

Het Bijgewerkte voorlopige richtlijn bij het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1, 2 en 3 klinische praktijkvereisten van juni 2022 werd oorspronkelijk door de IBLCE gepubliceerd voor de overgang naar de IBCLC-commissie.

In juli 2025 heeft de IBCLC-commissie het tijdsbestek voor deze tussentijdse leidraad verder voor onbepaalde tijd verlengd, zonder dat er op dit moment inhoudelijke wijzigingen zijn aangebracht.



Bijgewerkte voorlopige richtlijn bij het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1, 2 en 3 klinische praktijkvereisten van juni 2022

(June 2022 Updated Interim Guidance on the Use of Technology to Meet Pathways 1, 2, and 3 Clinical Practice Requirements – Dutch)

I. Relevante achtergrond

De Internationale Raad van Lactatiekundig Examinatoren (*International Board of Lactation Consultant Examiners*®, IBLCE®) heeft eerder het [IBLCE-advies met betrekking tot telegezondheid](#) uitgebracht, gericht op het leveren van lactatiekundige diensten aan **consumenten** in overeenstemming met de praktijkgidsen met IBCLC®-richtlijnen, waaronder het [Praktijkkader voor internationaal gecertificeerde lactatiekundigen \(IBCLC®\)](#) (verspreidings- en ingangsdatum 12 december 2018), de [Gedragscode voor IBCLC's](#) (ingangsdatum 1 november 2011, bijgewerkt september 2015), en de [Klinische competenties voor de praktijkuitoefening van internationaal gecertificeerde lactatiekundigen \(IBCLC's\)](#) (verspreidings- en ingangsdatum 12 december 2018).

Om diverse redenen, waaronder die van toegankelijkheid, maar vooral vanwege het begin van de COVID-19-pandemie, publiceerde IBLCE op 17 april 2020 *Voorlopige richtlijnen bij het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1 en 2 klinische praktijkvereisten*. Deze voorlopige richtlijn was bedoeld om verheldering te bieden en informatie te geven aan IBLCE-belanghebbenden over het gebruik van technologie om te voldoen aan de lactatie- specifieke klinische praktijkvereisten, overeenkomstig de voor de IBCLC beschikbare [Leerweg 1](#)

Pagina 1 van 7

Bijgewerkte voorlopige richtlijn bij het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1, 2 en 3 klinische praktijkvereisten van juni 2022

Goedkeuring, verspreiding en ingangsdatum bijwerking: 30 juni 2022. Herziening betreffende verlening tijdsbestek van de Voorlopige richtlijn met ingang van augustus 2025.

([Erkende beroepen in de gezondheidszorg of Erkende organisaties van borstvoedingsconsulenten](#)) en [Leerweg 2 \(Geaccrediteerde lactatie academische programma's\)](#)). De IBLCE heeft toen ook aangegeven dat het te zijner tijd soortgelijke nadere informatie zou verstrekken met betrekking tot Leerweg 3 ([Mentorschap met een IBCLC](#)).

Daarom publiceerde de IBLCE op 14 mei 2020 deze *Bijgewerkte voorlopige richtlijn met betrekking tot het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1, 2 en 3 klinische praktijkvereisten*. Deze kwam in de plaats van en verving de eerdere voorlopige richtlijn die op 17 april 2020 werd gepubliceerd. De IBLCE verlengde op 6 oktober 2020 het tijdsbestek voor deze voorlopige richtlijn tot 30 september **2021**, zonder dat er op dat moment substantiële wijzigingen zijnaangebracht. Na verdere beoordeling en gezien de aanhoudende gevolgen van de COVID-19-pandemie, verlengde de IBLCE het tijdschema voor deze tussentijdse richtsnoeren verder tot 30 september **2022**, met toevoeging van de referentielijst (bijlage A) als de *Bijgewerkte voorlopige richtlijn van augustus 2021*. In juni 2022 heeft de IBLCE het tijdschema voor deze tussentijdse richtlijn verder verlengd tot 30 september **2023**, zonder dat er op dit moment inhoudelijke wijzigingen zijn aangebracht.

II. Belangrijke opmerkingen vooraf

A. Naleving van het IBLCE-advies betreffende telegezondheid

Kandidaten die via Leerweg 1, Leerweg 2 of Leerweg 3 willen voldoen aan IBCLC-vereisten, alsmede degenen die toezicht houden op de klinische praktijk, moeten het [IBLCE-advies met betrekking tot telegezondheid](#) van de IBLCE zorgvuldig bestuderen en opvolgen. Dit advies biedt belangrijke informatie, relevant voor het gebruik van technologie met betrekking tot IBCLC-lactatiespecifieke klinische praktijk via Leerweg 1, Leerweg 2 en Leerweg 3. IBCLC's die klinische supervisie verlenen, moeten zich houden aan zowel de lokale wetgeving waar zij hun praktijk uitoefenen, als aan de relevante praktijkgidsen met IBCLC-richtlijnen, waaronder het [Praktijkkader voor internationaal gecertificeerde lactatiekundigen \(IBCLC®\)](#) (verspreidings- en ingangsdatum 12 december 2018), de [Gedragscode voor IBCLC's](#) (ingangsdatum 1 november 2011, bijgewerkt september 2015), en de [Klinische competenties voor de praktijkuitoefening van internationaal gecertificeerde lactatiekundigen \(IBCLC's\)](#) (verspreidings- en ingangsdatum 12 december 2018).

Dit advies maakt ook duidelijk dat een IBCLC in het bijzonder moet overwegen op welke

Pagina 2 van 7

Bijgewerkte voorlopige richtlijn bij het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1, 2 en 3 klinische praktijkvereisten van juni 2022

Goedkeuring, verspreiding en ingangsdatum bijwerking: 30 juni 2022. Herziening betreffende verlening tijdsbestek van de Voorlopige richtlijn met ingang van augustus 2025.

wijze zijn of haar lactatiediensten via telegezondheid verleend worden in overeenstemming met de belangrijkste bepalingen van de bovengenoemde praktijkguides ten aanzien van privacy, beveiliging, beoordeling, demonstratie en evaluatie van relevante technieken, verstrekking van op feiten gebaseerde informatie aan cliënten, en passende samenwerking met of verwijzing naar andere zorgverleners. In het bijzonder wordt Principe 3.2 van de [Gedragscode](#) benadrukt, welke vooraf een schriftelijke toestemming vereist van de ouder die borstvoeding geeft voordat een foto of een opname (audio of video) gemaakt kan worden van de ouder of het kind.

De informatie in het [IBLCE-advies met betrekking tot telegezondheid](#) is ook van toepassing op klinische supervisie door IBCLC's en degenen die via Leerweg 1, Leerweg2 en Leerweg 3¹ IBCLC worden en is door verwijzing opgenomen in deze voorlopige richtlijn.

B. Het gebruik van technologie bij klinische supervisie

Technologie kan worden gebruikt in het kader van klinisch toezicht en is vooral belangrijk op grond van overwegingen van volksgezondheid die momenteel wereldwijd worden ervaren, maar ook door problemen van toegankelijkheid.

Het gebruik van technologie in het kader van klinisch toezicht vereist echter verbeterde communicatie, extra planning en focus op technologische en administratieve details, evenals een goed begrip van de wettelijke vereisten op niet slechts één, maar twee locaties en dus mogelijk in twee rechtsgebieden. Belangrijke overwegingen zijn onder meer beveiliging, voornamelijk van technologische platforms, privacy inclusief ten aanzien van gevoelige gezondheidsgegevens, en een gedetailleerde geïnformeerde toestemming. Degenen die technologie gebruiken bij klinisch toezicht moeten ook de betrouwbaarheid van potentiële platforms zorgvuldig overwegen. Voordat het platform wordt gebruikt, moeten alle partijen die het gaan gebruiken, daarmee een basis- tot intermediaire vaardigheid hebben verkregen. Bovendien moet er met veel aandacht en

¹ De IBLCE is niet verantwoordelijk voor de individuele educatieve-, praktijk-, professionele of contractuele voorwaarden of situaties van een IBCLC, inclusief maar niet beperkt tot enige juridische of andere voorwaarde bij een zakelijke relatie tussen een aspirant-IBCLC en zijn/haar onderwijsinstelling of klinische supervisor. Individuele IBCLC's en kandidaten zijn volledig verantwoordelijk voor alle acties en beslissingen, ongeacht of deze een juridische, gezondheid of financiële relatie hebben, en noch de IBLCE, noch haar functionarissen, directeuren, medewerkers, materiedeskundigen of andere vertegenwoordigers zijn verantwoordelijk of aansprakelijk voor enig verlies of schade, veroorzaakt door dergelijke handelingen of beslissingen. Alle door de IBLCE genomen beslissingen met betrekking tot geschiktheid, kandidatuur en certificering zijn gebaseerd op de toepasselijke voorwaarden, bepalingen en vereisten zoals door de IBLCE vermeld haar publicaties en op de IBLCE-website in overeenstemming met de toepasselijke IBLCE-beleidslijnen en -procedures.

planning voor gezorgd worden dat de klinische supervisie zodanig is ontworpen dat een realistische klinische ervaring wordt gecreëerd.

Degenen die technologie willen gebruiken om klinisch toezicht te bieden, moeten – als zenog geen ervaring met dit soort toezicht hebben gehad – een opleiding over of onafhankelijke studie van deze benadering volgen om op deskundige en competente wijze effectief klinisch toezicht te bieden, vergelijkbaar met wat persoonlijk wordt geboden. Voor een door de IBLCE samengestelde referentielijst van collegiaal getoetste artikelen over de praktijk van tele-gezondheidszorg, zie bijlage A.

C. Relatie tussen de voorlopige richtlijn van de IBLCE en Leerweg 1, Leerweg 2 en Leerweg 3

Het is belangrijk op te merken dat dit document de bestaande geschiktheidseisen van de IBLCE met betrekking tot Leerweg 1, Leerweg 2 en Leerweg 3 niet *substantieel* wijzigt, maar alleen informatie geeft over *hoe* aan Leerweg 1, Leerweg 2 en Leerweg 3 klinische geschiktheidseisen van de IBLCE voldaan kan worden door gebruik te maken van technologie.

D. Relatie tussen voorlopige richtlijn van de IBLCE met de IBCLC- [Informatiegids voor de kandidaten](#) (bijgewerkt maart 2022)

Het is van cruciaal belang op te merken dat, gezien de urgente omstandigheden die verband houden met de huidige wereldwijde pandemie, het voor de IBLCE niet haalbaar is om snel de volledige IBCLC-[Informatiegids voor de kandidaten](#) en de website in zestien talen te bewerken en te vertalen zodat deze in overeenstemming is met deze voorlopige richtlijn. Daarom dient deze tussentijdse richtlijn te worden gelezen in samenhang met de *Informatiegids voor de kandidaten* en voor zover de informatie in de *Informatiegids voor de kandidaten* in strijd is met of geen informatie geeft over de richtlijn die in dit document is vervat, zal deze voorlopige richtlijn geldig zijn.

Voor alle zorgvuldigheid moet erop worden gewezen dat dit slechts een voorlopige richtlijn is. Als gevolg van het aanhoudende effect van de wereldwijde COVID-19-pandemie, wordt deze voorlopige richtlijn verlengd van de eerder aangekondigde datum van 30 september 2022 tot **30 september 2023**. De IBLCE zal de COVID-19-pandemie blijven beoordelen en nadere bijwerkingen in 2023 presenteren.

III. Leerwegen voor IBCLC-certificering

Zoals hierboven vermeld, is de erkenning als Internationaal Gecertificeerde Lactatiekundige (IBCLC) mogelijk via drie leerwegen. Opgemerkt moet worden dat de huidige vereisten voor de IBCLC al op een aantal manieren het gebruik van technologie overwegen om aan de IBCLC-vereisten te voldoen. Veel kandidaten die bijvoorbeeld de IBCLC via elk van de drie trajecten nastreven, voldoen via online onderwijs, inclusief vijf uur extra opleiding gericht op communicatieve vaardigheden vanaf 2021, aan de huidige 95 uur durende lactatie-specifieke onderwijsvereisten.

Daarom is deze tussentijdse richtlijn uitsluitend beperkt tot hoe voldaan kan worden aan de klinische praktijkvereisten van Leerweg 1, Leerweg 2 en Leerweg 3.

IV. Voorlopige richtlijn

A. Leerweg 1 en het gebruik van technologie voor lactatie-specifieke klinischepraktijkvereisten

Leerweg 1 bepaalt dat kandidaten een praktijk moeten hebben als een [Erkende gezondheidswerker](#) of ondersteuning moeten bieden bij het geven van borstvoeding via een [Erkende organisatie van borstvoedingsconsulenten](#) en binnen vijf jaar onmiddellijk voorafgaand aan de examenaanvraag een minimum van 1000 lactatie-specifieke klinische praktijkturen moeten verwerven in een geschikte omgeving onder toezicht. Bij Leerweg 1 klinische praktijkturen is momenteel het gebruik van technologie op de volgende manieren mogelijk:

- Klinische praktijk onder supervisie wordt verkregen in een geschikte omgeving, die niet direct onder toezicht hoeft te staan (verder gedefinieerd in [Informatiegids voor de kandidaten van de IBLCE](#), pagina 8). Als de juiste onder supervisie staande omgeving het gebruik van telegezondheid of andere technologieën voor de zorg voor borstvoeding en lactatie mogelijk maakt, is dit een acceptabele manier om deze klinische uren te verwerven.
- Borstvoedingsconsulenten van een [Erkende organisatie van borstvoedingsconsulenten](#) moeten klinische praktijkturen verwerven in een omgeving

waar bevallingen geschieden en die voldoet aan de criteria die zijn uiteengezet door de IBLCE en die ook telegezondheid of het gebruik van andere technologieën kan omvatten als een optie voor het verlenen van de dienstverlening. De vrijwilligers die geaccrediteerde borstvoedingsconsulenten zijn, en die de forfaitaire uurberekening gebruiken om de benodigde 1000 uur klinische praktijk te verwerven, kunnen alle vormen van zorg meetellen voor het forfait van 500 uur per 12 maanden. Het tarief voor 250 uur per 12 maanden voor telefonische en/of online zorg wordt verhoogd tot 500 uur per 12 maanden. Let op dat vanaf 1 januari 2022 en daarna, klinische praktijkuren op uurbasis moeten worden verworven en dat de forfaitaire optie niet langer beschikbaar is.

B. Leerweg 2 en het gebruik van technologie voor directe supervisie van lactatie-specifieke klinische praktijk

Kandidaten die programma's in het kader van Leerweg 2 volgen, kunnen 100% van hun minimum van 300 uur onder direct toezicht staande lactatie-specifieke klinische praktijk via technologie platforms verwerven.

C. Leerweg 3 en het gebruik van technologie voor directe supervisie van lactatie-specifieke klinische praktijk

Kandidaten van mentorschap programma's in het kader van Leerweg 3 kunnen 100% van hun minimum van 500 uur onder direct toezicht staande lactatie-specifieke klinische praktijk via technologie platforms verwerven.

Bijlage A: Referentielijst van de IBLCE voor de Bijgewerkte voorlopige richtlijn bij het gebruik van technologie om te voldoen aan Leerweg 1, 2 en 3 klinische praktijkvereisten

- Bashir, A., & Bastola, D. R. (2018). Perspectives of nurses toward telehealth efficacy and quality of health care: pilot study. *JMIR Medical Informatics*, 6(2).
<http://dx.doi.org/10.2196/medinform.9080>
- Bashshur, R. L., Howell, J. D., Krupinski, E. A., Harms, K. M., Bashshur, N., & Doarn, C. R. (2016). The empirical foundations of telemedicine interventions in primary care. *Telemedicine and e-Health*, 22(5), 342 – 375. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0045>
- Buvik, A., Bergmo, T. S., Bugge, E., Smaabrekke, A., Wilsgaard, T., & Olsen, J. A. (2019). Cost-effectiveness of telemedicine in remote orthopedic consultations: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2). <https://doi.org/10.2196/11330>
- Mold, F., Hendy, J., Lai, Y., & de Lusignan, S. (2019). Electronic consultation in primary care between providers and patients: systematic review. *JMIR Medical Informatics*, 7(4). <http://dx.doi.org/10.2196/13042>
- Pierce, R. P., & Stevermer, J. J. (2020). Disparities in use of telehealth at the onset of the COVID-19 public health emergency. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 0(0), 1 – 7.
<https://doi.org/10.1177/1357633X20963893>
- Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K., & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 4–12. <https://doi.org/10.1177/1357633X16674087>