Eindtermen en Individualisering Klinische Geriatrie

In werking per 1-1-2023
(Vastgesteld door CGS 9-3-2022)

Landelijk OpleidingsPlan Klinische Geriatrie

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

© 2022

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

© 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

2025

Voor u ligt de herziene versie van het opleidingsplan klinische geriatrie: **EIK**. Net als in eerdere edities vormt dit plan de basis voor de opleiding tot klinisch geriater en weerspiegelt het de voortdurende ontwikkeling van het vakgebied én van de opleiding zelf. Deze versie bevat gerichte aanpassingen die voortkomen uit de ervaringen met het gebruik van EIK in de praktijk en voortschrijdend inzicht binnen het medische opleidingsveld.

In 2017 werd EIK gepresenteerd als een opleidingsplan (gebaseerd op de versie uit 2008) waarin het **Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)** centraal staat: een stevige stam in de metafoor van de boom, die symbool staat voor een brede, robuuste en contextbewuste opleiding. In 2021 werd deze metafoor voortgezet: EIK groeide door en werd hier en daar bijgesnoeid— zoals met verduidelijking van regionale opleidingsclusters — met behoud van de oorspronkelijke vorm en kracht.

De huidige actualisatie bouwt hierop voort. Inhoudelijk zijn drie elementen explicieter opgenomen:

- Informatie over de **verplichting van de kennistoets** is verduidelijkt;
- De rol en structuur van de **regionale opleidingsvergaderingen** zijn aangescherpt;
- Er is een aanvulling opgenomen over de bestaande **netwerken van opleidingen (clusters)**, waarmee het belang van samenwerking, afstemming en gezamenlijke kwaliteitsborging verder wordt onderstreept.

Net als eerdere versies is ook deze herziening tot stand gekomen in overleg met het Concilium Geriatricum, de Plenaire Visitatiecommissie (PVC), vertegenwoordigers van de junior NVKG (jNVKG) en het bestuur van de NVKG.

Het College Geneeskundige Specialismen heeft op 23 september 2025 ingestemd met deze aanpassingen. Deze aanpassingen zijn op 23 september 2025 in werking getreden.[1]

Jonneke Eikelboom

[1] Het CGS heeft op 6 augustus 2026 ingestemd met de toevoeging van een korte passage over de waarde van de academische leersetting en een reeks technische correcties. Deze wijzigingen zijn per 6 augustus 2026 ingegaan.

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1. VERANTWOORDING ..... - 5 -

1.1 DE KLINISCH GERIATER VAN DE TOEKOMST ..... - 5 -
1.2 DE OPLEIDING VAN DE TOEKOMST ..... - 6 -

HOOFDSTUK 2. OPLEIDING KLINISCHE GERIATRIE ..... - 8 -

2.1 OPBOUW OPLEIDING ..... - 8 -
2.2 INHOUD OPLEIDING MET EPA's ..... - 9 -
2.2.1 Vooropleiding interne geneeskunde ..... - 9 -
2.2.2 Klinische geriatrie ..... - 9 -
2.2.3 Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling: stage neurologie ..... - 12 -
2.2.4 Klinische geriatrie in de GGZ/ouderenpsychiatrie: Ouderenpsychiatrie ..... - 13 -
2.2.5 Maatschappelijk relevante thema's in de opleiding tot klinisch geriater ..... - 13 -
2.3 OPLEIDINGSSETTING: WAAR WAT TE LEREN? ..... - 14 -
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 ..... - 16 -
2.4.3 Volgen van de aios door de opleiding heen ..... - 18 -
2.4.4 Duur per onderdeel: minimum- en maximumkaders ..... - 19 -
2.4.5 Verkorting en verlenging op basis van inhoud ..... - 19 -
2.4.6 Minimale kaders van toetsing (verplichtingen t.a.v. onderwijs en toetsinstrumenten) - 20 -
2.4.7 Wat als het niet goed gaat: Geïntensiveerd begeleidingstraject voor onder presterende aios ..... - 21 -
2.5 PROFILERING ..... - 21 -
2.5.1 Wanneer profileren ..... - 21 -
2.5.2 Waarin profileren ..... - 21 -
2.5.3 In welke setting profileren ..... - 22 -
2.5.4 Tijd en middelen om te profileren ..... - 22 -
2.5.5 Regionale afstemming bij profileren ..... - 22 -
2.6 ONDERWIJS EN WETENSCHAP ..... - 22 -
2.6.1 Wetenschap ..... - 22 -
2.6.2 Onderwijs en intervisie ..... - 23 -
2.7 PORTFOLIO LEREN ..... - 24 -
2.7.1 Toetsing en toetsinstrumenten ..... - 24 -
2.7.2 Leren met een portfolio ..... - 26 -
2.7.3 Waar toetsen? ..... - 26 -
2.7.4 Toetsmatrix klinische geriatrie ..... - 27 -

HOOFDSTUK 3. KWALITEIT EN IMPLEMENTATIE ..... - 28 -

3.1 AFSTEMMING LANDELIJK-REGIONAAL-LOKAAL ..... - 28 -
3.2 OPLEIDER, OPLEIDINGSGROEP, STAGEBEGELEIDER, EINDOORDELEND OPLEIDER ..... - 30 -
3.3 OPLEIDINGSPROFESSIONALISERING ..... - 31 -
3.4 KWALITEIT ..... - 32 -
3.5 IMPLEMENTATIE ..... - 33 -

HOOFDSTUK 4. BIJLAGEN ..... - 34 -

BIJLAGE 1 EPA's opleiding klinische geriatrie ..... - 35 -
BIJLAGE 2 Beroeps- en competentie profiel klinisch geriater ..... - 50 -
BIJLAGE 3 Toelichting op inhoud, vorm en onderwijs vooropleiding interne geneeskunde ..... - 54 -
BIJLAGE 4 Voorbeelden van profilering ..... - 57 -
BIJLAGE 5 Beschrijving procedure geïntensiveerd begeleidingstraject (GBT) binnen de opleiding: geïntensiveerd begeleidingstraject ..... - 59 -
BIJLAGE 6 Competentieprofiel van de opleider en leden opleidingsgroep ..... - 60 -

HOOFDSTUK 5. REFERENTIES ..... - 61 -

HOOFDSTUK 1. VERANTWOORDING

1.1 DE KLINISCH GERIATER VAN DE TOEKOMST

De samenleving vergrijst, het zorglandschap verandert, de patiënt en mantelzorger worden mondiger. 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 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 gerontofarmacologie of palliatieve zorg, wordt mogelijk. De basis van de profilering kan tijdens de opleiding worden gelegd, waarop middels life-long learning wordt voortgeborduurd.

“De opleiding klinische geriatrie is van kwalitatief hoog niveau en biedt de mogelijkheid tot aandachtsgebieden.”
Beleidsplan NVKG 2014-2018[2]

Met de groei van het aantal klinisch geriaters 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 geriatrisch wetenschapsnetwerk is belangrijk. De klinisch geriater van de toekomst 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, leiderschap 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.

”Medisch specialisten nemen het voortouw bij de ontwikkeling van zorgnetwerken…. Een zorgnetwerk neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt.”
De medisch specialist 2025[1]

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.

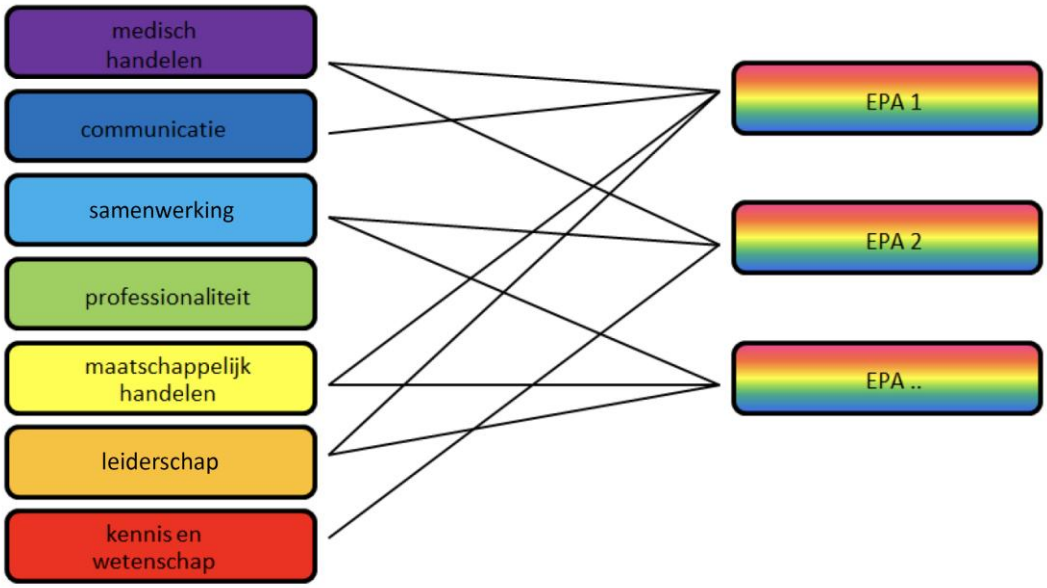
Sturen vanuit de inhoud

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 specialist[4] 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, 2013[3]



Figuur 1. De verhouding tussen EPA's en competenties

Profilering

Terwijl klinisch geriaters bij uitstek generalisten zijn en brede competenties moeten ontwikkelen en behouden, is er in toenemende mate behoefte aan geriaters met een “extra kwaliteit”. Profilering kan in veel verschillende richtingen, bijvoorbeeld management; wetenschap; onderwijs; kwaliteit of meer inhoudelijk zoals gerontofarmacologie; 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 aiossen 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) verwerven van competenties kunnen leiden tot een korter opleidingstraject”
Federatie Medisch Specialisten[6]

Samenvattend, wordt de opleiding individueler, gerichter 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.

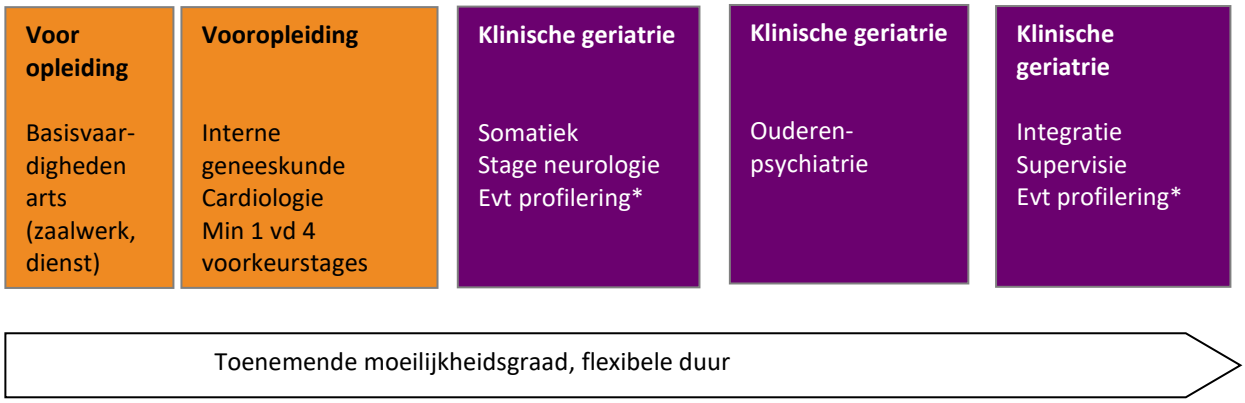
HOOFDSTUK 2. OPLEIDING KLINISCHE GERIATRIE

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 twee onderdelen: somatische geriatrie en geriatrie in de GGZ/ouderenpsychiatrie. Binnen de somatische geriatrie is er een verplichte stage neurologie t.b.v. de EPA 'Mobiliteit, vallen, neurologische beoordeling'. Deze stage kan gevolgd worden in een opleidingsinstelling erkend voor de neurologie of binnen een afdeling neurologie van een opleidingsinstelling erkend voor klinische geriatrie of binnen een afdeling klinische geriatrie van een opleidingsinstelling erkend voor de klinische geriatrie waarbij een neuroloog betrokken is bij deze stage.
Het opleidingsonderdeel geriatrie in de GGZ/ouderenpsychiatrie wordt gemakshalve hierna als Ouderenpsychiatrie aangeduid.

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 3.5 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)
- Per 1-1-2022 is gestart met de implementatie van (spoed)echografie (POCUS) voor aios klinische geriatrie tijdens de vooropleiding interne geneeskunde. Gebruikelijk is dat de aios hun echografische vaardigheden toepassen tijdens de vooropleiding.

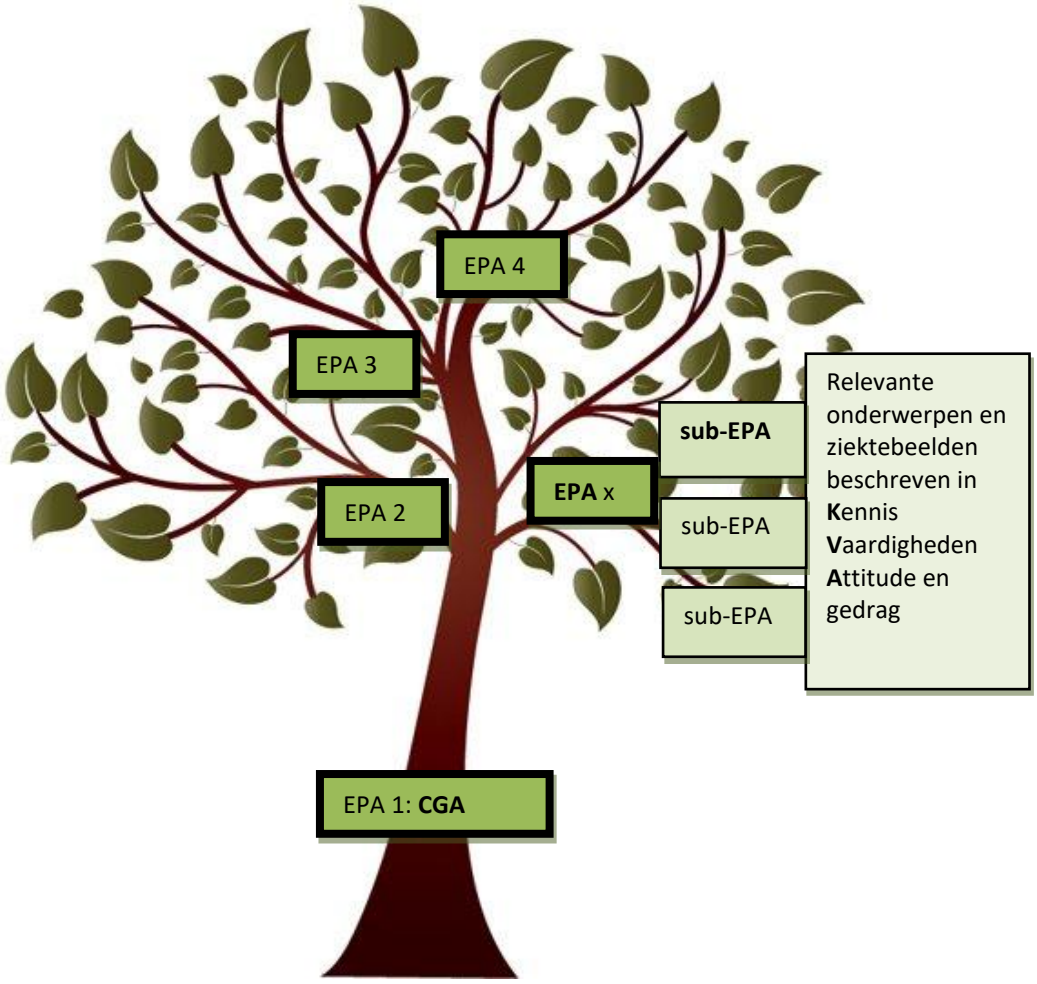
Voor de inhoud van de stages en waar mogelijk wordt verwezen naar de EPA's van de interne geneeskunde in bijlage 3.

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 eindoordelend 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 opleidingsinstelling 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 Assessment[7] 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
sub-EPA: onderdeel van een EPA

Entrustable Professional Activity
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 sub-EPA'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 opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie. Optioneel is een keuzestage van 3 maanden die niet tijdens de maanden Ouderenpsychiatrie kan worden ingevuld, zie hiervoor ook het onderwerp profilering.

	EPA	Relevante ziektebeelden en onderwerpen*
Patiëntgebonden	**1. Comprehensive Geriatric Assessment**	(Triage op) kwetsbaarheid, multimorbiditeit, gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en ethiek
	2. Acute geriatrie	cardiovasculair, respiratoir, trauma gerelateerd, metabole verstoringen, gastro-intestinale stoornissen, infectieus, (spoed)echografie
	3. Delier	delier als uiting van onderliggend somatisch lijden, medicatiegebruik, intoxicatie of onttrekking
	4. Dementie en cognitieve stoornissen	mild cognitive impairment, M. Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy Body dementie, Parkinsondementie, frontotemporale dementie, alcohol-gerelateerde dementie
	5. Functionele achteruitgang, frailty en chronische ziektelast	sarcopenie, ondervoeding, belastbaarheid mantelzorg, incontinentie, decubitus, (p)revalidatie, herstel en nazorg; frailty bij hoogrisico behandelingen (oncologie, cardiologie)
	6. Palliatieve zorg	pijn, dyspnoe en advance care planning
	7. Polyfarmacie	medicatiereview
	8. Psychiatrische toestandsbeelden en probleemgedrag bij kwetsbare ouderen	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
	9. Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling	duizeligheid, wegrakingen, parkinson(isme), osteoporose, polyneuropathie, artrose en jicht, benigne paroxismale positie duizeligheid, orthostatische hypotensie, acute neurologie
	EPA	Sub-EPA's
Niet-patiëntgebonden	**10. Doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid**	a. met betrekking tot individuele patiëntenzorg b. met betrekking tot de zorgketen
	11. Management, leiderschap en organisatie	a. Persoonlijk leiderschap b. Op de werkvloer c. In de instelling d. Buiten de instelling
	12. 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 opleidingsinstelling klinische geriatrie, voor de neurologie en ouderenpsychiatrie zijn andere settings mogelijk zoals hieronder toegelicht.

Diensten
Conform vereisten vermeld in Besluit Klinische Geriatrie. Minimaal 10% - maximaal 20 %, zoals ook toegelicht onder 2.3 “waar wat te leren?”. Voor de dienstinzet tijdens het opleidingsonderdeel in de Ouderenpsychiatrie en stage **neurologie** vigeert een aangepaste dienstverplichting conform de bepalingen in het Besluit Klinische Geriatrie.

2.2.3 Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling: stage neurologie

Inhoud
De EPA Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling 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 stage neurologie.

Leersetting, verantwoordelijk opleider en stagebegeleider
Omdat de EPA het best behaald kan 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 is de klinische afdeling neurologie niet de dominante leersetting (voor de duur) van de stage. De stage neurologie 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 opleidingsinstelling 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.

Praktische implementatie en betrokkenheid bij visitaties (of hieraan gelijkgesteld: bij evaluatiebezoeken)
Voor de invulling van de stage zijn alternatieve opties mogelijk, mits ze aan de volgende kwaliteitscriteria voldoen:
1. Werkleren staat centraal, inhoud EPA Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling is daarbij leidend.
2. Inhoud EPA impliceert ‘instructie’, ‘oefening in patiëntcontact’ en ‘beoordeling vaardigheden’. Opleiden kan op afdeling neurologie (voorkeur). Alternatief is de klinisch geriatrische 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.

Diensten
De omvang van de diensten tijdens de somatische geriatrie is per aios tenminste 10% en ten hoogste 20% van de arbeidsduur per opleidingsjaar voor het onderdeel klinische geriatrie. Voor de stage neurologie geldt echter geen minimum percentage. Er moet rekening gehouden worden met passend scholings- en vaardigheidsniveau van de aios, alsmede adequate voorbereiding voorafgaand aan deze dienstinzet.

2.2.4 Klinische geriatrie in de GGZ/ouderenpsychiatrie: Ouderenpsychiatrie

Inhoud
De EPA Psychiatrische toestandsbeelden en probleemgedrag bij kwetsbare ouderen staan centraal tijdens het opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie. Daarnaast worden de EPA's Delier en Dementie en cognitieve stoornissen deels in dit opleidingsonderdeel, 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 somatische geriatrie.

Leersetting, verantwoordelijk opleider en stagebegeleider
Het opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie binnen de opleiding klinische geriatrie kan plaatsvinden binnen opleidingsinstellingen waar ouderenpsychiatrie aantoonbaar aanwezig is zoals

- een ambulant team/polikliniek/afdeling ouderenpsychiatrie of geriatrie in de GGZ of
- een GAPZ (geriatrische afdeling psychiatrisch ziekenhuis) of
- een afdeling psychiatrie in een algemeen of academisch ziekenhuis met een gespecialiseerde unit voor ouderenpsychiatrie of
- een gespecialiseerde behandelafdeling voor patiënten met gedragsproblemen bij dementie mits verbonden aan een voor de opleiding erkende GGZ-instelling.

Bij de opleidingsinstelling zijn een of meer ouderenpsychiaters werkzaam en is minstens 0,2 fte klinisch geriater betrokken bij de opleiding klinische geriatrie.

Ook bijzondere expertise-afdelingen gericht op patiënten met gedragsproblemen bij dementie, veelal een samenwerkingsverband van GGZ en V&V-instellingen, kunnen als leersetting benut worden mits verantwoordelijkheden en doorzettingsmacht georganiseerd zijn conform de vereisten voor het opleidingsonderdeel geriatrie in GGZ/ouderenpsychiatrie zoals vermeld in het Besluit Klinische Geriatrie.

De opleider tijdens dit opleidingsonderdeel kan conform het Besluit Klinische Geriatrie een klinisch geriater of psychiater zijn. Omwille van continue monitoring van voortgang van de opleiding en ontwikkeling van de desbetreffende aios wordt in clusterverband (zie hierover paragraaf 3.1) expliciet afgesproken wat de rol hierin is van de eindoordelend opleider tijdens dit opleidingsonderdeel, en wat de rol is van de opleider klinische geriatrie in de GGZ/ouderenpsychiatrie.

Bij de opleidingsinstelling is een klinisch geriater werkzaam voor minstens 0,2 fte betrokken bij de opleiding. Indien van toepassing vindt deze inzet plaats op alle locaties waar de opleiding plaatsvindt (multilocatie model).

In figuur 7 en in paragraaf 2.4.3 wordt dit in meer detail toegelicht.

Diensten
Conform vereisten in Besluit Klinische Geriatrie: Maximaal 20%, er is voor dit onderdeel is geen minimum percentage vastgesteld.

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

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.
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	1. **Comprehensive Geriatric Assessment**	Somatische geriatrie
	2. **Acute geriatrie**	Somatische geriatrie, dienst
	3. Delier	Somatische geriatrie, Ouderenpsychiatrie
	4. Dementie en cognitieve stoornissen	Somatische geriatrie, Ouderenpsychiatrie
	5. Functionele achteruitgang, frailty en chronische ziektelast	Somatische geriatrie, Ouderenpsychiatrie
	6. Palliatieve zorg	Somatische geriatrie
	7. Polyfarmacie	Somatische geriatrie
	8. Psychiatrische toestandsbeelden en probleemgedrag bij kwetsbare ouderen	Ouderenpsychiatrie
	9. **Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling**	Somatische geriatrie, stage neurologie
	10. EPA	
Niet-patiëntgebonden	**11. Doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid**	Hele opleiding
	12. Management, leiderschap en organisatie	Hele opleiding, nadruk op het einde
	13. 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.

Leren buiten kantooruren is een integraal onderdeel van de opleiding

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). Kaders (zie eerder) worden 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 weken per jaar. Compensatietijd wordt derhalve niet meegerekend. Compensatie voor dienst wordt ingeroosterd conform de CAO en roosters moeten voldoen aan de ATW. De uren die de aios werkt in de dienst zijn onderdeel van de berekening van dienstpercentage, het gaat hierbij alleen om uren buiten maandag t/m vrijdag, 8.00 uur tot 18.00 uur. De uren die als compensatie worden ingeroosterd (=niet werken uren) zijn geen onderdeel van de berekening.

Aantal leersettings

Omdat adaptief vermogen belangrijk is voor de geriater van de toekomst zouden alle aiossen bij voorkeur in twee of meer opleidingsinstellingen moeten worden opgeleid (instelling voor ouderenpsychiatrie niet meegeteld). Eén van deze 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.

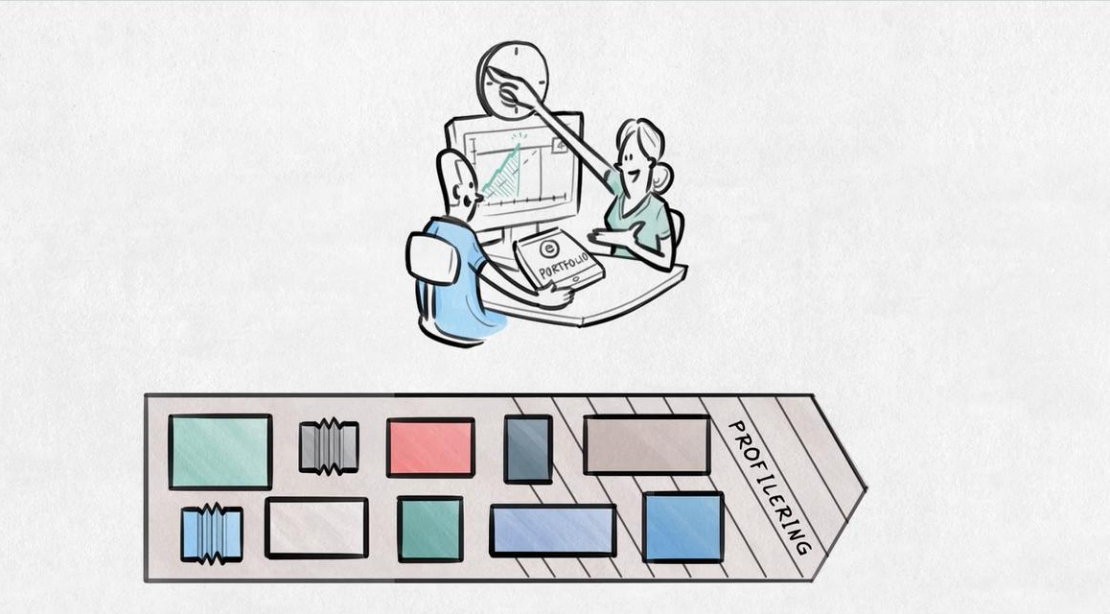
Alle aiossen worden bij voorkeur in twee of meer opleidingsinstellingen opgeleid

Opleidingsmogelijkheden binnen de academie zijn van belang omdat dit aiossen de mogelijkheid biedt ervaring te krijgen met complexe en tertiaire zorg, om wetenschappelijke en kritische denkvaardigheden verder te ontwikkelen en inspiratie op te doen voor onderwijs of een promotietraject. Daarnaast draagt de academische omgeving bij aan netwerkvorming en voorbereiding op toekomstige (academische) leiderschapsrollen. Het draagt bij aan het versterken van de wetenschappelijke inbedding van het vakgebied binnen de academische omgeving.

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 vrij vertaald: "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.

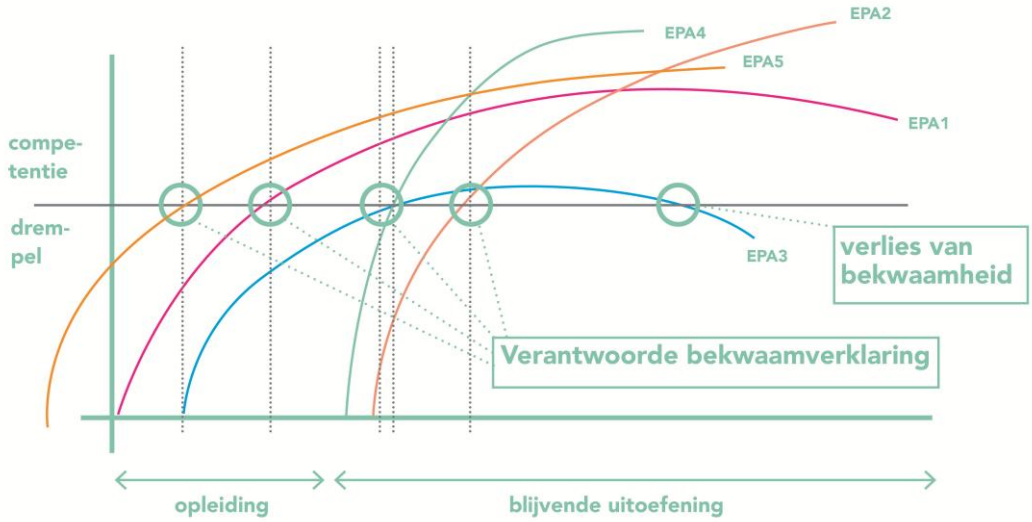
Bekwaamheidsniveaus[9]

1. De aios observeert (voert niet zelf uit)
2. De aios voert een activiteit uit onder directe, proactieve supervisie
3. De aios voert een activiteit uit onder indirecte, reactieve supervisie (supervisor is wel snel oproepbaar)
4. De aios voert een activiteit geheel zelfstandig uit.
5. De aios geeft zelf supervisie aan jongere lerende

Figuur 5. De bekwaamheidsniveaus waarop EPA's kunnen worden uitgevoerd c.q. toevertrouwd. Aan het eind van de opleiding worden tenminste alle EPA's op niveau 4 beheerst. De aios en opleider bespreken bij welke EPA's niveau 5 wordt nagestreefd.

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 in opleiding is. 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 “onderbuikgevoel” 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.

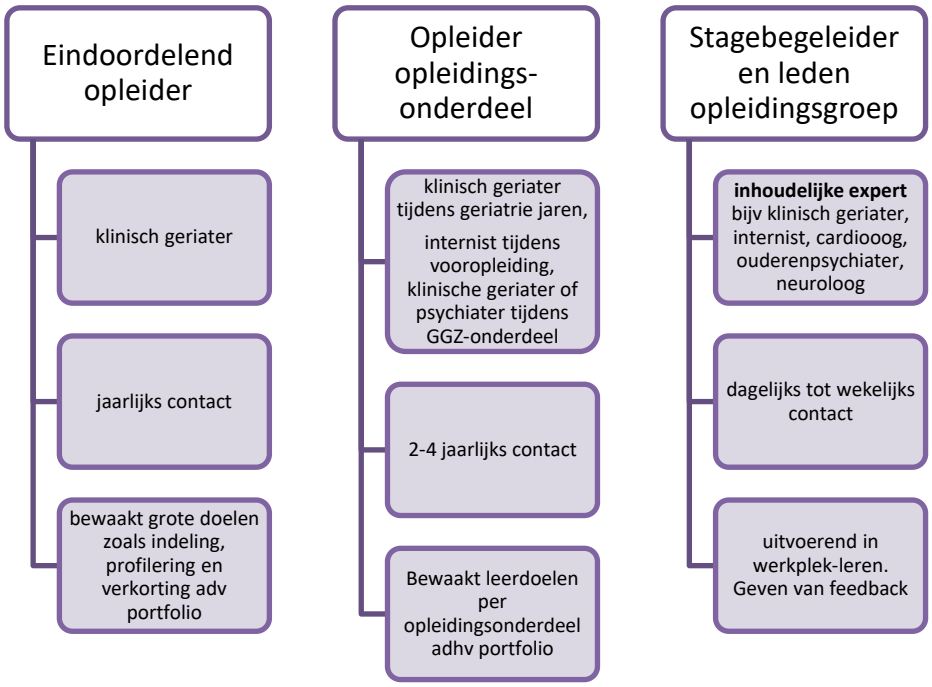
Tabel 3. Handreiking om bekwaamheid in te schatten. Onderbuikgevoel kan daarmee worden geconcretiseerd door de verantwoordelijk opleider klinisch geriatrie en opleidingsgroep.

Relatie EPA’s en algemene competenties
Voor een goede uitvoering van elke EPA heeft een aios de juiste persoonskenmerken (competenties) nodig. In Figuur 1 wordt 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.



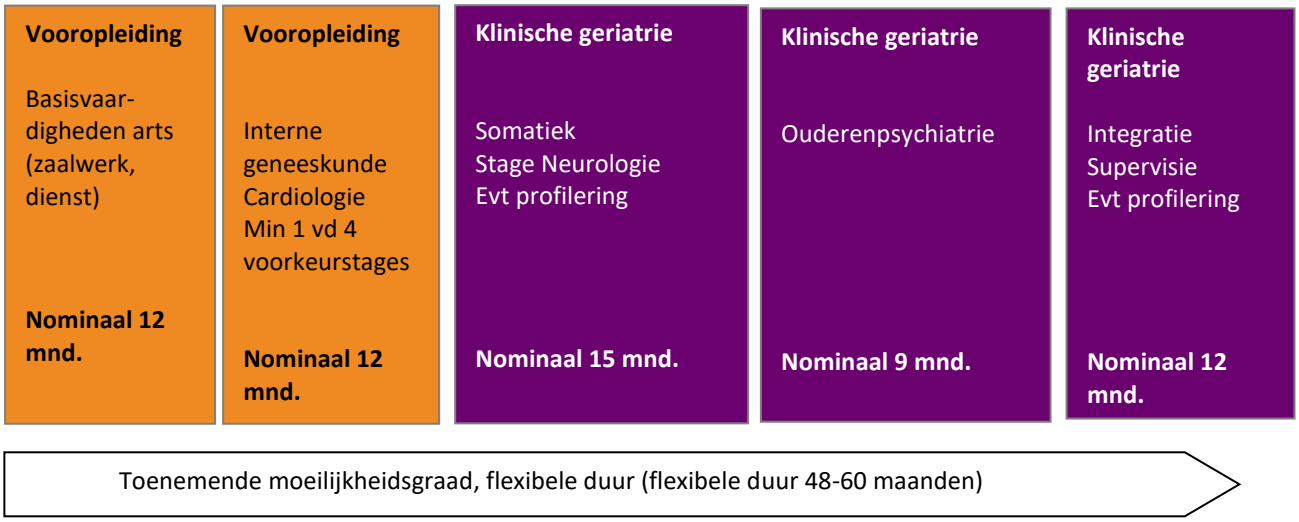
Figuur 7. Het wie, wanneer en wat van de eindoordelend opleider, opleider opleidingsonderdeel en stagebegeleider. Soms heeft men meer dan één rol tegelijk. De verschillende opleiders informeren elkaar waarbij het portfolio van de aios als basis dient.

Eindoordelend opleider
Elke aios heeft één eindoordelend opleider met wie regelmatig, jaarlijks, contact is. Deze opleider stelt samen met de aios het opleidingsschema vast vooraf aan de opleiding en verleend 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 eindoordelend 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 eindoordelend 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. Binnen het opleidingsonderdeel in de Ouderenpsychiatrie vinden de voortgangsgesprekken zowel plaats met de klinisch geriater als de psychiater die betrokken is bij dit opleidingsonderdeel. Het is optioneel of de opleider psychiatrie deelneemt aan ieder voortgangsgesprek dan wel slechts bij een deel ervan betrokken is. De opleider ontvangt de bevindingen van een voortgangsgesprek, waaraan hij/zij niet deelneemt, steeds binnen redelijke termijn. Binnen het samenwerkingsverband van de regionale opleiding wordt dit, inclusief verantwoordelijkheden, concreet vormgegeven.

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



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".

Keuzestages/profilering
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 geriater, eventueel met een extra profiel.

Profilering kan binnen de opleidingsinstelling via vakinhoudelijke verdiepingsstage bijvoorbeeld psychiatrie, mobiliteit, acute klinische geriatrie, palliatieve zorg, geriatrische oncologie of gerontofarmacologie of via een overkoepelende stage bijvoorbeeld op het gebied van management, wetenschap, kwaliteit of onderwijs.

Alternatief is een externe stage: met een maximum van in totaal drie maanden van het onderdeel somatische geriatrie kan in een externe of andere setting dan de tweedelijns patiëntenzorg van de somatische geriatrie worden doorgebracht. Ook dat kan op het gebied van management, wetenschap, kwaliteit of onderwijs. Een andere mogelijkheid is het volgen van een stage in een andere setting dan de toekomstige werksetting zoals in het verpleeghuis of stage op een andere afdeling (geen klinische geriatrie). Het Besluit Klinische Geriatrie geeft de kaders voor de keuzestage aan. De keuzestage kan worden ingepland na afstemming tussen aios en eindoordelend en lokale opleider tijdens de klinische geriatrie.

2.4.5 Verkorting en verlenging op basis van inhoud

Onderstaande tabel 4 geeft een richtlijn aan de eindoordelend 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 opleidingsonderdeel 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 opleidingsinstelling te zijn, bijvoorbeeld in de vorm van anios-werkervaring, zodat de Europese *minimumnorm van 48 maanden in een erkende opleidingsinstelling* wordt gehaald.

2.4.6 Minimale kaders van toetsing (verplichtingen t.a.v. onderwijs en toetsinstrumenten)

De volledige toetsmatrix van de opleiding staat beschreven onder paragraaf 2.7.4. Een aantal onderdelen is voor alle aiossen verplicht:

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

Tijdens klinische geriatrie
- minimaal 16 LOAG-dagen, meer kan uitsluitend in overleg met de opleider en mits dit bijdraagt aan de individuele leerdoelen. De inhoud van de LOAG-dagen wordt vastgesteld door de commissie LOAG van de NVKG.
- in beginsel (één van) de jaarlijkse Geriatriedagen (zeer gewenst)
- 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

* **Deze verplichting is uitsluitend van toepassing in jaren waarin een kennistoets wordt afgenomen.**

- tijdens stage neurologie: onderwijs gericht op uitvoering van neurologisch onderzoek, scholing in acute neurologische beelden. Bij voorkeur wordt aangesloten bij onderwijs zoals ondersteund wordt door Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Ook andere werkvormen zijn mogelijk: praktijkonderwijs op genoemde items uitgevoerd door neuroloog of middels een gerichte e-learning.
- tijdens opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie: 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

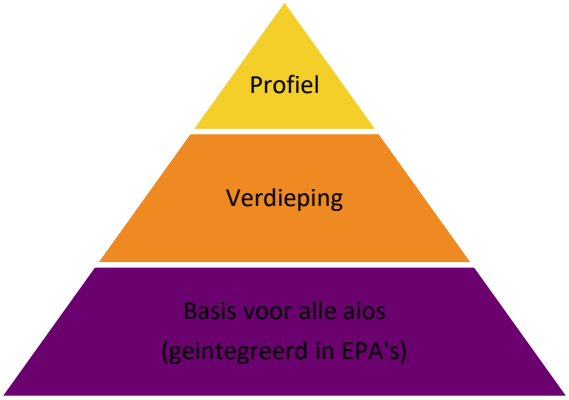
Als een aios sneller leert dan verwacht, is er ruimte voor verkorting van de opleiding en/of profilering. Profilering kan gedurende de hele opleiding plaatsvinden als extracurriculaire activiteit maar kan ook tijdens een ingeroosterde tijdsperiode (bijvoorbeeld inhoudelijke keuzestage, maximaal drie 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 voor profilering mogelijk, zoals elke EPA

Er zijn diverse richtingen van profilering mogelijk. Een aantal zijn al "gebruikelijk" zoals wetenschap en gerontofarmacologie, 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 vakinhoudelijke verdieping bijvoorbeeld psychiatrie, mobiliteit, acute klinische geriatrie, palliatieve zorg of geriatrische oncologie. Ook is een meer overkoepelende stage mogelijk bijvoorbeeld op het gebied van 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 weergeven hoe een profiel kan worden voorgesteld. In bijlage 4 zijn een aantal voorbeelden uitgewerkt die als handvat zouden kunnen dienen.

2.5.3 In welke setting profileren



Profileren kan zowel binnen als buiten de opleidingsinstelling, 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 universitaire docentenaantekening. 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 avonduren 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 CGS 2019[10] dient elke aios een wetenschappelijk product te maken, waarbij in de onderstaande tabel 5 handreikingen worden gegeven wat wel en niet volstaat. In overleg tussen aios en opleider wordt vastgesteld dat de aios zelf voldoende wetenschappelijke vaardigheden verwerft bij de opzet, uitvoering van het onderzoek en/of schrijven van een publicatie. De opleider bepaalt of de aios die als 3e auteur wordt genoemd van een artikel voldoende heeft geparticipeerd en daarbij voldoende vaardigheden verworven heeft. Tevens is wetenschappelijke vorming door de opleiding heen aanwezig middels scholing, zelfstudie en toepassing van richtlijnen. Naast het 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/derde auteur	Ja
Origineel artikel of ander artikel, niet eerste, tweede of derde 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 de aios schrijft een hoofdstuk
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 en intervisie

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, de aios heeft de keuze (in overleg met zijn opleider en aan de hand van het IOP) welke 16 LOAG-dagen hij volgt (naast de verplichte 2 JaarLOAG-dagen tijdens de interne). I.k.v. individualisering kunnen i.o.m. de opleider andere afspraken worden gemaakt.
Daarnaast is deelname aan de jaarlijkse Geriatriedagen een zeer gewenst onderwijsmoment tijdens de drie opleidingsjaren klinische geriatrie en de aios neemt in beginsel deel aan (één van) de Geriatriedagen en bij voorkeur ook tijdens de vooropleiding. Tijdens de interne vooropleiding en de Ouderenpsychiatrie wordt de aios in de gelegenheid gesteld om aan het verplichte onderwijs van de interne geneeskunde en ouderenpsychiatrie 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.

*** Deze verplichting is uitsluitend van toepassing in jaren waarin een kennistoets wordt afgenomen.**

Regionaal, lokaal en discipline overstijgend
Op regionaal en lokaal niveau wordt dit uitgewerkt en afgestemd.

Intervisie
In het regionaal opleidingsplan wordt de opzet van intervisiebijeenkomsten beschreven. De mogelijkheid van intervisie wordt aan alle aios aangeboden. Tijd voor intervisie wordt binnen de kaders voor opleidingstijd aangeboden. Afspraken worden gemaakt opdat intervisie begeleid wordt door een voldoende onafhankelijk deskundige.

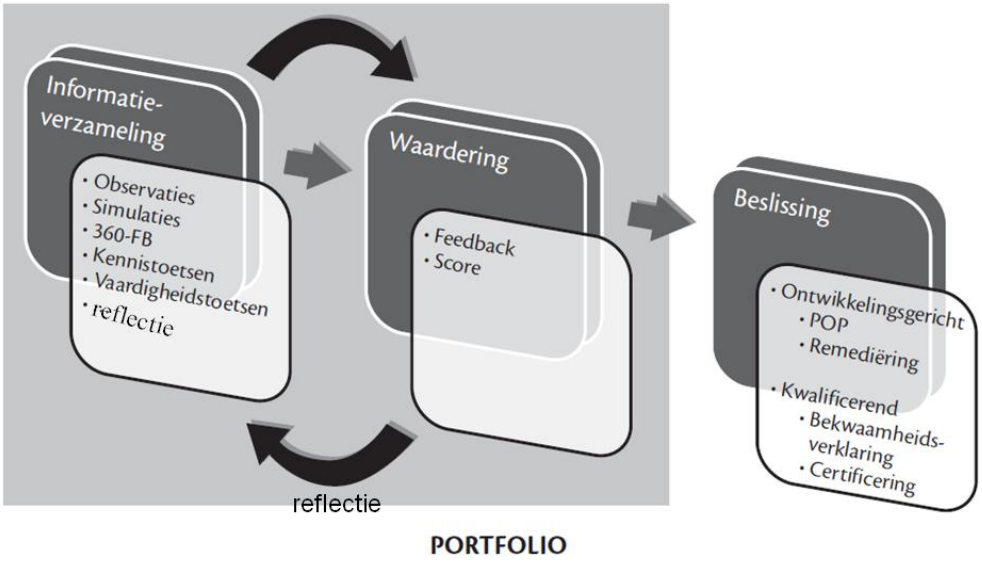
2.7 PORTFOLIO LEREN

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 attituden en gedrag. Dit kan uiteindelijk leiden tot bekwaam verklaren op specifieke opleidingsonderdelen, de EPA’s. Figuur 10 toont leren met een portfolio.

De volgende toetsinstrumenten (ook wel bewijsstukken) zijn onderdeel van het portfolio
- Individueel opleidingsplan met sterkte zwakte analyse
- Korte Praktijkbeoordeling (KPB)
- Landelijke kennistoets (LKT)
- Korte Theoretische Toets (KTT)
- Critical Appraised Topic (CAT)
- 360 graden feedback



Figuur 10. Opbouw van leren met een portfoliosysteem

Individueel opleidingsplan met sterkte zwakte analyse: Reflectief leren is zeer belangrijk in portfolioleren. Centraal in het portfolio staat het individuele opleidingsplan met sterkte 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 in het KPB-formulier. De KPB hoeft niet alle elementen van de EPA te dekken, in afstemming met de aios kan ervoor 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 geriatrische onderwerpen getoetst. Opleidingsclusters gebruiken hiervoor verschillende werkwijzen, welke in het clusteropleidingsplan zijn vastgelegd. Het aantal KTT's per opleidingsonderdeel is afhankelijk van kennisniveau en leerstijl van de aios. De opleider beslist hoeveel KTT's een aios moet doen. Iedere aios heeft minstens één KTT per opleidingsonderdeel. Het is passend om het thema van de KTT te ontlenen aan de EPA's waar de aios op dat moment op basis van het IOP mee bezig is.

LKT: De verplichte* landelijke kennistoets (LKT) is een formatieve toets: 'voortgangstoets', zonder formele cesuur en dus zonder 'slaag' of 'zak' beoordeling. De toets dient als kennisterugkoppeling en stimulans om te leren en de opleiding te verbeteren voor respectievelijk aios en opleider. De LKT wordt in principe eenmaal per opleidingsjaar afgenomen.

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.

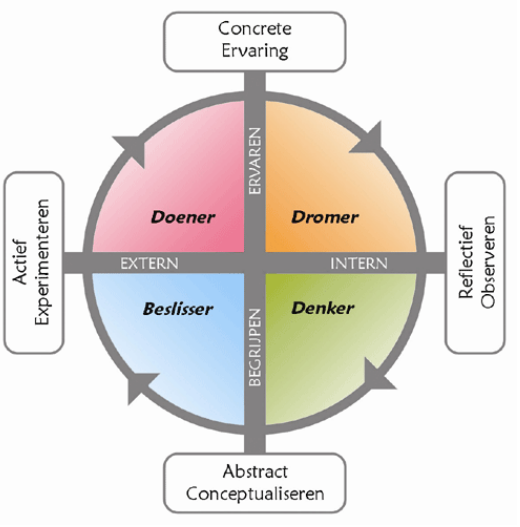
360 graden feedback: Hierbij geven mensen met wie de aios samenwerkt (collega artsen en andere collegae in de zorg) en patiënten eenmaal per jaar feedback op het functioneren van de aios op de werkplek. Vanuit deze verschillende perspectieven krijgt de aios feedback. De resultaten worden met de opleider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

* **Deze verplichting is uitsluitend van toepassing in jaren waarin een kennistoets wordt afgenomen.**

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 11 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 Kolb[12]

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				Neurologie	GGZ/Ouderenpsychiatrie#			Somatiek deel 2			
	3 mnd	6 mnd	9 mnd	12 mnd	3 mnd	3 mnd	6 mnd	9 mnd	3 mnd	6 mnd	9 mnd	12 mnd
Persoonlijke voortgang												
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	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Toetsing												
Overzicht bewijsmaterialen	eind van de opleiding volledig											
Geschiktheidsverklaring				•	•							•
Patiëntgebonden EPA's*												
EPA CGA	•	•										
EPA Psychiatrische toestandsbeelden en probleemgedrag bij kwetsbare ouderen						•	•	•				
EPA Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling					•							
Overige patiëntgebonden 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.											
Landelijk en overig cursorisch onderwijs												
LOAG-dagen en overig cursorisch onderwijs	De aios heeft de keuze (in overleg met zijn opleider en aan de hand van het IOP) welke 16 LOAG-dagen hij volgt (naast de verplichte 2 JaarLOAG-dagen tijdens de interne). Voorkeur heeft om ook tijdens de interne aan de 2 jNVKG LOAG-dagen deel te nemen. Verder worden er per opleidingsjaar 10 onderwijsdagen landelijk, in opleidingscluster of in opleidingsinstelling gevolgd. Tijdens de vervolgopleiding volgt de aios 16 LOAG-dagen, keuze wordt bepaald in overleg met opleider aan hand van IOP.											

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.
In het opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie neemt de klinisch geriater die betrokken is bij de opleiding ook deel aan voortgangsgesprekken (ook als desbetreffende geriater formeel niet de opleidersfunctie bekleedt).

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.

De opleiding klinische geriatrie bestaat uit opleidingsonderdelen of stages die gevolgd worden binnen een regionaal netwerk van opleidingsinstellingen die met elkaar samenwerken in een cluster, via een samenwerkingsverband of bestuurlijke opleidingseenheid. Elke opleidingsinstelling dient deel uit te maken van zo'n bestaand regionaal netwerk (cluster). Deze clusters zijn extra belangrijk geworden door de toename van het aantal opleidingsinstellingen en daarmee optredende verdunning van het aantal aios over de opleidingsinstellingen. Met de verdunning kan een gebrek aan peer-support ontstaan. Deze clusters zijn vastgesteld om de samenwerking tussen opleidingslocaties te bevorderen en een kwalitatief hoogstaande en samenhangende opleidingsstructuur te waarborgen. Zie www.nvkg.nl voor de vastgestelde indeling van de clusters inclusief de daartoe behorende opleidingsinstellingen.[13]
Alle opleidingsinstellingen binnen een cluster dragen bij aan de opleiding van de aiossen en hanteren een gezamenlijke visie op inhoud en kwaliteit van de opleiding. Het is de verantwoordelijkheid van de clusters om periodieke, genotuleerde, kliniek-overstijgende clustervergaderingen (regionale opleidingsvergaderingen) te organiseren. Hierbij is een vertegenwoordiging van aiossen uit de verschillende opleidingsinstellingen aanwezig. Deze aiossen behartigen de belangen van de aiossen in de regio, kunnen eigen verbeterpunten inbrengen en knelpunten rapporteren binnen de opleidingen en actief meedenken over mogelijke oplossingen. Daarnaast dienen clusters intervisie te organiseren. Onderwijs- en intervisiebijeenkomsten worden binnen de kaders voor arbeid-opleidingstijden georganiseerd. Er worden afspraken gemaakt opdat intervisie begeleid wordt door een onafhankelijk deskundige. Instrumenten om de kwaliteit van de opleiding na te gaan, worden besproken in de regionale opleidingsvergadering.

Kaderbesluit	Opgesteld door het College Geneeskundige Specialismen (CGS) Algemene eisen die gelden voor alle geneeskundige vervolgopleidingen
Besluit Klinische Geriatrie	Opgesteld door het College Geneeskundige 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 Besluit Klinische Geriatrie naar structuur, inhoud, uitvoering en kwaliteit van de medische vervolgopleiding tot klinisch geriater
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; dit plan beschrijft onder andere op welke wijze voorzien is in onderwijs- en intervisiebijeenkomsten, evenals regionale opleidingsvergaderingen
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 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 opleidingsonderdelen/stages zijn conform plan in duur vermeld;
2. De inhoud van de opleiding (EPA's) zijn aan alle bovengenoemde opleidingsonderdelen/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 eindoordelend 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 geriater, 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 eindoordelend 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 eindoordelend opleider volgt de aios jaarlijks gedurende de opleiding en stemt in afstemming met de andere opleiders de eventuele opleidingsverkorting 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 minimumeisen 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 aiossen 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 geeft richting aan de feedback en de gewenste professionalisering (Bijlage 6).

3.4 KWALITEIT

De invoering en toepassing van dit opleidingsplan vereist een goede voorbereiding van aios, van de leden van het opleidersteam en van de opleidingsinstelling. 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 opleiding
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 opleidingsinstelling (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.
- Stimuleren van een veilig opleidingsklimaat, mede o.b.v. de 'Handreiking veilig opleidingsklimaat binnen de opleiding geriatrie' van de NVKG;
- Continuïteit van supervisie die 7x24 uur laagdrempelig beschikbaar is;
- Voldoende aandacht en tijd van opleider en opleidingsgroep;
- Goede onderlinge attituden 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 zijn instrumenten ontwikkeld, de SET-Q en EFFECT. De evaluatie met SET-Q/ EFFECT (of hiermee gelijkgestelde en gevalideerde kwaliteitsinstrumenten) 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.

3.5 IMPLEMENTATIE

De implementatie van EIK wordt op hoofdlijnen aangestuurd door het concilium. Binnen de opleidingsclusters zijn de opleiders verantwoordelijk voor het proces van invoering van de herziende opleiding. Ontwikkelingen in de regelgeving voor en uitvoering van medische vervolgopleidingen/ Besluit Klinische Geriatrie, implementatie van de 'neurologie-stage' en ervaringen met EPA-gericht opleiden sinds invoering van EIK 2016, hebben geleid tot beperkte aanpassingen per 2021. Opleiden van klinisch geriaters blijkt steeds weer een continu proces van verbetering en aanpassingen. Deels gaat dit proces ook gepaard met aanpassing van het opleidingsplan. Belangrijke wijzigingen in aanpassing EIK 2021 zijn de verheldering van de mate van dienstinzet tijdens het opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie, de invoering van mogelijkheid tot deelname aan intervisie, beschikbaarheid van vertrouwenspersoon. De betrokkenheid van de klinisch geriater bij het opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie is nader omschreven, zo ook de praktische uitvoering van de stage neurologie.

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

- Overleg commissie LOAG 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 anios.
- Beschouwing ten aanzien van verplichte cursussen/verplicht onderwijs 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 proces van bekwaamverklaringen.
- Professionalisering van opleiders en leden opleidingsgroep.
- Verplichte cursus voor cluster (naast landelijk verplichte cursus), waaronder regionaal discipline overstijgend onderwijs.
- Mogelijkheid voor stages en intervisie.
- Stimuleren van een veilig opleidingsklimaat, mede o.b.v. de 'Handreiking veilig opleidingsklimaat binnen de opleiding geriatrie' van de NVKG.
- Samenstellen van een cluster opleidingsplan (regionaal opleidingsplan) waarin minimaal bovenstaande is vastgelegd.
- Coördinatie van implementatie aanpassen individuele opleidingsschemata 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 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) 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 conform gestelde in par 2.7.1

Bekwaamheid: Binnen 3-6 maanden haalbaar

EPA 2: Acute geriatrie

Specificaties: Omvat de patiënt met acute somatische problemen, deze onderliggende problemen manifesteren zich veelal met acuut ontstaan van geriatrische syndromen.

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. Verplichting om deze EPA deels tijdens diensturen te verwerven.

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, bloedgas prikken, uitvoeren (spoed)echografie	
	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 % - maximaal 20% van opleidingstijd worden diensten gedaan in de somatische 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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Verschillende hypothesen betreffende de pathofysiologie van een delier	Kan de etiologie van het delier bij een patiënt achterhalen middels CGA	Werkt multi- en interdisciplinair samen om zorg voor delirante patiënt optimaal vorm te geven
Relevante richtlijnen over delier	Past de verschillende screenende en diagnostische meetinstrumenten voor een delier toe in de praktijk	Verantwoordelijkheid nemen voor kennisvermeerdering over het delier bij andere disciplines
Predisponerende en uitlokkende factoren		
Verschillende verschijningsvormen van een delier en de daarop lijkende ziektebeelden (zoals Parkinson(isme), Lewy Body Dementie))	Schrijft rationeel medicatie voor bij een delier	
Antipsychotica	Kan een delier bij patiënt met Lewy Body Dementie en Parkinson(isme) herkennen en weet hoe dit te diagnosticeren en te behandelen	
WGBO en de daaruit voortvloeiende bevoegdheden en beperkingen bij een wilsonbekwame, delirante patiënt	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	

Minimale vereisten en toetsing
Minimaal 3x KPB over delier in diverse settings
KTT conform gestelde in par 2.7.1

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: pas haalbaar na voldoende ervaring in consultensetting

EPA 4: Dementie en cognitieve stoornissen

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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Diagnostische criteria dementie in algemeen en de diverse onderscheiden dementiesyndromen	Diagnostiek en behandeling van bovengenoemde syndromen	Basisattitude waarbij zowel patiënt als mantelzorger zich gehoord voelen
Criteria wilsbekwaamheid	(Hetero)anamnese betreffende cognitieve achteruitgang	Bereidheid tot interdisciplinair samenwerken en overleg
Relevante richtlijnen	Basistesten klinimetrie cognitieve stoornissen lege artis uitvoeren en kunnen interpreteren	Bereidheid tot participatie in ketenzorg dementie
Medicatie als behandeling bij dementie en middelen die een negatieve invloed op cognitie hebben	Interpreteren uitkomst neuropsychologisch onderzoek en kan omgaan met de onzekerheden	Belangenbehartiging van de patiënt met dementie
Regelgeving betreffende autorijden bij dementie	Herkent de samenhang met gedrags- en stemmingsstoornissen	
Zorgnetwerk rondom dementie in regio	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	

Minimale vereisten en toetsing
Minimaal 3 KPB's over bovenstaande
KTT conform gestelde in par 2.7.1
Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid: pas haalbaar na voldoende leerervaring op geheugenpolikliniek

EPA 5: Functionele achteruitgang, frailty en chronische ziektelast

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, (p)revalidatie, herstel en nazorg. Frailty bij hoogrisico interventies (oncologie, cardiologie)

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

Kennis	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Belangrijkste determinanten die functieverlies veroorzaken; Leefstijlkenmerken met impact op functieverlies en relevante preventieve maatregelen om middels leefstijlinterventies functieverlies tegen te gaan Relevante klinimetrie 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	Toepassen en interpreteren klinimetrie 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	Oog voor reversibiliteit en irreversibiliteit, inclusief inbrengen van leefstijlinterventies als deel van behandelplan.

Minimale vereisten en toetsing

Minimaal 3x KPB waarvan 1x multidisciplinair overleg voorzitten
KTT conform gestelde in par 2.7.1

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid afhankelijk van doorlopen leertraject

EPA 6: Palliatieve zorg

Specificatie: Het betreft Palliatieve zorg.

Bijbehorende onderwerpen: pijn, dyspnoe en advance care planning.

Setting: op de spoedeisende hulp, klinische afdelingen en polikliniek

Kennis	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Dyspnoe, pijn en overige symptomen in de palliatieve fase	Beoordelen dyspnoe en pijn bij patiënt zonder en met dementie	Bereidheid tot interdisciplinair samenwerken en overleg
Richtlijnen over palliatieve zorg	Bespreken existentiële problemen en spiritualiteit	Reflectie op eigen normen en waarden en in relatie tot patiënt en zorgproces
Wet en regelgeving rondom euthanasie en palliatieve sedatie	Zorg en behandelplan opstellen met patiënt en mantelzorg	Houdt rekening met verschillen, achtergrond, in persoonlijke en culturele waarden
	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	

Minimale vereisten en toetsing
Minimaal 2x KPB´s
KTT conform gestelde in par 2.7.1.

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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Farmacokinetiek en dynamiek bij ouderen	Rationeel kunnen voorschrijven	Openstaan voor bezwaren die patiënten kunnen hebben tegen farmacotherapie
Indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen, interacties, time to benefit	Het kunnen uitvoeren van een medicatiebeoordeling conform de richtlijn	Kritische beschouwing t.a.v. gebrekkige bewijs bij ouderen t.a.v. veelgebruikte medicatie
START en STOPP criteria	Therapieontrouw herkennen en beleid maken hiervoor	
Relevante richtlijnen over polyfarmacie	Zorgen voor een goede ketenoverdracht	
Kennis van bestaan diverse informatiebronnen	Overleggen met een apotheker over een medicatievraagstuk	

Minimale vereisten en toetsing
Minimaal 1 KPB medicatiereview
KTT conform gestelde in par 2.7.1.

Relevant verplicht onderwijs vanuit de opleiding

Bekwaamheid afhankelijk van doorlopen leertraject

EPA 8: Psychiatrische toestandsbeelden en probleemgedrag bij kwetsbare ouderen

Specificatie: Het omvat de geriatrische patiënt met psychiatrische problematiek

Bijbehorende ziektebeelden en klinische problemen: gedragsproblemen bij dementie, stemmingsstoornissen, angststoornissen, rouw, persoonlijkheidsstoornissen, realiteitstoetsingsstoornissen (psychose maar ook bij dementie en delier), somatische symptoomstoornissen, agressie (fysiek, emotioneel, verbaal), verwaarlozing, ouderenmishandeling, verslaving en alcoholmisbruik, slaapstoornis.

Setting: Het opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie binnen de opleiding klinische geriatrie kan plaatsvinden binnen opleidingsinstellingen waar ouderenpsychiatrie aantoonbaar aanwezig is zoals

- een ambulant team/polikliniek/afdeling ouderenpsychiatrie of geriatrie in de GGZ of
- een GAPZ (geriatrische afdeling psychiatrisch ziekenhuis) of
- een afdeling psychiatrie in een algemeen of academisch ziekenhuis met een gespecialiseerde unit voor ouderenpsychiatrie of
- een gespecialiseerde behandelafdeling voor patiënten met gedragsproblemen bij dementie mits verbonden aan een voor de opleiding erkende GGZ-instelling.

Kennis	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Classificatie van veelvoorkomende psychiatrische aandoeningen (DSM 5) Behandelopties/interventies bij hierboven genoemde psychiatrische aandoeningen Farmacotherapie van de belangrijkste klassen geneesmiddelen binnen de psychiatrie Kaders van de wetgeving (WGBO, WZD, Wvggz en wetten inzake curatele, bewindvoering, mentorschap)	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	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 conform gestelde in par 2.7.1 Relevant verplicht onderwijs: conform gestelde in par 2.4.6.	
Bekwaamheid: pas haalbaar na opleidingsonderdeel Ouderenpsychiatrie en/of relevante werkervaring in de ouderenpsychiatrie	

EPA 9: Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling

Specificatie: vallen en mobiliteitsstoornissen bij kwetsbare ouderen thuis en 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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Risicofactoren van bovengenoemde problemen en ziektebeelden	Het goed kunnen uitvoeren van een uitgebreid neurologisch onderzoek	Ziet vallen als een probleem dat nader onderzoek behoeft en kan dit ook anderen uitleggen.
Diagnostiek en behandeling van bovengenoemde problemen en ziektebeelden	Anamnese van bovenstaande ziektebeelden ook in acute situaties	Heeft een actieve bijdrage aan valpreventie in de kliniek
Relevante richtlijnen	Gericht en doelmatig inzetten van diagnostiek, in chronische en acute situatie	Heeft oog voor impact van gevolgen van vallen en preventieve maatregelen op kwaliteit van leven
	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	

Minimale vereisten en toetsing

3 KPB´s over minimaal 3 van bovenstaande thema´s
KTT conform gestelde in par 2.7.1

Relevant verplicht onderwijs conform gestelde in par 2.4.6.

Bekwaamheid pas haalbaar na stage neurologie 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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Kent het nut en de noodzaak van indicatoren, kwaliteitsregistraties, kwaliteitsvisitaties en andere vormen van kwaliteit	Kan met behulp van een PDCA-cyclus een verandering op de werkvloer doorvoeren	Heeft een positieve attitude ten aanzien van kwaliteit en patiëntveiligheid
Weet hoe richtlijnen tot stand komen en wat de beperkingen zijn ervan	Gebruikt de meest recente richtlijnen en kan adequaat afwijken als dat voor de individuele patiënt beter is.	Draagt bij aan verdere verbetering van doelmatigheid door het nastreven van zinnige en zuinig zorg
Kennis van kwaliteit verbeterende technieken	Kan geldende wet en regelgeving toepassen in de praktijk	Is transparant over de kwaliteit van medisch handelen naar patiënt en samenleving
Heeft kennis van begrippen calamiteit en incidenten in de zorg en kent de bijbehorende procedures	Draagt actief bij aan verbeterinitiatieven betreffende patiëntveiligheid en kwaliteit	
Doelmatigheid als wezenlijk aspect van 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.	

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, leiderschap en organisatie

Specificatie:
Het betreft de beroepsspecifieke 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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Kent principes van (zelf)reflectie	Anticiperen op veranderingen Adequaat timemanagement hanteren	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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Kennis van de belangrijkste groepsdynamische principes en het effect daarvan op samenwerking Kent de basisprincipes van veranderingsmanagement	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)	Heeft inzicht in belangen van de ander en het effect daarvan op samenwerking

c) Instelling

Kennis	Vaardigheden	Attitude en gedrag
De organisatiestructuur van een instelling Financiële systeem van vergoeding van geleverde zorg	Registreert adequaat en conform geldende normen de geregistreerde zorg Kan participeren in niet-patiëntgebonden werkgroepen	Handelt kosteneffectief en doelmatig

d) Buiten instelling

Kennis	Vaardigheden	Attitude en gedrag
De rol van de klinisch geriater in de keten en het zorglandschap	Levert een maatschappelijke bijdrage aangaande de oudere patiënt Kan participeren in werkgroepen die overkoepelend zijn	Levert 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 beroepsspecifieke 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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Regels rondom scholing en nascholing	Zelfreflectie omzetten in persoonlijke leerdoelen	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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Kennis van belangrijkste leerstrategieën	Adequate presentatie vaardigheden	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	**Vaardigheden**	**Attitude en gedrag**
Basiskennis van epidemiologie en statistiek Kennis van evidence-based medicine (EBM) Kennis van generaliseerbaarheid en selectiebias aangaande oudere patiënten	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	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 mantelzorger. 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 bevattingsvermogen, 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 leidinggeeft (netwerkgeneeskunde).
3.2 verwijst adequaat:	De klinisch geriater verwijst de geriatrische patiënt adequaat, zowel naar orgaan specialisten als naar generalistische revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde.
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 (netwerkgeneeskunde).
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	**Leiderschap**
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 kader. 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 ter benutting voor life-long learning.
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 daarbinnen:	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	Samenwerking	Leiderschap	Professionaliteit	Maatschappelijk handelen	Kennis en wetenschap
1. Comprehensive Geriatric Assessment	X	X	X	X	X	X	X
2. Acute geriatrie	X	X	X	X		X	
3. Delier	X	X	X				
4. Dementie en cognitieve stoornissen	X	X	X				
5. Functionele achteruitgang, frailty en chronische ziektelast			X	X		X	
6. Palliatieve zorg	X	X	X		X		
7. Polyfarmacie	X		X				X
8. Psychiatrische toestandsbeelden en probleemgedrag	X	X	X		X		
9. Mobiliteit, vallen en neurologische beoordeling	X		X				
10. Doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid	X	X	X	X	X	X	X
11. Management, leiderschap en organisatie		X	X	X	X		
12. Onderwijs en wetenschap		X			X	X	X

Tabel 8. Entrustable Professional Activities (beroepsspecifieke 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

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

Figuur 12. Onderdelen vooropleiding en duur onderdelen

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 electrolytstoornissen, 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 voorkeursstages

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, maagdarmleverziekten, longgeneeskunde, algemene poliklniekstage. Analoog 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 zal 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, palpitaties, oedeem, shock, syncope en hartgeruisen.
- Het leren omgaan met indicaties voor specifieke cardiologische hulponderzoeken zoals elektrocardiografie, echocardiografie, hartkatheterisatie, CT, MRI, nucleair beeldvormend onderzoek, ambulante elektrocardiografie, 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 timemanagement 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.
- Adequaat 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, urineonderzoek 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).

Scholing in (spoed)echografie

(Spoed)echografie krijgt allengs als ondersteunende procedure een positie in de alledaagse beoordeling van patiënten met name waar het acute zorg betreft. Per 1-1-2022 zijn de opleidingsinstellingen gestart met de implementatie van onderwijs over (spoed)echografie aan de aios geriatrie in vooropleiding interne geneeskunde. De vaardigheid dient in de jaren nadien geoefend te blijven (tijdens periode interne geneeskunde, alsook tijdens de opleidingsperiode Somatische geriatrie).

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 aan de jaarlijkse kennistoets klinische geriatrie*.
LOAG-dagen: de 2 JaarLOAG-dagen zijn verplicht tijdens de vooropleiding interne. Tevens is het wenselijk om aan de 2 jNVKG LOAG-dagen deel te nemen. 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 eindoordelend 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.

* **De kennistoets klinische geriatrie is verplicht in jaren waarin een kennistoets wordt afgenomen**

BIJLAGE 4 Voorbeelden van profilering

Indien een aios een steile leercurve heeft en/of een opleidingsinstelling 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 aiossen 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
Aiossen 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, leiderschap en organisatie 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 aiossen kiezen voor een drie maanden keuze stage in het onderwijs (AKO-schap). Indien aan de criteria wordt voldaan, is het soms mogelijk om de een universitaire docentaantekening 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 psychiatrie, mobiliteit, acute klinische geriatrie, palliatieve zorg, geriatrische oncologie en cognitieve stoornissen.

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: - 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.

BIJLAGE 6 Competentieprofiel van de opleider en leden opleidingsgroep

Voor het competentieprofiel van de opleider en leden opleidingsgroep wordt verwezen naar de Competentieset Supervisoren en opleiders in de medisch-specialistische vervolgopleiding in Bijlage 1 van het Kwaliteitskader Medisch-specialistische vervolgopleidingen (cluster 2, 1 mei 2026) (https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2021-12/kwaliteitskader_medisch-specialistische_vervolgopleidingen.pdf).

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. besluit klinische geriatrie. 2022.
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. 2021.
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 Geneeskundige Specialismen. Kaderbesluit CGS. 2023.
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. Handreiking en implementatietools Regionaal Opleiden. DJS, NFU, FMS, NVZ, STZ. 2022.