

## EINDADVIES

Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen

juni 2017

Specifieke erkenningscriteria van geneesheren-specialisten, stagemeesters en –diensten  
voor de discipline **GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE**

Samenstelling Werkgroep:

- Voorzitter: Dr. Johan Van Wiemeersch, Em. Prof. M. L’Hermitte
- Leden: Jan De Maeseneer, Xavier Denoo, Yves Jacquemyn, Michelle Nisolle, Axelle Pintiaux, Martine Berlière, Frédéric Kridelka, Karen Hansen, Carine Derop, Ignace Vergote, Steven Weyers

### I. SITUERING

Er werd inspiratie gezocht in het buitenland.

De gemengde werkgroep werkte intens aan de ontwikkeling van een standaard vormingsprogramma waarvoor duidelijke eindcompetenties vastgesteld werden.

Uiteraard moet enige flexibiliteit mogelijk blijven. De standaardisatie heeft evenwel het voordeel dat elke arts-specialist in opleiding (ASO) kan rekenen op een coherent en uniform opleidingstraject, ongeacht de plaats waar de opleiding wordt aangevat. Een en ander maakt het ook makkelijker voor de erkenningscommissies (gefedereerde entiteiten) die het opleidingstraject elektronisch moeten kunnen opvolgen en eventueel bijsturen.

1

### II. VISIETEKST

#### II.1. Omgevingsfactoren

De voorbije decennia heeft het vakgebied gynaecologie-verloskunde enorme wijzigingen ondergaan, niet alleen op het vlak van type pathologie maar ook op het vlak van nieuwe technologieën en behandelingsmethodes.

Een verlenging van de opleiding naar 6 jaar is slechts in tweede instantie noodzakelijk door de introductie van de arbeidstijdverkorting, maar in de eerste plaats door een totaal gewijzigde arts-patiëntrelatie die zich de voorbije decennia heeft voltrokken. De talrijke rechten welke de patiënt heeft verworven, waaronder het recht op informatie en zijn meebeslissingsrecht (“shared decision making”), de grote verantwoordelijkheid (met belangrijke en zeer langdurige medicolegale gevolgen) die de gynaecoloog draagt, en uiteraard ook de nood aan arbeidsintensieve ‘counseling’ bij de analyse en behandeling van de diverse pathologieën maken het noodzakelijk om extra kennis en vaardigheden te verwerven.

De uitbreiding van kennis en implicaties van de genetica, de vele behandelingsmogelijkheden op het vlak van vruchtbaarheidsproblemen, de begeleiding welke van de gynaecoloog verwacht wordt tijdens de verschillende levensfasen van de vrouw zowel in contraceptieve, reproductieve als de menopauzale en postmenopauzale fasen van het leven, en ook de verschillende ontwikkelingen van de chirurgie met de nadruk op de minimaal invasieve chirurgie (technieken die tot 3 decennia geleden quasi onbestaande waren) welke een intensieve training vragen om garantie te bieden op een autonome en veilige beoefening ervan. Ook op het vlak van de echografie draagt de gynaecoloog een grote verantwoordelijkheid en dit niet enkel in de prenatale diagnose maar in alle aspecten van de echografie die niet meer weg te denken is uit de dagelijkse beoefening van het specialisme.

Vermelden we ook dat de algemene gynaecoloog een belangrijke coördinerende functie heeft in zijn/haar relatie met de diverse subspecialismen zoals reproductieve geneeskunde, gynaecologische oncologie, de urogynaecologie en perinatologie.

#### a) Wijzigingen in patiëntenprofiel, type pathologie en technologische evoluties

De individuele arts is een teamspeler geworden, behandelingen worden in een breder kader geplaatst, preventie en behandeling dienen te worden geïntegreerd, patiënten dienen te worden betrokken in hun behandelingsplan, ...

Om een zorgplan op maat uit te werken, is een multidisciplinaire samenwerking nodig met alle zorgverleners, zowel op medisch vlak als op psychosociaal en economisch vlak, maar ook met patiënten en overheden en dat op de verschillende echelons.

Inderdaad, ook de patiënt dient sterk te worden betrokken in het proces zodat hij of zij een actieve en verantwoordelijke deelnemer wordt in het team, wat de therapietrouw ten goede komt. In tegenstelling tot de vroegere passieve, onmondige patiënt, wordt de hedendaagse patiënt een volwaardige partner in de zorg, en verzamelt hij, zowel voor als na een consultatie, informatie via allerlei kanalen (internet, sociale media, contact met peers). Die ontwikkelingen vereisen meer en meer dat

elke arts er in toenemende mate tijd aan besteedt en beschikt over goede communicatieve eigenschappen, zowel naar de patiënt, als naar zorgverleners en hogere bestuursorganen toe. De voorbije decennia heeft er zich een explosie voorgedaan op het vlak van technologische evoluties. Een voorbeeld hiervan is de minimaal-invasieve heekunde. Terwijl tot 25 jaar terug nagenoeg alle gynaecologische chirurgie langs abdominale en vaginale weg plaatsvond, heeft op dit moment minstens 50% van alle ingrepen plaats via minimaal invasieve weg (laparoscopie, hysteroscopie en vaginale weg). Deze nieuwe technieken moeten aangeleerd worden tijdens de opleiding, echter net zo goed dienen de 'oudere' technieken ook nog voldoende plaats te krijgen in de opleiding. Hetzelfde geldt voor de conservatieve behandeling van sommige gynaecologische aandoeningen: ook hier is het arsenaal de voorbije decennia enorm uitgebreid (denk bv. aan de behandeling van myomen), wat maakt dat de kandidaat-specialist zich ook hierin moet bekwamen. Het volgen van deze technologische vooruitgang (diagnostisch, therapeutisch) is een evidentie maar kan slechts gedeeltelijk worden ingepast in de huidige 5-jarige opleiding.

### b) Nood aan een algemene opleiding mét aandacht voor eventuele latere subspecialisatie (niveau 3)

De opleiding in de gynaecologie en verloskunde beoogt algemeen te zijn, waarbij de afstuderende kandidaat-specialist een brede kijk behoudt op de verschillende aspecten van de gynaecologie en verloskunde.

Echter, door een ver doorgedreven subspecialisatie enerzijds en door het samenwerken van verschillende gynaecologen in associatieverband anderzijds, neemt de vraag vanuit de ziekenhuizen naar expertise in bepaalde expertise-domeinen steeds toe.

Voor alle duidelijkheid: het huidig advies betreft de niveau 2 beroepstitel gynaecologie-verloskunde en beoogt dus een brede professionele vorming tot gynaecoloog-verloskundige. De eindcompetenties van deze beroepstitel moeten gemeenschappelijk zijn en een te grote variatie moet zeker vermeden worden. We willen ook de mogelijkheid bieden dat gynaecoloog-verloskundigen in spe, die na 5 jaar al een voldoende grondige 'algemene vorming' hebben, zich tijdens hun 6<sup>de</sup> jaar kunnen oriënteren naar een bijzondere expertise in een subdomein. Dit mag evenwel een brede vorming niet overschaduwden. Voortgezette vorming en vorming in deelgebieden vallen buiten de scope van dit advies rond de niveau 2 titel.

Tijdens de algemene opleiding zal ook het samenwerken in een multidisciplinair verband aangemoedigd worden zodat deze manier van werken 'op natuurlijke wijze' vanzelfsprekend wordt. Immers, niet alleen de vraag naar specialisten binnen een expertisedomein neemt toe, maar er wordt ook meer en meer verwacht (en verplicht) dat deze "experten" gaan samenwerken met collega's uit andere specialiteiten die zich bij het expertisedomein aansluiten. Een voorbeeld hiervan is de multidisciplinaire aanpak van pelviene oncologie en senologie, waarbij gynaecologen samenwerken met o.a. medisch oncologen, anatoom-pathologen, genetici, radiotherapeuten, radiologen, huisartsen, psychologen, kinesitherapeuten, etc... die allen met een eigen ervaring en invalshoek bijdragen aan de aanpak van de pathologie van de patiënte.

3

### c) Nood aan een doordacht georganiseerde en gestructureerde professionele vorming:

De Belgische wetgeving in verband met de arbeidstijden<sup>1</sup> tijdens de professionele vorming van de ASO staat extreem lange werkweken niet langer toe en beperkt de werkweek tot 48 (of 60) uur. Dat impliceert een wijziging van het vormingsmodel, die gelukkig al vóór en sinds de wetswijzigingen ingezet werd. Van "leren door osmose" tijdens langdurige aanwezigheid op de werkvloer, gaan we naar een gepland en opgevolgd vormingstraject dat de verschillende<sup>2</sup> aspecten van de vorming en het contact met de aangewezen pathologie garandeert.

Er dient ook geïnvesteerd te worden in de verschillende mogelijke vormen van virtuele opleiding waaronder het gebruik van fantomen, skill and drill sessies, diverse aspecten van e-learning, enz. De betaalbaarheid hiervan en de toegangsmogelijkheid tot deze alternatieve vormen van training dienen uiteraard grondig te worden bestudeerd maar elke ASO dient op iedere opleidingsplaats de mogelijkheid te worden geboden om aan deze alternatieve vormen van opleiding deel te nemen. Het nodige financiële kader hiervoor dient te worden gegarandeerd.

---

<sup>1</sup> Wet van 12 december 2010 tot vaststelling van de arbeidsduur van de geneesheren, de tandartsen, de dierenartsen, kandidaat-geneesheren in opleiding, kandidaat-tandartsen in opleiding en studenten-stagiairs die zich voorbereiden op de uitoefening van deze beroepen, BS 22 december 2010 (ed. 2), err., BS 12 januari 2011.

<sup>2</sup> Eén van de mogelijke benaderingen bestaat erin een "360° evaluatie" van de kandidaat te voorzien, per vormingsjaar : met inbegrip van de administratieve en verpleegkundige aspecten, de verhouding met supervisors, met andere kandidaten in professionele vorming en met de patiënten).

### III. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS – vraag en aanbod

Uit de resultaten van de PlanCAD-gegevenskoppeling wordt er een analyse gemaakt van de artsen specialisten in de gynaecologie-verloskunde op de arbeidsmarkt in 2012.

In 2012 zijn er 77 % artsen met een RIZIV-nummer eindigend op 340 actief, d.w.z. dat zij in 2012 RIZIV-prestaties hebben ingediend. 48 % zijn werkzaam in Vlaanderen, 34 % in Wallonië, 16 % in Brussel en 2 % buitenland/onbekend. Dit komt neer op 75 % van de RIZIV-nummers eindigend op 340. De overige 25 % zijn vermoedelijk op rust of hebben geen RIZIV-activiteit.

In 2012 zijn er 262 ASO'ers gynaecologie, met name 114 in het Franstalige landsgedeelte en 148 in het Nederlandstalige landgedeelte. Gemiddeld kunnen we zien dat er op dit moment ongeveer 50 gynaecologen per jaar afstuderen.

In de resultaten van de PlanCAD-gegevenskoppeling wordt melding gemaakt van het concept "voltijds equivalent" (VTE), maar dit wordt bepaald op basis van de RIZIV-vergoedingen, en niet op basis van de effectief gepresteerde tijd, en bedraagt 177.960 Euro. Het aantal "financiële" VTE's in de gynaecologie in België bedraagt aldus 1232.

Wat de activiteitsgraad betreft, zien we dat het merendeel werkt als zelfstandige, met name 86 %. De hoogste densiteit van gynaecologen bevindt zich in Brussel, Vlaams en Waals Brabant. Uit de analyse van die 1232 VTE's blijkt dat vooral mannen tussen 35 en 60 jaar voltijds of meer werken, dat in Brussel en Wallonië de vrouwen geen RIZIV voltijds equivalent halen maar de Vlaamse vrouwen wel.

Een belangrijke opmerking bij de analyse van het enig cijfermateriaal dat ter onzer beschikking is gesteld voor wat demografie betreft, is dat het steeds gaat over financiële VTE's en niet over het aantal uren werk dat wordt gepresteerd.

Op basis van deze gegevens is het ook onmogelijk om een correcte inschatting te maken over de inflow van gynaecologen voor de toekomst. Er moet immers rekening worden gehouden met een te verwachten verschillend activiteitspatroon zowel in de preventieve als curatieve sector binnen de gynaecologie-verloskunde. Ook met een eventuele invloed van de wijziging in activiteiten van de vroedvrouwen. Indien we ervan uitgaan dat er de komende jaren een blijvende nood is in België aan 1678 gynaecologen (cijfers 2016), en we gaan uit van een gemiddelde carrière van 35 jaar, dan is de werkgroep van mening dat er jaarlijks minstens 40-50 (voltijds werkende) gynaecologen moeten afstuderen. Echter, de voorbije jaren is gebleken dat de jongere gynaecologen vaak deeltijds willen werken en in elk geval gemiddeld minder uren per week presteren dan een paar decennia terug. Dat zou een constante, of zelfs toenemende behoefte aan gynaecologen tot gevolg kunnen hebben, doordat het merendeel niet meer werkt aan hetzelfde ritme als voorheen, en een groot aantal hoofdzakelijk werkzaam is in een specifiek expertisedomein en doordat de complexiteit van de diagnose en behandeling in de gynaecologie-verloskunde aanzienlijk toeneemt..

Wanneer we ervan uitgaan dat de gynaecoloog van de toekomst nog steeds een groot aantal routineprestaties zal uitvoeren in het kader van preventieve gezondheidszorg (met name blijven instaan voor de opvolging van de screening, meer bepaald van baarmoederhalskanker en borstkanker), normale zwangerschapsopvolging, contraceptie en menopauze- en post-menopauzebegeleiding, dan kunnen de huidige quota van aantal opleidingsplaatsen en erkende gynaecologen ten minste worden behouden. Wanneer er echter een verschuiving komt van eerstelijnstaken naar zuiver specialistische zorg, dient er een strikte contingenteringscontrole plaats te vinden en zal er een daling van opleidingsplaatsen noodzakelijk zijn ten gevolge van een belangrijke negatieve repercussie op het aantal algemene gynaecologen dat in de toekomst nog dient te worden gevormd (maar deze subspecialisten zouden wel eerst een algemene vorming moeten doorlopen). Dit kan echter op dit moment onmogelijk worden ingeschat. De subspecialisatie zou echter ook een vergelijkbare behoefte met zich kunnen meebrengen aan gynaecologen, waardoor de behoeften verschuiven van algemene gynaecologie naar gesubspecialiseerde gynaecologen-experten.

IV. DEFINITIE(S) en SCOPE van de discipline:
--

De gynaecologie-verloskunde is dat onderdeel van de geneeskunde dat zich richt op

- de gezondheid en het welzijn van de vrouw, met inbegrip van het reproductief en seksueel leven.
- het voorkomen, herkennen en behandelen van goedaardige en kwaadaardige gynaecologische aandoeningen (van de genitale tractus, inclusief de borsten), bij kinderen, adolescenten, volwassenen en oudere vrouwen (onder andere menopauze en post-menopauze) ,
- de fertiliteit en contraceptie
- én dat instaat voor de integrale zorg tijdens de zwangerschap en de bevalling.

5

- De gynaecoloog geeft deskundige wetenschappelijke gefundeerde zorg betreffende diagnostiek en behandeling van ziekten van de genitale tractus, inclusief de borsten.
- De gynaecoloog is verantwoordelijk voor de begeleiding van de normale en gecompliceerde zwangerschap, bevalling en postpartumzorg.
- De gynaecoloog voert een aantal taken uit op het vlak van preventie (screening en preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), genitale- en borstkanker, anticonceptie, levenshygiëne, relevante vaccinaties, preconceptioneel advies .

Met deze definitie is de gynaecoloog :

- De arts die het eerste contact legt met de vrouwelijke patiënt en globale én continue zorg levert :
- Een arts die de aspecten van de ziekte evalueert en beheert, zowel biomedisch als psychosociaal ;

- Hij/zij beheert de informatiebronnen van de klinische epidemiologie en decisionele analyse, wat leidt tot een doordachte praktijk in de evaluatie van het ziekteproces en haar behandeling ;
- De bewaarder en beheerder van de elektronische klinische informatie

De vorming in de gynaecologie en verloskunde moet de ASO toelaten de vakspecifieke medische kennis en klinische en wetenschappelijke denkpatronen te verwerven en toe te passen in klinische situaties.

- 1) Het denken van de ASO dient hoofdzakelijk te berusten op wetenschappelijke gefundeerde achtergrond zoals die beschikbaar is in de op evidentie gebaseerde gegevens. De nadruk wordt gelegd op toegang tot de relevante databases die de ASO moet leren hanteren :
  - Elektronische en klassieke bibliotheek: basiskennis noodzakelijk (*background kennis*)
  - Medline en op evidentie gebaseerde databanken: actief zoeken naar (*foreground kennis*)
- 2) De ASO in de gynaecologie en verloskunde moet de kans geboden worden om tijdens zijn/haar opleiding een breed aantal domeinen binnen de gynaecologie-verloskunde te beoefenen (office gynaecologie, operatieve gynaecologie, reproductieve geneeskunde, prenatale diagnostiek, genetica, gynaecologische oncologie en senologie (zie hiervoor in bijlage lijst van competenties)

## V. VORMINGS – EN ERKENNINGSCRITERIA

### V.1. Toelatingsvoorwaarden

Toelatingsvoorwaarden te voorzien voor de basisopleiding: het diploma arts en een universitair attest zoals bedoeld in het KB 1983<sup>3</sup> en voor de Vlaamse gemeenschap het besluit van de Vlaamse regering betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, BS 6 april 2017.

### V.2. Eindcompetenties (als bijlage)

V.2.1. De ASO dient zich te bekwamen in 4 competentiedomeinen, met name die van medicus, wetenschapper, communicator en manager.

De leerresultaten voor deze competenties worden als volgt beschreven (zie bijlage).

#### a) Medicus

De algemene eindtermen worden opgesomd in bijlage. De kennis wordt verworven in theoretische lessen die elk jaar georganiseerd worden, met een minimum van 4 theoretische lesdagen/32 lessen per jaar ('aanvullingen in de gynaecologie en verloskunde'). De ASO dient bovendien bewijs te

<sup>3</sup> K.B. 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 27 april 1983).

leveren dat hij/zij een permanente vorming volgt, bijvoorbeeld door elk jaar 14 uur aan door het RIZIV geaccrediteerde cursussen bij te wonen ('wetenschappelijke verdieping in de gynaecologie en verloskunde'), het equivalent van 14 accreditatiepunten, zie hiervoor ook de lijst van verplichte cursussen en vormingen (bijlage 1). De vaktechnische vaardigheden worden aangeleerd tijdens de dagelijkse verrichtingen. De vaardigheden behelzen zowel een correcte consultvoering, conservatieve behandeling door middel van bepaalde technische handelingen, alsook de chirurgische en verloskundige vaardigheden vereist binnen het vakgebied. De professionele attitude wordt aangeleerd tijdens de dagelijkse verrichtingen. Progressie van chirurgische en technische vaardigheden wordt getoetst aan de hand van een evaluatie, bij voorbeeld OSATS (*objective structured assesment of technical skills*) en DOPS (*directly observed procedural skills*). De ASO dient zijn/haar progressie te registreren in een stageboekje of een elektronisch equivalent. Na het tweede jaar dient de kandidaat te slagen voor een door de universiteit georganiseerd examen. Slagen voor dit examen is een absolute voorwaarde voor erkenning tot specialist.

#### b) Wetenschapper

De kennis wordt verworven in de theoretische lessen en de geaccrediteerde activiteiten zoals vermeld onder de rol 'medicus' weergegeven onder V.2.1. De ASO registreert de wetenschappelijke activiteiten via zijn/haar stageboekje (of elektronisch equivalent). Tijdens de dagelijkse verrichtingen geeft de ASO blijk van een progressieve wetenschappelijke verdieping in het vakgebied en, waar mogelijk, een toepassing van het evidence based beoefenen van het vakgebied.

Hij verdiept zich in één bepaald, bij voorkeur klinisch, probleem, aan de hand van persoonlijk, en bij voorkeur origineel, onderzoek, en werkt dit uit in een wetenschappelijk manuscript, dat uitmondt in een gepubliceerd peer-reviewed artikel.

7

#### c) Communicator

De kennis wordt verworven in onderscheiden lessen, de vaardigheden worden geoefend op de werkvloer en in specifieke oefensessies. Er wordt nadruk gelegd op een correcte, efficiënte en humaan-empathische communicatie met patiënten en op interdisciplinaire samenwerking zowel met collegae als met alle andere medische en niet-medische zorgverleners.

#### d) Manager

De kennis wordt verworven in onderscheiden lessen, de vaardigheden worden geoefend op de werkvloer en in specifieke oefensessies. Er wordt nadruk gelegd op een maatschappelijk verantwoorde en kwaliteitsvolle geneeskunde, waarbij beschikbare middelen verantwoord worden besteed. De ASO leert zich op te stellen als een actieve speler binnen de organisatie van de gezondheidszorg en streeft hoge ethische normen na.

#### V.2.2. De kandidaat heeft diepgaande kennis en kunde inzake kwaliteitscontrole en veiligheidsbeleid:

- brede benadering van zorgprocessen
- multi- en interdisciplinaire samenwerking
- patiëntveiligheidscultuur

- opvolging en bewaking van (kritische) zorgprocessen
- analyse en interpretatie van gegevens en het didactisch weergeven ervan
- continu verbeteren aan de hand van kwaliteitscycli (PDCA, plan do check act) met aanpak van kwaliteitsverbetering (planning, uitvoeren en opvolgen)
- organisatie en communicatie rond transities in het zorgtraject van de patiënt binnen en buiten het ziekenhuis
- rapporteren en analyseren van (bijna)incidenten
- concrete toepassingen van de reglementering aangaande patiëntenrechten in de meest brede zin
- communicatie met zorgverleners, patiënten en familie.

### V.2.3. Eindcompetenties :

De te behalen competenties zijn die van een medicus, wetenschapper, communicator en manager (cf. supra). Voor deze domeinen worden theoretische en praktische vormingen voorzien zodat de ASO's de nodige kennis, kunde en competenties/houdingen/vaardigheden opdoen. De vaardigheden betreffen zowel "ervaring met consultaties" als "ervaring betreffende gynaecologische ingrepen en verloskundige handelingen" en "technische handelingen".

#### a) Consultaties:

Het belang van ervaring met consultaties moet onderstreept worden. Er moet tijdens de vorming voldoende tijd voor worden voorzien. Tijdens de opleiding moet de ASO minimum 1200 uur (50 % consultaties gynaecologie en 50 % consultaties verloskunde) aan consultaties uitvoeren (onder supervisie van de stagemeeester met mogelijkheid tot toenemende autonomie). Per opleidingsjaar vinden er 3 KKB (korte klinische beoordelingen) of een andere vorm van formele beoordeling plaats.

#### b) Ingrepen:

De ASO moet op het einde van de opleiding een minimaal aantal ingrepen hebben uitgevoerd, waarbij de courante gynaecologische en verloskundige praktijk wordt weerspiegeld. Tegen het einde van de opleiding dient de ASO in de eerste hand minstens 220 gynaecologische sleutelingrepen en 275 verloskundige sleutelhandelingen te hebben uitgevoerd. In de loop van de basisopleiding (gedurende de eerste 3 jaar) moet de ASO in de eerste hand minstens 75 gynaecologische sleutel ingrepen en 75 verloskundige sleutelhandelingen hebben uitgevoerd. Elk jaar moet elk type chirurgische ingreep en verloskundige handeling minstens éénmaal te worden geëvalueerd door middel van vooraf bepaalde criteria (bv. aan de hand van OSATS).

Bijlage 2 toont de lijst van 'sleutelingrepen' en de minimaal te behalen aantallen. Op het einde van de opleiding (en indien mogelijk reeds na 5 jaar) dient de ASO voor al deze sleutelingrepen het expertiseniveau 'in staat om de handeling uit te voeren zonder hulp van een senior (= zonder assistentie van de senior)' te hebben behaald.

Tijdens een planningsgesprek aan het begin van elke stageperiode bepalen de ASO en de stagemeeester in samenspraak met welke periodiciteit bepaalde ingrepen tussentijds geëvalueerd zullen worden, naast de verplichte evalueeratie aan het einde van het stagejaar (of van de stageperiode indien ze korter is dan een jaar). Bij die planning wordt rekening gehouden met het stageplan van de ASO.

Elke formele evaluatie door de stagemeeester (of zijn aangewezen vertegenwoordiger) zal gebeuren

Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen

15 juni 2017



op basis van vooraf bepaalde criteria (bijvoorbeeld d.m.v. een OSATS-evaluatie). Na elke evaluatie zal de stagemeeester eventuele lacunes aanwijzen, en desgevallend verbeterpunten bepalen en een plan opstellen dat tot doel heeft de lacunes weg te werken. Dat wordt met de ASO besproken en neergeschreven in een verslag (evaluatiegesprek).

Bijlage 3 toont de lijst van de gynaecologische en verloskundige ingrepen waarbij de kandidaat een minimum aantal keer als eerste assistent moet hebben opgetreden.

Op het einde van elk opleidingsjaar dient de stagemeeester het expertiseniveau te bepalen dat de kandidaat heeft behaald voor elk van de gynaecologische en verloskundige ingrepen (vermeld in bijlage 2), waarbij het niveau wordt geëvalueerd op basis van de volgende schaal:

- Niet van toepassing (niet aan bod gekomen dat jaar)
- In staat de handeling uit te voeren onder toezicht van een senior (= nauwe supervisie)
- In staat de handeling uit te voeren zonder ~~toezicht~~ hulp of assistentie van een senior
- In staat de handeling van een junior collega te superviseren en ze hem/haar aan te leren

Deze evaluatie zal onmiddellijk worden bezorgd aan de volgende stagemeeester.

Ze zal ook deel uitmaken van het stagerapport dat wordt bezorgd aan de Erkenningscommissie, die ook een lijst zal ontvangen van het aantal uitgevoerde technische, gynaecologische en verloskundige handelingen (zoals vermeld in bijlagen 2 en 3), zowel in de loop van het jaar als cumulatief over de volledige opleiding.

9

Gezien het verschillend aanbod en de variatie qua mogelijkheden van de diverse stageplaatsen, wordt geen uniform verplicht stappenplan opgelegd. De volgende clause moet voldoende waarborg bieden: "De kandidaat stelt in overleg met de coördinerende stagemeeester ~~stelt~~ het stageplan op. Iedere stagemeeester stelt - met voldoende aandacht voor de veiligheid van de transitiefases - een schema op met periodieke eindtermen (periodieke competenties) die behaald moeten worden."

c) Technische handelingen:

Hieronder wordt onder meer verstaan de gynaecologische en verloskundige echografie, de colposcopie en het plaatsen van spiraaltjes.

Tegen het einde van de opleiding (en bij voorkeur al na 5 jaar) dient een ASO minimaal 1050 technische prestaties te hebben volbracht (bijlage 2 toont het type en de aantallen per prestatie).

Elk jaar moet elk type technische prestatie minstens 1 keer geëvalueerd worden door middel van vooraf bepaalde criteria (bv. aan de hand van DOPS of een andere vorm van formele evaluatie).

Op het einde van elk opleidingsjaar dient de stagemeeester het expertiseniveau te bepalen dat de kandidaat heeft behaald voor elk van de technische prestaties (vermeld in bijlage 2), waarbij het niveau wordt geëvalueerd op basis van de volgende schaal:

- Niet van toepassing (niet aan bod gekomen dat jaar)
- In staat de handeling uit te voeren onder toezicht van een senior (nauwe supervisie)
- In staat de handeling uit te voeren zonder ~~toezicht~~ hul of assistentie van een senior
- In staat de handeling van een junior collega te superviseren en ze hem/haar aan te leren

Deze evaluatie zal onmiddellijk worden bezorgd aan de volgende stagemeeester.

Ze zal ook deel uitmaken van het stagerapport dat wordt bezorgd aan de Erkenningscommissie, die ook een lijst zal ontvangen van het aantal uitgevoerde technische, gynaecologische en verloskundige handelingen (zoals vermeld in bijlage 2), zowel in de loop van het jaar als cumulatief over de volledige opleiding.

**Bijlage 3** toont ook de lijst van technische prestaties waarbij de kandidaat een minimum aantal keer als eerste assistent moet hebben opgetreden.

#### d) Andere

De niet-operatieve behandeling, de evaluatie van een gynaecologische aandoening en de opvolging van een zwangerschap vormen minstens een even groot aandeel van de activiteiten van een gynaecoloog/verloskundige als de ingrepen en technische handelingen, en verdienen daarom een fors aandeel in het curriculum. Met name de therapeutische indicatiestelling, het maken van een patiëntgerichte keuze uit de verschillende technieken zijn even cruciaal als de correcte uitvoering van een technische handeling.

De stagemeeester moet ook de vaardigheden van de kandidaat op dat vlak evalueren, alsook zijn/haar evolutie doorheen de vorming en zijn beoordeling vermelden in zijn rapport aan de Commissie.

#### V.2.4. Flexibel concept voor een grondige algemene professionele vorming met plaats voor specifieke interesses:

De werkgroep onderstreept de noodzaak aan een minimale flexibiliteit die kan rekening houden met de evolutie van pathologie, technologie en van het type ingrepen. De wetgeving (de bijlage van het MB) mag dan niet tot het detail gaan, maar kan wel gehanteerd worden bij de praktische organisatie en opvolging van de professionele vorming.

De automatisering van het “stageboekje gynaecologie-verloskunde” zal een betere opvolging toelaten van de vooruitgang tijdens de professionele vorming.

Het is de bedoeling aan elke ASO een vergelijkbaar vormingstraject aan te bieden: uniform qua essentiële onderwerpen, maar met een zekere flexibiliteit uitgaande van de mogelijkheden van de stageplaatsen en waarbij eventueel de specifieke interesses van de kandidaat een aanvaardbare ruimte krijgen.

Een kandidaat kan er mogelijks in slagen om tegen het einde van het vijfde jaar vorming alle minimale aantallen en competenties te hebben gerealiseerd en behaald. Gedurende het zesde jaar

kan een deze kandidaat zich bekwamen in een specifiek aspect van de gynaecologie-verloskunde (bijvoorbeeld in de gynaecologische oncologie, de perinatale geneeskunde, de urogynaecologie, de minimaal invasieve heelkunde of de reproductieve geneeskunde), waarbij toch een zekere algemene gynaecologisch-verloskundige activiteit behouden blijft, met name aan de hand van ziekenhuiswachtdiensten, of algemene consultaties.

### V.3. Duurtijd en fasering van de vorming:

De gemengde werkgroep kwam tot het volgende opleidingstraject:

De opleiding duurt ten minste zes jaar en omvat:

**1° ten minste twee jaar in een Belgisch universitair ziekenhuis** of in een ziekenhuis waarvan de dienst is aangewezen als universitair in de zin van artikel 4 van de wet betreffende de ziekenhuizen;

Enkel indien wegens een tekort aan universitaire stageplaatsen, een kandidaat zijn stageplan niet kan opstellen, kan dit bij wijze van overgangsmaatregel voor bv. 10 jaar ook  $\phi$  in een ziekenhuis met stagedienst erkend voor een volledige professionele vorming (basisvorming en hogere vorming, cf VII.1 laatste alinea) in afwijking van art 10 van het MB 23.04.2014 <sup>4</sup>

**2° ten minste twee jaar in een niet-universitair ziekenhuis** met een stagedienst erkend voor de opleiding in de gynaecologie-verloskunde.

**3° maximaal 2 jaar in het buitenland overeenkomstig de bepalingen van art 11 en 11/1 van het M.B. 23.04.2014.**

**De basisopleiding** duurt ten minste drie jaar en begint verplicht met een jaar klinische praktijk. De basisopleiding omvat ten minste 1 jaar verloskunde en ten minste 1 jaar gynaecologie (niet noodzakelijk aansluitend), of ten minste 2 jaar in een dienst waarin verloskunde en gynaecologie gecombineerd wordt. Gedurende de basisopleiding verwerft de kandidaat hoofdzakelijk een zowel theoretische als klinische diepgaande kennis van en kunde in de anatomie, fysiologie en pathofysiologie van de menselijke voortplanting en de zwangerschap, evenals in de preventie, diagnostiek en medische en chirurgische behandeling van gynaecologische en verloskundige aandoeningen. De kandidaat neemt daartoe deel aan de patiëntenzorg die bestaat uit pre- en postnatale raadplegingen, gynaecologische raadplegingen, de praktijk van bevallingen en de techniek van gynaecologische en verloskundige chirurgische ingrepen.

**De hogere opleiding** duurt ten minste drie jaar, waarvan minstens één jaar in de gynaecologie en gedurende ten minste zes maanden in de verloskunde (niet noodzakelijk aansluitend) of ten minste 18 maanden in een dienst waarin verloskunde en gynaecologie gecombineerd wordt. De verloskundige stage zal, zo veel mogelijk, plaatsvinden in een dienst die beschikt over een MIC (maternal intensive care).

---

<sup>4</sup> M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, BS 27 mei 2014.

In het zesde jaar van de professionele vorming kunnen kennis, kunde en competenties verkregen worden in enkele specifieke domeinen (zoals de reproductieve geneeskunde, de oncologie, de urogynaecologie, de perinatale geneeskunde, ...) maar dit mag zeker een voorafgaande brede vorming niet overschaduwen.

#### V.4. Deeltijdse professionele vorming

De Werkgroep nam kennis van het voorstel van de Hoge Raad van februari 2017 (één jaar kan opgesplitst worden in twee jaar), maar het voorzien van de mogelijkheid van een minimum van 80% over het hele vormingstraject (mits corresponderende verlenging van de duurtijd van de vorming) lijkt meer aan te sluiten bij de verwachtingen van de kandidaten en wordt gesteund door de meerderheid van de Werkgroep.

VI. STAGEMEESTER/Team
-----------------------

De stagemeeester moet beantwoorden aan de algemene criteria voor erkenning van stagemeeesters.

De stagemeeester moet met volle dagtaak (of ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in zijn dienst of afdeling werkzaam zijn.

12

---

VII. STAGEDIENSTEN
--------------------

##### VII.1 Criteria:

De stagedienst voor de opleiding in de gynaecologie-verloskunde, voldoet aan de volgende criteria:

1° op de stagedienst worden per jaar ten minste zeshonderd bevallingen en ten minste vierhonderd heilkundige interventies verricht (gemiddelde van 3 opeenvolgende jaren);

2° de stagedienst vormt een eenheid in het ziekenhuis waar de dienst interne geneeskunde en de dienst chirurgie ~~erkend~~ ~~erkenbaar~~ ~~zijn~~ als stagedienst;

3° de activiteit van de stagedienst maakt het mogelijk dat elke kandidaat kan beantwoorden aan de vormings- en erkenningscriteria (hoofdstuk V) en dat de stagemeeester en al zijn medewerkers hun eigen ervaring kunnen onderhouden

4° de continuïteit van de opleiding van de kandidaat, alsmede zijn voltijdse persoonlijke deelname aan de werkzaamheden van de stagedienst zijn verzekerd.

Onverminderd bovenstaande bepalingen, beschikt de stagedienst **per kandidaat**, naast de stagemeeester, over ten minste één VTE-medewerker (1 VTE = minstens 8/10<sup>de</sup>) die effectief in de

Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen

15 juni 2017

stagedienst werkt (hoeft niet één persoon te zijn, bv. 2 stafleden die elk 50% binnen de dienst werken is ook gelijk aan 1 VTE). Deze medewerker of medewerkers is/zijn erkend als arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde en geeft/geven blijk van een volgehouden wetenschappelijke belangstelling. Ze zijn effectief betrokken bij de opleiding van de kandidaat.

In de dienst gerechtigd tot het geven van een volledige opleiding (basis- en hogere opleiding) moeten er ten minste 1000 bevallingen per jaar zijn en een dagelijkse polikliniek voor zwangere vrouwen, terwijl ten minste 200 grote gynaecologische ingrepen per jaar uitgevoerd moeten worden en de gynaecologische polikliniek ten minste 500 nieuwe gevallen per jaar moet inschrijven.

## VII.2. Kwaliteits- en veiligheidssysteem (vorming, zorgproces)

De stagedienst beschikt over een methodologie voor kwaliteitsborging van de opleiding. Het kwaliteits- en veiligheidssysteem voor de zorgprocessen is voldoende uitgebouwd om relevante ervaring voor de kandidaat-specialisten mogelijk te maken, zoals bedoeld in de eindcompetenties (« *clinical learning environment* »).

VIII. AANTAL KANDIDATEN (artsen specialisten in opleiding) per stagemester en per stagedienst:
--

13

### VIII.1. Basiscriteria om het aantal kandidaten per stagedienst te bepalen:

- 1° zeshonderd bevallingen en vierhonderd heelkundige ingrepen: 1 kandidaat;
- 2° achthonderd bevallingen en vierhonderd heelkundige ingrepen: 2 kandidaten.

### VII.2. Criteria om het supplementair aantal kandidaten per stagedienst te bepalen:

- 1° per supplement van 600 bevallingen boven de 800 bevallingen: 1 bijkomende kandidaat;
  - 2° per supplement van 200 heelkundige ingrepen boven de 400 heelkundige ingrepen, exclusief oncologische pelviene heelkunde: 1 bijkomende kandidaat;
  - 3° fertiliteitscentrum, per 1.000 cycli met ovariële stimulatie: 1 bijkomende kandidaat;
  - 4° borstkliniek, per 100 nieuwe diagnostische borstkankergevallen: 1 bijkomende kandidaat;
  - 5° erkend MIC (*maternal intensive care*)-centrum: 1 bijkomende kandidaat;
  - 6° pelviene oncologische heelkunde (zonder conisaties of gelijkaardige ingrepen) per 75 nieuwe gevallen: 1 bijkomende kandidaat;
  - 7° prenatale diagnostiek, per 500 gevallen van morfologische echografie: 1 bijkomende kandidaat;
  - 8° per 10.000 consultaties toegankelijk voor kandidaten, exclusief senologie, echografie en fertiliteit: 1 bijkomende kandidaat;
- Mits een bijzondere motivering in het erkenningsbesluit kan een hoger aantal equivalenten van kandidaten verantwoord worden op grond van het belang van de medische activiteit verricht in de stagedienst of in de polikliniek of op grond van de verscheidenheid van de aldaar behandelde pathologieën. Het aantal equivalenten van kandidaten moet in

verhouding staan tot de activiteit van de stagedienst en kan niet hoger zijn dan het aantal voltijds equivalente stafleden (minimum 8/10de) (dus niet het aantal medewerkers, maar het aantal VTE-functies) werkzaam op de dienst.

IX.      OVERGANGSMAATREGELEN
-------------------------------

IX .1 Het ministerieel besluit van 15 september 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van gynaecologie-verloskunde, wordt opgeheven.

IX.2 De geneesheren-specialisten die de bijzondere beroepstitel van arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde hebben behaald in toepassing van het besluit bedoeld in paragraaf 1, behouden die titel.

IX.3 De kandidaat wiens opleiding begonnen is vóór de inwerkingtreding van dit besluit, blijft onderworpen aan de bepalingen van het besluit bedoeld in paragraaf 1.

IX.4 De stagemeeesters en de stagediensten die vóór de datum van inwerkingtreding van dit besluit erkend zijn voor de opleiding in de gynaecologie-verloskunde blijven, tot het verstrijken van hun erkenning, onderworpen aan de bepalingen van het besluit bedoeld in paragraaf 1.

## **Bijlage 1. Verplichte cursussen en vormingen**

1. Praktische cursussen ingericht door een universiteit of een erkende organisatie, gericht op kandidaten, waarvan een certificaat van slagen moet worden voorgelegd:

- 1° Cardiotocografie;
- 2° Endoscopie
- 3° Gynaecologische en verloskundige echografie;
- 4° Colposcopie;
- 5° Diagnostische en operatieve hysteroscopie;
- 6° Verloskundige vaardigheden.

2. Theoretische kennis die kan worden verworven via deelname aan congressen, symposia, postgraduaatcursussen, spreekbeurten of publicaties (inclusief on-line) met certificaat van aanwezigheid en/of van slagen:

- 1° Fertiliteit – reproductieve endocrinologie
- 2° Senologie: diagnose en behandeling van benigne en maligne tumoren;
- 3° Urogynaecologie;
- 4° Infectiologie (gynaecologie-verloskunde);
- 5° Fysiopathologie van de vulva en vagina;
- 6° Seksuologie;
- 7° Pelviene gynaecologische oncologie;
- 8° Gezinsplanning/anticonceptie;
- 9° Menopauze.

**Bijlage 2. Minimaal te behalen technische prestaties en sleutelingrepen zelfstandig (onder supervisie) uit te voeren**

<b>TECHNISCHE PRESTATIES</b>	
Gynaecologische Echografieën (abdominaal en vaginaal)	500
Echografieën van de zwangerschap	500
Colposcopie	25
Plaatsen van IUD	25
<b>GYNAECOLOGISCHE INGREPEN</b>	
Laparatomie (geen sectio's)	10
Hysteroscopie (waarvan ten minste 50% operatief)	50
Uteriene zuig- en andere curettages	50
Conisatie of equivalent	10
Laparoscopie waarvan ten minste 50% operatief (sterilisatie, cystectomie, extrauteriene (ectopische) zwangerschap , adnexectomie, endometriose, myomectomie...)	50
Hysterectomie (alle types en toegangswegen, met ten minste vijf via "open" abdominale weg en ten minste vijf via vaginale weg)	30
Bekkenbodemheelkunde (alle types en toegangswegen )	10
Urinaire incontinentiechirurgie (alle types en toegangswegen)	10
<b>VERLOSKUNDIGE HANDELINGEN</b>	
Spontane partus	200
Instrumentele partus (met ventouse of forceps)	25
Sectio caesarea	50



**Bijlage 3. Minimaal te behalen aantallen als 'eerste assistent' bij technische prestaties en ingrepen**

<b>TECHNISCHE PRESTATIES</b>	
Morfologische echografieën in het tweede trimester	50
<b>GYNAECOLOGISCHE INGREPEN EN VERLOSKUNDIGE HANDELINGEN</b>	
Borstchirurgie (mammectomie, kwadrantectomie of tumorectomie)	10
Okselklieruitruiming, inclusief sentinel node	10
Uitgebreide hysterectomie (Wertheim) en/of debulking	10
Vaginale stuitbevalling en/of bevalling tweeling	10 indien mogelijk