



KONINKLIJKE ACADEMIE  
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

---

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

**ADVIES**

**over nieuwe beroepen in de gezondheidszorg\***

**1. Inleiding: het veranderende zorglandschap**

De vraag naar gezondheidszorg groeit, terwijl het personeelsaanbod beperkt is en er ook onvoldoende afstemming is tussen de aard van de zorgvragen en de competenties, aanwezig bij de huidige opgeleide zorgverleners. Een Europees rapport (1) voorspelt een tekort aan gezondheidsmedewerkers in de toekomst. Voor de Europese Unie alleen wordt een tekort van één miljoen medewerkers voorspeld tegen 2020, waarmee 13,5% van de medische zorg niet gedekt zou zijn. Tegelijk is er onder invloed van toonaangevende rapporten van rond de eeuwwisseling (2, 3) meer en meer aandacht gekomen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en worden hier in toenemende mate hoge eisen aan gesteld. Beide ontwikkelingen vragen om een streven naar de beste kwaliteit van zorg met de beschikbare middelen en om een hieraan gerelateerde bezinning over de noodzakelijke aantallen en competenties van gezondheidszorgmedewerkers in de nabije toekomst. In een aantal van de ons omringende landen heeft men dit aangepakt door de creatie van nieuwe beroepen, waarvan de “verpleegkundig specialist”, de “physician assistant” en de “mondzorgassistent/mondhygiënist” belangrijke voorbeelden zijn. Ook worden rollen van bestaande professionals uitgebreid zoals in het geval van diabetes-educatoren en case-managers, of worden nieuwe functies gecreëerd die later de aanleiding vormen tot het creëren van nieuwe beroepen zoals in het geval van technici voor medische beeldvorming, dialyse en hartlongmachines. Ook in België voelt men de toenemende druk op de bestaande gezondheidszorgmedewerkers, met de groeiende vraag naar nieuwe, aanvullende profielen, complementair aan de bestaande beroepen.

**2. Argumenten voor de introductie van nieuwe beroepen**

De introductie van nieuwe beroepen is voortdurend in beweging. Algemeen zijn er drie redenen voor het creëren van nieuwe beroepen:

1. *Betere zorgverlening* – Met nieuwe beroepen kan kwaliteitsverbetering worden beoogd doordat wordt geprobeerd aan thans onvervulde zorgvragen tegemoet te komen, of de cliëntgerichtheid en continuïteit van zorg te verbeteren. In dit geval worden door nieuwe beroepsbeoefenaren meestal nieuwe taken opgenomen (task-supplementation of taakuitbreiding). Voorbeelden zijn te vinden binnen de verschuiving van acute naar chronische zorg. Gedragsverandering is hier bijvoorbeeld vaak een belangrijk en nieuw accent. Klassiek zijn artsen hiervoor minder goed geschoold wat de aanzet kan geven tot het werken met nieuwe professionals zoals gespecialiseerde verpleegkundigen en psychologen. Dit geldt ook voor tandartsen, waar de mondzorgassistent/mondhygiënist het motiveren tot betere hygiëne en het aanpassen van voedingsgewoonten op zich neemt.

---

\* Het advies werd voorbereid door de vaste commissie onderwijs in de biomedische disciplines, samengesteld uit Peter Bols, Rik Casteels, Dominique Declerck, Aart de Kruif, Joke Denekens (secretaris), Rik Gosselink, Geneviève Laureys, Wim Stevens, Paul Van Cauwenberge, Dirk Van Raemdonck (voorzitter), Paul Van Schil, Gaston Vantrappen, Brigitte Velkeniers (ondervoorzitter), Guido Verhoeven, evenals Bernard Himpens (voorzitter KAGB) en Greet Ieven (algemeen secretaris), bijgestaan door Chantal Mathieu, Walter Sermeus (redacteur van het advies) en Theo van Achterberg (redacteur van het advies). 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 24 september 2016.

Ervaringen in het buitenland wijzen duidelijk uit dat een betere kwaliteit van zorg met de introductie van nieuwe beroepen ook daadwerkelijk kan worden bereikt (4, 5), al vraagt het goed definiëren van nieuwe rollen nog meer aandacht.

2. *Kosteneffectiviteit* – Met het inzetten van nieuwe beroepsbeoefenaren kan ook efficiëntie worden beoogd, doordat wordt geprobeerd gelijkwaardige of meer kwaliteitsvolle zorg te bieden terwijl professionals met een lange en dure opleiding en hoge salarislasten worden vervangen door minder dure en korter opgeleide professionals (bijvoorbeeld in het geval van een verschuiving van artsen naar physician assistants of verpleegkundig specialisten, van tandartsen naar mondhygiënist, van oogartsen naar optometristen). In dit geval wordt van task substitution (taakverschuiving) gesproken omdat het hoofddoel is gelegen in het overnemen van bestaande zorgtaken, zonder verlies van kwaliteit. Onderzoek laat zien dat kosteneffectiviteitsdoelen met de inzet van nieuwe professionals doorgaans ook daadwerkelijk worden bereikt, met name op domeinen waarbij de evidentie al in kaart is gebracht en is vertaald naar klinische richtlijnen. In deze domeinen neemt de kwaliteit van zorg niet af met de inzet van goedkopere professionals (6, 7). Effecten voor kostenbesparingen zijn minder duidelijk doordat conclusies op basis van literatuuroverzichten afwisselend “duidelijk lagere kosten” (4) en “gemengde bevindingen” (5) rapporteren. Hierin speelt mogelijk mee dat zuivere substitutie, waarbij alleen taken worden overgenomen, niet altijd wordt bereikt doordat de nieuwe professionals in de praktijk vaak toch meer patiënten zien of bijkomende zorgtaken opnemen.

3. *Oplossingen voor schaarste* – De inzet van nieuwe beroepen kan ook worden overwogen in het licht van schaarste. België had in 2011 2,9 praktiserende artsen per 1000 inwoners, het OECD gemiddelde is 3,2 (1), en in België zijn er per 100.000 inwoners 10,2 artsen in opleiding. Tegelijk is de artsenpopulatie in België relatief oud (30% ouder dan 55 in 2009). België scoort hier slechter dan het Europese gemiddelde en een tekort aan medische zorg is te verwachten. De inzet van nieuwe beroepen kan hier een oplossing bieden en kan zorg voor meer patiënten garanderen zonder de werkbelasting van artsen te vergroten (7).

### **3. Opleiding en inzet van nieuwe beroepsbeoefenaren in het buitenland**

Voor de Belgische gezondheidszorg kan worden geleerd van ervaringen uit het buitenland, die tussen landen sterk verschillen, maar waarbij een aantal landen vooroploopt in het werken met nieuwe beroepsbeoefenaren. Het werken met physician assistants, verpleegkundig specialisten en mondhygiënist/mondzorgassistenten wordt in dit kader verder besproken.

#### *Mondzorgassistenten/mondhygiënist*

In België wordt de professionele zorg rond mondgezondheid opgenomen door de tandarts (algemeen tandarts, orthodontist of parodontoloog) en de kaakchirurg (specialist na dubbele kwalificatie arts/tandarts). De Belgische wetgeving laat niet toe dat (curatieve) handelingen in de mondholte uitgevoerd worden door personen die geen opleiding genoten hebben tot tandarts of kaakchirurg.

In 2007 waren er al 30.963 mondhygiënisten geregistreerd over het geheel van alle EU en European Economic Region (EER) landen (8). In 2009 was het beroep van mondhygiënist al officieel erkend in 22 van de EU/EER-landen (waaronder buurlanden Duitsland, Nederland en Groot-Brittannië) (9) en namen mondhygiënist deeltaken binnen de mondgezondheidszorg op. In toenemende mate wordt de opleiding van mondhygiënist georganiseerd op bachelor-niveau. De mate waarin mondhygiënist zelfstandig werken wisselt van land tot land. In Nederland, waar het beroep al ruim 45 jaar bestaat, is er een ontwikkeling naar meer en meer zelfstandigheid te zien. Waar mondhygiënist aanvankelijk alleen onder supervisie van tandartsen werkten, verschoof dit in de loop der tijd naar werken op verwijzing en is vandaag de dag ook een directe toegang voor patiënten mogelijk (10). Een derde van de Nederlandse mondhygiënist werkt vandaag de dag in een zelfstandige praktijk.

#### *Physician assistants (PA)*

In de Verenigde Staten en Canada bestaat het beroep van PA al jaren. In de Verenigde Staten (11, 12, 13) ontstond het eerste opleidingsprogramma voor PAs in North Carolina in 1965. Momenteel (gegevens beschikbaar maart 2013) zijn er 170 geaccrediteerde trainingsprogramma's voor PAs. Er zijn meer dan 100.000 gecertificeerde PAs in de Verenigde Staten. De gemiddelde opleiding (na een twee- of driejarige bachelor) duurt 24 maanden en de meeste programma's vragen vroegere ervaring in de gezondheidssector. In Canada werd de eerste school voor PAs opgestart in 1984 door de Canadian Forces Medical Services School at Borden, Ontario (14). Momenteel zijn er 4 programma's voor PAs in Canada.

Het model van PA wordt ook in toenemende mate overgenomen in Europa (Nederland, Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland; in het Verenigd Koninkrijk “physician-associates” genoemd). In Nederland zijn er ongeveer 800 PAs werkzaam. De opleiding startte in 2001 initieel aan twee hogescholen (Utrecht en Nijmegen).

De opleiding is op Master-niveau, duurt 30 maanden, vereist eerdere opleiding en werkervaring binnen de gezondheidszorg en kan nu aan vijf hogescholen worden gevolgd (15). In 2012 waren er 150 PAs werkzaam in het Verenigd Koninkrijk en Ierland (16). De opleiding tot PA in Duitsland startte in 2005; in 2014 waren er 4 specifieke opleidingsprogramma's tot PA. Het betreft een opleiding van 36 maanden (17). Nederlandse cijfers laten zien dat 86% van de PAs die voor 1 januari 2012 afstudeerden begin 2012 daadwerkelijk als PA werkten, terwijl de meeste overigen (nog) in een andere functie in de gezondheidszorg werkten (18).

#### *Verpleegkundig specialisten (VS)*

Het nieuwe beroep van verpleegkundig specialist vindt zijn oorsprong in de opkomst van Advanced Nursing Practice (APN) in de Verenigde Staten. De International Council of Nursing (ICN) omschrijft de advanced practice nurse als "a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which she/he is credentialed to practice". De ICN voegt hieraan toe dat een master's degree hiervoor noodzakelijk is (19). De verpleegkundig specialist (VS; Clinical Nurse Specialist) is als nieuw beroep uit de bredere APN-ontwikkeling voortgekomen. Anders dan bij de PA ligt de focus van de VS niet op cure maar op care op expertniveau, al kan de VS soms beperkte medische taken overnemen.

In Vlaamse ziekenhuizen is de VS al her en der te vinden en richt deze zich op specifieke zorgdomeinen (bv. wond- of pijnzorg) of op specifieke doelgroepen (bv. zorg voor getransplanteerden, zorg rond hemofilie), maar vaak zonder duidelijke inkadering of inbedding in een nationaal beleid. Hiermee loopt België duidelijk achter op landen als Canada, het Verenigd Koninkrijk of Nederland. In Nederland is "verpleegkundig specialist" sinds 2009 een wettelijk erkende titel en kent men anno 2016 bijna 2800 professionals met een registratie als VS en ruim 750 VSen in opleiding, ingeschreven bij één van de negen Master of Advanced Nursing Practice opleidingen (20).

## **4. Randvoorwaarden**

De creatie van nieuwe gezondheidsberoepen in functie van nieuwe vragen en behoeften vanuit de dagelijkse klinische praktijk is een continu proces. Dit vraagt om gepaste randvoorwaarden. Het huidige KB nr.78 dat de inzet van de gezondheidsberoepen regelt is hiervoor te star en functioneert momenteel vaak als een beperkende, eerder dan als een faciliterende factor. De herziening van KB nr.78 vraagt dan ook een aantal belangrijke bijkomende accenten. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België benoemt deze concreet in haar separate adviezen met betrekking tot de mondzorgassistent/mondhygiënist, verpleegkundig specialist en physician assistant (21).

#### *Opleidingsvereisten*

In 2010 verscheen in The Lancet een toonaangevend rapport van de Lancet Commission onder leiding van Frenk et al. (22) ter hervorming van het onderwijs in de gezondheidszorg. Het huidige onderwijssysteem is nog steeds gebaseerd op het Flexner-rapport van 1910 dat ten grondslag ligt aan de wetenschappelijke vorming van artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidsberoepen. Het Frenk-rapport pleit voor een grondige hervorming van de diverse curricula gebaseerd op competenties (informatiegedreven, experten) naar een interprofessioneel (gebaseerd op waarden en attitudes) en transformationeel (leiderschap, gericht op verandering) curriculum. Dit vraagt dat de interprofessionele samenwerking die in de praktijk erg cruciaal is, reeds gerealiseerd wordt binnen de opleiding en meer inzet op het vlak van teamwork en complementariteit. Terwijl veel opleidingen al competentiegericht werken, is de gerichtheid op interprofessioneel werken nog verder te versterken.

#### *Bevoegdheden*

Het is belangrijk dat de onderlinge relaties tussen de verschillende gezondheidsberoepen worden gedefinieerd: in welke mate werkt men zelfstandig of onder supervisie? Waarvoor is men verantwoordelijk en legt men verantwoording af? Een recent OECD rapport over de rol van Advanced Practice Nurses (waaronder de verpleegkundig specialist) (23) bakent bijvoorbeeld zeven bevoegdheden af: voorschrijven van medicatie, diagnosestelling, aanvraag van testen en onderzoeken, beslissing tot behandeling, zorg voor eigen patiënten, autorisatie tot doorverwijzing van patiënten en eerste patiëntencontact. In België zijn veel van deze bevoegdheden voorbehouden voor artsen, waarbij in een aantal ons omringende landen reeds diverse van deze bevoegdheden gedeeld worden door verschillende professionals. Voor nieuwe professionals, die voor een deel in het medisch domein treden, zijn diagnostiek en beslissingen rond behandeling doorgaans scherpomlijnd binnen heldere richtlijnen en afgebakend tot een specifieke problematiek of patiëntengroep. Een dergelijke scherpe afbakening is essentieel bij de inzet van nieuwe professionals.

### *Financiering*

Onze gezondheidszorg wordt momenteel in belangrijke mate gestuurd door een betaling per prestatie. Deze vorm van betaling wordt grotendeels bepaald door en onder wiens eindverantwoordelijkheid, waar en wanneer de activiteit wordt uitgevoerd. Deze wijze van financiering hindert een effectieve en efficiënte inschakeling van de juiste competenties. Nieuwe modellen van financiering zullen moeten worden ontwikkeld met meer nadruk op reële kosten, op het resultaat van de zorg (eerder dan de activiteiten), en op de continuïteit en complementariteit van zorg. Voorbeelden van hoe dit kan worden gerealiseerd, zijn reeds beschreven door Michael Porter (24) en Brent James (25). In een recente JAMA-publicatie van Lee (26) wordt aangetoond hoe de financiering van waardecreatie inderdaad leidt tot een verbetering van de kwaliteit en tegelijkertijd een daling van de kosten.

### *Gebaseerd op evidentie*

Het is belangrijk dat beleid rond de ontwikkeling en inzet van nieuwe gezondheidsberoepen gevoerd wordt op basis van wetenschappelijk onderzoek. Relevante indicatoren zijn effectiviteit (in welke mate wordt er tegemoetgekomen aan noden en behoeften van de populatie en patiënten?), efficiëntie en kosteneffectiviteit, toegankelijkheid. Andere indicatoren zijn job-gerelateerde indicatoren zoals job-tevredenheid, bevlogenheid, en burn-out bij professionals, die gerelateerd zijn aan rekrutering en retentie.

Voor de Belgische gezondheidszorg kan worden geleerd van ervaringen uit het buitenland, die tussen landen sterk verschillend is, maar waarbij een aantal landen voorop loopt in het werken met nieuwe beroepsbeoefenaren. Het werken met physician assistants, verpleegkundig specialisten en mondhygiënist/mondzorgassistenten wordt daarom in drie aparte documenten besproken.

## Literatuurlijst

- (1) COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT on an Action Plan for the EU Health Workforce, april 2012.
- (2) Kohn et al. (Eds) *To Err is Human; Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine (2000).
- (3) *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health; Institute of Medicine (2001).
- (4) Martin-Misener et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;8;5(6):e007167.
- (5) Laurant et al. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Med Care Res Rev*. 2009;66(6 Suppl):36S-89S.
- (6) Tsiachristas A. et al., Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review, *Health Policy*, 2015, 12pp.
- (7) van der Biezen et al. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study. *J Adv Nurs*. 2016;72(8):1813-24.
- (8) Widström et al. Changes in dentist and dental hygienist numbers in the European Union and economic area. *Int Dent J*. 2010;60(4):311-6.
- (9) Luciak-Donsberger & Eaton. Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. *Int J Dental Hygiene* 2009; 7(4):73-284.
- (10) Jongbloed-Zoet et al. Dental hygienists in The Netherlands: the past, present and future. *Int J Dent Hyg* 2012;10(3):148-54.
- (11) United States: History of the US PA Profession - PA Historical Society: <http://www.pahx.org/timeline.html>
- (12) United States: Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant: [www.arc-pa.org](http://www.arc-pa.org)
- (13) United States: NCCPA - Our national certifying body : [www.nccpa.net](http://www.nccpa.net)
- (14) Canada : [www.capa-acam.ca](http://www.capa-acam.ca)
- (15) Spenkeliink et al. Training the Physician Assistant in the Netherlands, *J of Physician Assistant Education* 2008;4:653.
- (16) Williams et al. Satisfaction of doctors with the role of physician associates. *Clinical Medicine* 2014;14(2):113-6.
- (17) Kuilman et al. Physician assistant education in Germany. *J of Physician Assistant Education* 2013;38-41.
- (18) Van der Velde & Van der Windt. Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Kiwa Prismant, Utrecht, 2013.
- (19) Schober et al. *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2006.
- (20) Verpleegkundig Specialisten Register. <http://vsregister.venvn.nl/Over-het-register> viewed: 28-08-2016.
- (21) Advies betreffende het inrichten van het beroep van 'mondzorgassistent/mondhygiënist'. Brussel: Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. 30 januari 2016. <http://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Mondzorgassistent.pdf>  
Advies betreffende het inrichten van het gezondheidszorgberoep van 'verpleegkundig specialist'. Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (*In voorbereiding*).  
Advies betreffende het inrichten van het gezondheidszorgberoep van 'physician assistant'. Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (*In voorbereiding*).
- (22) Frenk J. et al. , Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, *Lancet*, Vol 376 December 4, 2010, 1923-1958.
- (23) Maier C., Aiken L., Busse R., Nurses in Advanced roles in primary care: policy levers for implementation, Workshop - Towards a more efficient use of health human resources: What lessons can we learn from innovations across OECD countries? OECD, 27 June, 2016.
- (24) Porter ME, Kaplan RS. How to Pay for Health Care. *Harv Bus Rev*. 2016, Jul-Aug;94(7-8):88-98.
- (25) James BC, Poulsen GP. The Case for Capitation. *Harv Bus Rev*. 2016, Jul-Aug;94(7-8):102-11.
- (26) Lee VS, Kawamoto K, Hess R, Park C, Young J, Hunter C, Johnson S, Gulbransen S, Pelt CE, Horton DJ, Graves KK, Greene TH, Anzai Y, Pendleton RC. Implementation of a Value-Driven Outcomes Program to Identify High Variability in Clinical Costs and Outcomes and Association With Reduced Cost and Improved Quality. *JAMA*. 2016 Sep 13;316(10):1061-1072.