

Ontwerp advies Werkgroep van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen
23 mei 2022
Specifieke erkenningscriteria van artsen-specialisten, stagemeesters en -diensten voor de
discipline **GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE**

Samenstelling Werkgroep:

- Medevoorzitters: dr. Guy Orye en voorzitter prof. P Bernard.
- Leden: Johan Van Wiemeersch, Steven Weyers, Yves Jacquemyn / Joke Muys, Herman Tournaye, Dirk Timmerman, Tom Bovyn, Sophie Ponnet, Dominique Humblet, Jacques Jani, Didier Oberweis, F. Kridelka, G. Bergiers

| | | |
|-------|--|----|
| I. | SITUERING | 2 |
| II. | VISIETEKST..... | 2 |
| III. | DEMOGRAFISCHE GEGEVENS – vraag en aanbod..... | 4 |
| IV. | DEFINITIE(s) en SCOPE van de discipline: | 7 |
| V. | VORMINGS- en ERKENNINGSCRITEIA | 8 |
| V.1. | Toelatingsvoorwaarden | 8 |
| V.2. | Eindcompetenties (als bijlage) | 8 |
| V.3. | Duurtijd en fasering van de vorming: | 13 |
| V.4. | Deeltijdse opleiding | 14 |
| VI. | STAGEMEESTER / Team | 14 |
| VII. | STAGEDIENSTEN..... | 15 |
| VIII. | AANTAL KANDIDATEN (artsen-specialisten in opleiding) per stagemeester en per stagedienst | 16 |
| IX. | OVERGANGSMAATREGELEN | 17 |

I. SITUERING

Dit ontwerpadvies is gebaseerd op het advies van juni 2017, het advies van diverse werkgroepen binnen onze beroepsgroep en ervaringen uit 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 (deelstaten) die het opleidingstraject via elektronische weg moeten kunnen opvolgen en eventueel bijsturen.

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.

Bijgevolg dringt zich een verlenging van de opleiding naar zes jaar op, niet enkel door de introductie van de arbeidstijdbeperking, maar voornamelijk ook door een veel complexere diagnosebepaling en behandeling van diverse pathologieën, verhoogde administratieve druk, en de evolutie in de arts-patiëntrelatie die zich de voorbije decennia heeft voltrokken. De talrijke rechten die de patiënt heeft verworven, waaronder het recht op informatie en het bijbehorende meebeslissingsrecht ('shared decision making'), de grote verantwoordelijkheid (met belangrijke en zeer langdurige medicolegale gevolgen) die de gynaecoloog draagt, alsook 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 die de gynaecoloog biedt tijdens de verschillende levensfasen van de vrouw zowel in de puberteits-, contraceptieve, reproductieve als de menopauzale en postmenopauzale fase van het leven, en ook de verschillende ontwikkelingen van de chirurgie waarbij de nadruk wordt gelegd op de toenemende complexiteit en de minimaal invasieve chirurgie (met de opkomst van steeds innovatievere technieken zoals robotchirurgie) vragen een intensieve training om garantie te bieden op een autonome en veilige beoefening ervan.

De gynaecoloog beschikt over de nodige kennis en competenties om aan bepaalde verwachtingen van de maatschappij te voldoen, onder meer over deskundigheid binnen een multidisciplinair team op het vlak van de verschillende aspecten van gezinsplanning, opvang en onderzoek van slachtoffers van seksueel geweld ... Ook op het vlak van de echografie draagt de gynaecoloog een grote verantwoordelijkheid en dit niet enkel bij de prenatale diagnose en zwangerschapsopvolging, maar ook voor alle aspecten van de echografie, die niet meer weg te denken is uit de dagelijkse beoefening van het specialisme.

Merk op dat de algemene gynaecoloog naast de gynaecologische en obstetrische basisopvolging, ook een belangrijke coördinerende functie heeft in zijn relatie met diverse subspecialismen, zoals de reproductieve geneeskunde, de gynaecologische oncologie, de urogynaecologie en de perinatologie.

96
97 a) Wijzigingen in patiëntenprofiel, type pathologie en technologische evoluties
98

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

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

105 Ook de patiënt dient immers nauw te worden betrokken in het proces zodat hij of zij een actieve en
106 verantwoordelijke deelnemer wordt in het team, wat de therapietrouw ten goede komt.

107 In tegenstelling tot de vroegere patiënt die weinig betrokkenheid verwachtte, is de hedendaagse patiënt een
108 volwaardige partner in het zorgtraject, en verzamelt hij, zowel voor als na een consultatie, informatie via
109 allerlei kanalen (internet, sociale media, contacten met peers). Die ontwikkelingen vereisen meer en meer
110 dat elke arts in toenemende mate tijd besteedt aan informatieverbreiding en geïnformeerde toestemming,
111 en beschikt over goede communicatieve eigenschappen, zowel naar de patiënt toe, als naar de zorgverleners
112 van de multidisciplinaire teams, de verantwoordelijken van de instelling waar zijn activiteiten plaatsvinden,
113 derde partijen en overheden toe. De voorbije decennia hebben belangrijke technologische evoluties gebracht.
114 Een mooi voorbeeld hiervan is de minimaal invasieve chirurgie. Terwijl tot 25 jaar terug nagenoeg alle
115 gynaecologische chirurgie langs abdominale en vaginale weg plaatsvond, heeft op dit moment minstens 50%
116 van alle ingrepen plaats via minimaal invasieve weg (laparoscopie, hysteroscopie en vaginale weg; en de
117 meest recente evolutie: robotchirurgie). Deze nieuwe technieken moeten worden aangeleerd tijdens de
118 opleiding, echter net zo goed dienen de 'oudere' technieken ook nog voldoende plaats te krijgen in de
119 opleiding. Hetzelfde geldt voor de conservatieve behandeling van sommige gynaecologische aandoeningen:
120 ook hier is het arsenaal de voorbije decennia enorm uitgebreid (denk bv. aan de behandeling van myomen),
121 wat maakt dat de ASO zich ook hierin moet bekwamen. Het volgen van deze technologische vooruitgang
122 (diagnostisch, therapeutisch en economisch) is een evidentie maar kan slechts gedeeltelijk worden ingepast
123 in de huidige vijfjarige opleiding.
124

125 b) Nood aan een algemene opleiding mét aandacht voor eventuele latere subspecialisatie (niveau 3)
126

127 De opleiding in de gynaecologie en verloskunde beoogt algemeen te zijn, waarbij de ASO een brede kijk
128 behoudt op de verschillende aspecten van de gynaecologie en verloskunde. Die opleiding moet ervoor zorgen
129 dat de ASO aan het einde van de opleiding in staat is om deel te nemen aan een basiswachtdienst.

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

133 Voor alle duidelijkheid: het huidige advies betreft de niveau 2-beroepstitel gynaecologie-verloskunde en
134 beoogt dus een algemene professionele vorming tot gynaecoloog-verloskundige. De eindcompetenties van
135 deze beroepstitel moeten gemeenschappelijk zijn en een te grote variatie moet absoluut voorkomen worden.
136 We willen ook de mogelijkheid bieden dat gynaecoloog-verloskundigen in spe, die na vier of vijf jaar al een
137 voldoende grondige 'algemene vorming' hebben, zich tijdens hun vijfde of zesde jaar kunnen oriënteren naar
138 een bijzondere expertise in een subdomein. Dit mag evenwel een volledige brede vorming niet
139 overschaduwen. Voortgezette vorming en vorming in subdomeinen (subspecialisatie) vallen buiten de scope
140 van dit advies rond de niveau 2-titel.
141

142 Tijdens de algemene opleiding zal ook het samenwerken in een multidisciplinair verband aangemoedigd
143 worden zodat deze manier van werken 'op natuurlijke wijze' vanzelfsprekend wordt. Immers, niet alleen de
144 vraag naar specialisten binnen een expertisedomein neemt toe, maar er wordt ook meer en meer verwacht
145 (en verplicht) dat deze 'experten' samenwerken met collega's met andere specialismen die op het
146 expertisedomein aansluiten. Een voorbeeld hiervan is de multidisciplinaire aanpak van pelviene oncologie en
147 senologie, die vereist dat gynaecologen samenwerken met o.a. medisch oncologen, anatoom-pathologen,
148 genetici, radiotherapeuten, radiologen, huisartsen, psychologen, kinesitherapeuten, enz.: allen dragen met
149 hun eigen ervaring en invalshoek bij aan de aanpak van de pathologie van de patiënte.
150

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

De Belgische wetgeving in verband met de arbeidstijden¹ tijdens de professionele vorming van de ASO beperkt de werkweek tot 48 uur op een gemiddelde van 13 opeenvolgende weken (60 u), op voorwaarde dat een opting-outdocument wordt ondertekend. Dit 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 verschillende² aspecten van de vorming en het contact met de pathologie garandeert. Daarnaast bestaat er een theoretisch opleidingstraject (master specialistische geneeskunde) dat bestaat uit lessen, examens en verplichte en optionele attesten. Er dient ook geïnvesteerd te worden in de verschillende mogelijke vormen van virtuele opleiding waaronder het gebruik van fantomen, 'skills and drills' sessies, diverse aspecten van e-learning, enz. De betaalbaarheid en toegankelijkheid van deze alternatieve vormen van opleiding dienen uiteraard grondig te worden bestudeerd maar elke kandidaat-specialist dient op iedere opleidingsplaats de mogelijkheid te worden geboden om aan deze alternatieve vormen van opleiding deel te nemen. Hiervoor moet het nodige financiële kader worden gegarandeerd.

¹ 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.

² Een van de mogelijke benaderingen bestaat erin in een 360 gradenevaluatie van de kandidaat te voorzien (met inbegrip van op z'n minst de administratieve en verpleegkundige aspecten en de verhouding met supervisors, andere kandidaten en patiënten).

III. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS – vraag en aanbod

Het rapport over de evolutie van de workforce artsen-specialisten Gynaecologie-verloskunde, 2016-2036 - Resultaten van het basisscenario (*Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu - 09.04.2020*) vermeldt dat de specialismegraad voor de huisartsgeneeskunde door de werkgroep artsen werd vastgelegd op 0,42 voor de Franse Gemeenschap en op 0,40 voor de Vlaamse Gemeenschap. Voor 2022 verwachten we dat ~~827~~ (957 + 698) Belgische gediplomeerden en (37+54) niet-Belgische gediplomeerden hun studie geneeskunde zullen voltooien. In de Vlaamse Gemeenschap zal 3,86% worden toegelaten tot het specialisme gynaecologie-verloskunde (aantal artsen in opleiding = 38). In de Franse gemeenschap zal 3,35% worden toegelaten tot het specialisme gynaecologie-verloskunde (aantal artsen in opleiding = 25).

De evolutie van de workforce artsen-specialisten Gynaecologie-verloskunde, 2016-2036 - Resultaten van het basisscenario

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst
Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg,
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu,
9.4.2020

| Paramètre 6 : Taux de spécialité - Gynécologie-obstétrique | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|------------|--------------|----------|----------------------|------------|--------------|----------|--------------------------|----------------|
| Début spec. | Communauté flamande | | | | Communauté française | | | | Représentation graphique | |
| | Dipl. BE | Dipl. N-BE | % spécialité | Nbre MEF | Dipl. BE | Dipl. N-BE | % spécialité | Nbre MEF | Com. flamande | Com. française |
| 2011 | 630 | 28 | 4,88 | 32 | 460 | 74 | 3,57 | 19 | | |
| 2012 | 664 | 29 | 5,35 | 37 | 451 | 122 | 4,03 | 23 | | |
| 2013 | 710 | 14 | 4,71 | 34 | 435 | 76 | 6,48 | 33 | | |
| 2014 | 700 | 30 | 4,66 | 34 | 559 | 73 | 3,97 | 25 | | |
| 2015 | 710 | 42 | 4,40 | 33 | 592 | 71 | 3,48 | 23 | | |
| 2016 | 836 | 43 | 3,64 | 32 | 692 | 79 | 3,51 | 27 | | |
| 2017 | 794 | 36 | 4,35 | 36 | 794 | 54 | 2,41 | 20 | | |
| 2018 | 1.297 | 37 | 4,16 | 55 | 1.562 | 58 | 3,12 | 50 | | |
| 2019 | 919 | 26 | 3,71 | 35 | 905 | 10 | 3,95 | 36 | | |
| 2020 | 963 | 37 | 3,86 | 39 | 733 | 54 | 3,35 | 26 | | |
| 2021 | 827 | 37 | 3,86 | 33 | 774 | 54 | 3,35 | 28 | | |
| 2022 | 957 | 37 | 3,86 | 38 | 698 | 54 | 3,35 | 25 | | |
| 2023 | 1.068 | 37 | 3,86 | 43 | 261 | 54 | 3,35 | 11 | | |
| 2024 | 971 | 37 | 3,86 | 39 | 659 | 54 | 3,35 | 24 | | |
| 2026 | 1.031 | 37 | 3,86 | 41 | 634 | 54 | 3,35 | 23 | | |
| 2031 | 1.031 | 37 | 3,86 | 41 | 634 | 54 | 3,35 | 23 | | |
| 2036 | 1.031 | 37 | 3,86 | 41 | 634 | 54 | 3,35 | 23 | | |

In België wordt tussen 2021 en 2036, over een quasi stabiele gewogen bevolking van 11,5 miljoen, een stijging van het aantal actieve gynaecologen verwacht: hun aantal zou stijgen van 1.421 naar 1.811 en de gewogen dichtheid van het aantal dat actief is in de gezondheidszorg zou van 1,24 naar 1,57 gaan. Uitgedrukt in voltijdsequivalenten betekent dat een stijging van 1.297 naar 1.520 en de totale gewogen dichtheid van de VTE's zou van 1,13 naar 1,32 gaan. We zien ook een toenemende feminisering van het beroep met een stijging van het aantal vrouwen met 56% en een daling van het aantal mannen met 22% tussen 2016 en 2026. We zien ook een duidelijke verjongingstrend, aangezien het aandeel 50-plussers in die periode van 45-50% naar 43-46% gaat.

Wat de activiteitsgraad betreft, stellen we vast dat het merendeel werkt als zelfstandige, met name 85%,

en dat dit percentage stabiel zal blijven tussen 2016 en 2036.

Op basis van deze gegevens is het nog erg moeilijk om een correcte evaluatie uit te voeren van de toekomstige instroom van gynaecologen. We moeten immers rekening houden met een te verwachten verschillend activiteitenpatroon in de preventieve en curatieve sector binnen de gynaecologie-verloskunde. In de toekomst zullen er meer actieve gynaecologen per bevolkingssegment zijn.

Indien we ervan uitgaan dat er de komende jaren in België een overschot zal zijn aan opgeleide gynaecologen (cfr. enquête van de VVOG + meest recente cijfers uit bovengenoemd rapport) en we uitgaan van een gemiddelde carrière van 35 jaar, dan is de werkgroep van mening dat er in België jaarlijks minder gynaecologen moeten afstuderen dan voorheen. Echter, de voorbije jaren is gebleken dat hoewel meer gynaecologen de opleiding aanvatten, de jongere generatie gynaecologen vaker deeltijds wil werken en in elk geval gemiddeld minder uren per week presteert dan hun collega's een paar decennia terug. Een groot aantal gynaecologen is bovendien hoofdzakelijk werkzaam in een specifiek expertisedomein, aangezien 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 (i.e. blijft zorgen voor de opvolging van screening, o.a. op baarmoederhals- en borstkanker), normale zwangerschapsopvolging, contraceptie, menopauze- en postmenopauzebegeleiding, dan zal een lichte vermindering van het aantal opleidingsplaatsen volstaan. (Voorstel: maximum 45 opleidingsplaatsen voor België/jaar waarvan 25 voor Vlaanderen en 20 voor het Franstalige landsdeel = ratio 55/45). Wanneer er echter een verschuiving komt van eerstelijnstaken naar zuiver specialistische zorg, moet mogelijk een strikte contingeringscontrole plaatsvinden - met een impact op het aantal noodzakelijke opleidingsplaatsen - gezien een mogelijk belangrijke negatieve repercussie op het aantal algemene gynaecologen dat in de toekomst nog dient te worden gevormd (maar deze subspecialisten moeten wel eerst een algemene vorming kunnen doorlopen). Het aantal 'subspecialisten' zal moeten worden bepaald op basis van de prevalentie van de te behandelen pathologieën. Het aandeel van de subspecialisten moet/zal dus relatief beperkt zijn en zou een beperkte impact hebben op de berekening van het aantal op te leiden gynaecologen. Dit kan echter op dit moment onmogelijk worden ingeschat. Bovendien zou de subspecialisatie ook een vergelijkbare behoefte aan gynaecologen met zich kunnen brengen, waardoor de behoeften nog meer zouden verschuiven van algemene gynaecologie naar gesubspecialiseerde gynaecologen-experten.

Er bestaat ook een interuniversitaire consensus om het aantal opleidingsplaatsen gynaecologie over de verschillende universiteiten te verdelen volgens het evenredigheidsbeginsel, d.w.z. naargelang het aantal studenten geneeskunde die hun studies voltooien.

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 de seksuele en reproductieve gezondheid),
- 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 (o.a. menopauze en postmenopauze),
- de fertiliteit en contraceptie,
- de integrale zorg tijdens de zwangerschap en de bevalling,
- zorg en welzijn van de foetus.

- De gynaecoloog geeft deskundige wetenschappelijk 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, postpartumzorg en zorg en welzijn van de foetus.
- De gynaecoloog voert een aantal taken uit op het vlak van preventie (screening en preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), genitale en borstkanker, anticonceptie, levenshygiëne, relevante vaccinaties, preconceptioneel advies, enz.).

Met deze definitie is de gynaecoloog:

- de arts die het eerste contact legt met de patiënte en globale én continue zorg levert;
- de arts die de aspecten van de ziekte evalueert en beheert, zowel biomedisch als psychosociaal;
- de arts die de informatiebronnen van de klinische epidemiologie en decisionele analyse beheert, wat leidt tot een doordachte praktijk in de evaluatie van het ziekteproces en de behandeling;
- de bewaarder en beheerder van de elektronische klinische informatie.

De vorming in de gynaecologie-verloskunde moet de ASO in staat stellen om de vakspecifieke medische kennis en klinische, wetenschappelijke en ethische denkpatronen te verwerven en toe te passen in klinische situaties.

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

V. VORMINGS- en ERKENNINGSCRITERIA

316

317

318

V.1. Toelatingsvoorwaarden

320

321

322 Toelatingsvoorwaarden voor de opleiding: het diploma van arts en voldoen aan de criteria (o.a. het universitair
323 attest) van

324

325 - artikel 8 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsen-
326 specialisten en van huisartsen, BS 6 april 2017

327

328 - artikel 7 van het Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 29 november 2017 tot vaststelling
329 van de procedure voor de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, BS 29 januari 2018.

330

331

332

333

V.2. Eindcompetenties (als bijlage)

335

336

337 V.1.1. De ASO dient zich te bekwamen in vijf competentiedomeinen, met name die van medicus,
338 wetenschapper, communicator, manager en ethicus.

339

340 De leerresultaten voor deze competenties worden als volgt beschreven:

341

342 a) Arts

343

344 De algemene eindtermen worden opgesomd in de bijlagen. De kennis wordt verworven in theoretische lessen
345 die elk jaar georganiseerd worden, met een minimum van 4 theoretische lesdagen / 32 lesuren per jaar
346 ('aanvullingen in de gynaecologie en verloskunde'). De ASO dient bovendien bewijs te leveren dat hij een
347 permanente vorming volgt, bijvoorbeeld door elk jaar 14 uur aan door het RIZIV geaccrediteerde activiteiten
348 bij te wonen ('wetenschappelijke verdieping in de gynaecologie en verloskunde'), het equivalent van 14
349 accreditatiepunten, zie hiervoor ook de lijst van verplichte cursussen en vormingen (bijlage 1). De kandidaat-
350 specialist houdt zijn portfolio bij en voldoet aan de vereisten van art. 8 van de wet van 22 april 2019¹. De
351 vaktechnische vaardigheden worden aangeleerd tijdens de dagelijkse verrichtingen. De vaardigheden
352 behelzen zowel een correcte consultvoering, conservatieve behandeling door middel van bepaalde technische
353 handelingen, alsook de chirurgische en verloskundige vaardigheden vereist binnen het vakgebied. De
354 professionele attitude wordt aangeleerd tijdens de dagelijkse verrichtingen. Progressie van chirurgische en
355 technische vaardigheden wordt getoetst met een evaluatie, bijvoorbeeld aan de hand van OSATS (*objective*
356 *structured assessment of technical skills*) en DOPS (*directly observed procedural skills*). De ASO dient zijn
357 progressie te registreren in een stageboekje of een elektronisch equivalent. Aan het eind van de opleiding
358 dient de kandidaat te slagen voor een evaluatie die paritair wordt georganiseerd door de beroepsverenigingen
359 van het specialisme gynaecologie-verloskunde en de universitaire instellingen onder het toezicht van de
360 minister bevoegd voor Volksgezondheid (art. 20 van het MB van 23 april 2014)².

¹ Art. 8 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

² Ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten,

Een gunstige tussentijdse evaluatie aan het eind van het vijfde jaar zal een meer specifieke oriëntering in het zesde jaar mogelijk maken.

Art. 18, 4° van het Besluit van 29 november 2017 van de Regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de procedure voor de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, *BS* 29 januari 2018, bepaalt dat de kandidaat met vrucht een specifieke universitaire opleiding moeten hebben gevolgd tijdens de eerste twee jaar van zijn opleiding.

Art. 14, 4° van het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, *BS* 6 april 2017, bevat de criteria voor de theoretische opleiding van de kandidaat.

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 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 evidencebased beoefenen van het vakgebied.

De ASO verdiept zich in een persoonlijk, bij voorkeur klinisch en origineel, onderzoek en werkt dit uit in een wetenschappelijk manuscript dat uitmondt in een gepubliceerd peer-reviewed artikel (art. 20 van het MB van 23.04.2014³).

c) Communicator

De kennis wordt verworven in onderscheiden lessen, de vaardigheden worden geoefend op de werkvloer en in specifieke oefensessies. De focus ligt op een correcte, efficiënte en humaan-empathische communicatie met patiënten en op interdisciplinaire samenwerking zowel met collegae als met 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.

e) Ethicus en juridische kennis

De ethische dimensie is essentieel voor de opleiding. We denken hierbij aan vrijwillige of medische

stagemeesters en stagediensten

³ Ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van artsen-specialisten, stagemeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014, *Err. BS* 10 september 2014.

zwangerschapsafbreking, PGD (pre-implantatiediagnose), end-of-life-beslissingen, transgenderpatiënten, transfusie bij Jehova's getuigen, enz.
Er moet een ethische/filosofische afstand worden gepromoot en georganiseerd. Er moet kennis van het juridisch kader worden verworven.

V.1.2. De kandidaat heeft een grondige kennis en knowhow van 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 m.b.t. transitie 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.1.3. Eindcompetenties:

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

a) Consultaties:

Het belang van de ervaring met consultaties moet worden benadrukt. Tijdens de vorming moet hiervoor in voldoende tijd worden voorzien. Tijdens de opleiding moet de ASO minimum 1200 uur (50% consultaties gynaecologie en 50% consultaties verloskunde) aan consultaties (beeldvorming niet meegeteld) uitvoeren (onder supervisie van de stagemeester 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 aan het einde van de opleiding een minimaal aantal ingrepen hebben uitgevoerd, waarbij de courante gynaecologische en verloskundige praktijk wordt weerspiegeld. Ook moet een minimaal competentieniveau worden bereikt. (Zie bijlage 2a + 2b.)

Bijlage 2a omvat een lijst met de minimaal te behalen aantallen en competentieniveaus voordat de kandidaat een eventuele bijkomende oriëntatie in een subdomein kan aanvatten.

Bijlage 2b omvat een lijst met de minimaal te behalen aantallen en competentieniveaus voordat de kandidaat kan worden erkend na afloop van zijn opleiding.

Elk jaar moet elk type chirurgische ingreep en verloskundige handeling minstens eenmaal worden geëvalueerd door middel van vooraf bepaalde criteria (bv. aan de hand van OSATS).

Tijdens een planningsgesprek aan het begin van elke stageperiode bepalen de ASO en de stagemeester in samenspraak met welke periodiciteit bepaalde ingrepen tussentijds geëvalueerd zullen worden, naast de verplichte eindevaluatie 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 stagemeester (of zijn aangewezen vertegenwoordiger) zal gebeuren op basis van vooraf bepaalde criteria (bijvoorbeeld d.m.v. een OSATS-evaluatie). Na elke evaluatie zal de stagemeester 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).

Deze evaluatie zal onmiddellijk worden bezorgd aan de volgende stagemeester en aan de coördinerend stagemeester.

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

Gezien het verschillend aanbod en de variatie qua mogelijkheden van de verschillende stageplaatsen wordt geen uniform verplicht stappenplan opgelegd. De volgende clause moet voldoende waarborg bieden: "De kandidaat stelt in overleg met de coördinerend stagemeester 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."

c) Technische handelingen:

Hieronder wordt onder meer verstaan de gynaecologische en verloskundige echografie, de colposcopie en het plaatsen van intra-uteriene hulpmiddelen.

De ASO moet aan het einde van de opleiding een minimaal aantal technische handelingen hebben uitgevoerd, waarbij de courante gynaecologische en verloskundige praktijk wordt weerspiegeld. Ook moet een minimaal competentieniveau worden bereikt. (Zie bijlage 2a + 2b.)

Bijlage 2a omvat een lijst met het aantal handelingen en de competentieniveaus die minimaal behaald moeten worden voordat de kandidaat een eventuele bijkomende oriëntatie in een subdomein kan aanvatten.

Bijlage 2b omvat een lijst met het aantal handelingen en de competentieniveaus die minimaal behaald moeten worden voordat de kandidaat kan worden erkend na afloop van zijn opleiding.

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

Deze evaluatie zal onmiddellijk worden bezorgd aan de volgende stagemeester.

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

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 en het maken van een patiëntgerichte keuze uit de verschillende technieken zijn even cruciaal als de correcte uitvoering van een

517 technische handeling.

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

521 V.1.4. Flexibel concept voor een grondige algemene professionele vorming met plaats voor specifieke
522 interesses:

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

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

531
532 Een kandidaat kan er mogelijk in slagen om tegen het einde van het vierde jaar vorming alle minimale
533 aantallen en competenties te hebben gerealiseerd en behaald. Gedurende het vijfde of zesde jaar kan deze
534 kandidaat zich bekwamen in een specifiek aspect van de gynaecologie-verloskunde (bv. in de
535 gynaecologische oncologie, de perinatale geneeskunde, de urogynaecologie, de minimaal invasieve
536 chirurgie of de reproductieve geneeskunde), waarbij toch een zekere algemene gynaecologisch-
537 verloskundige activiteit behouden blijft, met name aan de hand van ziekenhuiswachtdiensten, of algemene
538 consultaties.

569

570

minstens 24 maanden verloskunde, 20 maanden gynaecologie en na het 1e jaar, 4 maanden basisopleiding infertiliteit

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

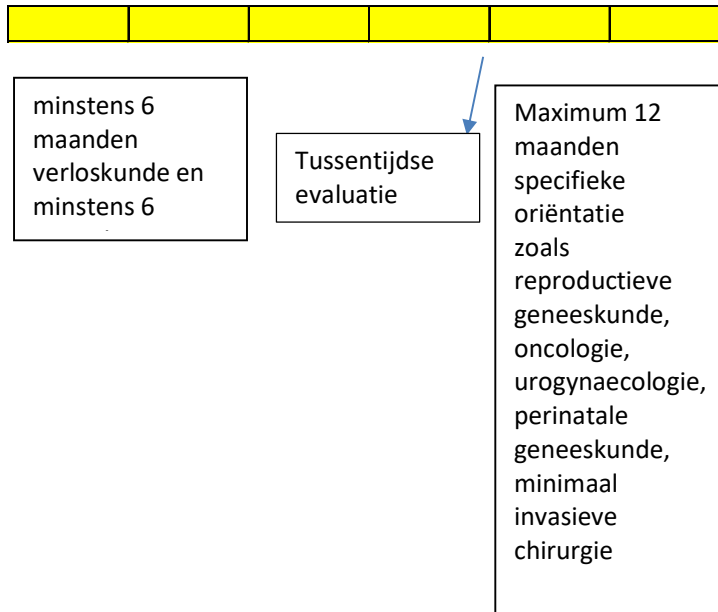
597

598

599

600

601



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

603

604 De gemengde werkgroep kwam tot het volgende opleidingstraject:

605 De opleiding duurt ten minste zes jaar en omvat:

606 1° ten minste 12 maanden in een Belgisch universitair ziekenhuis of in een ziekenhuis waarvan de dienst als
607 universitair is aangewezen in de zin van artikel 4 van de wet betreffende de ziekenhuizen (art. 10 van het MB
608 van 23.04.2014);

609 2° ten minste 12 maanden in een ziekenhuis dat niet als universitair ziekenhuis is aangewezen of in een
610 ziekenhuis waarvan de stagedienst die voor gynaecologie-verloskunde erkend is niet als universitair is
611 aangewezen (art. 10 van het MB van 23.04.2014);

612 3° maximaal twee jaar in het buitenland overeenkomstig de bepalingen van art. 11 (max. 2 jaar) en 11/1 (max.
613 1 jaar) van het MB van 23.04.2014.

614

615

616

617 De basisopleiding duurt ten minste vier jaar, en omvat ten minste 24 maanden verloskunde, 20 maanden
618 gynaecologie en 4 maanden basisopleiding infertiliteit na het eerste jaar. In een dienst waar verloskunde en
619 gynaecologie gecombineerd worden, wordt de tijd beschouwd als halftijds verloskunde en halftijds
620 gynaecologie. De eerste twee jaar van die basisopleiding moeten ten minste zes maanden verloskunde en zes
621 maanden gynaecologie omvatten. Gedurende de basisopleiding verwerft de kandidaat zowel theoretische als

622 klinische diepgaande kennis van o.m. de anatomie, fysiologie en pathofysiologie van de menselijke
623 voortplanting, seksualiteit en zwangerschap, evenals de preventie, diagnostiek en medische en chirurgische
624 behandeling van gynaecologische en verloskundige aandoeningen. De kandidaat neemt daartoe deel aan de
625 patiëntenzorg die bestaat uit prenatale, postnatale en gynaecologische raadplegingen, de praktijk van
626 bevallingen en de techniek van gynaecologische en verloskundige chirurgische ingrepen.

627
628 In het vijfde/zesde jaar van de professionele vorming kunnen kennis en competenties verkregen worden in
629 enkele specifieke expertisedomeinen (subspecialisatie) zoals reproductieve geneeskunde, oncologie,
630 urogynaecologie, perinatale geneeskunde, minimaal invasieve chirurgie, enz. Die opleiding in een specifiek
631 subdomein (subspecialisatie) mag geen afbreuk doen aan een voorafgaande volledige brede opleiding en mag
632 maximaal 12 maanden beslaan. De kandidaat moet er ook voor zorgen dat hij het aantal handelingen en
633 competentieniveaus bepaald in bijlage 2b vóór het einde van zijn opleiding behaalt.

634
635 Kandidaten die voor een onderzoeksprogramma zijn ingeschreven (maximum vier jaar) kunnen,
636 overeenkomstig de bepalingen van art. 14 van het MB van 23.04.2014, per onderzoeksjaar een half
637 opleidingsjaar laten erkennen (over de zes jaar).

638 In elk geval moet de kandidaat aan het einde van de opleiding het aantal handelingen en competentieniveaus
639 bepaald in bijlage 2b behalen en valideren.
640 Continuïteit van klinische ervaring wordt overigens aanbevolen tijdens de onderzoeksperiode.

644 V.4. Deeltijdse opleiding

645
646 Artikel 4 van het MB van 23.04.2014 voorziet in de mogelijkheid van een deeltijdse praktische opleiding, met
647 toestemming van de bevoegde Erkenningscommissie, de coördinerend stagemeester en de stagemeester mits
648 een activiteitsgraad van 50% wordt gehaald. De duur van de opleiding zal proportioneel verlengd worden.

VI. STAGEMEESTER / Team

653
654 De stagemeester moet beantwoorden aan de algemene criteria voor erkenning van stagemeesters.

655 De stagemeester moet voltijds (of ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in zijn dienst of
656 afdeling werkzaam zijn.

657
658 De stagebegeleider beschikt over een stageteam (art. 24/1 van het MB van 23.04.2014: "[...] stageteam van
659 artsen die sedert ten minste drie jaar erkend zijn in hetzelfde specialisme die instaan voor de begeleiding van
660 een of meerdere kandidaten.").

661
662 De meerderheid van de werkgroep voorziet niet in minimumcriteria voor de minimale samenstelling van dit
663 stageteam. De voor de stagedienst vereiste activiteit zal automatisch leiden tot adequate supervisie door de
664 aanwezige artsen-specialisten.

665
666 of (punt VII.1. van de versie van december 2021)

667
668 De stagedienst beschikt per kandidaat, naast de stagemeester (met minstens 5 jaar anciënniteit), over ten
669 minste één VTE-medewerker (1 VTE = minstens 8/10e) die effectief in de stagedienst werkt (dat hoeft niet

670 één persoon te zijn, bv. 2 stafleden die elk 50% binnen de dienst werken is ook gelijk aan 1 VTE) (art. 36 van
671 het MB van 23.04.2014). Deze medewerker(s) is/zijn erkend als arts-specialist in de gynaecologie-
672 verloskunde, heeft/hebben minstens 3 jaar anciënniteit (art. 24/1 van het MB van 23.04.2014) en geeft/geven
673 blijk van een volgehouden wetenschappelijke belangstelling. Deze medewerker(s) is/zijn effectief betrokken
674 bij de opleiding van de kandidaat.

675 VII. STAGEDIENSTEN

681 VII.1 Criteria:

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

683 1° op de stagedienst worden per jaar ten minste 600 bevallingen en ten minste 400 heelkundige interventies
684 verricht (gemiddelde van 3 opeenvolgende jaren);

685 2° de stagedienst vormt een eenheid binnen het ziekenhuis maar werkt multidisciplinair samen met andere
686 medische disciplines en andere gezondheidszorgbeoefenaars;

687 3° de activiteit van de stagedienst maakt het mogelijk dat elke kandidaat kan beantwoorden aan de vormings-
688 en erkenningscriteria (hoofdstuk V) en dat de stagemeester en al zijn medewerkers hun eigen ervaring kunnen
689 onderhouden;

690 4° de continuïteit van de opleiding van de kandidaat, alsmede zijn persoonlijke deelname aan de
691 werkzaamheden van de stagedienst zijn verzekerd.

692 Onverminderd bovenstaande bepalingen beschikt de stagedienst per kandidaat, naast de stagemeester (met
693 minstens 5 jaar anciënniteit), over ten minste één VTE-medewerker (1 VTE = minstens 8/10e) die effectief in
694 de stagedienst werkt (dat hoeft niet één persoon te zijn: bv. 2 stafleden die elk 50% binnen de dienst werken
695 is ook gelijk aan 1 VTE). Deze medewerker(s) is/zijn erkend als arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde,
696 heeft/hebben minstens 3 jaar anciënniteit (art. 24/1 van het MB van 23.04.2014) en geeft/geven blijk van een
697 volgehouden wetenschappelijke belangstelling. Deze medewerker(s) wordt/worden daadwerkelijk betrokken
698 bij de opleiding van de kandidaat.

699 In de dienst gerechtigd tot het geven van een volledige opleiding (basis- en hogere opleiding) moeten er ten
700 minste 1000 bevallingen per jaar zijn en een dagelijkse polikliniek voor zwangere vrouwen, terwijl ten minste
701 200 grote gynaecologische ingrepen per jaar uitgevoerd moeten worden en de gynaecologische polikliniek
702 ten minste 500 nieuwe gevallen per jaar moet inschrijven.
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717

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 artsen-specialisten in opleiding mogelijk te maken, zoals bedoeld in de eindcompetenties (*clinical learning environment*).

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

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

- 1° 600 bevallingen en 400 heelkundige ingrepen per jaar: 1 kandidaat voor maximaal één opleidingsjaar;
- 2° 800 bevallingen en 400 heelkundige ingrepen per jaar: 2 kandidaten.

VII.2. Criteria om het bijkomend aantal kandidaten per stagedienst per jaar te bepalen:

- 1° per 600 bijkomende bevallingen boven op het basisaantal van 800 bevallingen: 1 bijkomende kandidaat;
- 2° per 200 bijkomende heelkundige ingrepen boven op het basisaantal van 400 heelkundige ingrepen, exclusief de oncologische pelviene heelkunde: 1 bijkomende kandidaat;
- 3° fertiliteitscentrum, per 1.000 cycli met ovariële stimulatie: 1 bijkomende kandidaat;
- 4° borstkliniek, per 100 nieuwe gediagnosticeerde borstkankergevallen: 1 bijkomende kandidaat;
- 5° erkend centrum voor maternale intensieve zorg (*maternal intensive care* - MIC): 2 bijkomende kandidaten;
- 6° pelviene oncologische heelkunde (zonder conisaties of soortgelijke 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;

De meerderheid van de werkgroep voorziet niet in een verband tussen het maximumaantal kandidaten in opleiding en de minimale samenstelling van het stageteam. De voor de stagedienst vereiste activiteit zal automatisch leiden tot adequate supervisie door de aanwezige artsen-specialisten.

Of punt VII.1. van de versie van december 2021

De stagedienst beschikt per kandidaat, naast de stagemeester (met minstens 5 jaar anciënniteit), over ten minste één VTE-medewerker (1 VTE = minstens 8/10e) die effectief in de stagedienst werkt (dat hoeft niet één persoon te zijn, bv. 2 stafleden die elk 50% binnen de dienst werken is ook gelijk aan 1 VTE). Deze medewerker(s) is/zijn erkend als arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde, heeft/hebben minstens 3 jaar anciënniteit (art. 24/1 van het MB van 23.04.2014) en geeft/geven blijk van een volgehouden wetenschappelijke belangstelling. Deze medewerker(s) wordt/worden daadwerkelijk betrokken bij de opleiding van de kandidaat.

IX. OVERGANGSMAATREGELEN

770

771

772

773

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

774

775

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

776

777

778

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.

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

IX.4 De stagemeesters 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. Facultatieve en verplichte cursussen en vormingen

A. Verplichte cursussen - opleiding gynaecologie-verloskunde - ingericht door een universiteit of een erkende organisatie, gericht op kandidaten die een aanwezigheidsattest en/of attest van slagen moeten overleggen:

1. Praktijk van de verloskunde (2 dagen)
2. Basiscursus cardiotocografie (halve dag)
3. Endoscopie (5 dagen, 1 dag/jaar)
4. Basiscursus hysteroscopie deel 1 (eenvoudige diagnostische en operatieve hysteroscopie) (1 dag)
5. Echografie (3 dagen)
6. Colposcopie (1 dag)
7. Infectiologie in de gynaecologie-verloskunde (1 dag)
8. Cursus fertiliteit (1 dag)
9. Senologie (1 dag)
10. Gezinsplanning/anticonceptie (halve dag)
11. Menopauze (halve dag)
12. Basis echografie verloskunde/gynaecologie (2 dagen verloskunde/1 dag gynaecologie)
13. Ethische en juridische aspecten en procedures met betrekking tot vrijwillige of medische zwangerschapsafbreking, PGD (pre-implantatiediagnose), end-of-life-beslissingen, transgenderpatiënten, transfusie bij Jehova's getuigen, enz.

B. Facultatieve cursussen - opleiding gynaecologie-verloskunde - ingericht door een universiteit of een erkende organisatie, gericht op kandidaten die een aanwezigheidsattest en/of attest van slagen moeten overleggen:

1. Urogynaecologie (1 dag)
2. Fysiopathologie van de vulva (1 dag)
3. Seksuologie (1 dag)
4. Pelviene gynaecologische oncologie (1 dag)
5. Basiscursus hysteroscopie deel 2 (resectoscopie) (1 dag)
6. Maternale geneeskunde (inclusief MIC) (6 dagen)
7. Geavanceerde echografie verloskunde/gynaecologie (10 dagen)
8. Geavanceerde echografie gynaecologie (3 dagen)

C. Theoretische kennis die kan worden verworven via deelname aan congressen, symposia, postgraduaatcursussen, lezingen of publicaties (ook online) met aanwezigheidsattest of/en attest van slagen:

- Fysiopathologie van de vulva en vagina
- Advies en vaccinatie in de preconceptuele fase
- Foetale geneeskunde

857
858
859
860
861

Bijlage 2a

862

ATTEST VAN COMPETENTIENIVEAU VOOR HANDELINGEN IN DE GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE – na 4 j.

863
864
865 opleiding

866 Datum van de aanvraag:

867 Naam van de assistent:

868 Opleidingsplaats:

869 Competentieniveau 1: de supervisor voert de activiteit uit en de assistent kijkt toe.

870 Competentieniveau 2: de supervisor begeleidt de assistent door de activiteit.

871 Competentieniveau 3: de assistent voert de activiteit uit en de supervisor grijpt enkel in wanneer het nodig is.

872 Competentieniveau 4: de assistent voert de activiteit uit en de supervisor is in de buurt voor het geval zijn tussenkomst nodig zou zijn.

873 Competentieniveau 5: de assistent voert de activiteit uit zonder dat de supervisor in de buurt hoeft te zijn.

| Vereist aantal | Behaald aantal | Activiteit-Handelingen | Autoris.Niveau Vereist e compet entie | Autoris.Niveau Gevraagde competentie | Autoris.Niveau Toegekende competentie |
|--------------------|----------------|---|---|--|---|
| 200 | | Spontane bevalling | 5 | | |
| 30 | | Instrumentele bevalling | 4 | | |
| 40 | | Keizersnede | 4 | | |
| 300 | | Echo verlosk.: 1e trim / 2e trim / 3e trim | 5 / 3 / 5 | / / | / / |
| 300 | | Echo gynaecologie: basis / pathologisch | 5 / 4 | / | / |
| 15 | | Colposcopie | 3 | | |
| 10 | | Plaatsing + verwijdering intra-uterien hulpmiddel | 5 | | |
| | | Plaatsing + verwijdering implantaat | 5 | | |
| 25/25 | | Hysteroscopie: diagnostisch / operatief | 5 / 3 | / | / |
| 40 | | Curettage (min. 30) / endometriumaspir. | 5 / 5 | / | / |
| 5 | | Conisatie | 4 | | |
| 25/25 | | Laparoscopie: basis / gevorderd | 5 / 3 | / | / |
| 5/?/? Totaal 30 | | Hysterectomie: abdom./vagin./lapsc. | 3 / 3 / 3 | / / | / / |
| 10 | | Bekkenbodempre-educatie/urine-incontinentie | 2 / 2 | / | / |
| 15 | | Brede excisie/mastectomie | 2 / 2 | / | / |
| 10 | | Uitruiming okselklier/schildwachtklier (SWK) | 2 / 2 | / | / |

874 Geschrapt: vaginale bevalling + uitgebreide hysterectomie!

875 Datum van ondertekening: Stagemeeester gynaecologie-verloskunde
 876 Dr.
 877
 878
 879
 880
 881
 882

Bijlage 2b

ATTEST VAN COMPETENTIENIVEAU VOOR ACTIVITEITEN IN DE GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE – na 6 j.

opleiding

Datum van de aanvraag:

Naam van de assistent:

Opleidingsplaats:

Competentieniveau 1: de supervisor voert de activiteit uit en de assistent kijkt toe.

Competentieniveau 2: de supervisor begeleidt de assistent door de activiteit.

Competentieniveau 3: de assistent voert de activiteit uit en de supervisor grijpt enkel in wanneer het nodig is.

Competentieniveau 4: de assistent voert de activiteit uit en de supervisor is in de buurt voor het geval zijn tussenkomst nodig zou zijn.

Competentieniveau 5: de assistent voert de activiteit uit zonder dat de supervisor in de buurt hoeft te zijn.

| Vereist aantal | Behaald aantal | Handelingen | Niveau Vereis te competentie | Niveau Gevraagde competentie | Niveau Toegekende competentie |
|--------------------|----------------|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 200 | | Spontane bevalling | 5 | | |
| 40 | | Instrumentele bevalling | 5 | | |
| 50 | | Keizersnede | 5 | | |
| 500 | | Echo verlosk.: 1e trim / 2e trim / 3e trim | 5 / 3 / 5 | / / | / / |
| 500 | | Echo gynaecologie: basis / pathologisch | 5 / 4 | / | / |
| 20 | | Colposcopie | 3 | | |
| 10 | | Plaatsing + verwijdering intra-uterien hulpmiddel | 5 | | |
| | | Plaatsing + verwijdering implantaat | 5 | | |
| 25/25 | | Hysteroscopie: diagnostisch / operatief | 5 / 3 | / | / |
| 50 | | Curettage (min. 30) / endometriumaspir. | 5 / 5 | / | / |
| 10 | | Conisatie | 4 | | |
| 35/25 | | Laparoscopie: basis / gevorderd | 5 / 3 | / | / |
| 5/?/? Totaal 30 | | Hysterectomie: abdom./vagin./lapsc. | 4 / 3 / 3 | / / | / / |
| 15 | | Bekkenbodemre-educatie/urine-incontinentie | 2 / 2 | / | / |

| | | | | | |
|----|--|---|-------|---|---|
| 20 | | Brede excisie/mastectomie | 2 / 2 | / | / |
| 10 | | Uitruiming okselklier/schildwachtlier (SWK) | 2 / 2 | / | / |

897 Geschrap: vaginale bevalling + uitgebreide hysterectomie!

898 Datum van ondertekening:

Stagemeester gynaecologie-verloskunde

899 Dr.