**Advies Gemengde werkgroep INWENDIGE GENEESKUNDE
Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen**

 **Specifieke criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten in de GERIATRIE**

**Samenstelling van de werkgroep:**

* Voorzitter: De Breucker Sandra
* Leden: Baeyens Jean-Pierre, Berg Nicolas, Claeys Christian, De Cock Anne-Marie, de Saint Hubert Marie, Joosten Etienne, Vandenbroucke Michel
1. CONTEXT

I.1. Geldende wetgeving

* België:
	+ Ministerieel besluit van 27 juli 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten in de geriatrie
	+ Koninklijk Besluit van 29 januari 2007, versterkt in april 2014 tot vaststelling van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
	+ Ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten
* Europese richtlijn (bijlage V 2005/36/EG)
	+ RICHTLIJN 2005/36/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, P.B. L. 255, 30 september 2005, err. P.B. L. 271, 16 oktober 2007, err. P.B. L 93, 4 april 2008.
* Gevolgde procedure (Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen)

I.2 Voorbeelden uit het buitenland (reglementering, erkenningscriteria …)

* **UEMS**-geriatric section (EUMS-GS) en European Union Geriatric Medicine Society (**EUGMS**) :

Accreditering voor de gespecialiseerde opleiding in de geriatrische geneeskunde in de Europese Unie (April 2003), goedgekeurd door de lidstaten van de Unie, Noorwegen, Ijsland en Zwitserland. <http://uemsgeriatricmedicine.org/UEMS1/dok/accreditation_for_specialist_training.pdf>

* Uitwerking van een Europees curriculum is aan de gang.
* WHO : World report on Ageing and Health 2015. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf>
* Specialisatie in de geriatrie: stand van zaken in Europa:

Singler K, Holm EA, Jackson T, Robertson G, Muller-Eggenerger E, Roller RE. European postgraduate training in geriatric medicine: data of systematic international survey. Ageing Clin Exp Res 2015;27:741-50. : “(European) Geriatric medicine is recognized as an independent postgraduate specialty in 61.3 % (19/31) and as a subspecialty in 29.0 % (9/31) of the European countries. In 5 of the 31 countries geriatric medicine is not recognized at all. Nearly all countries offering postgraduate training in geriatric medicine have written, competence-based curricula covering different learning domains. 20/31 countries (64.5 %) have some kind of specialist assessment”.

1. VISIE OP DE SPECIALITEIT GERIATRIE

**II.1 Omgevingsfactoren**

1. **Demografie**

Sinds een eeuw stijgt de levensverwachting met drie maanden per jaar.

De mensen leven langer in goede gezondheid en de chronische aandoeningen concentreren zich steeds meer bij de hoogste leeftijden.

In België bedroeg de gemiddelde levensverwachting in 2014 81,07 jaar (vrouwen 83,5 jaar – mannen 78,56 jaar).

http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte\_leven/



1. **Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt**

### In januari 2007 werd een koninklijk besluit gepubliceerd, houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (ZGP) moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

### In maart 2014 werd er een Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 gepubliceerd.

Samengevat bepaalt het KB dat ieder algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende dienst voor geriatrie, met uitzondering van de geïsoleerde geriatriediensten, moet beschikken over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, en dat ieder algemeen ziekenhuis dat niet beschikt over een erkende dienst voor geriatrie, moet beschikken over een functioneel samenwerkingsverband met het dichtstbijzijnde algemeen ziekenhuis dat over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt beschikt.
Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak behoeft om verschillende van de hierna vermelde redenen:

 1° fragiliteit en beperkte homoïostase;

  2° actieve polypathologie;

  3° atypische klinische beelden;

  4° verstoorde farmacocinetica;

  5° gevaar van functionele achteruitgang;

  6° gevaar voor deficiënte voeding;

  7° tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven;

  8° psychosociale problemen.

Het ZGP bestaat uit:

* een erkende dienst voor geriatrie (kenletter G): zorgeenheid
* een geriatrisch consult
* een daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt
* een interne liaison (mobiel team belast met de evaluatie van de gehospitaliseerde kwetsbare oudere patiënten met uitzondering van de patiënten opgenomen op de dienst geriatrie)
* een externe liaison (zorgnetwerk dat het traject van de oudere patiënten faciliteert voor en na het ziekenhuis)

**II.2. Benadering**

De werkgroep geriatrie (WGG) is in juni 2015 samengekomen om de minimale vereisten inzake opleiding in de geriatrie te bepalen van de kandidaat-specialisten van de truncus communis in de inwendige geneeskunde.

De WGG wenst dat de **kandidaat-specialist in de truncus communis inwendige geneeskunde** verplicht de volgende stages uitvoert: geriatrie, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie en minstens twee (bij voorkeur 3 of 4) stages van 3 à 6 maanden in de volgende diensten: inwendige geneeskunde, oncologie, hematologie, nefrologie, reumatologie, endocrinologie.

De WGG wenst dat, tijdens zijn opleiding in de truncus communis, de **kandidaat-specialist geriatrie** dezelfde basisopleiding geniet als de andere kandidaat-specialisten specialistische geneeskunde. De stages zullen plaatsvinden in erkende diensten voor inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, endocrinologie, oncologie, hematologie, reumatologie, nefrologie, spoed, intensieve zorg. Die stages zullen tussen drie en 6 maanden duren.
In de mate van het mogelijke zou de **kandidaat-specialist geriatrie** moeten vermijden om tijdens zijn opleiding van de truncus communis tijd door te brengen op de geriatriediensten, om zijn opleiding zoveel mogelijk te diversifiëren. Een maximum van 6 maanden zal worden toegestaan door de erkenningscommissies in de geriatrie.

De WGG stelt ook voor dat er een telling zou gebeuren van de beschikbare stageplaatsen in de stageziekenhuizen waar de kandidaten van de truncus communis terechtkunnen, om ervoor te zorgen dat de stagemeesters van de truncus communis en van de specialiteit niet in competitie treden voor de stageplaatsen. Die reflectie moet ook rekening houden met de werklast in de diensten en de kwaliteit van de opleiding.

Om het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten na te leven, dringt de werkgroep geriatrie erop aan dat de regels afzonderlijk worden toegepast voor de truncus communis en de hogere specialisatie.

1. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS - vraag / aanbod
2. Planning van de vraag naar geriaters rekening houdend met de vergrijzing

In 2007 heeft een Task Force bestaande uit geriaters die lid zijn van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG) een groenboek gepubliceerd waarin het aantal geriaters vermeld staat dat opgeleid moet worden om te voldoen aan de vraag naar gezondheidszorg van de vergrijzende bevolking. De BVGG meende dat het tekort aan geriaters op 164 lag in België, zijnde 1.5 VTE/24 bedden.



In 2014 werden 307 geriaters erkend, van wie er 277 (91%) nog actief waren.

Het aantal kandidaat-specialisten in 2014 bedroeg 80.

Dat vertegenwoordigt een personeelsbestand van 202 VTE, met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar.

Elk jaar beëindigen een tiental geriaters hun opleiding in België.

29 geriaters zijn ouder dan 60 jaar en zullen hun beroepsactiviteit stopzetten binnen de komende 15 jaar.

De onderstaande tabel geeft de verdeling van de geriaters per leeftijdscategorie, taal en geslacht.







Bronnen:

<http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles>

Slides uitgewerkt door Philippe Meeus, RIZIV, presentatie over het onnodig voorschrijven van geneesmiddelen in de geriatrie, april 2016 (College voor Geriatrie).

1. Historiek van de specialisatie geriatrie in België

1987: invoering van de bedden met kenletter G en start van de overgangsmaatregelen ter erkenning van de specialist in de geriatrie
1995: start van de opleiding geriatrie met een oorspronkelijke specialisatie in de inwendige geneeskunde (5 jaar) gevolgd door 1 jaar specialisatie geriatrie (bijzondere beroepstitel die afhangt van een specialisatie in de inwendige geneeskunde – titel 3)
Arrest van de Raad van State waarin wordt gevraagd om de geriaters specifieke handelingen toe te kennen; erkenning opgeschort
MB van 29 juli 2005: volwaardige specialiteit in de geriatrie (titel 2), volgens de Europese richtlijnen (drie jaar truncus communis en drie jaar geriatrie).

1. Recente ontwikkelingen
	1. Taskforce “Choisir la gériatrie”

In 2014 heeft de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie een taskforce gemandateerd met als doel een document op te stellen ter attentie van de decanen van de Belgische faculteiten geneeskunde aangaande pistes die kunnen zorgen voor nieuwe kandidaten in de geriatrie. Hierdoor kon onder andere het aantal uur geriatrie in het studieprogramma worden opgetrokken, en de stages in de geriatrie verplicht gemaakt voor de studenten geneeskunde, en kon er een telling van de stageplaatsen worden uitgevoerd om in te spelen op de problematiek van de dubbele cohorte van 2018.

* 1. Advies 2014/9 van de Federale Adviesraad voor Ouderen

In 2014 heeft de Federale Adviesraad voor Ouderen een advies uitgebracht op basis van de vaststelling dat “ het aantal geriaters veel te laag is om te voldoen aan de noden/eisen van de ouder wordende bevolking, dat er inspanningen nodig zijn om de artsen te overtuigen om te kiezen voor de geriatrie, dat er meer aandacht moet worden besteed aan onderwijs rond verouderen en multipathologie, en dat stages verplicht moeten worden gemaakt.

* 1. Nieuwe samenwerkingen tussen specialiteiten: dankzij de ontwikkeling van het Zorgprogramma in de ziekenhuizen en de knowhow die wordt toegepast door de geriaters intra en extra muros, vragen tal van specialiteiten spontaan een formele samenwerking met de geriaters. Daarbij onder andere:

De oncogeriatrie : Kankerplan 2009-2014

De perioperatieve behandeling (orthogeriatrie, anesthesie)

De cardiogeriatrie (TAVI, hartchirurgie)

De nefrogeriatrie

…

1. DEFINITIE EN SCOPE VAN DE DISCIPLINE

De geriatrie is een medische specialiteit die zich bezighoudt met ouderen met comorbiditeiten, polymedicatie, een functionele afhankelijkheid en een kwetsbaarheidssyndroom, aan de hand van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Dat model werd goed beschreven en de doeltreffendheid ervan werd aangetoond in goed gedocumenteerde tijdschriftenartikels ([[1]](#footnote-1)).

Daartoe is het belangrijk om de gezondheidssystemen te ontwikkelen die in staat zijn om een haalbare toegang te verzekeren tot geïntegreerde diensten die gericht zijn op de noden van ouderen.

Die geïntegreerde aanpak moet bovendien voortvloeien uit een nauwe samenwerking met de andere specialiteiten (medisch, chirurgisch, neurologisch, psychiatrisch, beeldvorming, …).

WGO: “De belangrijkste maatregelen die ertoe kunnen bijdragen om die doelstelling te bereiken zijn, onder andere : ■ erop toezien dat alle ouderen een volledige evaluatie kunnen genieten en over een ruim specifiek zorgprogramma beschikken waarin de hele dienst betrokken is, die hun capaciteiten wil optimaliseren;

■ diensten ontwikkelen die zich zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de ouderen bevinden, met inbegrip van thuiszorg, en diensten op gemeenschapsbasis;

■ een organisatie uitwerken van diensten die de zorgverstrekking door multidisciplinaire teams bevorderen;

■ de ouderen ondersteunen om hen in staat te stellen om zichzelf te behandelen, door ondersteuning door peers, vorming, informatie en advies aan te bieden;

■ zorgen dat er medische uitrusting, vaccins en technologieën beschikbaar zijn die nodig zijn om hun capaciteiten te optimaliseren.”

1. VORMINGS- EN ERKENNINGSCRITERIA

De opleiding geriatrie omvat een voltijdse opleiding voor een periode van zes jaar, waarvan 3 jaar inwendige geneeskunde en dochterdisciplines en drie jaar in de subdiscipline geriatrie. Momenteel staat de volledige opleiding onder de verantwoordelijkheid van de geriater coördinerend stagemeester.

**V.1. Toelatingsvoorwaarden**

* Toelatingsvoorwaarden te voorzien voor de basisopleiding (truncus communis): het diploma arts en een universitair attest zoals bedoeld in het KB 1983.
* Toegelaten zijn door de Master Specialiteit Geriatrie voor de opleiding, eventueel aan de hand van een examen en/of een gesprek (variabel systeem van universiteit tot universiteit).

**V.2. Eindcompetenties (op te nemen in een bijlage)**

Bron: Gordon AL, Hubbard R. Education in Geriatric Medicine in Brocklehurst’s textbook of Geriatric Medicine (8th Edition), 2015.

1. Vorming truncus communis

De werkgroep geriatrie benadrukt het belang voor elke arts om een specifieke opleiding in de geriatrie te volgen, want de prevalentie van zeer veel internistische aandoeningen neemt toe met de leeftijd. Het gaat er dus niet om een exhaustieve lijst op te stellen van die aandoeningen toegepast op de oudere patiënt, maar om de artsen van de truncus communis op te leiden in de grote geriatrische principes die de behandeling van die aandoeningen complexer maken.

De leerdoelstellingen worden beschouwd als een continuüm dat stap voor stap moet worden verworven door de studenten geneeskunde, de kandidaat-specialisten van de truncus communis en de kandidaat-specialisten in de geriatrie.

80% van de doelstellingen zouden bereikt moeten zijn voor elke kandidaat.

Ervan uitgaande dat de kandidaat-specialisten pas aan het einde van de truncus communis zullen solliciteren in hun specialiteit, zullen alle kandidaten gelijkgesteld zijn gedurende de 3 jaar.

1. Hogere opleiding

De coördinatie van de hogere opleiding geriatrie staat onder de verantwoordelijkheid van een stagemeester verbonden aan een stagedienst die kan instaan voor de volledige hogere opleiding.

De stages worden georganiseerd om de kandidaat-specialist klinische ervaring in de geriatrie te laten opdoen in de verschillende pijlers van het Geriatrisch Zorgprogramma, met name de hospitalisatie, de consultatie en het geriatrisch dagziekenhuis, en de interne en externe liaison.

De opleiding vormt een samenhangend geheel van klinische activiteiten, onderwijs, en een wetenschappelijke en beroepsopleiding, die de kennis, het inzicht, de vaardigheden en attitudes zullen bewerkstelligen die nodig zijn voor het zelfstandig en adequaat uitoefenen van de geriatrie. Die verschillende aspecten van de opleiding worden gestructureerd en bewaakt naar kwaliteit via de Master in de specialiteit geriatrie. Onderzoek wordt eveneens aangemoedigd. De maximale tijd die wordt besteed aan onderzoek tijdens de opleiding kan meetellen voor de helft van de opleiding geriatrie, momenteel zonder tijdslimiet. Het onderzoeksonderwerp moet relevant zijn in het kader van de specialisatie in de geriatrie.

Voor de toekomstige specialist geriatrie, wordt sinds vele jaren een interuniversitaire cursus (Belgian Interuniversity Course of Geriatric Medicine) georganiseerd. Die cursus is uitgewerkt door een senior en een junior arts (in opleiding) van elke Belgische universiteit. De cursus wordt gegeven in het Engels, a rato van 4 dagen per jaar. Hij gaat in op de klinische praktijk, de theoretische concepten en modellen, onderzoek en administratieve kwesties. 75% deelname aan de lessen wordt vereist. De kandidaat-specialisten moeten, in het kader van de lessen, ook deelnemen aan minstens één van de twee nationale congressen (Herfst meetings van de BVGG, en Winter Meetings van de BVGG).

Een eindbeoordeling van de kandidaat-specialist geriatrie gebaseerd op het verwerven van de beschreven competenties (cfr. bijlagen) wordt overwogen, op initiatief van de Franstalige en Nederlandstalige erkenningscommissies in de geriatrie. In Vlaanderen zou die evaluatie ook gebaseerd zijn op het MaNaMa-programma (Master Na Master), op basis van de wetteksten (MB van 23 april 2014, Art 3 §1 betreffende de theoretische opleiding en de rol van arts, wetenschapper, communicator en beheerder).

De kandidaat-specialist moet de inhoud en de kwaliteit van zijn opleiding kunnen aantonen door regelmatig een logboek (of portfolio) bij te houden.

Die doelstellingen zijn verdeeld over 4 niveaus:

Niveau 1 : theoretische kennis (knowledge)

Niveau 2 : passieve praktische kennis (knowledge)

Niveau 3 : actieve praktische kennis (skill objectives)

Niveau 4 : toevertrouwde praktische kennis (competences)



Om de kandidaat of de stagemeester niet te benadelen met een te exhaustieve / te nauwkeurige lijst, is de groep van mening dat enkel de grote lijnen van het programma in dit stadium besproken moeten worden.

Samenvatting van de doelstellingen:

- Geriatrische patiënt: het kwetsbaarheidsprofiel en de gevolgen ervan herkennen op de evolutie van de patiënt. Aanbevelingen van de American Geriatric Society (Choosing Wisely) : http://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/

- Geriatrische semiologie: klinische tekens die specifiek zijn voor de geriatrische pathologie voor de « internistische » aandoeningen die vaak voorkomen bij oudere patiënten, epidemiologie van de ziekten op hoge leeftijd

- Geriatrische syndromen: de verschillende geriatrische syndromen herkennen en behandelen (delirium, val, functionele achteruitgang, ondervoeding, incontinentie, dementie…), de risicofactoren van die syndromen kennen, en de interactie met de aandoeningen.

- Geriatrische spoedgevallen: de vaakst voorkomende noodsituaties herkennen en adequaat optreden.

- Geriatrische evaluatie: kennis en interpretatie van de vaakst gebruikte gevalideerde screenings- en evaluatieschalen, toepassing op subgroepen van geriatrische patiënten (dialyse, onco, perioperatief …).

- Geriatrische revalidatie: basisprincipes van de revalidatie van de G patiënt.

- Geriatrische therapie: concept van polymedicatie, diagnostische technische handelingen, aanpassing van de behandelingen aan de bejaarde patiënt (START/STOPP, Beers-criteria, etc.), lokale en systemische zorg.

- Geriatrische preventie: kennis inzake nationale en internationale demografie, normale en pathologische vergrijzing, preventieve interventies, vaccinatie (indicaties en aanbevelingen van de EUGMS en de IAGG).

- Geriatrische palliatieve zorg: zorgintensiteit, communicatie met de patiënt en zijn familie, advanced care planning.

- Geriatrische ethiek: strijd tegen leeftijdsdiscriminatie, principes van de medische ethiek.

- Voorbereiding op het ontslag van de geriatrische patiënt: wetgeving en rechten van de patiënt, opvang vóór en na opname, vergadering pluridisciplinair team, communicatie met de behandelende arts.

- Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt: kennis van de werking van de hospitalisatie, van de consultatie, de interne liaison, de geriatrische daghospitalisatie.

De geriaters wensen hun eigen identiteit te behouden en verwachten van de toekomstige geriaters in hogere opleiding niet enkel een goede internistische basisopleiding, maar ook uitgebreide competenties op domeinen waarvoor de truncus communis niet kan zorgen (neurologie, psychiatrie, fysische geneeskunde en revalidatie, perioperatieve zorg, palliatieve zorg, leiderschapscapaciteiten, communicatie, ethiek, voldoende beheersing van de internationale taal in de wetenschappen (Engels), …). Die kennis geldt zowel voor de ambulante als voor de gehospitaliseerde patiënten. Hierover wordt grondig nagedacht binnen de specialiteit.

+ Bijlage Leerdoelen geriatrie JP Baeyens (TC opleiding)

+ Bijlage MaNaMa KUL

+ Bijlage UEMS – GM (condensed)

+ Bijlage Leerdoelen geriatrie JP Baeyens (Ger opleiding)

**V.3. Duurtijd en fasering van de vorming**

V.3.1. De gemengde werkgroep heeft het volgende opleidingstraject uitgewerkt:
Truncus communis: 3 jaar, waaronder 4 verplichte stages van 3 tot 6 maanden in de geriatrie/inwendige geneeskunde, cardio, pneumo, gastro en minstens twee (bij voorkeur 3 of 4) stages van 3 tot 6 maanden in de volgende diensten: inwendige geneeskunde, oncologie, hematologie, nefrologie, reumatologie, endocrinologie.

V.3.2. Bijkomende jaren: eindcompetenties

3 jaar geriatrie

Er zijn specifieke stages toegestaan (bij voorbeeld stage oncogeriatrie, psychogeriatrie, geriatrische revalidatie in centra die erkend zijn voor de opleiding door de stagediensten), onder toezicht van de stagemeester van het jaar in kwestie. Overeenkomstig het MB, art 41, moeten de activiteiten van die stagediensten voldoende omvangrijk en verscheiden zijn, rekening houdend met de duur van de opleiding, met het oog op een ruime ervaring zowel kwantitatief als kwalitatief.

Klinisch en/of fundamenteel onderzoek wordt erkend en aangemoedigd. De tijd die wordt besteed aan onderzoek tijdens de opleiding wordt erkend a rato van de helft van de tijd besteed aan de opleiding geriatrie, momenteel zonder tijdslimiet. Het onderwerp van het onderzoek moet in verband staan met de specialisatie geriatrie.

Stagedoelstellingen:

De stagedoelstellingen moeten tijdens de opleiding verworven worden en opgetekend in een portfolio die dient om te controleren dat alle doelstellingen van de opleiding werden gehaald.

We vermelden hier een aantal van die doelstellingen:

* Dagelijkse behandeling van de gehospitaliseerde patiënten in de geriatrie
* Houden en organiseren van de pluridisciplinaire vergaderingen (hospitalisatie, liaison)
* Coördinatie van het pluridisciplinair team rond het zorgproject
* Communicatie met de families, de artsen van de eerste lijn, de diensten voor sociale coördinatie
* Samenwerking met de instellingen waar de patiënt achteraf terechtkan (rust- en verzorgingstehuizen, revalidatiecentra, dagcentra, diensten voor thuiszorg)
* Nauwe samenwerking met de huisartsen (in de praktijk en in theorie aan de hand van gemeenschappelijke seminaries)
* Beheer van de geriatrische consultatie
* Organisatie van de aanpassingen in de geriatrische daghospitalisatie
* Advies van de geriatrische interne liaison
* Uitdragen van de geriatrische cultuur naar de andere specialiteiten
* Benadering van de ethische kwesties : aangepaste zorg, bespreking aangaande het levenseinde,….

Ruimere doelstellingen (voorgesteld in het templaat):

* systeembrede benadering van zorgprocessen (diagnostiek en behandeling)
* multi- en interdisciplinaire samenwerking (pluridisciplinaire vergaderingen, rehabilitatie)
* patiëntveiligheidscultuur en rapportering ongewenste gebeurtenissen
* opvolging en bewaking van (kritische) zorgprocessen
* analyse en interpretatie van gegevens en het didactisch weergeven ervan (academic and teaching skills, research)
* continu verbeteren aan de hand van kwaliteitscycli met aanpak van kwaliteitsverbetering (planning, uitvoeren en opvolgen)
* organisatie en communicatie rond transities in het zorgtraject van de patiënt binnen en buiten het ziekenhuis
* concrete toepassingen van de reglementering aangaande patiëntenrechten in de meest brede zin
* communicatie met zorgverleners, patiënten en familie

De coördinerend stagemeester stelt het stageplan op.

Iedere stagemeester stelt - met voldoende aandacht voor de veiligheid van de transitiefases - een schema op met periodieke eindtermen (periodieke competenties) die behaald moeten worden.

De kandidaat houdt een portfolio bij waarin alle aspecten en doelstellingen van de opleiding zoals hierboven beschreven aan bod komen. In Vlaanderen wordt werk gemaakt van een elektronisch portfolio.

Een regelmatige herevaluatie van de stagedoelstellingen en van de inhoud van de portfolio van de kandidaat-specialist gebeurt door de coördinerend stagemeester in samenwerking met de stagemeester van het lopende jaar.

V.4. Criteria voor « toelating beroepsuitoefening » – « licence to practice »

Tegen 2020, in voorbereiding op de intrede van de dubbele cohorte in de geneeskunde, zal er op paritaire manier een eindevaluatie uitgewerkt zijn.

Er wordt al een aantal jaar werk gemaakt van het project van een Europese evaluatie, maar dat heeft momenteel te kampen met te grote verschillen in de opleiding geriatrie om operationeel te zijn in de nabije toekomst.

Criteria voor (behoud van) toelating beroepsuitoefening “– “licence to practice”

Artikel 22 – afdeling 3 van het MB van april 2014 heeft betrekking op het behoud van de erkenning:

« De erkende arts-specialist is ertoe gehouden gedurende zijn ganse loopbaan zijn bekwaamheid te behouden en te ontwikkelen door praktische en wetenschappelijke vorming. »)

Het RIZIV voorziet ook in de aansluiting bij een MOK om te zorgen voor een permanente vorming in het kader van de accreditering.

Er bestaan momenteel geen minimumcriteria wat betreft de beroepsactiviteit of –praktijk inzake geriatrie.

STAGEMEESTERS/team

Voor de stagedienst met een volledige opleiding:

In overeenstemming met het MB van 23 april 2014 moet de stagemeester minstens 8 jaar anciënniteit hebben en de afgelopen 5 jaar gepubliceerd hebben. Hij moet op de stageplaats bijgestaan worden door een geriater met minstens 5 jaar anciënniteit.

De coördinerend stagemeester staat in voor het toezicht op de volledige opleiding van de kandidaat.

1. STAGEDIENSTEN

Volledige versus partiële opleiding

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen diensten die een partiële en volledige vorming aanbieden. Indien in een dienst bepaalde elementen onvoldoende aan bod komen (op te volgen via elektronisch stageboekje) moet door de universitaire stagecoördinator het stageplan worden aangepast.

De stagediensten beschikken over een zorgaanbod waarin de pijlers van het Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt vermeld staan, zoals aangegeven in het koninklijk besluit 2007 herzien in 2014, met name:

* + Een hospitalisatie-eenheid met minimum 24 bedden
	+ Een eenheid voor geriatrische daghospitalisatie
	+ Een geriatrische consultatie
	+ Een geriatrische interne liaison (mobiel team)
	+ Een externe liaison in samenwerking met het netwerk van thuiszorg (huisartsen, diensten voor thuiszorg), het netwerk voor revalidatiezorg, de centra voor dagzorg en de instellingen voor langdurig verblijf (ROB, RVT).

De stagediensten bieden de mogelijkheid om toegang te krijgen tot klinisch en/of fundamenteel onderzoek, en toegang tot de nationale en internationale wetenschappelijke tijdschriften. De stagediensten beschikken ook over een lokaal of gedecentraliseerd ethisch comité dat bevoegd is om advies te verlenen inzake onderzoek.

De stagediensten beschikken over een methodologie voor kwaliteitsborging van de opleiding.

De stagediensten moeten beschikken over een kwaliteits- en veiligheidsbeleid voor de zorgprocessen dat voldoende uitgebouwd is om relevante ervaring voor de kandidaat-specialisten mogelijk te maken, zoals bedoeld in de eindcompetenties.

1. AANTAL ARTSEN SPECIALISTEN IN OPLEIDING per stagemeester en per stagedienst

Volgens het laatste rapport 2014 van de planningscommissie[[2]](#footnote-2), bedraagt het minimumaantal op te leiden geriaters momenteel 20/jaar, met uitzondering van het jaar 2018, wanneer het 40/jaar bedraagt; met een verhouding Vlaanderen/Wallonië-Brussel van 60/40.

In beide gemeenschappen stellen we een cumulatief tekort vast van geriaters in opleiding, dat nog toeneemt met de jaren, en dat sinds 2010 in Vlaanderen en 2013 in de fed. Wallonië-Brussel.

Volgens artikel 29 van het MB van 23 april 2014, nemen de stagediensten in de geriatrie slechts de vorming van een beperkt aantal kandidaat-specialisten op zich in functie van het aantal bedden, de verantwoorde activiteit, het aantal opnamen met inbegrip van de opnamen in daghospitalisatie, het aantal consultaties in de stagedienst en het aantal erkende arts-specialisten in de stagedienst. Het maximumaantal wordt vastgelegd op 5 kandidaten per stagemeester.

1. OVERGANGSMAATREGELEN

De overgangsmaatregelen hebben geen betrekking op de geriatrie, die niet wordt beschouwd als een nieuwe specialiteit, net zoals de endocrinologie, de hematologie of de nefrologie.

Bijlage: eindcompetenties

1. Fox Mt et al. J Am Geriatr Soc 2012;60(12):2237-45.

Stuck AE et al. Lancet 1993;342:1032-6.

Ellis G et al. Cochrane Database Rev 2011.

Ellis G et al. Br Med Bull 2005;71:45-59. [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Rapports\_Annuels [↑](#footnote-ref-2)