

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

Deskundigen die bijgedragen hebben tot deze studie.....	4
Lijst van afkortingen.....	5
Executive summary	
Context en verantwoording	6
Streefdoelen.....	6
Methodologie	6
Resultaten	7
Conclusies en aanbevelingen	9
Eindrapport	
Inleiding	12
Methodologie	13
Een studie in drie grote delen	13
Acht uitdagingen voor de toekomst.....	14
Deel 1: Inventaris en beschrijving van de eerstelijnsfuncties in België.....	14
Deel 2: Doelgericht overzicht van de literatuur	15
Deel 3: Perceptie van de eerstelijnsspelers	16
Resultaten en interpretatie	17
Inventaris en beschrijving van de functies van de eerste lijnszorg in België.....	17
Doelgericht overzicht van de internationale literatuur.....	20
Perceptie van de eerstelijnsspelers.....	24
Besluiten en vragen als gevolg van de resultaten	30
Allround functies voor een globale benadering	30
De coördinerende functies	31
De aanvullende opleiding en de erkenning van verplegers.....	32
Multidisciplinaire, globale behandelingsteams.....	32
De aanpak in zijn context plaatsen	34
Aanbevelingen	35
Een versterking van de allround opleidingen	35
Opleiding en erkenning van de verplegers	35
De coördinerende functies	35
Multidisciplinaire groepspraktijken	36
De benadering in zijn context plaatsen, rekening houden met de spelers	36
Voorstellen voor aanvullend onderzoek	38

Annexe I

Description des fonctions dans les soins de santé primaires en Belgique

Annexe II

New professions at the first line level of health care : international experiences as “food for thought” ?

Annexe III

Perception d’acteurs de la première ligne - Entretiens collectifs : analyse et perspectives

Deskundigen die meegewerkt hebben aan deze studie

- **Paul De Munck**, geneesheer volksgezondheid, speciaal afgezant bij de Fédération des maisons médicales
- **Florence Paligot**, gespecialiseerd opvoedkundige, verantwoordelijk voor de cel bijstand voor de ontwikkeling en ondersteuning van het beheer van wijkgezondheidscentra, Fédération des maisons médicales
- **Kristel Vanessa Barbosa**, verpleegster, onderzoekster bij de studiedienst van de Fédération des maisons médicales en bij het Institut de Recherche Santé et Société, UCL
- **Isabelle Heymans**, geneesheer volksgezondheid, algemeen secretaris van de Fédération des maisons médicales
- **Elysée Somassè**, geneesheer volksgezondheid, coördinator van de studiedienst van de Fédération des maisons médicales
- **Fabienne Saint-Amand**, licentiate ziekenhuiswetenschappen optie gezondheidsvorming, speciaal afgezant bij de Fédération des maisons médicales
- **Britt Caremans**, bachelor in internationale Communicatie, zorgtrajectpromotor regio Antwerpen Noord, Huisartsenkring Antwerpen Noord
- **Ingrid Druyts**, Psychosociaal Zorgbegeleider op School, zelfstandig Counselor
- **Jean Macq**, geneesheer volksgezondheid, professor aan het Institut de Recherche Santé et Société, UCL

Lijst van afkortingen

ACCOORD	<i>Association des Centres de COORDination de soins et de services à Domicile</i>
AFSCA	<i>Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire</i>
AIEP	<i>Association des Infirmier(e)s spécialisé(e)s en Education du Patient</i>
AP	<i>Assistant de pratique (en médecine générale)</i>
AS	<i>Assistant(e) Social(e):</i>
ASD	<i>Aide et Soins à Domicile</i>
ASI	<i>Associations de Santé Intégrée</i>
BW	<i>Brabant Wallon:</i>
BWR	<i>Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad</i>
CLB	<i>Centrum voor LeerlingenBegeleiding</i>
CLPS	<i>Centre(s) Local(ux) de Promotion de la Santé</i>
CPAS	<i>Centre Public d'Aide Sociale</i>
CTAI	<i>Commission Technique de l'Art Infirmier</i>
CUMG	<i>Centre Universitaire de Médecine Générale (devenu Centre Académique de Médecine Générale à l'UCL)</i>
DMG	<i>Dossier Médical Global:</i>
DMG+	<i>Dossier Médical Global + volet prévention:</i>
EC	<i>Entretiens Collectifs:</i>
ECG	<i>Electrocardiogramme:</i>
ECOSSAD	<i>Espace de Concertation pour la COordination des Soins et Services A Domicile (service intégré des soins à domicile du Brabant Wallon)</i>
FASS	<i>Fédération des Associations du Social et de la Santé</i>
FMM	<i>Fédération des maisons médicales:</i>
GLEM	<i>Groupe Local d'Evaluation Médicale</i>
GMD	<i>Globaal Medische Dossier</i>
HA	<i>Huisarts</i>
HBA1c	<i>Hémoglobine glyquée</i>
IF-IC	<i>Institut de Classification des fonctions</i>
IMP	<i>Institut Médico-Pédagogique</i>
INAMI	<i>Institut National d'Assurance Maladie Invalidité</i>
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
KCE	<i>Kenniscentrum-Centre d'Expertise (Centre Fédéral d'expertise des soins de santé)</i>
LMN	<i>Lokaal Multidisciplinair Network</i>
LOGO	<i>LOkaleGezondheidsOverleg</i>
LUSS	<i>Ligue des Usagers des Services de Santé</i>
MG	<i>Médecin Généraliste (ou Médecine Générale):</i>
MM	<i>maison médicale:</i>
MR	<i>Maison de Repos:</i>
MRS	<i>Maison de Repos et de Soins:</i>
OCMW	<i>Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn</i>
ONE	<i>Office de la Naissance et de l'Enfance</i>
PCT	<i>Primary Care Trust</i>
RIZIV	<i>Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering</i>
RML (ou RLM)	<i>Réseaux Multidisciplinaires Locaux (Réseaux Locaux Multidisciplinaires)</i>
RW	<i>Région Wallonne:</i>
SEL	<i>Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg</i>
SIS	<i>Système d'Information Sociale (carte SIS)</i>
SISD	<i>Services Intégrés de Soins à Domicile</i>
SIT	<i>Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging</i>
SPF-Santé Publique	<i>Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire Environnement</i>
SSMG	<i>Société Scientifique de Médecine Générale</i>
SYLOS	<i>SYstèmes Locaux de Santé</i>
TA	<i>Tension Artérielle:</i>
UCL	<i>Université Catholique de Louvain:</i>
UK	<i>United Kingdom</i>
VDAB	<i>Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding</i>
VUB	<i>Vrije Universiteit Brussel</i>
WGC	<i>Wijkgezondheidscentrum</i>
WGK	<i>Wit Gele Kruis</i>
ZOC	<i>ZorgOverlegCoördinator</i>

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 functies¹ 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 unanimitéit 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^e 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 SYLOS² 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 ontwikkelen³.

² 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

³ 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

(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.

Samenvattend rapport

Inleidend

De eerste lijn van het gezondheidszorgsysteem moet het hoofd bieden aan verschillende uitdagingen. Enerzijds hebben recente werken over de sociale gezondheidsdeterminanten en de sociale ongelijkheden weer een nieuwe rechtmatigheid gegeven aan de primaire gezondheidszorg en aan het belang van een betere integratie tussen individuele gezondheid en gemeenschappelijke benadering. Het belang van de verbanden tussen individuele risico's voor de gezondheid en (sociale, fysieke) leefomgeving wordt tegenwoordig namelijk ruimschoots erkend. Anderzijds leiden de beperkingen in de beschikbare financieringen voor gezondheidszorg, maar ook het streven naar een betere levenskwaliteit voor bejaarden, in het bijzonder voor degenen die lijden aan chronische ziekten of geestelijke gezondheidsproblemen, tot een transfer van de behandeling van “complexe” gevallen van de institutionele sector naar de ambulante zorgsector, om efficiëntieredenen (minder duur in ambulante zorg) (wat men de “ambulante wending” noemt).

Hierdoor maar ook door de ontwikkeling van de profielen van personen die klassieke eerstelijnsberoepen uitoefenen (in het bijzonder huisartsen en verplegers), ziet men organisatiemodellen opkomen waarin min of meer de nadruk wordt gelegd op verschillende soorten doelstellingen binnen het gezondheidszorgsysteem. Bijvoorbeeld, in het licht van een versterking van de primaire gezondheidszorg, zal de eerste lijn zo veranderen dat ze meer autonomie van de patiënt en een grotere deelname van de burgers bevordert. In een dynamiek van “ambulante wending” zal diezelfde eerste lijn een grotere aandacht moeten hebben voor prioritaire ziekten (kankers, chronische ziekten, geestelijke gezondheidsproblemen in de lijn van programma's voor ziektebeheer of disease management), of voor kwetsbare bevolkingsgroepen (bejaarden in de lijn van programma's voor gevallenbeheer of case management)⁴. Deze twee ontwikkelingspistes van de eerste lijn kunnen in tegenstrijd zijn.

Het lijkt alleszins zo ver in België en elders, dat de huisarts, alleenstaande speler in zijn kabinet, niet langer het eerstelijnsorganisatiemodel zal zijn in de toekomst. Zo ziet men naast groepspraktijken, geïntegreerde gezondheidsverenigingen of wijkgezondheidscentra, andere diensten, centra en netwerken opkomen die professionals groeperen en die bijdragen tot de ambulante verzorging. Ook ziet men de ontwikkeling van meerdere disciplines en nieuwe functies. De doorgaans bekende functieprofielen passen zich vaak aan de lokale werkelijkheid van het terrein aan. Er komen nieuwe beroepen op en oude beroepen zien hun actiegebied evolueren in functie van de gepercipieerde behoeften op het terrein of interacties met andere beroepen. Er worden ook nieuwe opleidingen gecreëerd.

Door deze evolutie wordt het belangrijk een duidelijke visie te ontwikkelen over drie kernvragen die samen moeten worden verkend, die de actie van de eerstelijnsgezondheidszorg zullen beïnvloeden en die verband houden met de eerstelijnsberoepen van de toekomst:

- Welk soort functies moet men bevorderen voor de eerste lijn?
- Welke al dan niet kwalificerende opleidingen moet men bevorderen? Met of zonder specifiek diploma?
- Hoe moeten de verschillende eerstelijnsfuncties elkaar wederzijds beïnvloeden? Volgens welke organisatievormen?

⁴ Een programma gevallenbeheer bestaat uit een geheel van gecoördineerde middelen om de adequate behandeling van complexe gevallen te garanderen (personen met meervoudige behoeften)

Onderhavige studie moet bijdragen tot de ontwikkeling van deze visie door een denkplaatje te ontwikkelen niet enkel de beroepen maar vooral over de functies⁵ uitgeoefend in het kader van de eerstelijnszorg in België.

Ze heeft als doel:

1. Een beschrijving van de mogelijke eerstelijnsberoepen van de toekomst van het Belgische gezondheidssysteem als antwoord op de veranderende context (en in het bijzonder de behoeften);
2. En analytische voorstelling van de keuzes die gemaakt moeten worden in termen van beroepsprofielen.

We brengen om te beginnen een samenvatting van de gevolgde methodologie, de resultaten en de interpretatie ervan, alsook de besluiten en aanbevelingen.

Daarna hervat het rapport deze verschillende aspecten in detail voor de drie delen van de studie.

Methodologie

Een studie in drie grote delen

Eenzijds werd een inventaris gemaakt van de bestaande functies op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg, met voor sommige een uitvoerige beschrijving van hun activiteiten. Het onderliggende idee is, dat de eerstelijnsberoepen de neiging hebben spontaan te evolueren in functie van de behoeften, opgemerkt door de professionals voor hun doelgroep en/of voor zichzelf. Het is dus belangrijk te vertrekken van wat er bestaat en zich ontwikkelt.

Anderzijds werd er op basis van de internationale literatuur een doelgericht overzicht gemaakt van beroepen en functies op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg, die nuttig zijn om de belangrijke uitdagingen voor België te illustreren. Het is namelijk nuttig te zien wat er gebeurt in andere omgevingen, omdat dit soms kan wijzen op wat er kan (of moet) gebeuren in België in functie van de toekomstige uitdagingen.

Tot slot werden er, op basis van deze eerste twee delen, drie functies geselecteerd die als illustratief worden geacht voor de grote uitdagingen. Ze werden tijdens groeps gesprekken (GG) voorgelegd aan eerstelijnsprofessionals en aan vrijwilligers (patiënten), om hun perceptie te horen met betrekking tot nieuwe eerstelijnsfuncties en/of beroepen.

Deze drie opeenvolgende delen hadden als doel de professionals kennis te laten delen over hun eigen behoeften en vragen van de bevolking, en de pistes ontwikkeld om eraan te voldoen (spontaan of met de steun van de overheid) (deel 1 en 3), en een analyse in de literatuur van oplossingspistes ontwikkeld op basis van vooraf bepaalde uitdagingen inzake gezondheid.

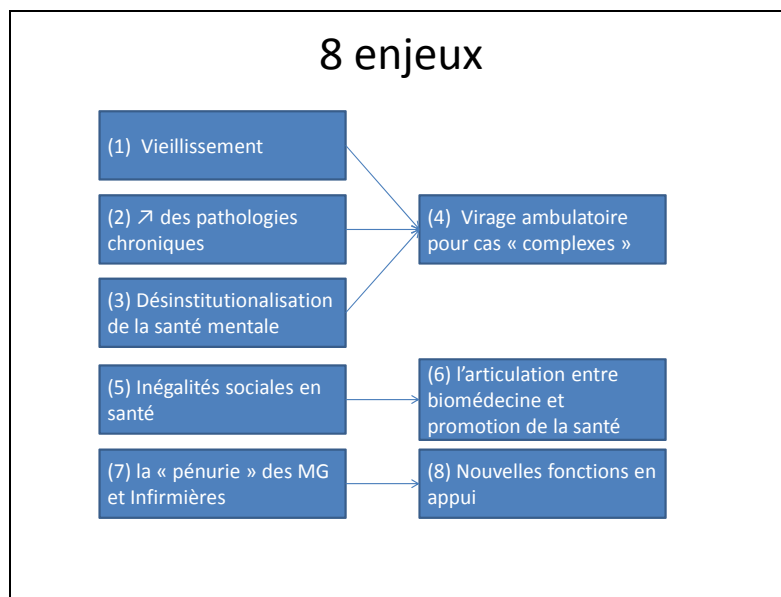
⁵ We hebben in dit werk vooral het woord “functie” gebruikt, in plaats van “beroep”. Onder functie verstaan we hier, een geheel van activiteiten uitgevoerd door een persoon op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg. We zijn overeengekomen “beroep” te noemen: elk beroep erkend en bekrachtigd door een diploma na een bepaald aantal jaren, al dan niet universitaire, academische opleiding. Met dit verschil, bij de uitoefening van hun basisberoep (sociaal assistent, verpleger, arts, secretaris, kinesitherapeut, enz.) kunnen professionals die in de gezondheidssector in de brede zin werken, een of meerdere functies uitoefenen die niet noodzakelijkerwijs rechtstreeks verband houden met de beschrijving van hun basisberoep. Zo kan een arts, een verpleger(verpleegster), een sociaal assistent(e), een secretaris(secretaresse) functies inzake management, zorgcoördinatie of gemeenschapsbegeleiding uitoefenen. En een onthaalmedewerker kan er, bijvoorbeeld, toe gebracht worden acties inzake gezondheidsbevordering te voeren.

Het hele onderzoek werd voorgesteld tijdens een vergadering van het stuurcomité op de FOD-Volksgezondheid op 16 september 2011. Waardevolle uitwisselingen die dag konden een aantal punten verduidelijken en boden suggesties waarmee rekening werd gehouden in onderhavig rapport.

Acht uitdagingen voor de toekomst

Voor het onderzoek werden acht toekomstuitdagingen beschouwd die ons relevant lijken voor België: (1) de veroudering van de bevolking, (2) de toename van het aantal chronische ziekten, (3) de geestelijke gezondheid in de ambulante zorg, (4) de sociale ongelijkheden, (5) de ambulante wending, (6) de functies die andere functies ondersteunen, (7) het “tekort” aan huisartsen en verplegers en (8) de aansluiting/integratie tussen geneeskunde en gezondheidsbevordering (waaronder gezondheid leefmilieu).

Zoals voorgesteld in de onderstaande figuur, zijn bepaalde uitdagingen het gevolg van andere. Zo is de beslissing om de behandeling van bepaalde complexe gevallen te transfereren van het institutionele niveau naar de thuiszorg het gevolg van de stijging van deze gevallen (als gevolg van de veroudering en de toename van chronische ziekten) en de wens om de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen te ontinstitutionaliseren. Bovendien is de prioriteit, gegeven aan een betere aansluiting tussen geneeskunde en gezondheidsbevordering het gevolg van de grotere aandacht die wordt gegeven aan de ongelijkheden in gezondheid. Tot slot, de nieuwe functies die de andere functies komen ondersteunen, zijn in het bijzonder het gevolg van het gevoelde tekort aan huisartsen en verpleegsters.



Figuur: Acht toekomstuitdagingen van de eerstelijnsgezondheidszorg

Deel 1: Inventaris en beschrijving van de functies op het vlak van de 1^e lijn in België⁶

Het eerste deel van de studie gebeurde in drie stappen.

Allereerst werd een inventaris gemaakt van de functies van de eerstelijnsgezondheidszorg op basis van de beschikbare en toegankelijke bronnen:

⁶ Dit deel en de resultaten ervan worden beschreven in de bijlage van dit rapport.

- Het kadaster van de FASS (Fédération des Associations du Social et de la Santé): inventarisering van alle gegevens over tewerkstelling in de ruime zin in de sociale en gezondheidssector, leden van deze federatie.
- Het RIZIV (gegevens beschikbaar op de website)
- De lijst van functies van de IF-IC⁷

Daarna hebben we de lijst van al deze functies gestuurd naar de lidfederaties van de FASS, naar de wijkgezondheidscentra, naar de sectoren vermeld in het Brusselse decreet ambulante zorg⁸ en hun Waalse en Vlaamse tegenhangers, alsook naar coördinatoren van de Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) en de Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML). We hebben hen gevraagd deze lijst eventueel aan te vullen. De lijst van bevraagde organisaties bevindt zich in bijlage I.

Ten derde hebben we 22 functies geselecteerd voor een uitvoerige beschrijving. Deze selectie gebeurde in functie van de 8 hierboven beschreven uitdagingen. Om de beschrijving van bepaalde functies te vervolledigen, hebben we verschillende professionals telefonisch bevestigd, op basis van een schema. We hebben bepaalde elementen uit deze telefonische enquêtes opgenomen in de beschrijvingen die al in ons bezit waren (fiches IF-IC en andere bronnen). Er werden ook nieuwe functies beschreven. De beschrijvende fiches van deze 22 functies bevinden zich in bijlage I.

Deel 2: Doelgericht overzicht van de internationale literatuur⁹

Het tweede deel van de studie maakte gebruik van een doelgericht literatuuroverzicht om lessen te trekken uit internationale ervaringen.

Vooraleer aan het literatuuroverzicht te beginnen, werd een vergadering georganiseerd tussen de onderzoekers en de contactpersonen van de FOD volksgezondheid. Deze vergadering liet toe het werk te richten in functie van de belangrijke veranderingen en toekomstige uitdagingen voor de organisatie van de ambulante zorg in België maar ook in andere gelijkaardige landen (zie de 8 hoger genoemde uitdagingen).

Het literatuuronderzoek hield die artikels in die gepubliceerd werden in tijdschriften met leescommissies en rapporten, beschikbaar op internet en gepubliceerd tussen januari 2000 en april 2011, in het Engels, Spaans of Frans. We hebben MEDLINE, PubMed en CINAHL alsook Google scholars gebruikt.

In plaats van een systematisch onderzoek te doen, hebben we gelijktijdig twee strategieën gebruikt. Enerzijds zijn we vertrokken van recente rapporten die een balans opmaken van de situatie¹⁰. Op basis daarvan hebben we andere publicaties gevonden (bibliografietechniek van het sneeuwbaaleffect) We hebben deze lijst aangevuld door te zoeken op sleutelwoorden in MEDLINE, PubMed en CINAHL¹¹.

De gevonden artikels werden geselecteerd in drie fasen: (1) selectie op basis van titels ; (2) op basis van samenvattingen en (3) op basis van de volledige tekst.

We hebben de beschrijvende studies geselecteerd die de impact meten of de beroepen/ functies of activiteiten toelichten, ontwikkeld als antwoord op de uitdagingen voor de

⁷ Het IF-IC is het Institut de Classification des fonctions, VZW opgericht in 2003 tengevolge van de akkoorden voor de non-profit sector, en die als missie heeft alle functies van de gezondheidssector te herdefiniëren. De eerste stap was alle beroepen die al op het terrein bestaan, te beschrijven. We hebben gebruik kunnen maken van dit werk voor onze studie. Dit werk gebeurde voor heel België, voor de bezoldigde banen in de sectoren van de paritaire commissie 330.

⁸ Uitgezonderd de tele-onthalen en hulp aan justitiabelen

⁹ Het deel en de resultaten ervan worden in detail beschreven in bijlage II van dit rapport.

¹⁰ Zie de lijst van deze rapporten in bijlage II van dit rapport.

¹¹ Zie de details van de strategie in de bijlage van dit rapport.

organisatie van de gezondheidszorg in Europa, Noord-Amerika of Australië en Nieuw-Zeeland. We hebben dus studies uitgesloten, gericht op: (a) de context van landen met gemiddelde of lage inkomens; (b) de persoonlijke opinies en (c) de functies niet in verband met het aanbod van ambulante zorgen.

De geselecteerde artikels werden geanalyseerd met behulp van een vooraf bepaald leesschema. Het einddoel was de hoofdkenmerken te bepalen van de opkomende en bestaande beroepen of functies, die verband houden met veranderingen in de organisatie van de ambulante zorg.

Deel 3: Perceptie van de eerstelijns spelers¹²

Het derde deel vertrok van de resultaten van de eerste twee delen. Op basis van de geïdentificeerde nieuwe functies en de opdrachten die ze vervullen, hebben we **tijdens groepsgesprekken de mening verzameld van spelers van het terrein over de relevantie van deze nieuwe functies en de manier om ze uit te oefenen.**

De onderzochte nieuwe functies waren:

- De praktijkassistenten en de gevolgen voor de nieuwe verdeling van activiteiten tussen verplegers en artsen;
- De zorgcoördinatoren;
- De beampten inzake gezondheidsbevordering (preventie / gezondheidsbevordering op individueel vlak en op gemeenschapsvlak).

Het doel van de groepsgesprekken was de mening te kennen van zorgverleners op het terrein, en de patiënten, over de relevantie van deze nieuwe functies die opkomen in het landschap van het zorgaanbod, hun opdrachten en over de beste manier om ze te garanderen.

Zo werd tijdens het stuurcomité van 12 mei 2011 beslist **6 groepsgesprekken te organiseren.** Deze werden georganiseerd met drie categorieën spelers (artsen, verplegers en patiënten) aan Franstalige kant en drie aan Nederlandstalige kant.

De ambitie was niet om representatieve meningen van al deze categorieën spelers te verzamelen.

In elk van deze groepen werden 8 deelnemers bepaald in functie van een diversiteit in termen van mannen - vrouwen; jongeren - minder jongeren; van het platteland - uit de stad; Wijkgezondheidscentrum - niet-Wijkgezondheidscentrum.

Elk gesprek duurde 2 uren en werd ondersteund door 1 begeleider en 1 secretaris. De percepties van de spelers werden genoteerd. Elke deelnemer kreeg een financiële vergoeding.

Voor elke functie werden de volgende vragen gesteld:

- In welke zin zou deze functie volgens u relevant lijken in het landschap van de eerstelijnszorg in België?
- Wie zou deze functie moeten uitoefenen volgens u?

De percepties van elk van de bevroegde spelers werden overgenomen op basis van nota's voor elke groep genomen door de secretaris. De analyse en de synthese gebeurden door een van de onderzoekers, vervolgens herlezen door de anderen teamleden van dit project. De uitvoerige verslagen van de groepsgesprekken staan in Bijlage III.

¹² Dit deel en de resultaten ervan worden in detail beschreven in bijlage III van dit rapport.

Resultaten en interpretatie

Inventaris en beschrijving van de functies van de eerste lijn in België

Met de drie hierboven vermelde informatiebronnen (het kadaster FASS, het RIZIV en het IFIC), hebben we 120 eerstelijnsfuncties geïdentificeerd en geïnventariseerd. Na raadpleging van de Franstalige en Nederlandstalige federaties, kwamen er achtentwintig functies bij. Na dit verzamelstadium hadden we dus 148 functies werkzaam in de eerste lijn. Deze lijst van functies vervolledigt de lijst, die reeds ontwikkeld werd door het IFIC.

In een tweede fase hebben we 28 functies geselecteerd die ons relevant leken voor de hoger genoemde uitdagingen. Hiervan worden er 22 functies in detail beschreven in bijlage I. Deze functies zijn:

Onthaal en secretariaat	Ergotherapeut
Beambte gezondheidsbevordering	Projectbeheerder
Gezins hulp	Algemeen verpleegkundige
Hulpverzorger	Psychiatrisch verpleegkundige
Sociaal assistent	Kinesitherapeut
Praktijkassistent huisarts	Huisarts
Thuiszorgcoördinator	Apotheker
Tandarts	Psycholoog
Diëtist	Optometrist
Administratief directeur	Specialist revalidatie
Therapeutisch directeur	Vroedvrouw

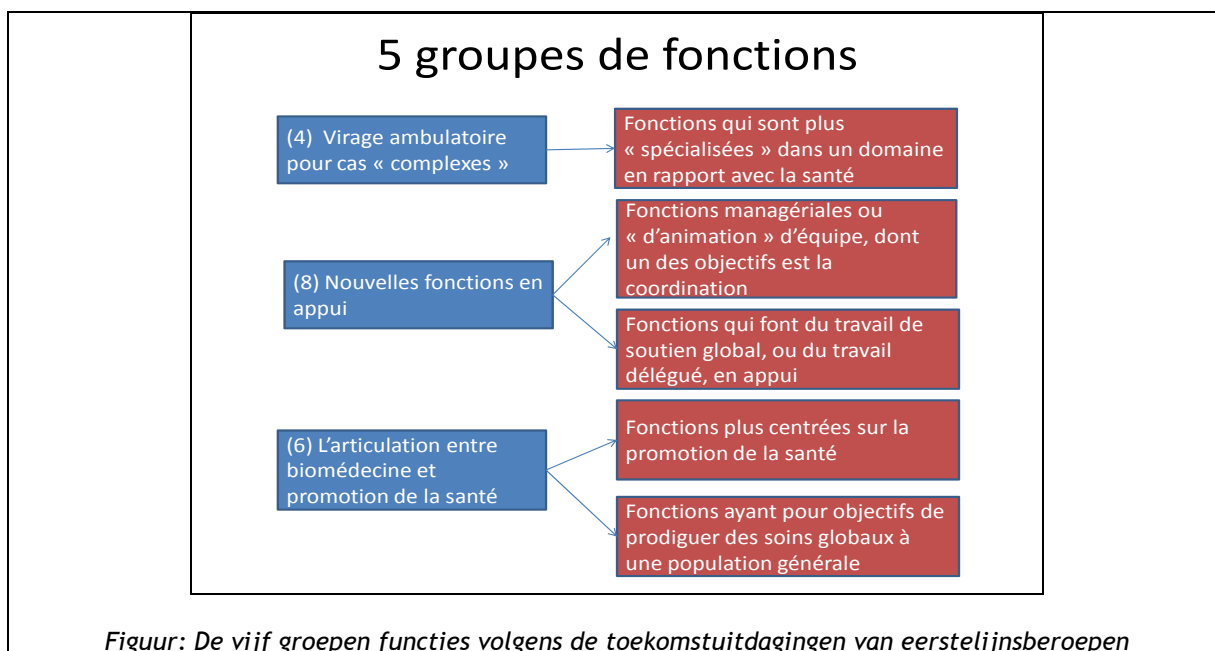
De verpleegfuncties waarvoor er geen specifieke fiche werd beschreven, zijn de subspecialiteiten verpleegkunde diabetologie, wondverzorging, oncologie en palliatiefzorgen. De verpleegkundigen die in dat verband werden bevraagd, oefenen namelijk systematisch eerst een allround functie uit met deze subspecialiteit als aanvulling. De telefonisch geïnterviewde verpleegkundige in palliatiefzorgen aan Nederlandstalige kant, is daarentegen voltijds tewerkgesteld voor deze functie maar biedt weinig zorgverlening: hij gaat enkel op huisbezoek op vraag van de patiënt en van zijn behandelde arts. Het is een ondersteunende en adviesfunctie bestemd voor patiënten en eerstelijnsverzoekers, naar het voorbeeld van de bestaande ondersteunende teams van palliatiefzorg platforms zowel in het Noorden als in het Zuiden van het land. De functie “verpleegkundige gemeenschapsgezondheid” werd bij “beambte gemeenschapsgezondheid” gevoegd omdat deze functie soms wordt waargenomen door andere professionals dan verpleegkundigen.

Deze 22 functies zijn niet allemaal nieuw maar ze roepen vragen op die nuttig kunnen zijn voor de denkoefening over de nieuwe beroepen. In dat verband hebben we ervoor gekozen deze functies in dit samenvattende gedeelte te groeperen in 5 groepen:

- (i) de functies die als doelstellingen hebben globale gezondheidszorg te verschaffen aan een algemene bevolking;
- (ii) de functies die meer “gespecialiseerd” zijn in een domein in verband met gezondheid (motoriek, psychologische of mentale gezondheid, chronische ziekten, specifieke gezondheidsproblemen, voeding, enz.);
- (iii) de functies die werk maken van globale ondersteuning, of van gedelegeerd werk, ter ondersteuning van andere functies die globale gezondheidszorg verschaffen aan een algemene bevolking;
- (iv) de management- of “teamleiding”functies, met coördinatie als een van de doelstellingen;

- (v) de functies meer gericht op gezondheidsbevordering.

Zoals weergegeven in de onderstaande figuur, is deze groepering coherent met de eerder genoemde uitdagingen. De “ambulante wending” leidt vaak tot een transfer van een ziekenhuis naar de ambulante zorg, en meer precies naar een specialisatie / segmentatie van functies. De nieuwe functies ter ondersteuning van de bestaande functies worden gecombineerd in termen van management en “teamleiding”functies, of van functies die werk maken van globale ondersteuning, of van gedelegeerd werk. Het grote belang gegeven aan de aansluiting tussen de geneeskunde en de gezondheidsbevordering leidt tot de creatie van functies meer gericht op gezondheidsbevordering of het bevorderen van functies die als doel hebben globale gezondheidszorg te verlenen aan een algemene bevolking.



We herhalen deze 5 groepen functies in de onderstaande tabel met de bijbehorende vraagstelling:

Algemene kenmerken van de functie	De functies	Vraagstelling die de denkoefening over de eerstelijnsberoepen richting zou kunnen geven
Doelstellingen om globale gezondheidszorg te verlenen aan een algemene bevolking	<ul style="list-style-type: none"> - Polyvalente verpleegkundige van de eerste lijn - Huisarts - Apotheker - Sociaal medewerker 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe een voldoende dekking en toegankelijkheid blijven garanderen voor de bevolking tot deze functies? - Hoe de “burnout” vermijden van professionals die deze functies uitvoeren? - Welk opleidingsniveau nodig? Welke soort opleiding? - Welke evolutie in het pakket van activiteiten en verantwoordelijkheden van deze functies voor de toekomst?
“Gespecialiseerd” in een domein in verband met gezondheid (motoriek, psychologische of mentale gezondheid, chronische ziekten, specifieke gezondheidsproblemen, voeding, enz.)	<ul style="list-style-type: none"> - Tandarts - Diëtist - Ergotherapeut - Verpleegkundige diabetologie - Verpleegkundige oncologie - Psychiatrisch verpleegkundige - Verpleegkundige wondverzorging - Verpleegkundige palliatiefzorgen - Vroedvrouw - Opticien - Kinesitherapeut - Psycholoog - Specialist revalidatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Welk niveau van specialisatie/polivalentie nastreven (met name via specifieke opleidingen)? - Welk niveau van “professionalisering” (autonomie)? - Welk gevolg voor de organisatie van het werk tussen de verschillende functies?
Werk maken van globale ondersteuning, of van gedelegeerd werk, ter ondersteuning van andere functies die globale gezondheidszorg verlenen aan een algemene bevolking	<ul style="list-style-type: none"> - Opvangwerkers - Gezinshulp - Zorghulp - Praktijkassistent - Mantelzorgers¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Welke soorten activiteiten moeten gedelegeerd/opgenomen worden door deze functies? - Welk niveau van opleiding nodig? - in welke organisatiecontext?
Management- of “teamleiding”functies, met coördinatie als een van de doelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> - Administratief directeur - Coördinator thuiszorg - Projectbeheerder - Therapeutisch directeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe de coördinatie garanderen op het vlak van zorg en tussen instellingen / organisaties / groepen professionals? - Welke verdeling van verantwoordelijkheden tussen deze professionals en de anderen?
Meer gericht op de gezondheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none"> - Beambte gezondheidsbevordering - Verpleegkundige gemeenschappelijke gezondheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe moet de gezondheidsbevordering wel of niet gecoördineerd / geïntegreerd georganiseerd worden met de zorgactiviteiten voor de persoon? - Welke verdeling van verantwoordelijkheden tussen deze professionals en de zorgprofessionals? - Wie speelt de rol van gezondheidsbevordering leefmilieu¹⁴?

¹³ Hoewel het niet gaat om een geprofessionaliseerde functie, lijkt het ons belangrijk ze te vermelden omdat hun rol in overweging moet worden genomen in de denkoefening over de andere functies.

¹⁴ Merk op dat we geen functies gevonden hebben die de activiteiten dekken in verband met gezondheid leefmilieu (met uitzondering van enkele huisartsen die zich toeleggen op arbeidsgezondheid).

Er werd bovendien een speciaal nummer gemaakt van het driemaandelijks tijdschrift *Santé conjugué* van de *Fédération des maisons médicales*, over de vraag van de nieuwe beroepen. Tien medewerkers van het terrein werden gevraagd te getuigen over hun dagelijks leven, over wat ze hopen te bieden aan de bevolking en hoe ze zich zien in de toekomst. De bevroegde beroepen waren:

- Sociaal assistent
- Coördinator gezondheidsbevordering;
- Diëtist
- Ergotherapeut
- Beheerder van een team
- Apotheker
- Psycholoog
- Vroedvrouw
- De psycholoogfunctie in de ambulante zorg;
- Mantelzorg
- Er werd ook een artikel over de praktijkassistent geschreven, maar op basis van wat er gebeurt in Nederland en van een pilootproject voor Brussel¹⁵.

Tot slot werd een denkoefening opgestart tijdens het Congres van de wijkgezondheidscentra, dat gehouden werd in maart 2011. Er vonden verschillende workshops plaats, één ervan was gewijd aan de beroepen. De doelstelling van de workshop “beroepen” was de denkoefening te beginnen bij de deelnemers over de toekomst van de beroepen en de eerstelijnsberoepen.

Doelgericht overzicht van de internationale literatuur

Er werden 61 artikels en rapporten opgenomen ter lezing. Uit deze documenten werden 37 voorbeelden van functies geselecteerd afkomstig uit 10 landen (Australië, Canada, Frankrijk, Finland, Duitsland, Nederland, Nieuw-Zeeland, Spanje, Zweden, Verenigd Koninkrijk).

Op basis van het literatuuroverzicht ontstonden nieuwe inzichten in de eerder genoemde vraagstelling. We vermelden in de vijf onderstaande tabellen de elementen die ons belangrijk lijken voor de denkoefening over de nieuwe beroepen.

1. Functies die globale gezondheidszorg verlenen aan een bevolkingsgroep

In de eerste tabel illustreren we vier benaderingen inzake functieontwikkeling, met als doel een globale zorgbenadering te bieden. 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.

¹⁵ *Initiatief genomen door de VDAB, BWR, Onderwijs- en onderzoekseenheid van huisartsen van de VUB, Erasmus Hogeschool sinds 2009. De eerste praktijkassistenten zijn operationeel sinds mei 2010. Voor extra informatie zie www.zorgzoeker.be/Cms.aspx?id=211*

In de vier genoemde opties is de interactie met andere functies (“de skill-mix”) een belangrijk, te benadrukken kenmerk: de functie wordt uitgeoefend door professionals die ofwel binnen een multidisciplinair team werken, ofwel in een meer geïsoleerde positie binnen de gemeenschap.

Algemene kenmerken van de functie	Vraagstelling die de denkoefening over de eerstelijnsberoepen richting zou kunnen geven
- Doelstellingen om globale gezondheidszorg te verlenen aan een algemene bevolkingsgroep	- Hoe een voldoende dekking en een toegankelijkheid blijven garanderen voor de bevolking tot deze functies? - Hoe de “burnout” vermijden van professionals die deze functies uitvoeren? - Welk opleidingsniveau nodig? Welke soort opleiding? - Welke evolutie in het pakket van activiteiten en verantwoordelijkheden van deze functies voor de toekomst?
Voorbeeld van functie en land	Belangrijk element
- Apothekers met een aanvullende opleiding om huisartsen voor bepaalde activiteiten te vervangen (Australië - Nieuw-Zeeland)	- Werken binnen een team samen met huisartsen - Bieden diensten in verband met het voorschrijven van geneesmiddelen
- Verplegers met een aanvullende opleiding om huisartsen voor bepaalde activiteiten te vervangen (Australië - Nieuw-Zeeland)	- Werken binnen een team samen met huisartsen - Ontwikkeling van gezondheidszorg in een “disease management” benadering (gericht op een ziekte of een gezondheidsprobleem eerder dan gericht op het aanbod van globale gezondheidszorg aan een bevolkingsgroep, in zijn geheel)
- Verpleegkundigen “primaire gezondheidszorg” (ook gezinsverplegers genoemd) (Canada - Australië - Nieuw-Zeeland - Finland)	- Werken in een gemeenschap als eerstelijnsverzorgers - Kunnen verwijzen naar gespecialiseerde artsen - Kunnen voorschrijven - Zijn in bepaalde gevallen verantwoordelijk voor een duidelijk afgebakende bevolkingsgroep (N-Z)
- De wijkverplegers hebben als doel de toegankelijkheid van de diensten te verbeteren voor achtergestelde bevolkingsgroepen, alsook om de ontwikkeling van gezondheid- en sociale diensten binnen de primaire gezondheidszorgstructuren te bevorderen. (NZ)	- Werken met een multidisciplinair team dat gevallenbeheerders, gezinsartsen, kinderverzorgsters, sociaal medewerkers, en andere verplegers omvat. Er wordt verwezen naar huisartsen, gespecialiseerde onderwijsstructuren, andere verplegers, sociale diensten en gezondheidsdiensten van de tweede lijn.

2. Meer gespecialiseerde functies

De functies, weergegeven in de onderstaande tabel, illustreren de creatie of de versterking van gespecialiseerde functies op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg. We hebben verschillende “specialisatie”vormen gekozen op het vlak van de eerste lijn: de specialisatie in verband met een gezondheidsdomein (bijvoorbeeld seksuele en affectieve gezondheid); in verband met een soort therapie (therapie via kunst); in verband met 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.

Algemene kenmerken van de functie	Vraagstelling die de denkoefening over de eerstelijnsberoepen richting zou kunnen geven
“Gespecialiseerd” in een domein in verband met gezondheid (motoriek, psychologische of mentale gezondheid, chronische ziekten, specifieke gezondheidsproblemen, voeding, enz.);	- Welk niveau van specialisatie/polivalentie nastreven (met name via specifieke opleidingen)? - Welk niveau van “professionalisering” (autonomie)? - Welk gevolg voor de organisatie van het werk tussen de verschillende functies?
Voorbeeld van functie en land	Belangrijk element
Verplegers met specialisaties die optreden als adviseurs in seksuele gezondheid en gezinsplanning binnen klinieken gespecialiseerd in seksuele gezondheid ¹⁶ . Nederland	- Hun werk gebeurt onder het toezicht van een arts in een dienst seksuele gezondheid.
- Therapeuten opgeleid in het gebruik van kunstactiviteiten om mensen toe te laten zich beter uit te drukken. Ze hebben een goed begrip van het artistieke proces en van verbale communicatievaardigheden. (VK)	- Ze werken binnen een multidisciplinair team.
- “Navigatoren” van autochtone patiënten. Ze ondersteunen de autochtone klanten van eerstelijnsklinieken. (Canada)	- De “navigatoren” ontmoeten de patiënten en de gezinnen persoonlijk. De patiënten kunnen verwezen worden naar een navigator door hun arts of een andere zorgverlener. Patiënten kunnen ook rechtstreeks naar de navigatoren gaan.
- De gevallenbeheerders met een specifieke opleiding in geestelijke gezondheid op het vlak van eerstelijnsgezondheidszorg (Canada)	Werken in eerstelijnsstructuren die eruit zien als groepspraktijken geestelijke gezondheidszorg

3. Ondersteunende functies

Algemene kenmerken van de functie	Vraagstelling die de denkoefening over de eerstelijnsberoepen richting zou kunnen geven
Werk maken van globale ondersteuning, of van gedelegeerd werk, ter ondersteuning van andere functies die globale gezondheidszorg verlenen aan een algemene bevolkingsgroep	- Welke soorten activiteiten moeten gedelegeerd/opgenomen worden door deze functies ? - Welk niveau van opleiding nodig? - In welke organisatiecontext?
Voorbeeld van functie en land	Belangrijk element
- Praktijkassistenten met klinische en administratieve activiteiten die in het kabinet van een arts werken (Duitsland)	- Welke deskundigheden nodig om deze activiteiten uit te oefenen
- Receptionisten in praktijken primaire gezondheidszorg (VK)	- Ze spelen de rol van tussenpersonen voor bijna alle contacten met de gezinsarts. De receptionist is een belangrijk lid van het zorgteam dat samenwerkt met de verpleger en de arts.

¹⁶ De seksuele gezondheidsklinieken kunnen beschouwd worden als eerstelijnsseenheden, ook al zijn het geen primaire gezondheidseenheden. Het gaat dus om gespecialiseerde, gedecentraliseerde en ambulante diensten, wat ze niet minder nuttig maakt.

4. Management-, teamleiding-, coördinatiefuncties

In de onderstaande tabel vermelden we vier soorten functies die verschillende vormen illustreren waarmee een management- of teamleidingfunctie op het vlak van de eerste lijn kan worden gegarandeerd: coördinatiefuncties eerder gericht op de patiënten (de verpleger contactpersoon op het eerste niveau), een managementfunctie gericht op het kennisbeheer en de teambegeleiding van professionals, een managementfunctie die zich concentreert op de integratie van achtergestelde bevolkingsgroepen, en een klassieke “administratieve” functie.

Algemene kenmerken van de functie	Vraagstelling die de denkoefening over de eerstelijnsberoepen richting zou kunnen geven
Management- of “teamleiding”functie, met coördinatie als een van de doelstellingen;	Hoe de coördinatie garanderen op het vlak van zorg en tussen instellingen / organisaties / groepen professionals? Welke verdeling van verantwoordelijkheden tussen deze professionals en de anderen?
Voorbeeld van functie en land	Belangrijk element
- De verpleger contactpersoon op het eerste niveau: oefent contactactiviteiten uit tussen zorgverleners binnen gemeenschapscentra voor geestelijke gezondheid. (Canada)	- De verpleger contactpersoon beheert in het bijzonder de verbinding tussen gezondheidszorg uitsluitend georganiseerd door de gezinsarts, gezondheidszorg georganiseerd door gemeenschapscentra geestelijke gezondheid en de zorg verdeeld tussen beide.
- De “ontwikkelingsmanager van primaire gezondheidszorg”. Dit soort werk impliceert een samenwerking met gezinsartsen om nieuwe praktijken te ontwikkelen om de toegang van patiënten en hun ervaring met gezondheidszorg te verbeteren. (VK)	- “Coach”, begeleider en promotor, bevordert en deelt goede praktijken en heel wat andere activiteiten
- De “manager” beheert aspecten van sociale integratie gevestigd binnen de organisatie van de primaire gezondheidszorg (PCT) (VK)	- Moet kennis hebben van sociale integratie en een open geest
- De “praktijkmanager” levert tezelfdertijd de deskundigheden nodig voor de dagelijkse werking van de praktijk (primaire zorgstructuur), als de strategische aspecten gekoppeld aan de interacties met andere praktijken. (VK)	- Combineert het beheer van administratiepersoneel, financiën, strategische planning, en informatiecompetenties en -technologieën.

5. Functies gericht op de gezondheidsbevordering

We hebben in de laatste tabel enkel een functie inzake gezondheidsbevordering beschreven die een individuele en een gemeenschapsbenadering combineert.

Algemene kenmerken van de functie	Vraagstelling die de denkoefening over de eerstelijnsberoepen richting zou kunnen geven
Meer gericht op de gezondheidsbevordering	Hoe moet de gezondheidsbevordering wel of niet gecoördineerd / geïntegreerd georganiseerd worden met de zorgactiviteiten voor de persoon? Welke verdeling van verantwoordelijkheden/ activiteiten tussen deze professionals en de zorgprofessionals? Wie speelt de rol van gezondheidsbevordering leefmilieu?
Voorbeeld van functie en land	Belangrijk element
- Specialist in gezondheidsvorming / gezondheidsbevordering: Werkt persoonlijk met individuen en voor de gemeenschap, in het bijzonder in het meer strategisch werk, zoals de ontwikkeling van gezondheidsbeleid (VK)	Dit soort beroep werkt in verschillende omgevingen: binnen de gemeenschap, in de gezondheidscentra, in de gemeentekantoren, in de sportcentra, enz.

Als men de lijst van geïnventariseerde beroepen in België en de beroepen geïdentificeerd op internationaal vlak vergelijkt, illustreren enkele voorbeelden verschillen die ons analysewerk zouden kunnen aanvullen. Zo zouden bepaalde “allround”, polyvalente beroepen, meer kunnen worden onderzocht:

- De “ontwikkelingsmanager primaire gezondheidszorg”, een voorbeeld van begeleider van het “lokale zorgsysteem” (bestaat gedeeltelijk met de SISD);
- Verpleegkundigen die “primaire gezondheidszorg” verlenen;
- Apothekers wiens functies enigszins is uitgebreid.

Andere beroepen gedocumenteerd op basis van de internationale literatuur roepen daarentegen vragen op over de relevantie ervan in België. Het betreft in het bijzonder beroepen specifiek gespecialiseerd in bepaalde domeinen. We komen erop terug in de besluiten.

Perceptie van de eerstelijns spelers

Zoals vermeld in de methodologie, werden er groepsgesprekken gevoerd om de perceptie te verkennen van drie functies die het delegeren van activiteiten illustreren (de praktijkassistent van de huisarts), nieuwe beheerderfuncties (de zorgcoördinator) en functies in verband met gezondheidsbevordering (de beambte gezondheidsbevordering).

De twee vragen die in de drie groepen ter bespreking werden gesteld waren:

- In welke zin zouden deze functies volgens u relevant lijken in het landschap van de eerstelijnszorg in België?
- Wie zou deze functies moeten uitoefenen volgens u?

Uit de eerste functie, “praktijkassistent” (PA) blijken de uitdagingen in verband met het delegeren van activiteiten:

De groep “artsen” lijkt deze functie a priori relevant voor alle artsen van de groep maar niet tegen om het even welke voorwaarde, noch voor om het even wat!

De meeste artsen zijn unaniem om het nut ervan te erkennen met name (en misschien vooral) in termen van de verlichting van de werkdruk van administratieve aard (tijdswinst voor andere activiteiten, geen telefoons meer tijdens een raadpleging,...), of zelfs om de patiënt te ontvangen, naar hem te luisteren, (zelfs de patiënt gedeeltelijk te onderzoeken), in de mate dat wat een patiënt aan een verpleegkundige, secretaris of onthaalmedewerker zegt, verschilt van wat hij aan de arts vertelt.

Er is echter geen unanimitéit over de te delegeren activiteiten. Ze houden namelijk aan hun privileges op het vlak van diagnose-behandeling-opvolging en zijn niet bereid in dezelfde mate te delegeren aan de PA als in Nederland of in andere landen zoals in Zweden. De genoemde redenen zijn drievoudig:

1. angst om deze “momenten” die bevoorrecht, kostbaar of opportuun worden geacht in het proces van de raadpleging, van het persoonlijke gesprek te zien verdwijnen.
2. angst om geen totaalbeeld meer te hebben van de patiënt, van zijn ervaring en van zijn problemen.
3. angst om te bezwijken voor de verleiding van rentabilisering (vermindering?) van de raadplegingstijd tegen elke prijs.

In verband met het profiel om deze functie uit te oefenen, is er unanimititeit over een minimum kwalificatievereiste (en dus een basisopleiding) omdat men noodgevallen moet kunnen herkennen, eventueel technische handelingen moet kunnen uitvoeren, een minimum aan klinisch gevoel moet hebben,.... Zo zou men zich aan de basis een onthaalmedewerker(ster) kunnen voorstellen, een verpleegkundige, een medisch secretaris (secretaresse), en bovendien opgeleid om praktijkassistent te worden?

Te noteren is dat er tegenwoordig bepaalde artsen met huisartsassistenten¹⁷ werken (dat wil zeggen huisartsen in beroepsopleiding) die soms al de functie van medisch assistent uitoefenen naar het voorbeeld van bepaalde ziekenhuisdiensten. Mochten deze artsen het in de toekomst moeten stellen zonder deze stagiairs dan zouden ze vragende partij zijn voor een praktijkassistent.

Voor de groep “verpleegkundigen” hebben de patiënten zowel artsen, verpleegkundigen als onthaalmedewerkers nodig.

De verplegers zouden meer “medische” handelingen kunnen doen, maar voor zover dit officieel wordt erkend, in het bijzonder in het kader van de nomenclatuur van verpleegkundige zorgen (CTAI). Momenteel doen de professionals van de thuisverpleging al veel handelingen, niet terugbetaald in hun nomenclatuur. Ook zij eisen het recht om meer handelingen autonoom te doen en een aantal andere taken, zoals patiënten wassen, bijvoorbeeld aan hulpverzoekers te delegeren. Ze pleiten voor een opleiding verpleegkundige zorg op universitair niveau. Ze stellen een verschil vast tussen de praktijk binnen de wijkgezondheidscentra en buiten de wijkgezondheidscentra, in de zin dat de verpleegkundige handelingen in een wijkgezondheidscentrum forfaitair gefinancierd worden en dat maakt het mogelijk om meer te doen dan strikt voorzien in de nomenclatuur.

Ze zouden echter niet mogen dienen als onthaalmedewerkers en secretarissen voor de huisarts voor administratieve activiteiten. Ze zien zich niet als assistenten van de huisarts in het kabinet zoals verpleegkundigen in een ziekenhuis maar eerder als “praktijkassistenten algemene geneeskunde”, naar het voorbeeld van de “nurses practitioners” of “advanced nurses” in Canada. De nuance is belangrijk.

De verpleegkundigen zien niet in waarom een nieuw beroep van PA zou moeten worden gecreëerd en hoewel het medisch/technische handelingen voorziet, is het logisch dat het antwoord op deze vraag is: alleen verpleegkundigen zouden die mogen uitoefenen aangezien het hun bevoegdheid is en het voorzien is in de wettelijke bepalingen.

Indien huisartsen zich willen laten “assisteren”, zijn er daarentegen tegelijkertijd onthaal- en secretariaatmedewerkers als verpleegkundigen nodig voor technische activiteiten.

Binnen de groep “patiënten” is er geen unanimititeit over het nut om een nieuwe beroep van PA te creëren ondanks het voorbeeld met “medische assistenten” dat als heel positief werd ervaren door een van de deelnemers in Duitsland.

Het belangrijkste is, de middelen te vinden waarmee de arts beter kan voldoen aan de verwachtingen van patiënten op het vlak van een luisterend oor en een bevoorrechte, verpersoonlijkte relatie.

Maar, net als bepaalde deelnemers van de groep artsen, drukken bepaalde patiënten hun angst uit om iets belangrijks te “verliezen” bij de uitvoering van routinehandelingen door de arts, de gelegenheid om dingen te vertellen en bepaalde onderwerpen te bespreken. Ze vermelden het belang om het globale beeld van de patiënt te bewaren!

17 Merk op dat deze artsen in opleiding algemene geneeskunde niet geacht zijn deze functie uit te oefenen, ze zijn er bij wijze van stage tot huisarts. We moeten echter vaststellen dat de huisartsen getuigen van wat hier wordt beschreven...

Er is geen unanimititeit over wie de functie van praktijkassistent moet uitoefenen maar in elk geval moet het iemand zijn met een voldoende basisopleiding. Ofwel een verpleegkundige die opgeleid is voor administratieve activiteiten, ofwel een secretaris(secretaresse) opgeleid voor meer medische activiteiten. De voorkeur wordt eerder gegeven aan verpleegkundigen.

Wat telt zijn vaardigheden op het vlak van luisteren, psychologie, deontologie, de uitvoering van bepaalde medisch/technische handelingen.

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

De groep “artsen” beschouwt de “zorgcoördinator” als relevant en onmisbaar, ook al betreft het niet echt een nieuw beroep of een nieuwe functie. Deze functie wordt namelijk al meerdere jaren verzorgd via instellingen zoals de ziekenfondsen, de OCMW's of verpleegkundige thuiszorgorganisaties, of in de wijkgezondheidscentra en *maisons médicales*.

De functie is fundamenteel en, ook al wordt ze geleidelijk ingevoerd in diverse netwerkvormen, ze beantwoordt nog niet globaal, efficiënt en voldoende aan de behoeften van de eerstelijnsprofessionals en van de patiënten, verre van.

Huisartsen uiten de behoefte een beroep te kunnen doen op meer polyvalente diensten en beter te kunnen beantwoorden aan noodgevallen. Klassiek voorbeeld van de patiënt die het ziekenhuis verlaat op vrijdag en waarvoor men meteen een opvolging moet voorzien vanaf het weekend!

De ziekenhuizen worden trouwens geïsoleerd voor hun gebrek aan samenwerking met de huisartsen. De coördinatie met organisaties van palliatiefzorgen wordt echter wel als beter ervaren.

De zorgtrajecten worden gezien als een risico om de coördinatie van de thuiszorg in te delen in sectoren. In plaats van coördinatie diensten te voorzien voor elke patiënt en ongeacht het probleem, bestaat het gevaar specifieke coördinaties te hebben per categorie: afhankelijke bejaarden, diabetici, patiënten met kanker in een terminale fase, patiënten met psychologische stoornissen, enz.

De huisartsen pleiten voor polyvalente coördinaties, betaald op basis van de functie en niet op basis van de handeling!

De huisartsen hebben de indruk dat de hulp- en coördinatie diensten momenteel zijn overstelpt door de toenemende vraag en dat die alleen maar zal stijgen.

De coördinatie zou in de eerste plaats gericht moeten blijven op de patiënt, de huisarts is slechts een schakel in het systeem wiens rol heel belangrijk is maar hijzelf moet niet de coördinator zijn. Hij moet de “advocaat” van zijn patiënt (de woordvoerder, de bondgenoot) blijven, degene die zijn belangen verdedigt en die zijn bijdrage levert om zijn behoeften te bepalen.

Twee aanbevelingen vanwege de deelnemers:

- De coördinatie diensten mogen niet “verzuimd” worden;
- Coördinaties hebben enkel zin als de dialoog tussen artsenspecialisten en huisartsen verbetert.

Voor het profiel dat deze functie zou moeten uitoefenen, gaat de keuze van de huisartsen eerder naar de verpleegkundigen (sociaal verpleegkundige) en de SA, maar niet de huisartsen. Men moet zowel vaardigheden hebben op organisatievlak als op sociaal gebied.

Er is geen definitief antwoord over welke organisatie de coördinatie zou moeten doen: de ziekenfondsen (te “verzuild”)?, de zorgcentrales?, de OCMW’s?

Men zou misschien zorgdistricten moeten organiseren, per gemeente, per geografische zone (de SISD en de RML liggen in deze lijn).

Voor de groep “verpleegkundigen” is er een gebrek aan coördinatie met de ziekenhuisdiensten voor de patiënten die weer naar huis gaan. Maar de patiënten melden evenmin aan het ziekenhuis dat ze een beroep kunnen doen op diensten die hen helpen de nodige thuishulp te vinden, bijvoorbeeld, als het patiënten zijn van een wijkgezondheidscentrum.

In bepaalde regio’s lijkt de coördinatie echter beter te verlopen. Dat hangt af van de ene SISD tot de andere.

De SA van ziekenhuisdiensten en in de ambulante zorg zijn vaak een kostbare hulp voor de verpleegkundigen op het vlak van coördinatie.

De deelnemers zien een rivaliteit, wantrouwen, concurrentie tussen de ziekenhuissector die wil “afdalen” in de eerste lijn en de ambulante sector die zijn voorrechten wil behouden. De vraag van de relaties en het bevoegdheids- en interventiegebied tussen de ambulante sector en de ziekenhuissector wordt gesteld. Het feit tegen een forfait te werken in het wijkgezondheidscentrum laat toe de patiënt te bezoeken in het ziekenhuis en het verzorgend team in het ziekenhuis te ontmoeten.

Patiënten stellen niet altijd de vraag naar coördinatie maar ze zijn vaak heel blij ervan te kunnen genieten als die wordt voorgesteld en gebeurt.

De verpleegkundigen zijn unaniem over het feit dat het verpleegkundigen zelf zouden moeten zijn die deze functie vrijwaren. Verpleegkundigen gemeenschapsgezondheid en sociaal assistenten garanderen al de coördinatiefunctie in de coördinatiediensten.

Men zou zich kunnen voorstellen dat de verpleegkundigen gemeenschapsgezondheid ook naar het ziekenhuis gaan om het ontslag van patiënten en hun terugkeer naar huis voor te bereiden.

Er is binnen de groep dus duidelijk een aanspraak om deze rol te kunnen spelen; de verpleegkundigen zien zichzelf als het best geplaatst (en opgeleid) om deze functie waar te nemen... met de hulp van sociaal assistenten, wat trouwens in de richting gaat die de artsen aangeven.

Men moet echter twee coördinatieniveaus onderscheiden:

- Op het niveau van de persoon: de coördinatie van de zorg gericht op de patiënt; de contactpersoon kent de problemen van de patiënt goed, staat er het dichtst bij en coördineert de zorg tussen de huisarts, het ziekenhuis en de hulp- en thuiszorgdiensten.
- Op het niveau van de professionals en instellingen: de coördinatie tussen de hulp- en thuiszorgdiensten onderling en die de bevoegdheid is van de geïntegreerde thuiszorgdiensten zoals de SISD.

Voor de groep “patiënten” is deze functie relevant omdat het belangrijk is voor de gezinnen iemand te hebben die alle thuishelpers kan vinden en coördineren.

Zo was er bijvoorbeeld een patiënt die 6 jaar thuis kon blijven dankzij de coördinatie gerealiseerd door een continue dienst palliatiefthuiszorg.

Andere voorbeelden van diensten die coördinatiemiddelen invoeren zoals contactschrijven tussen verpleegkundigen en artsen.

In termen van profiel denken de patiënten eerder aan sociaal assistenten die de verschillende mogelijke hulp- en zorgdiensten goed kennen, niet aan de arts zelf, ook al speelt hij soms die rol.

Soms kunnen patiëntenverenigingen deze rol spelen vooral in het geval van specifieke ziekten zoals de ziekte van Alzheimer.

De functie “beambte gezondheidsbevordering” is de gelegenheid om de interactie te bespreken tussen een individuele benadering en een volksbenadering van gezondheid.

Voor de groep “artsen” is de functiebeschrijving van een beambte gezondheidsbevordering is niet duidelijk. Het is niet altijd gemakkelijk het onderscheid te maken tussen wat tot het gebied genezing, preventie, gezondheidsbevordering of gemeenschapsgezondheid behoort.

Huisartsen doen door hun aard van verzorger aan gezondheidsbevordering op individuele wijze met elke patiënt die hen raadpleegt. Het GMD+ zou een gelegenheid kunnen zijn om de huisartsen te stimuleren meer te doen. Ze vinden dat ze geen tijd hebben om andere acties ter gezondheidsbevordering te voeren dan op individuele wijze tijdens raadplegingen, hoewel ze de eerste lijn vormen om de problemen van gemeenschapsgezondheid te identificeren. Bijvoorbeeld, de centrale rol gespeeld door een huisarts bij het opsporen van vervuiling rond de stortplaats van Mellery. Maar is het aan hen om dat te doen?

Zelfs gefinancierd en zelfs in een multidisciplinair team (wijkgezondheidscentrum), gebeurt gezondheidsbevordering niet vanzelf als er niet tenminste een “beambte” is, specifiek gelast met het opstarten van acties en de coördinatie ervan afgezien van wat een huisarts helemaal alleen kan doen in raadplegingen.

Er is een professional nodig, opgeleid in deze discipline (bijvoorbeeld een master in gemeenschapsgezondheid voor de verplegers). Hij moet zo dicht mogelijk bij de mensen staan.

Een beperking eigen aan de plaats bekleed door deze professional is de vraag van zijn rechtmatigheid als speler gezondheidsbevordering als hij zelf deel uitmaakt van het gezondheidszorgsysteem.

Huisartsen erkennen het belang van de thematiek maar ze vragen zich af of het niet eerder aan de burger is om zijn verantwoordelijkheden op te nemen en de artsen, de OCMW's, de school enz. te interpellieren en hen te betrekken bij acties gemeenschapsgezondheid als partners en als experts.

De huisartsen zien ook het risico dat, als de gezondheidsdiensten (huisarts en wijkgezondheidscentrum) de motoren zijn van gezondheidsbevordering, dit ten koste gaat van het nemen van verantwoordelijkheid door de overheid.

Voor de groep “verpleegkundigen” moet gezondheidsbevordering geïntegreerd worden in elke praktijk en betrekking hebben op elke discipline; het is geen beroep op zich maar het is relevant iemand te hebben die de acties coördineert, bijvoorbeeld binnen multidisciplinaire teams zoals wijkgezondheidscentra. Men moet geen nieuw beroep uitvinden dat minder betaald zal worden dan een verpleegkundige “met een master”, maar eerder deze functie adequaat betalen. Verpleegkundigen worden namelijk opgeleid in gezondheidsbevordering in hun basiscurriculum en ze kunnen de specialisatie (en de master) gemeenschapsgezondheid kiezen. Andere beroepen dan die van verpleegkundige hebben ook toegang tot deze opleidingen.

Men moet vooral actiecoördinatoren gemeenschapsgezondheid opleiden! Alle verzorgers zijn in principe beampten gezondheidsbevordering bij de uitoefening van hun beroep zelfs binnen

ziekenhuizen (zie AIEP¹⁸). Wat ontbreekt is een coördinatiefunctie daartoe gefinancierd en waarvoor een aanvullende opleiding nodig is.

De eerste lijn moet ondersteund worden door de CLPS (Centres Locaux de Promotion de la Santé) die de verbinding vormen tussen alle actoren.

Voor de groep “patiënten” heeft gezondheidsbevordering heeft te maken met veel domeinen die niet specifiek tot de bevoegdheid van artsen en gezondheidsdiensten behoren maar tot de bevoegdheid van anderen zoals: scholen, werkplaatsen, leefomgevingen, gemeentebesturen als leefomgevingen en sociale link, wijkverenigingen, ONE, OCMW's, kinderdagverblijven, patiëntenverenigingen enz.

De patiënten zien vooral een behoefte aan iemand die alles wat er zowat overal gebeurt aan gezondheidsbevordering, coördineert.

De functie van beambte gezondheidsbevordering moet uitgeoefend worden door iemand met pedagogische vaardigheden, dicht bij de mensen, die kan communiceren, die houdt van uitwisselingen... en gekozen door zijn gelijken (de bevolking). Het moet niet noodzakelijkerwijze een arts (misschien zelfs helemaal niet) of een verpleegkundige zijn. Waarom geen vrijwilliger? Een gemeentebeambte? Wat tegenstrijdig is met de mening dat het om een beroep gaat.

18 Association des Infirmier(e)s spécialisé(e)s en Education du Patient

Besluiten en vragen als gevolg van de resultaten

Deze studie brengt een reeks vragen en uitdagingen onder de aandacht waarmee men rekening zal moeten houden bij de denkoefening over de nieuwe eerstelijnsberoepen.

De geïnventariseerde functiegroepen, geïllustreerd met internationale ervaringen en besproken met eerstelijns spelers, leiden tot de volgende bedenkingen:

Allround functies voor een globale benadering

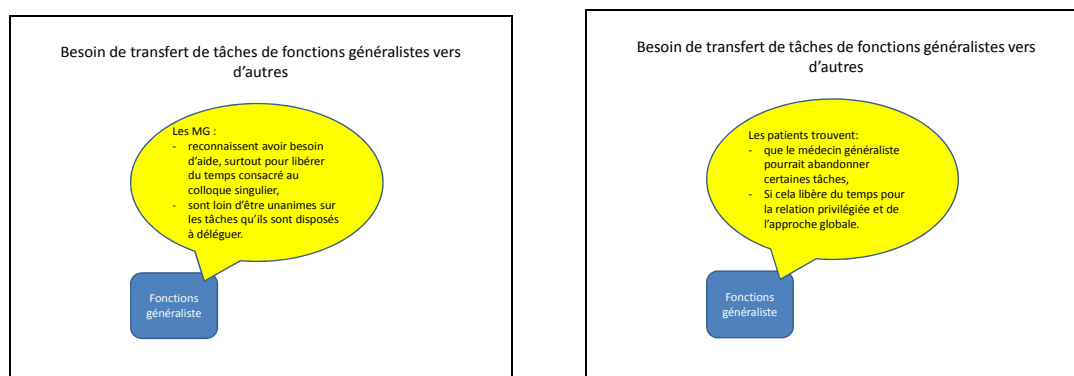
De nieuwe functies zouden de verschillende allround functies moeten versterken die een globale benadering, een begrip van de realiteit van patiënten toelaten.

Een van de vragen gesteld naar aanleiding van het opkomen van nieuwe functies is de toekomst van allround functies (vooral huisarts of algemeen verpleegkundige) tegenover de opkomst van nieuwe functies.

Men ziet namelijk nieuwe, meer gespecialiseerde functies (verpleegkundige diabetes, verpleegkundige geestelijke gezondheid,..) opkomen, eerder gericht op specifieke ziekten en/of bevolkingsgroepen. Deze functies worden vaak vervuld door verpleegkundigen die extra opleidingen hebben gevolgd.

Bovendien komen er functies op die artsen of verpleegkundigen ondersteunen of die activiteiten overnemen die door hen worden gedelegeerd, bijvoorbeeld, de praktijkassistent.

Deze twee types functies (nieuwe en ondersteunende functies) kunnen leiden tot een verandering in de activiteiten uitgeoefend door de “allround” functies, wat niet neutraal en zonder gevolgen is. De huisarts zou ertoe geleid kunnen worden zich uitsluitend te richten op de louter biomedische dimensie van de raadpleging, of de verpleegkundige, bijvoorbeeld, uitsluitend op de aspecten van de zorgcoördinatie. De twee functies zouden een deel van wat hun essentie uitmaakt kunnen “verliezen”, bijvoorbeeld, een zo breed mogelijk beeld van de patiënt. Deze evolutie naar nieuwe verdelingen van bepaalde taken wordt erkend als een behoefte door de huisartsen maar vooral om tijd vrij te maken voor het persoonlijke gesprek. Tezelfdertijd zijn ze verre van unaniem over de activiteiten die ze bereid zijn te delegeren. De verpleegkundigen vragen hun diagnostische en therapeutische bevoegdheidsgebied te kunnen uitbreiden maar ze zijn minder voorstander om als louter administratieve hulpjes van artsen te fungeren. Patiënten vinden ook dat een huisarts zou moeten afzien van bepaalde activiteiten, maar niet ten koste van de bevoorrechte relatie en de globale benadering.



Figuur: wat de huisartsen vinden van de transfer van taken en wat de patiënten ervan vinden

Zo moet de ontwikkeling van specialisaties binnen de primaire gezondheidszorg in vraag worden gesteld: de ontwikkeling van specialisaties binnen de primaire gezondheidszorg draagt het gevaar in zich van “opdeling” van mensen en van hun totaliteit, en van hun polimorbiditeit,

in verschillende ziektegevallen, behandelingsplaatsen, -tijden en -verantwoordelijken, ten koste van de totaliteit en de autonomie van patiënten. Specialisaties zouden nuttig kunnen zijn, maar ze moeten desondanks altijd in vraag worden gesteld, en ze moeten eerder in de ondersteuning van een globale, en dus allround behandeling worden verankerd¹⁹.

In dezelfde zin zal de behandeling met een (kortere of langere) zorgfase 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 totale behandeling. Het kan bijvoorbeeld logischer zijn de globale opvolging van een persoon met een chronische ziekte toe te vertrouwen in plaats van één taak (bijvoorbeeld de bloeddruk nemen) bij de behandeling van personen²⁰.

Tot slot is het belangrijk, op internationaal vlak, het bestaan te vermelden van “algemeen verpleegkundigen” (*nurses practitioners*). Sommige van deze functies zouden een globale benadering van de gezondheidsbevordering kunnen versterken.

De coördinerende functies

Uit de coördinatiefuncties blijkt het belang om eerst na te denken over de organisatie van de interacties tussen ziekenhuis of tweede lijn met de eerste lijn, naast de coördinatie van de eerstelijnszorg.

Hoewel de coördinatie van de thuiszorg geen nieuwe functie is, lijkt ze sinds kort aan belang te winnen. Er komen organisatievormen van zorgverleners tot stand in een netwerk of in een lokaal zorgsysteem (SISD, SEL, zorgtrajecten, netwerken geestelijke gezondheid, ...), die samengaan met de invoering van de nieuwe functies.

Twee sleutelementen die uit deze nieuwe functies blijken, zijn enerzijds de beslissingsmacht die aan de patiënten (of aan hun familie) wordt gelaten, anderzijds hun interactie met de huisartsen en met het ziekenhuis.

Voor de thuiszorgcoördinatie, rond de patiënt (en zijn omgeving) die de belangrijkste beslissingen moet blijven nemen, zorgen de huisarts en de coördinator voor de contacten met het ziekenhuis en de hulp- en zorgdiensten. Het doel zijnde dat zowel de huisarts, de verpleger(verpleegster), de sociaal assistent(e) als de patiënt (of zijn omgeving) op elk moment en meteen indien het dringend is, een beroep kan doen op de ziekenhuisdiensten en op de hulp- en thuiszorgdiensten. Als de patiënt een wijkgezondheidscentrum bezoekt, kan de teamverpleger deze rol spelen. Anders zou het hulp- en thuiszorgcoördinatiecentrum een verpleger voor deze patiënt moeten aanduiden.

¹⁹ Het is het voorbeeld van de eerder genoemde verpleger palliatiefzorgen.

²⁰ Concreet voorbeeld: voor de behandeling van een persoon die aan verhoogde bloeddruk lijdt, maar wiens bloeddruk onder controle is: een piste is een regelmatig bezoek aan de huisarts te voorzien met een voorafgaand optreden door de praktijkassistent voor het nemen van de bloeddruk en andere parameters; in dit geval ziet de patiënt twee spelers voor hetzelfde feit, hij kleedt zich twee keer uit, en verliest eventuele mogelijkheden om met zijn huisarts te praten (terwijl hij de bloeddruk neemt). Een andere, ongetwijfeld betere piste, is de chronische opvolging van deze patiënt met bloeddrukverhoging toe te vertrouwen aan een verpleger, hem een geheel van beslissingsalgoritmes te bezorgen, met veel meer tijd tussen bezoeken aan de huisarts, bijvoorbeeld wanneer de bloeddruk onvoldoende onder controle is, of voor een ander gezondheidsprobleem. Een gelijkaardig voorbeeld op ziekenhuisniveau zou de keuze zijn tussen het verdelen van bedden (en dus van zieken) tussen de verplegers van dienst voor hun globale behandeling, of de verdeling van taken (nemen van de bloeddruk, temperaturen, wassen...) te verrichten op elke verdieping door elke verpleger, waarbij elke zieke meerder verzorgers ziet langskomen...

De aanvullende opleiding en de erkenning van verplegers

De aanvullende opleiding en de erkenning van verplegers staat centraal in het debat: een allround eerstelijnsprofiel herzien?

Een andere erkenning van verplegers en hun aanvullende opleiding staan vaak centraal in het debat over de nieuwe beroepen. In België ziet men de oprichting van opleidingen die leiden tot steeds meer gespecialiseerde profielen. In het buitenland worden profielen van allround verplegers wel degelijk erkend in het bestaande systeem.

Als men hun mening onderzoekt, ziet men dat de verplegers (verpleegsters) vragende partij zijn om meer handelingen te doen die klassiek zijn voorbehouden voor artsen (diagnostische en therapeutische handelingen en opvolging), maar niet bereid zijn de rol van assistenten, hulpjes van huisartsen, te spelen om te doen wat deze laatste niet kunnen of niet willen doen! Er is duidelijk een verlangen naar en een aanspraak op meer erkenning en waardering van hun beroep en van hun functies. Ze willen dat verpleegkunde een competentie van het universitaire type wordt (4 jaar) met een gemeenschappelijke basis van “verpleegkundige algemene zorgen” en meer specifieke specialisaties of oriëntaties naargelang van de diensten waarop ze voorbereiden. De drie besproken functies (“praktijkassistent” in ziekenhuiszorg en in eerste lijn, coördinatie van gezondheidsbevordering) zouden bijvoorbeeld tot deze meer specifieke richtingen kunnen behoren, op voorwaarde ze als dusdanig te erkennen en ze dienovereenkomstig te financieren.

Multidisciplinaire, globale behandelingsteams

Een te versterken “skill-mix”vorm: de invoering 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 gebeuren los van de manier waarop deze beroepen onderling zijn verbonden (de “skill-mix”).

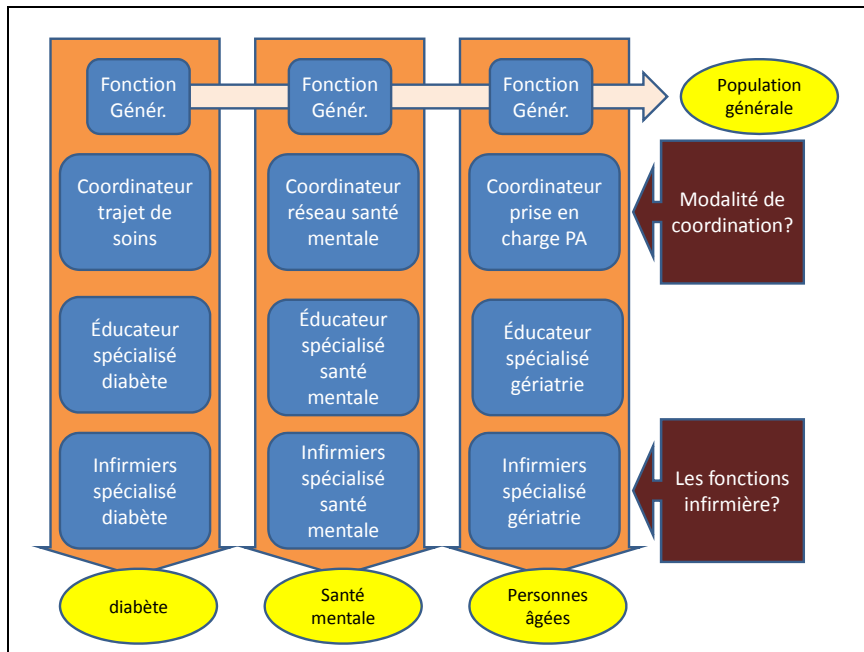
Zo is het interessant op te merken dat de probleemstellingen in verband met de besproken thema’s heel verschillend kunnen worden gepercipieerd afhankelijk van of men in een multidisciplinaire groep (bijvoorbeeld in een wijkgezondheidscentrum) werkt of solo of in een monodisciplinaire groep.

De huisartsen en verplegers van wijkgezondheidscentra ondervinden niet dezelfde behoeften, of met dezelfde intensiteit, op het vlak van delegeren van activiteiten, zorgcoördinatie en gezondheidsbevordering. In de multidisciplinaire teams werden deze vragen in verband met nieuwe beroepen vaak al besproken en werden er innovatieve oplossingen getest. Zo stelt men dat er binnen teams steeds vaker professionals voorkomen, opgeleid en verantwoordelijk voor de gezondheidsbevordering.

Het zou dus zeker nuttig zijn de denkoefening over de nieuwe beroepen te “koppelen” aan de strategieën voor de invoering van twee organisatievormen van de toekomst voor de eerste lijn: multidisciplinaire teams die een verantwoordelijkheid nemen in het zorgaanbod voor een algemene bevolking, of zorgprogramma’s gericht op specifieke ziekten, gezondheidsproblemen of doelgroepen.

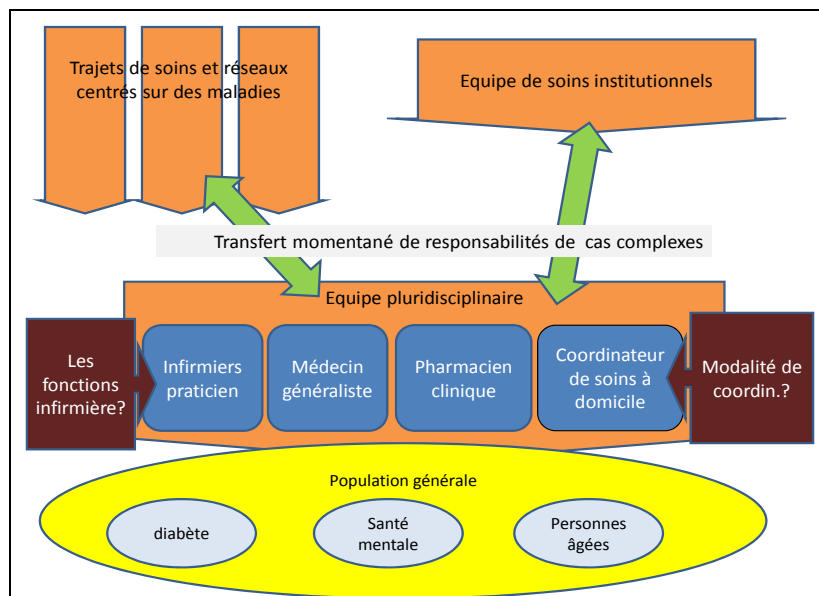
In de “skill-mix” optie die zorgprogramma’s voorziet gericht op specifieke ziekten, gezondheidsproblemen of doelgroepen, (ook “disease management” genoemd), is de interactie tussen professionals gestructureerd rond ziekten of doelgroepen. De professionals hebben de neiging te specialiseren (in het bijzonder de coördinatie- en verpleegfuncties), en de allround

functies nemen een marginale plaats in, ook al zijn ze officieel opgenomen in de verschillende programma's. Deze eerste optie wordt weergegeven in de figuur op de volgende pagina.



Figuur: schema van het scenario "disease management"

De andere optie, waaraan we de voorkeur geven, is die om te steunen op multidisciplinaire primaire zorgteams: de eerste lijn wordt versterkt, als "interface"structuur tussen de bevolking en andere meer gespecialiseerde of institutionele structuren. Het multidisciplinaire team is dus georganiseerd rond een allround functie. Het laat met name toe de link tussen de biogeneeskunde en de gezondheidsbevordering beter te integreren, de zorg gericht op de persoon beter te ontwikkelen²¹.



21 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

De aanpak in zijn context plaatsen

Vetrekken van de bestaande situatie? De aanpak in zijn context plaatsen en rekening houden met percepties van de eerstelijns spelers, inclusief die van de patiënten en burgers.

Uit deze studie blijkt duidelijk dat de vraag van de nieuwe beroepen rekening moet houden met de verschillende realiteiten van het terrein en van de context. Men kan zich bijvoorbeeld niet tevreden stellen met het louter kopiëren van de ervaringen in Nederland (in het geval van de praktijkassistenten) of in Noord-Amerika (in het geval van de "nurses practitioners").

Volgens de bevroegde spelers van de eerste lijn zou men, in plaats van nieuwe beroepen te creëren, beter:

- de bestaande beroepen herwaarderen;
- de profielen herdefiniëren;
- de basisopleidingen en gespecialiseerde opleidingen aanpassen;
- de activiteiten voorbehouden aan de bestaande functies herverdelen;
- beschikken over meer adequate financieringsmiddelen (in het bijzonder het forfaitair financieringssysteem uitbreiden).

Opnieuw, deze aanpassing is wellicht gemakkelijker, daar waar er multidisciplinaire teams bestaan.

Meer op "macroniveau" is het ook belangrijk dit aanpassingswerk te doen via overlegruimtes tussen de verschillende spelers van de eerste lijn. Er bestaan namelijk verschillende meningen tussen huisartsen, verplegers en vertegenwoordigers van patiënten.

De verschillen in mening tussen de drie groepen (en binnen deze groepen) hebben eerder betrekking op de manier om het aanbod te organiseren en op de tweede vraag die gesteld werd in de groepsgesprekken, met name: "wie zou de functies moeten uitoefenen?"

De patiënten zijn verdeeld over de vragen "wie moet wat doen?" om wat ze nodig hebben, mogelijk te maken. Ze blijven heel gehecht aan de bevoorrechte relaties tussen hen en hun huisarts, net als die met de andere tussenpersonen in de ambulante zorg (verplegers, sociaal assistenten, onthaalmedewerkers) en zouden deze relaties niet graag verliezen. Tezelfdertijd erkennen ze echter dat hun huisarts soms te veel werk heeft en te weinig beschikbaar is en dat een verlichting van bepaalde activiteiten de kwaliteit van de aandacht en de tijd die aan hen kan worden besteed, zou kunnen verbeteren.

Aanbevelingen

Een versterking van de allround opleidingen

In verband met de versterking van allround functies die een globale benadering, een begrip van de realiteit van patiënten toelaten.

1. In de primaire gezondheidszorg zou elk beroep een zekere visie en globale competentie in de benadering van de patiënt moeten behouden. Dit werd gezegd door de spelers, aanwezig tijdens de groepsgesprekken: er is de vrees dat door alles te willen delegeren, alles teveel te specialiseren, de patiënt er niet meer wijs uit zal raken... en misschien de professionals zelf ook niet!
2. Het gaat erom functiegebieden te bepalen met betrekking tot types te behandelen personen met gezondheid- en zorgproblemen in de ambulante zorg eerder dan gewoon te bepalen welke handelingen al dan niet kunnen gebeuren door een bepaald beroep. In plaats van de behandeling van een persoon op te splitsen in handelingen, om ze te verdelen tussen verschillende spelers van de eerste lijn, eerder een opeenvolging zien in de behandelingsduur, waarbij verschillende types professionals verantwoordelijkheden nemen voor de behandeling van de persoon op verschillende momenten.
3. Bepaalde professionals zouden meer specifieke competenties kunnen ontwikkelen op bepaalde gebieden, om hun “allround” collega’s van de ambulante zorg bij te staan. Het is het voorbeeld van verplegers gespecialiseerd in palliatiefzorgen.
4. De praktijkassistent (zoals beschreven in Nederland) lijkt een piste die niet moet worden ontwikkeld in dit stadium. Wat niet verhindert de ondersteuning bij administratieve activiteiten van de huisarts, of de onthaalfunctie, te verdedigen.

Een opleiding en erkenning van verplegers

In verband met de aanvullende opleiding en de erkenning van verplegers: ze staan centraal in het debat.

5. De functie van verpleegkundige als speler van de globale behandeling moet worden versterkt. Er moet een groot platform worden ontwikkeld voor een herdefiniëring van de activiteiten die deze professionals zouden kunnen opnemen, alsook van de vereiste deskundigheden om dit mogelijk te maken. Bij voorkeur in overleg met de betrokken spelers en hun collega’s.

Coördinerende functies

In verband met de coördinatiefuncties

6. Lokale, territoriale coördinatoren inzake gezondheidsbevordering zouden toelaten de verschillende spelers, inclusief die van het zorgsysteem, te organiseren in de zin van een positieve gezondheidsontwikkeling op het niveau van een gebied. De functie en de middelen van de CLPS (LOGO) moeten misschien worden ondersteund in die zin.

7. Coördinatieprojecten tussen de eerste lijn en de tweede lijn moeten worden gesteund, bij voorkeur vertrekkende van spelers in de ambulante sector: de SYLOS²² zouden een piste zijn om te ontwikkelen, de SISD en SEL hebben ook een rol op dit gebied.
8. Het bestaande aanbod zou beter moeten worden geëvalueerd: sommige diensten zijn doeltreffender dan andere en ondanks de ingevoerde coördinatiestructuren, blijft deze coördinatie nog te zwak. Een analyse van de bestaande coördinatie diensten zou de verbeteringspistes kunnen duiden. Er zou een fijnere analyse moeten gebeuren van de verschillende percepties en ervaringen tussen de spelers van de wijkgezondheidscentra en de andere professionele organisatietypes.
9. Er zou bijvoorbeeld geacht kunnen worden aan één nationaal telefoonnummer voor sociale hulp en thuiszorg, naar het voorbeeld van de Vlaamse infolijn 1700 van de Vlaamse regering.

Multidisciplinaire groepspraktijken

In verband met de te versterken “skill-mix”vormen

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

De benadering in zijn context plaatsen, rekening houden met de spelers

In verband met het belang om de benadering in zijn context te plaatsen en rekening te houden met percepties van de eerstelijns spelers, inclusief die van de patiënten en burgers.

11. Vooraleer de creatie van nieuwe “beroepen” (opleidingen met toekenning van een diploma en nieuwe barema’s) te overwegen, is het belangrijk voor de overheid om beter de behoeftestaat van de professionals om te antwoorden op de vragen van mensen, te kennen. Het is heel waarschijnlijk dat een betere definitie van de functies, een betere aanpassing van de opleidingen en een betere verdeling van de activiteiten tussen alle bestaande professionals in de eerste lijn adequater zouden kunnen voldoen aan de behoeften en aan de vragen. Het “tekort²³ » aan huisartsen en verplegers is geen afdoende argument om de creatie van nieuwe beroepen te wettigen.
12. Men moet zich buigen over de wens van de verplegers, om meer verantwoordelijkheden te hebben, om deze functie te herwaarderen. In dat verband zou het interessant zijn terug te komen op de 72 aanbevelingen van minister Colla uit de ronde tafelconferentie van 1997 georganiseerd door de FOD-gezondheid en met de sector van verplegers en vroedvrouwen²⁴. Men kan er in het bijzonder al in lezen dat het Koninklijk besluit Nr. 78 van 1974 de nieuwe opdrachten van de **“verpleegkundige als clinicus, coördinator, kwaliteitsmanager, adviseur op het vlak van gezondheid, verantwoordelijke voor de begeleiding, onderzoeker.”** zou moeten omvatten.

²² De SYLOS (Systèmes Locaux de Santé) verwijzen naar onderzoekactie/projecten opgestart in Antwerpen (1995), Brussel (1996) en Malmédy (1999), met het oog op de verbetering van de coördinatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen. Santé Conjugée, Nr. 30, oktober 2004

²³ In plaats van te spreken over een tekort, zou men beter spreken over het gebrek aan beschikbaarheid van diensten tegenover de vraag, niet te wijten aan het absolute aantal professionals maar aan hun beschikbaarheid om te voldoen aan de vragen (weinig optimale verdeling van activiteiten, onvoldoende erkenning van de beroepen, onvoldoende of inadequate financiering).

²⁴ In 1997, na een uitvoerig overlegproces met de betrokken sector, had een “rondetafelconferentie” met meer dan 900 personen, onder het voorzitterschap van de toenmalige minister van volksgezondheid, als doelstelling een globaal politiek kader voor de beroepssector van verplegers en vroedvrouwen te ontwikkelen. Het document dat eruit volgde, bracht 72 resoluties over de volgende thema’s: De verpleegopdracht, de toegang tot het beroep van verpleger en de betreffende voorbereiding, de organisatie van de la verpleeg- en verloskunde, de deelname en het overleg, de kwaliteit en de ethiek.

13. Het overleg met de spelers van het terrein van de eerste en de tweede lijn moet worden versterkt met betrekking tot concrete vragen over het delen van activiteiten, en vanuit een bezorgdheid om de corporatistische standpunten af te vlakken. Ze vragen meer betrokkenheid bij de besprekingen.

14. Om alle spelers die betrokken zijn bij de verdere besprekingen rond de tafel te brengen, zou men middelen moeten vinden om de misverstanden, de a priori en de krampachtige, defensieve en corporatistische houdingen tussen de verschillende bestaande beroepen en binnen deze beroepen zelf te overstijgen. Het valt op, in het bijzonder binnen de groep van verplegers, dat de besprekingen en debatten te vaak plaatsvinden in een klimaat van competitie tussen verschillende beroepen, die eraan houden hun verworven privileges te vrijwaren. Het is in het bijzonder duidelijk tussen artsen en verplegers (verpleegsters). Men moet natuurlijk beantwoorden aan de behoeften, geformuleerd door de professionals van de sector zelf maar het gaat er in de eerste plaats om de behoeften en vragen van patiënten en van de bevolking centraal te stellen.

Voorstellen tot aanvullende onderzoeken

Na het lezen van de resultaten van deze studie, stellen het stuurcomité van de FOD-Gezondheid en de auteurs van deze studie de volgende onderzoekspistes voor:

- Een analyse van het type SWOT²⁵ (sterkten, opportuniteiten, zwakten en bedreigingen) van de mogelijkheden tot omvorming van het huidige gezondheidssysteem tot een systeem gebaseerd op een globaler model dat steunt op multidisciplinaire teams in de eerstelijnszorg.
- Een studie van te ontwikkelen deskundigheden in de basis-, aanvullende en voortgezette opleidingen voor de verplegers noodzaakt om morgen een nog belangrijkere rol te spelen dan vandaag op het vlak van de eerstelijnszorg. Bijvoorbeeld, welke deskundigheden zouden er nodig zijn en dus welke opleiding, om een functie van “allround verpleger in de primaire gezondheidszorg” te versterken?
- Het onderzoek van operationele pistes betreffende het type en de vormen van “skill mix” (van interdisciplinariteit), om een systeem te versterken gebaseerd op multidisciplinaire teams voor primaire gezondheidszorg.
- Een onderzoek, met spelers van het terrein, over een nieuwe verdeling van activiteiten tussen de allround professionals van de eerste lijn: huisartsen en verplegers, bijvoorbeeld.
- SYLOS²⁶, onderzoeksactie/project gericht op een verbetering van de coördinatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen, dat al enkele jaren loopt op verschillende plaatsen (Brussel, Antwerpen, Malmédy), zou voortgezet moeten worden en misschien uitgebreid naar andere gebieden.
- De coördinatie tussen spelers van de 1e lijn en tussen spelers van de 1e en de 2e lijn, samen met een bepaling van het bereik van het aanbod, zou globaal bekeken moeten worden met de federale staten. Deze denkoefening heeft te maken met de territoriale organisatie van het systeem, zowel in de ambulante zorg als voor de ziekenhuissector.
- Een studie gericht op het duiden van mogelijkheden / opportuniteiten om de benadering van het type “disease management” nog beter te organiseren met de benadering “multidisciplinair team voor primaire gezondheidszorg” dat een algemene bevolking behandelt.
- Welke functie van beheerder / begeleider lokale zorgsysteem versterken, om met name een mogelijkheid tot aanpassing van programma’s van het type “P3”, zorgtrajecten, art107 voor specifieke lokale contexten te ontwikkelen? In verband met die vraag, hoe een coherentie garanderen tussen deze verschillende programma’s (vermijden om een coördinatie van de coördinaties te moeten creëren)?
- Er zou een verfijnder onderzoek van de vragen van patiënten en gebruikers moeten gebeuren, bijvoorbeeld, door focusgroepen te organiseren op een grotere schaal dan wat mogelijk was in de onderhavige studie met de twee groepsgesprekken van patiënten.

²⁵ SWOT is de afkorting van *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*

²⁶ De SYLOS (*Systèmes Locaux de Santé*) verwijzen naar onderzoekactie/ projecten opgestart in Antwerpen (1995), Brussel (1996) en Malmédy (1999), met het oog op de verbetering van de coördinatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen. *Santé Conjugée*, Nr. 30, oktober 2004



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
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

www.maisonmedicale.org