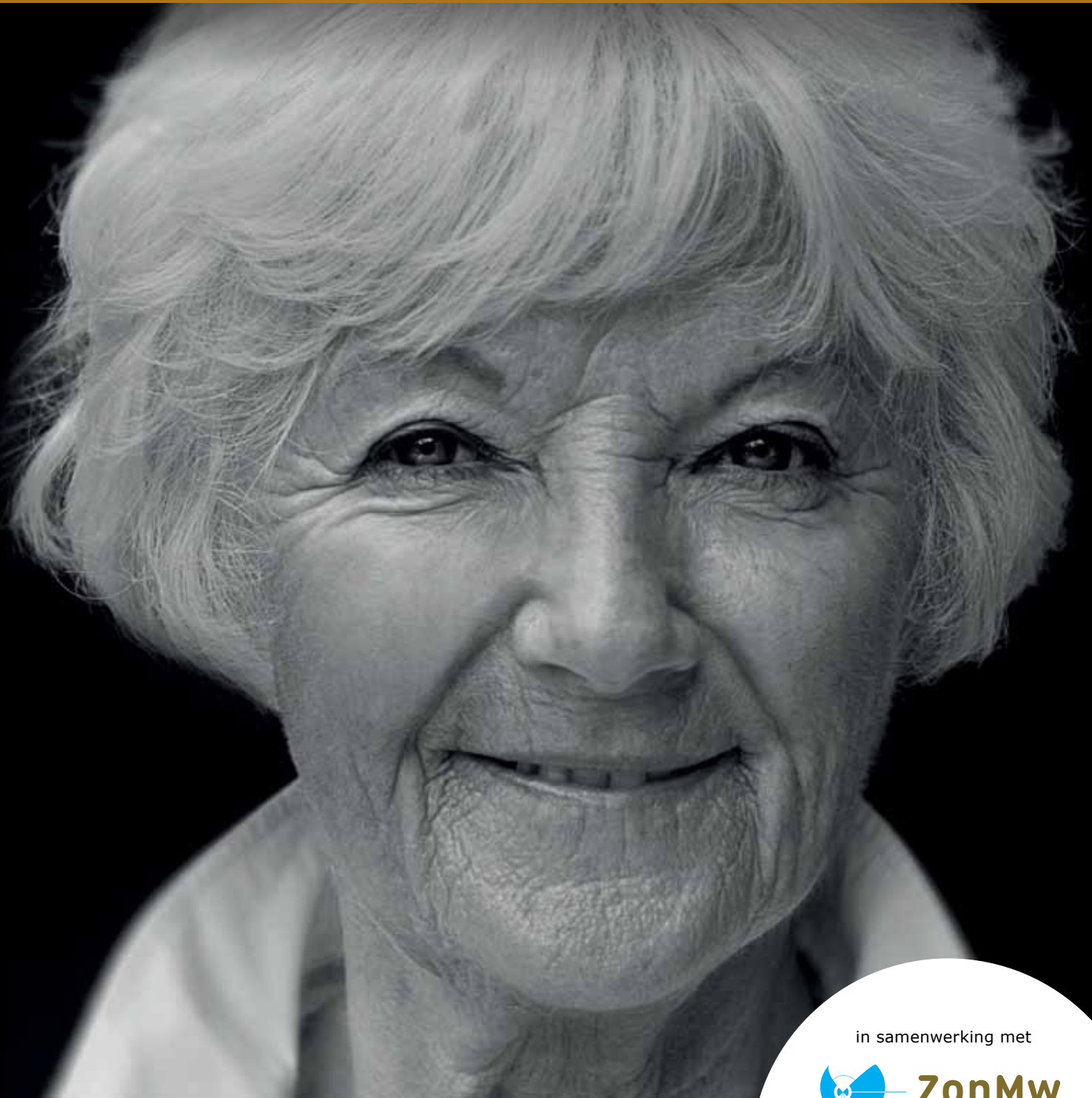


Basiscompetenties ouderengeneeskunde

voor basisartsen



in samenwerking met



ZonMw

Leyden **Academy**

ON VITALITY AND AGEING



Hiltsje Heemskerk MSc, arts
Dr. David van Bodegom, arts
Ir. Marieke van der Waal
Prof. dr. Rudi Westendorp, arts

© 2015 Leyden Academy on Vitality and Ageing

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met ZonMw
in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	6
Werkwijze	9
Tabel 1. Geraadpleegde deskundigen	11
Internationale inventarisatie	13
Tabel 2. Geraadpleegde internationale richtlijnen	13
Basiscompetenties ouderengeneeskunde	14
Samenvattingskaart	24
Conclusie	28
Bronnen	29
Appendix: Verantwoording	31
Matrix internationale richtlijnen	31
Volledige internationale inventarisatie basiscompetenties ouderengeneeskunde	43

Samenvatting

Inleiding

De Nederlandse bevolking verouderd. Naar verwachting zal in 2040 het aantal 65-plussers tot 4,7 miljoen gestegen zijn. Gezien de toenemende zorgvraag van ouderen zal de zorg in bijna alle disciplines van de geneeskunde zich in toenemende mate op ouderen richten. De verbijzondering van ouderengeneeskunde is niet meer op zijn plaats, iedere toekomstige arts moet in staat zijn om ouderen te behandelen, ongeacht de gekozen specialiteit. Het huidige medische onderwijs is hier niet op ingericht. Een inventarisatie uit 2011 liet zien dat het Raamplan 2009 weinig specifieke eisen stelt, het initiële ouderengeneeskundig onderwijs op de faculteiten sterk varieert, slechts twee van de acht faculteiten een verplicht coschap ouderengeneeskunde kenden en studenten in de voortgangstoetsen maar zeer beperkt op ouderengeneeskundige vraagstukken werden getoetst. Om de groeiende groep oudere patiënten en de maatschappij te verzekeren dat iedere basisarts beschikt over de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het verlenen van goede medische zorg aan ouderen is een verdere uitwerking van het Raamplan 2009 gewenst.

Doel van dit rapport

Dit rapport heeft als doel om de basiscompetenties ouderengeneeskunde voor de geneeskundeopleiding in Nederland vast te stellen binnen het huidige CanMEDS-model en hoopt een leidraad voor de faculteiten te zijn.

Werkwijze

Het opstellen van deze basiscompetenties ouderengeneeskunde is volgens een aantal stappen verlopen; een internationale inventarisatie naar basiscompetenties ouderengeneeskunde van Europese landen en Engelstalige landen wereldwijd (onder andere richtlijnen, leerdocumenten, curricula, competentie-omschrijvingen). De acht aldus geïdentificeerde documenten zijn vertaald en ingedeeld volgens de zeven CanMEDS-rollen en samen met twee Nederlandse documenten gecombineerd en verwerkt tot een conceptlijst. Deze lijst is voorgelegd aan deskundigen (hoogleraren, onderwijscoördinatoren ouderengeneeskunde, beroepsverenigingen, studenten en ouderen) om tot een uiteindelijk consensus te komen.

Basiscompetenties

De basiscompetenties ouderengeneeskunde omvatten kennis en vaardigheden die een pas afgestudeerde basisarts op het gebied van ouderengeneeskunde moet hebben. De competenties zijn ingedeeld in zeven CanMEDS-rollen en vormen een nadere uitwerking van het Raamplan 2009 op het gebied van ouderengeneeskunde. Dit consensusdocument hoopt een leidraad te zijn voor de faculteiten om te waarborgen dat alle basisartsen zullen beschikken over de kennis en vaardigheden binnen de ouderengeneeskunde die zij in hun latere praktijk nodig zullen hebben.

Aanbevelingen

Aan de faculteiten

Het verdient aanbeveling om te inventariseren in hoeverre uw curriculum de studenten de basiscompetenties ouderengeneeskunde bijbrengt.

Aan de studenten

Goed onderwijs is in jullie belang. Het verdient aanbeveling om binnen uw studievereniging een werkgroep samen te stellen die uw curriculum onderzoekt op het overbrengen van de basiscompetenties ouderengeneeskunde.

Aan de NFU

Bij een herziening van het Raamplan bevelen wij aan naar de basiscompetenties ouderengeneeskunde te verwijzen als leidraad voor de faculteiten.

Aan allen die zich met ouderengeneeskunde bezighouden

De basiscompetenties ouderengeneeskunde moeten worden gezien als een dynamische lijst, waarvan herziening iedere vijf tot tien jaar (in een zelfde cyclus als het Raamplan) is vereist, om huidige kennis, inzichten en veranderingen in medisch onderwijs te verwerken.

Aan de organisatie van de interfacultaire voortgangstoets

Het verdient aanbeveling om de basiscompetenties ouderengeneeskunde te toetsen in de interfacultaire voortgangstoets.

Aan de ouderen

Als zorgcliënt is uw bijdrage aan verbeteringen in de zorg essentieel. Deze verbeteringen kunnen vervolgens worden vertaald naar onderwijsdoelen, waarmee (ouderen) zorg van goede kwaliteit wordt gewaarborgd. Wij bevelen u aan om betrokken te raken bij initiatieven rondom ouderenzorg.

Ten slotte

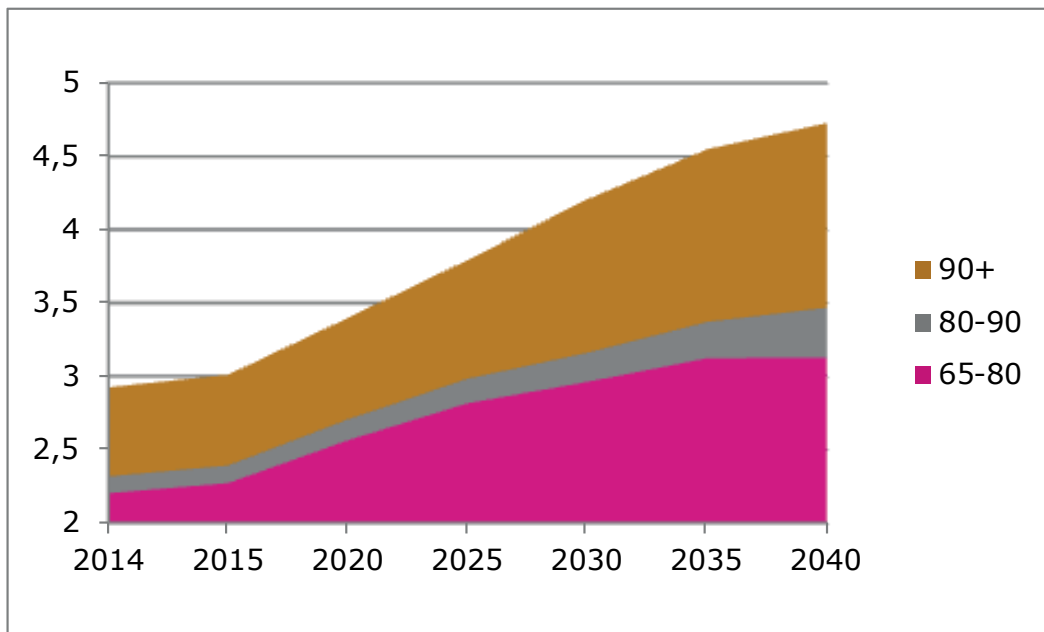
Goed opgeleide artsen voor de zorgvragen van de komende decennia zijn in ons aller belang. Wij hopen dat de basiscompetenties ouderengeneeskunde inspiratie bieden voor iedereen die zich voor goed medisch onderwijs inspant.

Inleiding

Iedere basisarts werkt in toenemende mate met oudere patiënten

De Nederlandse bevolking verouderd. In de periode tot 2040 zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,7 tot 4,7 miljoen (van 16 tot 26% van de bevolking), en het aantal personen van 80 jaar of ouder van deze groep stijgt van 25 naar 33% (1).

Figuur 1. Aantal 65-plussers in Nederland



Bron: *Demografie van de vergrijzing, Joop Garssen, 2011 (2)*

Ongeveer 66% van de 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen, een percentage dat stijgt tot 85% onder de mensen van 85 jaar en ouder. Patiënten met meerdere aandoeningen ontvangen vaak meer zorg dan de standaardzorg (3). Mede daardoor is de zorgconsumptie van ouderen hoger dan van jongeren; ouderen hebben meer contact met de huisarts, bezoeken vaker een specialist en worden vaker opgenomen in een ziekenhuis (4). Niet alleen is het zorggebruik van ouderen het hoogst, het neemt ook het hardste toe; het aantal ziekenhuisopnamen onder 65-plussers steeg bijvoorbeeld met 75% in de afgelopen 15 jaar, tegenover een toename van 59% in de groep 65-minners (5). Gezien de toenemende zorgvraag van ouderen zal de zorg in bijna alle disciplines van de geneeskunde zich in toenemende mate op ouderen richten. De verbijzondering van ouderengeneeskunde is niet meer op zijn plaats, iedere toekomstige arts moet in staat zijn om ouderen te behandelen, ongeacht de gekozen specialiteit.

Huidig ouderengeneeskundig onderwijs loopt sterk uiteen en is niet overal volledig

Uit internationaal onderzoek blijkt echter dat het ouderengeneeskundig onderwijs voor toekomstige artsen ondermaats is (6,7). In een wereldwijd onderzoek van de World Health Organization waarin het ouderonderwijs in 64 landen werd onderzocht, concludeerden de auteurs dat de belangrijkste reden waarom faculteiten geen ouderonderwijs aanboden het gebrek aan duidelijke geriatrische doelstellingen in het nationale curriculum was (8). Hoewel in Europa al in 1994 werd vastgesteld dat er een Europese consensus over de inhoud van een undergraduate core curriculum in geriatrics moest komen, werd dit pas in 2003 gerealiseerd met de ontwikkeling van een Europees curriculum. Uit een enquête in 2006 onder 31 van de 33 Europese landen bleek dat slechts 25 landen undergraduate onderwijs in ouderengeneeskunde aanboden, en dat ouderengeneeskundig onderwijs slechts in negen Europese landen een verplicht onderdeel was. Het Europese curriculum werd slechts in twee landen gebruikt (6). In de meeste Europese landen bleek dus nog een grote behoefte aan verbetering van het geriatrisch medisch onderwijs. Ook in Nederland is het ouderengeneeskundig onderwijs voor toekomstig artsen voor verbetering vatbaar. Uit een inventarisatie in 2011 blijkt dat ons huidige nationale curriculum, het Raamplan 2009, een te summiere beschrijving van ouderengeneeskunde geeft om gedegen onderwijs te kunnen waarborgen (9). Hoewel al in 2009 werd aangekaart dat geriatrisch praktijkonderwijs niet overal verplicht is (10), bleek uit de inventarisatie in 2011 dat destijds slechts twee van de acht opleidingen een verplicht coschap ouderengeneeskunde hadden.

De conclusie van de inventarisatie uit 2011 was dat er op verschillende plekken kwalitatief hoogwaardig onderwijs in de ouderengeneeskunde is, maar dat een compleet aanbod van zowel theoretisch als praktisch onderwijs op de meeste faculteiten afwezig is (9). Inmiddels treden er kleine veranderingen op ten goede van het onderwijs, maar een eenduidige insteek ontbreekt nog steeds. Ook het rapport van de visitatiecommissie geneeskunde 2011/2012 waarin de kwaliteit van de opleiding Geneeskunde in Nederland in kaart wordt gebracht, komt tot een vergelijkbare conclusie over het Raamplan uit 2009. Zij verwijzen naar het zeer algemene karakter van het huidige Raamplan, waarbij de vrije interpretatie kan leiden tot het niet voldoen aan verplichte eindtermen. Het voorstel van de visitatiecommissie was dan ook een document op te stellen dat meer houvast voor de opleidingen biedt (11). Om de groeiende groep oudere patiënten en de maatschappij te verzekeren dat iedere basisarts beschikt over de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het verlenen van goede medische ouderenzorg is een verdere uitwerking van het Raamplan 2009 gewenst.

Doel van dit rapport

Dit rapport heeft als doel om de basiscompetenties ouderengeneeskunde voor de geneeskundeopleiding in Nederland vast te stellen binnen het huidige CanMEDS-model (12) en hoopt een leidraad voor de faculteiten te zijn.

Internationale inventarisatie

Het Raamplan 2009 geeft algemene eindtermen voor de artsopleiding en behandelt geen afzonderlijke specialismen. De eindtermen zijn geformuleerd in zogenaamde competenties, die door de betreffende faculteiten in gedetailleerde leerdoelen kunnen worden vertaald. Deze competenties zijn onderverdeeld volgens het internationale CanMEDS-model, een model dat voorziet in de zeven rollen c.q. competentiedomeinen waarin een arts moet kunnen functioneren (12). Wereldwijd is er de afgelopen jaren op het gebied van geriatrisch onderwijs voor geneeskundestudenten veel gepubliceerd. Internationaal zijn er verschillende competentielijsten voor basisartsen opgesteld, geen enkele gebruikt echter het CanMEDS-model (13–20). Dit geldt ook voor het dit jaar gepubliceerde consensusdocument *European undergraduate curriculum in geriatric medicine* (21). Op basis van een internationale inventarisatie van onderwijsdocumenten en richtlijnen hebben wij een overzicht gemaakt van alle genoemde leerinhouden gerangschikt volgens het CanMEDS-model. Zodoende zijn de in dit rapport beschreven basiscompetenties ouderengeneeskunde een aanbeveling voor de invulling van het geriatrische curriculum, en directe uitwerkingen van de genoemde competenties uit het Raamplan 2009.

Het betreft dus nadrukkelijk een complementair document dat niet beoogt het Raamplan 2009 te vervangen maar een nadere uitwerking te geven van ouderengeneeskundige competenties binnen de algemene competenties die het Raamplan 2009 onderscheidt. Goed opgeleide artsen voor de zorgvragen van de komende decennia zijn in ons aller belang. Wij hopen dat de basiscompetenties ouderengeneeskunde inspiratie bieden voor iedereen die zich inspant voor goed medisch onderwijs.

Werkwijze

Internationale inventarisatie

Allereerst hebben wij via PubMed, internet en de internationale beroepsverenigingen alle officiële documenten die betrekking hebben op ouderengeneeskundig onderwijs geïnventariseerd. Hierbij ging het om onder andere richtlijnen, leerdocumenten, curricula, competentie-omschrijvingen en raamplannen. Wij hebben ons beperkt tot Europa en de Engelstalige landen. We hebben ons tevens beperkt tot documenten die in het Nederlands, Duits of Engels beschikbaar waren. Gebruikte zoektermen op PubMed waren onderwijs, competentie(s), CanMED(S), medisch studenten, leerdoelen, curriculum, curricula, core competencies, learning outcomes, medical students, education, undergraduate medical curriculum en geriatric societies.

Vertaling binnen CanMEDS-competentiedomeinen

De inventarisatie leverde tien internationale richtlijnen op; Nederlands (2), Amerikaans (2), Duits, Australisch/Nieuw-Zeelands, Canadees, Brits, Europees en wereldwijd. Van de twee Amerikaanse documenten bleken de competenties van het recentere Association of American Medical Colleges/John A. Hartford Foundation (AAMC) uit 2007 die van de American Geriatric Society (AGS) te hebben vervangen, waarbij de AGS niet meer naar hun eigen oudere competenties verwijzen, maar expliciet noemen dat ze de AAMC-competenties ondersteunen. We hebben er toch voor gekozen ook het oudere AGS-document te gebruiken; omdat hij wezenlijk verschilt van het AAMC-document en we geen relevante punten bij voorbaat wilden uitsluiten. In 2014 is nog een elfde internationaal document gepubliceerd door de European Union of Medical Specialists (UEMS) ter vervanging van hun document uit 2003 (21). Dit document werd gepubliceerd na het afronden van de inventarisatie en is derhalve niet opgenomen in dit rapport.

De onderwijsdocumenten zijn waar nodig vertaald en ingedeeld volgens de in hoofdstuk 6 van het Raamplan 2009 genoemde eindtermen binnen de zeven rollen van de arts aan het einde van de artsopleiding. Dit betreft achtereenvolgens de rol van medisch deskundige, communicator, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar, academicus en beroepsbeoefenaar. Wij hanteren dezelfde definitie van een competentie als het Raamplan 2009: Een competentie kan worden beschouwd als de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke authentieke context adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag.

Niet alle internationale documenten gebruiken competenties, maar in plaats daarvan leerdoelen, leerinhouden, leeruitkomsten, onderwijsdoelstellingen of eindtermen. Hierin worden kennis, vaardigheden en professioneel gedrag als aparte punten genoemd. Waar nodig hebben we deze omschreven tot competenties, waarbij kennis en vaardigheden (en professioneel gedrag) aan elkaar zijn gekoppeld. Onder de term ouderengeneeskunde verstaan wij geneeskunde die zich specifiek richt op oudere, vooral kwetsbare patiënten met complexe multiproblematiek; een definitie op basis van expert opinion zoals gebruikt in de eerdere 'Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula' (9).

Het opstellen van de lijst van basiscompetenties ouderengeneeskunde

De competenties uit de (inter)nationale documenten werden opgenomen in de basiscompetenties ouderengeneeskunde indien ze specifiek voor de ouderengeneeskunde waren. Indien dezelfde competenties in meerdere rollen waren opgenomen hebben wij deze enkel in het meest relevante domein vermeld om herhaling te voorkomen. Het beoogde niveau van de pas afgestudeerde arts wordt in de competenties zelf beschreven, door een specificatie van de verwachting van de arts, bijvoorbeeld door 'kan omschrijven' versus 'kan toepassen'. De conceptlijst verschilt in deze laatste twee punten van het Raamplan 2009. De lijst bestond hierna uit 63 competentiepunten beschreven op zes pagina's.

Deskundigen

De opgestelde conceptlijst is tweemaal voorgelegd aan een panel van deskundigen. De deskundigen bestonden uit hoogleraren en stafleden op het gebied van ouderengeneeskunde of het onderwijs hierin, bestuursleden van beroepsverenigingen (KVKG, NIV, Verenso), ouderen en studenten. Tabel 1 toont een overzicht van de geraadpleegde deskundigen. Op basis van het commentaar van het panel werd de lijst waar nodig aangevuld, aangescherpt en ingekort in twee rondes, tot consensus was bereikt. Het resultaat was een zes pagina's tellend document met 50 verschillende competenties. Op basis van commentaar en suggesties van de deskundigen is om implementeerbaarheid en werkbaarheid te vergroten tevens een samenvattingskaart samengesteld.

Opmerking

De deskundigen onderschrijven niet noodzakelijkerwijs elk punt in de basiscompetentielijst, het betreft een consensusdocument.

Tabel 1. Geraadpleegde deskundigen

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE	1E RONDE	2E RONDE
Prof. dr. W. Achterberg	Hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde	Leids Universitair Medisch Centrum	X	
Dhr. H. Aschman	Panellid ouderen		X	
Dr. T.J.E.M. Bakker	Onderzoeker Lector Voorzitter	Vrije Universiteit Medisch Centrum Hogeschool Rotterdam Stichting Psy-Ger-On	X	
Drs. F. Bijvank	Student geneeskunde	Academisch Medisch Centrum	X	
Prof. dr. G.J. Blauw	Hoogleraar interne geneeskunde, in het bijzonder ouderengeneeskunde	Leids Universitair Medisch Centrum	X	
Drs. F. Engelaer	Student geneeskunde	Leids Universitair Medisch Centrum	X	
Dr. J. Engelenburg	Panellid ouderen		X	
Prof. dr. H. van der Horst	Hoogleraar huisarts-geneeskunde	Vrij Universiteit Medisch Centrum	X	
Dr. P. Jansen	Opleider klinische geriatrie Bestuurslid	Universitair Medisch Centrum Utrecht Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie		
Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans	Hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg	Radboud Universitair Medisch Centrum	X	
Prof. dr. R.C. van der Mast	Hoogleraar ouderenpsychiatrie	Leids Universitair Medisch Centrum	X	

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE	1E RONDE	2E RONDE
Dr. A. Meiboom	Coördinator studentonderwijs ouderengeneeskunde	Vrije Universiteit Medisch Centrum	X	
Drs. N. Nieuwenhuizen	Specialist ouderengeneeskunde Voorzitter	Verenso	X	
Prof. dr. M.G.M. Olde-Rikkert	Hoogleraar geriatrie	Radboud Universitair Medisch Centrum	X	X
Dr. A. Oleksik	Coördinator onderwijs ouderengeneeskunde	Leids Universitair Medisch Centrum	X	
Dr. J. Parlevliet	Coördinator onderwijs ouderengeneeskunde	Academisch Medisch Centrum	X	
M. van de Pol	Kaderhuisarts ouderengeneeskunde	Radboud Universitair Medisch Centrum	X	X
Prof. dr. J.-H. Ravesloot	Hoogleraar fysiologie	Academisch Medisch Centrum	X	
Prof. dr. J.M.G.A. Schols	Hoogleraar ouderengeneeskunde	Universiteit Maastricht	X	X
Prof. dr. M. Schuurmans	Hoogleraar verplegingswetenschap	Universitair Medisch Centrum Utrecht	X	
Prof. dr. J.P.J. Slaets	Hoogleraar ouderengeneeskunde Directeur	Universitair Medisch Centrum Groningen Leyden Academy on Vitality and Ageing		X
Dr. M. Smalbrugge	Hoofd opleiding tot specialist ouderengeneeskunde	Vrije Universiteit Medisch Centrum	X	
Drs. W. Tersmette	Student geneeskunde	Leids Universitair Medisch Centrum	X	
Dr. A.W. Wind	Huisarts, kaderhuisarts ouderengeneeskunde Bestuurslid	Leids Universitair Medisch Centrum Laego - Landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde	X	

Internationale inventarisatie

In tabel 2 staan de internationale richtlijnen die als input voor het samenstellen van de basiscompetenties ouderengeneeskunde hebben gediend. Een uitgebreide internationale inventarisatie als onderbouwing van de basiscompetenties ouderengeneeskunde vindt u in de appendix.

Tabel 2. Geraadpleegde internationale richtlijnen

DOCUMENT	ORGANISATIE	LAND, JAAR
Core Competencies for the Care of Older Patients: Recommendations of the American Geriatrics Society (13)	American Geriatrics Society	Verenigde Staten, 2000
Medical Undergraduate Training in Geriatric Medicine in the European Union (14)	European Union of Medical Specialists	Europa, 2003
Position Statement No 4: Education and Training in Geriatric Medicine for Medical Students (15)	Australian & New Zealand Society Geriatric Medicine	Australië & Nieuw Zeeland, 2006
Geriatric Medicine: basic contents for Undergraduate Medical Teaching (16)	International Association of Gerontology and Geriatrics and World Health Organization	Internationaal, 2006
Undergraduate (Medical) Curriculum (17)	British Geriatrics Society	Verenigd Koninkrijk, 2007
Minimum geriatric competencies for medical students (18)	Association of American Medical Colleges /John A. Hartford Foundation	Verenigde Staten, 2007
Core Competencies (Learning Outcomes) for Medical Students in Canada (19)	Canadian Geriatrics Society - Société canadienne de gériatrie	Canada, 2009
Rahmenempfehlung "Querschnittsfach Medizin des Alterns und des alten Menschen" gem. Q7 der neuen Approbationsordnung (20)	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	Duitsland, 2006
Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief (22)	De koepel van ouderenorganisaties (CSO), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra en ZonMw	Nederland, 2012
Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula (9)	Leyden Academy on Vitality and Ageing	Nederland, 2011

Basiscompetenties ouderengeneeskunde

Deze lijst bevat competenties op het gebied van de ouderengeneeskunde die iedere basisarts in Nederland zou moeten beheersen. De lijst is tot stand gekomen op basis van een inventarisatie uit de internationale literatuur en is gerangschikt binnen de CanMEDS-competentiedomeinen zoals in het Raamplan 2009 beschreven.

Basiscompetenties ouderengeneeskunde

MEDISCH DESKUNDIGE

1.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid een breed pakket aan kennis uit het medisch kennisdomein toe te passen in de medische praktijk;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat de kenmerken van kwetsbaarheid te benoemen en kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen.
- Kan uitleggen wat multimorbiditeit is, en multifunctiestoornissen bij patiënten herkennen.
- Toont inzicht in de culturele aspecten van veroudering.
- Houdt in de omgang met oudere patiënten rekening met de mogelijkheid van ouderen mishandeling op fysiek, psychosociaal en/of financieel gebied.
- Kan onderscheid maken tussen ouderdomsverschijnselen en ziekte.
- Past preventieve strategieën toe om veelvoorkomende gevolgen van institutionalisering die functionele achteruitgang tot gevolg hebben te beperken.
 - Zoals delier, depressie, vallen, immobiliteit, decubitus, overvulling, urineretentie, incontinentie, ondervoeding, ziekenhuisinfecties en bijwerkingen van medicatie.
- Kan benoemen welke factoren van invloed zijn op het operatierisico van een patiënt en beschrijven welke postoperatieve complicaties vaker bij ouderen voorkomen.
- Kan (eventueel in overleg met een apotheker) ouderen verantwoord medicatie voorschrijven op basis van kennis van de leeftijdsgerelateerde veranderingen in farmacodynamiek en -kinetiek en houdt daarbij rekening met polyfarmacie en medicamenten met een hoge kans op bijwerkingen bij ouderen.
- Kan uitleggen wat de revalidatie van de oudere patiënt anders maakt dan van de niet-oudere patiënt, en kan in overleg patiënten die hier baat bij hebben adequaat identificeren en verwijzen, in zowel ambulante als klinische settings.
- Is bekend met de symptomen van gerontopsychiatrische en psychosociale problematiek en hun interactie met somatische problematiek.
 - Zoals depressie, probleemgedrag, angst, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek, psychotische aandoeningen, neurodegeneratieve ziekten.

- Kan problemen en symptomen op somatisch, psychosociaal en spiritueel gebied van de patiënt in de terminale fase inventariseren en onder supervisie behandelen, kan aangeven waar hierin zijn grenzen liggen en kan adequaat (para)medici in consult vragen.
- Is in staat de klinische (vaak atypische) presentatie van ziekten bij ouderen te herkennen.
- Is in staat de afwijkingen en klachten van de patient samen te vatten in een probleemlijst, ingedeeld binnen een somatische, psychische, functionele en sociale as.
- Is in staat ziekten, syndromen en aandoeningen die op hogere leeftijd veel voorkomen te diagnosticeren, diagnostiek naar onderliggende oorzaken te doen en een initieel multidomein zorgplan voor behandeling en een vervolgbeleid te maken rekening houdend met de zelfzorgmogelijkheden van de patiënt.
 - Hier wordt ten minste onder verstaan mobiliteitsproblematiek (vallen, loop- en balansstoornissen), slikproblemen, pijn, decubitus, infecties, verwardheid (cognitieve stoornissen, delier), stemmingsproblematiek, neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen (waaronder CVA en dementie), slaapproblematiek, obstipatie/incontinentie, visus- en gehoorproblematiek, osteoporose en duizeligheid.
- Kan de belangrijkste theorieën van veroudering en (patho)fysiologische veranderingen tijdens het verouderingsproces benoemen.
 - Waaronder psychologie (disability paradox); sociologie (levensloop-perspectief), biologie (stress en schade, verlies van reserve, veranderde homeostase) en evolutie (antagonistische pleiotropie, disposable soma theorie).

1.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid binnen een omschreven aantal vraagstukken, doeltreffend en ethisch verantwoord vaardigheden toe te passen in de praktijk ten aanzien van diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie, rekening houdend met geslacht, leeftijd, levensfase en culturele achtergrond;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Houdt rekening met de waarde en beperkingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek op hogere leeftijd.
- Is in staat een Comprehensive Geriatric Assessment te beschrijven en onder supervisie uit te voeren met behulp van daartoe geschikte klinimetriche instrumenten.
 - Zoals bijvoorbeeld de Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, Barthel-index, Care Dependency Scale.
- Is in staat een individueel therapeutisch plan op te stellen, met een focus op kwaliteit van leven, waarbij doelen van behandeling en keuzes voor wel/niet behandelen zorgvuldig worden overwogen.

- Maakt beleidsplannen in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en naasten (shared decision-making).

1.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid relevante informatie ten aanzien diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie op te zoeken en te integreren in de klinische praktijk;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Zie de rollen samenwerker en academicus.

1.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid met andere zorgverleners doeltreffend te communiceren in woord, geschrift en elektronisch, over de aan hem/haar toevertrouwde patiëntenzorg;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Zie de rollen communicator, organisator en samenwerker.

1.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid medische deskundigheid te tonen in situaties die niet te maken hebben met directe patiëntenzorg;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Geen specifieke aanbevelingen.

1.6. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid te reflecteren op het eigen medisch handelen en op de invloed hierop van eigen attitude, normen en waarden;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Zie de rol beroepsbeoefenaar.

COMMUNICATOR

2.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid met patiënten een therapeutische relatie op basis van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen aan te gaan en te onderhouden;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Geen specifieke aanbevelingen.

2.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid informatie over het patiëntprobleem van de patiënt, van familie of van relevante derden uit de omgeving van de patiënt te verzamelen en de verzamelde informatie te integreren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Realiseert zich dat de gepresenteerde klacht van de oudere patiënt vaak multifactorieel bepaald is en neemt daarom een uitgebreide anamnese én heteroanamnese af waarbij de medische voorgeschiedenis, het vroeger en huidig functioneel, cognitief, psychisch, sociaal en somatisch functioneren in kaart worden gebracht.

2.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid relevante informatie met de patiënt, de familie en naasten of andere werkers in de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg te bespreken om zo optimale zorg aan de patiënt te kunnen leveren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Presenteert informatie inzichtelijk en begrijpelijk, rekening houdend met eventuele beperkingen die vooral op oudere leeftijd optreden.
- Is zich bewust van mogelijk verschillende belangen van patiënt en naasten, en kan conflicten en verschil van inzicht herkennen en hiermee omgaan danwel adequaat begeleiding inschakelen.

2.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid de patiënt en de bij de patiënt betrokkenen te begeleiden;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Bevordert bewustwording van de patiënt van zijn toenemende kwetsbaarheid (frailty), en stimuleert eigen regie en zelfmanagement.
- Waardeert de rol van van informele zorgverleners (mantelzorgers) en is in staat tekenen van overbelasting en stress bij hen te herkennen en aan te kaarten.
- Is in staat op een effectieve en open manier met oudere patiënten en bij hen betrokkenen te communiceren.
 - Waartoe onder andere behoort: het bespreken van medische problematiek, cognitieve achteruitgang, aspecten van welzijn, slechtnieuwsgesprekken, de omgang met beperkingen, rouw en verlies en vragen of wensen rond het levenseinde, zoals behandelbeperkingen, stervensbegeleiding, euthanasie, palliatieve zorg (inclusief hospice) en pijnmanagement/comfortgericht beleid.

2.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid adequaat om te gaan met diverse patiëntengroepen zoals kinderen, ouderen, mannen en vrouwen en patiënten met verschillende culturele achtergronden;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Houdt tijdens gesprekken met oudere patiënten rekening met mogelijke communicatieve beperkingen.
 - Zoals verminderd zicht, verminderd gehoor, afgenomen snelheid van informatieverwerking, verminderde cognitie, gebruik van hulpmiddelen, afasie.

SAMENWERKER

3.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid in samenspraak met de patiënt op doeltreffende wijze tot samenwerking te komen met andere zorgverleners binnen de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat een op maat gesneden zorgplan in samenwerking met multidisciplinaire teamleden op te stellen.
- Kan benoemen waar de regiefunctie van de arts uit bestaat. Is in staat om regie te voeren tijdens een multidisciplinair overleg, en heeft aandacht voor transitieoverdracht van hoofdbehandelaar naar de volgende behandelaar.
- Kan ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundige, psycholoog, diëtiste, logopedie en maatschappelijk werk gericht inschakelen.

3.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid een doeltreffende bijdrage aan interdisciplinaire teams op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek te leveren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Zie 3.1.

ORGANISATOR

4.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid doelgericht en doeltreffend gebruik te maken van informatietechnologie;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Kan uitleggen waarom innovatie en de ontwikkeling van technologie en ICT belangrijk is; en kan enkele technologische toepassingen binnen de ouderenzorg benoemen.
 - Zoals domotica, robotica, eHealth-interventies, telemonitoring en teleconsultatie om bijvoorbeeld langer zelfstandig te kunnen wonen.

4.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid de eigen werkzaamheden adequaat te organiseren, rekening houdend met de context waarin gewerkt wordt;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Realiseert zich dat de zorg voor oudere patiënten meer tijd kost en houdt daarmee rekening in de planning.

4.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid te laten blijken goed geïnformeerd te zijn over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en de invloed hierop van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Deze kennis doeltreffend en efficiënt voor de eigen functie en/of organisatie te benutten;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Kan uit ervaring de verschillende vormen van ouderenzorg beschrijven (en kan daarmee bij ontslag van een oudere patiënt uit het ziekenhuis een vervolgtraject inzetten).
 - Eerste- en tweedelijnszorg, thuiszorg, langdurige (institutionele) zorg, ambulante zorg en revalidatiezorg.
- Kan de verschillen en de specifieke werkdomeinen benoemen van de medische professionals betrokken bij ouderen in de verschillende settingen en gericht naar hen verwijzen/ inschatten wanneer hun consultatie gewenst is.
 - Zoals (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater, internist-ouderengeneeskundigen, ouderenpsychiaters en sociaal geriater.

4.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid uitgangspunten van kwaliteitszorg (bewaking, bevordering, waarborging) in de praktijk toe te passen;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Geen specifieke aanbevelingen.

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

5.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid kennis over de determinanten van gezondheid en ziekte toe te passen in de praktijk en mee te werken aan maatregelen die de gezondheid van individuen en groepen bevorderen;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat determinanten van gezond ouder worden vanuit een integratief biopsychosociaal perspectief te beschrijven.

5.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, (patiënten)groepen en maatschappij te herkennen;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat de belangrijkste begrippen van demografie en epidemiologie van veroudering te beschrijven en kent de implicaties voor de gezondheidszorg en maatschappij.
 - Zoals de concepten demografische en epidemiologische transitie, veranderingen in prevalentie van sterfte/ziekte en economische (toename grijze druk), politieke en sociale gevolgen van de vergrijzing.

5.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid adequaat te reageren op risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, (patiënten)groepen en de maatschappij;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat risicofactoren voor verouderingsziekten en functiestoornissen te bespreken en adviezen over de preventie ervan te geven, promoot daarbij vitaliteit en een gezonde en actieve levensstijl.
- Is in staat kennis over een veranderend risicomanagement bij ouderen in de praktijk toe te passen.
 - Bijvoorbeeld afwijkende doelen van behandeling voor hypertensie, overgewicht en dyslipidemie.
- Is in staat om het belang van proactieve zorg te beschrijven, waarbij het ondervangen van functionele achteruitgang voorop staat.
 - Voorbeelden hiervan zijn het vroegtijdig herkennen van complexe zorgproblematiek en cognitieve stoornissen, decubitus-, val- en infectiepreventie, het inzetten van revalidatie.
- Toont inzicht in de invloed van eenzaamheid op het welzijn van de oudere patiënt en het belang van sociale contacten/netwerken en maatschappelijke participatie.

ACADEMICUS

6.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid een beperkt empirisch wetenschappelijk onderzoek op te zetten en uit te voeren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Kan het belang en de moeilijkheden van onderzoek bij ouderen beschrijven.
 - Zoals de 'natuurlijke' hoge uitval en ethische bezwaren (wilsonbekwaamheid).

6.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid onderwijs voor patiënten, studenten en zorgverleners te verzorgen;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Geen specifieke aanbevelingen.

6.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid de principes van kritisch denken toe te passen op bronnen van medische informatie (literatuur, boeken, internet, etc.) ook in interactie met anderen;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Kan onderzoeksresultaten bij oudere patiënten kritisch beoordelen en toepassen, houdt daarbij rekening met de belangrijkste beperkingen van evidence-based medicine.
 - Zoals de beperkte inclusie van ouderen in clinical trials, de grotere heterogeniteit onder ouderen, de beperkte uitvoering van trials op relevante vragen/topics bij ouderen.

6.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid bij concrete beslissingen in de klinische praktijk waar mogelijk het beschikbare wetenschappelijke bewijs te betrekken;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Houdt bij uitvoering van de zorg rekening met de beperkte waarde van richtlijnen binnen de ouderenzorg en het niet één-op-één kunnen vertalen van aanbevelingen voor volwassenen naar oudere patiënten.
- Kan situaties herkennen en benoemen waarin levensverwachting, time to benefit voor een interventie, de functionele status en/of voorkeuren en doelen van de patiënt uitzonderingen vragen op de 'standaard'-aanbevelingen.
- Kan beschrijven waarom in het bijzonder bij ouderen een holistische benadering, met een focus op functioneren, welzijn en kwaliteit van leven in plaats van slechts op overleving, ziekte en gezondheid belangrijk is.

6.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid een persoonlijke leerstrategie te ontwikkelen, implementeren en documenteren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Geen specifieke aanbevelingen.

6.6. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid op sterke en zwakke kanten in het eigen functioneren te reflecteren en daardoor sturing te geven aan het eigen leerproces en verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen professionele groei met als doel levenslange ontwikkeling als arts;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Geen specifieke aanbevelingen.

BEROEPSBEOEFENAAR

7.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid op een eerlijke, betrokken wijze hoog-gekwalificeerde zorg te leveren, met aandacht voor de integriteit van de patiënt;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat verwachtingen van de oudere patiënt centraal te stellen bij het maken van een behandelplan.

7.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid professioneel gedrag in de gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs te demonstreren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Heeft een empathische houding ten aanzien van ouderen.
- Toont inzicht in de vooroordelen en negatieve stereotypen rondom ouderen (ageism) en de invloed daarvan op de zorgverlening.

7.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid de geneeskunde op een ethisch verantwoorde manier te beoefenen en de medische, juridische en professionele verplichtingen van het lidmaatschap van een zelfregulerende groep te respecteren;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Kan beknopt argumenten noemen die van belang zijn in de belangrijkste ethische kwesties binnen de ouderenzorg.

- Zoals wils(on)bekwaamheid, wilsverklaringen (advance care planning), euthanasie en palliatieve sedatie, wel/niet behandelbeslissingen, principes van autonomie, best interests en reanimatie.
- Kan de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO); de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz); het wetsvoorstel Zorg en dwang; de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) gebruiken, kent de impact ervan voor de professional en weet in hoeverre ouderen hierop zijn aangewezen.
 - Kan aangeven wat de mogelijkheden en beperkingen zijn bij het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

7.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

- Heeft de bekwaamheid op het eigen handelen in de medische praktijk te reflecteren, in relatie tot de eigen gevoelens en cognities;

Kerncompetenties ouderengeneeskunde

- Is in staat om de eigen houding tegenover veroudering, invaliditeit en de dood te kunnen bepalen, hierop te reflecteren en het effect op de uitvoering van de gegeven zorg te bespreken.

Samenvattingskaart

Voor een eenvoudigere implementatie kwam vanuit de faculteiten de vraag om een samenvattingskaart van de kerncompetenties.

1. MEDISCH DESKUNDIGE

- 1.1. Kan kennis van de volgende geriatrische onderwerpen in de klinische praktijk toepassen: kwetsbaarheid, multimorbiditeit, culturele aspecten van veroudering, ouderen mishandeling, verschil ouderdom en ziekte, medicalisering, complicaties van institutionalisering, operatierisico, leeftijdsgelateerde veranderingen in farmacodynamiek en -kinetiek, polyfarmacie, revalidatie, gerontopsychiatrie, terminale zorg, atypische presentatie van ziekten, problemen binnen de somatische, psychische, functionele en sociale as, mobiliteitsproblematiek, decubitus, delier, dementie, neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen, slaapproblematiek, obstipatie, incontinentie, visus- en gehoorproblematiek, osteoporose en duizeligheid.
Kan de belangrijkste theorieën van veroudering en (patho)fysiologische veranderingen tijdens het verouderingsproces benoemen.
- 1.2. Houdt rekening met de waarde en beperkingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek op hogere leeftijd.
Voert onder supervisie een Comprehensive Geriatric Assessment uit met behulp van geschikte klinimetriche instrumenten.
Kan een individueel therapeutisch plan met een focus op kwaliteit van leven maken.
Is in staat op basis van shared decision-making een behandelplan te maken.

2. COMMUNICATOR

- 2.2. Kan middels de (hetero)anamnese het patiëntprobleem volledig inventariseren met aandacht voor de medische voorgeschiedenis, het vroeger en huidig functioneel, cognitief, psychisch, sociaal en somatisch functioneren.
- 2.3. Presenteert informatie op een inzichtelijke en begrijpelijke manier voor oudere patiënten.
Herkent de mogelijk verschillende belangen van patiënt en naasten en handelt adequaat.
- 2.4. Is in staat een kwetsbare patiënt te begeleiden en eigen regie te stimuleren.
Waardeert het belang van mantelzorgers en kan (over)belasting bij hen herkennen.
Kan op een effectieve en open manier met oudere patiënten en bij hen betrokkenen communiceren over medische problematiek, cognitieve achteruitgang, aspecten van welzijn, 'slecht nieuws', de omgang met rouw en verlies en vragen of wensen rond het levenseinde.
- 2.5. Houdt tijdens gesprekken met oudere patiënten rekening met communicatieve beperkingen.

3. SAMENWERKER

- 3.1. Is in staat een op maat gesneden zorgplan in samenwerking met multidisciplinaire teamleden op te stellen en regie te voeren tijdens een multidisciplinair overleg.
Heeft aandacht voor overdracht van hoofdbehandelaar naar de volgende behandelaar.
Stelt de juiste indicaties voor het inschakelen van ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundige, psycholoog, diëtiste, logopedie en maatschappelijk werk.

4. ORGANISATOR

- 4.1. Kan enkele toepassingen van ICT binnen ouderenzorg benoemen.
- 4.2. Realiseert zich dat de zorg voor oudere patiënten meer tijd kost en houdt daarmee rekening in de planning.
- 4.3. Heeft ervaring met verschillende lijnen van zorg: eerste- en tweedelijnszorg, thuiszorg, langdurige (institutionele) zorg, ambulante zorg en revalidatiezorg. Kan de rol van verschillende beroepsbeoefenaren beschrijven: (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters, internist-ouderengeneeskundigen, ouderenpsychiaters en sociaal geriaters.

5. GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

- 5.1. Is in staat determinanten van gezond ouder worden vanuit een integratief biopsychosociaal perspectief te beschrijven.
- 5.2. Is in staat de belangrijkste begrippen van demografie en epidemiologie van veroudering te beschrijven, evenals de implicaties voor de gezondheidszorg en maatschappij.
- 5.3. Bespreekt risicofactoren voor verouderingsziekten en functiestoornissen en geeft adviezen over de preventie van ziekte en promotie van vitaliteit. Past kennis over een veranderend risicomanagement bij ouderen in de praktijk toe.
Is in staat om het belang van proactieve zorg te beschrijven, waarbij het ondervangen van functionele achteruitgang voorop staat.
Toont inzicht in de invloed van eenzaamheid op het welzijn van de oudere patiënt en het belang van maatschappelijke participatie.

6. ACADEMICUS

- 6.1. Kan het belang en de moeilijkheden van onderzoek bij ouderen beschrijven.
- 6.3. Kan onderzoeksresultaten bij oudere patiënten kritisch beoordelen en toepassen, houdt daarbij rekening met de belangrijkste beperkingen van evidence-based medicine.
- 6.4. Houdt rekening met de beperkte waarde van richtlijnen binnen de ouderenzorg.
Herkent wanneer beargumenteerd van 'standaard'-aanbevelingen afgeweken kan/moet worden.
Kan beschrijven waarom een holistische benadering, welzijn en kwaliteit van leven belangrijker zijn dan overleving, ziekte en gezondheid.

7. BEROEPSBEOEFENAAR

- 7.1. Is in staat verwachtingen van de oudere patiënt centraal te stellen bij het maken van een behandelplan.
- 7.2. Heeft een empathische houding ten aanzien van ouderen en herkent negatieve stereotypen rondom ouderen (ageism) en de invloed daarvan op de zorgverlening.
Herkent ethische dilemma's binnen de ouderenzorg; wils(on)bekwaamheid, wilsverklaringen (advance care planning), euthanasie en palliatieve sedatie, wel/niet behandelbeslissingen, principes van autonomie, best interests en reanimatiebeslissingen.
Kan de WGBO, Wet bopz, Wmo en Wlz gebruiken, en kent de impact ervan voor de professional en voor de oudere patiënt.
- 7.3. Bepaalt, reflecteert en bespreekt de eigen houding tegenover veroudering, invaliditeit en de dood.

Conclusie

De in dit rapport opgestelde basiscompetenties ouderengeneeskunde geven een uitwerking van de algemeen geformuleerde eindtermen van het Raamplan 2009, gebaseerd op een internationale inventarisatie. De lijst is voorgelegd aan een uitgebreide groep deskundigen voor commentaar en aanvulling in twee rondes, tot consensus was bereikt.

Toekomstige (basis)artsen krijgen in toenemende mate met oudere patiënten te maken. Medische opleidingen hebben de opdracht hun studenten hier goed op voor te bereiden. Het huidige medische onderwijs voorziet op dit moment onvoldoende in deze behoefte. De lijst met basiscompetenties ouderengeneeskunde beoogt een aanvulling op het Raamplan 2009 te zijn en geeft aan over welke competenties de pas afgestudeerde arts op het gebied van de ouderengeneeskunde moet beschikken.

Goed opgeleide artsen voor de zorgvragen van de komende decennia zijn in ons aller belang. Wij hopen dat deze inventarisatie inspiratie biedt voor iedereen die zich inspant voor goed medisch onderwijs.

Aanbevelingen

Aan de faculteiten

Het verdient aanbeveling om te inventariseren in hoeverre uw curriculum de studenten de basiscompetenties ouderengeneeskunde bijbrengt.

Aan de studenten

Goed onderwijs is in jullie belang. Het verdient aanbeveling om binnen uw studievereniging een werkgroep samen te stellen die uw curriculum onderzoekt op het overbrengen van de basiscompetenties ouderengeneeskunde.

Aan de NFU

Bij een herziening van het Raamplan bevelen wij aan naar de basiscompetenties ouderengeneeskunde te verwijzen als leidraad voor de faculteiten.

Aan allen die zich met ouderengeneeskunde bezighouden

De basiscompetenties ouderengeneeskunde moeten worden gezien als een dynamische lijst, waarvan herziening iedere vijf tot tien jaar (in een zelfde cyclus als het Raamplan) is vereist, om huidige kennis, inzichten en veranderingen in medische onderwijs te verwerken.

Aan de organisatie van de interfacultaire voortgangstoets

Het verdient aanbeveling om de basiscompetenties ouderengeneeskunde te toetsen in de interfacultaire voortgangstoets.

Aan de ouderen

Als zorgcliënt is uw bijdrage aan verbeteringen in de zorg essentieel. Deze verbeteringen kunnen vervolgens worden vertaald naar onderwijsdoelen, waarmee (ouderen)zorg van goede kwaliteit wordt gewaarborgd. Wij bevelen u aan om betrokken te raken bij initiatieven rondom ouderenzorg.

Bronnen

1. Giesbers H, Verweij A, de Beer J. Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. 2013. Available from: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>.
2. Garssen J. Demografie van de vergrijzing. Cent Bur Stat 2011.
3. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken - Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad. 2008 p. publicatienr. 2008-01.
4. CBS. Medische contacten, ziekenhuisopname, medicijnen; persoonskenmerken. Statline. 2013. Available from: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81027ned&D1=0-2,12-15,46-52&D2=3-13&D3=0&D4=I&HDR=T&STB=G1,G2,G3&VW=T>.
5. CBS. Gezondheid en zorg in cijfers 2012. ISBN: 978-90-357-2040-4. Available from: www.cbs.nl.
6. Michel J-P, Huber P, Cruz-Jentoft AJ. Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1536-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808600>.
7. Blundell A, Gordon A, Gladman J, Masud T. Undergraduate teaching in geriatric medicine: the role of national curricula. *Gerontol Geriatr Educ* 2009;30(1):75-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19214848>.
8. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. World Health Organisation, 2002.
9. Van Bodegom D, Engelaer F, van Heemst D, Helmerhorst F, Laman J, Olde-Rikkert M, et al. Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula. Leyden Academy on Vitality and Ageing, 2011.
10. Rikkert MO, Koopmans R, Laan R. Verplicht coschap "Ouderenzorg" verdient navolging. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A1110.
11. QANU. Geneeskunde Onderwijs in Nederland 2012. State Art Rapp en Benchmark Rapp van Visit Geneesk 2011/2012.
12. Frank J. The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.

13. Eleazer G, McRae T. Core competencies for the care of older patients: Recommendations of the American Geriatrics Society. *Acad Med* 2000; 75(3):252-5.
14. Medical Undergraduate Training in Geriatric Medicine in the European Union. Geriatric Medicine section of the UEMS. 2003. Available from: <http://www.uemsgeriatricmedicine.org/uems1/library1.asp>.
15. Position Statement No 4: Education and Training in Geriatric Medicine for Medical Students. Australian & New Zealand Society Geriatric Medicine, 2006. Available from: <http://www.anzsgm.org/documents/PositionStatementNo4-Revision.pdf>.
16. Geriatric Medicine: basic contents for Undergraduate Medical Teaching. International Association of Gerontology and Geriatrics & World Health Organization, 2006. Available from: http://www.geriatri.org/pdf/Geriatric_Medicine_basic_contents_for_Undergraduate_Medical_Teaching.pdf.
17. Undergraduate Medical Curriculum. British Geriatrics Society, 2007. Available from: <http://www.bgs.org.uk/index.php/medicalstudentstop/959-undergraduate>.
18. Leipzig RM, Granville L, Simpson D, Anderson MB, Sauvigné K, Soriano RP. Keeping granny safe on July 1: a consensus on minimum geriatrics competencies for graduating medical students. *Acad Med*. 2009;84(5):604–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704193>.
19. Core Competencies (Learning Outcomes) for Medical Students in Canada. Canadian Geriatrics Society - Société canadienne de gériatrie, 2009. Available from: <http://canadiangeriatrics.ca/students/index.cfm/resources/tools-guidelines/>.
20. Rahmenempfehlung "Querschnittsfach Medizin des Alterns und des alten Menschen" gem. Q7 der neuen Approbationsordnung. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V, 2006. Available from: <http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/curriculum-q7.html>.
21. Masud T, Blundell A, Gordon AL, Mulpeter K, Roller R, Singler K, et al. European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique. *Age Ageing* 2014;43(5):695-702. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24603283>.
22. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief De visie van CSO, NFU en ZonMw. CSO, NFU en Zo, 2012.

Appendix: Verantwoording

Matrix internationale richtlijnen

MEDISCH DESKUNDIGE

1.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid een breed pakket aan kennis uit het medisch kennisdomein toe te passen in de medische praktijk;

- Is in staat de kenmerken van kwetsbaarheid te benoemen en kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen.
- Kan uitleggen wat multimorbiditeit is, en multifunctiestoornissen bij patiënten herkennen.
- Toont inzicht in de culturele aspecten van veroudering.
- Houdt in de omgang met oudere patiënten rekening met de mogelijkheid van ouderen mishandeling op fysiek, psychosociaal en/of financieel gebied.
- Kan onderscheid maken tussen ouderdomsverschijnselen en ziekte.
- Past preventieve strategieën toe om veelvoorkomende gevolgen van institutionalisering die functionele achteruitgang tot gevolg hebben te beperken.
 - Zoals delier, depressie, vallen, immobiliteit, decubitus, overvulling, urineretentie, incontinentie, ondervoeding, ziekenhuisinfecties en bijwerkingen van medicatie.
- Kan benoemen welke factoren van invloed zijn op het operatierisico van een patiënt en beschrijven welke post-operatieve complicaties vaker bij ouderen voorkomen.
- Kan (eventueel in overleg met een apotheker) verantwoord medicatie voorschrijven aan ouderen op basis van kennis van de leeftijdsgerelateerde veranderingen in farmacodynamiek en -kinetiek en houdt daarbij rekening met polyfarmacie en medicamenten met een hoge kans op bijwerkingen bij ouderen.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
				●				●		
		●						●		●
	●		●							
	●			●	●					●
	●			●						
						●	●			
						●				
	●	●	●	●	●	●	●	●		●

- Kan uitleggen wat de revalidatie van de oudere patiënt anders maakt dan van de niet-oudere patiënt, en kan in overleg patiënten die hier baat bij hebben adequaat identificeren en verwijzen, in zowel ambulante als klinische settings.
- Is bekend met de symptomen van gerontopsychiatrische en psychosociale problematiek en hun interactie met somatische problematiek.
 - Zoals depressie, probleemgedrag, angst, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek, psychotische aandoeningen, neurodegeneratieve ziekten.
- Kan problemen en symptomen op somatisch, psychosociaal en spiritueel gebied van de patiënt in de terminale fase inventariseren en onder supervisie behandelen, kan aangeven waar hierin zijn grenzen liggen en kan adequaat (para)medici consulteren.
- Is in staat de klinische (vaak atypische) presentatie van ziekten bij ouderen te herkennen.
- Is in staat de afwijkingen en klachten van de patiënt samen te vatten in een probleemlijst ingedeeld binnen een somatische, psychische, functionele en sociale as.
- Is in staat ziekten, syndromen en aandoeningen die op hogere leeftijd veel voorkomen te diagnosticeren, diagnostiek naar onderliggende oorzaken te doen en een initieel multidomeinzorgplan voor behandeling en een vervolgbeleid te maken rekening houdend met de zelfzorgmogelijkheden van de patiënt.
 - Hier wordt ten minste onder verstaan mobiliteitsproblematiek (vallen, loop- en balansstoornissen), slikproblemen, pijn, decubitus, infecties, verwardheid (cognitieve stoornissen, delier), stemmingsproblematiek, neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen (waaronder CVA en dementie), slaapproblematiek, obstipatie/incontinentie, visus- en gehoorproblematiek, osteoporose en duizeligheid.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
• Kan uitleggen wat de revalidatie van de oudere patiënt anders maakt dan van de niet-oudere patiënt, en kan in overleg patiënten die hier baat bij hebben adequaat identificeren en verwijzen, in zowel ambulante als klinische settings.		●		●	●			●		●
• Is bekend met de symptomen van gerontopsychiatrische en psychosociale problematiek en hun interactie met somatische problematiek. - Zoals depressie, probleemgedrag, angst, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek, psychotische aandoeningen, neurodegeneratieve ziekten.	●	●		●						
• Kan problemen en symptomen op somatisch, psychosociaal en spiritueel gebied van de patiënt in de terminale fase inventariseren en onder supervisie behandelen, kan aangeven waar hierin zijn grenzen liggen en kan adequaat (para)medici consulteren.				●	●	●		●		
• Is in staat de klinische (vaak atypische) presentatie van ziekten bij ouderen te herkennen.	●	●	●	●		●	●			●
• Is in staat de afwijkingen en klachten van de patiënt samen te vatten in een probleemlijst ingedeeld binnen een somatische, psychische, functionele en sociale as.										
• Is in staat ziekten, syndromen en aandoeningen die op hogere leeftijd veel voorkomen te diagnosticeren, diagnostiek naar onderliggende oorzaken te doen en een initieel multidomeinzorgplan voor behandeling en een vervolgbeleid te maken rekening houdend met de zelfzorgmogelijkheden van de patiënt. - Hier wordt ten minste onder verstaan mobiliteitsproblematiek (vallen, loop- en balansstoornissen), slikproblemen, pijn, decubitus, infecties, verwardheid (cognitieve stoornissen, delier), stemmingsproblematiek, neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen (waaronder CVA en dementie), slaapproblematiek, obstipatie/incontinentie, visus- en gehoorproblematiek, osteoporose en duizeligheid.	●	●	●	●	●	●	●	●		●

- Kan de belangrijkste theorieën van veroudering en (patho)fysiologische veranderingen tijdens het verouderingsproces benoemen.
 - Waaronder psychologie (disability paradox); sociologie (levensloopsperspectief), biologie (stress en schade, verlies van reserve, veranderde homeostase), en evolutie (antagonistische pleiotropie, disposable soma theorie).

Geen specifieke aanbevelingen.

1.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
 Heeft de bekwaamheid binnen een omschreven aantal vraagstukken, doeltreffend en ethisch verantwoord vaardigheden toe te passen in de praktijk ten aanzien van diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie, rekening houdend met geslacht, leeftijd, levensfase en culturele achtergrond;

- Houdt rekening met de waarde en beperkingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek op hogere leeftijd.
- Is in staat een Comprehensive Geriatric Assessment te beschrijven en onder supervisie uit te voeren met behulp van daartoe geschikte klinimetriche instrumenten.
 - Zoals bijvoorbeeld de Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale), Barthel-index, Care Dependency Scale.
- Is in staat een individueel therapeutisch plan op te stellen, met een focus op kwaliteit van leven, waarbij doelen van behandeling en keuzes voor wel/niet behandelen zorgvuldig worden overwogen.
- Maakt beleidsplannen in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en naasten (shared decision-making).

1.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
 Heeft de bekwaamheid relevante informatie ten aanzien diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie op te zoeken en te integreren in de klinische praktijk;
 Zie de rollen samenwerker en academicus.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
• Kan de belangrijkste theorieën van veroudering en (patho)fysiologische veranderingen tijdens het verouderingsproces benoemen.	●	●	●	●	●	●		●		●
Geen specifieke aanbevelingen.										
1.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid binnen een omschreven aantal vraagstukken, doeltreffend en ethisch verantwoord vaardigheden toe te passen in de praktijk ten aanzien van diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie, rekening houdend met geslacht, leeftijd, levensfase en culturele achtergrond;										
• Houdt rekening met de waarde en beperkingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek op hogere leeftijd.		●								
• Is in staat een Comprehensive Geriatric Assessment te beschrijven en onder supervisie uit te voeren met behulp van daartoe geschikte klinimetriche instrumenten.	●	●	●		●	●	●	●		●
- Zoals bijvoorbeeld de Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale), Barthel-index, Care Dependency Scale.										
• Is in staat een individueel therapeutisch plan op te stellen, met een focus op kwaliteit van leven, waarbij doelen van behandeling en keuzes voor wel/niet behandelen zorgvuldig worden overwogen.	●				●				●	●
• Maakt beleidsplannen in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en naasten (shared decision-making).		●							●	
1.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid relevante informatie ten aanzien diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie op te zoeken en te integreren in de klinische praktijk; Zie de rollen samenwerker en academicus.										

- 1.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid met andere zorgverleners doeltreffend te communiceren in woord, geschrift en elektronisch, over de aan hem/haar toevertrouwde patiëntenzorg;
Zie de rollen communicator, organisator en samenwerker.
- 1.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid medische deskundigheid te tonen in situaties die niet te maken hebben met directe patiëntenzorg;
Geen specifieke aanbevelingen.
- 1.6. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid te reflecteren op het eigen medisch handelen en op de invloed hierop van eigen houding, normen en waarden;
Zie de rol beroepsbeoefenaar.

COMMUNICATOR

- 2.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid met patiënten een therapeutische relatie op basis van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen aan te gaan en te onderhouden;
Geen specifieke aanbevelingen.
- 2.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid informatie over het patiënt-probleem van de patiënt, van familie of van relevante derden uit de omgeving van de patiënt te verzamelen en de verzamelde informatie te integreren;
- Realiseert zich dat de gepresenteerde klacht van de oudere patiënt vaak multifactorieel bepaald is en neemt daarom een uitgebreide anamnese én heteroanamnese af waarbij de medische voorgeschiedenis, het vroeger en huidig functioneel, cognitief, psychisch, sociaal en somatisch functioneren in kaart worden gebracht.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
1.4.										
1.5.										
1.6.										
COMMUNICATOR										
2.1.										
2.2.										
•		●	●			●	●			●

2.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid relevante informatie met de patiënt, de familie en naasten of andere werkers in de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg te bespreken om zo optimale zorg aan de patiënt te kunnen leveren;

- Presenteert informatie inzichtelijk en begrijpelijk, rekening houdend met eventuele beperkingen die vooral op oudere leeftijd optreden.
- Is zich bewust van mogelijk verschillende belangen van patiënt en naasten, en kan conflicten en verschil van inzicht herkennen en hiermee omgaan danwel adequate begeleiding inschakelen.

2.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid de patiënt en de bij de patiënt betrokkenen te begeleiden;

- Bevordert bewustwording van de patiënt van zijn toenemende kwetsbaarheid (frailty), en stimuleert eigen regie en zelfmanagement.
- Waardeert de rol van van informele zorgverleners (mantelzorgers) en is in staat tekenen van overbelasting en stress bij hen te herkennen en aan te kaarten.
- Is in staat op een effectieve en open manier met oudere patiënten en bij hen betrokkenen te communiceren.
 - Waartoe onder andere behoort: het bespreken van medische problematiek, cognitieve achteruitgang, aspecten van welzijn, slechtnieuwsgesprekken, de omgang met beperkingen, rouw en verlies en vragen of wensen rond het levenseinde, zoals behandelbeperkingen, stervensbegeleiding, euthanasie, palliatieve zorg (inclusief hospice) en pijnmanagement/comfortgericht beleid.

2.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid adequaat om te gaan met diverse patiëntengroepen zoals kinderen, ouderen, mannen en vrouwen en patiënten met verschillende culturele achtergronden;

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
									●	
					●				●	
	●		●				●		●	
		●	●			●				

AGS 2000
 UEMS 2003
 ANZSGM 2006
 IAGG 2006
 BGS 2007
 AAMC 2009
 CGS - SCG 2009
 DDG 2006
 CSO - NFU - ZonMw 2012
 LAVA 2011

- Houdt tijdens gesprekken met oudere patiënten rekening met mogelijke communicatieve beperkingen.
 - Zoals verminderd zicht, verminderd gehoor, afgenomen snelheid van informatieverwerking, verminderde cognitie, gebruik van hulpmiddelen, afasie.

SAMENWERKER

3.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
 Heeft de bekwaamheid in samenspraak met de patiënt op doeltreffende wijze tot samenwerking te komen met andere zorgverleners binnen de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg;

- Is in staat een op maat gesneden zorgplan in samenwerking met multidisciplinaire teamleden op te stellen.
- Kan benoemen waar de regiefunctie van de arts uit bestaat. Is in staat om regie te voeren tijdens een multidisciplinair overleg, en heeft aandacht voor transitieoverdracht van hoofdbehandelaar naar de volgende behandelaar.
- Kan ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundige, psycholoog, diëtiste, logopedie en maatschappelijk werk gericht inschakelen.

3.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
 Heeft de bekwaamheid een doeltreffende bijdrage aan interdisciplinaire teams op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek te leveren;
 Zie 3.1.

ORGANISATOR

4.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
 Heeft de bekwaamheid doelgericht en doeltreffend gebruik te maken van informatietechnologie;

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
Houdt tijdens gesprekken met oudere patiënten rekening met mogelijke communicatieve beperkingen.		●							●	
SAMENWERKER										
3.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid in samenspraak met de patiënt op doeltreffende wijze tot samenwerking te komen met andere zorgverleners binnen de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg;										
• Is in staat een op maat gesneden zorgplan in samenwerking met multidisciplinaire teamleden op te stellen.	●	●	●			●	●		●	●
• Kan benoemen waar de regiefunctie van de arts uit bestaat. Is in staat om regie te voeren tijdens een multidisciplinair overleg, en heeft aandacht voor transitieoverdracht van hoofdbehandelaar naar de volgende behandelaar.									●	●
• Kan ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundige, psycholoog, diëtiste, logopedie en maatschappelijk werk gericht inschakelen.	●	●			●			●	●	
3.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid een doeltreffende bijdrage aan interdisciplinaire teams op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek te leveren; Zie 3.1.										
ORGANISATOR										
4.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid doelgericht en doeltreffend gebruik te maken van informatietechnologie;										

- Kan uitleggen waarom innovatie en de ontwikkeling van technologie en ICT belangrijk is; en enkele technologische toepassingen binnen de ouderenzorg benoemen.
 - Zoals domotica, robotica, eHealth-interventies, telemonitoring en teleconsultatie om bijvoorbeeld langer zelfstandig te kunnen wonen.

4.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid de eigen werkzaamheden adequaat te organiseren, rekening houdend met de context waarin gewerkt wordt;

- Realiseert zich dat de zorg voor oudere patiënten meer tijd kost en houdt daarmee rekening in de planning.

4.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid te laten blijken goed geïnformeerd te zijn over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en de invloed hierop van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Deze kennis doeltreffend en efficiënt voor de eigen functie en/of organisatie te benutten;

- Kan uit ervaring de verschillende vormen van ouderenzorg beschrijven (en kan daarmee bij ontslag van een oudere patiënt uit het ziekenhuis een vervolgtraject inzetten).
 - Eerste- en tweedelijnszorg, thuiszorg, langdurige (institutionele) zorg, ambulante zorg en revalidatiezorg.
- Kan de verschillen en de specifieke werkdomeinen benoemen van de medische professionals betrokken bij ouderen in de verschillende settings en gericht naar hen verwijzen/inschatten wanneer hun consultatie gewenst is.
 - Zoals (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater, internist-ouderengeneeskundigen, ouderenpsychiaters en sociaal geriater.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
• Kan uitleggen waarom innovatie en de ontwikkeling van technologie en ICT belangrijk is; en enkele technologische toepassingen binnen de ouderenzorg benoemen.									●	
4.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid de eigen werkzaamheden adequaat te organiseren, rekening houdend met de context waarin gewerkt wordt;										
• Realiseert zich dat de zorg voor oudere patiënten meer tijd kost en houdt daarmee rekening in de planning.									●	
4.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid te laten blijken goed geïnformeerd te zijn over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en de invloed hierop van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Deze kennis doeltreffend en efficiënt voor de eigen functie en/of organisatie te benutten;										
• Kan uit ervaring de verschillende vormen van ouderenzorg beschrijven (en kan daarmee bij ontslag van een oudere patiënt uit het ziekenhuis een vervolgtraject inzetten).	●	●	●		●	●	●	●		
• Kan de verschillen en de specifieke werkdomeinen benoemen van de medische professionals betrokken bij ouderen in de verschillende settings en gericht naar hen verwijzen/inschatten wanneer hun consultatie gewenst is.	●	●	●					●	●	●

- 4.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid uitgangspunten van kwaliteitszorg (bewaking, bevordering, waarborging) in de praktijk toe te passen;
Geen specifieke aanbevelingen.

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

- 5.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid kennis over de determinanten van gezondheid en ziekte toe te passen in de praktijk en mee te werken aan maatregelen die de gezondheid van individuen en groepen bevorderen;

- Is in staat determinanten van gezond ouder worden vanuit een integratief biopsychosociaal perspectief te beschrijven.

- 5.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, (patiënten-) groepen en maatschappij te herkennen;

- Is in staat de belangrijkste begrippen van demografie en epidemiologie van veroudering te beschrijven en kent de implicaties voor de gezondheidszorg en maatschappij.
- Zoals de concepten demografische en epidemiologische transitie, veranderingen in prevalentie van sterfte/ziekte en economische (toename grijze druk), politieke en sociale gevolgen van de vergrijzing.

- 5.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid adequaat te reageren op risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, (patiënten) groepen en de maatschappij;

- Is in staat risicofactoren voor verouderingsziekten en functiestoornissen te bespreken en adviezen over de preventie ervan te geven, promoot daarbij vitaliteit en een gezonde en actieve levensstijl.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
4.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid uitgangspunten van kwaliteitszorg (bewaking, bevordering, waarborging) in de praktijk toe te passen; Geen specifieke aanbevelingen.	●								●	●
GEZONDHEIDSBEVORDERAAR										
5.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid kennis over de determinanten van gezondheid en ziekte toe te passen in de praktijk en mee te werken aan maatregelen die de gezondheid van individuen en groepen bevorderen;										
• Is in staat determinanten van gezond ouder worden vanuit een integratief biopsychosociaal perspectief te beschrijven.		●	●							
5.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, (patiënten-) groepen en maatschappij te herkennen;										
• Is in staat de belangrijkste begrippen van demografie en epidemiologie van veroudering te beschrijven en kent de implicaties voor de gezondheidszorg en maatschappij. - Zoals de concepten demografische en epidemiologische transitie, veranderingen in prevalentie van sterfte/ziekte en economische (toename grijze druk), politieke en sociale gevolgen van de vergrijzing.	●	●	●	●	●			●		●
5.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid adequaat te reageren op risicovolle determinanten van gezondheid op het niveau van het individu, (patiënten) groepen en de maatschappij;										
• Is in staat risicofactoren voor verouderingsziekten en functiestoornissen te bespreken en adviezen over de preventie ervan te geven, promoot daarbij vitaliteit en een gezonde en actieve levensstijl.	●	●	●	●					●	●

- Is in staat kennis over een veranderend risicomanagement bij ouderen in de praktijk toe te passen.
 - Bijvoorbeeld afwijkende doelen van behandeling voor hypertensie, overgewicht en dyslipidemie.
- Is in staat om het belang van proactieve zorg te beschrijven, waarbij het ondervangen van functionele achteruitgang voorop staat.
 - Voorbeelden hiervan zijn het vroegtijdig herkennen van complexe zorgproblematiek en cognitieve stoornissen, decubitus-, val- en infectiepreventie, het inzetten van revalidatie.
- Toont inzicht in de invloed van eenzaamheid op het welzijn van de oudere patiënt en het belang van sociale contacten/netwerken en maatschappelijke participatie.

ACADEMICUS

- 6.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid een beperkt empirisch wetenschappelijk onderzoek op te zetten en uit te voeren;
- Kan het belang en de moeilijkheden van onderzoek bij ouderen beschrijven.
 - Zoals de 'natuurlijke' hoge uitval en ethische bezwaren (wilsonbekwaamheid).
- 6.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid onderwijs voor patiënten, studenten en zorgverleners te verzorgen; Geen specifieke aanbevelingen.
- 6.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid de principes van kritisch denken toe te passen op bronnen van medische informatie (literatuur, boeken, internet, etc.) ook in interactie met anderen;

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
• Is in staat kennis over een veranderend risicomanagement bij ouderen in de praktijk toe te passen. - Bijvoorbeeld afwijkende doelen van behandeling voor hypertensie, overgewicht en dyslipidemie.										●
• Is in staat om het belang van proactieve zorg te beschrijven, waarbij het ondervangen van functionele achteruitgang voorop staat. - Voorbeelden hiervan zijn het vroegtijdig herkennen van complexe zorgproblematiek en cognitieve stoornissen, decubitus-, val- en infectiepreventie, het inzetten van revalidatie.	●	●	●			●				●
• Toont inzicht in de invloed van eenzaamheid op het welzijn van de oudere patiënt en het belang van sociale contacten/netwerken en maatschappelijke participatie.		●	●	●					●	●
6.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid een beperkt empirisch wetenschappelijk onderzoek op te zetten en uit te voeren;										
• Kan het belang en de moeilijkheden van onderzoek bij ouderen beschrijven. - Zoals de 'natuurlijke' hoge uitval en ethische bezwaren (wilsonbekwaamheid).			●						●	●
6.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid onderwijs voor patiënten, studenten en zorgverleners te verzorgen; Geen specifieke aanbevelingen.	●	●								
6.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid de principes van kritisch denken toe te passen op bronnen van medische informatie (literatuur, boeken, internet, etc.) ook in interactie met anderen;										

- Kan onderzoeksresultaten bij oudere patiënten kritisch beoordelen en toepassen, houdt daarbij rekening met de belangrijkste beperkingen van evidence-based medicine.
 - Zoals de beperkte inclusie van ouderen in clinical trials, de grotere heterogeniteit onder ouderen, de beperkte uitvoering van trials op relevante vragen/topics bij ouderen.

6.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid bij concrete beslissingen in de klinische praktijk waar mogelijk het beschikbare wetenschappelijke bewijs te betrekken;

- Houdt bij uitvoering van de zorg rekening met de beperkte waarde van richtlijnen binnen de ouderenzorg en het niet één-op-één kunnen vertalen van aanbevelingen voor volwassen naar oudere patiënten.
- Kan situaties herkennen en benoemen waarin levensverwachting, time to benefit voor een interventie, de functionele status, en/of voorkeuren en doelen van de patiënt uitzonderingen vragen op de 'standaard'-aanbevelingen.
- Kan beschrijven waarom in het bijzonder bij ouderen een holistische benadering, met een focus op functioneren, welzijn en kwaliteit van leven in plaats van slechts op overleving, ziekte en gezondheid belangrijk is.

6.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid een persoonlijke leerstrategie te ontwikkelen, implementeren en documenteren;
Geen specifieke aanbevelingen.

6.6. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid op sterke en zwakke kanten in het eigen functioneren te reflecteren en daardoor sturing te geven aan het eigen leerproces en verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen professionele groei met als doel levenslange ontwikkeling als arts;
Geen specifieke aanbevelingen.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
• Kan onderzoeksresultaten bij oudere patiënten kritisch beoordelen en toepassen, houdt daarbij rekening met de belangrijkste beperkingen van evidence-based medicine. - Zoals de beperkte inclusie van ouderen in clinical trials, de grotere heterogeniteit onder ouderen, de beperkte uitvoering van trials op relevante vragen/topics bij ouderen.			●						●	●
6.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid bij concrete beslissingen in de klinische praktijk waar mogelijk het beschikbare wetenschappelijke bewijs te betrekken;										
• Houdt bij uitvoering van de zorg rekening met de beperkte waarde van richtlijnen binnen de ouderenzorg en het niet één-op-één kunnen vertalen van aanbevelingen voor volwassen naar oudere patiënten.	●	●								●
• Kan situaties herkennen en benoemen waarin levensverwachting, time to benefit voor een interventie, de functionele status, en/of voorkeuren en doelen van de patiënt uitzonderingen vragen op de 'standaard'-aanbevelingen.						●				
• Kan beschrijven waarom in het bijzonder bij ouderen een holistische benadering, met een focus op functioneren, welzijn en kwaliteit van leven in plaats van slechts op overleving, ziekte en gezondheid belangrijk is.	●	●	●						●	●
6.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid een persoonlijke leerstrategie te ontwikkelen, implementeren en documenteren; Geen specifieke aanbevelingen.										
6.6. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009) Heeft de bekwaamheid op sterke en zwakke kanten in het eigen functioneren te reflecteren en daardoor sturing te geven aan het eigen leerproces en verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen professionele groei met als doel levenslange ontwikkeling als arts; Geen specifieke aanbevelingen.										

BEROEPSBEOEFENAAR

7.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid op een eerlijke, betrokken wijze hooggekwalificeerde zorg te leveren, met aandacht voor de integriteit van de patiënt;

- Is in staat verwachtingen van de oudere patiënt centraal te stellen bij het maken van een behandelplan.

7.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid professioneel gedrag in de gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs te demonstreren;

- Heeft een empathische houding ten aanzien van ouderen.
- Toont inzicht in de vooroordelen en negatieve stereotypen rondom ouderen (ageism) en de invloed daarvan op de zorgverlening.

7.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid de geneeskunde op een ethisch verantwoorde manier te beoefenen en de medische, juridische en professionele verplichtingen van het lidmaatschap van een zelfregulerende groep te respecteren;

- Kan beknopt argumenten noemen die van belang zijn in de belangrijkste ethische kwesties binnen de ouderenzorg.
 - Zoals wils(on)bekwaamheid, wilsverklaringen (advance care planning), euthanasie en palliatieve sedatie, wel/niet behandelbeslissingen, principes van autonomie, best interests en reanimatie.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
			●						●	
		●	●		●				●	
	●		●	●	●					●
	●	●	●	●	●			●		●

- Kan de Wet op de Geneeskundige Behandelings-overeenkomst (WGBO); de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz); het wetsvoorstel Zorg en dwang; de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) gebruiken, kent de impact ervan voor de professional en weet in hoeverre ouderen hierop zijn aangewezen.
 - Kan aangeven wat de mogelijkheden en beperkingen zijn bij het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

7.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
 Heeft de bekwaamheid op het eigen handelen in de medische praktijk te reflecteren, in relatie tot de eigen gevoelens en cognities;

- Is in staat om de eigen houding tegenover veroudering, invaliditeit en de dood te kunnen bepalen, hierop te reflecteren en het effect op de uitvoering van de gegeven zorg te bespreken.

	AGS 2000	UEMS 2003	ANZSGM 2006	IAGG 2006	BGS 2007	AAMC 2009	CGS - SCG 2009	DDG 2006	CSO - NFU - ZonMw 2012	LAVA 2011
					•	•	•			
	•	•								

Volledige internationale inventarisatie basiscompetenties ouderengeneeskunde

Basiscompetenties ouderengeneeskunde

MEDISCH DESKUNDIGE

1.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid een breed pakket aan kennis uit het medisch kennisdomein toe te passen in de medische praktijk;

- Is in staat de kenmerken van kwetsbaarheid te benoemen en kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen.
- Kan uitleggen wat multimorbiditeit is, en multi functiestoornissen bij patiënten herkennen.

Internationale richtlijnen

International Association of Gerontology and Geriatrics and World Health Organization (IAGG) 2006

- Heeft de geschikte kennis van fysiologie van veroudering om concepten zoals kwetsbaarheid (frailty) en verlies van functionele capaciteiten uit te kunnen leggen.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DDG) 2006

- Heeft kennis van multimorbiditeit en de analyse daarvan en van de volgende ziektebeelden voor een functionele benadering; geriatrie syndromen; frailty; [...].

European Union of Medical Specialists (UEMS) 2003

- Is op de hoogte van het voorkomen (de frequentie) van multimorbiditeit en oorzaken van niet-specifieke presentatie van ouderen van zowel acute als chronische aard.
- Heeft bekwaamheid in de diagnostiek en behandeling van de volgende veel voorkomende problemen bij ouderen: multipole pathologie - fysiek, psychologisch, sociaal en functioneel; [...].

- Toont inzicht in de culturele aspecten van veroudering.
 - DDG 2006**
 - Heeft kennis van multimorbiditeit en de analyse daarvan.
 - Leyden Academy on Vitality and Ageing (LAVA) 2011**
 - Heeft kennis van multimorbiditeit.
 - American Geriatrics Society (AGS) 2000**
 - Heeft besef van culturele aspecten van veroudering; de invloed van cultuur en etniciteit op het verouderingsproces, gezondheid en ziekteperceptie, toegang tot zorg, met de nadruk op demografische informatie voor etnische ouderen in de Verenigde Staten, de heterogeniteit van federaal ingerichte minderheidsgroepen, risicofactoren voor ziekte en prevalentie in deze groepen, en de componenten van cultureel competente medische zorg.
 - Australian & New Zealand Society Geriatric Medicine (ANZSGM) 2006**
 - Heeft besef van raciale, culturele en sociale kwesties die invloed hebben op de uitvoering van zorg.
- Houdt in de omgang met oudere patiënten rekening met de mogelijkheid van ouderenmishandeling op fysiek, psychosociaal en/of financieel gebied.
 - AGS 2000**
 - Is bekend met [...] ouderenmishandeling en verwaarlozing [...].
 - IAGG 2006**
 - Herkent de kenmerken van mishandeling tegen oudere personen.
 - British Geriatrics Society (BGS) 2007**
 - Is zich bewust van ouderenmishandeling: fysiek, psychologisch en financieel.
 - LAVA 2011**
 - Is zich bewust van ageism (waaronder oudermishandeling).
- Kan onderscheid maken tussen ouderdomsverschijnselen en ziekte.
 - AGS 2000**
 - Heeft kennis vergaard over 'normale' veroudering versus ziekte op een moleculair, cellulair, weefsel en orgaan niveau [...].

- Past preventieve strategieën toe om veelvoorkomende gevolgen van institutionalisering die functionele achteruitgang tot gevolg hebben te beperken.
 - Zoals delier, depressie, vallen, immobiliteit, decubitus, overvulling, urineretentie, incontinentie, ondervoeding, ziekenhuisinfecties en bijwerkingen van medicatie.

 - Kan benoemen welke factoren van invloed zijn op het operatierisico van een patiënt en beschrijven welke post-operatieve complicaties vaker bij ouderen voorkomen.

 - Kan (eventueel in overleg met een apotheker) verantwoord medicatie voorschrijven aan ouderen op basis van kennis van de leeftijdsgelateerde veranderingen in farmacodynamiek en -kinetiek en houdt daarbij rekening met polyfarmacie en medicamenten met een hoge kans op bijwerkingen bij ouderen.
-
- IAGG 2006**
- Weet dat oudere mensen symptomen en tekenen van ziekte hebben omdat ze ziek zijn, niet omdat ze oud zijn.
 - Heeft begrip van de biologie van veroudering en de relatie met klinische uitingen van ziekte bij oudere mensen.
- Association of American Medical Colleges/John A. Hartford Foundation (AAMC) 2009**
- Kan de potentiële complicaties van een ziekenhuisopname voor alle ouderen patiënten benoemen (zoals immobiliteit, delier, bijwerkingen van medicatie, ondervoeding, decubitus, peri-operatieve perioden, voorbijgaande urine-incontinentie, en hospital-acquired infecties) en kent/kan potentiële preventieve maatregelen weergeven.
 - Kan de risico's, indicaties, alternatieven en contra-indicaties voor het gebruik van verblijfskatheters bij ouderen uitleggen.
- Canadian Geriatrics Society - Société canadienne de gériatrie (CGS - SCG) 2009**
- Kan de potentiële negatieve gevolgen van een ziekenhuis/instillingsopname herkennen en (voor zover mogelijk) voorkomen (zoals een delier, vallen, immobiliteit, decubitus, incontinentie, CAD's, bijwerkingen van medicatie, ondervoeding).
- AAMC 2009**
- Kan de potentiële complicaties van een ziekenhuisopname voor alle ouderen patiënten benoemen [...] peri-operatieve perioden, [...].
- AGS 2000**
- Heeft kennis vergaard over farmacologische problemen gerelateerd aan veroudering en de relevantie voor therapeutische beslissingen.
 - Is bekend met [...] o.a.: verkeerde medicatie voorschrijving.

UEMS 2003

- Heeft actuele kennis van de effecten van veroudering op functie, immunocompetentie, farmacokinetiek en -dynamiek, cognitieve functies en persoonlijkheid.
- Heeft kennis van de farmacologie, het therapeutische gebruik en de potentiële gevaren van veelgebruikte medicamenten.
- Is bekwaam in de juiste medicatie voorschrijven en kan hun effectiviteit evalueren.

ANZSGM 2006

- Kan de passende, adequate en optimale medicatie voorschrijven voor een oudere patiënt.

IAGG 2006

- Heeft voldoende kennis van de farmacologie om de basis principes van voorschrijven aan ouderen te begrijpen, met bijzondere aandacht voor bijwerkingen en iatrogene ziekten. Dit houdt niet alleen in weten wat voor te schrijven, maar ook wanneer welke middelen zouden moeten worden gestopt, en de risico's van polyfarmacie.

BGS 2007

- Is in staat de effecten van veroudering op farmacodynamiek en farmacokinetiek te beschrijven en definiëren.
- Is in staat het concept polyfarmacie te omschrijven.
- Is in staat het volgende concept te omschrijven: veilig voorschrijven aan ouderen, daarbij rekening houdend met veranderde fysiologie, interacties van medicatie en multimorbiditeit.

AAMC 2009

- Heeft kennis van leeftijdsgerelateerde veranderingen in nier- en leverfunctie, lichaamssamenstelling en veranderingen in gevoeligheid van het centraal zenuwstelsel, begrijpt en kan op basis van deze kennis uitleg geven over de leeftijdsgerelateerde keuzes van soort medicatie en dosis.
- Is in staat medicatie te herkennen, waaronder anticholinergica, anticoagulantia en psychoactieve, analgetische,

hypoglycemische en cardiovasculaire medicatie waarvan gebruik bij ouderen moet worden vermeden, of alleen voorzichtig gebruikt, en kan uitleggen wat de potentiële problemen die ermee geassocieerd zijn inhouden.

- Is in staat de complete medicatielijst van een patiënt te documenteren, voor zowel voorgeschreven, homeopathische (plant-aardige), als vrij verkrijgbare medicatie (OTC); en voor ieder medicament de dosis, frequentie, indicatie, voordelen, bijwerkingen te beschrijven, en een inschatting van de therapietrouw te maken.

CGS - SCG 2009

- Is in staat een gedetailleerde medicatie-anamnese af te nemen die een lijst includeert van alle gebruikte medicamenten, doseringen, bewijs van effect, en kan de bijwerkingen beschrijven, en een inschatting van de therapietrouw te maken.
- Is in staat de farmacokinetische veranderingen die voorkomen bij veroudering te beschrijven en om medicatie voor te schrijven rekening houdend met de verminderde nierfunctie van ouderen.
- Is in staat medicatie met een hoge kans op bijwerkingen bij ouderen te identificeren.

DDG 2006

- Heeft kennis van polyfarmacie/multimediatie.

LAVA 2011

- Heeft kennis van polyfarmacie.

UEMS 2003

- Is in staat ouderen die baat kunnen hebben van revalidatie te identificeren en verwijzen.
- Is in staat medische aspecten relevant voor revalidatie te identificeren.
- Kent het proces van revalidatie, het belang van doelen stellen en multidisciplinair werken.

- Kan uitleggen wat de revalidatie van de oudere patiënt anders maakt dan van de niet-oudere patiënt, en kan in overleg patiënten die hier baat bij hebben adequaat identificeren en verwijzen, in zowel ambulante als klinische settings.

- Is bekend met de symptomen van gerontopsychiatrische en psychosociale problematiek en hun interactie met somatische problematiek.
 - Zoals depressie, probleemgedrag, angst, stemmings-, persoonlijkheidsproblematiek, psychotische aandoeningen, neurodegeneratieve ziekten.
 - Kan problemen en symptomen op somatisch, psychosociaal en spiritueel gebied van de patiënt in de terminale fase inventariseren en onder supervisie behandelen, kan aangeven waar hierin zijn grenzen liggen en kan adequaat (para-) medici in consult vragen.
- IAGG 2006**
- Erkent preventie en revalidatie als belangrijkste doelen van ouderengeneeskunde.
- BGS 2007**
- Is in staat het concept van revalidatie te beschrijven.
- DDG 2006**
- Heeft kennis van revalidatie.
- LAVA 2011**
- Heeft kennis van herstelzorg (rehabilitation).
- AGS 2000**
- Is bekend met de tekenen/symptomen en juiste verwijzing van psychosociale problemen (affectieve stoornissen, psychotische stoornissen, angst, depressie, middelenmisbruik, onderrapportage van symptomen en ziekte, reacties op ziek zijn, seksualiteit en veroudering, ouderemishandeling en verwaarlozing, zelfdoding, veiligheid thuis).
- UEMS 2003**
- Heeft kennis van socio-economische, psychosociale, biomedische aspecten en aspecten van houding; fysiologie van veroudering, theorieën van veroudering, psychologie en veroudering, mentale gezondheid en veroudering, sociologie en veroudering, ethische aspecten.
- IAGG 2006**
- (H)erkent de rol van psychosociale risicofactoren, zoals alleen wonen, economische tegenspoed en een tekort aan sociale ondersteuning in het veroorzaken en ervaren van ziekte.
- ANZSGM 2006**
- Kan effectief een stervende patiënt begeleiden.
- BGS 2007**
- Is in staat de volgende deelgebieden te definiëren en hun bijdrage aan de ouderenzorg te duiden: [...], palliatieve zorg, [...].

- Is in staat de klinische (vaak atypische) presentatie van ziekten bij ouderen te herkennen.

AAMC 2009

- Is in staat in een palliatieve setting, pijn en de belangrijkste niet-pijn gerelateerde symptomen te onderzoeken en hier een beleid voor op te stellen, gebaseerd op de wensen en doelen van de patiënt.
- Is in staat in een palliatieve setting psychologische, sociale en spirituele wensen/ noden van patiënten in een vergevorderd stadium van hun ziekte en hun familieleden te identificeren, en kan de uitvoering toewijzen aan de geschikte interdisciplinaire teamleden.
- Is in staat palliatieve zorg (inclusief hospice) als een positieve, actieve behandel optie voor een patiënt in een vergevorderd stadium van zijn ziekte te beschrijven.

DDG 2006

- Heeft kennis van ambulante mogelijkheden, waaronder palliatie.

AGS 2000

- Is bekend met de veel voorkomende geriatrische syndromen en aandoeningen, en heeft een basaal begrip van hun risicofactoren, oorzaken, tekenen, symptomen, differentiaal diagnose, initiële diagnostische evaluatie en preventieve strategieën. O.a. de non-specifieke presentatie van ziekte.

UEMS 2003

- Is op de hoogte van het voorkomen (de frequentie) van multimorbiditeit en oorzaken van niet-specifieke presentatie van ouderen van zowel acute als chronische aard.

ANZSGM 2006

- Heeft kennis van de presentatie van ziekte op oudere leeftijd.

IAGG 2006

- Is bekend met het behandelen van 'geriatrische reuzen' - vallen, incontinentie en cognitieve achteruitgang, en veel voorkomende aandoeningen zoals depressie, en de soms subtiele presentatie van ziekte bij oudere patiënten.

AAMC 2009

- Is in staat een differentiële diagnose op te stellen gebaseerd op de herkenning van unieke presentaties van veelvoorkomende aandoeningen bij oudere patiënten, waaronder acuut coronair syndroom, uitdroging (dehydratie), urineweginfectie, acute buik, longontsteking (pneumonie).

CGS - SCG 2009

- Kan laten zien dat hij/zij in staat is om een atypische presentatie van veelvoorkomende beelden bij een oudere patiënt (bijvoorbeeld acuut coronair syndroom, infecties, acute buik, depressie) te herkennen en te evalueren.

LAVA 2011

- Is zich bewust van de klinische (vaak atypische) presentatie van ouderen.

- Is in staat de afwijkingen en klachten van de patiënt samen te vatten in een probleemlijst ingedeeld binnen een somatische, psychische, functionele en sociale as.
- Is in staat ziekten, syndromen en aandoeningen die op hogere leeftijd veel voorkomen te diagnosticeren, diagnostiek naar onderliggende oorzaken te doen en een initieel multi-domein zorgplan voor behandeling en een vervolgbeleid te maken rekening houdend met de zelfzorgmogelijkheden van de patiënt.
 - Hier wordt ten minste onder verstaan mobiliteitsproblematiek (vallen, loop-en balansstoornissen), slikproblemen, pijn, decubitus, infecties, verwardheid (cognitieve stoornissen, delier), stemmingsproblematiek, neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen (waaronder CVA en dementie), slaapproblematiek, obstipatie

AGS 2000

- Is bekend met ziekten en afwijkingen die meer voorkomen of specifieke eigenschappen hebben onder ouderen. Heeft in ieder geval een globale kennis van de pathofysiologie, symptomen, differentiaal diagnose en initiële diagnostiek en evaluatie van veelvoorkomende ziekten, waaronder: reumatische ziekten (bijvoorbeeld artrose, reumatoïde artritis, arteriitis temporalis/polymyalgia reumatica); urogenitale ziekten (benigne prostaat hypertrofie, seksuele disfunctie); neurologische ziekten (Parkinson, CVA en TIA, vertigo/syncope); cardiovasculaire ziekten (decompensatio cordis, atriumfibrilleren, hartklepafwijkingen) en hypertensie (diastolisch en systolisch); endocrinologische afwijkingen (diabetes mellitus type 2, nonketoacidotisch coma, hyper- en hypothyreoïdie, ziekte van Paget); oncologische ziekten (borst, long, colon, prostaatkanker, hematologische maligniteiten); infecties (pneumonie, tuberculose, urineweginfecties); nieraandoeningen (vocht- en elektrolytstoornissen); gastro-intestinale aandoeningen

incontinentie, visus- en gehoorproblematiek, osteoporose en duizeligheid.

(obstipatie, ondervoeding, diverticulitis, diverticulose); psychiatrische ziekten (depressie) en anderen, zoals fracturen en amyloïdose.

- Is bekend met de veel voorkomende geriatrische syndromen en aandoeningen, en een basaal begrip van hun risicofactoren, oorzaken, tekenen, symptomen, differentiaal diagnose, initiële diagnostische evaluatie en preventieve strategieën. O.a. dementie, incontinentie, depressie, delier, iatrogene problemen, waaronder hospitalisatie en bedrust, vallen, osteoporose, sensorische veranderingen, waaronder gehoor en visus beperkingen, voedingsproblematiek, immobiliteit en loopstoornissen, decubitus en slaapstoornissen.

UEMS 2003

- Heeft bekwaamheid in de diagnostiek en behandeling van de volgende veel voorkomende problemen bij ouderen: multipele pathologie - fysiek, psychologisch, sociaal en functioneel; polyfarmacie en de geassocieerde problemen; vallen; mobiliteitsproblemen; urine- en fecale incontinentie; decubitus; CVA; delier/verwarring (acuut en chronisch); dementie; communicatieve of visuele problemen; terminale zorg.
- Is in staat om, gebaseerd op informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek, een differentiële diagnose op te stellen, een probleem lijst te maken en een initieel behandel plan op te stellen.

ANZSGM 2006

- Heeft bekwaamheid in het beoordelen, het onderzoeken en de behandeling van veelvoorkomende medische problemen in de oudere patiënt.

IAGG 2006

- Is bekend met het behandelen van 'geriatrische reuzen' - vallen, incontinentie en cognitieve achteruitgang, en veel voorkomende aandoeningen zoals depressie, en de soms subtiele presentatie van ziekte bij oudere patiënten.

BGS 2007

- Is in staat de diagnose, pathofysiologie, het beleid en preventieve strategieën voor de volgende specifieke ziekteprocessen: dementie, delier, depressie, (in)continentie, osteoporose, vallen, parkinsonisme en bewegingsstoornissen, decubitus, CVA te beschrijven en definiëren.

AAMC 2009

- Is in staat om de verschillen en overeenkomsten tussen de klinische presentaties van delier, depressie en dementie te beschrijven.
- Is in staat om een differentiaaldiagnose op te stellen en om een initiële evaluatie bij een patiënt die een delier, dementieel beeld of depressie lijkt te hebben uit te voeren.
- Is in staat om bij een oudere patiënt met een delier, met spoed een diagnostisch proces op te starten om de oorzaak te achterhalen.
- Is in staat een niet-medicamenteus beleid voor geagiteerde demente of delirante patiënten te ontwikkelen en evalueren.
- Is in staat om alle patiënten boven 65 jaar of hun vertegenwoordigers, vragen te stellen over valincidenten in het afgelopen jaar; onderzoek te doen naar het overeind komen en het lopen/de transfers, en deze bevindingen vast te leggen en te interpreteren.
- Is in staat bij een patiënt die gevallen is, een differentiaal diagnose op te stellen en een evaluatie plan op te stellen dat ingaat op de multipale oorzaken geïdentificeerd bij de anamnese, het lichamenlijk en het functionele onderzoek.
- Is in staat een voorlopig behandelplan te ontwikkelen voor patiënten die zich presenteren met functionele beperkingen, inclusief aanpassingsgerichte interventies; waarbij betrokkenheid van interdisciplinaire team leden van de geschikte disciplines, zoals maatschappelijk werk, verpleegkundigen, revalidatieartsen, diëtisten en apotheek.

CGS - SCG 2009

- Is in staat een differentiaaldiagnose (inclusief risicofactoren) en een initieel plan voor de evaluatie en behandeling van vallen op te stellen.
- Is in staat een overzicht en een initieel plan voor evaluatie en behandeling te maken van voorbijgaande (acute) en chronische urine-incontinentie.
- Is in staat het onderscheid tussen de klinische presentatie van een delier, dementie en een depressie te herkennen en te beschrijven.
- Is in staat een delier te diagnosticeren, een differentiaaldiagnose voor zijn mogelijke oorzaken op te stellen, en een initieel plan voor evaluatie en beleid te maken.
- Is in staat dementie te diagnosticeren, een differentiaaldiagnose voor zijn mogelijke oorzaken op te stellen en een initieel plan voor nader onderzoek en beleid op te stellen.
- Is in staat een voorlopig behandelplan voor patiënten die zich presenteren met functionele beperkingen te ontwikkelen, inclusief aanpassingsgerichte interventies; waarbij betrokkenheid van interdisciplinaire teamleden van de geschikte disciplines.

DDG 2006

- Heeft kennis van multimorbiditeit en de analyse daarvan en van de volgende ziektebeelden voor een functionele benadering; geriatische syndromen; vallen; ondervoeding en voeding - oorzaken en mogelijkheden tot interventie; incontinentie; immobiliteit; kwetsbaarheid; dementie; delirium; polyfarmacie; verlies van functie van het zintuiglijk (bijvoorbeeld gezichtsvermogen en gehoor); uitdroging: fysiologische basis en interventie; kwaadaardige aandoeningen op oudere leeftijd; endocrinologische aspecten; erectiestoornissen; chronisch pijnsyndroom.

LAVA 2011

- Heeft kennis van geriatische reuzen.

- Kan de belangrijkste theorieën van veroudering en (patho)fysiologische veranderingen tijdens het verouderingsproces benoemen.
 - Waaronder psychologie (disability paradox); sociologie (levensloop-perspectief), biologie (stress en schade, verlies van reserve, veranderde homeostase), en evolutie (antagonistische pleiotropie, disposable soma theorie).

AGS 2000

- Heeft kennis vergaard over 'normale' veroudering versus ziekte op een moleculair, cellulair, weefsel en orgaan niveau (normale veroudering is heterogeen, en treft verschillende weefsels en organen in verschillende individuen op een verschillende snelheid; het verlies van homeostatische controlemechanismen zouden voor een groot deel het verouderingsproces kunnen verklaren).
- Heeft kennis vergaard over de pathologie geassocieerd met normale veroudering en leeftijdsgelateerde ziekteprocessen.
- Heeft kennis vergaard over de fysiologie van veroudering in verschillende orgaan-systemen.
- Heeft kennis vergaard over anatomische en histologische veranderingen die geassocieerd zijn met veroudering.
- Heeft kennis van de theorieën van veroudering, o.a. biochemische/moleculaire, cellulaire, genetische en biopsychosociale theorieën.

UEMS 2003

- Heeft kennis van socio-economische, psychosociale, biomedische aspecten en aspecten van houding; fysiologie van veroudering, theorieën van veroudering, psychologie en veroudering, mentale gezondheid en veroudering, sociologie en veroudering, ethische aspecten.
- Heeft actuele kennis van de effecten van veroudering op functie, immunocompetentie, farmacokinetiek en -dynamiek, cognitieve functies en persoonlijkheid.

ANZSGM 2006

- Heeft kennis van het verouderingsproces en de fysiologie van veroudering.

IAGG 2006

- Begrijpt dat een levensloop perspectief ook inhoudt dat de jongeren van vandaag de oudere mensen van morgen zijn en dat hun gezondheid op oudere leeftijd afhangt van hoe ze nu leven.

BGS 2007

- Is in staat de pathologie die gepaard gaat met normale veroudering en leeftijdsgelateerde processen te beschrijven en definiëren.
- Is in staat de fysiologie van veroudering te beschrijven en definiëren.
- Is in staat de anatomische en histologische veranderingen die gepaard gaan met veroudering te beschrijven en definiëren.
- Is in staat de psychosociale theorieën van veroudering te beschrijven.
- Is in staat de biochemische, moleculaire, cellulaire en genetische theorieën van veroudering te beschrijven/definiëren.

AAMC 2009

- Is in staat om ten minste drie fysiologische veranderingen van veroudering voor elk orgaansysteem te benoemen met hun impact op de patiënt; (en hun bijdrage aan de 'homeostenose'; de leeftijd gerelateerde vernauwing van de homeostatische reserve mechanismen).
- Is in staat de normale anatomische en fysiologische veranderingen die gepaard gaan met veroudering te beschrijven.

DDG 2006

- Heeft kennis van de fysiologie en pathofysiologie van veroudering en leeftijd.

LAVA 2011

- Heeft inzicht in gezondheid en ziekte vanuit evolutionair perspectief (o.a. ultimate explanations).
- Heeft inzicht in biologische mechanismen van veroudering (o.a. proximate explanations).
- Heeft kennis van de psychologie van veroudering (o.a. disability paradox).
- Heeft kennis van de sociologie van veroudering (o.a. levensloopperspectief, netwerken, intergenerationele verhoudingen).

Geen specifieke aanbevelingen.

AGS 2000

- Is bekend met de tekenen/symptomen en juiste verwijzing van [...] veelvoorkomende problemen bij ouderen, zoals normale veranderingen op oudere leeftijd en pensionering, [...].

UEMS 2003

- Heeft kennis van de nauwe verwevenheid van beperkingen, handicap en invaliditeit.

ANZSGM 2006

- Kent de concepten van beperkingen, restrictie van activiteiten en beperkte participatie.
- Is in staat effectief een ernstig gehandicapte oudere patiënt te behandelen.

AAMC 2009

- Kan veiligheidsrisico's in de thuissituatie identificeren en inschatten, en kan aanbevelingen maken om de risico's te verminderen.

LAVA 2011

- Heeft kennis van werk en veroudering; ziekte en disability en pensionering en veroudering.
- Heeft kennis van veroudering internationaal (o.a. toename levensverwachting in internationaal perspectief).

1.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid binnen een omschreven aantal vraagstukken, doeltreffend en ethisch verantwoord vaardigheden toe te passen in de praktijk ten aanzien van diagnose, therapie, prognose en op het individugerichte preventie, rekening houdend met geslacht, leeftijd, levensfase en culturele achtergrond;

- Houdt rekening met de waarde en beperkingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek op hogere leeftijd.

UEMS 2003

- Is op de hoogte van de doeltreffendheid en limitaties van onderzoeken bij zieke ouderen.

- Is in staat een Comprehensive Geriatric Assessment te beschrijven en onder supervisie uit te voeren met behulp van daartoe geschikte klinimetrische instrumenten.
 - Zoals bijvoorbeeld de Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, Barthel- index, Care Dependency Scale.

AGS 2000

- Is bekwaam in het uitvoeren van de basiselementen van een geriatrisch onderzoek, waaronder gestandaardiseerde methoden om fysieke, cognitieve, emotionele en sociaal functioneren te beoordelen. Juist afgestudeerde artsen zouden bijvoorbeeld in staat moeten zijn om een screenend onderzoek van de mentale status, geriatrische depressie en functionele status (o.a. (I)ADL) uit te voeren.
- Heeft adequate vaardigheden in lichamelijk onderzoek, zoals een mobiliteits-, gang- en balansonderzoek, is in staat het onderscheid tussen normale en abnormale veroudering herkennen en een preoperatief onderzoek te verrichten.

UEMS 2003

- Kan de juiste onderzoeken op het juiste moment inzetten.
- Kan simpele functionele gestandaardiseerde testen zoals de MMSE, Barthel, ADL uitvoeren.
- Kan [...] een lichamenlijk en cognitief onderzoek afnemen (inclusief informatie over sociale omstandigheden en steun), en een inschatting van de functionele capaciteiten maken.

ANZSGM 2006

- Heeft kennis van het proces van de Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) en management en de rol van het multidisciplinaire team daarbinnen.
- Is in staat om een patiënt met meerdere medische problemen in kaart te brengen en te behandelen.
- Heeft bekwaamheid in beoordeling, onderzoek en behandeling van veelvoorkomende medische problemen bij de oudere patiënt.

BGS 2007

- Is in staat de componenten van de International Classification of Function te omschrijven en kan zijn voor- en nadelen in vergelijking met voorgaande modellen bediscussiëren.

- Is in staat de CGA en zijn componenten te beschrijven.
- Is in staat een CGA uit te voeren, met de volgende punten: cognitieve beoordeling; affectieve beoordeling, gebruikmakend van o.a. een Geriatric Depression Scale (GDS); functionele beoordeling (o.a. Barthel-index); voedingstoestand inschatten (o.a. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)).

AAMC 2009

- Kan de baseline en huidige functionele capaciteiten van een oudere patiënt onderzoeken en beschrijven, [...], daarbij zeker gebruik makend van (I)ADL en is in staat om een bevestigend gehoor- en visusonderzoek af te nemen.
- Kan een cognitief onderzoek bij oudere patiënten bij wie er zorgen over geheugen of executieve functies bestaan uitvoeren en interpreteren.
- Kan een inspecterend onderzoek van kwetsbare delen van de huid met een hoge kans op het ontwikkelen van doorligwonden (decubitus) uitvoeren, en bestaande wonden beschrijven.

CGS - SCG 2009

- Is in staat een voorlopig gang- en balansonderzoek te doen, gebruik makend van gestandaardiseerde tests.

DDG 2006

- Is in staat een geriatrische beoordeling te verrichten, waaronder de volgende aspecten: functionele status en zorgzwaarte: activiteiten van het dagelijks leven, (I)ADL-schaal (o.a. Barthel-index, Lawton IADL-schaal en Brody); mobiliteit: Tinetti-test; dementie: Folstein Mini Mental Status; depressie: bijvoorbeeld de Yesavage Depression Scale; verzamelen en evalueren van informatie over comorbiditeiten.

LAVA 2011

- Is in staat een geriatrische beoordeling te verrichten.
- Heeft kennis van aanvullende diagnostiek.
- Heeft kennis van lab waarden bij ouderen.

- Is in staat een individueel therapeutisch plan op te stellen, met een focus op kwaliteit van leven, waarbij doelen van behandeling en keuzes voor wel/niet behandelen zorgvuldig worden overwogen.

BGS 2007

- Is zich bewust van en erkent heterogeniteit van de oudere persoon en dat iedere oudere gezien moet worden als een individu.

Ouderenorganisaties (CSO), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en ZonMw 2012

- Betracht terughoudendheid in medisch handelen, waardoor er minder kans is op zorg en behandelingen die onnodig belastend zijn.
- Kent het belang van kwaliteit van leven.
- Is zich bewust dat maatwerk op basis van de behoefte van de oudere een leidend principe is.

LAVA 2011

- Kent het belang van kwaliteit van leven.
- Heeft kennis van doelen van behandeling.
- Heeft kennis van overwegingen om wel/niet te behandelen.
- Kent het belang van individuele therapie.

- Maakt beleidsplannen in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en naasten (shared decision-making).

ANZSGM 2006

- Erkent de rechten van ouderen, hun families en hun betrokkenen in het bepalen van hun eigen zorg.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Is zich bewust dat maatwerk op basis van de behoefte van de oudere een leidend principe is.

1.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid relevante informatie ten aanzien diagnose, therapie, prognose en op het individu gerichte preventie op te zoeken en te integreren in de klinische praktijk;

Zie de rollen samenwerker en academicus.

- 1.4. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid met andere zorgverleners doeltreffend te communiceren in woord, geschrift en elektronisch, over de aan hem/haar toevertrouwde patiëntenzorg;
Zie de rollen communicator, organisator en samenwerker.
- 1.5. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid medische deskundigheid te tonen in situaties die niet te maken hebben met directe patiëntenzorg;
Geen specifieke aanbevelingen.
- 1.6. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid te reflecteren op het eigen medisch handelen en op de invloed hierop van eigen houding, normen en waarden;
Zie de rol beroepsbeoefenaar.

COMMUNICATOR

- 2.1. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid met patiënten een therapeutische relatie op basis van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen aan te gaan en te onderhouden;
Geen specifieke aanbevelingen.
- 2.2. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid informatie over het patiëntprobleem van de patiënt, van familie of van relevante derden uit de omgeving van de patiënt te verzamelen en de verzamelde informatie te integreren;

- Realiseert zich dat de gepresenteerde klacht van de oudere patiënt vaak multifactorieel bepaald is en neemt daarom een uitgebreide anamnese én heteroanamnese af waarbij de medische voorgeschiedenis, het vroeger en huidig functioneel, cognitief, psychisch, sociaal en somatisch functioneren in kaart worden gebracht.

UEMS 2003

- Kan de anamnese (inclusief voorgeschiedenis) bij een oudere persoon afnemen [...], en een inschatting van de functionele capaciteiten maken.
- Heeft bekwaamheid in de diagnostiek en behandeling van de volgende veel voorkomende problemen bij ouderen: multipele pathologie - fysiek, psychologisch, sociaal en functioneel; [...].
- Maakt gebruik van informatie verstrekt door (informele) zorgverleners.

ANZSGM 2006

- Is in staat de medische en functionele status van oudere patiënten in kaart te brengen.
- Is in staat de mentale status van een patiënt in kaart te brengen.

AAMC 2009

- Kan de baseline en huidige functionele capaciteiten van een oudere patiënt onderzoeken en beschrijven, door o.a. een (hetero) anamnese af te nemen, [...].

CGS - SCG 2009

- Is in staat cognitieve tests en een (hetero)anamnese af te nemen over cognitieve/functionele achteruitgang.
- Is in staat de baseline (voor huidige ziekte episode) en huidige functionele capaciteiten ((I)ADL) te evalueren op basis van betrouwbare informatie bronnen.

LAVA 2011

- Kent het belang van de medische voorgeschiedenis.

2.3. De juist afgestudeerde arts

(Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid relevante informatie met de patiënt, de familie en naasten of andere werkers in de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg te bespreken om zo optimale zorg aan de patiënt te kunnen leveren;

- Presenteert informatie inzichtelijk en begrijpelijk, rekening houdend met eventuele beperkingen die vooral op oudere leeftijd optreden.
- Is zich bewust van mogelijk verschillende belangen van patiënt en naasten, en kan conflicten en verschil van inzicht herkennen en hiermee omgaan danwel adequaat begeleiding inschakelen.

2.4. De juist afgestudeerde arts

(Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid de patiënt en de bij de patiënt betrokkenen te begeleiden;

- Bevordert bewustwording van de patiënt van zijn toenemende kwetsbaarheid (frailty), en stimuleert eigen regie en zelfmanagement.

BGS 2007

- Is in staat de principes van autonomie, mentale capaciteit om beslissingen te nemen en het concept van 'handelen in het belang van de patiënt' (best interests) te beschrijven.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Draagt bij aan de bewustwording van de patiënt van zijn toenemende kwetsbaarheid.
- Stimuleert eigen regie (o.a. om autonomie zo lang mogelijk realiseren en in zicht van het naderend levenseinde).
- Heeft kennis van empowerment (o.a. versterking van zelfredzaamheid door bevorderen zelfregie/ zelfmanagement).

- Waardeert de rol van van informele zorgverleners (mantelzorgers) en is in staat tekenen van overbelasting en stress bij hen te herkennen en aan te kaarten.

AGS 2000

- Is begaan met degenen die betrokken zijn bij de dagelijkse zorg voor kwetsbare ouderen en de moeilijkheden/ problemen die zij ondervinden.

IAGG 2006

- (H)erkent het belang om ondersteuning aan mantelzorgers te geven, die zelf mogelijk oud zijn en in slechte gezondheid kunnen verkeren.

- Is in staat op een effectieve en open manier met oudere patiënten en bij hen betrokkenen te communiceren.
 - Waartoe onder andere behoort: het bespreken van medische problematiek, cognitieve achteruitgang, aspecten van welzijn, slecht-nieuws gesprekken, de omgang met beperkingen, rouw en verlies en vragen of wensen rond het levenseinde, zoals behandelbeperkingen, stervensbegeleiding, euthanasie, palliatieve zorg (inclusief hospice) en pijnmanagement/comfortgericht beleid.

2.5. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid adequaat om te gaan met diverse patiëntengroepen zoals kinderen, ouderen, mannen en vrouwen en patiënten met verschillende culturele achtergronden;

- Houdt tijdens gesprekken met oudere patiënten rekening met mogelijke communicatieve beperkingen.
 - Zoals verminderd zicht, verminderd gehoor, afgenomen snelheid van informatieverwerking, verminderde cognitie, gebruik van hulpmiddelen, afasie.

CGS - SCG 2009

- Kan tekenen van overbelasting en stress bij de mantelzorger herkennen en beschrijven.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Waardeert informele zorg (o.a. erkenning van informele zorg).

UEMS 2003

- Heeft een basale bekwaamheid in de omgang met patiënten en zorgverleners, het bespreken van medische problemen, het slecht nieuws gesprek en omgaan met rouw (verlies).

ANZSGM 2006

- Kan effectief een stervende patiënt begeleiden.
- Kan effectief communiceren met oudere patiënten en bij hen betrokkenen.

AAMC 2009

- Is in staat palliatieve zorg (inclusief hospice) als een positieve, actieve behandel optie voor een patiënt in een vergevorderd stadium van zijn ziekte te beschrijven.

UEMS 2003

- Heeft een basale bekwaamheid in het omgaan met patiënten die communicatieve belemmeringen hebben.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Heeft een adequate bejegening - zowel rekening houdend met veroudering in communicatie, als wel als in organisatie (afspraken zijn op elkaar afgestemd, e.d.).

SAMENWERKER

3.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid in samenspraak met de patiënt op doeltreffende wijze tot samenwerking te komen met andere zorgverleners binnen de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg;

- Is in staat een op maat gesneden zorgplan in samenwerking met multidisciplinaire teamleden op te stellen.

UEMS 2003

- Begrijpt waarom interdisciplinaire samenwerking belangrijk is om het beste resultaat voor de patiënt te bewerkstelligen.

ANZSGM 2006

- Heeft kennis van [...] management en de rol van het multidisciplinaire team daarbinnen.
- Kan effectief werken in een team.

IAGG 2006

- Begrijpt dat de optimalisatie van gezondheid bij kwetsbare ouderen of diegenen met beperkingen een multidimensionale evaluatie en multidisciplinaire benadering nodig hebben om betere uitkomsten te behalen.

AAMC 2009

- Kan een voorlopig behandelplan ontwikkelen voor patiënten die zich presenteren met functionele beperkingen, inclusief aanpassingsgerichte interventies; waarbij betrokkenheid van interdisciplinaire teamleden van de geschikte disciplines, zoals maatschappelijk werk, verpleegkundigen, revalidatieartsen, diëtisten en apotheek.

CGS - SCG 2009

- Is in staat een voorlopig behandelplan voor patiënten die zich presenteren met functionele beperkingen te ontwikkelen, inclusief aanpassingsgerichte interventies; waarbij betrokkenheid van interdisciplinaire team leden van de geschikte disciplines.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Is zich bewust dat maatwerk op basis van de behoefte van de oudere een leidend principe is.

LAVA 2011

- Kent het belang van individuele therapie.

- Kan benoemen waar de regiefunctie van de arts uit bestaat. Is in staat om regie te voeren tijdens een multidisciplinair overleg, en heeft aandacht voor transitieoverdracht van hoofdbehandelaar naar de volgende behandelaar.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Draagt zorg voor overgangen in de zorgketen (waaronder eerste- en tweedelijnsvergangen).
- Kent het belang van ketensamenhang en coördinatie (waaronder een geïntegreerde aanpak, terugdringen van overconsumptie).
- Kent het belang van het verminderen van fragmentatie en versnippering door een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod.
- Kent het belang van een geïntegreerde aanpak (zorg, wonen, welzijn), en van zorgprofessionals die over hun eigen discipline heen kijken.

LAVA 2011

- Kent het belang van regie.
- Kent het belang van behandeling door niet 1 specialist, maar een medisch team.
- Is zich bewust van kwesties rondom doorverwijzen, zoals wie verantwoordelijk is.

- Kan ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundige, psycholoog, diëtiste, logopedie en maatschappelijk werk gericht inschakelen.

AGS 2000

- Staat open voor, en is bereid om samen te werken met collega's van andere disciplines in de zorg voor oudere patiënten.

UEMS 2003

- Is op de hoogte van maatschappelijk werkers, ondersteunende diensten [...].
- Heeft respect voor de rol van andere disciplines die bij de zorg betrokken zijn.
- Is in staat om te werken als lid van een multidisciplinair team van huisartsen, specialisten, therapeuten en sociaal-medewerkers.

BGS 2007

- Heeft kennis van: ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundigen, diëtisten, logotherapie, maatschappelijk werk, multidisciplinair overleg.

DDG 2006

- Kent de rol van de geriatrische teams.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van een geïntegreerde aanpak (zorg, wonen, welzijn), en van zorgprofessionals die over hun eigen discipline heen kijken.

3.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid een doeltreffende bijdrage aan interdisciplinaire teams op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek te leveren;

- Zie 3.1.

ORGANISATOR

4.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid doelgericht en doeltreffend gebruik te maken van informatietechnologie;

- Kan uitleggen waarom innovatie en de ontwikkeling van technologie en ICT belangrijk is; en enkele technologische toepassingen binnen de ouderenzorg benoemen.
 - Zoals domotica, robotica, eHealth-interventies, telemonitoring en teleconsultatie om bijvoorbeeld langer zelfstandig te kunnen wonen.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van ontwikkeling van technologie (kwaliteit en doelmatigheid).

4.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid de eigen werkzaamheden adequaat te organiseren, rekening houdend met de context waarin gewerkt wordt;

- Realiseert zich dat de zorg voor oudere patiënten meer tijd kost en houdt daarmee rekening in de planning.

4.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid te laten blijken goed geïnformeerd te zijn over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en de invloed hierop van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Deze kennis doeltreffend en efficiënt voor de eigen functie en/of organisatie te benutten;

- Kan uit ervaring de verschillende vormen van ouderenzorg beschrijven (en kan daarmee bij ontslag van een oudere patiënt uit het ziekenhuis een vervolgtraject inzetten).
 - Eerste- en tweedelijnszorg, thuiszorg, langdurige (institutionele) zorg, ambulante zorg en revalidatiezorg.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Heeft een adequate bejegening - zowel rekening houdend met veroudering in communicatie, als wel als in organisatie (afspraken zijn op elkaar afgestemd, e.d.).

AGS 2000

- Heeft kennis van beschikbare wijk faciliteiten, zoals degenen die institutionalisering kunnen voorkomen, en aanpassing aan zorg in alternatieve situaties, waaronder verpleeg/verzorgingshuizen.

UEMS 2003

- Kan bijdragen aan de ontslagplanning met de geschikte verwijzing naar wijk/gemeentelijke ondersteunende diensten.
- Is op de hoogte van maatschappelijk werkers, ondersteunende diensten en het belang van ontslag plannen.
- Is in staat zowel acute als chronische aandoeningen in een verscheidene settingen te behandelen; EHBO, revalidatie, dagkliniek, polikliniek, langdurige zorg (verzorg/verpleeghuis), ziekenhuis opname, bij de patiënt thuis.
- Kent de criteria voor opname in een instelling.
- Begrijpt medische en multidisciplinaire onderzoeken van ouderen die institutionele zorg nodig hebben.

ANZSGM 2006

- Heeft kennis van de wijkzorg/gemeentelijke diensten en hun juiste gebruik.
- Kent de rol van geriatrische teams in de wijk.
- Heeft kennis van de rol en het juist inzetten van verzorgingshuis mogelijkheden.
- Is in aanraking gekomen met patiënten in verschillende settingen waarin ze medische zorg zoeken, bijvoorbeeld het ziekenhuis, de wijk, thuis en in verzorgingshuizen.

BGS 2007

- Is in staat de interacties tussen gezondheid en sociale diensten in de dienstverlening en verzorging van langetermijnzorg voor ouderen en de volgende niveaus te kennen en te omschrijven: thuiszorg, aanleunwoning, verzorgingshuis, verpleeghuis langdurend - kortdurend.
- Is in staat de limitaties van ziekenhuiszorg in te zien en de bijdrage van de 1e lijns ouderengeneeskunde aan adequaat onderzoek en beleid, op waarde in te schatten.
- Is in staat de volgende deelgebieden te definiëren en hun bijdrage aan de ouderenzorg te duiden: 'continentie'-programma's, valpoli, PG, orthogeriatricie, palliatieve zorg, CVA zorg.

AAMC 2009

- Kan verschillende typen zorg benoemen en ertussen differentiëren, zoals gezondheidszorginstellingen en wet- en regelgeving die van belang zijn.
- Kent de belangrijkste componenten van een veilig ontslagbeleid (bijvoorbeeld accuraat medicatie-overzicht, plan voor follow-up), inclusief het noemen/vergelijken van potentiële verblijfsmogelijkheden na ontslag.

CGS - SCG 2009

- Is in staat het spectrum van ambulante zorg instellingen en verpleeg/verzorgingshuiszorg instellingen die beschikbaar zijn voor de patiënt in zijn omgeving te beschrijven.
- Is in staat de belangrijkste componenten van een goed ontslag beleid en follow-upplan te communiceren (bijvoorbeeld actuele medicatielijst, inschakelen van ondersteunende diensten).

DDG 2006

- Heeft kennis van ambulante mogelijkheden, waaronder palliatie.
- Heeft kennis van verpleeghuiszorg, dagverzorging, verzekering opties van langdurige zorg.

- Kan de verschillen en de specifieke werkdomeinen benoemen van de medische professionals betrokken bij ouderen in de verschillende settingen en gericht naar hen verwijzen/inschatten wanneer hun consultatie gewenst is.
 - Zoals (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater, internist-ouderengeneeskundigen, ouderenspsychiaters en sociaal geriater.

AGS 2000

- Staat open voor, en is bereid om samen te werken met collega's van andere disciplines in de zorg voor oudere patiënten.

UEMS 2003

- Heeft respect voor de rol van andere disciplines die bij de zorg betrokken zijn.
- Is in staat om te werken als lid van een multidisciplinair team van huisartsen, specialisten, therapeuten en sociaal medewerkers.
- Begrijpt waarom interdisciplinaire samenwerking belangrijk is om het beste resultaat voor de patiënt te bewerkstelligen.

ANZSGM 2006

- Heeft kennis van het proces van de CGA en management en de rol van het multidisciplinaire team daarbinnen.
- Kan effectief werken in een team.

DDG 2006

- Kent de rol van de geriatrische teams.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van een geïntegreerde aanpak (zorg, wonen, welzijn), en van zorgprofessionals die over hun eigen discipline heen kijken.
- Kent het belang van het verminderen van fragmentatie en versnippering door een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod.

LAVA 2011

- Kent het belang van behandeling door niet één specialist, maar een medisch team.

4.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009). Heeft de bekwaamheid uitgangspunten van kwaliteitszorg (bewaking, bevordering, waarborging) in de praktijk toe te passen; Geen specifieke aanbevelingen.

AGS 2000

- Heeft kennis van de financiën van gezondheidszorg, mechanismen en implicaties, en Medicare, Medicaid, managed care en hoofdelijke belasting.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van toegankelijkheid (o.a. eenduidige toegang tot complexe zorg).
- Kent het belang van het verbeteren van de (kwaliteit van de) ouderenzorg.
- Heeft kennis van gebalanceerde bekostiging (o.a. betere zorg voor gelijke of minder kosten).

LAVA 2011

- Heeft kennis van organisatie en structuur ouderenzorg, waaronder zorgmodellen, beleid en capaciteit.
- Is op de hoogte van kosten van de ouderenzorg.

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR**5.1. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)**

Heeft de bekwaamheid kennis over de determinanten van gezondheid en ziekte toe te passen in de praktijk en mee te werken aan maatregelen die de gezondheid van individuen en groepen bevorderen;

- Is in staat determinanten van gezond ouder worden vanuit een integratief biopsychosociaal perspectief te beschrijven.

UEMS 2003

- Heeft kennis van socio-economische, psychosociale, biomedische aspecten en aspecten van houding; fysiologie van veroudering, theorieën van veroudering, psychologie en veroudering, mentale gezondheid en veroudering, sociologie en veroudering, ethische aspecten.

ANZSGM 2006

- Heeft inzicht in de verschillende oorzaken van veelvoorkomende syndromen op hogere leeftijd.

5.2. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid risicovolle
determinanten van gezondheid op
het niveau van het individu,
(patiënten)groepen en maatschappij
te herkennen;

- Is in staat de belangrijkste begrippen van demografie en epidemiologie van veroudering te beschrijven en kent de implicaties voor de gezondheidszorg en maatschappij.
 - Zoals de concepten demografische en epidemiologische transitie, veranderingen in prevalentie van sterfte/ziekte en economische (toename grijze druk), politieke en sociale gevolgen van de vergrijzing.

AGS 2000

- Heeft inzicht in de demografie en epidemiologie van veroudering, o.a. de groei in aantallen ouderen en de heterogeniteit van de oudere populatie.

UEMS 2003

- Heeft kennis van de veranderende demografie.

ANZSGM 2006

- Kent de demografische trends en hun implicaties voor zorg en sociale diensten.

IAGG 2006

- Heeft kennis van de demografie van veroudering.

BGS 2007

- Is in staat om recente en voorspelde trends in demografie en epidemiologie te beschrijven.

DDG 2006

- Heeft kennis van demografie en epidemiologie.

LAVA 2011

- Heeft kennis van de demografie van veroudering (o.a. demografische transitie, prevalentie sterfte /ziekte).
- Heeft kennis van de epidemiologie van veroudering (o.a. epidemiologische transitie, causaliteit, causal pie-model Rothman).

5.3. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid adequaat
te reageren op risicovolle determi-
nanten van gezondheid op het
niveau van het individu, (patiënten-)
groepen en de maatschappij;

- Is in staat risicofactoren voor verouderingsziekten en functiestoornissen te bespreken en adviezen over de preventie ervan te geven, promoot daarbij vitaliteit en een gezonde en actieve levensstijl.

AGS 2000

- Heeft kennis van preventie van ziekte, waaronder primaire preventie (bijvoorbeeld beweging en voeding en psychosociale interventies die het functioneren maximaliseren en onafhankelijk wonen stimuleren); secundaire preventie met bij de leeftijd-passende screening op ziekten en identificatie van geriatrische syndromen; tertiaire preventie strategieën (bijvoorbeeld revalidatie en chemoprotaxie na een myocardinfarct).

UEMS 2003

- Is bekend met en heeft kennis van primaire en secundaire preventie.

ANZSGM 2006

- Heeft inzicht in de verschillende oorzaken van veelvoorkomende syndromen op hogere leeftijd.
- Is op de hoogte van strategieën voor gezonde veroudering.

IAGG 2006

- Erkent preventie en revalidatie als belangrijkste doelen van ouderengeneeskunde.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van gezond en actief oud worden (preventie).
- Kent het belang van tijdige signalering (o.a. het op tijd signaleren van beïnvloedbare risicofactoren, proactief handelen).

LAVA 2011

- Heeft kennis van preventie/gezond oud worden (o.a. voeding, lichaamsbeweging, veranderend risicomanagement bij ouderen, hypertensie, dyslipidemie, overgewicht).

- Is in staat kennis over een veranderend risicomanagement bij ouderen in de praktijk toe te passen.
 - Bijvoorbeeld afwijkende doelen van behandeling voor hypertensie, overgewicht en dyslipidemie.

LAVA 2011

- Heeft kennis van preventie/gezond oud worden (o.a. voeding, lichaamsbeweging, veranderend risicomanagement bij ouderen, hypertensie, dyslipidemie, overgewicht).

- Is in staat om het belang van proactieve zorg te beschrijven, waarbij het ondervangen van functionele achteruitgang voorop staat.
 - Voorbeelden hiervan zijn het vroegtijdig herkennen van complexe zorgproblematiek en cognitieve stoornissen, decubitus-, val- en infectiepreventie, het inzetten van revalidatie.

- Toont inzicht in de invloed van eenzaamheid op het welzijn van de oudere patiënt en het belang van sociale contacten/netwerken en maatschappelijke participatie.

AGS 2000

- [...] (te voorkomen, omkeerbare en behandelbare verouderingsprocessen moeten worden geïdentificeerd door clinici en dienovereenkomstig behandeld worden).

CGS - SCG 2009

- Kan de potentiële negatieve gevolgen van een ziekenhuis/instillingsopname herkennen en (voor zover mogelijk) voorkomen (zoals een delier, vallen, immobiliteit, decubitus, incontinentie, CAD's, bijwerkingen van medicatie, ondervoeding).

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van tijdige signalering (o.a. het op tijd signaleren van beïnvloedbare risicofactoren, proactief handelen).

UEMS 2003

- Heeft kennis van het verouderingsproces en de rol van ouderen in de maatschappij en hoe deze pathologische processen, de presentatie van medische problemen en de zorg voor oudere patiënten beïnvloeden.

ANZSGM 2006

- Heeft besef van raciale, culturele en sociale kwesties die invloed hebben op de uitvoering van zorg.

IAGG 2006

- (H)erkent de rol van psychosociale risicofactoren, zoals alleen wonen, economische tegenspoed en een tekort aan sociale ondersteuning in het veroorzaken en ervaren van ziekte.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van versterking van het sociale netwerk (o.a. bestrijding van eenzaamheid, maatschappelijke inbedding).
- Kent het belang van participatie (aan maatschappelijke activiteiten).

LAVA 2011

- Heeft kennis van de sociologie van veroudering (o.a. levensloopperspectief, netwerken, intergenerationale verhoudingen).

ACADEMICUS

6.1. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid een beperkt empirisch wetenschappelijk onderzoek op te zetten en uit te voeren;

- Kan het belang en de moeilijkheden van onderzoek bij ouderen beschrijven.
 - Zoals de 'natuurlijke' hoge uitval en ethische bezwaren (wilson-bekwaamheid).

ANZSGM 2006

- Kent het spectrum en de relevantie van wetenschappelijk onderzoek binnen veroudering/gerontologie/geriatrie.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Heeft kennis van effectieve zorg (o.a. zorg is meer dan medische zorg alleen, wetenschappelijke onderbouwing).

LAVA 2011

- Heeft kennis van onderzoek bij ouderen; evidence-based medicine voor ouderen.

6.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid onderwijs voor patiënten, studenten en zorgverleners te verzorgen;

Geen specifieke aanbevelingen.

UEMS 2003

- De beschikbaarheid van geriateren en andere geïnteresseerde faculteit medewerkers is essentieel.

ANZSGM 2006

- Het onderwijzen van ouderengeneeskunde zou geïntegreerd moeten worden in een volledig vak, gegeven in een afzonderlijke module op een moment dat de studenten genoeg klinische kennis en vaardigheden verzameld hebben.
- In de vakken die een probleemgerichte leerstrategie hebben (problem-based learning), zouden de casussen realistische patiënten moeten weergeven, bijvoorbeeld significante aantallen patiënten met chronische en niet geneesbare ziekten.

- De verantwoordelijkheid voor het lesgeven in geriatrie moet liggen bij iedereen die de zorg voor ouderen patiënten draagt.
- Geriaters zouden zich moeten concentreren op het lesgeven in kennis, vaardigheden en attitudes die minder aan bod komen in andere vakgebieden.
- Studenten zouden een goede toegang tot een bibliotheek en andere onderwijsfaciliteiten moeten hebben relevant voor ouderengeneeskunde.
- Studenten zouden getoetst moeten worden op het gebied van kennis, vaardigheden en attitudes relevant voor geriatrische geneeskunde die ze geacht worden te leren.
- Geriaters zouden actief betrokken moeten zijn bij het toetsen van studenten.
- Alle medische faculteiten moeten kunnen garanderen dat studenten specifieke training in het beoordelen en behandelen van oudere patiënten krijgen.
- Educatieve doelen in de geriatrie betreffen specifieke kennis, vaardigheden en attitudes die alle medische studenten moeten leren, gebaseerd op maatschappelijke vereisten en ondersteund door robuust (wetenschappelijk) bewijs.

6.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid de principes van kritisch denken toe te passen op bronnen van medische informatie (literatuur, boeken, internet, etc.) ook in interactie met anderen;

- Kan onderzoeksresultaten bij oudere patiënten kritisch beoordelen en toepassen, houdt daarbij rekening met de belangrijkste beperkingen van evidence-based medicine.
 - Zoals de beperkte inclusie van ouderen in clinical trials, de grotere heterogeniteit onder ouderen, de beperkte uitvoering van trials op relevante vragen/topics bij ouderen.

ANZSGM 2006

- Is in staat om resultaten van wetenschappelijk onderzoek bij oudere patiënten kritisch te beoordelen en toe te passen.
- Kent het spectrum en de relevantie van wetenschappelijk onderzoek binnen veroudering/gerontologie/geriatrie.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Heeft kennis van effectieve zorg (o.a. zorg is meer dan medische zorg alleen, wetenschappelijke onderbouwing).

LAVA 2011

- Heeft kennis van onderzoek bij ouderen; inclusie/exclusie; evidence-based medicine voor ouderen.

6.4. De juist afgestudeerde arts

(Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid bij concrete beslissingen in de klinische praktijk waar mogelijk het beschikbare wetenschappelijke bewijs te betrekken;

- Houdt bij uitvoering van de zorg rekening met de beperkte waarde van richtlijnen binnen de ouderenzorg en het niet één-op-één kunnen vertalen van aanbevelingen voor volwassen naar oudere patiënten.

UEMS 2003

- Is in staat de verschillen tussen het natuurlijk beloop en de voorkeursbehandeling van ziekten tussen ouderen en jongeren te herkennen.

ANZSGM 2006

- Kent de principes achter waarom oudere patiënten soms anders worden onderzocht en behandeld dan jongere patiënten en patiënten met slechts één aandoening.

LAVA 2011

- Heeft kennis van (de beperkte waarde van) richtlijnen binnen de ouderenzorg.

- Kan situaties herkennen en benoemen waarin levensverwachting, time to benefit voor een interventie, de functionele status, en/of voorkeuren en doelen van de patiënt uitzonderingen vragen op de 'standaard'-aanbevelingen.

AAMC 2009

- Kan accuraat klinische situaties inschatten waarin de levensverwachting, functionele status, patiënt zijn voorkeuren of doelen belangrijker zijn dan de 'standaard'-behandeling (bijvoorbeeld weergegeven in een richtlijn).
- Kan accuraat klinische situaties inschatten waarin de levensverwachting, functionele status, patiënt zijn voorkeuren of doelen belangrijker zijn dan de 'standaard'-aanbevelingen voor screenende testen.

- Kan beschrijven waarom in het bijzonder bij ouderen een holistische benadering, met een focus op functioneren, welzijn en kwaliteit van leven in plaats van slechts op overleving, ziekte en gezondheid belangrijk is.

AGS 2000

- Hecht belang aan de waarde van het verbeteren en optimaliseren van het functioneren van ouderen in plaats van slechts zich richten op ziekte.

ANZSGM 2006

- Heeft een holistische benadering met een focus op de persoon in plaats van de ziekte.

IAGG 2006

- Overweegt een probleem-georiënteerde aanpak als de meest geschikte voor de zorg aan ouderen.
- Heeft een holistisch perspectief, begrijpt dat oudere personen een uitgebreide voorgeschiedenis hebben en het begrijpen dat life events in het verleden de oorzaak van huidige gezondheidsproblemen zouden kunnen zijn.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Kent het belang van kwaliteit van leven.

LAVA 2011

- Kent het belang van kwaliteit van leven.

6.5. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid een persoonlijke leerstrategie te ontwikkelen, implementeren en documenteren;
Geen specifieke aanbevelingen.

6.6. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid op sterke en zwakke kanten in het eigen functioneren te reflecteren en daardoor sturing te geven aan het eigen leerproces en verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen professionele groei met als doel levenslange ontwikkeling als arts;
Geen specifieke aanbevelingen.

BEROEPSBEOEFENAAR

7.1. De juist afgestudeerde arts
(Raamplan 2009)
Heeft de bekwaamheid op een eerlijke, betrokken wijze hooggekwalificeerde zorg te leveren, met aandacht voor de integriteit van de patiënt;

- Is in staat verwachtingen van de oudere patiënt centraal te stellen bij het maken van een behandelplan.

ANZSGM 2006

- Erkent de rechten van ouderen, hun families en hun betrokkenen in het bepalen van hun eigen zorg.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Is zich bewust dat maatwerk op basis van de behoefte van de oudere een leidend principe is.

7.2. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid professioneel gedrag in de gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs te demonstreren;

- Heeft een empathische houding ten aanzien van ouderen.

UEMS 2003

- Heeft kennis van [...] aspecten van houding; [...].
- Kent het belang van een professionele houding voor het werken met ouderen, bijvoorbeeld betrouwbaar, persoonlijk, ethische aspecten en het recht om te kiezen en blootgesteld aan risicofactoren te zijn.

ANZSGM 2006

- Geriaters zouden zich moeten concentreren op het lesgeven in kennis, vaardigheden en attitudes die minder aan bod komen in andere vakgebieden.
- Heeft een zelfverzekerde en competente professionele omgang met oudere patiënten.

BGS 2007

- Heeft een professionele benadering van de oudere patiënt.

CSO, NFU, ZonMw 2012

- Heeft een adequate bejegening - zowel rekening houdend met veroudering in communicatie, als wel als in organisatie (afspraken zijn op elkaar afgestemd, e.d.).

- Toont inzicht in de vooroordelen en negatieve stereotypen rondom ouderen (ageism) en de invloed daarvan op de zorgverlening.

AGS 2000

- Is op de hoogte van verschillende mythes en stereotypes met betrekking tot ouderen.
- Erkent dat discriminatie van ouderen, zoals racisme, alle lagen en aspecten van de maatschappij beïnvloedt, ook beroepen binnen de gezondheidszorg,

en de optimale zorg voor oudere patiënten negatief kan beïnvloeden.

ANZSGM 2006

- Heeft een positieve benadering van ouderen en ziekte bij oudere patiënten, in combinatie met het zich bewust zijn van discriminerende houdingen en negatieve stereotypen.
- Heeft besef van raciale, culturele en sociale kwesties die invloed hebben op de uitvoering van zorg.

IAGG 2006

- Heeft een positieve houding t.a.v. veroudering, en het bestrijden van negatieve stereotypes.

BGS 2007

- Is zich bewust van stereotyperingen/vooroordelen rondom ouderen.
- Is zich bewust van discriminatie van ouderen (ageism) en erkent dat dit optimale zorg voor ouderen kan beïnvloeden.

LAVA 2011

- Is zich bewust van discriminatie van ouderen (ageism) (waaronder oudermishandeling).

7.3. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid de geneeskunde op een ethisch verantwoorde manier te beoefenen en de medische, juridische en professionele verplichtingen van het lidmaatschap van een zelfregulerende groep te respecteren;

- Kan beknopt argumenten noemen die van belang zijn in de belangrijkste ethische kwesties binnen de ouderenzorg.
 - Zoals wils(on)bekwaamheid, wilsverklaringen (advance care planning), euthanasie en palliatieve sedatie, wel/niet behandelbeslissingen, principes van autonomie, 'best interests' en reanimatie.

AGS 2000

- Heeft kennis vergaard over ethische kwesties in de geriatrie, waaronder wilsverklaringen, het vermogen om (medische) beslissingen te nemen, euthanasie, hulp bij zelfdoding, rantsoenering van gezondheidszorg, pijnmanagement en levenseinde zorg.

UEMS 2003

- Heeft besef van ethische vraagstukken binnen ouderenzorg.
- Heeft kennis van socio-economische, psychosociale, biomedische aspecten en aspecten van houding; fysiologie van veroudering, theorieën van veroudering, psychologie en veroudering, mentale gezondheid en veroudering, sociologie en veroudering, ethische aspecten.

ANZSGM 2006

- Heeft besef van veelvoorkomende ethische en legale kwesties relevant voor ouderen.

IAGG 2006

- Herkent ethische kwesties, o.a. levensende zorg.

BGS 2007

- Is in staat de volgende ethische en legale kwesties te omschrijven: wilsverklaringen, euthanasie, hulp bij zelfdoding, veiligstellen van financiën, terugtrekken en onthouden van medische behandeling, reanimatiebeslissingen.
- Is in staat de principes van autonomie, mentale capaciteit om beslissingen te nemen en het concept van handelen in het belang van de patiënt (best interests) te beschrijven.

DDG 2006

- Heeft kennis van ethiek.

LAVA 2011

- Heeft kennis van doelen van behandeling.
- Heeft kennis van overwegingen om wel/niet te behandelen.

- Kan de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO); de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz); het wetsvoorstel Zorg en dwang; de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) gebruiken, kent de impact ervan voor de professional en weet in hoeverre ouderen hierop zijn aangewezen.

BGS 2007

- Is in staat de wetgeving en jurisdictie die de principes (van autonomie, mentale capaciteit om beslissingen te nemen en het concept van handelen in het belang van de patiënt) schetst en beschermt te beschrijven.

- Kan aangeven wat de mogelijkheden en beperkingen zijn bij het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

AAMC 2009

- Kan verschillende typen zorg benoemen en ertussen differentiëren, zoals gezondheidszorginstellingen en wet- en regelgeving die van belang zijn.
- Kan de risico's, indicaties, alternatieven en contra-indicaties voor het gebruik van fysieke vrijheidsbeperkende en kalmerende middelen bij ouderen uitleggen.

CGS - SCG 2009

- Is in staat het volgende concept te definiëren en te beschrijven (inclusief de rollen van de artsen en andere 'beslissers'): advance planning directives over persoonlijke en financiële beslissingen, binnen de wettelijke kaders.
- Kan de risico's, indicaties, alternatieven en contra-indicaties voor het gebruik van fysieke vrijheidsbeperkende en kalmerende (chemische) middelen bij ouderen uitleggen.

7.4. De juist afgestudeerde arts (Raamplan 2009)

Heeft de bekwaamheid op het eigen handelen in de medische praktijk te reflecteren, in relatie tot de eigen gevoelens en cognities;

- Is in staat om de eigen houding tegenover veroudering, invaliditeit en de dood te kunnen bepalen, hierop te reflecteren en het effect op de uitvoering van de gegeven zorg te bespreken.

AGS 2000

- Is zich bewust van de eigen houding t.o.v. zijn/haar eigen veroudering, beperkingen, dood.

UEMS 2003

- Is in staat om zijn/haar eigen houding t.o.v. ouderen te verkennen en het effect daarvan op de door hem/haar gegeven zorg in te zien.
- Is in staat om zijn/haar eigen houding t.o.v. de dood en invaliditeit en het effect daarvan op de door hem/haar gegeven zorg in te zien.

Leyden Academy on Vitality and Ageing
Poortgebouw Zuid
Rijnsburgerweg 10
2333 AA LEIDEN

Tel. 071 524 0960

leydenacademy@leydenacademy.nl
www.leydenacademy.nl