |
| | Delier | Klinische geriatrie, ouderenpsychiatrie |
| | Dementie | Klinische geriatrie, ouderenpsychiatrie |
| | Psychiatrie en gedragsproblemen | Ouderenpsychiatrie |
| Niet patiënt gebonden | Management, Leiderschap en Organisatie | Hele opleiding, nadruk op het einde |
| | Doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid | Hele opleiding |
| | Onderwijs en wetenschap | Hele opleiding, wetenschappelijke setting |

Tabel 2. EPA's met bijbehorende voornaamste leersetting

Diensten en het volgen van onderwijs

Naast het leren op de werkplek vormen werken en leren/studeren buiten 'kantooruren' een integraal onderdeel van de opleiding en de latere beroepspraktijk van de klinisch geriater. De keerzijde van het doen van avond-, nacht- en weekenddiensten bestaat uit het missen van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden opleidingsmomenten tijdens kantooruren op de doordeweekse dagen.

Daartegenover staat dat er in de diensten een hoge mate van exposure aan opleidingsmomenten kan zijn die zich overdag regulier minder frequent voordoen en waarbij er zeer nauw moet worden samengewerkt met de supervisor. Ook kunnen diensten extra eisen stellen aan de competenties van de aios gezien de vaak beperkte aanwezigheid van zorgprofessionals en andere wijze van overleg met de supervisor. Ook de diverse vormen van onderwijs en zelfstudie, vaak buiten kantooruren, vormen een onmisbaar onderdeel van de opleiding en daarna (principe van life-long-learning). Een kader van min. 10% – max. 20% wordt hierbij gesteld, middelen over de jaren is mogelijk. Conform de berekenmethode van de RGS geldt dit als 20% x 48 h x FTE %. X 52 wkn per jaar. Compensatietijd wordt derhalve niet meegerekend. Bij de diverse stages gelden andere kaders, zie hierboven.

Leren buiten kantooruren is een integraal onderdeel van de opleiding

Aantal leersettings

Omdat adaptief vermogen belangrijk is voor de geriater van de toekomst zouden alle aios tenminste in twee opleidingsklinieken moeten worden opgeleid (ouderenpsychiatrie-instelling niet meegeteld). Eén van deze

Alle aios worden in tenminste twee opleidingsklinieken opgeleid

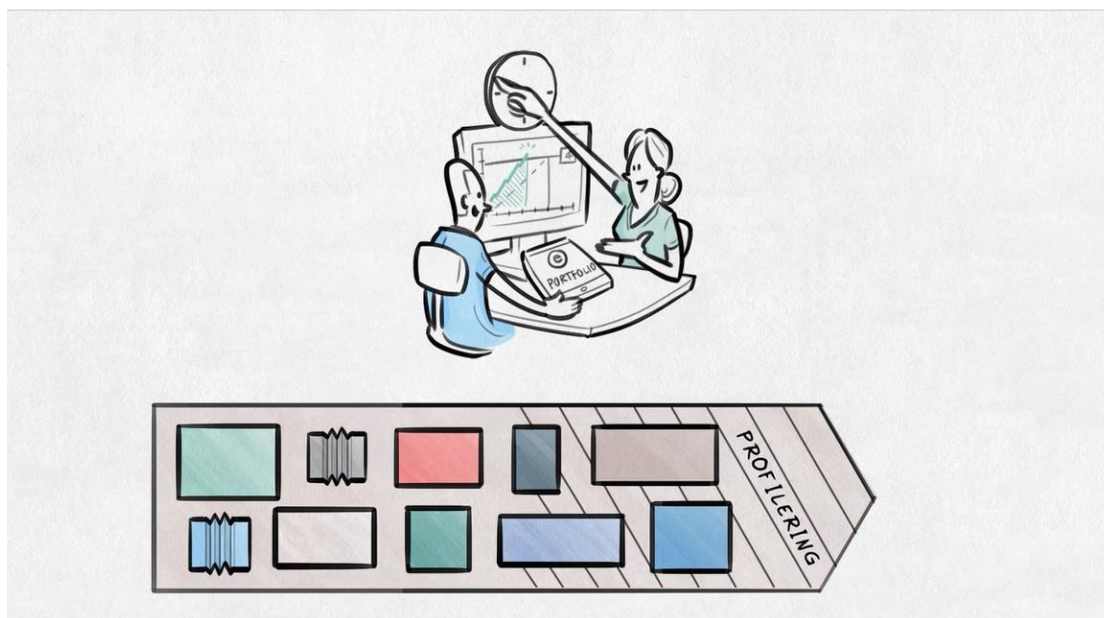
plekken zou tenminste een dermate wetenschappelijk klimaat moeten hebben dat onderzoek door de aios haalbaar is. Op regionaal niveau kan dat worden afgestemd waarbij ook gekeken kan worden of 1) een vooropleiding in een andere kliniek voldoende variatie van setting kan zijn, 2) welke

klinieken een voldoende wetenschappelijk klimaat hebben of dat een stage in een academisch ziekenhuis een verplichting is.

2.4 TOETSING EN INDIVIDUALISERING OPLEIDINGSDUUR

2.4.1 Kaders individualisering opleidingsduur

Een aios die de opleiding nominaal doorloopt zal 5 jaren nodig hebben om de verschillende EPA's voldoende te beheersen. Er zijn echter ook aios die één of meerdere EPA's versneld leren en/of die door eerdere relevante leerervaringen al (bijna) aan het gewenste niveau voldoen. Bij deze aios is er ruimte voor profilering en/of opleidingsverkorting. Dit wordt per individuele aios afgewogen en afgestemd.



Figuur 4. Opleidingsverkorting grafisch weergegeven. Elke bouwsteen symboliseert een EPA, bij een versnelde leercurve is er ruimte voor opleidingsverkorting en/of profilering in de vorm van keuzestage of extracurriculaire activiteiten. Verkorting en/of profilering wordt per aios afgestemd.

2.4.2 Handreiking voor opleiders om bekwaamheid in te schatten met EPA's

Bekwaamheidsniveaus

Een EPA is een beroepsspecifieke situatie. Entrustable Professional Activity betekent vrijvertaald "Vertrouw ik deze AIOS de activiteit toe?" In welke mate heeft een AIOS nog supervisie nodig, of kan de AIOS de activiteit zelfstandig en op eindniveau van de opleiding uitvoeren? Hiervoor zijn bekwaamheidsniveaus beschreven, getoond in figuur 5. Met uitzondering van het CGA, zullen de meeste EPA's pas tegen het eind van de opleiding volledig beheerst worden.

Bekwaamheidsniveaus⁹

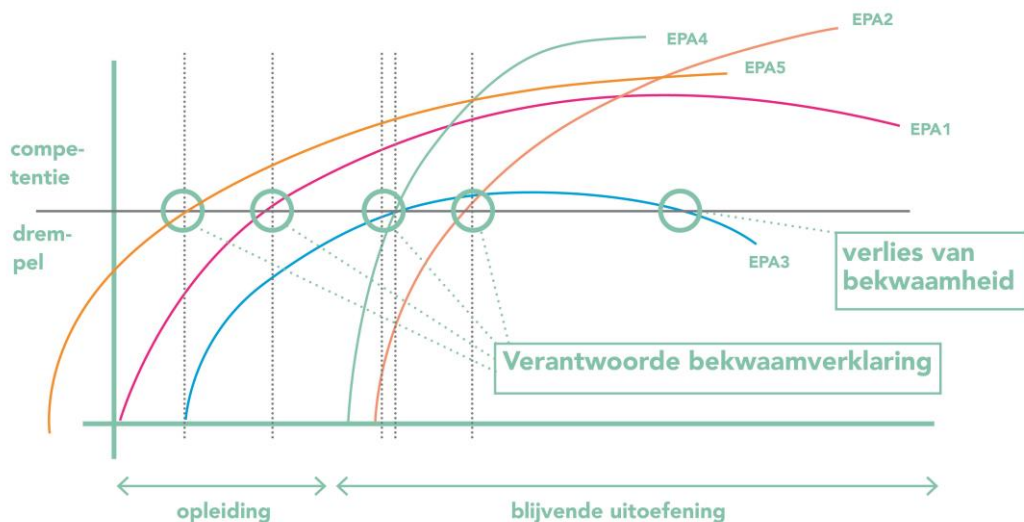
1. Kan uitvoeren met strikte supervisie
2. Kan uitvoeren met beperkte (telefonische) supervisie
3. Kan zelfstandig zonder supervisie uitvoeren
4. Kan zelf supervisie geven aan anderen

Figuur 5. De bekwaamheidsniveaus waarop EPA's kunnen worden uitgevoerd cq toevertrouwd. Aan het eind van de opleiding worden tenminste **alle EPA's op niveau 3**, maar bij voorkeur zelfs niveau 4, beheerst.

Het inschatten van bekwaamheid, zoals hierboven beschreven, beschrijft een summatieve, systematische beoordeling door de opleider klinische geriatrie op de plek waar de aios op dat moment stage loopt.

Samen met de opleidingsgroep komt de opleider tot zijn of haar oordeel en kan de aios als bekwaam worden geacht; dit wordt vastgelegd in het portfolio van de aios. De aios kan vooraf aan de beoordelingsgesprekken een verzoek tot bekwaam verklaren indienen bij de opleider.

Tabel 3 toont een handreiking voor de praktijk om in te schatten of een aios zelfstandig zonder supervisie kan werken. Aan de hand van enkele domeinen kan dit worden nagegaan, hierin mag het “onderbuiksgevoel” van een opleider en opleidingsgroep zeker worden meegewogen. Daarnaast worden op de dagelijkse werkvloer steeds inschattingen gemaakt of iemand iets zelfstandig kan en mag.



Figuur 6. EPA's worden met verschillende snelheden verworven, maar kunnen ook weer verloren raken als de aios (en klinisch geriater) de kennis en vaardigheden niet onderhoudt.

| Niveau | Toelichting |
|---|---|
| 1. Competentie en klinisch denken | Dit verwijst naar kennis, vaardigheden en specifieke competenties die nodig zijn om de EPA uit te voeren (zoals beschreven in bijlage 1.) |
| 2. Nauwgezet en geloofwaardigheid | Nauwgezetheid en geloofwaardigheid reflecteren, een grondigheid en consistentie in activiteiten. Anders gezegd: een aios doet wat hij zegt dat hij zal doen en laat een grondigheid zien die voorspelbaar is in verschillende gevallen. |
| 3. Oprechtheid | Oprechtheid impliceert dat aios desgevraagd eerlijk vertelt wat hij heeft gezien, wat hij heeft gedaan en waarom. Dit is inclusief toegeven wat hij niet heeft gedaan en had moeten doen. |
| 4. Inzicht in eigen beperkingen en geneigdheid hulp te vragen | Cruciaal is inzicht in de eigen beperkingen en weten wanneer procedures te stoppen en op tijd hulp in te roepen. Weten is de cognitieve component maar dit spoort niet altijd met de bereidheid tot het inroepen van hulp. Een goede balans tussen proactief gedrag en hulp inroepen wanneer nodig is erg belangrijk. |

Tabel 3. Handreiking om bekwaamheid in te schatten. Onderbuikgevoel kan daarmee worden geconcretiseerd door de verantwoordelijk opleider klinisch geriatrie en opleidingsgroep.

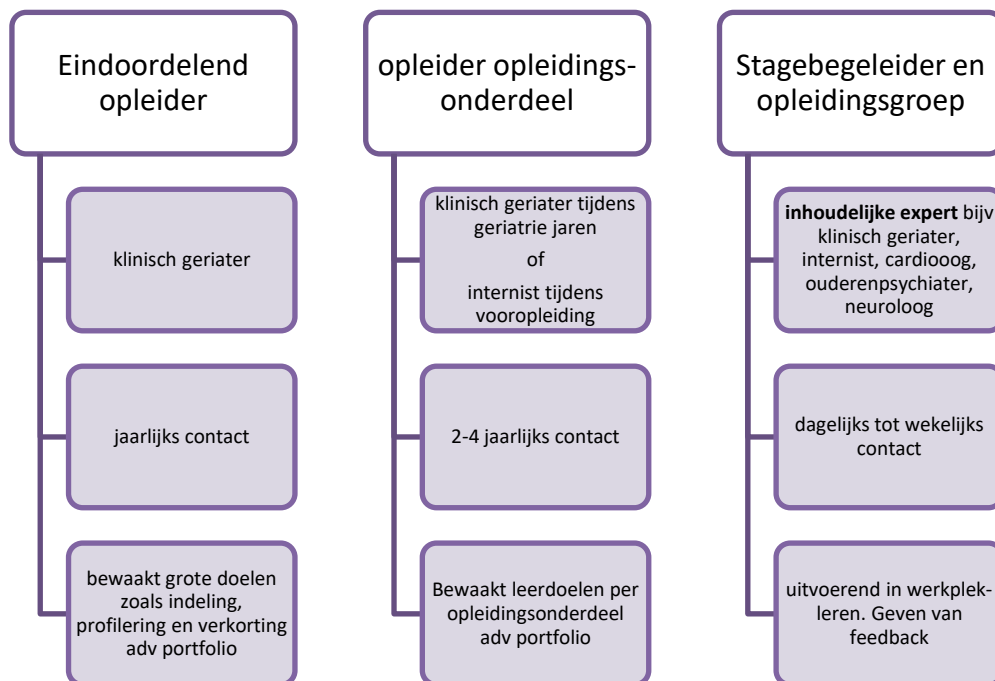
Relatie EPA's en algemene competenties

Voor een goede uitvoering van elke EPA heeft een aios de juiste persoonskenmerken (competenties) nodig. Op pagina 7 wordt in Figuur 1 getoond hoe verschillende EPA's gerelateerd zijn aan de algemene competenties, die in het vorige opleidingsplan een veel centralere rol hadden.

In bijlage 2 is het gedetailleerde competentieprofiel van de klinisch geriater passend bij de klinisch geriater van de toekomst opgenomen. Daarin wordt ook beschreven hoe de EPA's in dit opleidingsplan zich verhouden tot de algemene competenties.

2.4.3 Volgen van de aios door de opleiding heen

Figuur 7 geeft de verschillende opleiders en begeleiders weer en hoe ze zich tot elkaar verhouden.



Figuur 7. Het wie, wanneer en wat van de eindoordeel opleider, opleider opleidingsonderdeel en stagebegeleider. Soms heeft men meer dan één rol tegelijk. De verschillende opleiders informeren elkaar waarbij het portfolio van de aios als basis dient.

Eindoordelend opleider

Elke aios heeft één eindoordeel opleider met wie regelmatig, jaarlijks, contact is. Deze opleider stelt samen met de aios het opleidingsschema vast vooraf aan de opleiding en verleent waar mogelijk korting op basis van eerder verworven competenties vooraf aan de opleiding. Daarnaast volgt deze opleider de aios door de opleiding heen, voor eventuele bijstellingen van opleidingsinhoud en/of duur, en komt tot een eindoordeel aan het eind van de opleiding. Daarnaast zijn er andere opleiders betrokken bij de opleiding bijvoorbeeld de opleider klinische geriatrie van een andere kliniek of de opleider interne geneeskunde. De eindoordeel opleider wordt door deze opleiders op de hoogte gehouden van de voortgang van de aios. Het portfolio dient als basis en kan worden aangevuld met schriftelijke en/of mondelinge overdrachten, die daarna opgenomen worden in het portfolio van de aios. In de regionale opleiding wordt de afstemming tussen de verschillende opleiders concreet vormgegeven.

Opleider opleidingsdeel en stagebegeleider

Er zijn ook meerdere andere opleiders en stagebegeleiders bij de opleiding betrokken, in figuur 7 wordt dit beschreven. Waar de eindoordeel opleider voornamelijk het grote beeld in het oog houdt, zal de lokale opleider samen met de eventuele stagebegeleider de opleiding vormgeven, leerdoelen met de aios formuleren en zich richten op feedback op de werkplek. De stagebegeleider houdt de opleider van het desbetreffende deel op de hoogte van de voortgang. Bij voorkeur vinden voortgangsgesprekken plaats met de stagebegeleider en de opleider van het opleidingsonderdeel. In de regionale opleiding wordt dit concreet vorm gegeven.

Opleidingsgroep

De opleiders en stagebegeleider geven de opleiding vorm samen met collega's: de opleidingsgroep. Leren op de werkplek aan de hand van feedback wordt voornamelijk verzorgd door de opleidingsgroep en stagebegeleider.

2.4.4 Duur per onderdeel: minimum- en maximumkaders

| | | | |
|---|--|--|--|
| Voor opleiding Basisvaardigheden arts (zaalwerk, dienst) Nominaal 12 mnd. 6-12 maanden | Vooropleiding Interne geneeskunde Cardiologie Min 1 vd 4 voorkeurstages Nominaal 12 mnd. 6-12 maanden | Klinische geriatrie Somatiek inclusief neurologie Ouderenpsychiatrie Evt profilering Nominaal 26 mnd. 24-30 maanden | Klinische geriatrie Integratie Supervisie Evt profilering Nominaal 10 mnd. 4-12 maanden |
|---|--|--|--|

Toenemende moeilijkheidsgraad, flexibele duur (flexibele duur 48-60 maanden)

Figuur 8. Opbouw van de opleiding met minimum en maximumkaders qua duur

Het aantal maanden bij nominaal doorlopen van de opleiding is weergegeven voor een "gemiddelde aios" met een minimum en maximum variant eronder voor individualisering.

Keuzestages

Keuzestages kunnen worden gebruikt voor profilering, maar profilering kan ook extracurriculair tijdens de opleiding. Een belangrijk kader om rekening mee te houden is het feit dat het een opleiding is "op de werkvloer". Uiteindelijk wordt er opgeleid tot klinisch geriatr, eventueel met een extra profiel. Een maximum van in totaal drie maanden van het onderdeel klinische geriatrie mag in een externe of andere setting dan de tweedelijns patiëntenzorg van de klinische geriatrie worden doorgebracht. Bijvoorbeeld wetenschappelijke stage (geen patiëntenzorg), stage elders zoals in het verpleeghuis (andere setting dan toekomstige werksetting), stage op andere afdeling (geen klinische geriatrie), klinische farmacologiestage, onderwijsstage, managementstage etc. De keuzestage kan worden ingepland na afstemming tussen aios en eindoordeelend en lokale opleider tijdens de klinische geriatrie, uitgezonderd de 9 maanden bij de ouderenpsychiatrie.

2.4.5 Verkorting en verlenging op basis van inhoud

Onderstaande tabel 4 geeft een richtlijn aan de eindoordeelend opleider voor het verlenen van verkorting vooraf of tijdens de opleiding en een indicatie voor verlenging ervan. Uiteraard zijn dit richtlijnen, per individuele aios kunnen er op basis van inhoudelijke argumenten andere keuzes worden gemaakt. Het is belangrijk om te noemen dat er als er een korting afgesproken is, er altijd nog een mogelijkheid is om deze korting terug te draaien op basis van inhoudelijke argumenten.

| Verkorting vooraf | |
|---|--|
| Afgerond promotietraject | 3 maanden: op EPA onderwijs en wetenschap (in principe voldoet dit als wetenschappelijk product en dus als verworven bekwaamheid) |
| Werkervaring in klinische geriatrie* | 3-9 maanden: afhankelijk van werkervaring, kan van interne vooropleiding (EPA zaalwerk) en/of klinische geriatrie stage afgaan (EPA CGA) |
| Werkervaring in aanverwant vak* | 3-9 maanden: afhankelijk waar de werkervaring is opgedaan. Bijv. neurologie: korting op stage neurologie Bijv. longgeneeskunde: korting op vooropleiding, EPA longgeneeskunde Bijv. ouderenpsychiatrie: korting op stage ouderenpsychiatrie |
| Semi-arts stage / keuze stage/ dedicated schakeljaar* | 0-3 maanden: afhankelijk van werkervaring, bijv. hoeveelheid patiënten en/of verantwoordelijkheden (bijv. EPA CGA) |
| Verkorting tijdens opleiding | |
| Steile leer- en ontwikkelingscurve | Jaarlijks beoordelen hoeveel aios "voorloopt" op schema en korting afspreken |
| Efficiënte (opleidings)planning en logistiek | Jaarlijks beoordelen hoeveel aios "voorloopt" op schema en korting afspreken |
| Verlenging van de opleiding | |
| Minder steile leercurve dan verwacht | Wanneer onvoldoende ontwikkeling in EPA's plaats vindt of door persoonlijke omstandigheden die de ontwikkeling tot klinisch geriater (tijdelijk) belemmeren. |

Tabel 4. Richtlijn verkorting en verlenging van de opleiding.

* Belangrijk is dat de relevante ervaring geobjectiveerd en vastgelegd is in het portfolio van de aios.

NB indien de gezamenlijke korting > 12 maanden is, dient er ook werkervaring in een erkende opleidingskliniek te zijn, bijvoorbeeld in de vorm van anios-werkervaring, zodat de Europese *minimumnorm van 48 maanden in een erkende opleidingskliniek* wordt gehaald.

2.4.6 Minimale kaders van toetsing (verplichtingen tav onderwijs en toetsinstrumenten)

De volledige toetsmatrix van de opleiding staat beschreven op pagina 25. Een aantal onderdelen zijn voor alle aios verplicht:

Tijdens interne vooropleiding

- regionaal en lokaal onderwijs interne geneeskunde
- eenmaal de kennistoets interne
- jaar-LOAG dagen (verplicht), jNVKG LOAG dagen (voorkeur)
- de geriatriedagen (voorkeur)
- minimaal 10 korte praktijkbeoordelingen, 2 Critical Appraised Topics (CAT) per jaar

Tijdens klinische geriatrie

- alle LOAG dagen (minimaal 16 vd max 22 over 5 jaren om tot minimale eindtermen te komen). De inhoud van de LOAG dagen wordt vastgesteld door de werkgroep LOAG van de NVKG.
- jaarlijkse geriatriedagen
- vergadering NVKG (ledenvergadering), min 1 per jaar
- jaarlijks de kennistoets geriatrie
- tenminste één voor de opleiding relevant internationaal congres op het gebied van het betreffende medisch specialisme
- discipline overstijgend onderwijs
- tijdens neurologiestage: elearning acute neurologie of vergelijkbaar onderwijs
- tijdens psychiatriestage: lokaal onderwijs psychiatrie
- minimaal 10 korte praktijkbeoordelingen, 2 Critical Appraised Topics per jaar (CAT), 1x 360 graden feedback per jaar

Centraal in dit opleidingsplan staat het bekwaam zijn op EPA's, teneinde bekwaam te zijn als klinisch geriater. Bovenstaande lijst is daar secundair aan, is de noodzakelijke bewijsvoering, en zou zeker geen doel op zich mogen zijn.

2.4.7 Wat als het niet goed gaat: Geïntensiveerd begeleidingstraject voor onder presterende aios

Op het moment van een summatieve beoordeling, dient de beoordelend opleider te beschikken over de documenten waar de feedback- en reflectiegesprekken van de aios zijn vastgelegd en waarbij de EPA's/leerdoelen zijn besproken die moeten zijn behaald. Indien meerdere leerdoelen niet zijn behaald zal een geïntensiveerd begeleidingstraject moeten worden afgesproken. Dit traject moet in samenspraak met de RGS en zal, in overeenstemming met lokale afspraken, met de Centrale Opleidings Commissie (COC) van het ziekenhuis of medisch centrum worden ingezet. Een dergelijk traject vraagt om veel zorgvuldigheid. Geadviseerd wordt om bij een dergelijk traject de regelgeving nauwkeurig te volgen. In bijlage 5 wordt dit in detail toegelicht.

2.5 PROFILERING

2.5.1 Wanneer profileren

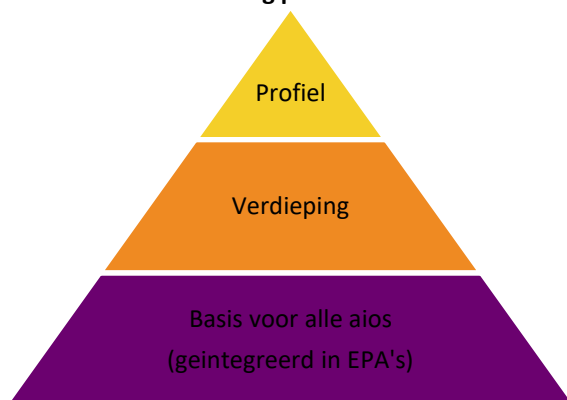
Als een aios sneller leert dan verwacht, is er ruimte voor verkorting van de opleiding en/of profilering. Profilering kan gedurende de hele opleiding plaatsvinden als extracurriculaire activiteit maar kan ook tijdens een ingeroosterde tijdperiode (bijvoorbeeld inhoudelijke keuzestage, maximaal drie maanden). In de meeste gevallen wordt er in de opleiding een start gemaakt voor verdere profilering. Het is nadrukkelijk niet zo dat het persé om afgebakende en afgeronde trajecten dient te gaan die in zijn geheel in de opleiding plaats kunnen vinden. Efficiënte opleidingen bieden aios meer mogelijkheden tot profilering.

2.5.2 Waarin profileren

Er zijn diverse richtingen van profilering mogelijk. Een aantal zijn al "gebruikelijk" zoals wetenschap en klinische farmacologie, maar de opties zijn breder. Omdat de EPA's het vak beschrijven kan een aios zich theoretisch op elke EPA profileren. Zo kan gedacht worden aan vakinhoudelijk bijvoorbeeld psychiatrie, mobiliteit, acute klinische geriatrie of meer overkoepelend management, wetenschap, kwaliteit of onderwijs. Het is aan de aios en opleider om het zinvol in te richten en met name de grootte van het profiel vast te stellen in het individuele opleidingsplan van de aios. In figuur 9 wordt weergegeven hoe een profiel kan worden voorgesteld. In bijlage 4 zijn een aantal voorbeelden uitgewerkt die als handvat zouden kunnen dienen.

Er zijn diverse richtingen voor profilering mogelijk, zoals elke EPA

2.5.3 In welke setting profileren



Profilering kan zowel binnen als buiten de opleidingskliniek, soms betekent dit een verandering van vooraf ingeplande leersetting. Maximaal 3 maanden van de opleiding mag worden doorgebracht buiten de tweedelijns patiëntenzorg van de klinische geriatrie, uitgezonderd de verplichte stages.

Figuur 9 . Profilering in verhouding tot de algemene opleiding

Sommige vormen van profilering kunnen tot een extra certificaat of kwalificatie leiden zoals de aantekening klinische farmacologie (eindtermen volgens Nederlandse Vereniging voor Klinische Farmacologie en Biofarmacie), een docentenaantekening (eindtermen volgens Nederlandse Federatie Universiteiten). Een deel van de ontwikkeling en het werk voor deze certificaten zal zich vaak na de opleiding afspelen.

2.5.4 Tijd en middelen om te profileren

Omdat profilering iets extra's is wordt in het algemeen gesproken extra inzet van tijd en middelen verwacht van de aios. Waar mogelijk kan dit binnen opleidingstijd en -middelen plaatsvinden. Vanuit het opleidingsbudget wordt maximaal 3 maanden tijd vrijgemaakt (=keuzestage). Er kan gedacht worden aan het zelf investeren in extra cursussen, zelf tijd maken door een parttime dag eraan te besteden, het besteden van avonden aan extra scholing, het regelen van een beurs door aios etc.

2.5.5 Regionale afstemming bij profileren

Het is een regionale opdracht om de opgelegde verkorting van gemiddeld zes maanden waar te maken. Als iedereen de tijd krijgt om te profileren en geen aios korting krijgt, is dat niet haalbaar. De gulden middenweg dient gezocht te worden op regionaal, lokaal en individueel niveau.

2.6 ONDERWIJS EN WETENSCHAP

2.6.1 Wetenschap

Zoals beschreven in het kaderbesluit CCMS 2015¹⁰ dient elke aios een wetenschappelijk product te maken, waarbij in de onderstaande tabel 5 handreikingen worden gegeven wat wel en niet volstaat. Tevens is wetenschappelijk vorming doorheen de opleiding aanwezig middels scholing, zelfstudie en toepassing van richtlijnen. Naast wetenschappelijk product is presentatie van een onderwerp via de Critical Appraised Topic (CAT) methodiek verplicht. Iedere aios presenteert tweemaal per jaar een CAT tijdens de opleiding klinische geriatrie.

| Product | voldoet |
|--|---|
| Promotie afgerond | Ja |
| Origineel artikel of ander artikel over geriatrisch onderwerp (bijvoorbeeld casereport) in peer-reviewed tijdschrift, eerste/tweede auteur | Ja |
| Origineel artikel of ander artikel, niet eerste of tweede auteur | nee |
| Presentatie op wetenschappelijk congres op geriatrisch onderwerp (posterpresentatie of mondelinge presentatie) | ja |
| Artikel in niet peer-reviewed tijdschrift | Nee |
| Artikel vóór opleiding gepubliceerd | Nee, tenzij het wetenschappelijke basisvaardigheden toont (verworven bekwaamheid) |
| Artikel niet over geriatrisch onderwerp | Nee, tenzij het wetenschappelijke basisvaardigheden toont (voldoet aan leerdoelen wetenschap) |
| Verslag en beoordeling van actieve participatie aan richtlijncommissie (inclusief actief meeschrijven) | Ja, mits het wetenschappelijke vaardigheden toont bijvoorbeeld door een hoofdstuk geschreven door de aios |
| Wetenschappelijk eindproduct dat niet binnen een van bovenstaande categorieën past | Ja, mits door peer-review binnen het cluster geaccordeerd als zijnde van voldoende niveau |

Tabel 5. Handreiking beoordeling van het wetenschappelijke product

Tijd en middelen

Formeel is er geen gealloceerde tijd voor wetenschap beschikbaar tijdens de opleiding tenzij de aios kiest voor een keuzestage richting wetenschap (max 3 maanden). Het is aan de opleider (in regionale afstemming) hoe de aios qua tijd wordt gefaciliteerd om wetenschap te verrichten zodat het verplichte eindproduct haalbaar is. Indien een aios externe middelen heeft om onderzoek te doen is het mogelijk om de opleiding daar tijdelijk voor te onderbreken, waarbij het geldende kaderbesluit de kaders schetst.

2.6.2 Onderwijs

Naast leren op de werkplek is er ook cursorisch onderwijs in de klinische geriatrie, zowel landelijk, regionaal en lokaal. Daarnaast is er lokaal en/of regionaal discipline overstijgend onderwijs. Zie hiervoor ook 2.4.6 minimale kaders van toetsing.

Landelijk

Het landelijk onderwijs wordt georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (LOAG=landelijk onderwijs aios geriatrie), is afgestemd op de inhoudelijke thema's van de opleiding en is verplicht. Dat wil zeggen, elke aios wordt in de gelegenheid gesteld naar het onderwijs te gaan waarbij een minimum van 80% van de LOAG dagen moeten zijn bezocht om aan de opleidingseis te voldoen. Tijdens de vooropleiding zijn de jNVKG LOAG en de jaar-LOAG zeer gewenst voor alle aios klinische geriatrie (in tegenstelling tot de thema-LOAG dagen). Daarnaast zijn de geriatriedagen een verplicht onderwijsmoment gedurende de laatste drie opleidingsjaren en bij voorkeur ook tijdens de vooropleiding. Tijdens de interne vooropleiding en de ouderenspsychiatrie wordt de aios in de gelegenheid gesteld om aan het verplichte onderwijs van de interne geneeskunde en ouderenspsychiatrie deel te nemen.

Kennistoets

De landelijke kennistoets is voor de aios verplicht. Tenminste driemaal per opleiding wordt deze door de individuele aios gemaakt. De kennistoets van de interne geneeskunde wordt tenminste eenmaal gemaakt tijdens de vooropleiding.

Regionaal, lokaal en discipline overstijgend

Op regionaal en lokaal niveau wordt dit uitgewerkt en afgestemd.

2.7 PORTFOLIO LEREN

2.7.1 Toetsing en toetsinstrumenten

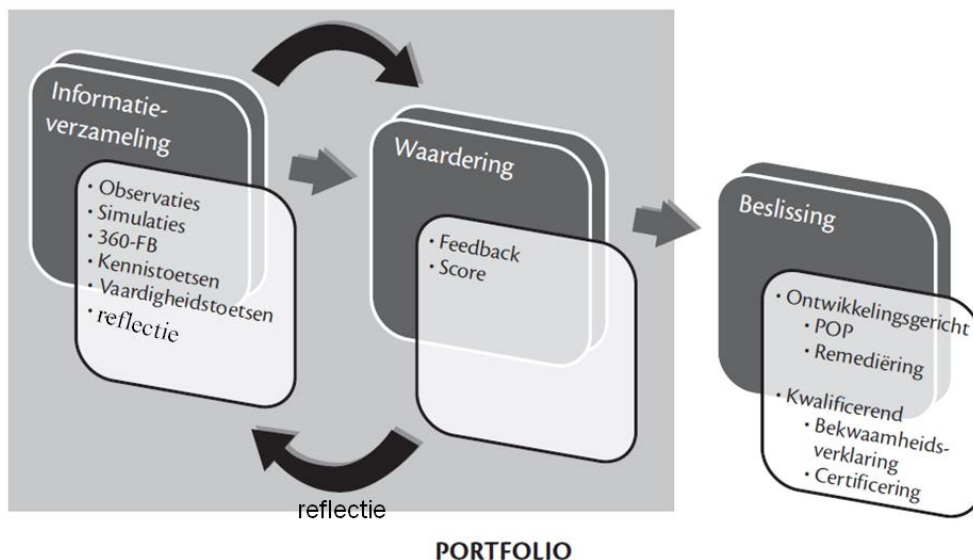
Tabel 6 toont de toetsmatrix van de opleiding klinische geriatrie. Toetsing is in het algemeen een belangrijk of misschien wel het belangrijkste onderwijskundige instrument ("assessment drives learning").¹¹

- a) Sturen, stimuleren en motiveren van aios (formatief)
- b) Beoordeling van aios en beoordelen voor eventuele opleidingsverkorting (summatief)
- c) Maatschappelijke verantwoording van kwaliteit van opleiding

Centraal in de toetsing staat het portfolio, met daarin het individuele opleidingsplan van de aios als belangrijkste document. Enerzijds wordt de voortgang door cyclisch leren bijgehouden anderzijds bevat het portfolio de bijpassende bewijsvoering. Aan de hand van leermomenten en observaties wordt een portfolio gevuld met "bewijsstukken" van verworven kennis, vaardigheden en attitudes en gedrag. Dit kan uiteindelijk leiden tot bekwaam verklaren op specifieke opleidingsonderdelen, de EPA's. Figuur 9 toont leren met een portfolio.

De volgende toetsinstrumenten (ook wel bewijsstukken) zijn onderdeel van het portfolio

- Individueel opleidingsplan met sterke zwakte analyse
- Korte Praktijkbeoordeling (KPB)
- Korte Theoretische Toets (KTT)
- Critical Appraised Topic (CAT)
- 360 graden feedback



Figuur 10. Opbouw van leren met een portfoliosysteem

Individueel opleidingsplan met sterke zwakte analyse: Reflectief leren is zeer belangrijk in portfolioleren. Centraal in het portfolio staat het individuele opleidingsplan met sterke zwakte analyse. Belangrijk is dat de formulering van leerdoelen SMART is (specifiek-meetbaar-acceptabel-realiseerbaar-tijdsgebonden), oftewel hoe ga ik het precies aanpakken (haalbaar doel), binnen welk tijdsbestek en hoe ga ik het toetsen. Leerdoelen worden afgestemd aan de hand van waar de aios zich in de opleiding bevindt en regelmatig bijgesteld tijdens de opleiding.

KPB: Tijdens de Korte Praktijk Beoordeling (KPB) krijgt de aios feedback op basis van een korte observatie. De feedback betreft een EPA of een leerdoel of activiteit binnen de EPA. Een lid van de opleidingsgroep (supervisor) observeert de aios bij een EPA/ activiteit. Vervolgens bespreken de supervisor en de aios samen wat er goed ging en welke verbeterpunten er zijn. De gegeven feedback wordt vervolgens vastgelegd op het KBP formulier. De KPB hoeft niet alle elementen van de EPA te dekken, in afstemming met de aios kan er voor gekozen worden om naar een specifiek element van de EPA te kijken, bijvoorbeeld communicatie met de patiënt en alleen hier feedback op te geven.

Korte Theoretische Toets (KTT): Hiermee wordt op een gestructureerde wijze de kennis van de aios over diverse geriatrie onderwerpen getoetst. Opleidingsclusters gebruiken hiervoor verschillende werkwijzen, welke in het clusteropleidingsplan zijn vastgelegd.

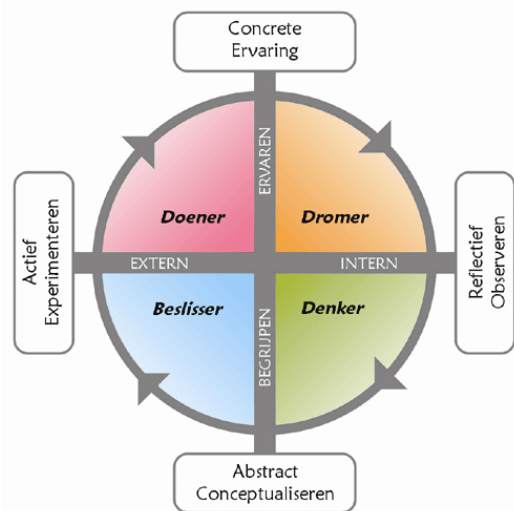
Critically Appraised Topic (CAT): Dit is een kritische beoordeling van literatuur, gerelateerd aan een concrete klinische vraag. In afstemming met een supervisor van de opleiding formuleert de aios een bruikbare vraagstelling. Aan de hand van een gerichte zoekopdracht in bestaande literatuur wordt de vraagstelling beantwoord. Iedere aios verzorgt minimaal twee CAT's per jaar.

360 graden feedback: Hierbij geven mensen met wie de aios samenwerkt (collega artsen en andere collegae in de zorg) en patiënten eenmaal per jaar feedback op het functioneren van de aios op de werkplek. Vanuit deze verschillende perspectieven krijgt de aios feedback. De resultaten worden met de opleider besproken tijdens een voortgangsgesprek, in samenhang met andere beoordelingen.

Daarnaast zal de aios andere bewijsmaterialen toevoegen aan het portfolio, zoals bewijs deelname aan kennistoets, congres of onderwijs en het wetenschappelijk product.

De aios legt activiteiten gedurende de vooropleiding interne geneeskunde vast in het portfolio van de interne geneeskunde waarbij afstemming met en/of inzage door de beoordelend opleider klinische geriatrie een vereiste is. Na afloop van de interne vooropleiding is er een overdracht van opleider naar opleider wat onderdeel uitmaakt van het portfolio van de aios.

2.7.2 Leren met een portfolio



Leren door middel van reflectie

Basis van werken met een portfolio is dat de aios zelf stuurt in wat te leren door het formuleren van leerdoelen. Figuur 9 toont hoe volwassenen leren op basis van concrete ervaringen, observaties, (zelf)reflecties en feedback. Elke aios heeft zijn eigen dominante leerstijl, de één benadert nieuwe leerervaringen bijvoorbeeld vanuit de theorie (denker of theoreticus), terwijl een andere aios liever eerst uitprobeert (doener) en later erover nadenkt. In het bijsturen in de voortgangsgesprekken vraagt dat een eigen strategie van sturen, stimuleren en motiveren per aios. In de voortgangsgesprekken begeleidt de opleider de aios in het opstellen van nieuwe leerdoelen in het **individuele opleidingsplan**.

Figuur 11. Theorie achter portfolioleren, leerstijlen van Kolb¹²

Rol aios en opleider in portfolioleren

Rol aios: Het is de bedoeling dat de aios zelf een optimale invulling zoekt van het portfolio. Het portfolio is eigendom van de aios, de aios bepaalt wie tot welke onderdelen toegang heeft. Het initiatief hoort bij de aios te liggen, zowel voor de zelfontwikkeling, de beoordelingen en de overige documentatie zoals beschreven in de verschillende hoofdstukken van het portfolio. Door te investeren in het portfolio investeert de aios in de eigen voortgang en ontwikkeling tijdens de opleiding.

Rol opleider: De opleider hoort te motiveren tot adequaat portfolio gebruik. Door het portfolio als agenda te gebruiken voor de voortgangsgesprekken krijgt de opleider een evenwichtiger en veelzijdiger beeld van de aios en kan deze op een meer gegronde manier bijsturen en beoordelen. De opleider toetst tevens de volledigheid van het portfolio inclusief een individueel opleidingsplan. Daarnaast is de opleider per competentie rolmodel, onderwijzer, bewaker van de voortgang en verantwoordelijk voor een adequate opleidingssituatie voor de aios.

2.7.3 Waar toetsen?

Op de werkplek

Het vooral op de werkplek laten plaatsvinden van toetsing en feedback faciliteert sterk het leren van de aios, met name naar aanleiding van een concreet patiëntencontact. Er zijn diverse instrumenten voor die hierboven reeds zijn toegelicht.

Los van de werkplek

Toetsen los van de werkplek vindt onder andere plaats tijdens de voortgangsgesprekken met de opleider, de jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling, de periodieke kennistoets en bij de evaluatie/beoordeling van het houden van referaten, critical appraisal of topics en patiëntbesprekingen. Aan alle werkzaamheden die een aios verricht, kunnen de daaraan gerelateerde leerdoelen worden meegenomen en eventueel getoetst.

2.7.4 Toetsmatrix klinische geriatrie

| Jaar | Somatiek deel 1 | | | | Ouderenpsychiatrie | | | Neurologie | Somatiek deel 2 | | | |
|--|---|-------|-------|--------|--------------------|-------|-------|------------|-----------------|-------|-------|--------|
| | 3 mnd | 6 mnd | 9 mnd | 12 mnd | 3 mnd | 6 mnd | 9 mnd | 3 mnd | 3 mnd | 6 mnd | 9 mnd | 12 mnd |
| <i>Persoonlijke voortgang</i> | | | | | | | | | | | | |
| Portfolio-overdracht interne geneeskunde | • | | | | | | | | | | | |
| Voortgangsgesprek met eindoordelend opleider (ook vooraf aan opleiding startgesprek, en jaarlijks tijdens interne) | • | | | | • | | | | • | | | • |
| Voortgangsgesprek met lokale opleider en/of stagebegeleider | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Zelfbeoordeling met sterkte zwakte analyse | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| (bijstellen) individueel opleidingsplan | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| <i>Toetsing</i> | | | | | | | | | | | | |
| Overzicht bewijsmaterialen | eind van de opleiding volledig | | | | | | | | | | | |
| Geschiktheidsverklaring | | | | • | | | | • | | | | • |
| Patiëntgebonden EPA's* | | | | | | | | | | | | |
| EPA CGA | • | • | | | | | | | | | | |
| EPA mobiliteit, vallen en neurologie | | | | | | | | • | | | | |
| EPA psychiatrie en gedragsproblemen | | | | | • | • | • | | | | | |
| Overige patiënt gebonden EPA's (6x) | | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Niet patiëntgebonden EPA's* | | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Wetenschappelijk product en CAT | minimaal één artikel of wetenschappelijke voordracht gedurende de opleiding; minimaal twee maal per opleidingsjaar presentatie door aios van item via methodiek van Critical Appraised Topic (CAT). Beoordeling van CAT vindt plaats middels KPB-systematiek. | | | | | | | | | | | |
| <i>Landelijk en overig cursorisch onderwijs</i> | | | | | | | | | | | | |
| LOAG dagen en overig cursorisch onderwijs | Tijdens vooropleiding voorkeur om aan 2 JNVKG-LOAG te nemen en verplichting om aan 2 jaar-LOAG-en deel te nemen; In 3 jaar van het opleidingsdeel klinische geriatrie worden 18 LOAG-dagen en 12 onderwijsdagen landelijk, in opleidingscluster of in opleidingsinrichting gevolgd. | | | | | | | | | | | |

Tabel 6. Toetsmatrix klinische geriatrie (• verplicht moment van gesprek of uiterlijk moment van behalen bekwaamheid EPA; • facultatief overlegmoment of mogelijk moment van behalen bekwaamheid EPA). * niet alle EPA's worden apart genoemd. De EPA's die uitzonderlijk zijn worden wel apart genoemd. In het algemeen worden de meeste EPA's in het laatste jaar behaald, maar op grond van ervaring/leercurve etc kan dat eerder, mits er voldaan is aan het minimale aantal toetsinstrumenten zoals beschreven bij de EPA's.

HOOFDSTUK 3. KWALITEIT EN IMPLEMENTATIE

3.1 AFSTEMMING LANDELIJK-REGIONAAL-LOKAAL

Van kaderbesluit tot individueel opleidingsplan

Het landelijk opleidingsplan is een uitwerking op basis van het Kaderbesluit CGS en het Besluit klinische geriatrie. Het landelijk opleidingsplan schetst de eisen en kaders van de opleiding, welke vervolgens voor iedere opleiding worden ingevuld door middel van een lokaal opleidingsplan. In samenwerking met de opleidingen uit het cluster wordt een regionaal opleidingsplan opgesteld.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Kaderbesluit | Opgesteld door het College Geneeskundig Specialismen (CGS) Algemene eisen die gelden voor alle medische vervolgoedingen |
| Specifiek besluit klinische geriatrie | Opgesteld door het College Geneeskundig Specialismen Eisen specifiek voor de opleiding klinische geriatrie |
| Landelijk opleidingsplan | Opgesteld door de werkgroep opleidingsvernieuwing Algemene uitwerking van de kaders van het kaderbesluit en het specifiek besluit naar structuur, inhoud, uitvoering en kwaliteit van de medische vervolgoeding tot klinisch geriatier |
| Regionaal opleidingsplan | Opgesteld door een cluster van ziekenhuizen en instellingen dat samen de opleiding verzorgt Het regionaal opleidingsplan zorgt voor eenduidigheid en een goed lopend opleidingscontinuüm |
| Lokaal opleidingsplan | Opgesteld onder verantwoordelijkheid van de opleider en plaatsvervangend opleider en opleidingsgroep Specifieke uitwerking van de opleiding in het betreffende ziekenhuis |
| Individueel opleidingsplan | Opgesteld door de aios in samenspraak met de opleider Maatwerk per aios, opgesteld bij aanvang van de opleiding, bijstelling op basis van de voortgangsgesprekken |

Tabel 7. Het landelijk opleidingsplan schetst de eisen en kaders voor het lokaal opleidingsplan

Op basis van het landelijk opleidingsplan werkt iedere opleiding een eigen lokaal opleidingsplan uit om de brug naar de eigen praktijk te slaan. Het lokale opleidingsplan bevat dan ook alle onderdelen uit het landelijke opleidingsplan. Denk bijvoorbeeld aan de leerdoelen en leermiddelen per opleidingsonderdeel (vroeger stages geheten) en een toetsmatrix. Daarnaast wordt aangegeven waar welke stage wordt gelopen, wie de stagebegeleider is en hoe het lokaal onderwijs is vormgegeven.

Het lokale opleidingsplan dient aan een aantal criteria te voldoen:

1. Structuur van de opleiding: opleidingsjaren zijn beschreven en stages zijn conform plan in duur vermeld;
2. De inhoud van de opleiding (EPA's) zijn aan alle bovengenoemde stages toebedeeld. EPA's of onderdelen van EPA's kunnen aan meerdere stages zijn toebedeeld. In dat geval is aangegeven (op hoofdlijnen) wat specifiek per stage wordt geleerd en tot welk niveau;
3. Per EPA is het bekwaamheidsniveau (zie ook hierboven) benoemd, gerelateerd aan de opleidingsfase;
4. Opleidingsactiviteiten die nodig zijn om de EPA's te kunnen "ontwikkelen" zijn benoemd;
5. De toetsinstrumenten voor toetsing bovenstaande zijn vastgelegd;
6. In een overzicht zijn de verschillende activiteiten inclusief onderwijsactiviteiten vermeld.
7. Eventuele speciale kenmerken van de opleidingsplek worden toegelicht.

Tenslotte draagt de opleider de medeverantwoordelijkheid voor een individueel opleidingsplan (IOP) en bijbehorend opleidingsschema per aios.

3.2 OPLEIDER, OPLEIDINGSGROEP, STAGEBEGELEIDER, EINDOORDELEND OPLEIDER

Opleiden doe je niet alleen. Alle actoren als opleider, aios, opleidingsgroep, stagebegeleider hebben hun eigen taken en verantwoordelijkheden. Hieronder wordt dit per actor puntsgewijs benoemd. Daarnaast is een van de opleider tevens eindoordelelend opleider. In figuur 7 wordt dit grafisch weergegeven.

Wat wordt er van de opleider verwacht?

- Realiseren van de wijze van opleiden zoals omschreven in het curriculum.
- Vervullen van een rolmodel. Eén rolmodel bestaat er uiteraard niet, tevens zijn er op meerdere terreinen rolmodellen te zien. Voorbeelden zijn: rolmodel in het patiëntencontact als klinisch geriatr, rolmodel in alle niet patiëntgebonden EPA's bijvoorbeeld juiste balans werk-privé, juiste bijdrage aan de groepsdynamiek van de vakgroep.
- Formuleren van mijlpalen en activiteiten ten behoeve van de implementatie van het curriculum.
- Aangeven bij de activiteiten wie, wat, wanneer doet.
- Zorgdragen voor continue professionalisering van zichzelf als opleider en opleidingsgroep;
- Vormgeven, invoeren en uitvoeren van het curriculum in het eigen opleidingsziekenhuis binnen de gestelde kaders:
 - Opzetten van het curriculum rekening houdend met de EPA's en verplichte stages.
 - Organiseren en uitvoeren van cursorisch, praktijk- en wetenschappelijk onderwijs.
 - Vaststellen welke EPA's waar en wanneer realiseerbaar zijn.
 - Uitvoeren van ten minste de verplichte toets methodes (KPB, voortgangsgesprekken, etc.)
 - Instructie geven over gebruik portfolio.
 - Vormgeven van opleidingsmateriaal.
- Vaststellen van de individuele opleidingsprogramma's per aios.
- Verzorgen van gestructureerde feedback aan de aios.
- Creëren van een sfeer die leren bevordert en een veilig opleidingsklimaat neerzet.
- Bijdrage aan evaluatie en bijstelling van het curriculum.
- Afstemming met de regionale opleidingsgroepen en participeren in clusteractiviteiten.

Stagebegeleider

De stagebegeleider heeft i.p. dezelfde taken als de opleider maar dan beperkt tot de eigen stage i.p.v. het hele curriculum. De afstemming vindt niet plaats met de regionale opleiding maar met de opleider klinische geriatrie.

Eindoordelend opleider

Een eindoordeelend opleider is de opleider die de aios het langst en/of het laatst ziet. Vooraf aan de opleiding wordt deze toegewezen en vooraf vindt een kennismakingsgesprek plaats. De eindoordeelend opleider volgt de aios jaarlijks gedurende de opleiding en stemt in afstemming met de andere opleiders de eventuele opleidingsverkortings vast.

Wat wordt er van de aios verwacht?

- Gemotiveerd zijn, een proactieve houding hebben, zich openstellen voor nieuwe ervaringen, fouten (durven) zien en analyseren, eigen verwachtingen en vooronderstellingen kunnen en willen expliciteren, bereid zijn om een nieuwe poging te doen als een eerdere niet geslaagd is, eigen grenzen kennen en deze durven aan te geven.
- Kennisnemen van het opleiden zoals omschreven in het curriculum.
- Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen opleidingsproces inclusief het schrijven van reflectieverslagen en onderhouden en bijstellen van het individueel opleidingsplan (IOP).
- Bijhouden van het portfolio.
- Voldoen aan minimum eisen gesteld in dit curriculum.
- Vragen van directe gestructureerde feedback.
- Bijdrage aan evaluatie en bijstelling van het curriculum.

Wat wordt van de opleidingsgroep verwacht?

- Kennisnemen van het opleiden zoals omschreven in het curriculum.
- Vervullen van een rolmodel als groep met o.a. goede samenwerking, inclusief deelname aan IFMS
- Zorgdragen voor continue professionalisering van zichzelf als supervisor.
- Mede vormgeven en uitvoeren van het curriculum in het eigen opleidingsziekenhuis binnen de gestelde kaders:
 - Uitvoeren van cursorisch, praktijk- en wetenschappelijk onderwijs.
 - Vaststellen welke EPA's waar en wanneer realiseerbaar zijn.
 - Uitvoeren van ten minste de verplichte toets methodes (KPB, 360 graden feedback etc.)
- Verzorgen van gestructureerde feedback aan de aios.
- Creëren van een sfeer die leren bevordert en een veilig opleidingsklimaat maakt
- Bijdrage aan evaluatie en bijstelling van het curriculum.

3.3 OPLEIDINGSPROFESSIONALISERING:

Scholing aios en opleiders

Gelet op de complexiteit van het beoordelingsproces dienen zowel de opleider, de stagebegeleider als de overige leden van het opleidingsteam alsmede de aios regelmatig goed geschoold te zijn in de systematiek van toetsing. In alle regio's van het land zijn inmiddels geaccrediteerde 'Teach the Teachers' en 'Teach the aios' programma's ontwikkeld ingeval dit niet zo is. Naast dit scholingsaanbod zijn er in toenemende mate mogelijkheden tot het volgen van workshops en professionaliseringsdagen aangeboden door derden, congressen (bv. MMV-congres) en wordt er lokaal door leerhuizen eveneens geaccrediteerde bijscholing aangeboden. Het competentieprofiel van opleider en leden van de opleidingsgroep (CGS, 2012)¹³ geeft richting aan de feedback en de gewenste professionalisering (Bijlage 6).

3.4 OVERGANGSFASE NA INVOERING NIEUWE OPLEIDINGSPLAN

Het nieuwe opleidingsplan bevat een aantal veranderingen qua vorm en inhoud, waarvan met name

- 1) het starten bij de interne geneeskunde en het afsluiten bij de klinische geriatrie,
- 2) de neurologiestage,
- 3) verkorting van de ouderenpsychiatriestage

aanzienlijke veranderingen zijn ten opzichte van de situatie in 2016. Dit vraagt om een overgangperiode waarin dit voor alle opleidingsklinieken kan worden vormgegeven.

1) *Vastgestelde volgorde van de afdeling.*

Het herzien Specifiek Besluit 'Klinische Geriatrie' vigeert vanaf 1-2-2018. De aios die vanaf die datum wordt opgeleid zal de volgorde van opleidingsonderdelen doorlopen conform dit Specifiek Besluit. De aiossen die tussen 31-12-2015 en 1-2-2018 met de opleiding zijn begonnen kunnen tot uiterlijk 1-2-2019 besluiten te worden opgeleid conform SB 2018.

2) *de neurologiestage*

Het vormgeven van een neurologiestage kan tijd kosten. Derhalve zijn alternatieve opties mogelijk, mits ze aan de volgende kwaliteitscriteria voldoen:

1. Werkkieren staat centraal, inhoud EPA mobiliteit, vallen en neurologie is daarbij leidend.
2. Inhoud EPA impliceert 'instructie', 'oefening in patiëntcontact' en 'beoordeling vaardigheden'. Opleiden kan op afdeling neurologie (voorkeur). Alternatief is de klinisch geriatrie setting mits deze aspecten geëxpliciteerd zijn in lokaal of regionaal opleidingsplan.
3. De neuroloog leidt de aios op in het basis neurologisch denken en werken.

In de praktijk kunnen de volgende formats voldoen en bij visitatie aan bod komen:

Stage mobiliteitsstoornis, vallen en neurologie kan worden gevolgd in

- Opleidingskliniek neurologie (wel toetsen of EPA inhoud aan bod komt).
- Deze stage wordt gevolgd in niet-opleidingskliniek neurologie, wel opleidingskliniek geriatrie. In dit geval wordt de stage integraal beoordeeld bij de visitatie klinische geriatrie.
- Deze stage wordt gevolgd op de afdeling geriatrie, hiertoe zal regionale en lokale opleidingsplan expliciet moeten maken hoe de EPA in praktijk wordt gebracht en wat de rol van de neuroloog is (instructie, organisatie van patiëntcontacten, beoordeling vaardigheden aios.)

3) *Verkorten ouderenpsychiatriestage*

Doordat de psychiatriestage is verkort van 12 naar 9 maanden nominaal valt de stage voortaan onder andere regelgeving zoals beschreven in het kaderbesluit. Waar voorheen de aios onder verantwoordelijkheid viel van de opleider in de psychiatrie (regelgeving voor stages vanaf 1 jr), valt de aios nu onder eindverantwoordelijkheid van de klinisch geriater-opleider (regelgeving voor stages tot 1 jr). Concreet betekent dit dat de aios onder eindverantwoordelijkheid komt van een klinisch geriater (werkzaam in de psychiatrie of in de somatiek), waarbij de stagebegeleider een ouderenpsychiater of klinisch geriater werkzaam op de leerplek is.

3.5 KWALITEIT

De invoering en toepassing van dit opleidingsplan vereist een goede voorbereiding van aios, van de leden van het opleidersteam en van de opleidingskliniek. Deze voorbereiding bestaat o.a. uit het leren van bekwaamheden die voor kwalitatief goed opleiden nodig zijn. Peer-review en visitatie zijn de belangrijkste externe middelen voor kwaliteitsborging van de opleiding. Daarnaast zal intern, binnen de opleiding en in de opleidingsregio's, moeten worden nagegaan en afgesproken of de doelen van de nieuwe opleiding worden gehaald en of de middelen daarbij worden ingezet meten wat zij beogen te meten.

Kwaliteitszorg

De kwaliteit van de opleiding behoeft continue aandacht. We moeten onszelf keer op keer vragen stellen over de verschillende domeinen van het opleiden waaronder patiëntenzorg, onderwijs, kwaliteit van de besprekingen, wetenschappelijke activiteiten, feedback geven en het opleidingsklimaat. De visitatiedocumenten adviseren om de volgende vragen na te gaan: Doen we de goede dingen? Doen we deze dingen goed? Hoe weten we dat? Vinden anderen, bijvoorbeeld de visitatiecommissie, dat ook? Wat doen we met die wetenschap? Binnen de opleidingsinrichting (interne kwaliteitszorg) is er een belangrijke taak weggelegd voor de centrale opleidingscommissie (COC). Proefvisitaties, volgen van de kwaliteit van de opleiding door bijvoorbeeld de notulen van de opleidingsvergaderingen te monitoren, organisatie van discipline overstijgend onderwijs, organiseren van metingen van de kwaliteit, regulier overleg met vertegenwoordigers van aios, etc. De *interne kwaliteitszorg* kent een continue cyclus van zorg voor de kwaliteit, bijvoorbeeld in de vorm van een plan-do-check-act (PDCA) cyclus, die vooral gericht is op feedback en het ontwikkelen en verbeteren van de kwaliteit van de opleiding. Op grond van informatie vanuit verschillende bronnen, verzameld met behulp van verschillende methoden en instrumenten op basis van meerdere indicatoren, kan een goed beeld van de kwaliteit van een opleiding verkregen worden. Een panel van experts (bijvoorbeeld de visitatoren) kan de voorliggende informatie combineren en wegen en zo tot een afgewogen en gemotiveerd oordeel komen. De visitatie als externe toetsing ('*externe kwaliteitszorg*') sluit hierbij aan en ondersteunt en bekrachtigt de interne kwaliteitszorg.

Centrale opleidingscommissie

De centrale opleidingscommissie (COC) van het ziekenhuis of medisch centrum heeft een belangrijke plaats bij het garanderen van de kwaliteit van de opleidingen en creëren een kwaliteitscyclus. De centrale opleidingscommissie fungeert als overlegorgaan ter handhaving en bevordering van een gunstig en veilig opleidingsklimaat en heeft daartoe o.a. de volgende taken: het bevorderen van de samenwerking tussen de verschillende medisch specialistische opleidingen; het voorbereiden op visitaties; het bespreken van de belangen van de aios; het bespreken van kritiekpunten van de zijde van opleiders en aios; het bemiddelen bij geschillen en het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de in de opleidingsinrichting aanwezige opleidingen. De COC organiseert vaak ook onderwijsactiviteiten in het ziekenhuis. Daarnaast geven ze gevraagd en ongevraagd advies aan de raad van bestuur aangaande opleidingszaken. De COC heeft dus zowel voor aios als opleidingsgroep een belangrijke ondersteunende functie voor de opleiding.

Opleidingsklimaat

Basisvoorwaarde voor een succesvolle opleiding is een goed opleidingsklimaat.

Kenmerken van een goed opleidingsklimaat zijn o.a.

- Continuïteit van supervisie die 7x24 uur laagdrempelig beschikbaar is;
- Voldoende aandacht en tijd van opleider en opleidingsgroep;
- Goede onderlinge attitudes in zowel het opleidingsteam als de aios-groep;
- Een goed evenwicht tussen werken en leren;
- Een opleidingsgerichte instelling bij zowel opleiders als aios;
- Voldoende coöperatie van andere specialismen en medewerking van de Raad van Bestuur en management van het ziekenhuis.

In het kader van continue kwaliteitsmonitoring en verbetering (kwaliteitscyclus) is het niet alleen nuttig maar ook nodig om het opleidingsklimaat te meten. Hiertoe is o.a. de D-RECT (Dutch Residents Educational Climate Test) ontwikkeld. Het verdient aanbeveling deze meting met regelmatige intervallen te doen en de resultaten tijdens o.a. de opleidingsvergaderingen te bespreken met afspraken over verbeterpunten (PDCA-cyclus). Deze aanpak is een van de onderdelen van een kwaliteitscyclus rond de opleiding. Opleiders hebben voor hun activiteiten net als aios, feedback nodig. Daartoe is een instrument ontwikkeld, de SET-Q en EFFECT. De evaluatie met SET-Q/ EFFECT heeft betrekking op de opleidingskwaliteiten van specialisten/stafleden door aios. Voor kleine aios-groepen kunnen exit-gesprekken tevens waardevolle input leveren.

Met deze instrumenten kan met regelmaat zowel het opleidingsklimaat als de opleidingskwaliteiten van het opleidingsteam gemeten worden. Met behulp van een kwaliteitscyclus en het formuleren van verbeterpunten (SMART) kan de opleiding zichzelf verbeteren.

3.6 IMPLEMENTATIE

Last but not least is het aan het einde van een ambitieuze schets van een nieuw opleidingsplan klinische geriatrie van buitengewoon belang de implementatie in de praktijk te bespreken.

Het opleidingsplan EIK geeft inhoud aan en is onlosmakelijk verbonden met het Specifiek Besluit 'Klinische Geriatrie' (SB 2018) vigerend vanaf 1-2-2018. De aiOS die tussen 31-12-2015 en 1-2-2018 met de opleiding zijn begonnen kunnen tot uiterlijk 1-2-2019 besluiten te worden opgeleid conform SB 2018.

De kernfactoren voor succes van de implementatie van dit opleidingsplan zijn:

- Draagvlak voor de uitwerking van dit nieuwe opleidingsplan is verkregen middels de brede diverse groep dit plan heeft geschreven, tevens is het becommentarieerd door diverse gremia (ALV, concilium, jNVKG, NIV, NVVP, NVN).
- Zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid aiOS voor eigen leerproces.
- Invoering EPA's met daaraan gekoppeld de bespreking door de opleidingsgroep en toekennen van bekwaamverklaringen.
- Flexibele opleidingsduur.

De implementatie van EIK 2016 wordt op hoofdlijnen aangestuurd door het concilium. Binnen de opleidingsclusters zijn de opleiders verantwoordelijk voor het proces van invoering van de herziende opleiding.

Samenvattend zijn er voor het concilium de volgende onderhoudstaken ten aanzien van de herziende opleiding:

- Overleg LOAG werkgroep over pakket landelijk cursorisch onderwijs.
- Overleg werkgroep portfolio over aanpassen van portfolio aan de hand van dit opleidingsplan en plan maken voor vastleggen van verworven bekwaamheden bij aiOS.
- Vastleggen van verplichte cursussen binnen de opleiding.
- Monitoren van landelijke voortgang implementatie.
- Bewaken van de kwaliteit van de opleiding, met vast evaluatiepunt in conciliumvergadering.

Voor de clusters zijn er de volgende zaken die minimaal in een regionaal opleidingsplan moeten worden vastgelegd:

- Verdelen van EPA's over opleidingsonderdelen.
- Mogelijkheden voor aiOS om zich te profileren.
- Regionaal/lokaal/disciplineoverstijgend cursorisch onderwijs.
- Invoering bespreking en proces van bekwaamverklaringen.
- Plan invoering/onderhoud nieuwe opleiden (scholing A(N)IOS).
- Professionalisering van opleiders en leden opleidingsgroep.
- Verplichte cursus voor cluster (naast landelijk verplichte cursus), waaronder regionaal discipline overstijgend onderwijs.
- Mogelijkheid voor stages.
- Samenstellen van een cluster opleidingsplan (regionaal opleidingsplan) waarin minimaal bovenstaande is vastgelegd.
- Coördinatie van implementatie aanpassen individuele opleidings schemata voortvloeiend uit overgang naar SB 2018.

HOOFDSTUK 4. BIJLAGEN

| | |
|------------------|--|
| BIJLAGE 1 | EPA's opleiding klinische geriatrie |
| BIJLAGE 2 | Beroeps- en competentieprofiel |
| BIJLAGE 3 | Toelichting inhoud vooropleiding interne geneeskunde |
| BIJLAGE 4 | Voorbeelden voor profielen |
| BIJLAGE 5 | Beschrijving procedure geïntensiveerd begeleidingstraject (GBT) binnen de opleiding |
| BIJLAGE 6 | Competentieprofiel van de opleider en leden opleidingsgroep |

BIJLAGE 1 EPA's opleiding klinische geriatrie

EPA 1: Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Specificatie: De basisprincipes en technieken van het CGA, dat wil zeggen de vaardigheid van het systematisch in kaart brengen van een geriatrische patiënt. Het verder toepassen van de bevindingen van een CGA krijgt kleur en vorm in de andere EPA's.

Bijbehorende ziektebeelden en onderwerpen: triage op kwetsbaarheid, multimorbiditeit en gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en ethiek.

Setting: op de spoedeisende hulp, klinische afdelingen en polikliniek

| Kennis | Vaardigheden | Attitude en gedrag |
|--|---|---|
| Inhoud van een CGA | Triage op kwetsbaarheid | Bewust zijn van je eigen waarden en normen en de invloed daarvan op het CGA |
| Relevante richtlijnen | Anamnese, lichamelijk en functioneel onderzoek bij geriatrische patiënt | Toont integer gedrag |
| Concept kwetsbaarheid en kritische beschouwing vorm en gebruik meetinstrumenten kwetsbaarheid en klinimetrie in algemeen | Kan prioritering aanbrengen binnen multimorbiditeit | |
| Kennis van/ indicatie CGA | Interpretatie geriatrisch onderzoek en doorvertaling naar beleid met weging van relevante richtlijnen | |
| Basiskennis 'zorglandschap' | Bespreken bevindingen en behandelvoorstel met patiënt en mantelzorgers en past de principes van shared decision making toe (informed consent, WGBO) | |
| | Adequate presentatie patiënt bij bespreking of dienst (overdracht) | |
| | Adequate verslaglegging in dossier | |

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 2-3 KPB's over bovenstaande onderwerpen
 Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding
 KTT

Bekwaamheid: Binnen 3-6 maanden haalbaar

EPA 2: Acute geriatrie

Specificaties: Omvat de patiënt met acute somatische problemen.

Bijbehorende ziektebeelden: cardiovasculair, respiratoir, trauma gerelateerd, metabole verstoringen, gastro-intestinale stoornissen, infectieus.

Setting: op de spoedeisende hulp, de klinische afdeling en triage in contact met de eerste lijn

| Kennis | Vaardigheden | Attitude en gedrag |
|---|--|---|
| ABCDE methodiek | Acute opvang van de geriatrische patiënt middels ABCDE methodiek en waar nodig beredeneerd afwijken | Proactieve, accurate, kritische benadering van de acute geriatrische patiënt en de behandelopties |
| Organisatie van acute zorg | Basic Life Support | Professionele communicatie met patiënt en mantelzorgers |
| Atypische presentatie in acute situatie | Beknopt CGA uitvoeren en handelen naar aanleiding van werkdiagnose | Eenduidige communicatie met patiënt en mantelzorgers |
| Belangrijkste ziektebeelden, de bijbehorende behandelingen en richtlijnen (cardiovasculair, respiratoir, trauma gerelateerd, metabole verstoringen, gastro-intestinale stoornissen, infectieus, neurologisch) | Gericht in consult vragen | Stressbestendigheid |
| Relevante wet- en regelgeving | Regie nemen voor geriatrische patiënt op de SEH | Binnen acute setting behandelkeuzes kunnen maken op basis van beschikbare informatie |
| Ouderenmishandeling | Samenwerken met medewerkers op SEH | |
| | Relevante bronnen tijdig kunnen raadplegen | |
| | Interpretatie aanvullend onderzoek betreffende acute pathologie (X-thorax, ECG, bloedgas, CT-cerebrum) | |
| | Handelingen zoals infuus en bloedgas prikken | |
| | Behandelbeperkingen bespreken | |
| | Overdracht kunnen doen met adequate prioritering | |

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 3x KPB opvang acute geriatrische patiënt (met verschillende ziektebeelden)

Minimaal 1 KPB overdracht na dienst

Cursus BLS

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Minimaal 10 % diensten gedaan hebben in de somato-geriatrie (ANW diensten)

Bekwaamheid: afhankelijk van doorlopen leertraject, meestal pas in laatste jaar van de opleiding

EPA 3: Delier

Specificatie en relevante ziektebeelden: Delier als uiting van onderliggend somatisch lijden, medicatiegebruik, intoxicatie of onttrekking.

Setting: als hoofdbehandelaar, als medebehandelaar/consulent, als adviseur aan eerste lijn, zowel in de somatische als psychiatrische setting.

Kennis

Verschillende hypothesen betreffende de pathofysiologie van een delier

Relevante richtlijnen over delier

Predisponerende en uitlokkende factoren

Verschillende verschijningsvormen van een delier en de daarop lijkende ziektebeelden (zoals Parkinson(isme), Lewy Body Dementie))

Antipsychotica

WGBO en de daaruit voortvloeiende bevoegdheden en beperkingen bij een wilsonbekwame, delirante patiënt

Vaardigheden

Kan de etiologie van het delier bij een patiënt achterhalen middels CGA

Past de verschillende screenende en diagnostische meetinstrumenten voor een delier toe in de praktijk

Schrijft rationeel medicatie voor bij een delier

Kan een delier bij patiënt met Lewy Body Dementie en Parkinson(isme) herkennen en weet hoe dit te diagnosticeren en te behandelen

Kan voors- en tegens van vrijheidsbeperkende maatregelen afwegen en inzetten

Kan als consulent aan de hoofdbehandelaar adviseren hoe om te gaan met een delier en hoe dit te behandelen

Kan uitleg geven over delier en (niet) medicamenteuze interventies aan patiënt, familie en behandelteam

Past communicatie aan, aan de mogelijkheden van een delirante patiënt

Attitude en gedrag

Werkt multi- en interdisciplinair samen om zorg voor delirante patiënt optimaal vorm te geven

Verantwoordelijkheid nemen voor kennisvermeerdering over het delier bij andere disciplines

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 3x KPB over delier in diverse settings

KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: pas haalbaar na voldoende ervaring in consultansetting

EPA 4: Dementie

Specificatie: Cognitieve achteruitgang en dementie

Bijbehorende ziektebeelden: mild cognitive impairment, M. Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy Body dementie, Parkinsondementie, frontotemporale dementie, alcohol-gerelateerde dementie

Setting: als hoofdbehandelaar, als medebehandelaar/consulent, als adviseur aan eerste lijn, zowel in de somatische als psychiatrische setting.

Kennis

Diagnostische criteria dementie in algemeen en de diverse onderscheiden dementiesyndromen

Criteria wilsbekwaamheid

Relevante richtlijnen

Medicatie als behandeling bij dementie en middelen die een negatieve invloed op cognitie hebben

Regelgeving betreffende autorijden bij dementie

Zorgnetwerk rondom dementie in regio

Vaardigheden

Diagnostiek en behandeling van bovengenoemde syndromen

(Hetero)anamnese betreffende cognitieve achteruitgang

Basistesten klinimetrie cognitieve stoornissen lege artis uitvoeren en kunnen interpreteren

Interpreteren uitkomst neuropsychologisch onderzoek en kan omgaan met de onzekerheden

Herkent de samenhang met gedrags- en stemmingsstoornissen

Beoordeling cerebrale beeldvorming (op hoofdlijnen) op mogelijke oorzaken van cognitieve stoornissen

Uitslaggesprek inzake dementie voeren

Psycho-educatie geven aan patiënt en familie

Advanced care planning

Zorg en behandelplan opstellen en afstemmen met betrokken zorgverleners

Mantelzorgbelasting inschatten

Attitude en gedrag

Basisattitude waarbij zowel patiënt als mantelzorgers zich gehoord voelen

Bereidheid tot interdisciplinair samenwerken en overleg

Bereidheid tot participatie in ketenzorg dementie

Belangenbehartiging van de patiënt met dementie

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 3 KPB's over bovenstaande

KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: pas haalbaar na voldoende leerervaring op geheugenpolikliniek

EPA 5: Functionele achteruitgang bij de kwetsbare patiënt

Specificatie: Patiënt die zich presenteert met functionele achteruitgang of knik in het functioneren. Achteruitgang in fysieke en/of psychosociale functies.

Bijbehorende ziektebeelden en klinische problemen: sarcopenie, ondervoeding, belastbaarheid mantelzorg, incontinentie, decubitus, revalidatie, herstel en nazorg.

Setting: op de spoedeisende hulp, klinische afdelingen en polikliniek.

Kennis

Belangrijkste determinanten die functieverlies veroorzaken

Relevante klinimetrica aangaande de verschillende factoren (ADL, iADL, ondervoeding, pijn)

Verschillende veel gebruikte definities frailty

Kennis van sarcopenie, ondervoeding, belastbaarheid mantelzorg, incontinentie, decubitus, revalidatie, herstel en nazorg

Relevante richtlijnen

Vaardigheden

Toepassen en interpreteren klinimetrica inclusief de beperkingen ervan

Multidisciplinaire samenwerking en gericht inzetten paramedici

Voorzitten multidisciplinair overleg

Zorg en behandelplan opstellen en afstemmen met patiënten en betrokken zorgverleners

Mantelzorgbelasting inschatten

Analyseren van interventies gericht op herstel en behoud van functioneren

Triage op kwetsbaarheid en eventueel opstellen van behandelplan bij toepassen van hoog risico interventies

Attitude en gedrag

Oog voor reversibiliteit en irreversibiliteit

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 3x KPB waarvan 1x multidisciplinair overleg voorzitten KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid afhankelijk van doorlopen leertraject

EPA 6: Palliatieve zorg in de laatste levensfase

Specificatie: Het betreft palliatieve zorg in de laatste levensfase.

Bijbehorende onderwerpen: pijn, dyspnoe en advance care planning.

Setting: op de spoedeisende hulp, klinische afdelingen en polikliniek

Kennis

Dyspnoe, pijn en overige symptomen in de palliatieve fase

Richtlijnen over palliatieve zorg

Wet en regelgeving rondom euthanasie en palliatieve sedatie

Vaardigheden

Beoordelen dyspnoe en pijn bij patiënt zonder en met dementie

Bespreken existentiële problemen en spiritualiteit

Zorg en behandelplan opstellen met patiënt en mantelzorg

Afstemmen beleid met betrokken zorgverleners

Gesprek rondom behandelbeperkingen voeren

Gesprek rondom transitie in beleid voeren (bv aangeven terminale fase)

Shared decision making

Einde levenstraject begeleiden en bespreken

Vraagstukken rondom palliatieve sedatie en euthanasie behandelen

Palliatieve sedatie uitvoeren en begeleiden

Attitude en gedrag

Bereidheid tot interdisciplinair samenwerken en overleg

Reflectie op eigen normen en waarden en in relatie tot patiënt en zorgproces

Houdt rekening met verschillen, achtergrond, in persoonlijke en culturele waarden

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 2x KPB's

KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid afhankelijk van doorlopen leertraject

EPA 7: Polyfarmacie

Specificatie: Het kunnen uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Bijbehorende onderwerpen: medicatiereview

Setting: op de spoedeisende hulp, klinische afdelingen en polikliniek

Kennis

Farmacokinetiek en dynamiek bij ouderen

Indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen, interacties, time to benefit

START en STOPP criteria

Relevante richtlijnen over polyfarmacie

Kennis van bestaan diverse informatiebronnen

Vaardigheden

Rationeel kunnen voorschrijven

Het kunnen uitvoeren van een medicatiebeoordeling conform de richtlijn

Therapieontrouw herkennen en beleid maken hiervoor

Zorgen voor een goede ketenoverdracht

Overleggen met een apotheker over een medicatievraagstuk

Attitude en gedrag

Openstaan voor bezwaren die patiënten kunnen hebben tegen farmacotherapie

Kritische beschouwing tav gebrekkige bewijs bij ouderen tav veelgebruikte medicatie

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 1 KPB medicatiereview
KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid afhankelijk van doorlopen leertraject

EPA 8: Psychiatrie en gedrag

Specificatie: Het omvat de geriatrische patiënt met psychiatrische problematiek

Bijbehorende ziektebeelden en klinische problemen: gedragsproblemen bij dementie, stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, realiteitstoetsingsstoornissen (psychose maar ook bij dementie en delier), SOLK (somatische symptoomstoornissen), agressie (fysiek, emotioneel, verbaal), ouderenmishandeling, verslaving en alcoholmisbruik, slaapstoornis, M. Parkinson met psychiatrische symptomen, patiënten met complexe familie

Setting: ambulante team/polikliniek/afdeling ouderenpsychiatrie, ambulante team/polikliniek/afdeling geriatrie in de psychiatrie of GAPZ (geriatrische afdeling psychiatrisch ziekenhuis) of PAAZ, tevens in klinische geriatrie

Kennis

Classificatie van veelvoorkomende psychiatrische aandoeningen (DSM 5)

Behandeloptyes/interventies bij hierboven genoemde psychiatrische aandoeningen

Farmacotherapie van de belangrijkste klassen geneesmiddelen binnen de psychiatrie

Kaders van de wetgeving (WGBO, BOPZ en wet curatele, bewind en mentorschap)

Vaardigheden

Psychiatrisch onderzoek uitvoeren

Kan ernst van aandoening inschatten (mild/matig/ernstig) en behandeling daarop toespitsen

Herkennen van lichamelijke klachten door depressie, angst of SOLK.

Herkennen suïcidaliteit en ouderenmishandeling

Herkennen, en waar mogelijk diagnosticeren van bovengenoemde psychiatrische aandoeningen bij de oudere patiënt (niveau bewust onbekwaam)

Herkennen, diagnosticeren en eerste stap behandeling van mild tot matige angst en stemmingsklachten bij ouderen. Bij ernstige klachten adequate vervolgbehandeling organiseren.

Herkennen, diagnosticeren en behandelen van gedragsproblemen dementie, zowel niet medicamenteus als medicamenteus

Steunende en motiverende gespreksvoering

Attitude en gedrag

Draagt zorg voor effectieve behandelrelatie:

Vertrouwen, empathisch en veilig

Herkent interacties waaronder overdacht en tegenoverdacht

Herkent eigen gevoelens en gedrag

Herkent onveilig situaties met kans op fysieke agressie en kan effectief handelen ter voorkoming van fysieke agressie.

Werkt multidisciplinair samen:
- Consultatie en (motiveren voor)
verwijzing naar
psychiater/psycholoog
- Ondersteunen team bij
gedragsproblemen.

Toepassen van de WGBO

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 2x KPB's

KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

E-learning acute neurologie (of vergelijkbaar onderwijs)

Bekwaamheid: pas haalbaar na ouderenpsychiatriestage en/of relevante werkervaring in de ouderenpsychiatrie

EPA 9: Vallen, mobiliteit en neurologie

Specificatie: vallen en mobiliteitsstoornissen bij thuiswonende kwetsbare ouderen en kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

Bijbehorende ziektebeelden: duizeligheid, wegrakingen, parkinson(isme), osteoporose, , polyneuropathie, artrose en jicht, benigne paroxismale positie duizeligheid, orthostatische hypotensie, acute neurologie

Setting: neurologie, klinische geriatrie (polikliniek, SEH)

Kennis

Risicofactoren van bovengenoemde problemen en ziektebeelden

Diagnostiek en behandeling van bovengenoemde problemen en ziektebeelden

Relevante richtlijnen

Vaardigheden

Het goed kunnen uitvoeren van een uitgebreid neurologisch onderzoek

Anamnese van bovenstaande ziektebeelden ook in acute situaties

Gericht en doelmatig inzetten van diagnostiek, in chronische en acute situatie

Mobiliteit beoordelen en een valanalyse uitvoeren

Mobiliteitsschalen gericht inzetten en interpreteren

Herkent de veelvoorkomende loopstoornissen en neurologische ziektebeelden

Werkt multidisciplinair samen in de analyse van vallen en neurologische achteruitgang

Kan risicoacceptatie m.b.t. vallen bespreken met patiënt en mantelzorger

Attitude en gedrag

Ziet vallen als een probleem dat nader onderzoek behoeft en kan dit ook anderen uitleggen.

Heeft een actieve bijdrage aan valpreventie in de kliniek

Heeft oog voor impact van gevolgen van vallen en preventieve maatregelen op kwaliteit van leven

Minimale vereisten en toetsing

3 KPB's over minimaal 3 van bovenstaande thema's
KTT

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid pas haalbaar na neurologiestage en/of relevante werkervaring in de neurologie

EPA 10: Doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid

Specificatie:

Het betreft het domein kwaliteit in de gezondheidszorg. Het gaat om het basisniveau wat elke geriater zou moeten beheersen

Kennis

Kent het nut en de noodzaak van indicatoren, kwaliteitsregistraties, kwaliteitsvisitaties en andere vormen van kwaliteit

Weet hoe richtlijnen tot stand komen en wat de beperkingen zijn ervan

Kennis van kwaliteit verbeterende technieken

Heeft kennis van begrippen calamiteit en incidenten in de zorg en kent de bijbehorende procedures

Doelmatigheid als wezenlijk aspect van kwaliteit

Vaardigheden

Kan met behulp van een PDCA cyclus een verandering op de werkvloer doorvoeren

Gebruikt de meest recente richtlijnen en kan adequaat afwijken als dat voor de individuele patiënt beter is.

Kan geldende wet en regelgeving toepassen in de praktijk

Draagt actief bij aan verbeterinitiatieven betreffende patiëntveiligheid en kwaliteit

Zoekt en geeft adequaat ondersteuning bij incidenten in de zorg

Kan adequaat incidenten melden en kent de gang van zaken bij klachtenprocedures

Herkennen van dilemma's en tegengestelde belangen in een organisatie (bijvoorbeeld afdeling vs ziekenhuis) kunnen afwegen

Bezint zich op de positionering van (specifieke delen van de) patiëntenzorg in de zorgketen en kan de voors en tegens van een positie verwoorden.

Attitude en gedrag

Heeft een positieve attitude ten aanzien van kwaliteit en patiëntveiligheid

Draagt bij aan verdere verbetering van doelmatigheid door het nastreven van zinnige en zuinig zorg

Is transparant over de kwaliteit van medisch handelen naar patiënt en samenleving

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 2x KPB waaronder een verandering op de werkvloer invoeren en een richtlijn toepassen

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: meestal in laatste jaar van de opleiding

EPA 11: Management, organisatie en leiderschap

Specificatie:

Het betreft de beroeps specifieke activiteiten die niet direct gerelateerd zijn aan directe patiëntenzorg, maar wel essentieel zijn om het beroep als medisch specialist uit te voeren.

De EPA omschrijft 4 sub EPA's:

- a) Persoonlijk leiderschap,
- b) werkvloer
- c) instelling
- d) buiten de instelling

a) Persoonlijk Leiderschap

Kennis

Kent principes van (zelf)reflectie

Vaardigheden

Anticiperen op veranderingen

Adequaat timemanagement hanteren

Attitude en gedrag

Stelt zich toetsbaar op, kan reflecteren op eigen handelen en dat van het team en kan op basis daarvan gedrag bijstellen en daarvan leren

Inzicht in eigen handelen en effect daarvan op samenwerking

Inzicht in eigen belasting en belastbaarheid en handelt daar adequaat naar (werk privé balans)

b) Werkvloer

Kennis

Kennis van de belangrijkste groepsdynamische principes en het effect daarvan op samenwerking

Kent de basisprincipes van veranderingsmanagement

Vaardigheden

Heeft positieve invloed op groepsdynamiek van de A(N)IOS groep en stuurt waar nodig bij
Kan evenwichtige input leveren op basis van taakstelling, persoonlijk en collegiaal belang

Een multidisciplinair team adequaat en met respect voor de verschillende disciplines voorzitten en heeft een positieve bijdrage aan de intercollegiale samenwerking

Een verbeterproject initialiseren en uitvoeren

Kan in de rol van klinisch geriater multiple taken uitvoeren (externe vraagstelling, supervisie, eigen patiëntenzorg)

Attitude en gedrag

Heeft inzicht in belangen van de ander en het effect daarvan op samenwerking

c) Instelling

Kennis

De organisatiestructuur van een instelling

Financiële systeem van vergoeding van geleverde zorg

Vaardigheden

Registreert adequaat en conform geldende normen de geregistreeerde zorg

Kan participeren in niet-patiënt gebonden werkgroepen

Attitude en gedrag

Handelt kosteneffectief en doelmatig

d) Buiten instelling

Kennis

De rol van de klinisch geriater in de keten en het zorglandschap

Vaardigheden

Leverd een maatschappelijke bijdrage aangaande de oudere patiënt

Kan participeren in werkgroepen die overkoepelend zijn

Attitude en gedrag

Leverd een maatschappelijke bijdrage ter bevordering van de gezondheid van de oude patiënt

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 3x KPB op een van bovenstaande

Minimaal 1x per jaar 360 graden beoordeling

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: meestal tegen einde van de opleiding

EPA 12: Onderwijs en wetenschap

Specificatie:

Het betreft de beroeps specifieke activiteiten die niet direct gerelateerd zijn aan directe patiëntenzorg, maar wel essentieel zijn om het beroep als medisch specialist uit te voeren.

De EPA omschrijft 3 sub EPA's:

- a) life-long learning
- b) opleiden
- c) wetenschap

a) Life-long learning

Kennis

Regels rondom scholing en nascholing

Vaardigheden

Zelfreflectie omzetten in persoonlijke leerdoelen

Attitude en gedrag

Juist inschattingsvermogen om adequaat supervisie te vragen.

Zelfsturend leren adv een portfolio

Draagt verantwoordelijkheid voor eigen opleiding en up-to-date houden van kennis en vaardigheden (bijhouden portfolio, volgen relevante scholing, proactieve attitude)

Kennen van eigen beperkingen

b) Opleiden

Kennis

Kennis van belangrijkste leerstrategieën

Vaardigheden

Adequate presentatie vaardigheden

Attitude en gedrag

Inzicht in het zijn van een rolmodel en eigen rol in opleidingsklimaat

Kennis van toetsinstrumenten

Coassistenten begeleiden, feedback geven en beoordelen

Actieve bijdrage aan kwaliteit van de opleiding

Verzorgt onderwijs aan coassistenten en collegae en past leer strategieën daarin toe

Benut dagelijkse werkzaamheden voor opleiden en stemt dit op het niveau van de aios af (instructie, coachen, delegeren)

Kan als achterwacht jongerejaars aios superviseren

c) Wetenschap

Kennis

Basiskennis van epidemiologie en statistiek

Kennis van evidence based medicine (EBM)

Kennis van generaliseerbaarheid en selectiebias aangaande oudere patiënten

Vaardigheden

Kan richtlijnen en literatuur systematisch opzoeken en kritisch beoordelen toegespitst op de geriatrische patiënt

Kan richtlijnen toepassen in de dagelijkse praktijk en waar nodig beargumenteerd afwijken
Draagt bij aan wetenschap gemeten aan een wetenschappelijk product of vergelijkbaar product

Kan een inschatting maken van de belasting/ belastbaarheid ten aanzien van deelname aan onderzoek

Attitude en gedrag

Houdt vakliteratuur bij

Participeert waar gevraagd aan dataverzameling en patiënteninclusie

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 1x KPB begeleiden coassistent

Minimaal 1x Critical Appraised Topic (CAT) NB tijdens de gehele opleiding zijn grotere aantallen verplicht nl 2x per jaar

Wetenschappelijk product

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: afhankelijk van bovenstaande toetsing, kan ook vooraf aan opleiding behaald worden

BIJLAGE 2 Beroeps- en competentie profiel klinisch geriater

a. BEROEPSPROFIEL

De klinisch geriater is een medisch specialist in de tweede lijn, die zich heeft gespecialiseerd in de zorg voor kwetsbare ouderen. De klinisch geriater is een generalist en holist die de patiënt somatisch, psychisch, sociaal en functioneel in kaart brengt waarbij hij specialist is in frequent voorkomende problemen en ziektebeelden bij ouderen. Er is een holistische benadering een behandelplan wordt afgestemd met de patiënt en mantelzorg. Er wordt gecoördineerd met andere medici, paramedische zorgverleners, waarbij de patiënt centraal staat (zorgnetwerk). In het Comprehensive Geriatric Assessment staat deze uniforme werkwijze van de geriater nader beschreven.

b. COMPENTIEPROFIEL

| Algemene competenties De arts.. | Specifieke competenties van de klinisch geriater |
|--|---|
| 1 | Medisch handelen |
| 1.1 bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied: | De klinisch geriater bezit adequate kennis van veroudering en kwetsbaarheid. Kent de basale epidemiologie, etiologie, pathogenese en pathofysiologie van de meest voorkomende ziektebeelden in de klinische geriatrie De klinisch geriater kent de relevante richtlijnen en andere bronnen. Elke klinisch geriater is generalist, al dan niet met extra profiel |
| 1.2 past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied adequaat en op evidence based gronden toe: | De klinisch geriater herkent, diagnosticeert en behandelt acute en chronische ziekten, geriatrische syndromen en psychiatrische ziekten die veel voorkomen op oudere leeftijd en neemt alle maatregelen die nodig zijn om recidieven te voorkomen. De klinisch geriater werkt multidisciplinair, hanteert als medisch specialist het biopsychosociale model bij analyse van gezondheidsproblemen en richt zich op de doelen die de patiënt stelt (bijv. functioneel behoud, kwaliteit van leven). De patiënt heeft een centrale rol in het diagnostische, therapeutische en preventieve traject. |
| 1.3 levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg: | De klinisch geriater lost doelmatig en ethisch verantwoord de diagnostische en therapeutische problemen van geriatrische patiënten op. |
| 1.4 vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe: | De klinisch geriater kan de relevante richtlijnen en andere bronnen snel vinden en toepassen in de praktijk. |
| 2 | Communicatie |
| 2.1 bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op: | De klinisch geriater brengt een therapeutische relatie tot stand met oudere patiënten. Hij is in staat een omgeving te creëren waarin de patiënt zich begrepen voelt, zich veilig weet, medeleven ervaart en zich verzekerd weet van het vertrouwelijke karakter van het contact |
| 2.2 luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie: | De klinisch geriater communiceert zodanig met de geriatrische patiënt, familie, verzorgenden, en medische professionals dat hij/zij in staat is de noodzakelijke informatie te verzamelen, zodat een helder beeld ontstaat ten aanzien van hoop, verwachting en wensen van de patiënt en zijn ideeën over de aard van zijn aandoeningen. Hij kan het beeld interpreteren vanuit zijn kennis van levensloop, geloofsovertuiging, culturele achtergrond, 'major life events' en doorgemaakte ziekten in het verleden. |

| | |
|--|---|
| 2.3 bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie of naasten: | De klinisch geriater onderhoudt een goede communicatie met de patiënt/familie/centrale verzorger(s). De klinisch geriater informeert de geriatrische patiënt, afgestemd op diens bevattingvermogen, sociaal maatschappelijke achtergrond, sekse en levensloop en rekening houdend met diens eventuele communicatieve beperkingen, over de aard van de ziekte, onderzoek en behandeling. De klinisch geriater stelt vast of en in hoeverre de patiënt de informatie en het advies heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien. De klinisch geriater maakt samen met de patiënt en naasten een keuze (Shared Decision making) |
| 2.4 doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus: | De klinisch geriater doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus waarbij vier assen worden beschreven. |
| 3 Samenwerking | |
| 3.1 overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners: | De klinische geriater realiseert hoogstaande patiëntenzorg door hechte en effectieve samenwerking met alle professionals van het interdisciplinaire behandelteam, waaraan de klinisch geriater op stimulerende wijze leiding geeft (netwerkgeneskunde) |
| 3.2 verwijst adequaat: | De klinisch geriater verwijst de geriatrische patiënt adequaat, zowel naar orgaan specialisten als naar generalistische revalidatie artsen en verpleeghuisartsen |
| 3.3 levert effectief intercollegiaal consult: | De klinisch geriater levert zelf adequaat consultatief advies aan collegae en multidisciplinaire teams indien deze advies vragen aangaande diagnostiek en behandeling van geriatrische patiënten. |
| 3.4 draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg: | De klinisch geriater levert een adequate en doelmatige bijdrage aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg, met name waar deze specialisme overstijgend is (netwerkgeneskunde) |
| 4 Kennis en wetenschap | |
| 4.1 beschouwt medische informatie kritisch: | De klinisch geriater beschouwt medische informatie aangaande ouderen kritisch, heeft kennis van basale onderzoeksmethodiek en bedrijft de geriatrie waar mogelijk volgens evidence based richtlijnen of wijkt beargumenteert af |
| 4.2 bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis: | De klinisch geriater bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis |
| 4.3 ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan: | De klinisch geriater ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan |
| 4.4 bevordert de deskundigheid van studenten, aios, en van collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg: | De klinisch geriater bevordert de deskundigheid van studenten, aios, en van collegae (in bijzonder andere leden van het multidisciplinaire behandelteam), patiënten en familie en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg. De klinisch geriater kan interdisciplinair onderwijs faciliteren. |
| 5 Maatschappelijk handelen | |
| 5.1 kent en herkent de determinanten van ziekte: | De klinisch geriater kent en herkent de determinanten van de meest voorkomende ziekte op oudere leeftijd en in het bijzonder de determinanten van veroudering |
| 5.2 bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel: | De klinisch geriater heeft een maatschappelijke rol als het gaat om de bevordering van de geestelijke en lichamelijke gezondheid van ouderen in de samenleving. |
| 5.3 handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen: | De klinisch geriater handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen. De klinisch geriater kent de reikwijdte van de WGBO, BOPZ en kent de regelgeving rondom wettelijk vertegenwoordiger en wilsbekwaamheid. |

| | |
|--|---|
| 5.4 treedt adequaat op bij incidenten in de zorg: | De klinisch geriater treedt adequaat op bij incidenten in de zorg Herkent gemaakte fouten en incidenten in de patiëntenzorg en maakt deze bespreekbaar en gebruikt deze ter verbetering van processen. Dit met in acht neming van Just Culture, second victim en peer support zoals beschreven in de Safety 2 benadering. |
| 6 | Organisatie |
| 6.1 organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling: | De klinisch geriater organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling (persoonlijk leiderschap) |
| 6.2 werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie: | De klinisch geriater stemt de organisatie van zijn klinisch geriatrische zorgverlening af op de zorgvraag van patiënten en families of verwijzers, passend binnen de organisatie van het algemeen of academisch ziekenhuis, dan wel de GGZ instelling, en aansluitend op de eerste lijn en de regio en weet daarbij doelmatig gebruik te maken van het gestelde financiële kade Draagt bij aan verdere verbetering van doelmatigheid door het nastreven van zinnige en zuinig zorg |
| 6.3 besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord: | De klinisch geriater weet zijn zorgaanbod te positioneren (triage van de zorgvraag) en te begrenzen zodanig dat de klinisch geriatrische zorg die hij kan bieden maximaal doelmatig wordt ingezet |
| 6.4 gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing: | De klinisch geriater gebruikt informatietechnologie voor optimale geriatrische zorgverlening en voor bij- en nascholing |
| 7 | Professionaliteit |
| 7.1 levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze: | De klinisch geriater levert hoogstaande patiëntenzorg op integer, oprechte en betrokken wijze waarbij de patiënt en naasten een centrale rol spelen in de behandelbeslissingen. Levensvisie en zingeving van de patiënt en naasten worden meegenomen hierin. |
| 7.2 vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag: | De klinisch geriater vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag. |
| 7.3 kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen: | De klinisch geriater kent de grenzen van de eigen competenties en handelt daarbinnen |
| 7.4 oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep: | De klinisch geriater oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep |

c. EPA's versus competenties

| | Medisch handelen | Communicatie | Samenwerken | Organisatie | professionaliteit | Maatschappelijk handelen | Kenis en wetenschap |
|---|------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|--------------------------|---------------------|
| Comprehensive Geriatric Assessment | X | X | X | X | X | X | X |
| Acute geriatrie | X | X | X | X | | | |
| Mobiliteitsstoornissen, vallen en neurologie | X | | X | | | | |
| Functionele achteruitgang | | | X | X | | X | |
| Palliatieve zorg | X | X | X | | X | | |
| Polyfarmacie | X | | X | | | | |
| Delier | X | X | X | | | | |
| Dementie | X | X | X | | | | |
| Psychiatrie en gedragsproblemen | X | X | X | | X | | |
| Management, Leiderschap en Organisatie | | X | X | X | X | | |
| Kwaliteit en patiëntveiligheid | X | X | X | X | X | X | X |
| Onderwijs en wetenschap | | X | | | X | X | X |

Tabel 8. Entrustable Professional Activities (beroeps specifieke taak) versus Competenties (persoonskenmerken). Alleen de belangrijkste competenties zijn weergegeven, hypothetisch is namelijk bij elke EPA elke competentie nodig.

BIJLAGE 3 Toelichting op inhoud, vorm en onderwijs vooropleiding interne geneeskunde

Figuur 12. Onderdelen vooropleiding en duur onderdelen

| Vooropleiding | Vooropleiding |
|---|---|
| Basisvaardigheden arts (zaalwerk, dienst) | Interne geneeskunde Cardiologie Min 1 vd 4 voorkeurstages |
| Nominaal 12 mnd. 6-12 maanden | Nominaal 12 mnd. 6-12 maanden |

Inhoud

Vooropleiding aanvang: Stage algemene interne geneeskunde

Tijdens de stage algemene interne geneeskunde komt de aios in aanraking met patiënten met een divers scala aan algemene interne aandoeningen (bijvoorbeeld elektrolytstoornissen, anemie, pneumonie, sepsis, schildklierafwijkingen, etc) en werkzaamheden, zodat voldoende aspecten van de algemene interne vorming, nodig om adequaat te kunnen functioneren als klinisch geriater, aangeleerd kunnen worden.

Tijdens het eerste deel van de interne vooropleiding zijn de leerdoelen van de aios klinische geriatrie gelijk aan die van de aios interne, te weten de EPA's behorende bij het eerste jaar van de opleiding Interne Geneeskunde.

Vooropleiding vervolg: stage cardiologie en tenminste 1 van de 4 voorkeurstages

Het tweede deel van de interne vooropleiding bestaat uit inhoudelijke verdieping waarbij tenminste een stage cardiologie wordt gedaan en minimaal één van de stages: nefrologie, maagdarmlieverziekten, longgeneeskunde, algemene polikliniekstage. Analooq aan de aios interne geneeskunde kunnen leerdoelen worden gehaald waarbij deze steeds in het licht van de toekomstige beroepsuitoefening worden gehouden. Bijvoorbeeld: binnen de stage nefrologie is het onderwerp dialyse niet bijdragend aan de opleiding tot klinisch geriater. In afstemming tussen opleiders en aios wordt de keuze gemaakt welke stage gelopen zal worden en hoe deze zullen worden vormgegeven. Hieronder wordt een indicatie gegeven van mogelijke en zinvolle leerdoelen tijdens de inhoudelijke stages. Deze lijsten zijn op individuele basis aan te passen en dienen als startpunt voor het maken van individuele leerdoelen, en dienen niet als "afvinklijst".

- Cardiologie

De belangrijkste leerdoelen in deze stage zijn:

- Het verkrijgen van kennis betreffende de huidige inzichten in pathofysiologie, de diagnostiek en therapie van hart- en vaatziekten
- Het verkrijgen van inzicht in adequate diagnostiek en (farmacotherapeutische) behandeling van acute en chronische uitingen van coronarialijden, ritmestoornissen, klepvitia incl. endocarditis, en hartfalen.
- Het leren omgaan met klassieke presentaties en uitingen van cardiale aandoeningen zoals pijn op de borst, dyspnoe (d'effort), moeheid, palpitations, oedeem, shock, syncope en hartgeruisen.
- Het leren omgaan met indicaties voor specifieke cardiologische hulponderzoeken zoals electrocardiografie, echocardiografie, hartkatheterisatie, CT, MRI, nucleair beeldvormend onderzoek, ambulante electrocardiografie, elektrofysiologisch onderzoek enz. en interpretatie van hieruit voortkomende gegevens.
- Het eigen maken en in de praktijk kunnen brengen van de principes van reanimatie.

- Longgeneeskunde

De belangrijkste leerdoelen in deze stage zijn:

- Het verkrijgen van kennis betreffende de huidige inzichten in pathofysiologie, de diagnostiek en therapie van pulmonale ziektebeelden
- Het verkrijgen van inzicht in adequate diagnostiek en (farmacotherapeutische) behandeling van acute en chronische uitingen van longlijden (astma, COPD, pneumonie, longcarcinoom).
- Het leren omgaan met klassieke presentaties en uitingen van pulmonale aandoeningen
- Het leren omgaan met indicaties voor specifieke pulmonale hulponderzoeken zoals CT-thorax (HRCT, CTangio), longfunctieonderzoek, en het kunnen interpreteren van de uitkomsten ervan.

- Polistage

De belangrijkste leerdoelen in deze stage zijn:

- Het verkrijgen van kennis betreffende de huidige inzichten in pathofysiologie, de diagnostiek en therapie van algemeen internistische ziektebeelden
- Het verkrijgen van inzicht in adequate diagnostiek en (farmacotherapeutische) behandeling internistische ziektebeelden zoals vermoeidheid, schildklierproblemen, diabetes, anemie, buikpijn.
- Het leren omgaan met klassieke presentaties van deze ziektebeelden
- Het eigen maken van adequaat time-management op de polikliniek
- Het omgaan met het zijn van een speler in de keten, adequate overdracht van en naar andere zorgverleners.

- Nefrologie

De belangrijkste leerdoelen in deze stage zijn:

- Het verkrijgen van kennis betreffende de huidige inzichten in pathofysiologie, de diagnostiek en therapie van nefrologische ziektebeelden
- Het verkrijgen van inzicht in adequate diagnostiek en (farmacotherapeutische) behandeling van acute en chronische nierfunctiestoornissen
- Adequaet omgaan met beoordelen vullingsstatus en instellen infuusbeleid
- Het leren omgaan met klassieke presentaties en uitingen van renale aandoeningen
- Het leren omgaan met indicaties voor specifieke nefrologische hulponderzoeken zoals echo nieren, urine onderzoek incl. sediment, en het kunnen interpreteren van de uitkomsten ervan.

- Maag-darm-lever ziekten

- Het verkrijgen van kennis betreffende de huidige inzichten in pathofysiologie, de diagnostiek en therapie van intestinale ziektebeelden
- Het verkrijgen van inzicht in adequate diagnostiek en (farmacotherapeutische) behandeling van intestinale ziektebeelden en met specifieke aandacht voor de belasting ervan voor de patiënt.
- Leren inbrengen en intercollegiaal bespreken van patiëntbevindingen in multidisciplinaire of interdisciplinaire overleggen en overbrengen in bevindingen uit deze overleggen in arts-patiënt contact.
- Inzicht verkrijgen in de diverse vormen van samenwerking (eerste lijn, klinisch) voor wat betreft de inzet van intestinale hulponderzoeken (bijvoorbeeld scopisch onderzoek, screeningsonderzoek).

Opleider, stagebegeleider, opleidingsgroep

De opleider interne geneeskunde is de verantwoordelijk opleider ten tijde van de vooropleiding. Deze wordt geïnformeerd door stagebegeleiders (bijv. de cardioloog) en/of leden van de opleidingsgroep interne geneeskunde over de voortgang van de aios. De grote lijnen worden afgestemd met de beoordelend opleider klinische geriatrie. De vorm van de afstemming kan op regionaal niveau worden ontwikkeld, maar tenminste is de overdracht van de interne geneeskunde naar de klinische geriatrie inzichtelijk in het portfolio van de aios.

Onderwijs

Op de werkplek: Er vindt dagelijks overleg met de supervisor en/of stagebegeleider plaats

Cursorisch: de aios neemt deel aan het verplichte lokale en regionale onderwijs van de interne geneeskunde.

Kennistoets: de aios neemt tenminste eenmaal deel aan de kennistoets interne geneeskunde en waar mogelijk aan de jaarlijkse kennistoets klinische geriatrie.

LOAG dagen: de jaarlijkse jNVKG loag en de jaar-LOAG zijn verplicht en dienen bij voorkeur alle 4, maar minimaal 2 te worden bezocht tijdens de vooropleiding interne geneeskunde. Het bezoeken van de geriatriedagen is zeer gewenst.

Toetsing

Toetsing vindt plaats conform de systematiek van de interne geneeskunde. Afhankelijk van de leercurve is korting **tijdens** de interne vooropleiding mogelijk, voorgesteld door internist-opleider in afstemming met de aios en de klinisch geriater opleider. Korting **vooraf** aan de vooropleiding op basis van eerdere werkervaring gebeurt op initiatief van de eindoordeelend opleider klinische geriatrie in afstemming met de aios en de opleider interne geneeskunde. Na afloop is er een overdracht van de opleider interne geneeskunde naar de opleider klinisch geriatrie, dit is een onderdeel van het portfolio van de aios.

Vorm

Tijdens dit opleidingsonderdeel is de aios werkzaam op de klinische afdeling, spoedeisende hulp of acute opvang afdelingen en verricht diensten buiten kantooruren.

BIJLAGE 4 Voorbeelden van profilering

Indien een aios een steile leercurve heeft en/of een opleidingskliniek efficiënt opleidt kan er ruimte ontstaan voor profilering. Het initiatief voor profilering ligt bij de aios (intrinsieke motivatie). In principe kan een aios een eigen onderwerp kiezen, waarbij in ieder geval alle EPA's als mogelijk profiel zouden kunnen dienen. Op regionaal en lokaal niveau kan worden afgestemd wat wel en niet gefaciliteerd kan worden.

Hieronder staan enkele voorbeelden. Het is belangrijk te beseffen dat profilering niet voor elke aios is weggelegd, hoe efficiënter een kliniek opleidt hoe meer aios kunnen profileren. Profileren vraagt ook investering in tijd en middelen van de aios zelf (bijvoorbeeld zelf betalen van cursussen of in avonden of parttime werken zodat er tijd voor extra-curriculaire activiteiten ontstaat). De opleidingstijd is het startpunt voor verdere life-long-learning en verdieping.

Wetenschap

Aios die gepromoveerd zijn of ambitie daartoe hebben kunnen een profiel wetenschap kiezen. Er zijn vele invullingen mogelijk, vaak ook gefaciliteerd door financiële middelen buiten het opleidingsbudget om. Het kaderbesluit geeft de kaders in hoeverre de opleiding tot klinisch geriater daartoe tijdelijk onderbroken kan worden. De keuzestage van drie maanden kan aan wetenschap worden besteed waarin bijvoorbeeld ook cursussen kunnen worden gevolgd zoals statistiek of epidemiologie.

Kwaliteit- en patiëntveiligheid

Om een profiel richting kwaliteit en/of patiëntveiligheid te ontwikkelen zijn er vele opties. Een ervan kan zijn om te participeren in een richtlijncommissie. Hiertoe kan de aios zich tot de NVKG richten. Afhankelijk van de inzet van de aios kan de aios een actieve rol hebben hierin. Met vooraf afstemming met de opleider kan een hoofdstuk uit een richtlijn geschreven door de aios meetellen als wetenschappelijk product voor de opleiding, mits de wetenschappelijke kwaliteiten kunnen worden getoond.

Management

Door actieve participatie in de jNVKG kan een eerste stap worden gemaakt in het aanleren van overkoepelende vaardigheden zoals efficiënt vergaderen. Ook binnen het ziekenhuis kan worden geparticipeerd in commissies in overleg met de opleider. In sommige klinieken wordt gewerkt met een aios-groep voorzitter wat een relevante leerervaring kan zijn voor een aios die wil profileren in management. Daarnaast zijn er binnen de diverse regio's en ziekenhuizen trajecten voor aios geïnteresseerd in management en zijn er vele relevante cursussen. Het niveau van een profiel in management is erg afhankelijk van de individu en de lokale mogelijkheden.

Onderwijs

Een onderwijsprofiel kan worden opgedaan op verschillende, door de aios in te vullen, manieren. Dat kan door het volgen van extra cursussen en congressen, maar zeker ook door het oefenen op de werkplek bijvoorbeeld door het begeleiden van coassistenten en/of participatie in het onderwijs of leerhuis. Het is verstandig dit met de opleider evt. met een externe onderwijs-mentor vorm te geven. Sommige aios kiezen voor een drie maanden keuze stage in het onderwijs (AKO-schap). Indien aan de criteria wordt voldaan is het soms mogelijk om de basiskwalificatie onderwijs van de Nederlandse Federatie van Universitaire Centra (NFU) te behalen.

Klinische farmacologie

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Farmacologie en Biofarmacie (NVKFB) leidt op tot klinisch farmacologen. Een aantal klinisch geriaters heeft hiertoe de opleidingsbevoegdheid. Indien de aios een aantekening tot klinisch farmacoloog ambieert is het de eerste stap om met een van hen contact op te nemen. De keuzestage van drie maanden kan zich dan richten op de opleiding. Tevens is het verstandig dat de aios geruime tijd doorbrengt in de kliniek van de opleider-klinisch farmacoloog om zo het werken met patiënten te verrijken met opleidingsmomenten voor de klinische farmacologie.

Inhoudelijk profiel

Naast de meer overstijgende profielen is het ook mogelijk om te profileren in de inhoudelijke thema's zoals beschreven in de diverse EPA's. In de keuzes van de stages kan een profiel worden vormgegeven bijvoorbeeld een IC stage als het profiel acute geriatrie wordt gekozen.

BIJLAGE 5 Beschrijving procedure geïntensiveerd begeleidingstraject (GBT) binnen de opleiding: geïntensiveerd begeleidingstraject

Wanneer stagnatie in de groei van de aios tijdig wordt gesignaleerd en besproken met de aios is het vaak mogelijk om de aios met extra ondersteuning/hulp weer op de goede lijn te krijgen. Indien de extra ondersteuning niet leidt tot het gewenste resultaat en de opleider twijfelt over de geschiktheid van de aios om de opleiding voort te zetten, kan de opleider besluiten om een geïntensiveerd begeleidingstraject te starten. Dit wordt gemeld bij de RGS volgens de daarvoor geldende procedure.

Het geïntensiveerd begeleidingstraject bestaat uit de volgende stappen:

| | |
|---|--|
| 1. Op de hoogte stellen van de aios | |
| Opleider stelt de aios tijdens het gesprek (voortgangsgesprek, geschiktheidsbeoordeling of eindbeoordeling) van het besluit tot een geïntensiveerd begeleidingstraject op de hoogte en wijst de aios op de geschillenprocedure. | |
| 2. Op de hoogte stellen van de RGS | |
| De opleider brengt de RGS schriftelijk op de hoogte (per brief). | |
| 3. Aanpassen Individueel Opleidingsplan | |
| Bij een geïntensiveerd begeleidingstraject (minimaal 3 en maximaal 6 maanden) wordt het individuele opleidingsplan bijgesteld. | Het IOP bevat: <ul style="list-style-type: none">- De doelen van en de voorwaarden waaronder een geïntensiveerd begeleidingstraject plaatsvindt;- De termijn;- En de wijze waarop ontwikkeling van de aios zal worden (her)beoordeeld. |
| 4. Monitoren voortgang | |
| Er vindt tenminste één voortgangsgesprek plaats | Voortgangsgesprek tussen opleider en aios. Schriftelijk verslag wordt door zowel aios als opleider ondertekend en door aios aan het portfolio toegevoegd. De opleider bewaart een kopie. |
| 5. Afsluiting geïntensiveerd begeleidingstraject | |
| Een geïntensiveerd begeleidingstraject wordt afgesloten met een geschiktheidsbeoordeling. | Een schriftelijk verslag wordt gemaakt dat zowel door de opleiders als de aios wordt ondertekend. Dit wordt door de aios aan het portfolio toegevoegd en een kopie wordt door de opleider bewaard. |
| 6. De uitkomst wordt aan de RGS gemeld | |
| De opleider en aios melden de uitkomst van het geïntensiveerd begeleidingstraject aan de RGS. | |
| 7. Indien verlenging opleiding melden aan RGS | |
| Het geïntensiveerd begeleidingstraject kan leiden tot een verlenging van de opleiding om opleidingsinhoudelijke redenen (bijvoorbeeld: de eerder verkregen korting op de opleidingsduur wordt ongedaan gemaakt). | De opleider ziet erop toe dat minstens drie maanden voor het oorspronkelijk beoogde einde van de opleiding de aios en de RGS daarvan bericht ontvangt. |

Voor een geïntensiveerd begeleidingstraject is goede documentatie vereist. In het algemeen, maar zeker bij twijfel over het (on)voldoende functioneren van de aios is het essentieel dat mondelinge en schriftelijke feedback (bv in de vorm van KPB's en stagebeoordelingen) goed overeenkomen. Het traject is gericht op herstel bij de aios. Mocht het echter zo zijn dat ondanks alle begeleiding en coaching de aios persisteert in zijn/haar inadequate gedrag, dan kan de opleider besluiten om de opleiding te beëindigen. Ook dan dient uiteraard de RGS op de hoogte te worden gebracht, evenals de NVKG.

Competentieprofiel opleider en leden van de opleidingsgroep

1. Toepassen van basisprincipes van opleiden van aios

Opleider

- Leden van de opleidingsgroep**
- 1.1 Draagt het belang van opleiden uit
 - 1.2 Past de didactische principes van het leren van volwassenen toe in werkplekleren en formeel onderwijs
 - 1.3 Past de principes van constructief feedback geven toe
 - 1.4 Geeft weloverwogen beoordelingen aan aios
 - 1.5 Past de instrumenten voor het opleiden van aios correct toe
 - 1.6 Reflecteert systematisch op eigen manier van begeleiden/opleiden
 - 1.7 Leert vaardigheden systematisch aan

2. Opleiden op de werkplek

Opleider

- Leden van de opleidingsgroep**
- Supervisie geven aan individuele aios in de patiëntenzorg**
- 2.1 Benut de voorkomende werkzaamheden in de patiëntenzorg voor het opleiden en stemt de taken van de aios en de begeleiding van de aios af op diens niveau van bekwaamheid en zelfstandigheid
 - 2.2 Expliciteert het eigen optreden als rolmodel en zet dit optreden in om op te leiden
 - 2.3 Geeft de aios constructief feedback op diens taakvervulling
- Supervisie geven aan individuele aios in de patiëntenzorg**
- 2.4 Zorgt voor een adequate organisatie van het opleiden op de werkplek
 - 2.5 Zorgt voor een adequate organisatie van formele onderwijsmomenten
 - 2.6 Herkent leerzame momenten in de praktijk en draagt er zorg voor dat deze door de opleidingsgroep voor het opleiden van de aios worden benut

3. Stimuleren, toetsen en bewaken voortgang

Opleider

- Leden van de opleidingsgroep**
- Bevorderen en evalueren van groei en ontwikkeling van de individuele aios**
- 3.1 Geeft de individuele aios constructief feedback op diens functioneren en voortgang in een langere periode van de opleiding
 - 3.2 Levert mondeling en schriftelijk op zorgvuldige wijze een relevante bijdrage aan de onderbouwing van de beoordelingen van de individuele aios door de opleider
- Toetsen en stimuleren van de voortgang van de individuele aios in de opleiding als geheel**
- 3.3 Begeleidt de aios bij het formuleren van leerdoelen en van plannen om deze te realiseren
 - 3.4 Bespreekt (mede) op basis van input van supervisoren en portfolio met de aios regelmatig en constructief diens functioneren en voortgang
 - 3.5 Zorgt voor adequate verslaglegging over het functioneren, de voortgang en de geschiktheid van de aios
 - 3.6 Herkent achterblijvende voortgang in professionele ontwikkeling van de aios en gebruikt de beschikbare middelen om hierin te interveniëren

4. Samenwerken, organiseren en bevorderen opleidingskwaliteit

Opleider

- Leden van de opleidingsgroep**
- Samenwerken binnen de opleidingsgroep**
- 4.1 Werkt effectief samen in de opleidingsgroep ten behoeve van een veilig en stimulerend opleidingsklimaat
 - 4.2 Draagt actief bij aan de kwaliteit van de opleiding
- Organiseren en bevorderen van de kwaliteit van de opleiding als geheel**
- 4.3 Zorgt voor een adequate organisatie van de opleiding als geheel
 - 4.4 Draagt zorg voor de correcte toepassing m.b.t. opleiden en in dienst hebben van aios
 - 4.5 Bevordert als leider van de opleidingsgroep het opleidingsklimaat
 - 4.6 Draagt zorg voor het systematisch monitoren en verbeteren van de kwaliteit van de opleiding

De competenties van de opleider gelden deels ook voor de leden van de opleidingsgroep.

HOOFDSTUK 5. REFERENTIES

1. Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. 2017.
2. NVKG. Topkwaliteit voor kwetsbare ouderen. beleidsplan 2014-2018. 2014.
3. Ten Cate O. Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language. *J Grad Med Educ*. 2013;5(1):6-7. doi: 10.4300/JGME-D-12-00381.1 [doi].
4. Centraal College Medische Specialismen. Kaderbesluit klinische geriatrie. 2014.
5. Cornegé-Blokland E, Keijsers C, Jansen P. Management en organisatie hiaat in opleiding klinische geriatrie: Over wat jonge klaren klinische geriatrie belangrijk vinden voor de opleiding. 2014;2(2):34-37.
6. Federatie Medisch Specialisten. Individualisering van de opleidingsduur.
7. NVKG. Richtlijn comprehensive geriatric assessment. 2010.
8. Bloom B. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. 1956.
9. Dreyfus S, Dreyfus H. A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. 1980.
10. College Geneeskundig Specialismen. Kaderbesluit CCMS. 2015.
11. Wormald BW, Schoeman S, Somasunderam A, Penn M. Assessment drives learning: An unavoidable truth? *Anat Sci Educ*. 2009;2(5):199-204. doi: 10.1002/ase.102 [doi].
12. Kolb A, Kolb D. The kolb learning style inventory – version 3.1: 2005 technical specifications. 2005.
13. College Geneeskundige Specialismen. Competentieprofiel van de opleider en leden van de opleidingsgroep. 2012.