

# De beroepen van morgen van de eerstelijnsgezondheidszorg

*Studie gerealiseerd door de Fédération des maisons  
médicales  
in 2011 op vraag van de*

*Service Public Fédéral - Santé Publique, Sécurité de  
la chaîne alimentaire et Environnement  
Federale Overheidsdienst - Volksgezondheid,  
Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu*

PAUL DE MUNCK  
FLORENCE PALIGOT  
VANESSA BARBOSA  
ISABELLE HEYMANS  
ELYSEE SOMASSE  
FABIENNE SAINT AMAND  
BRITT CAREMANS  
INGRID DRUYTS  
JEAN MACQ

# Executive Summary

## Context en verantwoording

---

De organisatie van de gezondheidszorg is steeds meer gericht op een ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg en ambulante behandeling. De behoeften aan gezondheidszorg en aan preventie stijgen en er ontstaan nieuwe behoeften, met name als gevolg van de veroudering van de bevolking (1) en de toename van chronische ziekten (2). De beperkingen in de beschikbare fondsen voor de gezondheidszorg, maar ook de wens om een reeks gezondheidsproblemen te ontinstitutionaliseren, in het bijzonder de geestelijke gezondheid (3), geven aanleiding tot een overdracht van de behandeling van “complexe” gevallen van de institutionele sector naar de ambulante sector van de gezondheidszorg (wat men soms een “ambulante wending” (5) noemt). Bovendien hebben recente werken over de sociale gezondheidsdeterminanten en de sociale ongelijkheden (4) weer een nieuwe rechtmatigheid gegeven aan de primaire gezondheidszorg en aan de integratie tussen individuele gezondheid en gemeenschapsbenadering, tussen “biogeneeskunde” en gezondheidsbevordering (8). Tot slot evolueert de werkcultuur van de professionals. Het aantal eerstelijnsgroepspraktijken stijgt, de werkuren veranderen. Er ontstaan ondersteunende functies voor professionals van de gezondheidszorg of ze worden gewenst (6), des te meer in een context van een tekort aan huisartsen en verplegers (7).

Om zich aan te passen aan de veranderende context, zal de eerstelijnsgezondheidszorg zich in de toekomst anders moeten organiseren. Men stelt momenteel twee ontwikkelingstrends vast. Enerzijds zijn er nieuwe gezondheidszorgprogramma's gericht op specifieke gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld de invoering van zorgtrajecten voor nierinsufficiëntie of diabetes). Anderzijds beogen andere strategieën de bevordering van een geïntegreerde en globale benadering van de gezondheidszorg voor de algemene bevolking (de SISD en de SEL, de wijkgezondheidscentra,...). Deze twee soorten opties kunnen een meer globale benadering van de gezondheid van een bevolking bevorderen of een meer gesegmenteerde benadering gericht op bepaalde gezondheidsproblemen of bepaalde risicogroepen.

Er zullen nieuwe beroepen (of nieuwe functies) gecreëerd moeten worden en de bestaande beroepen zullen evolueren om zich aan te passen aan de veranderende context. Dit betreft zowel de beroepen inzake zorg- en dienstverlening voor de bevolking, als de ondersteunende beroepen (administratiebeheer,...) voor zorgprofessionals, of de beroepen gericht op gezondheidsbevordering. Deze ontwikkelingen dienen onderzocht te worden met het oog op een toekomstige planning van de human resources in de gezondheidssector.

## Streefdoelen

---

Onderhavige studie heeft als doel (i) de mogelijke eerstelijnsberoepen van de toekomst van het Belgische gezondheidssysteem als antwoord op de veranderende context (en in het bijzonder de behoeften) te beschrijven en (ii) de keuzes die gemaakt zullen moeten worden in termen van beroepsprofielen analytisch voor te stellen.

## Methodologie

---

Deze studie is gebaseerd op drie delen: (i) een inventaris van de bestaande of in ontwikkeling zijnde eerstelijnsberoepen in België en, voor sommige onder hen, een uitvoerige beschrijving van de activiteiten; (ii) een doelgericht overzicht van de internationale literatuur toegespitst op de beroepen van de eerste lijn, die nuttig zijn om de aanzienlijke uitdagingen voor België te verduidelijken; (iii) groepsgesprekken met verschillende spelers (artsen, verplegers, patiënten) betrokken bij de nieuwe beroepen in de Belgische context van morgen. Een transversale analyse van de resultaten van deze drie delen heeft geleid tot besluiten en aanbevelingen.

## Uitkomsten

---

### Inventaris en beschrijving van de eerstelijnsfuncties in België

Op basis van drie informatiebronnen (het kadaster van de FASS, het RIZIV en het IFIC), werden 120 eerstelijnsfuncties geteld. Na raadpleging van de Franstalige en Nederlandstalige federaties van de sociale sector en van de gezondheidssector kwamen er nog eens 28 functies bij. Slotsom van de inventaris: 148 eerstelijnsfuncties.

Van 22 functies<sup>1</sup> werden de activiteiten uitvoerig beschreven, omdat ze ons bijzonder relevant leken in verband met de acht toekomstige uitdagingen voor België, zoals opgesomd in de inleiding. Deze 22 functies zijn niet allemaal nieuw maar ze roepen vragen op die nuttig kunnen zijn voor de denkoefening over de nieuwe beroepen. Deze functies werden ingedeeld in 5 groepen rond specifieke vraagstellingen:

- (i) de functies die het verschaffen van globale gezondheidszorg aan de algemene bevolking als doel hebben;
- (ii) de functies die meer “gespecialiseerd” zijn in een gezondheidsdomein (motoriek, psychologische of mentale gezondheid, chronische ziekten, specifieke gezondheidsproblemen, voeding, enz.);
- (iii) de functies die een globale ondersteuning bieden of gedelegeerd werk verrichten, ter ondersteuning van andere functies die globale gezondheidszorg verschaffen aan de algemene bevolking;
- (iv) de management- of “teamleiding”functies, met coördinatie als een van de doelstellingen;
- (v) de functies die meer gericht zijn op gezondheidsbevordering.

### Doelgericht overzicht van de internationale literatuur

Er werden 61 artikels en rapporten opgenomen, goed voor 37 voorbeelden van functies uit 10 landen (Australië, Canada, Frankrijk, Finland, Duitsland, Nederland, Nieuw-Zeeland, Spanje, Zweden, Verenigd Koninkrijk). Op basis van dit literatuuroverzicht werden nieuwe gezichtspunten verschaft voor de 5 hoger genoemde groepen van functies.

Voor de functies die het verschaffen van globale gezondheidszorg aan de algemene bevolking als doel hebben, werden er 4 benaderingen voor een verdere ontwikkeling beschreven. De eerste optie is, een grotere rol te geven aan apothekers in het eerstelijnscontact met de bevolking. In de drie andere opties zijn verplegers met een hogere opleiding verantwoordelijk voor bepaalde activiteiten, vaak voorbehouden voor de huisarts (vanuit het standpunt van subsidiariteit), hetzij in een benadering gericht op bepaalde ziekten (“disease management”), hetzij in een benadering van eerstelijnsgezondheidszorg, hetzij in een nabijheidfunctie voor bevolkingsgroepen met grote behoeften. In de vier genoemde opties is de interactie met andere functies (“de skill-mix”) een belangrijk kenmerk dat we willen benadrukken: de functie wordt uitgeoefend door professionals die ofwel binnen een multidisciplinair team werken, ofwel in een meer geïsoleerde positie binnen de gemeenschap.

Om de creatie of de versterking van gespecialiseerde functies op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg te illustreren, ontstaan er verschillende “specialisatievormen” op het vlak van de eerste lijn: de specialisatie in een gezondheidsgebied (bijvoorbeeld seksuele en

---

*1 Onthaal en secretariaat, beambte gezondheidsbevordering, familiale hulp, hulpverzorger, sociaalassistent, praktijkassistent van de huisarts, thuiszorgcoördinator, tandarts, diëtist, administratief directeur, therapeutisch directeur, ergotherapeut, projectbeheerder, algemeen verpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundige, kinesitherapeut, huisarts, apotheker, psycholoog, optometrist, specialist revalidatie, vroedvrouw.*

affectieve gezondheid); in een soort therapie (therapie via kunst); in bepaalde types patiënten (de “gevallenbeheerders”, of “cases managers”); of om beter te voldoen aan de behoeften van bepaalde bevolkingsgroepen met specifieke sociale of culturele kenmerken.

Vier soorten functies illustreren de verschillende vormen die toelaten een management- of teamleidingfunctie op het vlak van de eerste lijn te garanderen: (i) coördinatiefuncties gericht op de patiënten (de verpleger contactpersoon op het eerste niveau), (ii) een managementfunctie gericht op het kennisbeheer en de teambegeleiding van professionals, (iii) een managementfunctie die zich concentreert op de integratie van achtergestelde bevolkingsgroepen, en (iv) een klassieke “administratieve” functie. Tot slot, beschreven we een functie inzake gezondheidsbevordering die een individuele en een volksbenadering combineert.

De ondersteunende functies omvatten de praktijkassistenten en de receptionisten.

### Perceptie van eerstelijns spelers (artsen, verplegers en patiënten)

De groepsgesprekken per professionele groep of gebruikersgroep, in de Franse en Vlaamse gemeenschap, hadden betrekking op de functies van praktijkassistent, gezondheidscoördinatie en -bevordering.

*Uit het gesprek rond de “praktijkassistent” (PA) blijken de uitdagingen in verband met het delegeren van activiteiten:*

De artsen erkennen het nut van ontlast te worden van een reeks activiteiten. Er is echter geen unanimité over de te delegeren activiteiten. De verplegers vragen om hun diagnostische en therapeutische bevoegdheden te kunnen uitbreiden maar ze zijn minder geïnteresseerd om louter te handelen als administratieve hulp van de artsen. De patiënten vinden ook dat een huisarts zou moeten afzien van bepaalde activiteiten, maar niet ten koste van de bevoorrechte relatie en de globale benadering.

*Het gesprek over de “zorgcoördinator” laat toe de ondersteunende en de managementfuncties te bespreken maar ook de geleidelijke invoering van lokale netwerken, systemen,....*

De functie van zorgcoördinator wordt relevant en onmisbaar geacht. Er zijn al personen die deze functie vrijwaren via verschillende instellingen of netwerken. Ze beantwoordt echter nog niet voldoende aan de behoeften van professionals en patiënten: een beroep kunnen doen op polyvalente diensten, voor elke patiënt ongeacht het probleem, en beter beantwoorden aan noodgevallen. De zorgtrajecten worden beschouwd als een gevaar om de coördinatie van de thuiszorg in te delen in categorieën. De nadruk wordt gelegd op de noodzaak om ook de dialoog, de coördinatie tussen ziekenhuizen en 1<sup>e</sup> lijn te verbeteren. Er wordt voorgesteld om zorgdistricten te organiseren per geografisch gebied (vb. de gemeente) (de SISD en de RML liggen in deze lijn). Verplegers en SA zouden deze coördinatiefunctie kunnen uitoefenen. Het is niet de huisarts die ze moet vervullen. Soms werken er patiëntenverenigingen aan mee.

*De functie van “beambte gezondheidsbevordering” is de gelegenheid om te spreken over de interactie tussen een individuele benadering en een collectieve benadering van gezondheid.*

De huisartsen doen aan gezondheidspromotie op een persoonlijke basis met elke patiënt. Ze vinden dat ze geen tijd hebben om het op groepsbasis te doen, hoewel ze de eerste lijn vormen om de problemen van gemeenschapsgezondheid te duiden. Voor de verplegers moet gezondheidsbevordering geïntegreerd zijn in elke praktijk en moet het betrekking hebben op elke discipline. Voor de patiënten heeft gezondheidsbevordering te maken met veel domeinen die niet onder de bevoegdheid van de gezondheidsdiensten vallen. Ze zijn het allemaal eens over het feit dat gezondheidsbevordering een “tussenpersoon” nodig heeft, belast met het

initiëren van acties en de coördinatie ervan. Verplegers of andere beroepen hebben toegang tot aangepaste opleidingen. Voor de patiënten moet dat niet noodzakelijkerwijs een verpleger zijn. Hij zou door zijn gelijken moeten worden gekozen (de bevolking). Waarom geen vrijwilliger? Een gemeentebeambte?

Voor de drie functies komen verschillende percepties tot uiting naargelang het een solopraktijk betreft of een multidisciplinaire groepspraktijk die wordt gerund of bezocht. Ze zien ook verschillen afhankelijk van de al dan niet forfaitaire financiering.

## Conclusies en aanbevelingen

---

De nieuwe functies zouden de allround functies moeten versterken die een globale benadering van patiënten en kennis van hun realiteit mogelijk maken.

De ontwikkeling van specialisaties binnen de primaire gezondheidszorg draagt het gevaar in zich van “opdeling” van mensen en van hun totaliteit, en van hun meervoudige ziektegevallen, in verschillende ziektegevallen, behandelingsplaatsen, -tijden en -verantwoordelijken, ten koste van de totaliteit en de autonomie van patiënten. In dezelfde zin zal het opnemen van een (kortere of langere) zorgbehandeling geen baat hebben bij te veel versnippering in diverse activiteiten, gerealiseerd door verschillende spelers, met het risico van verbreking van de dialoog, van de vertrouwensrelatie, van de tijd nodig voor de globale behandeling.

- (i) In de primaire gezondheidszorg zou elk beroep een zekere visie en globale deskundigheid in de benadering van de patiënt moeten behouden.
- (ii) In plaats van de behandeling van een persoon op te delen in handelingen die worden toevertrouwd aan verschillende eerstelijns spelers, gaat het erom functiegebieden te bepalen met betrekking tot types personen, op te nemen door professionals op verschillende momenten.
- (iii) Bepaalde professionals zouden meer specifieke deskundigheden kunnen ontwikkelen op bepaalde gebieden, om hun “allround” collega’s van de ambulante zorg bij te staan.
- (iv) De praktijkassistent (zoals beschreven in Nederland) lijkt een piste die niet moet worden ontwikkeld in dit stadium, ook al is de ondersteuning bij administratieve activiteiten van de huisarts, of de onthaalfunctie, te verdedigen.

### De aanvullende opleiding en de erkenning van verplegers: het herdenken van een allround profiel van de eerste lijn?

In België ziet men de oprichting van opleidingen die leiden tot steeds meer gespecialiseerde profielen. In het buitenland worden profielen van allround verplegers erkend in het systeem. Verplegers/ verpleegsters vragen meer handelingen te doen die klassiek zijn voorbehouden voor artsen, maar ze zijn niet bereid de rol van assistenten te spelen om te doen wat de huisartsen niet meer willen doen! Ze willen dat verpleegkunde een competentie van het universitaire type wordt (4 jaar) met een gemeenschappelijke basis van “verpleegkundige algemene gezondheidszorg” en meer specifieke specialisaties of oriëntaties naargelang van de diensten waarop ze zich voorbereiden.

- (v) De functie van verpleegkundige als speler in de globale behandeling moet worden versterkt. Er moet een platform worden ontwikkeld voor de herdefinitie van de activiteiten die deze professionals kunnen opnemen, alsook van de vereiste deskundigheden opdat dit mogelijk wordt. Bij voorkeur in overleg met de betrokken spelers en hun collega’s.

De coördinatiefuncties: voor de eerstelijnszorg, de interacties tussen de eerste lijn en ziekenhuizen, en voor de acties inzake gezondheidsbevordering.

- (vi) Lokale, territoriale coördinatoren van gezondheidsbevordering zouden de verschillende spelers, inclusief die van het gezondheidszorgsysteem kunnen verbinden. De functie en de middelen van de CLPS (LOGO) moeten misschien worden ondersteund in die zin.
- (vii) Coördinatieprojecten tussen de eerste lijn en de tweede lijn moeten worden gesteund, bij voorkeur vertrekkende van spelers in de ambulante sector: de SISD en SEL hebben een rol op dit gebied, de SYLOS<sup>2</sup> zouden een piste zijn om te ontwikkelen.
- (viii) Een analyse van de bestaande coördinatie diensten zou de verbeteringspistes kunnen duiden. Er zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan één nationaal telefoonnummer voor sociale hulp en thuiszorg, naar het voorbeeld van de Vlaamse infolijn 1700.

De benadering in zijn context plaatsen en rekening houden met percepties van de eerstelijns spelers, inclusief die van de patiënten en burgers.

De vraag van de nieuwe beroepen moet rekening houden met de verschillende realiteiten van het terrein en van de context.

- (ix) In plaats van nieuwe beroepen te creëren, zou men beter de bestaande beroepen revaloriseren, de profielen herbepalen, de basisopleidingen en gespecialiseerde opleidingen aanpassen, de activiteiten voorbehouden voor de bestaande functies herverdelen, en beschikken over meer adequate financieringsmiddelen (in het bijzonder de forfaitfinanciering). De mening van de spelers van het terrein is daarvoor nuttig.
- (x) Overleg met de eertelijns spelers op het terrein en tussen de eerste en de tweedelijns moet worden versterkt over concrete vragen over het delen van activiteiten, en vanuit een bezorgdheid om de corporatistische standpunten af te vlakken.

De invoering versterken van multidisciplinaire, globale behandelingsteams die de interface kunnen waarborgen met zorgprogramma's gericht op specifieke gezondheidsproblemen of doelgroepen.

De denkoefening over de nieuwe beroepen kan niet los van de manier waarop deze beroepen onderling verbonden zijn, gebeuren (de "skill-mix"). Deze denkoefening houdt verband met de strategieën om twee organisatievormen voor de eerste lijn in de toekomst in te voeren:

Een optie voorziet zorgprogramma's gericht op specifieke gezondheidsproblemen of doelgroepen ("disease management" genoemd). De interactie tussen professionals is gestructureerd rond ziekten of doelgroepen. De professionals hebben de neiging zich te specialiseren (in het bijzonder de coördinatie- en verpleegfuncties), en de allround functies nemen een marginale plaats in, ook al zijn ze officieel opgenomen in de verschillende programma's.

De andere optie, die onze voorkeur geniet, steunt op multidisciplinaire primaire zorgteams: de eerste lijn wordt versterkt, is georganiseerd rond een allround functie, en kan als "interface" dienen tussen de bevolking en andere programma's of meer gespecialiseerde of institutionele structuren. Het multidisciplinaire team laat dus toe de link tussen de geneeskunde en de gezondheidsbevordering beter te integreren en de zorg gericht op de individuele persoon beter te ontwikkelen<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> SYLOS (Lokale gezondheidssystemen) verwijzen naar onderzoekactie/projecten, opgestart in Antwerpen (1995), Brussel (1996) en Malmédy (1999), om de coördinatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen te verbeteren. *Santé Conjugée*, Nr.30, oktober 2004

<sup>3</sup> Deze optie wordt ook gesteund door de WHO: Lees in dat verband het rapport 2008 "Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais": [www.who.int/whr/2008/summary/fr/index.html](http://www.who.int/whr/2008/summary/fr/index.html)

(xi) De multidisciplinaire groepspraktijk voor primaire gezondheidszorg moet worden ondersteund, als een plaats waar uitwisselingen en het delen van activiteiten worden bevorderd, alsook voor de mogelijkheid om er de gezondheidsbevordering gemakkelijker te ondersteunen.

Er worden aanvullende onderzoeken voorgesteld in verband met deze aanbevelingen.



## Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer

Eurostation II  
Victor Hortaplein 40 bus 10  
1060 Brussel

Tel.: 02/524 97 97 (contact center)  
Fax: 02/524 98 16

[www.gezondheidbelgie.be](http://www.gezondheidbelgie.be)  
[info@gezondheidbelgie.be](mailto:info@gezondheidbelgie.be)

### STUDIE GEREALISEERD DOOR:



**Fédération des maisons médicales**  
et des collectifs de santé francophones asbl

Bd du Midi 25/5  
1000 Bruxelles  
02 514 40 14  
[fmm@fmm.be](mailto:fmm@fmm.be)

[www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)