



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over permanente vorming en individuele kwaliteitscontrole voor de gereguleerde gezondheidszorgberoepen *

Verklarende woordenlijst

- **Gereguleerd gezondheidszorgberoep:** een beroep ter verstrekking van humane of veterinaire gezondheidszorg, waarvan de uitoefening in België is gereguleerd, zoals in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen of in de wet van 28 augustus 1991 op de uitoefening van de diergeneeskunde (1).
- **Diploma:** Het behalen van een professioneel diploma in een gezondheidszorgopleiding is de eerste voorwaarde alvorens overeenkomstig de geldende regelgeving een visum en een RIZIV-nummer bij de bevoegde overheidsinstanties kunnen worden aangevraagd.
- **Visum / licentie / certificering:** de toelating die gegeven (of ontnomen) wordt door een overheidsinstantie om een gezondheidszorgberoep in België (niet meer) te mogen uitoefenen. In de Engelstalige literatuur ook wel “license to practice” genoemd. Recertificering is de term die gebruikt wordt wanneer een licentie voor een bepaalde periode wordt verlengd.
- **RIZIV-nummer:** identificatienummer waarmee de gezondheidszorgbeoefenaar bekend staat bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Dit geeft de zorgzoekende de zekerheid dat de verstrekte zorg in aanmerking komt voor terugbetaling door het ziekenfonds in het kader van de verplichte ziekteverzekering.
- **Beroepstitel:** erkende titel voor een gezondheidszorgberoep, die gediplomeerden met een basisdiploma enkel na een bijkomende opleiding kunnen behalen. Het behoud van de beroepstitel kan van het volgen van navorming afhankelijk gemaakt worden.
- **Bijzondere bekwaamheid:** erkende titel voor een gezondheidszorgberoep, die enkel behaald kan worden door gezondheidszorgbeoefenaars met een erkende beroepstitel na een bijkomende opleiding. Het behoud van de bijzondere bekwaamheid kan van het volgen van navorming afhankelijk gemaakt worden.
- **Accreditering:** het behalen van een accreditering biedt een garantie voor de patiënt dat de beoefenaar van een gezondheidszorgberoep een permanente vorming heeft gevolgd. De accreditering moet op regelmatig basis worden hernieuwd, de termijn wisselt per beroep. Sommige geaccrediteerde gezondheidszorgbeoefenaars zijn gemachtigd om een hoger honorarium voor geleverde prestaties aan te rekenen.
- **Erkenningscommissie:** commissie, samengesteld uit beroepsbeoefenaars, benoemd (voor wat betreft de Vlaamse Gemeenschap) bij besluit van de administrateur-generaal van het Agentschap Zorg en Gezondheid, die de Vlaamse minister, bevoegd voor de gezondheidszorg, adviseert over het toekennen

* Het advies werd voorbereid door de vaste commissie onderwijs in de biomedische disciplines, samengesteld uit Karel Allegaert, Peter Bols, Rik Casteels, Dominique Declerck, Aart de Kruif, Ingrid De Meester, Joke Denekens (secretaris), Rik Gosselink, Geneviève Laureys, Wim Stevens, Paul Van Cauwenberge, Kristiane Van Lierde, Dirk Van Raemdonck (voorzitter), Paul Van Schil, Gaston Vantrappen, Brigitte Velkeniers (ondervoorzitter), Guido Verhoeven, evenals Bernard Himpens (voorzitter KAGB) en Greet Ieven (algemeen secretaris KAGB), bijgestaan door Stefaan Callens, Walter Sermeus, Bruno Zwaenepoel (Pro-Q-Kine) en Fons De Schutter (Pro-Q-Kine).

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Peter Bols, Guy De Backer, Dominique Declerck, Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter KAGB), Greet Ieven (algemeen secretaris KAGB), Jo Lambert, Geneviève Laureys, Simon Scharpé, Ben Van Camp, Dirk Van Raemdonck en Brigitte Velkeniers, keurde het advies goed op 14 juli 2018.

van een beroepstitel of een bijzondere bekwaamheid aan een kandidaat die een bijkomende opleiding heeft gevolgd conform de criteria, welke door de federale minister, bevoegd voor de Volksgezondheid, zijn vastgelegd.

Lijst met gebruikte afkortingen

- **CPD:** continuous professional development
- **CME:** continuous medical education
- **EU:** Europese Unie
- **FAGG:** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
- **FOD VVVL:** Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- **KAGB:** Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België
- **KB:** koninklijk besluit
- **LLL:** life-long learning
- **LOK:** lokale kwaliteitsgroep
- **MB:** ministerieel besluit
- **RIZIV:** Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- **SBML:** simulatie-gebaseerd leren

1. Inleiding: het belang van permanente vorming

Permanente bijscholing na het behalen van een professioneel diploma, beter gekend onder de Engelstalige benaming “continuous professional development” (CPD), is essentieel bij de uitoefening van elk beroep dat onderhevig is aan voortschrijdende kennis, inzichten, handelingen en technologische ontwikkelingen.

Dit geldt des te meer voor de beoefenaars van de gereguleerde gezondheidszorgberoepen: artsen, tandartsen, dierenartsen, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, audiologen, logopedisten, diëtisten, ergotherapeuten en andere (para)medische beroepen zoals vermeld in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015 of in de wet van 28 augustus 1991 op de uitoefening van de diergeneeskunde (1). De kwaliteit van de geleverde zorg voor de patiënt is immers in hoge mate afhankelijk van de uitoefening van het beroep volgens de laatste wetenschappelijke inzichten en de veranderende maatschappelijke context. Daarenboven vereisen nieuwe technologieën een permanente ontwikkeling van kennis en inzicht, manuele en communicatieve vaardigheden en attitudes vanwege elke gezondheidszorgbeoefenaar. De term CPD omvat de wijde spreiding aan competenties die hiervoor nodig zijn, alsook de multidisciplinaire context van patiëntzorg. De “continuous (medical) education” -C(M)E- betreft de gestructureerde vormingsactiviteiten die onderdeel uitmaken van CPD. Ook de term LLL (“life-long learning”) wordt in deze context veel gebruikt.

De inhoudelijke kwaliteit van de permanente vorming en de organisatie ervan is een gezamenlijke opdracht en verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen: de federale en communautaire overheden, de beroepsverenigingen, de wetenschappelijke verenigingen, de universiteiten en de gezondheidszorgbeoefenaars. Permanente vorming is een ethische verplichting voor alle beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. Permanente vorming bevordert immers dat hun professionele praktijkvoering gebaseerd is op de huidige kennis en evidentie die voortkomen uit wetenschappelijke studies. Het is een noodzakelijke voorwaarde tot het bekomen van een goed resultaat en verbeterde kwaliteit van zorg voor de betrokken patiënt (2).

Op initiatief van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) werd op vrijdag 23 februari 2018 een vergadering georganiseerd rond het thema “*permanente vorming en kwaliteitscontrole voor de verschillende gezondheidszorgberoepen*”. Tijdens dit symposium werd de huidige regeling belicht betreffende de permanente vorming voor de verschillende gezondheidszorgberoepen in Vlaanderen en dit in een breder Europees perspectief. Tijdens het debat werd aandacht besteed aan de voorwaarden, opportuniteiten en uitdagingen (o.a. organisatie – opleiders – controle – verplichting – toetsing – licentie) om tot een goede organisatie van de permanente vorming en uiteindelijk tot een blijvend succesvolle permanente vorming te komen.

In het advies dat volgt, formuleert de KAGB enkele aanbevelingen met betrekking tot de competenties van de zorgverleners ten behoeve van de federale overheid bij het uitwerken van een nieuwe wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

2. Huidige regeling van permanente vorming voor de verschillende gezondheidszorgberoepen in België

Uit een enquête, gehouden onder de leden van de commissie onderwijs in de biomedische disciplines van de KAGB, blijkt dat er in België geen uniforme regeling bestaat voor permanente vorming voor de verschillende gezondheidszorgberoepen (Tabel 1, zie bijlage). Terwijl een wettelijke regeling voor het volgen van permanente vorming bestaat voor artsen, tandartsen, dierenartsen, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen en kinesitherapeuten (3-12), ontbreekt momenteel een wettelijk kader voor paramedische beroepen, zoals logopedisten, audiologen, diëtisten en ergotherapeuten. Nochtans bestaat een concreet advies van de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen om ook een MB voor diëtisten uit te vaardigen (advies 2015/01).

- Het behalen van een accreditering is niet verplicht voor artsen, tandartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten, maar wel verplicht voor dierenartsen, apothekers en vroedvrouwen. Bovendien is accreditering wel een verplichting voor artsen die hun accreditering en de eraan verbonden voordelen wensen te behouden. Voor kinesitherapeuten met een bijzondere beroepsbekwaamheid is het behoud van deze bekwaamheid onderworpen aan het volgen van een wettelijk vastgelegd aantal permanente vormeningen per periode van vijf jaar. De concrete voorwaarden zijn per bijzondere beroepsbekwaamheid geregeld in de ministeriële besluiten van 22 april 2014, waarbij wordt voorzien in een specifiek puntensysteem (13).
- Tandartsen die hun bijzondere beroepstitel (algemeen tandarts, orthodontist, parodontoloog) willen behouden, zijn wettelijk verplicht zich regelmatig bij te scholen (artikel 4, 3° MB van 11 juni 2001 tot vaststelling van de gemeenschappelijke criteria voor de erkenning van tandartsen-specialisten). Bij de ministeriële besluiten tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning is voor de tandartsen, houders van een bijzondere beroepstitel algemeen tandarts en orthodontist, gespecificeerd dat zij per cyclus van zes jaar wettelijk een minimum aantal uren nascholing moeten volgen (4). Voor de tandarts-specialist in de parodontologie zijn dergelijke bijzondere criteria nog niet bepaald (zie hieromtrent echter het advies van de Raad van de Tandheelkunde betreffende de criteria voor het behoud van de erkenning van tandarts-specialist in de parodontologie, d.d. 21 april 2015).
- Een forfaitair accrediteringshonorarium is enkel voorzien voor artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen.
- Een verhoogd honorarium voor geleverde prestaties na het behalen van de accreditering is enkel voorzien voor artsen.
- De termijn waarop de accreditering moet worden vernieuwd, verschilt voor de gezondheidszorgberoepen (van een éénjarige tot zesjarige cycli).
- De controlerende overheidsinstantie verschilt eveneens voor de verschillende beroepen (RIZIV, FOD VVVL, erkenningscommissie, Orde, beroepsvereniging).
- De portfolio waarin de navormingsactiviteiten moeten worden bijgehouden, varieert voor de verschillende beroepen (papieren versus elektronisch portfolio).
- Voor sommige beroepen dienen bepaalde rubrieken (bv. ethiek en economie) verplicht gevolgd te worden om minimale accrediteringseenheden te kunnen behalen.
- Momenteel kan de navorming door meerdere instanties (universiteiten, wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen, lokale kringen) worden georganiseerd, na goedkeuring door een accrediteringsstuurgroep. Een grondige controle op de kwaliteit van deze navorming ontbreekt echter.
- Een financiële ondersteuning vanwege de overheid voor de organisatie van deze navorming wisselt voor de verschillende beroepen.
- Voor artsen, tandartsen, apothekers en kinesitherapeuten werden lokale kwaliteitsgroepen (LOKs, Peer Review Groepen) opgericht voor intercollegiale toetsing betreffende de praktijkvoering. Deelname is evenwel vrijblijvend en enkel verplicht voor artsen, tandartsen en kinesitherapeuten die hun accreditering willen behouden, of voor kinesitherapeuten die hun bijzondere beroepstitel wensen te behouden.
- Voor sommige beroepen en verschillend per beroepstitel werd een minimale drempelactiviteit voor geleverde prestaties ingesteld om recht te hebben op een jaarlijks accrediteringsforfait.
- Tot slot is het behalen van deze accreditering enkel voor de ziekenhuisapothekers gekoppeld aan het behoud of het vernieuwen van een licentie om het beroep te mogen uitoefenen.

3. Europese context

In 2013 publiceerde het “Standing Committee of European Doctors” (CPME) de studie EAHC/2013/Health/07, getiteld: *Study concerning the review and mapping of continuous professional development (CPD) and lifelong*

learning (LLL) for health professionals in the EU (14). Deze studie werd financieel mede ondersteund door de Europese Unie in het kader van haar EU Health Programme 2008-2013.

In deze studie werd een overzicht gemaakt van “continuous professional development” (CPD) en “life-long learning” (LLL) voor artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen en vroedvrouwen in de 28 lidstaten van de Europese Unie (EU). Deze studie had als doel de patiëntveiligheid te verzekeren binnen de EU in het kader van het vrije verkeer van personen (patiënten en beroepsbeoefenaars) en diensten binnen Europa. Uit deze studie kwam naar voren dat er meerdere systemen voor CPD en LLL bestaan die grondig verschillen tussen de EU lidstaten. De conclusie van deze studie luidde dan ook:

“CPD systems across Europe are highly complex and show different approaches across professions and countries. There is no evidence to suggest that one system is preferable to another.”

Op basis hiervan werden aanbevelingen voor de nationale overheden geformuleerd om samenwerkingsverbanden en goede praktijkvoering te versterken op Europees niveau. De studie belichtte de obstakels zoals gebrek aan tijd en middelen om CPD mogelijk te maken. De noodzaak tot verder wetenschappelijk onderzoek rond CPD werd benadrukt als voorwaarde voor het verbeteren van de patiëntveiligheid en de kwaliteitsvolle praktijkvoering.

4. Uitkomst van permanente vorming

De gezondheidszorg is een onderdeel van de samenleving waarover vele overheden de mening delen, dat deze toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit moet zijn.

Maatschappelijke ontwikkelingen laten de gezondheidszorg, nationaal en internationaal, niet onberoerd. Voor de overheid zijn kwaliteit, transparantie en verantwoord gebruik van de middelen uiterst belangrijke aandachtspunten. Aan generieke competenties als samenwerking, leiderschap, organisatie en professioneel gedrag worden steeds hogere eisen gesteld. Tevens nemen zorgbehoevenden een steeds kritischer houding aan. Patiëntveiligheid krijgt veel aandacht. Door dergelijke ontwikkelingen verschuift de focus van “continuous medical education” (CME) van persoonlijke kennisverwerving naar de ontwikkeling van competenties op de werkvloer om verantwoorde patiëntenzorg en meetbare kwaliteitsdoelstellingen te realiseren.

Door middel van certificering zijn deze gedeelde doelen van het zorgproces (klinische prestaties) en uitkomsten (patiëntresultaten, maatschappelijke doelen) het best te bereiken.

Verbetert CME de performantie van gezondheidszorgmedewerkers en de resultaten van de patiëntenzorg? Welke soorten CME zijn effectief?

1. Systematische reviews van voortgezette medische opleidingen geven aan dat CME, naast de performantie van de gezondheidsmedewerker, ook de klinische uitkomsten kan verbeteren.
2. De zorgpraktijk biedt een krachtige leeromgeving voor de klinische professional. Competentieontwikkeling geschiedt vooral in deze context, begeleid met supervisie en feedback. Cursorisch onderwijs heeft weinig impact op de performantie van de zorgverstrekker. Interactieve bijeenkomsten en zelfstudie op maat (blended learning) zijn belangrijke flankerende opleidingsactiviteiten.
3. De combinatie van verschillende leermethoden is efficiënter dan enkelvoudige interventies. Helaas zijn deze complexe interventies duurder en tijdrovender.
4. Uit de beoordelingen blijkt dat CME leidt tot positieve resultaten voor de gezondheid van de patiënt, als deze zich richten op een kleine groep gezondheidsmedewerkers die samen de zorg van de patiënt begeleiden en verzekeren.

De voornaamste conclusies van wetenschappelijk onderzoek (15) stellen dat CME pas effectief is als ze:

1. voldoet aan de behoeften van gezondheidswerkers;
2. interactief is;
3. continue feedback gebruikt om zorgprofessionals bij het leerproces te betrekken;
4. meerdere leermethoden combineert en zorgt voor voldoende tijd om de verworven kennis te verwerken;
5. de klinische omgeving simuleert.

Voor CME is het belangrijk niet alleen de noden van het lerende individu te identificeren, maar ook van het ganse team dat bij de zorg betrokken is. Meer nog, het is de rol van de overheid en van alle stakeholders, betrokken bij CME, om de hiaten in de gezondheidszorg op het niveau van de maatschappij te identificeren en

om de CME activiteiten hierop af te stemmen. Pas dan zal het hoogste niveau van verdergezette opleiding en engagement bereikt worden (16).

5. Opportuniteiten en uitdagingen voor de gezondheidszorg in Vlaanderen

a) Evaluatie van de noden van het beroep

Onderzoek toont aan dat permanente vorming een grotere impact heeft, wanneer de navorming op de noden van de zorgverleners afgestemd wordt. Een zorgverlener heeft vaak de neiging om binnen zijn comfortzone te blijven, en kiest dikwijls nascholingsactiviteiten die zijn interesse wegdragen. Permanente vorming wordt daarom best geïndividualiseerd door op basis van een “needs assessment” (bij voorkeur via een opgelegde toets), een Persoonlijk Vormingsplan (“Personal Development Plan”) uit te rollen (17).

b) Interactief leren

Interactief leren blijkt een grotere efficiëntie te hebben dan passief volgen van activiteiten. Gezamenlijke casusgebaseerde/praktijkgecentreerde leermomenten voor stagiairs en stagemeesters (die ook openstaan voor andere geïnteresseerden) kunnen een brug vormen tussen de basisopleiding, de klinische praktijk en permanente vorming. De huidige informatie- en communicatietechnologie maken “real time” interactie zelfs mogelijk bij participatie op afstand (18).

c) Audit & terugkoppeling

Een Cochrane review benadrukt het belang van doorlichting en terugkoppeling in de verbetering van de professionele praktijkvoering (19). De impact wordt geschat op een gemiddelde verbetering van 4%. Terugkoppeling is het meest effectief, wanneer een gewaardeerde collega deze feedback geeft, ze frequent plaatsvindt en ze voldoende concreet is.

d) Educationele benadering

Om de kwaliteit van de navorming te verbeteren, dienen verschillende methodes te worden geïncorporeerd. Bij wijze van voorbeeld hanteert de vereniging Pro-Q-Kine vzw reeds een systeem waarbij verschillende vormen/methodieken van kwaliteitsverbetering worden gehanteerd: naast de “klassieke” navorming en e-learning, wordt ook ingezet op intercollegiaal overleg, zelfreflectie op basis van een checklist, patiëntenbevraging en het opstellen van een verbetertraject.

e) Simulaties van de klinische praktijkvoering

Simulatieonderwijs betekent trainen in een veilige en realistische omgeving. Simulaties worden steeds meer gebruikt in het gezondheidszorgonderwijs om niet alleen technische vaardigheden, maar ook cognitieve, psychomotorische en affectieve vaardigheden aan individuen en teams aan te leren (bv. coördinatie van de zorg, leiderschap, effectief communiceren, teamwerk).

Terugkoppeling is van cruciaal belang voor effectief leren met behulp van simulaties en moet aansluiten bij individuele leerbehoeften.

Simulatie maakt training in een gecontroleerde omgeving mogelijk. Het biedt opportuniteiten tot verbetering van de eigen performantie en tot wijziging in de praktijkvoering. In simulatieonderwijs leert men van fouten door gefaciliteerde debriefing. Het garandeert dan ook de patiëntveiligheid.

Onderzoek heeft aangetoond dat simulatiegebaseerd leren, of SBML, de uitkomsten bij patiënten kan verbeteren.

f) Testen en recertificeren

Participatie aan CME-programma's moet resulteren in een meetbare toename van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Kwaliteitsborging impliceert daarom zowel kwaliteitsbewaking van de aangeboden navorming als van de manier waarop zij door de deelnemers wordt gepercipieerd, verwerkt en geassimileerd. Aangeboden opleidingen moeten voldoen aan de behoeften van het gezondheidszorgberoep en de maatschappij. Zij moeten van een geactualiseerd wetenschappelijk niveau zijn en ingericht worden met behulp van de best aangepaste logistieke en didactische middelen. Daarom verdient het aanbeveling om het opleidingsaanbod en zijn aanbieders te laten certificeren door een gemengde commissie die de opleidingen zowel de didactische vorm als de vakkundige inhoud evalueert. Het deelnemen aan CME dient in de eerste plaats gebaseerd te zijn op een intrinsieke motivatie, aanwezig bij de beoogde zorgverstrekker als gevolg van een levenslang-lernen-attitude die reeds in de basisopleiding is aangebracht. Als gevolg daarvan zal het verwerven en/of actualiseren van (bijkomende) kennis, competenties en vaardigheden automatisch leiden tot het verkrijgen van een certificaat dat de patiënt moet verzekeren van een optimaal geactualiseerde en kwaliteitsvolle dienstverlening. Het efficiënt toetsen van het effect van deelname aan CME dient onderwerp van discussie te zijn binnen de respectieve beroepsgroepen. Logischerwijs lijkt een commissie die de kwaliteit verzekert van het aangeboden

nascholingspakket het best geplaatst om ook de efficiëntie van overdracht van dit pakket bij de eindgebruiker af te toetsen. Het volgen van CME en de effecten ervan op de individuele gezondheidswerker kunnen in een portfolio gedocumenteerd worden.

6. Aanbevelingen

De Federale overheid werkt momenteel aan een wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (20). Hierin komt regelgeving met betrekking tot de permanente vorming met het oog op het verbeteren van de zorgkwaliteit slechts beperkt aan bod (artikels 11 - 47 - 48 - 49).

Teneinde dit wetsontwerp verder inhoudelijk vorm te geven, formuleert de KAGB de volgende specifieke aanbevelingen rond 1) de kwaliteitscriteria; 2) de individuele controle op de kwaliteit; en 3) het portfolio van de gezondheidszorgverstrekker met betrekking tot de CPD:

1. Voor elk gezondheidszorgberoep moeten minimale kwaliteitscriteria gehanteerd worden.
 - a) Permanente vorming zou voor alle gezondheidszorgberoepen moeten worden verplicht.
 - b) Invoeren van een re-licentie voor het beoefenen van elk gezondheidszorgberoep is wenselijk.
 - c) Bepalen van minimale kwaliteitscriteria voor een “license to practice” is nodig.
 - d) Een Europese regelgeving betreffende een “license to practice”, die voor alle EU lidstaten geldt, verdient de voorkeur, gezien het vrije verkeer van personen en diensten. Dit zal voor Europese patiënten meer waarborgen bieden op het vlak van de kwaliteit van de geleverde zorg en meer duidelijkheid en rechtszekerheid scheppen voor alle gezondheidszorgverstrekkers.
 - e) Een tweede, hogere drempel voor het behalen van voordelen kan worden ingevoerd (toelage, kwaliteitsregister, ...).
2. De individuele controle op de kwaliteit van de geleverde zorg moet voor alle gezondheidszorgberoepen op een uniforme en transparante manier door dezelfde, unieke overheidsinstantie georganiseerd en gecontroleerd worden.
 - f) De overheid dient elke aanvraag van permanente vorming voor wetenschappelijk advies voor te leggen aan een accrediteringscommissie, die paritair samengesteld moet zijn uit vertegenwoordigers van het beroepenveld en de opleidingen.
 - g) De interdisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg en de bevordering van het interprofessioneel overleg moeten in de permanente vorming worden geïntegreerd.
 - h) In de permanente vorming zouden enkele vaste rubrieken, van groot belang voor het betrokken gezondheidszorgberoep, verplicht gevolgd moeten worden.
 - i) De permanente vorming dient voor alle gezondheidszorgbeoefenaars betaalbaar te blijven.
 - j) Belangenvermenging met industrie kan niet worden getolereerd en moet worden bewaakt door registratie van een “no conflict” verklaring in het portfolio voor alle sprekers.
 - k) De sponsoring van navormingsactiviteiten moet volledig gescheiden blijven van de wetenschappelijke inhoud van de navorming, welke vooraf door een accrediteringscommissie dient te worden goedgekeurd.
 - l) De commercialisering van navorming door profit bedrijven moet inhoudelijk bewaakt worden door de accrediteringscommissie.
3. De portfolio met betrekking tot de CPD van de gezondheidszorgbeoefenaar moet als preventief instrument gehanteerd worden en niet als een controlemechanisme dat enkel wordt nagetrokken wanneer een specifiek probleem zich stelt bij de beroepsuitoefening.
 - m) De deelname aan permanente vormingsactiviteiten en het intercollegiaal overleg moeten worden gedocumenteerd via een elektronisch portfolio, uniform voor alle gezondheidszorgbeoefenaars.
 - n) Het portfolio betreffende de navorming zou voor alle gezondheidszorgberoepen om de vijf jaar in een groep van peers moeten worden geëvalueerd.
 - o) Begrippen zoals reflectie, zelfreflectie op basis van patiëntenbevraging en checklist rond praktijkorganisatie, het introduceren van kwaliteitsindicatoren (outcome-, proces- en structuurindicatoren) moeten worden aangeboden via het persoonlijke kwaliteitsportfolio.
 - p) Kwaliteitsverbeterende processen (verbetertrajecten) moeten na de zelfreflectie worden opgestart.
 - q) Digitale toepassingen ter ondersteuning van de praktijkvoering (informatie uitwisselen, decision support) moeten verder worden ontwikkeld.

Literatuurlijst

- 1) Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. *BS* 18 juni 2015, zoals sedertdien gewijzigd:
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2015051006
Wet van 28 augustus 1991 op de uitoefening van de diergeneeskunde, zoals sedertdien gewijzigd:
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1991082837&table_name=wet
- 2) McMahon GT, Skochelak SE. Evolution of Continuing Medical Education: Promoting innovation through regulatory alignment. *JAMA* 2018;319(6):545-6.
- 3) Regelgeving accreditering van artsen en apothekers-biologen:
<http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/accreditering>
- Artikel 36bis, Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. *BS* 27 augustus 1994.
- KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (titel II, hoofdstuk I, afdeling XIV). *BS* 31 juli 1996.
- 4) Regelgeving accreditering van tandartsen:
<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/tandartsen/kwaliteit-accreditering>
- Artikel 4, 3^o MB 11 juni 2001 tot vaststelling van de gemeenschappelijke criteria voor de erkenning van tandartsen-specialisten. *BS* 5 juli 2001.
- MB 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts. *BS* 31 mei 2002.
- MB van 28 mei 2001 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie, alsook van stagemeesters en stagediensten in de orthodontie. *BS* 10 juli 2001.
- Advies van de Raad van de Tandheelkunde betreffende de criteria voor het behoud van de erkenning van tandarts-specialist in de parodontologie, RvT/2015/Advies-3, dd. 21 april 2015.
- 5) Regelgeving accreditering van dierenartsen:
- KB van 11 september 2016 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en het vrij verrichten van diensten van dierenartsen. *BS* 26 september 2016.
Deze wet delegeert de verantwoordelijkheid m.b.t. de organisatie van continue professionele ontwikkelingen voor dierenartsen naar de Hoge Raad van de Orde der Dierenartsen. De Hoge Raad van de Orde der Dierenartsen verplicht iedere dierenarts, die diergeneeskundige handelingen stelt, om ingeschreven te zijn op één van de Lijsten, lidgeld te betalen en voortgezette opleiding te volgen, overeenkomstig artikel 4 Code der Plichtenleer, versie 2015.
- 6) KB van 22 oktober 2012 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker. *BS* 3 december 2012.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2012102214&table_name=wet
- 7) MB van 22 oktober 2012 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker. *BS* 3 december 2012.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2012102213&table_name=wet
- 8) KB van 8 juli 2014 betreffende de permanente vorming van de apothekers van de voor het publiek opengestelde officina's. *BS* 31 juli 2014.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2014070812&table_name=wet
- 9) Financiële vergoeding voor bijscholing van verpleegkundigen:
<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen>
- KB van 14 januari 2013 tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, een financiële vergoeding verleent aan de verpleegkundigen voor de gevolgde continue opleiding. *BS* 14 november 2013.
- KB van 16 april 2002 tot vaststelling van de forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de specifieke kosten van de diensten thuisverpleging en van de voorwaarden voor het toekennen van die tegemoetkoming. *BS* 9 mei 2002.
- 10) KB van 31 januari 2018 tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw. *BS* 28 februari 2018.
- 11) Permanente vorming voor vroedvrouwen:

- Artikel 9, KB van 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw. *BS* 6 april 1991.
<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/vroedvrouwen>
- 12) Ontwerp van koninklijk besluit over de invoering van een kwaliteitspromotiesysteem voor de kinesitherapeuten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Verzekeringscomité – Dienst Geneeskundige Verzorging – RIZIV. Nota CGV 2017/201.
 - 13) Ministeriële besluiten met de erkenningscriteria voor de bijzondere beroepsbekwaamheden kinesitherapie:
 - MB van 22 april 2014 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de respiratoire kinesitherapie. *BS* 8 augustus 2014.
 - MB van 22 april 2014 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de cardiovasculaire kinesitherapie. *BS* 8 augustus 2014.
 - MB van 22 april 2014 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de manuele therapie. *BS* 8 augustus 2014.
 - MB van 22 april 2014 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de neurologische kinesitherapie. *BS* 8 augustus 2014.
 - MB van 22 april 2014 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de bekkenbodembreëducatie en perinatale kinesitherapie. *BS* 8 augustus 2014.
 - MB van 22 april 2014 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria waarbij de kinesitherapeuten gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid in de pediatrie kinesitherapie. *BS* 8 augustus 2014.
 - 14) EAHC/2013/Health/07 Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final report.
https://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/continuous_professional_development_en
 - 15) Cervero RM, Gaines JK. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *J Contin Educ Health Prof.* 2015;35(2):131-8.
 - 16) Stevenson R, Moore DE Jr. Ascent to the summit of the CME pyramid. *JAMA* 2018;319(6):543-4.
 - 17) Bullock A, Firmstone V, Frame J, Bedward J. Enhancing the benefit of continuing professional development: a randomized controlled study of personal development plans for dentists. *Learning in Health and Science* 2007;6(1):14-26.
 - 18) McConnell KJ, Newlon C, Dickerhofe J. A model for continuing pharmacy education. *Am J Pharm Educ.* 2009;73(5):87.
 - 19) Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jun 13;(6):CD000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.
 - 20) Wet voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: voordracht gehouden door prof. dr. Koenraad Vandewoude en dr. Tom Goffin voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België op 23 februari 2018:
http://www.academiegeneeskunde.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fatoms%2Ffiles%2F20180223%2520-%2520KAGB%2520-%2520presentatie%2520Goffin-Vandewoude.pdf&usg=AOvVaw2InN58Na_AUTfJNiaivLaN

Bijlage.

Tabel 1. Huidige regeling betreffende de permanente vorming voor de verschillende gezondheidszorgberoepen in België

gezondheidszorgberoep	wettelijke regelin	verplichte navormin	licentiepractic	contrederende instansi	portofolio	verplichte rubrieken	meer review groepen (LOK's)	termijn	accrediteringshonorarium	verhoogde honorarium prestatie	minimale activiteitsdrempel
Arts	ja	wijbijvend	neen	RIZIV	elektronisch	ja	ja	3 jaar	ja	ja	ja
Tandarts zonder beroepstiel (1)	neen	wijbijvend	neen	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Tandarts met behoud van beroepstiel (2)	ja	verplicht	verplicht	EC	geen	neen	neen	6 jaar	neen	neen	nee
Tandarts (enkel accreditering) (3)	ja	wijbijvend	neen	RIZIV	schriftelijk	ja	ja	5 jaar	ja	neen	ja
Dierarts	ja	wijbijvend	neen	Orde	geen	nee	nee	3 jaar	nvt	nvt	nvt
Officia apotheker	ja	verplicht	neen	Beroepsvereniging FAGG	elektronisch	ja	ja	1 jaar	neen	neen	nee
Ziekenhuisapotheker	ja	verplicht	verplicht	EC	schriftelijk	ja	ja	3 jaar	neen	neen	ja
Apothekersklinisch Blooog	ja	wijbijvend	neen	RIZIV	elektronisch	ja	ja	3 jaar	ja	neen	ja
Verpleegkundige (algemeen)	ja	verplicht	neen	FOD	schriftelijk	geen	ja	1 jaar	neen	neen	nvt
Verpleegkundige (bijzondere beroepstiel)	ja	verplicht	neen	FOD	schriftelijk	geen	nee	5 jaar	neen	neen	nvt
Logopedist/Audiloog	neen	wijbijvend	neen	geen	geen	nvt	ja	nvt	neen	neen	nvt
Kinesitherapeut	ja	wijbijvend	neen	Pro Q. Kne	elektronisch	geen	ja	1 jaar	ja	neen	wordt voorzien
Kinesitherapeut met behoud van beroepstiel	ja	verplicht	verplicht	EC	geen	geen	ja	5 jaar	neen	neen	ja
Diëtist	ja	verplicht	neen	geen	geen	nvt	neen	nvt	neen	neen	nvt
Ergotherapeut	neen	wijbijvend	neen	geen	geen	nvt	ja	nvt	neen	neen	nvt

¹ beroepsopleiding zonder bijzondere beroepstiel en dus buiten RIZIV; in praktijk zelden het geval - enkel bv. EU privé verzekerden

² bijzondere beroepstiel van algemeen tandarts, orthodontist of parodontoloog; vereist om binnen RIZIV regeling te werken

³ tandarts houder van bijzondere beroepstiel die navorming volgt binnen RIZIV accrediteringsysteem; voldoet automatisch aan voorwaarden behoud beroepstiel voor wat betreft navorming