

Annexe III

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

P. De Munck, F. Saint Amand, B. Caremans, I. Druyts

Introduction

Sur base des nouveaux enjeux auxquels sera confronté le système de soins de santé en Belgique (y inclus les nouveaux besoins), un inventaire des métiers existants ou en développement en première ligne, en Belgique et dans d'autres pays occidentaux (Europe, Amérique du Nord, Australie et Nouvelle Zélande,...) a été réalisé dans le volet 1 de l'étude. Une description synthétique des contenus de ces métiers (métiers de soins/service et métiers d'appui à l'organisation) a aussi été réalisée dans le cadre de ce premier volet.

A partir des nouvelles fonctions identifiées dans ce premier volet de l'étude et des missions qu'elles remplissent, il était prévu de recueillir l'avis d'acteurs de terrain sur la pertinence de ces nouvelles fonctions ainsi que sur la manière de remplir ces fonctions. Il a été décidé au comité de pilotage du 12 mai 2011 d'organiser 6 entretiens collectifs (EC).

En raison des enjeux actuels et futurs et sur base des premiers résultats du premier volet de l'enquête documentaire (tant en Belgique qu'à l'international), trois types d'acteurs ont été identifiés pour constituer un groupe de discussion : les médecins, les personnels infirmiers, les patients. Ces trois catégories ont constitué respectivement chacune un groupe distinct à la fois du côté francophone et du côté néerlandophone.

Les trois fonctions (métiers ?) retenues par consensus par le comité d'accompagnement pour la recherche dans les EC sont :

- l'assistant de pratique en médecine générale
- la coordination des soins à domicile
- la promotion de la santé (en ce compris la prévention)

Ces trois fonctions (métiers ?) ont été sélectionnées parmi la longue liste des fonctions identifiées en première ligne, en raison d'un certain nombre de critères, comme leur émergence actuelle sur le terrain belge, le rôle important qu'elles jouent déjà (ou pourraient jouer) dans l'offre des soins et services, leur impact possible dans l'amélioration de la qualité des soins et dans la participation possible des services de santé aux actions de promotion de la santé qui dépassent largement le cadre des soins curatifs et préventifs pour s'intéresser aux autres déterminants de la santé dans la communauté.

En Flandre, des assistants de pratique (praktijkassistent) ont commencé à travailler dans des cabinets de médecine générale et une formation est organisée.

Des coordinateurs de soins sont déjà en fonction dans les Services Intégrés de Soins à domicile (SISD), les « *Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT)* » ou les Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML).

Les formations en soins infirmiers se diversifient et, par exemple, des infirmiers spécialisés en santé communautaire sont engagés dans des maisons médicales pour promouvoir, initier, coordonner et/ou gérer des projets de santé communautaire et stimuler la promotion de la santé au sein de ces équipes pluridisciplinaires de première ligne.

Les questions du rôle, de la place et du statut des sages-femmes, infirmiers spécialisés en diabétologie, en oncologie, en gériatrie, santé mentale, etc., dans l'architecture des soins sont loin d'être résolues. Au sein de certains services hospitaliers, des infirmiers ou infirmiers sont nommés « référent » ou « de liaison » avec la première ligne de soins et sont censés mieux organiser le retour du patient hospitalisé vers son domicile lorsque celui-ci nécessite la poursuite de soins chez lui assurés par des soignants de la première ligne.

Les fonctions, le métier et les spécialisations d'infirmier sont largement questionnés et débattus dans le secteur et depuis longtemps¹. C'est la raison pour laquelle ce métier n'a pas été retenu comme métier à soumettre comme tel dans les EC.

Objectifs

L'objectif des entretiens collectifs est de recueillir l'avis d'acteurs prestataires de soins de terrain (médecins et infirmiers), de bénéficiaires (les patients) sur la pertinence de ces nouvelles fonctions qu'on voit émerger dans le paysage de l'offre des soins avec leurs nouvelles missions et sur la meilleure manière de les intégrer dans le système de soins actuel.

L'ambition n'est pas de recueillir des avis représentatifs de l'ensemble de ces catégories d'acteurs, ce qui nécessiterait beaucoup plus de moyens, mais de soumettre à un petit groupe d'acteurs les trois fonctions et/ou métiers émergents sélectionnés,

Ces avis étaient censés contribuer à répondre aux questions suivantes formulées dans le protocole du projet d'étude :

- Quelles évolutions sont à envisager et à préparer pour l'avenir ?
- Comment évoluer de la situation actuelle vers l'avenir ?
- Quelles sont les pistes à proposer aux politiques ?

1 En 1997, suite à un processus de large consultation du secteur concerné, une « conférence table ronde » réunissant plus de 900 personnes, sous l'égide du ministre de la santé publique de l'époque, avait comme objectif de développer un cadre politique global pour le secteur professionnel des infirmières et sages-femmes. Le document qui en a résulté a émis 72 résolutions concernant les thématiques suivantes : la mission infirmière, l'accès à la profession infirmière et la préparation y afférente, l'organisation de la pratique infirmière et obstétricale, la participation et la concertation, la qualité et l'éthique.

Méthodologie

Méthode de recueil

La méthodologie qui a été utilisée pour recueillir les avis et perceptions d'un certain nombre d'acteurs identifiés comme autant de parties prenantes, à savoir les médecins généralistes, les infirmiers et les patients est celle « entretiens collectifs » (EC).

Nous avons respecté les critères reconnus d'organisation des focus group pour nos EC mais vu les moyens limités il n' pas été possible d'organiser plus d'un EC par groupe homogène.

Le comité d'accompagnement a jugé utile d'organiser six groupes :

- Trois EC côté francophone (médecins, infirmiers, patients)
- Trois EC côté néerlandophone (médecins, infirmiers, patients)

Le choix des catégories de public pour les groupes, à savoir un groupe « médecins », un groupe « infirmiers », un groupe « patients » s'est avéré pertinent vu qu'il s'agit d'acteurs concernés en premier chef par les enjeux. Bien entendu, beaucoup d'autres catégories de professionnels de première ligne sont concernées, mais vu la cadre limité de cette étude, il a fallu donner la priorité aux trois catégories précitées.

Chaque EC a duré deux heures (en soirée pour les groupes de médecins et de patients et en journée pour le groupe infirmier).

Chaque EC a été animé par deux experts :

- Un animateur neutre pour introduire le contexte de l'étude et les thèmes abordés, formuler la question de départ et veiller à ce que chaque participant ait l'occasion d'exprimer ses sentiments et perceptions ;
- Un secrétaire pour écouter et n' intervenir qu'occasionnellement pour demander une précision ou rappeler l'une ou l'autre question prévue qui n'aurait pas été abordée, pour noter scrupuleusement et de manière la plus exhaustive possible l'ensemble des interventions et pour veiller au respect du déroulement des séquences de l'EC et du non-dépassement du temps prévu ;
- Les EC ont été enregistrés².

Deux mêmes experts ont mené les trois EC francophones et deux autres les EC néerlandophones.

Les participants ont été rémunérés pour leur participation à raison de 80€ pour les professionnels de santé et de 50€ pour les participants patients.

² En raison d'un incident technique, il n'a pas été possible d'enregistrer les EC des médecins et des patients du côté francophone.

Les participants ont été contactés par téléphone avant l'entretien pour obtenir leur accord, ont reçu un courrier électronique (postal pour certains) leur expliquant le contexte puis un rappel par voie électronique contenant une fiche descriptive des trois fonctions qui étaient prévues pour les échanges lors de l'EC :

- l'assistant de pratique en médecine générale
- la coordination des soins à domicile
- la promotion de la santé (en ce compris la prévention)

Les deux questions posées lors des EC ont été les suivantes :

- En quoi ces trois fonctions vous paraissent-elle pertinentes dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ?
- Qui devrait, selon vous, remplir ces fonctions ?

Formulées telles quelles, les questions posent l'a priori que les fonctions sont pertinentes. C'est un élément important à garder à l'esprit pour l'interprétation des résultats !

Le courrier les a invités à réfléchir au préalable à la première des deux questions : « *En quoi ces fonctions vous paraissent-elle pertinentes dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ?* »

Les EC se sont déroulés selon la séquence suivante :

- Présentation du contexte de l'étude, de l'objectif et des modalités de l'entretien par l'animateur (5 à 10 minutes)
- Tour de table de présentation (lieu de pratique, type de pratique/ lieu de résidence pour les patients) 5 min
- Fonction 1 :
 - Définition formelle de la fonction par l'animateur
 - Première question posée par l'animateur : « *En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ?* »
 - Partage et discussions en groupe
 - Deuxième question posée par l'animateur : « *Si cette fonction est pertinente, qui devrait, selon vous, remplir cette fonction ?* »
 - Partage et discussions en groupe
 - Synthèse (30 minutes)
- Fonction 2 : idem (30 minutes)
- Fonction 3 : idem (30 minutes)
- Synthèse générale et conclusion (10 minutes)

Public rencontré

La **typologie** des participants aux EC retenue a essayé de respecter le plus possible les critères suivants :

- Age : plutôt junior ou plutôt sénior
- Sexe
- Pratique ou usager en Maison Médicale (MM), Wijkgezondheidscentrum (WGC) ou Groepspraktijk³ ou plutôt en Médecine Générale (MG) solo
- Milieu rural (ou semi-rural) ou milieu urbain
- Régions différentes

Les **trois catégories** de participants retenues :

- Médecins généralistes actifs dans les soins ambulatoires
- Infirmiers actifs dans les soins ambulatoires
- Patients

Pour le groupe « médecins » du 21 juin 2011, les 8 participants étaient respectivement :

- Une femme âgée de < 35 ans de MM en milieu urbain (Brabant Wallon)
- Un homme âgé de > 55 ans de MM en milieu urbain (Bruxelles)
- Une femme âgée de < 30 ans de MM en milieu rural (Brabant Wallon)
- Un homme âgé de < 30 ans pratiquant en groupe de MG en milieu rural (Hainaut)
- Un homme âgé de < 30 ans pratiquant en association avec un collègue MG en milieu rural (Brabant Wallon)
- Une femme âgée de > 50 ans pratiquant en association avec un collègue MG en milieu urbain (Bruxelles)
- Une femme âgée de < 30 ans pratiquant en solo en milieu rural (Brabant Wallon)
- Un homme âgé de > de 60 ans pratiquant en solo en milieu rural (Namur)

Pour des raisons de trop grande distance à parcourir pour assister à la séance qui se déroulait à Bruxelles, il n'a pas été possible d'obtenir la participation de médecins originaires du Luxembourg ou de la province de Liège.

Les médecins pratiquant en association avec un (ou plusieurs autres) MG mais pas au sein d'une MM sont considérés comme pratiquant en solo. Les MM offrent une organisation de travail pluridisciplinaire spécifique fort différente d'une organisation en association « monodisciplinaire ».

3 Pour les EC du côté néerlandophone, vu le petit nombre de MM existantes, il a été convenu d'essayer d'avoir des MG travaillant en groupe (groepspraktijk)

Certains médecins ont été sollicités en raison de leur expérience particulière outre leur pratique de médecin généraliste. Un médecin du groupe occupe, outre sa fonction de MG, une fonction de cadre dans une organisation de défense professionnelle des médecins généralistes ; un autre occupe, outre sa fonction de MG, une fonction de coordinateur de soins au sein d'une MM et a beaucoup travaillé, entre autres, sur la promotion de la santé.

Pour le groupe infirmier du 23 juin 2011, les 8 participants étaient respectivement :

- Une infirmière indépendante en fin de carrière, âgée de +/- 60 ans travaillant en équipe d'infirmiers en milieu rural (Brabant Wallon)
- Une infirmière indépendante travaillant en équipe en milieu rural (Brabant Wallon)
- Une infirmière âgée < 30 ans travaillant en MM en milieu urbain (Bruxelles)
- Une infirmière âgée de > 50 ans travaillant en MM (Hainaut)
- Une infirmière licenciée en santé publique, âgée de +/-35 ans travaillant en MM en milieu urbain (Bruxelles)
- Une infirmière spécialisée en santé communautaire âgée de+ /- 35 ans travaillant en MM en milieu urbain (Bruxelles)
- Un infirmier âgé de > 40 ans, directeur des soins d'une fédération d'associations d'infirmiers à domicile (Wallonie-Bruxelles)
- Une infirmière âgée de > 40 ans qui ne travaille pas dans le secteur ambulatoire mais travaillant à l'hôpital comme infirmière de liaison pour la coordination entre l'hôpital et la première ligne dans le suivi des patients (Bruxelles)

Il n'a pas été possible de trouver plus d'infirmiers vu la rareté des hommes pratiquant l'art infirmier particulièrement dans le secteur ambulatoire. La distance a aussi joué sur le recrutement en défaveur de participants issus de régions trop éloignées de Bruxelles où se tenait la rencontre.

Pour les patients du 6 juillet 2011, les 9 participants étaient respectivement :

- Une femme âgée de > 60 ans, patiente d'une MM en milieu urbain (Namur)
- Un homme âgé de > 60 ans, patient d'un MM en milieu urbain (Namur)
- Une femme âgée de > 50 ans, patiente d'une MM en milieu urbain, responsable d'une association de patients (Namur)
- Une femme âgée de > 60 ans, patiente chez un MG pratiquant seul en milieu rural (Brabant Wallon)
- Un homme âgé de > 50 ans patient d'un MG pratiquant en solo en milieu rural (Brabant Wallon)
- Une femme âgée de > 50 ans, patiente d'un MG solo en milieu rural (Namur)
- Une femme âgée de > 60 ans, patiente d'un MG solo en milieu rural et responsable d'une association de patients (Liège)
- Une femme âgée de < 40 ans, patiente d'un MG solo en milieu rural (Namur)
- Un homme âgé de 60 ans, patient d'un MG solo en milieu rural (Brabant Wallon)

Le groupe de patients a volontairement été organisé à Namur vu le nombre de patients volontaires issus de cette région pour participer à cette rencontre.

Le groupe d'âge > 50 ans et les femmes sont largement surreprésentés. La recherche de candidats volontaires a été plus facile dans ce groupe d'âge

Pour le groupe « huisartsen » du 26 juillet 2011 à Wilrijk, les 8 participants étaient :

- Une femme de > de 50 ans pratiquant en WGC, en milieu urbain, en Flandre Orientale et qui a travaillé 9 ans aux Pays-Bas
- Un homme de 30 ans, pratiquant en groupe dans une commune urbaine de la province d'Anvers
- Une femme de < de 30 ans, pratiquant en solo en milieu urbain en Brabant Flamand
- Une femme de > de 40 ans pratiquant en groupe en milieu urbain dans une commune de la province d'Anvers
- Un homme de > de 50 ans, pratiquant en solo en milieu urbain en Brabant Flamand, président d'une Lokale Multidisciplinaire Netwerk
- Une femme de < de 30 ans pratiquant en groupe en milieu rural dans une commune de la province d'Anvers
- Un homme de > de 60 ans pratiquant en solo en milieu rural dans la province d'Anvers
- Une femme de > de 30 ans pratiquant en duo en milieu rural dans la province d'Anvers

Pour le groupe « verpleegkundigen » du 10 août 2011 à Geel, les 8 participants étaient :

- Un homme de > de 40 ans, responsable d'un service de soins infirmiers à domicile en milieu urbain dans la province d'Anvers
- Une femme de > de 40 ans, infirmière solo spécialisée en soins de plaies et en éducation pour diabétiques à domicile en milieu rural et dans un hôpital d'une commune de la province d'Anvers
- Un homme de > de 30 ans, infirmier indépendant à domicile en groupe en milieu rural et infirmier dans un hôpital de la province d'Anvers
- Une femme de > de 50 ans, infirmière à domicile en groupe de 9 infirmiers en milieu urbain dans le Brabant Flamand
- Une femme de > de 30 ans, infirmière dans un service de soins infirmiers à domicile, spécialisée en éducation pour diabétiques, en milieu urbain à Antwerpen
- Un homme de > de 40 ans, infirmier indépendant en groupe de 14 infirmiers en milieu urbain en Brabant Flamand
- Un homme de > de 50 ans, infirmier indépendant en groupe de 20 infirmiers dans une commune semi-rurale de la province d'Anvers
- Une femme de > de 30 ans, infirmière sociale en WGC en milieu urbain dans la province d'Anvers

Pour le groupe « patienten » du 11 août 2001 à Geel, les 8 participants étaient :

- Une femme de > de 20 ans, patiente d'une pratique de groupe, en milieu urbain dans la province d'Anvers
- Un homme de > de 20 ans, patient d'un pratique de groupe, en milieu urbain dans la province d'Anvers
- Une femme de > de 60 ans, patiente d'une pratique en duo en milieu urbain dans la ville d'Anvers
- Une femme de > de 60 ans, patiente d'une pratique solo en milieu urbain dans la ville d'Anvers
- Une femme de > de 20 ans, patiente d'une pratique solo en milieu rural dans la province d'Anvers
- Une femme de > de 50 ans, patiente d'une pratique solo en milieu rural dans la province d'Anvers
- Un homme de > de 60 ans, patient d'une pratique en duo en milieu rural dans la province d'Anvers
- Un homme de > de 60 ans, patient d'une pratique solo en milieu urbain en Brabant Flamand

Résultats

Remarque : tout ce qui est décrit dans ce chapitre reflète les opinions des participants aux entretiens collectifs. Un verbatim exhaustif des entretiens collectifs figure en fin de cette annexe.

Interprétation des entretiens collectifs francophones

Fonction « assistant de pratique » (AP)

Pour le groupe « médecins »

Oui, peut-être, mais !...

Cette fonction semble pertinente a priori pour l'ensemble des médecins du groupe mais pas à n'importe quelle condition ni pour faire n'importe quoi !

Si la plupart des médecins sont unanimes pour en reconnaître l'utilité notamment (et peut-être surtout) en termes de soulagement de la charge du travail d'ordre administratif (gain de temps pour d'autres activités, plus de coups de téléphone durant une consultation,...), il n'y a pas unanimité sur les activités à déléguer. Les médecins ne sont certainement pas disposés à « abandonner » l'entièreté des activités qui font leur quotidien en matière de diagnostic et suivi clinique (mesure des paramètres comme le poids, la TA, l'auscultation cardio-pulmonaire, etc.) et pour les petits actes techniques. Ils tiennent à garder leurs prérogatives en matière de diagnostic-traitement-suivi et ne sont pas prêts à déléguer aux AP autant qu'aux Pays-Bas ou dans d'autres contrées comme en Suède. Les raisons invoquées sont de trois ordres :

- crainte de voir disparaître ces « moments » jugés privilégiés, précieux, opportuns dans le processus de la consultation, du colloque singulier
- crainte de ne plus avoir la vision globale du patient, de son vécu et de ses problèmes
- crainte de céder à la tentation de la rentabilisation (réduction ?) du temps de consultation à tout prix : le temps de consultation chez le MG risque d'être encore plus réduit puisque limité à une démarche « intellectuelle » alors que la délégation de activités techniques à un assistant devrait en principe permettre de consacrer justement plus de temps au patient... ! Mais la finalité recherchée n'est peut-être pas l'efficacité d'un temps de consultation ! Différences de culture médicale avec des pays plus nordiques ? (sic)

Par contre, avoir une personne de plus que le médecin pour accueillir, écouter, (voire examiner partiellement le patient) peut être un plus dans la mesure où ce qu'un patient dit à une infirmière, secrétaire ou accueillante est différent de ce qu'il dit au médecin et peut constituer une information précieuse.

Fonction ou métier à part entière ? La question reste posée !

Qui devrait remplir cette fonction d'Assistant de Pratique ?

Unanimité sur un minimum requis de qualification (et donc une formation de base) pour assurer cette fonction car il faut pouvoir reconnaître des urgences, pratiquer éventuellement des actes techniques, avoir un minimum de sens clinique,...

Une accueillante, une infirmière, une secrétaire médicale, à la base et formée en plus pour devenir assistant de pratique ? A noter qu'on parle surtout au féminin... !

Mais avec quel barème ? Problème jugé délicat par les médecins.

Ce n'est pas la même chose de demander à une infirmière d'assumer des activités administratives que de demander à une accueillante d'assumer des activités d'ordre plus « médical ».

A noter qu'aujourd'hui, certains médecins travaillent avec des stagiaires en MG qui remplissent déjà parfois la fonction d'assistant médical à l'instar de certains services hospitaliers. Si ces médecins devaient à l'avenir devoir se passer de ces stagiaires ils seraient demandeurs d'assistant de pratique. Mais le risque est aussi de n'utiliser les stagiaires que comme assistant de activités « subalternes » durant lesquelles ils n'apprendront pas le métier. Le MG n'assume plus alors sa fonction de pédagogue...mais bénéficie d'une main d'œuvre à bon marché !

Pour le groupe des « praticiens de l'art infirmier »

Les patients ont besoin à la fois de médecins, d'infirmiers et d'accueillants !

Pourquoi créer une fonction/métier qui existe déjà dans les faits ?

Faire plus d'actes « médicaux » oui, mais reconnus officiellement, et pas servir d'accueillante et de secrétaire pour le MG pour des activités administratives !

Les professionnels des soins infirmiers sont demandeurs de pratiquer encore plus d'actes de diagnostic, traitement et suivi de patients, surtout à domicile. C'est une question de reconnaissance des pouvoirs publics de ce qui peut être réalisé dans le cadre de la nomenclature des soins infirmiers (CTAI4). Actuellement, les professionnels de soins infirmiers à domicile réalisent déjà beaucoup d'actes non remboursés dans leur nomenclature. Ils sont donc de fait des « assistants de pratique » (du mois pour la partie « actes techniques ») mais ne se perçoivent pas comme tels. Ils revendiquent eux aussi le droit de réaliser plus d'actes de manière autonome et de déléguer eux aussi un certain nombre d'autres comme les toilettes, par exemple, aux aides-soignants. Ils plaident pour une formation en soins infirmiers de niveau universitaire.

La question de savoir si les praticiens de l'art infirmier se verraient « assister » le MG à son cabinet reste sans réponse unanime et définitive. Ce qui semble ressortir est qu'ils ne sont pas prêts à faire office de secrétaire, d'accueillant ou d'aide-soignant. Pas prêts à faire tout ce que le médecin ne veut plus faire ou n'a plus le temps de faire... Ils ne se voient pas devenir des assistants du MG au cabinet comme les praticiens des soins infirmiers à l'hôpital mais plutôt comme des « *assistants en médecine générale* », à l'instar des « *nurses practionners* » ou « *advanced nurses* » du Canada. La nuance est importante.

Il ressort des échanges une demande de plus de reconnaissance et de valorisation de la fonction actuelle de l'art infirmier et une nouvelle définition des profils. Ils estiment que si la nomenclature était mieux conçue, ils pourraient assumer de manière plus autonome et responsable plus d'actes diagnostiques, thérapeutiques et de suivi et ainsi décharger les médecins d'une part d'actes qui leur est encore réservés.

Une des grandes différences entre la pratique au sein d'une MM et hors MM est qu'en MM les actes infirmiers sont financés au forfait et cela permet de faire plus que ce qui est strictement prévu dans la nomenclature !

4 Commission Technique de l'Art Infirmier du SPF Santé Publique.

En somme, la mise en place de cette nouvelle fonction serait à leurs yeux une mauvaise réponse à une fausse pénurie... !

Qui devrait remplir cette fonction d'Assistant de Pratique ?

Puisque les participants praticiens de l'art infirmier ne voient pas la pertinence de créer un nouveau métier d'AP et si la fonction prévoit des actes techniques médicaux, il est logique que la réponse à cette question soit : seuls des praticiens de l'art infirmier pourraient l'assumer puisque c'est de leur compétence et c'est prévu dans les dispositions légales. Mais la CTAI devrait compléter la liste des actes autorisés et remboursés, idéalement forfaitairement pour ne plus dépendre d'une logique à l'acte qui n'est pas favorable dans la recherche de plus d'autonomie du patient.

Mais les praticiens de l'art infirmier ne sont pas disposés à réaliser des activités uniquement (ou principalement) administratives et/ou d'accueil même si dans certaines MM, par exemple, des infirmières assurent déjà aussi ces fonctions, au moins partiellement.

Autrement dit, si des MG cherchent à se faire « assister », il faudra à la fois des professionnels de l'accueil et du secrétariat et des praticiens de l'art infirmier pour des activités techniques.

Pour le groupe des « patients »

Oui, si cela permet de donner plus de temps au médecin pour une consultation de plus grande qualité !

Mais ...

Pas d'unanimité sur la pertinence de créer un nouveau métier d'AP malgré l'exemple vécu et perçu comme très positif par une des participantes des « assistants médicaux » en Allemagne.

Le plus important est de trouver les moyens pour que le médecin puisse mieux répondre aux attentes des patients en matière d'écoute et de relation privilégiée et personnalisée. Si une aide pour réaliser un certain nombre de petites activités comme la prise de TA, le prélèvement d'urine, le renouvellement d'ordonnance, etc., peut faire gagner du temps au médecin pour qu'il puisse consacrer plus de temps à son patient, alors oui, ce serait une bonne chose.

Mais, à l'instar de certains participants du groupe médecins, certains patients expriment leur crainte de « perdre » quelque chose d'important dans la réalisation de certains actes routiniers par le médecin, occasion de se confier, d'aborder certains sujets. Ils évoquent l'importance de garder la notion de vision globale du patient !

Certains se demandent s'ils feraient confiance à un AP...

Qui devrait remplir cette fonction d'Assistant de Pratique ?

Pas d'unanimité sur cette question mais en tous cas quelqu'un qui a une formation de base suffisante. Soit un infirmier qui est formé à des activités administratives, soit une secrétaire formée à des activités plus médicales. La préférence est donnée plutôt à des infirmiers.

Ce qui importe c'est d'avoir des compétences à l'écoute, en psychologie, à la déontologie, à la réalisation de certains actes techniques médicaux.

Un participant du groupe voit le risque que l'infirmier se prenne pour le médecin !...

Fonction « coordinateur de soins »

Pour le groupe des « médecins »

Pertinent et indispensable !

Améliorer surtout l'existant !

Il ne s'agit pas vraiment d'un nouveau métier ou fonction. Depuis plusieurs années, via des organismes comme les mutuelles, les CPAS ou des organisations de soins infirmiers à domicile, des personnes assurent cette fonction. Ce sont le plus souvent des assistantes sociales ou des infirmières à la base. Dans d'autres pays, c'est ce qu'on appelle les « walking nurses ».

La fonction est essentielle et même si elle se met petit-à-petit en place sous de formes diverses de réseaux, elle ne répond pas encore de manière globale, efficace et suffisante, loin s'en faut, aux besoins des professionnels de 1^{ère} ligne et des patients.

Les MG expriment le besoin de pouvoir faire appel à des services plus polyvalents et pouvant mieux répondre aux urgences. Exemple classique du patient sortant le vendredi de l'hôpital et pour lequel il faut assurer un suivi/accompagnement immédiat dès le week-end !

Les hôpitaux sont d'ailleurs ciblés pour leur manque de collaboration avec les MG. Par contre, la coordination avec des organisations de soins palliatifs est mieux perçue.

Les trajets de soins sont perçus comme un risque de sectoriser la coordination des soins à domicile. Au lieu de prévoir des services de coordination pour tout patient et problème confondus, on risque d'avoir des coordinations spécifiques par catégories : les personnes âgées dépendantes, les diabétiques, les patients atteints d'un cancer en phase terminale, les patients atteints de troubles psychologiques, etc.

Les MG plaident pour des coordinations polyvalentes et payées à la fonction et non à l'acte !

Les MG ont le sentiment que les services d'aide et de coordination sont actuellement dépassés par la demande grandissante et qui ne fera que s'accroître.

La coordination devrait rester centrée avant tout sur le patient, le MG n'est qu'un maillon dans le système dont le rôle est très important mais il ne doit pas être lui-même le coordinateur. Il doit rester l'« avocat » de son patient, celui qui défend ses intérêts et qui apporte sa contribution pour identifier ses besoins.

Deux recommandations :

- Il ne faudrait pas que les services de coordinations se « politisent »
- Les coordinations n'ont de sens que si le dialogue entre médecins spécialistes et généralistes s'améliore

Qui devrait remplir cette fonction de « coordinateur de soins » ?

En tous cas pas les MG !

Le choix des MG va plutôt vers les infirmiers (infirmier social) et les AS pour assurer cette fonction. Il faut avoir à la fois des compétences en matière d'organisation et dans le champ social.

Pas de réponse définitive sur l'organisation qui devrait organiser la coordination : les mutuelles (trop politisées) ?, les centrales de soins ?, les CPAS ?

Peut-être faudrait-il organiser des districts de soins, par commune, par délimitation géographique...

Pour le groupe « praticiens de l'art infirmier »

Pertinent, indispensable, mais cela existe déjà !

Demande de patients ou besoin ressenti par les professionnels ?

Améliorer ce qui est déjà en place...et financé par les pouvoirs publics !

Les infirmiers travaillant à domicile se plaignent d'un manque de coordination avec les services hospitaliers pour les retours à domicile. Mais à l'hôpital, les patients ne signalent pas qu'ils peuvent avoir recours à des services pouvant les aider à trouver les aides nécessaires à domicile, par exemple, lorsqu'ils sont patients d'une MM.

Dans certaines régions, cependant, la coordination semble mieux se passer. Cela peut dépendre d'un SISD à l'autre.

Les AS des services hospitaliers et en ambulatoire sont souvent des aides précieuses pour les infirmiers en matière de coordination.

Les participants perçoivent une rivalité, méfiance, concurrence entre le secteur hospitalier qui souhaite « descendre » en 1ère ligne et le secteur ambulatoire qui souhaite garder ses prérogatives. La question des relations et du champ de compétences et d'interventions entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier est posée. Le fait de travailler au forfait en MM permet de visiter le patient à l'hôpital et de rencontrer l'équipe soignante à l'hôpital.

Les patients n'expriment pas toujours une demande de coordination mais sont souvent très heureux de pouvoir en bénéficier lorsqu'elle est proposée et mise en place.

Qui devrait remplir cette fonction de « coordinateur de soins » ?

De manière unanime : des infirmiers !

Des infirmiers en santé communautaire et des assistantes sociales assurent déjà la fonction de coordination dans les services de coordination.

On pourrait imaginer que les infirmiers en santé communautaire se rendent aussi à l'hôpital pour préparer la sortie des patients et leur retour à domicile.

Il y a donc clairement au sein du groupe une revendication de pouvoir jouer ce rôle ; les infirmiers se perçoivent comme les mieux placées (et formées) pour assumer cette fonction...avec l'aide des assistantes sociales.

Mais il faut distinguer deux niveaux de coordination :

- la coordination des soins centrés sur le patient (case management ou la « gestion de cas ») ; la personne référente connaît bien les problèmes du patient et en est la plus proche et coordonne les soins entre le MG, l'hôpital et les services d'aides et de soins à domicile
- la coordination entre les services d'aide et de soins à domicile entre eux et qui est de la compétence des services intégrés des soins à domicile comme les SISD.

Pour le groupe des « patients »

Pertinent car il est important pour les familles d'avoir une personne qui peut trouver et coordonner tous les intervenants à domicile.

Exemple d'un patient qui a pu ainsi rester 6 ans à domicile grâce à la coordination mise en place par un service de soins palliatifs et continus à domicile.

Autres exemples de services qui mettent en place des outils de coordination comme des cahiers de liaison entre infirmiers et médecins.

Qui devrait remplir cette fonction de « coordinateur de soins » ?

Plutôt les AS qui connaissent bien les différents services d'aides et de soins possibles ;

Pas le médecin même si c'est parfois lui qui joue ce rôle.

Parfois les associations de patients peuvent jouer ce rôle surtout dans le cas de maladies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer.

Fonction « agent de promotion de santé »

Pour le groupe « médecins »

Oui, si la demande émane de la population !

La description de fonction d'un agent de promotion de la santé n'est pas claire. Pas toujours aisé de faire la distinction entre ce qui est du champ du curatif, de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé communautaire.

Les MG estiment ne pas avoir le temps de mener des actions de promotion de la santé autrement qu'à titre individuel lors des consultations, bien qu'il soit en première ligne pour identifier les problèmes de santé communautaire. Exemple, le rôle central joué par un MG lors de la découverte de la pollution liée à la décharge de Mellery. Mais est-ce à eux de le faire ?

Même financée et même en équipe pluridisciplinaire (MM), la promotion de la santé ne se fait pas toute seule s'il n'y a pas un « agent » chargé spécifiquement d'initier des actions et de les coordonner au-delà de ce qu'un MG peut faire tout seul en consultation ; en MM on ne s'est jamais autant occupé de promotion de la santé que depuis que des personnes de qualification diverses (AS, infirmiers) ont été engagées à cet effet. Ce qui ne veut pas dire que les actions qui sont menées rencontrent les résultats attendus partout et chaque fois !

Les MG reconnaissent l'importance de la thématique mais se demandent s'il n'appartient pas plutôt au citoyen de prendre ses responsabilités et d'interpeller les médecins, les CPAS, l'école, etc. et de les impliquer en tant que partenaires et experts dans des actions de santé communautaire.

Les MG identifient aussi un risque que si les services de santé (MG et MM) sont les moteurs de la promotion de la santé, ce soit au détriment d'une prise de responsabilité des pouvoirs politiques ! Comme si on demandait aux citoyens de résoudre des problèmes à la place des pouvoirs politiques. La fonction n'est plus perçue alors comme un contre-pouvoir mobilisateur mais comme un instrument du pouvoir !

Qui devrait remplir cette fonction de « agent de promotion de santé » ?

Les MG ne peuvent faire de la promotion de la santé qu'à titre individuel avec chaque patient qui les consulte. Le DMG+ pourrait être une occasion de stimuler les MG à en faire plus.

Il faudrait quelqu'un qui est formé dans cette discipline (exemple des masters en santé communautaire pour les infirmiers)

Quelqu'un qui est le plus proche possible de la population. La question de sa légitimité est posée s'il fait lui-même partie du système de santé ? La RW délègue la fonction aux ASI (MM) mais est-ce la bonne solution ?

Mais qui sera « patron » de ces agents ?

Pour le groupe « praticiens de l'art infirmier »

Pas nécessaire de créer un nouveau « métier » d'agent de promotion de la santé mais créer plutôt des coordinateurs des actions de promotion de la santé, transversales à toutes les disciplines !

Mieux reconnaître l'existant et mieux le financer !

Veiller à plus de représentations des praticiens de terrain (soins de 1ère ligne) au sein des groupes de discussions sur la question !

La promotion de la santé doit être intégrée dans chaque pratique et doit concerner chaque discipline ; ce n'est pas un métier en soi mais il est pertinent d'avoir quelqu'un qui coordonne les actions de promotion de la santé, par exemple, au sein d'équipe pluridisciplinaires comme les MM.

La 1ère ligne doit être appuyée par la 2ème ligne, les CLPS (Centres Locaux de Promotion de la Santé) qui font le lien entre l'ensemble des acteurs.

Qui devrait remplir cette fonction de « agent de promotion de santé » ?

Ne pas inventer un nouveau métier qui sera moins payé qu'un infirmier « mastérisé » !

Les infirmiers sont formés en promotion de la santé dans leur curriculum de base et peuvent choisir la spécialisation (et le master) en santé communautaire. Elles sont donc positionnées idéalement pour assumer cette fonction. Mais encore faut-il reconnaître la fonction et trouver des financements adéquats !

Nécessité de mettre en place une formation de niveau universitaire pour les infirmiers (4 ans+ une spécialisation, par exemple en santé communautaire et promotion de la santé) ; A condition qu'il y ait des débouchés □ nécessité de « financer » la promotion de la santé !

Mais d'autres professions que celles de l'art infirmier ont accès à ces formations.

Il faut surtout former des coordinateurs d'actions en santé communautaire ! Tous les soignants sont en principe agents de promotion de santé dans l'exercice de leur profession curative même au sein des hôpitaux (AIEP⁵). Ce qui manque c'est une fonction de coordination financée à cet effet et pour laquelle une formation complémentaire est nécessaire.

⁵ Association des Infirmier(e)s spécialisé(e)s en Education du Patient

Pour le groupe des « patients »

C'est un vrai métier, prometteur mais compliqué !

La promotion de la santé touche à beaucoup de domaines qui ne sont pas spécifiquement du ressort des médecins et des services de santé mais du ressort d'autres lieux comme : les écoles, les lieux de travail, les lieux de vie, les administrations communales en tant que lieux de vie et de lien social, les associations de quartier, l'ONE, les CPAS, les crèches, les associations de patient, etc.

Les patients perçoivent surtout le besoin de quelqu'un qui coordonne tout ce qui se fait en promotion de la santé un peu partout.

Qui devrait remplir cette fonction de « agent de promotion de santé » ?

En tous cas, quelqu'un qui a des aptitudes pédagogiques, proche de la population, qui sait communiquer, qui aime les échanges...et choisi par ses pairs (la population).

Pas nécessairement un médecin (peut-être même surtout pas !) ou un infirmier.

Pourquoi pas un bénévole ? Un agent communal ? Ce qui est contradictoire avec le fait d'estimer qu'il s'agit d'un métier.

Interprétation des entretiens collectifs néerlandophones

Dans ces groupes, les questions posées ont été formulées comme suit :

In welke mate zijn dit nuttige functies in de eerstelijnsgezondheidszorg in België ? Bestaan ze al ? Of moeten ze er zeker komen ?

En welke profielen zouden deze functie best invullen ?

Fonction « Praktijkassistent »

Pour le groupe « Huisartsen »

Les MG sont globalement favorables mais insistent sur la nécessité d'un cadre légal si cela se met en place et restent aussi méfiants.

Les médecins ne semblent pas au courant de l'initiative de formation qui a démarré en Flandre et de la possibilité d'engager des AP.

Les médecins sont méfiants quant à cette fonction mais y voient quand même des avantages potentiels, surtout pour mieux servir les patients chroniques et se décharger des appels téléphoniques. Ce serait surtout utile (selon les MG plus anciens) pour des médecins généralistes solos jeunes qui ne bénéficient pas du service d'autres personnes (accueillante, secrétaire, infirmier) surtout en milieu rural. Mais les MG se posent la question de la faisabilité (coût ?) justement en pratique solo. Cela concerne donc moins les médecins généralistes pratiquant en groupe et encore moins les WGC.

Le médecin qui a connu la fonction aux Pays-Bas est, par contre, très favorable au vu de ce qu'il a vécu aux Pays-Bas.

Le fait de pouvoir disposer d'un assistant médecin en formation rend moins utile, voir inutile, l'aide d'un AP.

Ils manifestent des craintes de « perdre » certaines activités. Certains verraient bien attribuer un rôle de « tri »⁶ de patients pour l'AP mais d'autres y voient des dangers.

De plus, en Belgique, il y a un cadre légal très strict qui ne permet pas de déléguer certains actes techniques « médicaux » à du personnel administratif. Si on veut déléguer des actes techniques jusqu'ici réservés aux médecins (ou certains aux infirmiers sous supervision du médecin), il va falloir sérieusement changer la cadre légal.

Si on s'en tient à des activités plus administratives et d'accueil, pas de problème.

Une piste aussi serait de leur attribuer quelques activités dans le cadre du DMG+ (questionnaire, mesure du périmètre abdominal, etc.). *Mais aux Pays-Bas, avec les AP qui préparent la consultation du MG, on voit bien que les patients qui ne voient leur MG que 10 min ne sont pas satisfaits (sic).*

Les médecins ont bien l'impression que si on « invente » cette nouvelle fonction, c'est pour pallier le « manque » de médecins généralistes ou le manque de temps des médecins généralistes. Mais les patients veulent-ils cela vraiment ? Le contexte belge est-il le même qu'aux Pays-Bas ? Pas sûr !

Quelle formation pour un AP ?

Une secrétaire médicale qui est formée pour des petites activités normalement dévolues aux infirmiers ou un infirmier qui acceptera des activités d'accueil et de secrétariat.

Pour le groupe « Verpleegkundigen »

Le groupe voit certains avantages que pourrait apporter la fonction (aux médecins surtout !) mais se pose beaucoup de questions et exprime aussi des craintes

D'où vient cette idée ? Cela répond-il à une demande ? Si oui, de qui ? Finalement ce serait une fonction à la fois administrative, de soins infirmiers et médicaux !

Certaines activités vont trop loin. Exemple : juger de l'urgence d'un cas ! Qui mieux que le médecin peut juger de l'urgence d'un cas ?

Ce qui se fait déjà aux Pays-Bas n'est pas possible dans le cadre légal belge !

La fonction risque d'empiéter sur des domaines dévolus aux médecins et infirmiers. La plupart des activités décrites sont déjà à l'heure actuelle réalisées par beaucoup d'infirmiers, surtout si celles-ci travaillent dans un WGC. Alors, pourquoi créer une nouvelle fonction et a fortiori un nouveau métier ?

Les infirmiers ont du se battre pour leur statut. Il faut avant tout préserver les acquis !

Pourrait cependant être intéressant si les frontières et le cadre légal sont bien délimités

Mais à quel coût ? Surtout pour une pratique de médecin solo !

⁶ Fait référence à la fonction de « gatekeeper » de la première ligne dans la littérature anglo-saxonne

L'AP devrait contribuer à augmenter, par exemple, la permanence téléphonique d'un service 24H/24H mais en même temps on risque alors de favoriser les abus des patients qui en « profiteront » et appelleront sans raison !

Quelle formation pour un AP ?

Un infirmier si on va jusqu'à des actes techniques de type « médical », une secrétaire médicale si on s'arrête à des activités d'accueil et de secrétariat ; Mais un infirmier n'est pas payé comme une secrétaire !

Pour le groupe « Patiënten »

L'AP pourrait faire gagner beaucoup de temps au MG qui pourrait alors se consacrer mieux à son patient et lui accorder plus de temps.

Mais tout dépend de ce qu'on demandera aux AP de faire : enlever un bouchon d'oreille, prendre la TA, pas de problème. Mais pour une injection, il faut un infirmier.

Les patients qui ont connu des AP aux Pays-Bas sont favorables.

Quelle formation pour un AP ?

Si on inclut des actes médicaux, il faudrait que ce soit sûrement un infirmier qui est prêt à accomplir des activités administratives.

Fonction « *Zorgoverlegcoördinator* » (ZOC)

Pour le groupe « Huisartsen »

Le coordinateur de soins : une combinaison de l'assistant social et de l'infirmier social ! Une sorte de sublimation des Samewerkingsinitiatief EersteLijnsgezondheidszorg (SEL's) ?

Informer des droits et des possibilités de services, coordonner, mais ne pas choisir à la place du patient !

Il existe déjà des coordinations de soins via les mutualités, des services de soins palliatifs, des services sociaux, des initiatives privées (*mantelzorg*)⁷, la Croix Jaune et Blanche, les CPAS, les *Lokale Multidisciplinaire Netwerken* (LMN's), etc.

L'important c'est le dossier central du patient à domicile où chaque intervenant peut mettre ses informations qui peuvent être partagées par tous les intervenants.

Mais certaines conditions pour la coordination des soins doivent être respectées :

- Le MG et le patient doivent rester centraux et maîtres des choix
- La coordination doit être strictement indépendante des organismes qui peuvent délivrer des services

⁷ *Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie*

- Il faut fixer les règles et les limites (exemple : que peut-on faire à partir des hôpitaux en collaboration avec les cercles de médecins généralistes, cercles de garde en médecine générale ?)
- Il faut des accords entre les MG et les LMN's

Quelle formation pour un coordinateur de soins ?

En tous cas, ce ne peut pas et ne doit pas être le MG qui soit le coordinateur de soins

Un assistant social avec une année supplémentaire de spécialisation avec des stages dans les organisations de services d'aide à domicile qui existent pour qu'il connaisse bien l'offre de services ?

Ne pas répéter l'erreur de lancer sur le terrain des responsables de trajets de soins sans formation préalable.

Peut-être une piste de pouvoir organiser la coordination à partir des services communaux ?

Pour le groupe « Verpleegkundigen »

Fonction indispensable mais assurée par quelqu'un qui a une formation de base en soins et qui a de l'expérience

Réfléchir à partir du point de vue du patient !

Une coordination idéale des soins : Un rêve inaccessible ?

Fonction très importante qui existe déjà, comme les « sociale diensten van de mutualiteiten », mais qui ne fonctionnent pas bien.

Ce serait idéal si un ZOC pouvait savoir ce qui est déjà organisé pour chaque patient (vue globale) et qui pourrait répondre aux demandes et questions émanant des patients, de leur entourage ou des professionnels intervenant chez le patient.

Nous imaginons trop souvent ce qui serait utile à partir de notre propre cadre de référence et pas assez à partir de celui du patient. Mais attention aux dérives possibles dans les demandes des patients ! Comme ce patient qui dit à l'infirmier : « *Aujourd'hui j'ai fait ma toilette moi-même, peut-être que vous pourriez passer l'aspirateur ?* » !

Importance d'un dossier unique informatisé par patient et un cahier de liaison chez le patient pour la coordination

Un service de coordination pourrait être logé à la commune qui peut répondre à toute question d'ordre social, médical et juridique !

Quelle formation pour un coordinateur de soins ?

Une formation d'infirmier social avec des stages dans la 1ère ligne de soins.

Une expérience préalable de prestations dans les soins de première ligne. Il faut une certaine maturité pour exercer cette fonction. C'est une très bonne voie pour des infirmiers qui ont déjà un long parcours de soins et qui souhaitent prendre un peu de recul par rapport aux prestations curatives très exigeantes et énergivores et qui pourraient mettre leur expérience à profit pour occuper cette fonction. Une bonne solution au burn-out qui guettent les soignants au bout d'un certain temps ! ?

Pour le groupe « Patienten »

Fonction importante dont on a besoin, surtout les personnes plus âgées.

La coordination part souvent de l'hôpital car c'est souvent à partir d'une hospitalisation qu'on se rend compte qu'on a besoin de soins au retour mais ce serait mieux que cela soit organisé en dehors de l'hôpital.

Rôle pour le CPAS, l'assistante sociale, les mutualités, les LMN's ?

Pourquoi pas un numéro d'appel unique comme le 1700⁸ en Flandre ? Les offres de coordination de soins doivent être plus visibles et accessibles

Les pouvoirs publics (fédéraux ou communautaires) doivent réguler l'organisation des coordinations.

Quelle formation pour un coordinateur de soins ?

Un niveau universitaire.

Un assistant social avec un minimum de formation médicale et qui peut comprendre le jargon en termes latins utilisés par les médecins.

Quelqu'un qui peut manager, coordonner et planifier.

Fonction « Community Health Agent »

Pour le groupe « Huisartsen »

Un rôle pour les LOGO's et un job à mettre en place au niveau des communes

Cette fonction, bien que jugée importante, n'est pas bien connue des médecins sauf pour ceux qui travaillent dans des WGC où cette fonction est plus familière.

8 En appelant ce numéro de téléphone, tout citoyen peut poser toute question de 9h à 19h en rapport avec les services des autorités publiques flamandes

Les MG estiment qu'il appartient aux pouvoirs publics et aux administrations communales de promouvoir la santé via, par exemple, les LOGO's⁹ (équivalent des CLPS en Fédération Wallonie-Bruxelles) dont les missions pourraient être élargies. Exemple dans la ville de Vilvoorde où une campagne pour arrêter de fumer a été organisée par le LOGO mais en collaboration avec les MG, un pneumologue, la ville, des travailleurs de la santé, l'hôpital, etc.

La fonction ne devrait pas mettre en concurrence les pratiques de groupe, les WGC et les pratiques solo. Elle pourrait très bien être mise en place au niveau des communes où pourrait siéger et travailler un spécialiste « santé ».

Quelle formation pour un agent de promotion de santé ?

Une personne ou un team rassemblant plusieurs compétences ? Une infirmière ? Un assistant de pratique ? En tous cas quelqu'un qui aura bénéficié d'une formation médicale.

Pour le groupe « Verpleegkundigen »

Une tâche compliquée pour une seule personne !

Fonction importante et trop peu promue ou utilisée et qu'on veut créer peut-être pour pallier l'insuffisance de temps des MG.

Cette fonction qu'on pourrait nommer « *gezondheidspromotor* » devrait être assurée au niveau des communes, des LOGO's, des WGC et des CPAS.

La difficulté est le faible degré de participation des citoyens. Ce sont souvent les mêmes personnes qu'on retrouve partout et pas nécessairement celles qui sont le plus à risque.

Il est important de travailler au niveau le plus local possible et si possible aussi avec quelqu'un issu de la communauté.

Avant, pour le diabète, des réunions étaient organisées pour les diabétiques chez un patient diabétique. C'était en quelque sorte un pionnier des éducateurs pour le diabète. Mais c'était très efficace, avec un impact peut-être plus grand que celui d'un éducateur professionnel pour le diabète, comme aujourd'hui.

La clé c'est l'ancrage au niveau local dans des petits groupes où tout le monde se connaît... comme dans les groupes *Tupperware*®... ! (sic)

Quelle formation pour un agent de promotion de santé ?

Quelqu'un avec des qualités de communicateur, diplomate mais qui ose s'affirmer, qui sait être à l'écoute, qui ait de quoi il parle, ...et qui a le sens de l'humour !

D'abord voir parmi les métiers existants lequel pourrait remplir cette fonction ? Peut-être une occasion pour élargir le champ des infirmiers ! Ou un nouveau rôle possible pour les enseignants en burn-out ?

Pour le groupe « Patiënten »

⁹ Lokale GezondeheidsOverleg

La promotion de la santé oui, mais est-ce une fonction pour une seule personne ?

La promotion de la santé doit partir des autorités et être déclinée localement surtout pour tout ce qui appartient à la prévention au niveau d'une population !

Mais en même temps, la question reste : « *Comment se porte ma communauté ? Qui habite mon quartier ? Qu'allons-nous organiser pour apporter du changement chez nous ?* »

Quel est le meilleur niveau d'intervention ? Ma ville ? Ma commune ? Mon quartier ? Ma rue ?

Beaucoup de monde fait de la promotion de la santé : l'école, les mutualités, les MG, les services sociaux, les « *Centra voor Leerlingen Begeleiding* » (= Centres Psycho-Médico-Sociaux en Fédération Wallonie-Bruxelles), les médias, les panneaux le long des autoroutes, etc.

Mais qui arrive-t-on à toucher les gens ? Comment les intéresser ?

Plus de questions sur le « comment faire » et « qui devrait le faire ? » que de réponses sur la pertinence de cette fonction !

Quelle formation pour un agent de promotion de santé ?

Avant de déterminer ce que devrait être la formation d'un agent de promotion de santé il faut d'abord être persuadé que la fonction est pertinente. Le groupe est loin d'être convaincu !

S'il fallait vraiment définir son profil, le groupe met en avance surtout des qualités humaines. La personne devrait être idéaliste, être un « *levensverbeteraar* » avoir de la maturité, sachant mettre su pied une campagne et qui a gardé un côté naïf (! ?) (sic). En même temps, il devrait avoir des connaissances médicales.

Conclusions générales

Avant de décrire ce qui est perçu par les groupes d'entretiens et au sein d'eux-mêmes, il est important de faire quelques remarques :

- Les participants n'ont pas toujours perçu la différence entre un métier et une fonction. Nous avons convenu de nommer « métier » : toute profession reconnue et sanctionnée par un diplôme au terme d'un certain nombre d'années de formation académique, universitaire ou non. A la différence, dans l'exercice de son métier de base (assistant social, infirmier, médecin, secrétaire, kinésithérapeute, etc.) les professionnels agissant dans le secteur de la santé au sens large, peuvent occuper une ou plusieurs fonctions pas nécessairement directement liée à la définition de leur métier de base. Ainsi un médecin, un infirmier, un assistant social, un secrétaire peut exercer des fonctions managériales, de coordination de soins ou d'animation communautaire. Et une secrétaire accueillante peut, par exemple, être amenée à mener des actions de promotion de la santé.
- La question centrale dans les entretiens était de tenter de savoir si les participants estimaient que pour réaliser un certain nombre d'activités, les métiers existants étaient suffisants ou s'il fallait en inventer de nouveaux comme, par exemple, l'assistant de pratique.
- Les fiches descriptives des trois métiers/fonctions discutés (voir en annexe) distribuées aux participants avant les entretiens, n'ont pas toujours été bien comprises. La fiche « coordinateur de soins » pouvait, par exemple, être comprise comme décrivant la fonction de coordination des soins entre services ou entre praticiens intervenant au sein d'une équipe multidisciplinaire à domicile. Les discussions autour de la fonction de l'agent de promotion de la santé a nécessité des éclaircissements préalables sur ce qu'est en fait la « promotion de la santé », concept qui n'est pas compris de la même manière par tous les acteurs y compris au sein d'un groupe de MG, par exemple.
- La fonction « agent de promotion de santé » (*Gezondheidspromotor* en Flandre) a été traduit pour les entretiens collectifs côté néerlandophone par « Community Health Agent » pour ajouter la dimension de la santé communautaire dans la fonction. Mais ce terme de « santé communautaire » ne semble pas être couramment utilisé en Flandre.

Perceptions communes aux MG, infirmiers et patients

Les activités décrites dans les trois types de fonctions sont jugées comme essentielles à remplir dans l'organisation de l'offre de soins car elles répondent à des besoins des professionnels et une demande des patients.

Certaines de ces activités sont déjà assurées par des soignants de la 1ère ligne mais avec une efficacité très différente en fonction des régions (Bruxelles/Wallonie /Flandre) et/ou des services existants. Beaucoup reste à faire pour améliorer notamment la coordination, la disponibilité des services d'aides et de soins et leur accès. L'idée proposée d'ailleurs du côté néerlandophone serait de créer un numéro national unique d'appel téléphonique comme le 1700, par exemple, du gouvernement flamand.

Plutôt que de créer de nouveaux métiers, il vaudrait mieux :

- revaloriser les métiers existants ;
- redéfinir les profils ;
- adapter les formations de base et spécialisées ;
- redistribuer les activités dévolues aux fonctions ;
- disposer de moyens de financement plus adéquats (notamment étendre le système de financement au « forfait »).

Pour la coordination des soins au domicile, autour du patient (et de son entourage) qui doit rester maître des décisions, le MG et l'infirmier de coordination assurent les liens avec l'hôpital et les services d'aide et de soins. Le but étant que tant le MG, l'infirmier, l'assistant(e) social(e) que le patient (ou son entourage) puisse à tout moment et sans délais, si c'est urgent, faire appel aux services hospitaliers et aux services d'aides et de soins à domicile. Si le patient fréquente une MM ou un WGC, c'est l'infirmier de l'équipe qui peut jouer ce rôle. Sinon, le centre de coordination des aides et soins à domicile devrait déléguer un infirmier « référent » pour ce patient.

Perceptions différentes selon les MG, infirmiers et patients

Les différences d'opinions entre les trois groupes (et au sein de ceux-ci), portent plutôt sur la manière d'organiser l'offre et sur la deuxième question qui était posée, à savoir : « qui devrait remplir les fonctions ? »

Les MG reconnaissent avoir besoin d'aide, surtout pour libérer du temps consacré au colloque singulier, mais en même temps ils sont loin d'être unanimes sur les activités qu'ils sont disposés à déléguer.

Les infirmiers sont demandeurs de prester plus d'actes classiquement réservés aux médecins (diagnostiques, thérapeutiques et de suivi), mais ne sont pas prêts à jouer le rôle d'assistants, auxiliaires des MG, pour faire ce que ces derniers ne peuvent ou ne veulent plus faire ! Il y a manifestement une aspiration et une revendication à plus de reconnaissance et de valorisation de leur métier et de leurs fonctions. Ils aspirent à ce que l'art infirmier devienne une compétence de type universitaire (4 ans) avec un tronc commun de « praticien infirmier de soins généraux » et des spécialisations ou orientations plus spécifiques selon les fonctions auxquelles ils se destinent. Les trois fonctions explorées (« assistant de pratique » en soins hospitaliers et en première ligne, coordination des soins et promotion de la santé) feraient par exemple partie des ces orientations plus particulières, à condition de les reconnaître comme telles et de les financer en conséquence !

Les patients sont partagés sur les questions de « qui doit faire quoi ? » pour que ce dont ils ont besoin soit disponible. Ils restent très attachés aux relations privilégiées entre eux et leur MG, tout comme celles avec les autres intervenants en ambulatoire (infirmiers, assistants sociaux, accueillants) et n'aimeraient pas perdre ces relations. Mais en même temps, ils reconnaissent que leur MG est parfois débordé et trop peu disponible et que le décharger de certaines activités pourrait améliorer la qualité de l'écoute et le temps qui peut leur être consacré.

Différences entre pratiques en MM et en « solo »

Il est manifeste que les problématiques liées aux thématiques abordées peuvent être très différemment perçues selon qu'on pratique ou qu'on consulte en MM ou ailleurs (solo).

Les MG et les infirmiers de MM ne ressentent pas les mêmes besoins, ou avec la même intensité, en matière de délégation des activités, de coordination des soins et de promotion de la santé. Ce qui explique ces différences :

- la pluridisciplinarité au sein des équipes des MM
- l'accueil qui est toujours une fonction bien présente, organisée et déterminante
- le fonctionnement au forfait
- l'existence de plus en plus fréquente au sein des équipes de professionnels formés et responsables de la promotion de la santé

Particularités exprimées dans les Entretiens Collectifs néerlandophones

Les groupes ont plus insisté sur la nécessaire adaptation du cadre légal de l'exercice des pratiques actuelles si on souhaite élargir le champ de compétences des infirmiers pour des activités jusqu'ici réservées aux médecins. De même si on veut attribuer à des secrétaires, accueillantes ou assistants de pratique des activités, jusqu'ici attribuées aux infirmiers.

Les groupes ont plus insisté sur les coûts que pourraient engendrer la création de nouvelles fonctions et à fortiori de nouveaux métiers qualifiés et donc d'un financement INAMI.

Les MG néerlandophones ont insisté sur la nécessité d'accords formels entre la première ligne (Les MG) et les hôpitaux pour convenir de qui fait quoi et comment pour la coordination des soins à domicile.

Les groupes ont insisté sur l'indispensable indépendance (neutralité) dans l'offre de services aux usagers pour l'aide à domicile. Ce serait aux pouvoirs publics fédéraux et locaux de prendre la responsabilité d'établir et de rendre très facilement disponible la cartographie des services existants (numéro de téléphone unique, par exemple) et à l'utilisateur de faire son choix en toute liberté. Il y a en effet un risque, selon eux, qu'une personne soit tentée de changer de mutualité si, en fonction de ses besoins, sa mutualité ne peut pas répondre.

Recommandations

- Avant d'envisager la création de nouveaux « métiers » (formations diplômantes et nouveaux barèmes), il nous semble important pour les pouvoirs publics de mieux connaître l'état de besoins exprimés par les professionnels et des demandes de la population en matière de coordination des soins et de promotion de la santé. Il est fort probable qu'une meilleure définition des fonctions et une meilleure répartition des activités entre tous les professionnels de santé de 1^{ère} ligne pourrait répondre plus adéquatement aux besoins et aux demandes. La « pénurie¹⁰ » des MG et des infirmier(e)s n'est pas un argument suffisant pour justifier la création de nouveaux métiers.
- Les acteurs rencontrés dans ces entretiens collectifs semblent tous reconnaître que chaque métier devrait garder une certaine vision et compétence globale dans l'approche du patient. Il y a des craintes qu'à force de vouloir tout déléguer, tout hyperspécialiser, le patient ne puisse plus s'y retrouver... et peut-être les professionnels eux-mêmes non plus !
- L'offre existante devrait être mieux évaluée : il y a des services plus efficaces que d'autres et malgré des structures de coordination mise en place, cette coordination reste encore beaucoup trop faible. Une analyse de la qualité des services existants permettrait d'identifier les pistes d'amélioration. Une analyse plus fine des perceptions et vécus différents entre les acteurs de MM et les autres devrait être réalisée.
- La concertation avec les acteurs de terrain de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne doit être renforcée. Ils sont demandeurs de plus d'implication dans les discussions.
- Il serait intéressant de revisiter les 72 recommandations du ministre Colla issues de la conférence-table ronde de 1997 organisée par le SPF-Santé Publique pour et avec le secteur des infirmiers et sages femmes¹¹. On peut déjà y lire, notamment, que l'Arrêté Royal N° 78 de 1974 devrait inclure les nouvelles missions du « **praticien infirmier en tant que clinicien, coordinateur, manager de la qualité, conseiller en matière de santé, responsable de l'accompagnement, chercheur.** ». Où en sommes-nous aujourd'hui dans l'adaptation du métier aux nouvelles exigences et besoins en première ligne ?
- On parle beaucoup de féminisation de la profession de médecin. Lorsqu'on a parlé dans les groupes des soins infirmiers, du service social, de l'accueil et du secrétariat, il est frappant que le féminin est pratiquement toujours spontanément utilisé, comme si ces métiers étaient par prédilection avant tout destinés aux femmes. Pourquoi les hommes sont-ils si peu tentés par ces professions ? La question mérite d'être plus explorée et documentée.
- Ne faudrait-il pas envisager de définir des champs de problèmes de santé et de soins en ambulatoire plutôt que de simplement identifier les actes pouvant être ou ne pas être réalisés par telle ou telle profession ? Exemple : dans le cadre d'un suivi de patient

10 Plutôt que de parler de pénurie, il vaudrait mieux parler de manques de disponibilité des services par rapport à la demande due, non au nombre absolu des professionnels mais à leur disponibilité pour répondre aux demandes mauvaise répartition des activités, reconnaissance insuffisante des professions, financement insuffisant ou inadéquat).

11 En 1997, suite à un processus de large consultation du secteur concerné, une « conférence table ronde » réunissant plus de 900 personnes, sous l'égide du ministre de la santé publique de l'époque, avait comme objectif de développer un cadre politique global pour le secteur professionnel des infirmières et sages-femmes. Le document qui en a résulté a émis 72 résolutions concernant les thématiques suivantes : la mission infirmière, l'accès à la profession infirmière et la préparation y afférente, l'organisation de la pratique infirmière et obstétricale, la participation et la concertation, la qualité et l'éthique.

diabétique à domicile on pourrait réfléchir sur ce qu'exige ce suivi (diagnostic, traitement, renouvellement de prescriptions, etc.) et voir comment le praticien de l'art infirmier à domicile, par exemple, pourra l'assurer, en complémentarité avec d'autres experts, comme les soignants des hôpitaux, le MG et autres.

- Pour mettre autour de la table, tous les acteurs concernés dans la poursuite des discussions, il faudrait trouver les moyens de dépasser les malentendus, les a priori et les positions crispées, défensives et corporatistes entre les différentes professions existantes et au sein même de celles-ci. Il est ressorti, particulièrement au sein du groupe infirmier, que les discussions et débats ont trop souvent lieu dans un climat de compétition entre professions différentes qui tiennent à préserver leurs privilèges acquis. C'est particulièrement évident entre médecins et infirmiers. Il s'agit bien sûr de répondre aux besoins exprimés par les professionnels du secteur eux-mêmes mais il s'agit avant tout de mettre au centre les besoins et demandes des patients et de la population.
- Pourquoi ne pas réfléchir à la mise en place d'un numéro de téléphone unique valable dans tous le pays et un site web unique qui pourrait répondre à toute question de tout citoyen en rapport avec une demande d'aide à domicile et qui mettrait à disposition la cartographie des services sociaux et de santé par commune.

Compte-rendu des groupes d'entretiens collectifs

Compte-rendu des groupes d'entretiens collectifs francophones

Compte-rendu du groupe « médecins »

Fonction « assistant de pratique »

Il faut spécifier que la fiche descriptive (voir p34 dans rapport global au chapitre 2 : description de fonction) était divisée en deux parties, la première décrivait l'assistant de pratique plutôt comme un appui au MG pour des activités administratives, logistiques et d'accueil/information aux patients, la seconde décrivait les activités dévolues aux assistants de pratique aux Pays-Bas et qui sont beaucoup plus larges, comprenant des actes diagnostiques et thérapeutiques réservés en Belgique au corps médical ou infirmier.

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

Pourrait être pertinent car :

- Fonction extrêmement intéressante pour assumer des activités qu'on ne pourra plus assumer en cas de pénurie de médecins
- Le travail administratif représente une grosse perte de temps. Déléguer ce travail nous permettrait un gain de temps
- Si pas d'infirmière ni d'accueillante à disposition, la délégation de activités administratives est tout à fait « bénéficiaire » (ndlr = bienvenue, de grand bénéfice)
- (Ce serait) un gros atout (de pouvoir se faire aider) d'une telle employée : bien connaître les patients, pas de qualification nécessaire. Gain de temps certain. 15 minutes (de consultation) par personne quand tout est préparé : 1 patient à la fois et pas de téléphone durant la consultation !
- Au début, je prenais le téléphone moi-même mais source de stress ! Avec une secrétaire, si urgence elle renvoie vers moi. Depuis, 15 à 20 minutes pour le patient = gain en confort pour les deux
- Payer quelqu'un qui a fait 9 ans d'études pour faire certains actes, c'est stupide au niveau coût. Déléguer les activités que le médecin ne doit pas absolument faire, c'est bien. Voir l'exemple de la Suède. Les rhumes sont pris en charge par les infirmières et plus par les MG. Déléguer certains problèmes de santé, plutôt que certains actes
- Système de soins plus efficient avec assistants de pratique

Mais :

- Pour des activités administratives OK mais pas pour des activités de diagnostic, traitement, suivi, etc. tel que décrit dans les activités des AP aux Pays-Bas
- La réalisation des petites activités par le MG lui-même est aussi un moment plus « relax » dans une journée bien chargée
- Si les MG n'ont plus d'espace de rencontre pour faire des banalités avec le patient, il risque de perdre la vision globale du patient
- Pendant la prise de sang, la prise de poids, la prise de la tension... On peut échanger des banalités qui sont très révélatrices de ce que le patient vit

- Il y a des silences dans une consultation qui sont autant de moments relaxants
- Le temps pendant lequel les patients se déshabillent peut être mis à profit pour l'observer
- Risque de chercher avant tout une certaine « performance » dans l'organisation au détriment d'autres éléments de qualité
- Dans les pratiques de groupe, là où il y a des assistants de pratique, le temps de consultation est réduit à 5-10 minutes. Pourquoi ? Parce que la consultation est élaguée ? Parce que les assistants de pratique récupèrent leur travail ?
- Pourquoi inventer un nouveau métier ? N'est-ce pas parce qu'il y a pénurie d'infirmières alors qu'il faudrait peut-être d'abord agir sur la problématique de la pénurie d'infirmières ?
- La lecture des résultats est à conserver par les médecins parce qu'elle permet d'avoir une vision globale du patient. Si on fragmente tout, ce ne sera plus de la médecine générale. Le changement peut faire peur aussi
- On perd la relation de MG avec le patient si on ne prend pas le temps de communiquer durant l'examen du patient. Pas de souhait de tout déléguer parce que le médecin perd beaucoup du suivi du patient : surtout la deuxième partie du document
- Pour établir un diagnostic il faut au moins une communication et une réflexion de minimum 10 à 15 minutes. Prendre les données soi-même permet d'y réfléchir
- Comment gérer un AP dans une pratique solo ? Les actes sont techniquement « déléguables » mais on n'y tient pas trop parce que risque de perdre trop de choses
- Sur de longues périodes d'affilée, quand on voit 1 patient toutes les 20 minutes, on devient déjà fou et si le rythme doit s'accélérer risque de burn-out pour les médecins. Ne garantit pas de procurer de meilleurs soins. Risque de ne pas tenir le coup
- Risque de travailler sur des dossiers et plus sur des patients
- Déléguer certains problèmes de santé, plutôt que certains actes
- Système efficient si possible mais c'est en cascade parce que des spécialistes font des actes de généralistes : frottis de col...
- En équipe et/ou en maison médicale, on ne voit pas où mettre cette fonction et ce qu'elle apporterait de plus ; ces activités sont assumées par l'accueillante ou la secrétaire ou l'infirmière
- Nécessité de redéfinir les missions de chaque ligne de soins
- Penser que lorsqu'on emploie quelqu'un, il faut aussi du temps pour gérer cet emploi. Ne pas avoir un truc en plus qui ne fonctionne pas
- Dans un acte anodin comme une prise de sang, on parle beaucoup, et on peut apprendre
- Si ce n'est plus le MG qui ressent les problèmes sous-jacents à la plainte, l'assistant de pratique devrait aussi avoir cette compétence comme s'interroger sur une répétition de viroses. Ne pas perdre cela. Ne pas perdre ce que l'on peut découvrir durant une consultation
- Avoir une secrétaire, une accueillante, c'est une force : elle a l'oreille pour cela. Les gens aiment cela. Beaucoup se négocie avec elle. Ce sont des perles rares
- Pratiquement avoir quelqu'un dans ses pieds, il faut aussi pouvoir s'habituer. Ca devient un peu comme à l'hôpital ou on passerait d'un patient à l'autre

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Quelqu'un de qualifié comme une infirmière qualifiée mais pas une secrétaire, parce qu'il faut pouvoir reconnaître des urgences
- Des personnes qui ont un certain sens clinique
- Avoir une formation d'accueillante
- Il faut une formation de base, un profil. En faire un métier ou une spécialisation d'un métier existant
- Secrétaire médicale formée à l'écoute
- Vraie question posée : métier de base et puis la pratique. Si cela devient un métier à partir de quel cursus ? Aux Pays-Bas, 62 sous spécialités d'infirmières parmi lesquelles les assistants de pratique
- Partagé sur le fait d'en faire un métier à part
- Si les deux volets : un métier à part entière ou alors un infirmière qui aime faire de l'administratif
- Soit demander à une secrétaire d'avoir une formation en actes techniques ou une infirmière d'avoir une formation administrative
- Problème très complexe pour pouvoir déterminer un niveau de barème. Avoir quelqu'un qui a une certaine autonomie pour faire une grosse partie du boulot. Au moins infirmière si pas infirmière spécialisée
- Danger d'utiliser les assistants de MG pour cela : se fait déjà un peu maintenant par rapport aux actes techniques comme ECG qui permet aussi un travail pédagogique. Si plus d'assistant en MG, ce serait bien de le déléguer à quelqu'un d'autre
- Clarifier d'abord ce qu'on pourrait déléguer et ce qu'on ne veut pas déléguer
- Ce n'est pas dans notre culture. Plus nordique sans doute ; le wallon ne cherche peut-être pas l'efficacité avant tout...

Fonction « coordinateur de soins »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

Pertinent car :

- Important d'avoir une bonne vision en prévention dans cette fonction (nb : cela manque dans la fiche) comme évaluer le risque de chute à domicile ; permet une vision globale, c'est très bien
- En BW ECOSSAD¹² remplit cette fonction qui permet de travailler en réseau

12 Espace de Concertation pour la COordination des Soins et Services A Domicile (service intégré des soins à domicile du Brabant Wallon)

- Les trajets de soins à Bousval permettent cela aussi : une infirmière fait la coordination entre le patient, le MG et les spécialistes
- Fonction qui existe depuis longtemps. Assistante sociale payée par le CPAS pour faire de la coordination pour le maintien à domicile
- Les mutuelles ont des coordinatrices avec participation des MG. Les soins à domicile infirmières sont coordonnées par l'ASD-Croix jaune et blanche
- Fonction pertinente, c'est ce qu'on appelle les « walking nurses » : infirmiers ou AS qui font tout cela
- Ca existe mais c'est un peu fouillis et il y a différents réseaux selon les problèmes : diabète, personnes âgées, ce qui n'est pas l'idéal. Le MG reste trop sur son piédestal pour le patient sans doute parce que le patient a confiance en lui mais le MG doit pouvoir passer le relais à un coordinateur
- Le demandeur doit rester le patient avec son MG
- Le MG conserve une place importante mais pas centrale. Le MG n'est pas un coordinateur de soins à domicile.
- Quand on demande cela à une mutuelle, le suivi n'est pas « là »
Par contre les soins palliatifs fonctionnent très bien. C'est une vraie référence en 2ème ligne. Ils organisent très bien, font appel et délèguent. Cela marche très bien. Il y a aussi une philosophie et une sensibilité qui les rendent très attentifs. Comme chez Omega... Ils ne sont pas payés à l'acte mais à la fonction
- Les réseaux multidisciplinaires peuvent faire de la bonne coordination, si on s'émancipe des trajets de soins au risque de tout sectoriser. A Bruxelles et ailleurs, les Centres des Services de Soins à Domicile ne marchent pas : pas de coordination et cela foire et le MG ne sait pas où s'adresser, on n'est moins compétent pour le faire, mais ça prend le temps. Le médecin doit être l'aiguilleur, l'avocat de son patient
- Pertinent, répond à un besoin mais question sur l'autorité de cette fonction : quelle autorité face au médecin généraliste ?
- Pas de risque de concurrence, besoin des MG. Mais les services doivent pouvoir répondre à l'urgence. Ca ne va pas quand on doit attendre 5 semaines pour avoir une aide familiale
- Vu l'augmentation des maladies chroniques, l'augmentation du vieillissement de la population et les souhaits du maintien à domicile, cela devient indispensable
- Rôle de coordination entre l'hôpital et le domicile : prévoir la sortie des hospitalisations qui deviennent de plus en plus courtes
- Actuellement les MG ne sont jamais sollicités par les AS des services sociaux des hôpitaux ou très rarement, mais plus souvent par les AS des CPAS.
- Dans le semi-rural, les relations sont plus personnalisées et cela permet de bien se connaître
- Cela marche bien quand on connaît son AS
- Faillite des services de soins à domicile car trop de travail et ne s'en sortent plus. Sont souvent en burn-out et ne savent plus se soucier des patients, alors que le MG a des besoins urgents pour des patients maintenus à domicile

Mais :

- Que ce ne soit pas politisé !
- Le métier et la fonction n'ont de sens que si le reste suit : or il y a des services qui sont dépassés. Le dialogue entre les spécialistes et les généralistes est important aussi

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- La formation de base : le champ infirmier ou AS - infirmière sociale - parfois l'accueillante fait du lien entre les secteurs mais pour laisser le patient au centre c'est le mieux fait par les infirmières et AS.
- Une AS ou un infirmière social. Avoir une priorité sociale
- Savoir faire en management
- Employés par qui ? Les mutuelles (trop politisées), les centrales de soins, les CPAS... Par district de soins, par commune, par délimitation géographique... ?

Fonction « agent de promotion de la santé »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

Problèmes conceptuels :

- Beaucoup de flou entre les fonctions de prévention, de promotion, du curatif, de la santé communautaire... Difficile de distinguer les différences entre promotion de la santé et santé communautaire
- Le document décrit la fonction d'un agent de santé communautaire
- La FMM se réfère à la charte d'Ottawa pour définir la promotion de la santé

Pertinent car :

- Les MG sont en première ligne pour faire un diagnostic communautaire des problèmes de santé des patients mais ils n'ont du temps que pour l'individuel et pas pour le collectif. Cela donne du sens à cet agent pour la participation du patient et du réseau
Exemple : ce qui s'est passé à Mellery : quand constat fait par des MG, c'est l'un d'entre eux qui a fait le lien entre tous et la population pour rassembler. Mais un agent de promotion de la santé aurait eu sa place.
- Un MG hors MM travaille de 12 à 14h par jour pour du curatif donc pas le temps de consacrer quoi que ce soit à cela. Mais une patiente a mis sur pied un projet de quartier de développement durable. Mais les MG n'ont rien pu faire dans cette action sauf aller voir l'hôpital du quartier pour faciliter les relations entre les patients et les spécialistes
- C'est utile. La priorité est le curatif, et la promotion de la santé ne se fait pas toute seule même avec un financement dans les MM. Ce n'est pas la priorité dans une équipe pluridisciplinaire mais les projets émanent d'une équipe qui s'occupe du curatif
- Et le patient dans tout cela ?
- Le patient est responsable de sa santé. Est-ce qu'il ne doit pas se responsabiliser et aller vers ces structures ?
- En solo, la promotion de la santé est juste possible de façon singulière en consultation. On fait souvent de la promotion de la santé sans le savoir lors d'une consultation

- Faut-il une fonction de ce type ? Oui, si la demande vient de la population
- En maison médicale quand sont engagés des agents de promotion de la santé, la santé communautaire se développe très vite. La santé communautaire s'adresse à beaucoup de déterminants de la santé sur lesquels les MG ne jouent pas. Actions locales partant des citoyens. Actes de citoyenneté
- En MM nous sommes obligés d'en faire et de les structurer. Cela a sa place dans une pratique pluridisciplinaire. Ce serait bien d'avoir quelqu'un qui fasse les liens entre l'école, le CPAS, les autres médecins... Cela a sa place
- Quand il y a un conflit dans le quartier, le MG en entend parler par les patients mais n'a pas de prise sur ce phénomène : prégnant ou pas ? Voudrait pouvoir être capable de dire s'il y a un problème spécifique comme du harcèlement dans une école... Besoin de quelqu'un pour faire cela quand le MG travaille en groupe hors maison médicale
- Pouvoir vulgariser les informations aux patients : difficile de le faire passer au niveau des patients. Par exemple informer sur le diabète les patients diabétiques
- Pour reléguer une information au sein de la localité aux MG et à la population
- Fonction locale : information générale de cet agent vers les patients et en partenariat avec les MG de la localité ; on peut aboutir à du dépistage. Le médecin et le patient sont gagnants

Mais :

- Fonction piège : aspect politique. On dépiste des choses, donne une vision locale, communautaire, mais on peut mettre l'accent sur la résolution des problèmes par la population et on fait l'économie du débat parce que c'est le politique qui devrait plutôt résoudre ce problème.
- Instrument du pouvoir pour ne pas agir au niveau politique

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Un agent de promotion de la santé ne devrait pas être bombardé pour la population mais cela devrait émaner d'une première ligne pour s'intégrer dans la population. C'est ce qu'on voit en maison médicale
- Il existe des infirmières formées dans ce domaine : spécialisation et master en santé communautaire
- Qui va être le patron de cette personne ? Qui va la gérer ?
- Créneau pour cela : la RW délègue les ASI pour remplir ces missions et les MM acceptent de jouer ce rôle-là
- Où les met-on dans notre système et quelle est son indépendance politique ?
- Le MG est le meilleur agent de la promotion de la santé qui doit surtout être individuelle et pas collective. Les MG doivent faire de la promotion de la santé sur mesure pour chacun en individuel. C'est celui qui est le mieux placé
- Le DMG+ n'est pas une mauvaise idée et peut aller dans ce sens si ça ne se limite pas juste à recevoir 10 euros en plus

Compte-rendu du groupe « infirmiers »

Fonction « assistant de pratique »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

- Ressemble à la fonction d'accueil en maison médicale pour la 1ère partie (plus administrative), fonction très importante. Mais la 2ème partie plus technique pose problème. Quel est l'intérêt de découper autrement des fonctions qui existent déjà ? Les trois profils existent déjà. L'accueil permet au patient d'avoir déjà une écoute et une réponse à ses questions et parfois de ne pas voir le médecin, de débroussailler
- Fonction qui existe en maison médicale souvent divisée en accueil et en secrétariat.
- Dans la liste donnée, il manque la tâche d'orientation des patients. L'absence d'une permanence des médecins généralistes pose problème aux patients : ils sont perdus quand ils ne savent pas joindre leur médecin généraliste et arrivent ainsi dans la maison médicale
- Toutes les activités infirmières posent problème et sont protégées par la liste d'actes des infirmières. On sous-utilise les infirmières à domicile. C'est dommage. Les infirmières devraient pouvoir faire tout ce qui couvre la liste d'actes infirmiers
- Dans le cadre de la pénurie d'infirmières, on peut voir comment faire évoluer ce rôle là d'infirmières
- D'accord mais il faut valoriser la profession d'infirmier, la rendre plus attrayante, augmenter le niveau de formation (universitaire). Il faut plus d'infirmières et on pallie à la pénurie en retirant des actes infirmiers. On retire les actes infirmiers intéressants : qu'allons-nous finalement faire ? Les toilettes ?
- Moment de se questionner sur ce que l'on veut faire en tant qu'infirmière
- En maison médicale on peut dépasser les actes infirmiers parce qu'ils sont financés par le forfait. Hors maison médicale, seuls les actes de la nomenclature sont financés, on peut faire plus mais ce n'est pas financé, sauf pour les patients qui bénéficient d'un forfait
- Souci d'accueil, de secrétariat pour les services de soins à domicile hors maison médicale
- Pour la 2ème partie, beaucoup de activités relèvent de l'infirmière à domicile. Si ce sont les infirmières qui devaient faire l'ensemble de ces activités, ils seraient trop qualifiés pour faire du secrétariat et de l'administratif. Les patients ont besoin des médecins généralistes, des infirmières et des accueillantes. C'est un réel travail de collaboration
- Difficile de faire passer de nouveaux actes techniques dans la liste d'actes. Dans les actes techniques sont repris l'enlèvement des bouchons d'oreille et le traitement des verrues. Ce sont des actes médicaux chez nous. Si c'est fait par un assistant de pratique, quel suivi sera donné ? Les études peuvent proposer l'apprentissage de certains actes mais c'est la CTAI qui décide ce que l'on peut faire sur base d'études ou autres. La CTAI est une commission paritaire
- Il va sans doute falloir augmenter les activités des infirmières vu la pénurie des médecins mais dans un domaine plus vaste

- La fonction administrative et accueillante est aussi remplie par les infirmières en maison médicale, pas autant que les accueillantes. Mais régulièrement elles prennent des contacts avec les patients pour donner des rendez-vous aux patients, en interne ou en externe. Prend aussi du temps
- Difficile de relancer l'idée de soins infirmiers répartis entre plusieurs fonctions alors qu'il y a déjà des tensions entre infirmières brevetées et graduées : risque de créer d'autres tensions. Quelle qualification pour prendre le poids, la taille d'un patient ?
- Au Canada, les infirmières ne font plus de toilettes. Ce sont les aides soignantes
- Le service de liaison domicile-hôpital ne s'occupe que des patients fragiles. Il prend contact avec les généralistes. C'est parfois l'épouse du médecin généraliste qui joue ce rôle d'assistant de pratique. C'est précieux
- Pour la 1ère partie, elle doit être définie et valorisée, formalisée pour décharger le médecin et surtout sécuriser le patient. Permettrait d'avoir plus facilement contact avec le médecin. La seconde partie fait partie des compétences de l'infirmière et c'est donc très questionnant par rapport à la liste d'actes infirmiers
- Mettre des gouttes dans les yeux est parfois difficile pour des patients et rien n'est prévu pour le paiement de cet acte. Avant de faire glisser certains actes vers un autre métier, il faudrait réfléchir
- Une infirmière qui s'occupe de liaison hôpital-domicile se fâche en constatant les conditions de travail des infirmières à domicile
- La nomenclature INAMI des soins infirmiers ne permet pas une prise en charge globale du patient. Alors que lorsqu'on prend le temps, beaucoup de problèmes du patient ressortent. On peut compléter l'anamnèse. Les infirmières sont revendicatrices à ce niveau là
- Les infirmières indépendantes n'ont pas de secrétaire. C'est assuré par une infirmière coordinateur mais ce n'est pas rémunéré tout comme l'époux ou l'épouse du médecin généraliste. Parfois les médecins se regroupent et ils ont alors une secrétaire. Mais ne connaît pas le mode de financement. Dans la liste des activités, il y a des choses qu'on fait bénévolement
- On devrait tirer le patient vers l'autonomie. Le financement est en contradiction avec une bonne prise en charge efficace du patient
- Si on veut voir la qualité des soins, on peut dire qu'il y a une infirmière à domicile, mais à l'heure actuelle ils n'ont pas les moyens de réaliser un maintien à domicile de qualité. Les moyens ne permettent pas de financer les soins à domicile. Voir l'étude du KCE¹³ de (?) l'année passée(?). Quelle est politiquement la volonté de vouloir valoriser les soins infirmiers à domicile ? A l'heure actuelle, pour être rémunéré, les infirmières ont besoin de maintenir le patient dans sa dépendance sauf dans le cas des trajets de soins. Si le patient est moins dépendant, on sera mieux rémunéré, alors pourquoi vouloir son indépendance ?
- En lisant les trois fiches, une infirmière retrouve ce qu'il fait comme infirmière en MM
- Est-ce bon de tout découper ? Avec le forfait, les infirmières peuvent faire tout, les trois fonctions, et elle a les compétences pour le faire en lien avec l'assistante sociale. Si le patient est au centre des priorités, c'est le boulot des infirmières et il faut revoir le financement. A la CTAI (Commission Technique de l'Art Infirmier), les médecins freinent la reconnaissance d'actes infirmiers. Ils veulent garder leurs prérogatives. Ils

13 Kenniscentrum-Centre d'Expertise est le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé

inventent des métiers pour les aider avec des activités qu'ils ne veulent pas nous donner. Ca nous fait bondir

- Est-ce un « Assistant du médecin généraliste » ou un « assistant de pratique en médecine générale » ? Au Canada, il existe les « nurses practionners » ou « advanced » qui font de plus en plus d'actes médicaux à l'hôpital et en ambulatoire. Dommage de fractionner alors que les infirmières perçoivent la richesse de leur métier dans les soins, la prévention, la promotion de la santé et la coordination
- Revendication de soins globaux en 1ère ligne mais pouvoir faire appel à des spécialisations en 2ème ligne car pas toujours possible de tout faire : importance d'avoir des personnes ressources en seconde ligne. Garder une certaine globalité comme on l'a appris lors de nos études d'infirmières. Au risque de rendre les études obsolètes
- Si on arrive à domicile, il y a aussi des enjeux environnementaux, l'entourage du patient, une façon de s'alimenter, d'où l'importance de la promotion de la santé. La 1ère partie pourrait être faite par une secrétaire bien formée à l'écoute. Pas nécessairement infirmière
- La 1ère partie n'est pas liée aux patients comme le traitement du courrier, la gestion de son dossier. Si l'assistant de pratique était une infirmière que fait-on des infirmières indépendantes et de soins à domicile actuellement ? En Flandre, encore plus de services d'infirmiers à domicile salariés plutôt que des infirmières indépendantes
- C'est plus une fonction de secrétariat. Voir plutôt les compétences à améliorer dans les métiers existants. N'oublions pas les aides soignantes et voir ses compétences
- Ne pas inventer de nouveaux métiers mais améliorer ce qui existe.

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Pour un appui à la médecine générale : une secrétaire médicale, une infirmière pour la communication, l'information (on le fait tous les jours), pour clarifier les besoins, pour l'administratif ça pourrait être une secrétaire
- Etre formée au secret professionnel et à l'écoute
- Uniquement pour la 1ère partie : pas pour les actes techniques
- S'ils veulent plus, la deuxième partie : uniquement des infirmières puisque la législation réserve ces actes aux infirmières
- Problème infirmier actuel : la prise de tension à domicile n'est pas rémunérée actuellement
- Il n'y a pas une pénurie mais une fuite de la profession par manque de reconnaissance et de valorisation : chercher des mesures pour ne pas les faire fuir. Mais les infirmières il y en a largement assez. Si on parle pénurie, alors on cherche des nouveaux métiers
- Qu'est-ce qui empêche d'élargir la notion de forfait au-delà des maisons médicales puisque cela a l'air rentable ? C'est gagnant pour tout le monde. On peut résoudre l'aspect financier. Mais là on s'oppose à la pratique médicale elle-même. Beaucoup de médecins sont individualistes. Les jeunes médecins se regroupent parce qu'ils espèrent un autre mode de vie. Mais ils donnent beaucoup d'importance aux aspects financiers. Un médecin parlait de sa pratique à la radio en disant qu'un patient arrive à la consultation avec 4 problèmes mais le médecin ne veut en solutionner qu'un par consultation
- Les médecins sont perdants dans les maisons médicales

- Cela dépend des maisons médicales, de la façon dont c'est géré
- Fonction assurée pour les médecins qui sont regroupés ou en maison médicale grâce au forfait
- Pour ceux qui ne sont pas en maison médicale, cela manque
- A chaque législature, les médecins hospitaliers interpellent les universités parce qu'ils veulent créer des fonctions comme des secrétaires qui peuvent déjà parfois faire beaucoup de choses, avec des formations courtes ou longues, pour aller parfois jusqu'à des prescriptions. La profession d'infirmière s'y oppose mais aussi à être la secrétaire du médecin, faire tout ce que le médecin ne veut pas faire
- Mais le médecin peut déléguer de façon positive, par confiance, sans se décharger de ce qu'il ne veut pas faire

Fonction « coordinateur de soins »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

Pertinent car :

- Problème rencontré en maison médicale, il est difficile de collaborer avec l'hôpital : manque d'informations : on ne sait pas toujours quand les patients sont hospitalisés et quand ils sortent : on l'apprend souvent au moment de la sortie le vendredi soir et il faut assurer les soins le vendredi soir
- Sur notre temps de travail en maison médicale, nous pouvons régulièrement aller voir le patient à l'hôpital, le rencontrer et l'équipe infirmière dès le début de l'hospitalisation pour projeter comment préparer le retour à domicile
- Enjeu : le coordinateur doit-il être à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital ? Quand il y a déjà des infirmières extérieures, ils peuvent faire la coordination et pour ceux qui n'ont pas encore d'infirmières à domicile, c'est intéressant que la coordination parte de l'intérieur. Nous voir en synergie plutôt qu'en concurrence. Il n'y a pas de bonne réponse. A Saint Luc, le service social et les principales coordinations de soins à domicile essaient de se voir avec les structures de soins à domicile. Très bien pour améliorer les retours. Expression des doléances et des attentes de chacun. La communication interpersonnelle apporte beaucoup. Il faut plus de temps pour ce genre de concertation. Il y a beaucoup de choses à prendre en compte : les médicaments qui restent dans le frigo, la feuille de liaison, les prescriptions qui se perdent... Travailler ensemble, se concerter apporte vraiment un mieux. On comprend mieux l'autre et ses contraintes. Réelle différence depuis qu'on travaille ensemble. Il y a des feed-back
- Au niveau des maisons médicales, on ne ressent pas cette coordination venant de l'hôpital. Et trop souvent ça se passe mal pour les patients qui sont perdus
- C'est une sensibilisation constante. Redire aux infirmiers des services l'enjeu de ce qu'elles font et ne font pas : les feuilles de liaison et aussi l'anamnèse de base pour mieux percevoir les ressources des patients, indiquer s'il y a un service infirmier auquel le patient a déjà fait appel. Devrait plus se faire. Le service de coordination de Saint Luc sort de l'hôpital avec des auxiliaires qui accompagnent les patients pour leur retour dans le cas de personnes fort fragilisées. Ce qui pose problème ce sont les autres services qui manquent : les aides familiales et le matériel : les lits

- Coordination externe efficace : l'échange se fait facilement dans certaines régions. Fait partie d'ACCOORD14 (financé par le public) mais pas toujours financé et reconnu par la RW. Le problème c'est la disponibilité des autres services comme les aides familiales
- L'assistante sociale de l'hôpital et celle de la maison médicale aident beaucoup les infirmières. Trop de patients oublient de dire qu'ils sont en maison médicale. Et trop souvent une infirmière externe les soigne pendant plusieurs semaines. La liste des activités est très large : voir cette coordination en tant que fonction sur un territoire, par rapport à un bénéficiaire donné, pas dans la coordination des ressources humaines d'une équipe
- Ne pas réinventer quelque chose qui existe déjà mais qui ne fonctionne peut-être pas assez bien. La fonction de coordinateur de l'aide, des services et des soins à domicile existe et est financée : compétence régionale qui vise à coordonner les différents intervenants. Pour tout ce qui est des concertations, cela manque. Ce qui doit être vraiment amélioré : c'est une fonction de liaison entre l'hôpital, la maison de repos, le domicile au niveau des soins infirmiers et donc elle devrait être assurée par une infirmière. Souvent fait mais pas reconnu et les fédérations des hôpitaux n'en veulent pas au niveau du domicile. Ils veulent à l'hôpital
- L'hôpital et le domicile se sentent menacés l'un par l'autre
- Attention il y a déjà une fonction de coordinateur qui est financé au niveau des régions, fonction jouée par des infirmières en santé communautaire ou des assistants sociaux. Il y a les CSD15 qui existent. Mais parfois difficile d'avoir les médecins pour la coordination.
- les Centres de coordination de service d'aides et de soins à domicile sont financés en région wallonne, région bruxelloise et communauté germanophone. Coordonnent les différents intervenants. En lien avec les mutualités
- Que demande le patient ? Il ne le demande pas mais pour être efficace, c'est une nécessité, si on veut un réel suivi entre l'hôpital et le domicile et une qualité des soins, pour que l'information passe au niveau des soins. Beaucoup d'infirmiers le font mais elle n'est pas reconnue. Les hôpitaux et les fédérations n'en veulent pas. L'hôpital se sent menacé par le domicile et vice versa. Il y a des personnes qui le font mais ce n'est pas reconnu. Il faudrait le mettre sur papier. L'hôpital y gagnerait beaucoup
- Besoin des professionnels ou des gens ? Pas conscients de ce besoin mais très contents quand il y en a une. Et en-dehors de l'hôpital aussi. Le passage d'une infirmière du domicile auprès du patient à l'hôpital est apprécié, même si ce n'est pas demandé au départ. En terme de continuité de prise en charge et quand est ré hospitalisé, ils le demandent.

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Pour la coordination des soins : une infirmière qui doit pouvoir aller chercher les informations là où elles sont.

14 Association des Centres de COOrdination et de soins et de services à Domicile, asbl en Fédération Wallonie-Bruxelles

15 Centrale de Services à Domicile

- En France, ça part de l'hôpital. Chez nous, cela existe : bonnes ressources mais avoir quelqu'un de proche du patient qui coordonne les soins : une infirmière qui puisse faire un plan de soins.
- Pour le patient ce qui est important c'est qu'il y ait une personne référente. L'infirmière est la mieux placée pour cela.
- Les infirmières en santé communautaire pourraient travailler plus dans les hôpitaux et jouer ce rôle et ne pas se laisser envahir par les assistants sociaux. A Saint Pierre, il y en a et ça marche très bien.
- Un infirmière coordinateur organise la continuité des soins du patient et est très proche de lui, à qui il peut poser ses questions (case management). Et puis il y a la coordination à un deuxième niveau : coordonner les différents services entre eux.
- Faire plus de liens avec l'hôpital. Le patient devrait téléphoner à la maison médicale où il est inscrit pour appeler son infirmière.
- A l'hôpital, on a décidé de cibler les patients fragilisés car trop de monde : démarche venant de l'hôpital. Pour les autres, ce sont les patients qui doivent faire la démarche.
- Ce serait intéressant de faire le tour des régions, car il y a des dynamiques différentes et des outils différents. A Liège, les SISD16 marchent bien mais pas à Bruxelles. Il faut partir de ce qui existe et améliorer.
- C'est une fonction, au sein de la profession d'infirmière.
- Des focus group ont déjà été réalisés sur cette thématique.

Fonction « agent de promotion de la santé »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

- Il y a des infirmières en santé communautaire ; c'est une spécialisation. Il y a aussi un master en santé communautaire et en éducation pour la santé.
- Pertinent mais cela existe déjà. Ce n'est pas nouveau. Il faudrait reconnaître cela comme un acte pour les infirmières à domicile.
- Dans la maison médicale, on le fait tous les jours, mais nous avons le temps pour cela.
- Il y a plusieurs soignants qui font de la promotion de la santé, pas seulement l'infirmière.
- Master ouvert aux infirmières : beaucoup d'étudiants sont formés en promotion de la santé : beaucoup de personnes ont cette spécialité et sont sur le marché de l'emploi mais ils ne trouvent pas d'emploi dans ce créneau.
- En maison médicale, on crée un lien avec les patients et ensuite, on arrive mieux à faire de la promotion de la santé par ce lien de confiance qui s'est créé à travers les autres soins.

- Qu'est-ce que la promotion de la santé ? Définition large comprenant la prévention, l'éducation pour la santé, l'éducation du patient, la santé communautaire étant une méthode.
- Promotion de la santé : très large, jusqu'où on va ? Peut comprendre la prévention de la mort subite du nourrisson...
- La promotion de la santé n'est pas exclusivement infirmier. Pour l'éducation pour la santé, cela dépend du sujet et c'est multidisciplinaire.
- Chaque acteur de la santé doit faire un peu de promotion de la santé. Cela fait partie des métiers de la santé. Cela dépend du sujet et du praticien.
- C'est important d'avoir dans une équipe quelqu'un qui coordonne les activités de promotion de la santé.
- La santé communautaire est une partie de la promotion de la santé mais qui n'est pas que cela.
- En maison médicale, c'est facile. On est assez procédurier. Cela doit faire partie de notre fonction. Mais il faut un coordinateur pour rassembler les projets dans une équipe. Il lui faut une formation qui lui permette de faire ce boulot de coordinateur. Un master permet de faire une analyse des besoins et une planification des actions.
- On espère être tous des agents de promotion de la santé. Mais il faudrait des coordinateurs de promotion de la santé.
- La promotion de la santé fait partie des études de base de toute infirmière. Elle est donc dans ses compétences.
- En maison médicale, c'est facile parce qu'il y a une structure. Dans une équipe indépendante, ce n'est plus possible. Il n'y a pas de financement pour cela. Ailleurs on est rémunéré pour le faire. Mais chacun fait de la promotion de la santé face à son patient ainsi que de l'éducation pour la santé de façon plus réduite. A l'hôpital aussi, l'infirmière a son salaire quelque soit les activités qu'il fasse : curatives ou préventives.
- Le 20 octobre aura lieu un colloque à Namur sur l'éducation du patient en 1ère ligne organisé par le Centre d'Education du Patient.
- En 2ème ligne : appui important des Centres Locaux de Promotion de la Santé pour la 1ère ligne. Les CLPS17 ne sont pas connus de tous (infirmières indépendantes). Ils font le lien entre les acteurs de terrain. Quand on est une ASBL, on peut faire partie des CLPS. Les travailleurs sont des détenteurs du master en santé publique orientation promotion de la santé.
- Promotion de la santé oui et c'est transversal à tous les niveaux des soins, promoteur de la santé c'est autre chose, ce n'est pas un métier.

« **Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ?** »

Éléments de réponse

- Beaucoup de professionnels de la santé peuvent faire cela. Et devraient le faire mais il faudrait que ce soit reconnu.
- Ce n'est pas une nouvelle fonction. Cela existe déjà.

- Former quelqu'un dans ce domaine pour coordonner, soutenir les soignants, faire de la recherche, créer des outils. Cela existe déjà dans les hôpitaux. Mais ce sont les soignants qui réalisent les actions sur le terrain.
- Attention à l'appellation d'agent de promotion de la santé : on l'est tous. Mais une fonction de coordination demande plus de formation : dynamique propre à la promotion de la santé, propre à l'éducation pour la santé, propre à la santé communautaire.
- La promotion de la santé fait partie des compétences de base de toute infirmière et pas seulement des infirmières spécialisées.
- Avoir deux niveaux : un niveau pour tout soignant qui le fait et un second niveau quelqu'un qui coordonne, fait de la recherche et cela ça manque. Il faudrait quelqu'un qui ait fait un master. Cela existe à l'hôpital.
- Faut-il créer une association des professionnels de la promotion de la santé ? Question actuelle.
- Autour du patient, faut-il des personnes qui fassent ce métier ? Il y a un manque de reconnaissance du travail de promotion de la santé et non d'une profession. Beaucoup d'équipes ne soutiennent pas les coordinateurs.
- Il y a une association d'infirmières en éducation du patient à l'hôpital (AIEP). Les médecins n'y voient guère d'intérêts pour le patient.
- Métier non, fonction oui, avoir quelqu'un qui s'implique et qui aide les autres à s'investir. Mais ne pas créer un métier à part.
- Avoir juste un référent : pas difficile en maison médicale mais quid pour les infirmières indépendantes : quelqu'un à qui se référer pour donner une impulsion, être une personne ressource qui ne va pas chez le patient. C'est le rôle des CLPS qui actuellement font une évaluation.
- En 1ère ligne on fait un peu de tout mais on a besoin d'acteurs pour nous aider, de ressources : coordinateur en promotion de la santé, un spécialiste en soins palliatifs, un spécialiste en diabétologie...
- Besoin d'être aidé par la seconde ligne mais pas en venant à domicile. Mieux connaître et améliorer des fonctions et des structures existantes qui devraient être reconnues. Beaucoup est déjà fait mais pas reconnu en termes de financement, idem pour la coordination des soins.
- Renforcer ce qui existe et ne pas créer d'autres choses. Trouver les moyens financiers de renforcer ce qui existe.
- L'infirmière peut être cet interlocuteur proche du patient.
- L'infirmière pourrait faire beaucoup plus, est demandeur de faire, et de développer son rôle autonome. Or, il faut encore trop de prescriptions pour réaliser des soins à domicile, pour éviter la fraude de la part des infirmières : crainte des médecins. Revoir le financement, revoir la forfaitarisation, mieux utiliser et reconnaître les compétences des infirmières. Ne plus parler de pénurie mais de fuite. Faux problème qui fait chercher de mauvaises solutions. Améliorer ce qui existe. Pourrait ouvrir des carrières.
- Les études d'infirmières doivent s'aligner au niveau d'un master : 4 ans + une spécialisation. On est formé avec une spécialisation mais on n'est pas payé à ce niveau là. Serons-nous payées au niveau master ? Revoir toute la filière infirmière y compris avec l'aide soignant au départ de la filière. Voir de quoi on a et surtout aura besoin.
- Là où il y a des formations universitaires d'infirmières, il y a plus d'étudiants.
- Redéfinir l'organisation des soins de première ligne. Ne pas former pour le plaisir de former. Savoir comment on va les utiliser et les payer.

- Peur de créer, d'inventer des techniciens du soin ce qui fera perdre en professionnalisation parce que cela coûtera moins cher qu'un infirmière « masterisée ». Mais il faut voir à long terme que les infirmières plus qualifiées diminuent les problèmes de santé et donc les frais de santé. Pourquoi entretenir encore la filière brevetée et bachelier. La formation actuelle développe déjà énormément de compétences intellectuelles.
- Il y a des groupes de travail qui y réfléchissent mais sont-ils pluridisciplinaires ? Important pour permettre une meilleure compréhension mutuelle. Grandes différences entre ce que pense le terrain et ce qu'il s'y passe et ce que défendent les syndicats et divers lobbyings. On tient trop peu compte du domicile dans les groupes de travail et de réflexion sur la profession qui ont trop d'a priori sur le domicile

Fonction « assistant de pratique »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

- En Allemagne, il y a depuis longtemps des assistants de pratique qui accueillent les patients, font des débuts d'anamnèse.
- Dans le cadre des consultations en maison médicale, ce serait intéressant. Elles commencent à 9h et devraient se terminer à 10h30 mais elles se prolongent souvent jusqu'à 12h30. Cela lui permettrait de gagner du temps. Le médecin fait les consultations et son assistante fait les visites à domicile. Ce serait un gain de temps pour les patients si on avait quelqu'un d'autre qui prenne la tension.
- Je ne vois pas la différence entre assistant de pratique et infirmière : c'est comme mélanger des infirmières et des secrétaires. Si je prends la tension sans rien connaître, je rapporte juste une valeur et je peux passer à côté de ce que le patient peut présenter comme problèmes.
- On va réduire la qualité parce que le médecin va perdre une observation globale. Peut se faire par quelqu'un d'autre uniquement si c'est un acte répété très régulièrement.
- En Allemagne, des assistants médicaux font le travail administratif, préparent les dossiers et donnent des instructions pour un suivi suite à une visite faite par le médecin. Et ils peuvent faire remarquer un certain nombre de choses au médecin. Il y a une charge de travail en moins. Il y a une formation spécifique d'assistant de médecin généraliste.
- Quand on va en consultation, le médecin est obligé de prendre la tension. Je ne sais pas si ce serait accepté par les patients. A la maison médicale, ils ont un médecin généraliste et ils ne veulent que ce médecin là. Les patients préfèrent attendre le jour où leur médecin traitant est là, par manque de confiance dans les autres.
- Cette personne pourrait donner les renouvellements d'ordonnance, réaliser les prélèvements d'urines.
- Crainte que les patients voient une personne en plus qu'ils n'ont pas envie de voir.
- Souvent c'est le rôle de la secrétaire du médecin qui ne fait pas d'actes médicaux.
- Désagréable d'avoir un médecin qui passe son temps au téléphone pendant la consultation. Un médecin avant d'être un médecin est avant tout un psychologue qui doit comprendre le patient et donc c'est bien qu'il fasse les prises de sang. Dans les campagnes le médecin est un homme de confiance.
- Nous sommes une globalité, le médecin doit appréhender les deux : le corps et l'esprit. Le médecin ne doit plus seulement lire les résultats. Ils ne verront plus qu'un fragment de leur patient. Mais pour des petits soins c'est important de décharger les médecins : les pansements, les prises de sang, les bandages.
- Dans une consultation, on cherche à être perçu dans ses douleurs physiques et psychiques. Je reproche à certains médecins de ne pas prendre le temps de laisser le psychisme s'ouvrir. Lui laisser ce temps là et le libérer d'autres activités grâce à d'autres personnes avec qui il formerait une bonne équipe.
- Des médecins solos font des consultations qui durent 30 minutes et plus, ils travaillent tard, sont débordés mais ils ont choisi une médecine humaine, traditionnelle. Une des patients a été opérée d'urgences dans le dos, elle ne savait plus rien faire. Un médecin

a dit qu'elle resterait avec un trou dans sa colonne. En a pleuré. Révolte parce qu'on lui disait qu'à 60 ans elle était fichue. Elle a trouvé un médecin, un peu psychologue et un peu infirmière, qui l'a coachée. Mais elle n'avait plus confiance dans les médecins. Elle se soignait elle-même. Mais elle a déménagé et est allée dans une maison médicale parce qu'elle avait une bronchite. Elle a vu un médecin humain, à l'écoute.

- Comment va réagir cet assistant face à une souffrance morale ?
- Une des patientes va chez un médecin généraliste unique et seulement chez lui parce qu'elle a confiance en lui. Le milieu médical en général, c'est faire des actes et ne rien dire. S'il y a un assistant de pratique, il faut aussi avoir confiance en lui.
- Le fait quand on va chez un médecin, on attend qu'il soit une référence d'un point de vue scientifique et aussi un être humain qui nous écoute. Est ce qu'on va trouver cela chez un assistant de pratique ? Mais d'accord que ce soit quelqu'un d'autre qui fasse certains actes pour lui laisser plus de temps pour la relation.
- La personne qui connaît la situation en Allemagne n'a pas vu de médecins qui faisaient tout à la queue leu-leu mais qui étaient déchargés
- Peur du changement : résistance.
- On parle de choses différentes. Du point de vue administratif : c'est bénéfique. Comme en maison médicale. Le temps dégagé ne doit pas être utilisé pour faire des consultations plus courtes, plus nombreuses. Quand on parle des actes médicaux, c'est autre chose. Quand on fait certains actes routiniers, le patient se confie à ce moment là. Un assistant de pratique risque de ne pas entendre cela.
- Oui pour cet assistant seulement s'il apporte un mieux qualitatif dans la consultation du médecin.

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Un stagiaire en infirmerie, une infirmière en formation.
- Une infirmière qui ne veut pas travailler en hôpital. Elle a un acquis médical.
- Une infirmière et psychologue pour l'attention, la confiance, l'écoute.
- Pas pour des infirmières en formation : c'est déjà fort lourd et en 1ère année les infirmières n'ont pas encore les capacités.
- Faire une spécialisation d'infirmier : pour ce nouveau métier.
- Une aide soignante.
- Une assistante médicale technique niveau graduat comme en Allemagne.
- Option dans le graduat infirmier avec du secrétariat en plus.
- Une secrétaire médicale avec plus l'accent sur l'organisation, la gestion du cabinet avec une spécialisation en médecine pour certains actes.
- Il ne faudrait pas que l'infirmière se prenne pour le médecin.
- Le médecin d'une des patientes travaillait avec un infirmière et faisait déjà certains actes et le médecin poursuivait la consultation et cela se passait très bien.
- Quelqu'un qui a une formation spécifique dans le sens administratif avec du médical en plus.
- Une secrétaire qui a une formation pour certains actes

Fonction « coordinateur de soins »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

- Fonction familiale ou médicale ? Autour d'un patient : qui doit faire quoi comment ?
- Il existe déjà des coordinations de soins à domicile.
- Il faut de la coordination des soins médicaux.
- Au niveau familial, on sait ce qu'il se passe. Quand on a besoin d'un service à domicile, c'est plus facile d'avoir une personne de référence qui se charge de trouver tous les intervenants à domicile.
- Certaines personnes abusent et consultent trop de médecins. Ce serait plus facile d'être conseillé par une personne.
- Domus¹⁸ s'est occupé du papa d'une patiente et puis de sa maman qui a pu rester seule chez elle pendant 6 ans grâce à la télé vigilance. Mais à l'âge de 90 ans, elle a dû aller en maison de retraite. La patiente ne sait pas qui coordonnait mais tout s'est très bien passé. Il n'y avait que 3 infirmières qui se relayaient au chevet de sa maman et une semblait être la chef. Aucun problème pendant les périodes de vacances.
- La croix jaune et blanche¹⁹ a aussi coordonné les soins d'une patiente. 2 infirmières se chargeaient de ses soins. Elles ont parlé à leur chef des besoins de la patiente au-delà de ses besoins physiques, par exemple en lien avec son activité professionnelle. Les infirmières font un rapport reprenant ce que l'on a et le transmettent au médecin traitant du patient. Un carnet de liaison permettait à chaque soignant de noter ce que chacun remarquait. Il était aussi utilisé par les enfants de la patiente.
- En maison médicale, c'est le médecin traitant qui coordonnerait les soins à domicile. Les patients bénéficient de prestataires de soins divers : infirmières, kinés, dentistes qui sont sur place. Ils ont une confiance à 100% dans nos médecins.
- La coordination ce n'est pas le rôle du médecin. Le médecin prescrit toujours les soins et il s'arrange pour que les infirmières soient là quand il vient en consultation. Le médecin donne ses instructions et c'est le coordinateur qui met en place pour prendre le relai d'une famille qui n'a pas le temps et qui ne connaît pas tous les services.
- Ce serait très utile. Mon médecin répondrait au téléphone et me dirait ce que je dois faire pour gérer la situation. Mais il ne le ferait pas. Ce serait plus facile si quelqu'un le fait à ma place.
- Pas toujours facile pour les familles d'exprimer une demande d'aide. Les médecins n'aiguillent pas vers les coordinations de soins à domicile qui ne sont pas toujours bien exploitées.
- La piste à suivre, c'est vers les mutuelles. Et les mutuelles reviennent vers les médecins pour avoir des instructions.

18 ASBL de soins continus et palliatifs à domicile en Brabant Wallon

19 Service d'aide et de soins à domicile

- La coordination est indispensable. Elle est le relai entre l'hôpital et les médecins.
- Il faut aller plus loin que l'aspect médical et diriger vers des services comme les aides familiales. Ce n'est pas toujours facile d'obtenir des informations dans les communes
- Le besoin existe

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Des assistantes sociales le font.
- Il existe à Namur des assistantes sociales qui coordonnent les soins pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.
- Le médecin.
- J'ignorais avant ma formation à la LUSS20 l'existence des associations de patients.
- Le secret professionnel est de plus en plus partagé. Toujours faire respecter le secret médical.
- Qui va payer toutes ces personnes ? Assistante sociale pour faire le lien, elle est la mieux placée, elle a un contact facile avec les familles.
- Assistante sociale de la maison médicale pour aider, guider les patients vers les services.

Fonction « agent de promotion de la santé »

« En quoi cette fonction vous paraît-elle pertinente dans le paysage de soins de 1ère ligne en Belgique ? »

Éléments de réponse

- Partir des démarches faites dans les écoles : promotion d'une bonne hygiène corporelle, d'une alimentation saine. A son beau fils infirmier qui a fait son mémoire sur l'hygiène en milieu hospitalier.
- Il existe les agents de sécurité et d'hygiène dans les lieux de travail pour éviter les accidents du travail et les accidents domestiques.
- Une nouvelle profession assez prometteuse.
- Devrait avoir des aptitudes pédagogiques.
- A travaillé avec une diététicienne. Les jeunes mangent dans des fast-foods. On y mange mal. Il faudrait inventer quelque chose dans les écoles, pour donner un cours d'hygiène alimentaire. Pourrait être fait par un diététicien ? D'habitude ils font des consultations mais ici donner plutôt un cours et expliquer pourquoi et comment.
- Le comité de patients de la MM a organisé une semaine sur l'alimentation : les patients distribuaient un fruit aux patients et des prospectus pour promouvoir une alimentation saine.
- Déjà fait par des institutrices dans les écoles.

- Eduquer les enfants, on le fait à l'école, à la maison aussi, les enfants qui mangent mal chez eux, mangeront toujours mal même s'ils ont une information. Les enfants mangent ce qu'ils aiment. Les fruits c'est moins gai qu'une barre chocolatée. Il ne faut pas se leurrer. Ils apprennent ce qu'ils apprennent. Mais est-ce qu'il faut en faire plus à l'école ? La cantine scolaire pourrait être plus diététique. Cela se fait dans certaines petites écoles. Mais des réglementations et des contrôles de l'AFSCA²¹ empêchent parfois d'avoir une alimentation saine à l'école.
- La promotion de la santé est aussi une recherche de la qualité de vie. Quand on est malade est-ce qu'on peut encore attendre une qualité de vie ? On pourrait faire une prévention pour éviter cette détérioration de la qualité de la vie. Un agent PROXIDEM²² (2 personnes par commune) permet de former des personnes concernées par la démence pour donner des informations pratiques sur ce qui existe pour rechercher une certaine qualité de vie. Au cours d'une maladie, on peut éviter un manque de qualité de vie. Ces personnes interviennent en seconde ligne. Ils informent et forment par exemple à l'intérieur de l'hôpital.
- L'ONE²³, pour la petite enfance, c'est une grosse aide.
- Le médecin traitant le fait durant sa consultation.
- C'est ce qu'il y a de plus compliqué : parler d'un capital « santé » à conserver. Les médecins en font mais sont-ils les mieux placés ? Il faut parler de beaucoup de sujets.
- On vise la participation de la personne elle-même en promotion de la santé.
- Il faut que le projet soit connu que des personnes y adhèrent...
- C'est un métier qui devrait être exercé par un agent de proximité.
- Un atelier de cuisine organisé par le CPAS dans un contexte qui n'est pas médical.
- Ça ne devrait pas être dans le secteur médical.
- Pourquoi exclure l'un de l'autre ? Les deux secteurs pourraient le faire.
- Tous les médecins ne se préoccupent pas des dépistages, de la promotion de la santé. Certains se contentent juste de mettre des petites informations dans la salle d'attente.
- Ça devrait être une fonction publique de proximité.
- Qui va faire la démarche d'aller chercher le bien-être ? C'est dans l'air du temps. Mais ceux qui ont vraiment besoin d'une promotion de la santé, sont des gens plus défavorisés qui ne vont pas faire la démarche. Ceux qui y vont ce sont toujours les mêmes.
- Le contexte socio économique joue beaucoup. Il faut mettre des choses à disposition.
- C'est le travail de santé communautaire d'étudier ce qui est nécessaire dans un quartier, une zone.

²¹ Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire

²² Proxidem est un service gratuit offert par l'ASBL Ligue Alzheimer destiné aux proches des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et aux malades eux-mêmes. Un professionnel se rend à la demande à domicile pour écouter et informer sur les services d'aide à domicile.

²³ Office de la Naissance et de l'Enfance

- Création d'une crèche par la Maison Médicale « La Passerelle ». Et les mamans pendant ce temps là peuvent faire des activités dont certaines liées à la santé.
- La promotion de la santé est intéressante quand on va à la rencontre des gens.
- L'important c'est comment on le fait. Pas d'injonctions négatives. Dénominateur commun pour tout le monde : c'est la commune qui doit aussi être un lieu de vie et pas seulement un lieu administratif.
- On essaie de réanimer un lieu où le lien social, le partage a du sens. On doit aussi voir chacun qui peut apporter quelque chose. On peut commencer des choses, et cela va faire des vagues. Si on le fait en termes de qualité de vie, c'est mieux que viser la quantité de personnes participantes.
- Il ne faut pas négliger le bon impact des pubs. Les enfants ont bien intégré le message qui passe pour le moment : manger au moins 5 fruits par jour. Remplacer certaines publicités par de la promotion de la santé.
- Pouvoir parler de cela : être en bonne santé c'est aussi évoluer, être conscient des choix que nous pouvons faire. Cela peut fonctionner en voyant les autres, le vivre ensemble, pour ceux qui le veulent au départ. Ne pas exclure les autres mais commencer avec les plus motivés et les autres viendront par après.

« Qui devrait, selon vous, remplir cette fonction si elle était souhaitée ? »

Éléments de réponse

- Pas nécessairement le médecin, surtout pas, mais aussi.
- Pas nécessairement les infirmières.
- En entreprise : ceux qui sont formés en sécurité et hygiène.
- Quelqu'un qui sait communiquer.
- Qui a été choisie par ses pairs.
- Qui aime les autres et les échanges.
- Formation continuée complémentaire pour des adultes qui veulent faire autre chose.
- Pas nécessairement médical.
- Lien avec la politique, avoir un engagement citoyen.
- Avoir une volonté citoyenne de faire quelque chose pour sa santé.
- Un agent communal, local.
- Pourrait être confié à des bénévoles.
- Avoir un coordinateur : relier ces deux métiers d'une certaine façon : quelqu'un qui sait tout ce qu'on offre et quelqu'un qui sait de quoi on a besoin.
- Aider parce qu'on a vécu la situation. Ne pas mélanger tout.

Compte-rendu des groupes d'entretiens collectifs (suite)

Compte-rendu des groupes d'entretiens collectifs néerlandophones

HUISARTSEN

26/07/2011 - UA WILRIJK

De praktijkassistent(e)

Ik denk naar de toekomst toe, dat dit een heel nuttige functie gaat zijn. Nu is het vooral in groepspraktijken, zelfs duopraktijken. Maar naar de toekomst toe als wij onze eerstelijnszorg willen verbeteren en het beroep aantrekkelijk maken voor jonge mensen dan denk ik dat dit nodig zal zijn. Ik stel me er wel wat vragen bij of dit gaat kunnen voor solo-praktijken. Want zeker in de landelijke gebieden zullen er solo-praktijken blijven bestaan, misschien niet meer zo veel maar er zullen er wel zijn. Hoe het concreet dit zal zijn voor solo-praktijken zal iets moeilijker zijn.

Ik ben werkzaam in een groepspraktijk en wij hebben een secretaresse in dienst. De eerste taken die zijn omschreven die lopen effectief zo. We krijgen ook een heel deel terugbetaald via IMPULSEO. Maar je staat er als huisarts wel alleen in voor de opleiding van die mensen omdat er geen beroepsopleiding is. Als ik het zo verder lees van wat deze functie in Nederland is dan denk ik dat er eigenlijk nog heel veel mogelijk is. Ze zeggen momenteel dat we met te weinig huisartsen zijn maar ik denk dat we op deze manier met minder huisartsen meer taken aankunnen. Ik vind het problematisch worden hoeveel papieren ik nog moet invullen en hoeveel administratie ik nog moet doen. Eigenlijk wil ik mij als huisarts louter bezig houden met geneeskundige taken, ik wil meer met de patiënt bezig zijn daarom zou ik deze functie geweldig vinden.

Ik ben een huisarts in een solo praktijk en ik heb dit dus al gans mijn leven alleen gedaan. Bij mij in de praktijk is alles goed georganiseerd en loopt dit allemaal goed. Ik spreek in tegenwoordige tijd, dus hoe dat in de toekomst zal zijn dat weet ik niet. In het begin heeft mijn echtgenote wel geholpen, maar nu doe ik alles zelf. Ik vind ook dat je met telefonisch gesprekken meer tijd verliest als je die aan iemand anders geeft. Ze moeten het dan toch nog eens vragen, dus kan je het eigenlijk beter zelf doen. Soms verlies je meer tijd met dingen aan iemand anders te geven, je moet het mij eerst vertellen en dan moet je het nog oplossen en/of terug bellen.

Ja, dit heeft misschien te maken met de organisatie van de praktijk? Wij hebben een telefoon waarop de dokters 's middags te bereiken zijn. Voor de rest wordt je niet lastig gevallen zodat je tenminste met je consultatie kan bezig zijn of een gynaecologisch onderzoek. Ja, maar dit kan je wel oplossen door te zeggen tegen de mensen: "Bel mij tussen 17u en 19u". Voor mij is het ondenkbaar geworden om zo te werken, het geeft mij enorm veel stress.

Ik heb nooit gewerkt zonder assistente, maar ik denk wel dat er in de taakomschrijving wel verschillende gradaties zijn. In een groepspraktijk is dit vaak een goede secretaresse die meegroeit in de praktijk en de zaak goed kent en waar je al de bovenste taken aan kan geven. Ik vind dat dit onontbeerlijk is voor als je met verschillende artsen samen werkt. Voor de tweede reeks taken wat de assistente in Nederland reeds doet, ik heb dit meegemaakt in de praktijk waar ik gewerkt heb en daar loopt dat wel goed. Die mensen zijn goed opgeleid en ik denk dat in België nog niemand zomaar de taken van een Nederlandse praktijkassistente kan overnemen op dit moment.

Anderzijds merk ik dat het momenteel ook een bron van discussie is bij ons in het WGC (wijkgezondheidscentrum) want wij werken ook met een onthaalbediende en die vult de bovenste taak van de fiche in. Maar we hebben dan ook een verpleegkundige die ook zorgtaken

op zich neemt. En nu is het een beetje kijken met de artsen van wat ga jij doen en wat ga ik doen. Terwijl, en ik heb de ervaring, in Nederland was dit super goed georganiseerd. Bijvoorbeeld oorstoppen, dat deed ik daar niet meer. Het is waar dat bij ons sommige dingen sneller gedaan zijn als je het zelf doet dan dat je moet doorverwijzen en wachten of die persoon vrij is. Ik heb een beetje een dubbel gevoel want ik heb altijd beiden gehad, een secretaresse en een medische assistente. Een praktijkassistente zou heel goed zijn voor patiënten met chronische zorg, zij kan de patiënten thuis bezoeken en het contact onderhouden. Met de medische taken van deze assistente daar heb ik het ook wat moeilijk mee. Ik doe zelf ook graag uitstrijkjes en kleine heelkunde.

Belangrijk is dat je als huisarts niet moet stoppen met het uitvoeren van bepaalde taken, maar de andere persoon kan je ontlasten. Tot het Nederlandse takenpakket behoort het herkennen van medische taken. Een opleiding moet dan al heel uitgebreid zijn. Dit wordt wel gevaarlijk, de taakomschrijving tussen specialist en huisarts is al moeilijk om te onderscheiden. Ik weet niet wat die opleiding juist inhoudt in Nederland, daar heb ik geen idee over, maar in mijn ogen moet het al redelijk uitgebreid zijn om ja...

Ja, een opleiding in Nederland is veel uitgebreider dan bij ons hier. Bijvoorbeeld ja zij werken via complicatie - indicatie dus triëren, zij werken vaak via een checklist. Dus koorts bij een kind bijvoorbeeld, ze gaan eigenlijk heel die checklist af en ze hebben bepaalde indicaties waarbij zij zeker moeten doorverwijzen, van : "dit moet de arts zeker zien". Maar er zijn een aantal dingen die zij zelf kunnen oplossen, dat noemt dus het triëren.

Dat vind ik toch al wel straf, er zijn al genoeg mensen die voor de orde moeten komen omdat ze niet zelf gaan kijken zijn. Ja, dat is in Nederland zo. Maar in België is dit nog niet.

Je mag toch ook niet vergeten dat in Nederland de praktijkassistente, dat is niet van vandaag op morgen geworden van wat het nu is. Dus dat zal sowieso ten eerste een groeiproces zijn vanuit het RIZIV, zij zullen gelden moeten vrij maken hiervoor. En anderzijds is het een groeiproces heel individueel van arts of van praktijk per praktijk vb : hoe goed is deze persoon, hoe kan ik die nog verder opleiden ? Welke opleiding heeft die al gehad ? Etc. etc. Of dat die zoals in Nederland gaat worden is nog een groot vraagteken en zeker wanneer. Maar ik denk dat het principe van een praktijkassistente wel belangrijk wordt. Wat dat u zegt, en u bent iets jonger natuurlijk, en ik heb bijvoorbeeld wel een grote praktijk en die terreur van de telefoon is op een maandagmorgen of een winteravond vaak niet te doen. Ik zeg nochtans vaak aan de mensen, herhaaldelijk, dat ze tussen 8u en 8.30 kunnen bellen voor resultaat want dan stoor je de patiënt niet. Maar dan durven ze toch nog om 8.45u of om 9u bellen. Dus dat is een héél moeilijke zaak.

Dus ik kom nog eens terug op de solopraktijken, ik ben daar een beetje een verdediger van. Vooral in het landelijke zijn er vaak solopraktijken, en ik denk dat we jonge artsen nog warm kunnen maken maar zonder praktijkassistente niet. Als je dat vertelt aan jonge mensen nu is dit toch wel een voordeel. Als je kijkt bij ons in Vilvoorde is de laatste solopraktijk opgestart meer dan 15 jaar geleden ! Geen één solo meer, duo's en groepspraktijken worden wel nog vaak opgestart maar solo's niet. Mensen die stoppen als solo, er is niemand die overneemt. Ik denk dat dit een algemeen fenomeen is, en niet alleen voor ons in de streek. Dus ik denk als er nog solo's moeten blijven bestaan zullen deze in samenwerkingsverbanden zijn. En als je een samenwerkingsverband wil tussen kleine gehuchtjes, in kleine dorpen zal er moeten zijn via de praktijkassistentes of je mag het vergeten, daarom dat een gezondheidscentrum ook belangrijk is.

Er zijn natuurlijk 2 gradaties, je hebt de praktijkassistent die vooral administratieve taken doet, vb. : GMD, derdebetalers, verzekering en dat soort taken. En je hebt een praktijkassistent die een "veredelde" assistente is, die eigenlijk die tweede soort taken doet van de fiche. En ik weet niet in Belgische context in hoever dit al mogelijk is.

Het probleem is denk ik ook als je als kleine solo arts 1 praktijkassistente hebt die enkel de telefoon beantwoord.... Maar met de huidige technologie is dit toch geen probleem, zij kan van bij haar thuis voor 3 praktijken de telefoon opnemen. Dat gebeurt nu al, je moet gewoon een elektronisch afsprakensysteem hebben. Die kan dat voor een aantal praktijken doen, zoals een callcenter dat nu eigenlijk doet. Zij kan voor een 2,3 artsen de telefoon opnemen, de administratie doen, dat is eigenlijk een kwestie van afspraken.

Het lijkt hier allemaal voor de arts zelf een voordeel maar ik denk dat er voor de patiënt ook wel iets te vinden valt ; namelijk chronische patiënten dat die regelmatig gezien moeten worden en dat die goed opgevolgd worden. Zo moet de huisarts niet elke 3 maand zien of die diabetespatiënt al is langs geweest voor zijn controle maar dit kan die assistent doen, en zelf een voorschrift voor het labo meegeven. Ze kan de resultaten nakijken en doorgeven als er iets afwijkend is. Zo lijkt me dat ook wel een nuttige functie voor een patiënt.

Ik wil het graag nog eens hebben over het telefoongebruik, het voordeel van zo'n praktijkassistent is dat als de patiënten niet bellen op het afgesproken uur, de praktijkassistent kan zeggen dat je moet bellen tussen dat en dat uur. Dat is zo bij ons, en dat werkt goed zo. Maar uiteindelijk moet je als huisarts toch bellen hé. Ja, maar op het uur dat jij vrij bent en niet wanneer de patiënt in zijn hoofd heeft dat hij nu moet bellen. En dan kan je ook rustig met je patiënt overleggen, op een niet-stresserend moment. Momenteel zijn mijn 2 secretaresses op verlof en nu maak ik het zelf weer mee, dat is goed voor mij voor 1 week maar dan heb ik al terug congé nodig. Ik kan het niet meer en ik heb bewondering voor de dame die begonnen is in haar solo praktijk. Ik ben begonnen met mijn man in een praktijk, alles zelf gedaan maar nee, dat kan ik nu niet meer.

Als de assistent iemand aan de lijn heeft en het is toch dringend of er wordt aangevoeld van "ik moet dat doorgeven" dan schakel je gewoon door. Maar als arts weet je op den duur dat als die assistent doorschakelt dan is het terecht en dan is het ook niet erg. Zo heb ik het gezien in een groepspraktijk, een secretaresse nam alle telefoons op en schakelde alleen door als het nodig was of zei : "bel op dat moment terug voor uw uitslag."

Wat ik bijvoorbeeld doe bij een INR uitslag, ik check met de mensen. En ik zeg als het niet goed is dan bel ik u op. Zo ben je al een paar telefoons kwijt.

Maar als de praktijkassistent een goede opleiding heeft gevolgd kan zij toch wel een juist labo resultaat kunnen interpreteren en als het niet goed is kan zij een afspraak maken met de arts om dit te bespreken. Dat vind ik ook. Ja, maar eigenlijk vind ik dit niet zo'n groot probleem 10 INR's bekijken doe je op 30 seconden. Toch zeker op de computer. En het resultaat bekijk is als huisarts toch wel zelf graag. Een afwijkend resultaat of niet, de klik met de patiënt is vaak ook belangrijk.

Hoe verloopt het bij jullie met de resultaten ? Wij bellen ze op. De INR's bellen we allemaal op, ander uitslagen dan bel ik de afwijkende door. Dat snap ik niet, waarom bel je naar de mensen voor een INR uitslag ? De oudere collega's bellen wel de resultaten door. Maar ik bel alleen de afwijkende resultaten door. Maar op zich denk ik zelfs dat het kaartje moet ingevuld zijn.

Het kaartje dat ze zagezegd altijd op zak moeten hebben, eigenlijk zouden ze dat altijd moeten invullen. Het moet genoteerd staan wat de INR was. Dit kaartje moeten zij dan in hun portefeuille steken. Maar ik weet toch niet of dit moet ?

Maar in ieder geval vind ik het toch gevaarlijk om naar de patiënt te bellen, want als deze niet opneemt en je vergeet dit dan... Je hebt zoveel patiënten en dit gaat dan uit je gedachten. Ik zeg dan tegen de patiënt van : "Jij belt mij terug op want jij bent verantwoordelijk voor uw gezondheid." Ik vind dit heel belangrijk want hiervoor hebben wij teveel patiënten. Zo beantwoord ik ook geen mails bijvoorbeeld.

Maar je ziet toch dat er nood is aan hulp als je dit concreet ziet rond de tafel ! Maar hoe je dit zelf invult dat kan iedereen op zich bekijken. Hiervoor moet je de ruimte geven aan de individuele arts of praktijk. Dit zal ook afhangen van de kwaliteit van je werkkraft, zo zullen er mensen zijn die enkel administratieve taken zullen uitvoeren en andere mensen, zoals jij zegt : “als die het doorstuurt dan zal het wel serieus zijn.” Dat kan van de opleiding afhangen. Natuurlijk. Maar binnen uw opleiding heb je er heel goede en ook minder goede. Maar dat heb je bij huisartsen ook ! Natuurlijk. Je hebt erbij die zeggen : “Ik ga hechten” Maar je hebt er ook bij die dit overlaten aan anderen.

Maar bij die eerste taken op de fiche staat er behandelt administratieve taken, behandelt e-mails, resultaten. Ja, behandelen zoals inscannen en doorsturen. Want ja als huisarts bekijk ik dit liever allemaal zelf. Sommige artsen gebruiken wel vaak hun e-mail, anderen zullen de patiënten sneller een afspraak laten maken dus ik kan me er wel iets bij voorstellen.

Maar de assistent legt de resultaten klaar voor de arts, de arts bekijkt dit allemaal zelf. Als de arts dit bezien heeft kan dit terug naar de secretaresse en zij kan dit klasseren.

Veel gebeurt nu ook via de computer, via medibridge, verslagen doorsturen ook labo-resultaten worden via mail verstuurd. En eigenlijk klasseren is niet meer zo veel. In die zin valt die functie een beetje weg.

Ik ben eens benieuwd wat iedereen vindt over die tweede reeks van taken. (zoals genoteerd op de fiche, de taken van een praktijkassistente in Nederland)

De visie van de FMM komt wel overeen met de visie van de WGC. Nu spreken wij wel over de administratie en eigenlijk moeten we het ook over de taken daaronder hebben. Hoe staat iedereen daar tegenover ?

Bij ons in de praktijk, wijk gezondheidscentra, is dit nu een bron van discussie. Wat blijft de arts doen ? Wat gaan we delegeren ?

Ik denk dat je weer breed moet houden en lokaal moet overlaten, dit hangt ook weer af van je werkkraft. Ik zal een aantal voorbeelden geven : het is veel interessanter als vandaag 10-15 mensen komen voor hun INR of hun HbA1c en dat ik die in de loop van de week enkel moet zien voor hun resultaat. Dat is toch veel plezanter dan dat die één voor één bij mij moeten komen, wachten tot het gestold is etc. etc. Dat is enkel tijdverlies. De steltest kan ook door een praktijkassistente worden gedaan bvb. Maar een spirou doen, dat zou door een praktijkassistent kunnen gedaan worden. Maar dat is niet aan iedereen gegeven om dit goed te doen. Bijvoorbeeld ook bloed nemen er zijn er die dit wel goed doen maar er zijn er anderen die dit niet goed doen. Dus ik zou dit heel breed laten en het blijft aan de praktiserende arts om te beslissen : “Kan de praktijkassistente dit onder mijn supervisie of niet”. Ik kan mij zelfs inbeelden dat er op een gegeven moment verpleegkundigen zijn die beter kunnen hechten als wij. “And why not ?” Als ik die persoon vertrouw... en bvb vaccins geven, ook weer heel breed.

Maar dan moet de wet wel aangepast worden ? Een verpleegkundige mag onder uw toezicht een vaccin toedienen. Een wond hechten of gewoon de hechtingsdraden verwijderen ?

Ik begin mij stilletjes af te vragen of je niet gewoon een verpleegster bent aan het opleiden ? Een verpleegster die de telefoon opneemt. Want een secretaresse met een verpleegstersfunctie die heb je niet. Het is een paramedisch beroep.

In Nederland heb je de zuivere praktijkassistent, daar worden ze wel zo opgeleid. Die medisch-technische taken zijn zeer specifiek... En in Nederland worden die zo opgeleid met fantomen en uitstrijkjes dat ze perfect weten wat ze moeten doen, maar het zijn geen verpleegsters.

Nu ik eraan denk, alles wat in het GMD+ zit kan door de praktijkassistent worden gecheckt, vb : borstontrek, vragenlijsten, kortom het hele pakket. En als die patiënt dan bij u komt en alles

is ingevuld, liefst elektronisch, dan win je al 10 minuten die je kan vullen met fundamentele zaken.

Wat ik ook belangrijk vond in uw verhaal, is dat in het landelijke gebied, moesten die solo praktijken een praktijkassistente hebben, dat maakt het huisartsenberoep terug heel aantrekkelijk voor solo. Dan worden we terug huisarts en kunnen we terug meer op huisbezoek gaan en dan kunnen we onze eigenheid niet verliezen want die zijn we momenteel wel aan het verliezen.. We kunnen het niet bolwerken, patiënten kunnen niet tot ons komen. Die praktijkassistenten kunnen veel voor ons doen en dan kunnen wij terug huisarts worden.

Ik blijf er ook op hameren dat we het Nederlands model niet moeten na-apen hier in Vlaanderen. Want daar zijn de patiënten niet gelukkig. Bij ons zijn de patiënten nog altijd heel gelukkig. Waarom? Om de laagdrempeligheid, gaan we dit verminderen of niet? Dit is een fundamentele vraag. Als we zeggen: "Nee, we willen nog altijd dezelfde service geven, dezelfde kwaliteit en we willen die landelijke praktijken blijven behouden" dan moeten we naar die richting gaan. Ik weet niet wie mijn praktijk als solo zou willen overnemen? Met 2 dat zou misschien kunnen, maar vindt er maar 2 tegelijk.

De Nederlands patiënten zijn niet tevreden omdat ze eigenlijk maar 10 minuten per klacht hebben. Dus in die 10 minuten, het verhaal achter het verhaal komt daar niet aan bod. Nu komt hij voor keelpijn en dat wordt behandeld. Terwijl als hij komt voor zijn bloeddruk te meten kan je ondertussen nog een verhaal doen met de patiënt. En horen of er nog andere klachten zijn. Of je die dan daarna behandelt dat is iets anders. Dus alle vaardigheden zou ik ook niet aan de assistenten willen overgeven.

Maar de mogelijkheid moet er zijn om bij drukkere periode, bvb tijdens de winter met de griep epidemie om een aantal taken te ontlasten.

Nu tijdens de zomer is er wel meer tijd om met de patiënt te praten, terwijl ik hun INR prik kan ik praten over hun GMD+, tijdens een drukke wintermaand gaat dit niet. Tijdens drukke momenten zou je moeten zeggen, dit gaat momenteel niet, en moet je dit even kunnen ontlasten. Ons eigenheid als arts moeten we zeker kunnen behouden, dat we dit zelf kunnen invullen als arts afhankelijk voor welk soort patiënten dat we hebben. Want dit is niet hetzelfde voor een wijkgezondheidscentrum als voor een praktijk in Grimbergen bijvoorbeeld.

Het probleem is wel, als dit vanuit de regering moet goedgekeurd worden dan moet er een standaard kader komen. Je zegt het goed, een kader. Maar dat kader vul je zelf in. Richtlijnen moeten er zijn. Maar maak het kader zo breed mogelijk zodat je dit lokaal kan plaatsen volgens de noden en mogelijkheden.

Zoals u zegt met het verschil in praktijken en ook, bij ons wij hebben echt een specifieke praktijk (WGC) het probleem stelt zich nu ook: de patiënten die komen willen een dokter zien. Dus ja ik kan moeilijk zeggen, het is maar voor een uitstrijkje dus ga maar naar boven. Dat gaat niet.

Je kan dat dus niet vergelijken tussen Grimbergen en ons, deze mensen willen echt een arts zien. Maar je kan het wel zo oplossen bvb: je zegt tegen de patiënt u komt maandag en de assistente zal uw bloed prikken maar ik zie u tijdens een consultatie en dan bespreken we samen uw resultaten. Wij doen de medische handeling de paramedische handeling wordt door de paramedici uitgevoerd. Zo kan je het inderdaad omschrijven. Er zijn toch ook allochtonen in Nederland, dus daar moet het dan toch ook lukken? Daar hebben ze ook hun systeem. Het is natuurlijk zo dat de patiënten het hier zo gewoon zijn. Ik heb in 2 praktijken gewerkt, 1 was héél landelijk, op een eiland daar accepteren de mensen het heel erg dat de assistenten daar ook al die taken deed. En ik heb 1 jaar in een stedelijke praktijk in Bergen Op Zoom gewerkt en waarbij veel allochtonen kwamen, en daar was het eigenlijk heel goed afgebakend want de

assistente legde alles klaar en assisteerde als je bijvoorbeeld iets moest weg snijden, ze stond erbij om aan te geven, maar de arts deed wel de act.

Moderator : Als we besluiten dat naar de toekomst gezien dit een nuttige functie zou zijn welke opleiding moet dan een persoon volgen om een praktijkassistent te kunnen worden ?

Enkel een heel specifieke opleiding. Is het dan medische of paramedische? Vooral paramedisch, een medische secretaresse of een verpleegkundige. En liefst zou praktijkassistent een specialisatie moeten zijn van deze 2 richtingen. Ze moeten ervoor kunnen kiezen, zoals wij op het einde van geneeskunde kiezen voor huisarts. Het is natuurlijk wel gevaarlijk want er zijn er al niet veel die aan verpleegkunde beginnen. Dit zou een nieuwe opleiding moeten worden in België want het is zo typisch 2 dingen door elkaar, ze moeten ook in groep kunnen werken.

Ik denk wel dat het een noodzakelijk beroep is want er gaan minder artsen mijn maar minstens evenveel patiënten. Het gaat zeker drukker worden per kop per arts. De workload gaat zeker stijgen, zeker als de zorgtrajecten blijven bestaan. Je kan het nu niet allemaal zelf regelen...Voorbeeld de preventieve akte, ik heb net een boekje gekregen van het RIZIV. Hoeveel keer moet je een preventief bloedonderzoek doen? Dit gebeurt in vele praktijken om het jaar, maar eigenlijk is dit maar om de 10 of 15 jaar nodig. Dus we moeten niet meer doen dan we moeten doen natuurlijk. Maar patiënten vragen er ook achter natuurlijk. Ja maar als het in duidelijk richtlijnen staat dan ga ik er tegenin. Het wordt dan ook al niet terug betaald. Maar ja, er zijn mensen die zeggen: "ik kom voor mijn halfmaandelijks bloedafname." Praat hen dat maar eens uit hun hoofd. Je kan zeggen dat het maar om de 5 of 10 jaar wordt terugbetaald. Dan antwoorden de patiënten vaak: "dat maakt niet uit, dat wil ik dan wel betalen."

Meestal worden de minder begaafde patiënten meer gecontroleerd omdat meer begaafde patiënten dit vaker zelf allemaal oplossen die meer opgevolgd worden.

Over die preventieve taken gesproken, normaal gezien een uitstrijkje moet vanaf 25 jaar. Wat doen de gynaecologen? Ze nemen al uitstrijkjes vanaf 20 jaar. Dan sta je daar als je zegt de richtlijnen zijn vanaf 25 jaar. Zoiets moet goed gecontroleerd worden anders heb je niet veel te zeggen.

We doen nu heel veel dingen die niet zo nuttig zijn en de middelen zijn schaars. Dus we moeten ze beter gaan gebruiken. Als je met een praktijkassistente gaat werken, en zij gaat vooral elektronisch werken dan kan je wel het omgekeerde effect krijgen bij patiënten: "Als ze mij nog niet oproepen betekent dit dat ze mij nog niet nodig hebben" Dus als je zegt wij zullen u oproepen voor uw volgende onderzoek, als je dit gaat systematiseren (het gaat tijd vergen) maar de jongen mensen gaan met die mentaliteit opgroeien, na 20 jaar gaat het een logische zaak zijn dat je bent ingeschreven bij uw huisarts en uw huisarts gaat ervoor zorgen (die gaat daar op gecontroleerd worden) dat jij om de 10 jaar uw vaccinatie krijgt etc. Etc. Elektronisch kan dit allemaal.

Het is eigenlijk een kwestie van dit goed in te geven in een computer en om het ook correct uit de computer te halen. Maar nu zijn we toch weer aan het afdwalen...

Moderator : Conclusie dit moet een secretariaatsfunctie zijn maar die toch verpleegkundige taken mag uitvoeren.

De zorgoverlegcoördinator

Dus als ik het goed begrijp is deze persoon vooral toegespitst op 1 patiënt? Hij gaat de noden en de problemen van de patiënt vertalen. Dus bijvoorbeeld iemand met polipathologie, dus

iemand die veel zorg nodig heeft ? Dus iemand dat de kuishulp, thuishulp, verpleegkundige bij elkaar brengt ?

Een combinatie van een sociaal assistent, sociaal verpleegkundige ? Dus iemand dat voor dat netwerk moet zorgen.

Het nadeel vind ik dan wel, gaat deze persoon beslissen bij welke psycholoog of kinesist deze persoon gaat gaan ? Het initiatief ligt hier helemaal anders. Dus deze zorgoverlegcoördinator gaat de verschillende partijen bijeen roepen, dus als huisarts zijn wij één van deze partijen. In het rusthuis doen ze dat ook zo nu. Daar zit ook iedereen rond de tafel van hoe gaan we het aanpakken, dus ik denk dat het hier hetzelfde is.

Is het dan een soort sublimatie van wat wij in de SIT's hebben of hadden of zouden moeten hebben ? Of met de SEL's ? Want als wij een zorgoverleg hebben is het de sociaal assistent of de mutualiteiten die de spelers bij elkaar brengen. Daar is dat een persoon die daar komt, maar een volgende keer bij een andere patiënt zijn dit weer andere mensen. Blijkbaar is er dan nu 1 coördinator voor de verschillende patiënten, voor een verschillend netwerk, een netwerk is dat dan voor een bepaalde regio ? Is dit aardrijkskundig bepaald ?

Wat zouden wij nuttig vinden ? Wat willen wij ?

Nu zou ik het precies ook nuttig vinden moest de praktijkassistente een opleiding hebben als sociaal assistent. Ja, je zegt daar zoiets. Want het zou veel nuttiger zijn moest deze persoon ook in mijn praktijk rondlopen. Want dan kan ik vragen : "En hoe is het ondertussen met Jeanne ?" "Is alles goed geregeld ?" Ik denk dat je dan veel praktijkassistentes gaat nodig hebben want dit is hopen werk !

Ik denk dat we momenteel heel wat missen, je komt bij iemand thuis, en we zorgen er wel voor, je hebt een schriftje of een kladblok van het WGK of andere diensten van de thuisverpleegkundige hebben een soort fiche. Of vooral door mensen die aan huis komen, het is toch belangrijk om te weten wie doet wat en wat wordt door wie gedaan. Dan zeg je vaak tegen de patiënt bel eens naar de sociaal assistent of naar de mantelzorg, of ga eens naar de ziekenkas en ga daar eens langs. Soms weten wij ook niet meer waar die patiënten allemaal recht op hebben. Om een voorbeeld te geven, in sommige gemeenten hebben de mensen die pampers bestellen gratis recht op vuilzakken. Je moet er maar aan denken, en waarschijnlijk vergeet ik nog een hele boel andere dingen. Dat is nu heel praktisch wat ik zeg, maar het is zeker belangrijk voor de thuiszorg.

Ik denk dat het vooral belangrijk is voor de mensen die het niet breed hebben, want dan zijn meestal de mensen die niet weten waar dat ze recht op hebben. Dat zijn diegene die het slechts geïnformeerd zijn en die vaak het meeste betalen. Iemand die intelligent is die gaat zelf wel eens naar het OCMW, die gaat zelf wel eens naar de CM, die gaat dat daar wel vragen en allemaal in gang trekken terwijl minder mobiele dit minder doen.

Vaak zijn het ook mensen die niet mondig zijn of mensen die de taal niet kennen, en dan zijn er instanties die deze van hier naar daar en daar naar hier sturen.

Is dit niet iets wat de equipes voor palliatieven zorg doen ? Volgens mij, de verpleegkundige van de palliatieve zorg, die doet dit allemaal. Eigenlijk doet zij dit allemaal, voor de palliatieven dan. Chronisch thuiszorgdossier, deze hebben een map, maar die worden eigenlijk niet gebruikt. Zij hebben een map voor de arts, verpleegkundige, podoloog, poetshulp, ... Zoiets zou moeten bestaan maar het is iemand die aan huis zou moeten gaan bij de patiënt, controleren en mensen contacteren.

Hoor ik u dan pleiten voor een uniform thuisdossier ? Ja, sowieso. Ook voor de wachtdiensten die we nu gaan organiseren. Door onze wachtdienst komen we bij chronische patiënten en je weet van niets, multipathologiën. Het zit allemaal in de computer, maar ik heb toch graag een

geschreven dossier. Die computerdossiers die we met elkaar kunnen delen, dat gaat nog jaren duren, dus daar moeten we niet op wachten. Maar als er één iemand verantwoordelijk zou zijn voor dat geschreven dossier, dat zou heel fijn zijn.

De elektronische dossiers aan huis dat is pas toekomst voor binnen 5-6 jaar dus ondertussen zullen we het met papier moeten doen, papier is ook heel snel, zeker via een käftje.

Het is ook belangrijk voor die mensen, het is hun dossier, en voor sommige mensen is elektronica nog altijd een moeilijke zaak. Dat is ook voor de poetshulp. Iemand die hiervoor zorgt en dit uit onze handen neemt, dat zou inderdaad niet slecht zijn allemaal.

Dit zou dan iemand moeten zijn die huisbezoeken mag doen. Die ter plekke kan zien. Het is natuurlijk ook weer iets dat uit handen gegeven wordt ... Ik denk dat vooral de ziekenkassen hierin gaan moeten overeenkomen. Van wat gaan wij doen ?

Het probleem gaat zijn als deze coördinator geassocieerd is met een ziekenhuis of daar een connectie mee heeft. Dan gaan we mensen versast zien worden. Ik ben er zeker van dat we in het vaarwater gaan komen van de mutualiteiten. WGK wil bvb dat dossier niet gebruiken of iemand anders niet. Dit zal dus van bovenuit opgelegd moeten worden welk dossier er gaat. Anders gaat het niet lukken. Je mag dit niet overlaten aan de mutualiteiten.

De vraag is natuurlijk ook hoeveel regelt deze persoon ? Beslist zij ook welke kinesist er gaat komen bij de patiënt ? Neen, absoluut niet. Het is maar een vraag. Is het thuishulp, kuishulp dat ze regelen ? Regelen ze ? Nee, ze moeten zelfstandig zijn. Deze personen moeten onafhankelijk zijn ! Heel belangrijk aan deze taak ! Informeren, coördineren, de patiënten inlichten waar zij allemaal recht op hebben. Bent u bij deze mutualiteit, wel dat en dat wordt dan allemaal terug betaald en daar heeft u recht op...

Deze functie, zij adviseren niet alleen maar zetten ook wel dingen op gang. Vb : je kan naar daar bellen. Zij geeft de contactgegevens door vb : van er moet een kinesist komen, dus hier zijn de contactgegevens.

Maar dan kan deze persoon dit toch kiezen ? Neen, het voorschrift voor de kinesist komt van de huisarts. Maar dit voorschrift is toch niet op naam ? Tot nu, en het klinkt misschien wat bezitterig, maar het was mijne patiënt en ik start de behandeling op. En ik verwijs dan naar een aantal kinesisten, psychologen, het is eender door naar iemand waarmee ik goede ervaring mee heb.

Nu komt iemand anders bij uw patiënt en die raadt bijvoorbeeld een kinesist aan waarmee je eigenlijk geen goede ervaring mee hebt. Ik zeg nu maar iets. Maar de patiënt komt toch eerst bij u ? Dan heb je toch al gezegd met wie je samenwerkt ?

Kijk, dit kan niet gebeuren als je in eerste instantie deze coördinator goed opleidt ... ; In hun opleiding moet staan dat dit niet kan.

Ze hebben het al meegemaakt dat iemand van de palliatieve verpleegkundigen iets heeft opgestart en dan belt naar de arts van "ja, ik heb al iets opgestart", "je bent er toch mee akkoord zeker ?" Dan heb ik naar de baas van de palliatieve hulp gebeld om te zeggen dat dit echt niet kan. Hetzelfde zal hier in het begin ook gebeuren, de kinderziektes. Maar in de opleiding, daar moeten afspraken gemaakt worden : "Jij coördineert, maar je raadt niet aan." Het was gewoon mijn vraag. Dit is een terechte vraag

Het is belangrijk dat deze persoon onafhankelijk is van zuilen en van organisaties. Je bent een raadgever en je verdient er niets bij als dat via zus of zo loopt.

Bij het takenpakket van de zorgoverlegcoördinator staat : stelt het plan op en doet de verdeling van de taken. Maar zij gaat niet kiezen wie dit gaat doen, maar zij gaat ervoor

zorgen dat er geen taken dubbel gebeuren en dat er andere taken niet vergeten worden. Die objectiviteit is heel belangrijk. Zij gaat wel zeggen “er moet poetsdienst komen” maar welk poetsdienst, dat is dan weer de keuze voor de patiënt. Moet een partner van de patiënt en van de huisarts zijn.

Dat is een mooie zin, een onafhankelijke partner van de patiënt en de huisarts die coördineert.

Het probleem gaat dan misschien wel zijn dat zo 1 persoon moet overleggen met verschillende huisartsen, verschillende psychologen. Dit hoeft niet meteen een probleem te zijn. Wij adviseren dit en dat maar het is de huisarts die samen met zijn patiënt beslist. Voor de medische zorg is de HA de spilfiguur. Bij hem moet je altijd je voorschrift gaan halen. Je kan bijvoorbeeld ook in de kافت een luik maken voor de huisarts en dan daarachter die voor de kinesisten en de andere plaatsen. Ben je dan niet blij dat zo 'n persoon alles voor u gaat regelen? Jawel! Maar daar heb ik het ook niet over. Het gaat er mij ook om dat er bijvoorbeeld nu al een verpleegkundige bij de patiënt komt voor wondverzorging. “Hoe die komen voor wondverzorging?” Hup en je kan dit als huisarts weeral voorschrijven. Dit mag zo niet lopen. Bij een medische act moet dit door de huisarts gebeuren. Zo werkt dit niet. Het is ook een manier van aanbrengeen aan de patiënt.

In de opleiding voor deze functie moet staan dat ze onafhankelijk zijn en dat ze moeten terugkoppelen aan de huisarts. Deze persoon moet geen huisarts gaan spelen: “Je hebt kine nodig, dus belt maar al.” Maar met een wondzorg gebeurt dit toch al? “Voor dat je de wond gezien hebt?” Nee, in mijn regio heb ik dit nog nooit geweten, patiënten bellen mij van ik heb een verpleegkundige nodig.

In het ziekenhuis van Mol gebeurt het wel zo, maar je kan deze zorg echelonneren. Soms loopt dit via het ziekenhuis verkeerd. Ja, en daar is de patiënt niet schuldig aan, en de huisarts ook niet, daar is het ziekenhuis schuldig aan.

Deze coördinator kan wel bij het ziekenhuis aankloppen dat dit niet kan, deze coördinator is inderdaad ombudsman.

Samen staan we sterk, als wel allemaal dezelfde dossiers hebben als huisarts. Ja, nu zitten we met een paar problemen en is het chaos, maar deze persoon zou daar wel kunnen helpen.

Het is belangrijk om de taken duidelijk af te bakenen. Het is weer een moeilijke grens, en dit moet weer goed omschreven worden. Ik zie het bij ons ook vaak. Bij voorkeur schrijven de patiënten zich in bij ons. Patiënten hebben niet de juiste papieren en passeren dan eerst bij onze sociaal verpleegkundige maar dan is de grens om te zeggen “goh, die zou dat toch nodig hebben” Dat is een moeilijke grens en die zal toch duidelijk omschreven moeten worden. Ik kan mij voorstellen dat dit hier ook zo gaat zijn.

En deze coördinator zal misschien ook zo 'n functie hebben van “Deze persoon zou wel eens kine kunnen gebruiken”, “is er hier dan nog geen kine opgestart?” Dit wordt ook gecommuniceerd en deze mensen doen dat ook maar vanuit goede bedoelingen. Daar gaat het ook over, hoe wordt het omschreven en waar liggen de grenzen?

De huisarts zal goed bereikbaar moeten zijn, als die coördinator er vandaag komt en er moet morgen kine zijn dan maak ik toch vandaag op morgen dat voorschrift. Dit duurt toch geen weken? Maar wij zijn toch bereikbaar? Maar wij gaan dit goed moeten afbakenen, ziekenhuis intra-muros en wij extra-muros. Zij regelen niets meer buiten het ziekenhuis.

Dit vind ik toch maar gevaarlijk! Want als een patiënt uit het ziekenhuis komt, vb geriatrie dan regelt de geriatrie alles voor de patiënt. En als wij dan zeggen intra-muros dan sturen zij die klik naar huis. Ja, maar dan kan de sociaal verpleegkundige contact opnemen met de huisarts maar ook met die zorgoverlegcoördinator. Dat is dan wel altijd kort dag? Of de specialisten

moeten al kunnen weten “ik ga die volgende week naar huis laten gaan” Daar hebben wij toch nood aan !

Gesprekken van bijvoorbeeld de kinesist moeten via de huisarts verlopen en niet via de patiënt. De coördinator moet niet tegen de patiënt zeggen : “Jij hebt kine nodig” Nee, hij moet naar de huisarts gaan en aangeven dat die patiënt kine nodig heeft. De huisarts kan adviseren.

Maar er zijn personen die zeggen : “Ik zal aan uwe huisarts is vertellen dat je kine moet krijgen” Zo gaat dat. Dat zijn dan ook mensen die zich op die moment belangrijker voelen en dat ga je wel altijd hebben, belangrijk is dan om kort op de bal te spelen. Voorbeeld het probleem dat jij aanhaalde met je ziekenhuis is eigenlijk iets dat moet besproken worden tussen de huisartsenkring en het ziekenhuis. Als de zorgtrajectpromotoren gekomen zijn, hadden wij ook een aantal problemen met de endocrinologen, dan hebben wij ook gezegd van ga daar maar een keer op tafel kloppen. En nu draait het wel na een x aantal maanden, in het begin niet. Dit zal in het begin ook conflicten brengen, zeker weten. Het zal aan ons zijn om op onze strepen te staan. Het is aan de LMN's en de huisartsenkringen om dat goed te begeleiden. Zo 'n zorgoverlegcoördinator, als die er komt zal dit ook in samenspraak moeten zijn met de LMN's en de huisartsenkringen. Wie dat daar komt, maar in overleg met de lokale kringen (of het nu LMN, wachtkring, of huisartsenkring is) Mensen die daar aangenomen worden moeten ook rapporteren naar de verantwoordelijken van die kringen. Als het dan niet goed werkt dan moet je die bijsturen.

Om even terug te komen over de extra- en de intra- muros. Dat vind ik wel een beetje gevaarlijk want nu komen er ook 3 weken later verslagen binnen, en nu moet je dan al een week op voorhand gaan bellen om de thuiszorg op te starten. Die sociaal verpleegkundige doet dat soms al wel.

Dat is de verantwoordelijkheid van uw kring om te zeggen aan het ziekenhuis : “Dit kan niet meer”. Bij ons gebeurt dat niet, dat is een kwestie van op tafel kloppen. Dit kun je gaan overleggen. Je hebt nu wel iemand die het gaat beginnen regelen. Bij ons wordt alles op voorhand geregeld door het ziekenhuis, bijvoorbeeld de geriatrie, in jullie ziekenhuis verloopt dit precies minder. Maar er komt al 10 jaar een thuisverpleegkundige en dan beslist het ziekenhuis ja nu komt er iemand van het Wit Gele Kruis en dit kan gewoon niet, maar dat gebeurt in het ziekenhuis van Mol.

Ik wou nog 1 ding toevoegen, ik denk dat zo 'n zorgoverlegcoördinator de sociale kaart kan opstellen want dat vind ik nu ingewikkeld om dit zelf te doen. Ik kan mij daar als huisarts ook niet mee bezig houden, ik wil mij met geneeskunde bezig houden.

Moderator : Nu nog de vraag : “wat voor opleiding moet deze persoon gevolgd hebben ?”

Sociaal assistente al dan niet met een specialisatiejaar. Zou die nog een specialisatie nodig hebben ? Ja, dat vind ik van wel, kijk maar naar de zorgtrajectpromotoren, die hebben toch ook een bepaalde opleiding moeten volgen. Ze zijn nu nog opleiding aan het volgen. Ja, maar dat is wel in het parcours als zij bezig zijn.

Net afgestudeerden sociaal assistenten moeten toch eerst rondkijken van “hoe wordt dat hier geregeld” want in elke regio is dit anders. Dus ik denk dat men dat al doende gaat leren. Niet dat je daar een specifiek specialisatiejaar voor moet nemen. Die van het ziekenhuis doen dat toch ook, van de dienst geriatrie ? Die moeten het toch ook al doende leren ?

Ja, maar die komen wel in een organisatie waar al alles bestaat. Eens dit is opgezet bestaat er ook een structuur ?

Het zal toch iemand moeten zijn met een zekere rijpheid ? Ze mogen niet doen als bij de zorgtrajectpromotoren die alles zelf moesten uitzoeken en nog niet eens wisten waaraan ze

moesten werken. Dus is het enkel voor het begin, tot dat de structuur opgestart is. Binnen 2 jaar zal er wel een cursus bestaan voor zorgtrajectpromotoren, daar ben ik zeker van.

Het enige probleem is dat als je op de functie zet dat zij een diploma moeten hebben van een specialisatie, dan blijft dat. Als iemand die structuur opstart en er komt iemand nieuw bij dan kan je die intern opleiden, zodat je dat eigenlijk doet met een jonge collega. Maar het is belangrijk dat we niet starten zoals bij de zorgtrajectpromotoren en dat ze dit weer allemaal gaan evalueren. Want hierdoor verliezen we weer veel tijd. De huisartsen weten er zelf niet veel van af.

Het is ook gevaarlijk als ze dit gaan zeggen van bovenuit, want dan moet je daar als huisartsenkring weel veel tijd insteken.

Ik vraag mij af is het dan niet nuttiger om een heel gedetailleerde sociale kaart te maken waarbij de mensen weten wie ze kunnen contacteren, want wat ga je in dat extra jaar nog aanbieden? Dat is heel eenvoudig: namelijk de structuur van de gezondheidszorg, de lokale structuur en de eerstelijnsgezondheidszorg, hoe dat het allemaal werkt, dan werken in team, en dan zorgen hoe je als coördinator alle betrokkenen aan de tafel krijgt bij de patiënt thuis. En stages gaan doen bij alle verschillende actoren.

In Kasterlee is er een functie, ik denk dat het een sociaal assistent is, en die gaat langs bij alle 80 of 90 plussers, die gaat met die mensen babbelen, horen wat hun noden zijn, waar zij recht op hebben. Vanuit de gemeente is dit. Knap! Dat is zeker goed!

De “Community Health Agent”

Ik kan me in eerste instantie eigenlijk niet zo goed inbeelden wat het juist is, als ik hier zo thema's zie staan als eerste hulp en gezonde voeding dan denk ik spontaan aan mijn tijd toen ik vrijwilligerswerk ging doen. Daar maakten we lessen rond hoe de handen wassen en hoe maak ik mijn huis proper met de mensen in het dorp. Moet ik mij daar zoiets van voorstellen? Ik denk dat je dit inderdaad al wel ziet in een regio zoals 2060, waar veel buitenlanders wonen.

Dus het is eigenlijk de mensen samen roepen van: “Kom eens allemaal een halfuur luisteren” Bij wijze van spreken. Ja, daar kan je het eigenlijk mee vergelijken, je gaat je richten naar de “wijk” en properen u in te bedden in de wijk en wisselwerking te krijgen tussen de organisaties in de wijk.

Dat is typisch is voor MM (maisons médicales) of voor de wijkgezondheidscentra (wgc). Wij doen dat, maar dat gaat moeizaam, ja heel moeizaam. Onze Sociaal verpleegkundige doet dit van de WGC. Wij hebben verschillende dingen gedaan rond voeding, rond preventie, bewegen en seksualiteit. De mensen zijn er nog niet rijp voor, het gaat moeilijk. De mensen zijn er nog niet rijp voor.

Hoort dit niet eerder thuis in het onderwijs? De filosofie erachter is dat je als arts in die wijk werkt, maar je zit daar in een team en werkt voor de wijk. Voorbeeld: in een wijk zijn er veel obese mensen en die willen wel bewegen, maar die de richting niet kennen van waar ze terecht kunnen. Wij hebben bijvoorbeeld ook een project gedaan met stappentellers. We hebben misschien 10 patiënten op een stappenteller kunnen zetten. Dus dit is een peulschil. Ik bedoel met scholen, dat je moet uitgaan van gemeentes.

Ik denk dat dit moet uitgaan van gemeentes. In Kasterlee is er een gezondheidsraad, een huisarts is hier de voorzitter van. Zo organiseren we hier een vaccinatie, of opsporingen... je kan elk jaar een initiatief organiseren en dit wordt dan uitgewerkt. De doelgroep krijgt een brief vanuit de gemeente om hieraan mee te werken.

Is de respons hiervan groot ?

Ja de respons is redelijk groot.

Dit zijn eigenlijk dingen die vanuit heel Vlaanderen kunnen gebeuren. Vanuit Vlaanderen kan dit opgestart worden en doorgegeven. Je kan dit lokaal uitwerken, zoals bijvoorbeeld waar er veel metaal in de grond zit, Mol. In Geel is er ook een onderzoekscentrum en die doen een aantal onderzoeken rond loodintoxicatie : in welke wijken mogen er geen groenten geteeld worden ?

Ik heb iets belangrijk vergeten te zeggen. Dit is volgens mij een LOGO taak, dat is Vlaamse Overheid. Zij hebben 5 doelstellingen, pijlers en zij zijn eigenlijk diegene die dit in kaart moeten brengen. En zij zullen plaatselijke initiatieven moeten steunen zoals bvb die gezondheidsraad. Er was volgens mij zelfs een wetvoorstel in de maak dat elke gemeente een gezondheidsraad moet opstarten. Het moet van de gemeentes uitgaan want dit gaat de bevolking meer aanspreken. Want vele mensen denken : “het LOGO, wat is dat ?” Maar als de burgemeester een campagne start, dat zal hen toch wel meer aanspreken ? Bestaande structuren moet je gebruiken, het warme water niet meer uitvinden.

Ik denk wat zij er ook mee bedoelen is dat, zoals je doet in WGC, je plaatselijke noden moet nagaan en je moet dit ook in kaart brengen. Wie gaat dat doen ? Is dit dan geen taak van het LOGO ? Ik dacht dat ik eens in Geel geweest was en die deden ook onderzoek.

Het LOGO heeft wel bijvoorbeeld een milieudeskundige in dienst. En die kunnen op vraag wel ergens naartoe, maar ik denk dat ze niet zelf actief gaan. Dan zou je misschien wel hen actief laten onderzoeken ? Je zou van bovenuit kunnen laten onderzoeken.

Ik vind juist dat je het in kleinere groepen zou moeten doen, dat je het kan opvolgen. In wijken met veel allochtonen, die campagne met de uitstrijkjes bijvoorbeeld, dat komt daar niet aan. Kan je dan een soort van wijze raad van lokale mensen opstellen ? Van een huisarts, mensen van het ziekenhuis, ... Zij kunnen onderzoeken : “Wat is de nood hier ?”

Dit gebeurt toch al zoals bijvoorbeeld voor de borstkanker screening naargelang de omstandigheden van de gemeenten of wijken kan het LOGO daar stimulerend werken.

Dit kan op vraag van een arts, of een WGC, als je laat weten “ik heb een probleem daar” ... Je kan het logo contacteren en die gaan denken : “Hoe gaan we dat hier aanpakken ?”

Maar op zich is het LOGO toch al vrij lokaal ? Hebben die geen lokale afdelingen ? Neen, dit is eerder regionaal. LOGO Zenneland is bijvoorbeeld voor 35 gemeenten, met alle faciliteitgemeenten erbij. LOGO Kempen moet bijvoorbeeld wel te doen zijn. Misschien kunnen ze het opsplitsen in Brussel en er meerder van maken ? Daar gaan we nu niet aan beginnen.

Het LOGO moet zich houden aan 5 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, dus ideaal zou zijn als je dit lokaal kan gaan invullen. Dan volg ik met wat jij zegt dat we het op Vlaams niveau organiseren en dit lokaal kunnen invullen. Er is geen nood om nog iets erbij te creëren, misschien moeten we het logo gewoon meer bekend maken. En dit moet via de gemeenten gaan, want via wijken gaat dit niet lukken.

Ik zal een voorbeeld geven de Stad Vilvoorde start met rookstop campagne, LOGO heeft de vergadering belegd tussen de stad, gezondheidswerkers, de ziekenhuizen, de pneumoloog, huisarts, etc. zij coördinerende dit dus voor een stuk.

Heel belangrijk is hier ook dat vanuit het ziekenhuis en hier beginnen ze ook met campagnes ; hier moeten de taken wel bewaakt worden. Voor een gemeente of een stad met ziekenhuis is het veel moeilijker werken voor de huisartsen als ze campagnes doen, ze gaan vaak met het

initiatief lopen, dat wordt opgeslokt door de ziekenhuisdirectie en komt in alle krantjes. Dit gaat dan eerder over campagnes ? Want voor borst screening is dat inderdaad zo geweest.

Ik denk dat er toch meer achter zit, als je bijvoorbeeld werkt in eerstelijnsgezondheidszorg, moet je eigenlijk dat aspect van werken naar de wijk, dat hoort er bij. Anders als het grootsere, vanuit de LOGO vind ik ook wel interessant maar ik denk dat ze hier bedoelen, iemand die zich echt met de wijken bezig houdt. Ik zeg dat het moeizaam is maar wat je ook ziet in gebieden waar het moeilijk is voor mensen, op allerlei gebied, daar zie je VZW 's en NGO 's als paddenstoelen uit de grond rijzen en die van alles en nog wat doen en er is geen coördinatie tussen. Hier gaan ook veel budgetten naar, zonder resultaat en het is allemaal verspreid. Dus hier zou wel een functie voor kunnen bestaan.

En dan heb je daarnaast het grotere beeld van een gemeente. Volgens mij is dit onderzoek om die functies te krijgen, dat die erkend worden.

Dit vermoedde ik ook en ik vrees dat we een soort concurrentiestrijd gaat krijgen tussen de verschillende praktijken van groepspraktijken dat de één dat wel heeft en de andere niet. Het heeft een zeker aanzuigkracht, want zagezegd wordt er in die praktijk meer voor de mensen gedaan. En die aanzuigkracht gaat voor wrovel zorgen bij diegene die dit niet hebben, of die zich dit niet kunnen veroorloven. Want dat kost geld. Dit moeten we te allen tijde vermijden ! Er mag geen concurrentie komen of tweestrijd tussen de solopraktijken, groepspraktijken en wijkgezondheidscentra. Naast elkaar, niet tegen elkaar. Als je dit gaat implementeren bij praktijken aan de hand van een aantal criteria dan ga je een aantal voelsprietten recht omhoog gaan. Dit mag inderdaad niet per praktijk, dit moet gemeentelijk.

Zo is het misschien beter een gezondheidsraad te organiseren waarop je beroep kan doen. Wie wordt daar op uitgenodigd ? Iedereen die werkzaam is in de gezondheidssector, ook kinesist, logopedist, in principe worden die allemaal uitgenodigd voor de gezondheidsraad.

En u zit in de gezondheidsraad ?

Alle huisartsen zitten in de gezondheidsraad van Kasterlee.

Iedereen wordt daar op uitgenodigd ? Ja, maar wie gaat daar naartoe ?

Dat is een gemeentelijke ambtenaar en een huisarts die daar voorzitter van is, dus eigenlijk zijn het 2 personen.

Heb je de indruk dat zij voldoende knowhow hebben om dit te organiseren in de regio of zou een community health agent een goede aanvulling zijn voor de gezondheidsraad van een gemeente ?

Het is een job, hoe dat die juist ingevuld is dat weet ik niet. "Ambtenaar van gezondheid" is nu geen specifieke taak, hij moet dit er maar bij pakken bij al zijn andere taken. Ik weet het, het is waarschijnlijk de schepen die zegt "jij zit in de gezondheidsraad" en hij moet dat er maar bij nemen. Die zijn daar niet specifiek voor opgeleid. Op zich zou het niet slecht zijn als we de gezondheidsraden gaan verplichten in de gemeente, en dat er iemand is, per gemeente, die deze functie heeft in de gezondheidsraad. Deze luistert naar de verantwoordelijken van de groepspraktijken, wat zijn de lokale noden ? Voorbeeld bij de ene zijn het allochtonen die diabetes hebben, bij andere te veel last van fijnstof, ... Die kunnen heel lokaal zeggen waar is nood aan, en ze kunnen samen met het LOGO opstarten. Maar niet specifiek naar huisartsen toe.

Het laatste initiatief dat wij genomen hebben met de gezondheidsraad is valpreventie. Maar uiteindelijk is dat op een sissert uitgedraaid, veel vergaderingen, veel papier, huisartsen moesten patiënten zoeken die daarvoor in aanmerking kwamen. Ik denk dat er uiteindelijk 1 dossier is ingevuld. Vonden jullie dan dat dit van hogere hand moest gecoördineerd worden ?

Kan het niet allemaal samen gaan met wat het logo nu doet? Ik zou niet nog een structuur opzetten extra. Dan hebben wel LOGO, dit en verschillende ngo's. Dan kan het volgens mij beter doorsijpelen want nu sijpelt het niet door. Ik ben er zeker van de LOGO's hier heel gelukkig mee zouden zijn, want nu mogen ze eigenlijk alleen maar antwoorden als er iets gevraagd wordt terwijl zij veel liever actief zouden willen meedoen, nu zitten ze te wachten en ze hebben de know-how. Ze willen meer doen en momenteel zijn ze geremd in hun mogen niet in hun mogelijkheden.

Ik zal nog een voorbeeld geven in een groepspraktijk, het ging om een griepvaccinatie en pakt er dan dit en dat vaccin nog bij. Als je een vaccinatiecampagne doet, pak dan alle vaccinaties. Dat moet allemaal goedgekeurd worden door de overheid. Dat is het net hé, de overheid zegt "nee, het is influenza". Je hebt dan iemand die lokaal iets wil organiseren en dan kan je daar lokaal niet aan meedoen.

Dus het is een goed idee om het takenpakket van de LOGO's uit te breiden en ze pro-actief te laten werken. Meer bemanning, vergroten.

Moet het LOGO dan toestemming krijgen van de gemeente? Het kan opgelegd worden door de gemeente. Je hebt een verplichte schepen van financiën, verplichte schepen van sociale zaken, hier zou ook een verplichte schepen van gezondheid moeten bijzijn. Momenteel is die nog niet verplicht. Het zou een verplichting moeten zijn voor uw taken van uw gemeente.

Moderator : Welke opleiding zou deze persoon moeten volgen ?

Ik zou het niet weten.

Of welk profiel ?

Ja, dan denk ik toch een medische opleiding.

Ik denk dat dit niet 1 persoon moet zijn maar een team met een aantal specialisaties, milieukundige, sociaalverpleegkundige, een paar mensen bij elkaar. En hoe die verdeling moet zijn? Zo is de verdeling bij het logo nu ook, elke heeft zijn item, 1 doet borstscreening, 1 doen vaccinatie, andere zus...die specialiseren zich hierin.

Van een aantal opleidingen zou ik iemand hierin zetten. Als je hier ook de mogelijkheid geeft aan verpleegkundigen dan gaat het beroep van verpleegkundige ook aantrekkelijker worden. Ook voor de praktijkassistente bijvoorbeeld.

Op de gezondheidsraad nodigen ze vaak een spreker uit, de laatste die geweest was ging over CO² uitstoot in klaslokalen. Blijkbaar staat de meter dikwijls in het rood.

Je kan hen inderdaad in een team laten werken en als er een probleem is dat ze dan een specialist kunnen aanspreken, die kan komen spreken.

verpleegkundigen

Datum : 10-08-2011

Plaats : Welzijnszorg Kempen in Geel

De Praktijkassistent in huisartsenpraktijk

Nuttige functie ?

Mijn eerste vraag : waar situeert deze functie zich ? Bij een arts, een huisarts ? En niet op een spoedgevallendienst of zo ? Omdat er heel veel patiënten naar de spoedgevallendienst gaan die eigenlijk niet op de spoedgevallendienst horen, zou ik eerder denken dat zo iemand ook daar... om te triëren eigenlijk. Om die patiënten de raad geven om toch terug naar de huisarts te gaan want met een aantal dingen moeten ze ik weet niet hoe lang wachten op spoedgevallen en er is altijd de discussie : ja, ze zeggen wel spoedgevallendienst maar je moet er twee uur wachten ! Omdat daar eigenlijk de grote, urgente zaken normaal verwacht worden en behandeld worden en niet de snijwonden en zware kneuzingen of zo.

Ik had nog eerst nog vooraf een vraag : wordt er ook gedebatteerd welke functieprofiel ? Want dat beperkt al meteen een heleboel mogelijkheden hè ! Hier staat bijvoorbeeld beroepsgeheim, regelt de eerste vragen van patiënten.

Tja, ga je er een verpleegkundige van maken of ga je er iemand anders van maken ? Als ik dat hier lees, gaat dat op z 'n minst een halve dokter moeten zijn !

Er zijn een aantal taken, ik heb ze hier aangekruist, die nu een verpleegkundige doet - in de thuiszorgsector toch, in een ziekenhuis is dat nog anders, daar worden dingen gedaan die niet in de thuissector gebeuren.

Er zijn toch een aantal dingen zoals diagnose stellen... Als ik al deze taken bekijk, zou dat een arts in opleiding moeten zijn.

Ik snap niet goed wat het eigenlijk allemaal is. Het is administratief, verpleegkundig, medisch... Van waar komt dat ? Wie vindt zoiets uit ? In Nederland heb je verpleegkundige "instructors" die de verpleegkundigen aansturen maar...

Bij ons in Herent is er een groepspraktijk die een praktijkassistent heeft. De artsen wonen daar niet maar hebben per 2 een consultatieruimte. Het is de bedoeling dat als de ene consultatie doet, de andere op ronde gaat voor huisbezoeken. De praktijkassistent neemt de telefoon op, maakt afspraken, rekeningen, verslagen enz.

Maar het is dus niet zo dat zij verpleegkundige taken doet zoals hier beschreven staat of medische taken. Ze is meer eigenlijk een soort veredelde telefoniste. Haar taken zijn veel beperkter dan hier.

De HA'n zeggen dat het een enorme luxe is dat niemand je stoort tijdens de consultatie, tenzij het echt dringend is. Alles loopt dan veel beter qua afspraken. De patiënten worden ook veel beter gedirigeerd. Per patiënt nemen zij een kwartier. Als je als patiënt meer tijd wil dan 15 min, moet je dat van tevoren aangeven, je krijgt dan een half uur en je betaalt twee consultaties. Dus als je gaat voor een uitstrijkje, dat is gynaecologisch, en je gaat daarnaast ook nog voor iets anders, dan betaal je gewoon voor twee afspraken. Dus het gaat daar per kwartier.

Dit is veel uitgebreider hè.

Is dit wat er in Nederland momenteel loopt ?

Is dit pakket samengesteld naarmate de noden, vragen die er gekomen zijn ? Van waar komt dit ?

Dit is echt opgesteld vanuit Wallonië. Ik denk dat het in België nog niet officieel bestaat, nog niet is goedgekeurd.

Zijn dit taken die grosso modo bij elkaar gepakt zijn en gezegd : OK, dit zijn de taken die wij nu zien voor een praktijkassistent ? Zonder dat er nagedacht is welke opleiding dat die moet gevolgd hebben ?

Ja ! Maar in Nederland is er wel een opleiding voor. Die worden daar specifiek opgeleid met een medische opleiding. Die staan op dat vlak veel verder dan wij hier.

Ik moet wel zeggen, de praktijkassistent, wij hebben er bij ons in de buurt ook een voorbeeld van. Een huisartsenpraktijk met vier vaste huisartsen en een HAIO en daar werkt dat heel goed. Die artsen ervaren dat niet alleen als ondersteuning maar ook familiaal gezien want moeder de vrouw is vrij gesteld van een heleboel taken. En dat is ook een luxe !

Welke functie heeft die ?

Die doet duidelijk gewoon wat er hier in 't blauw geschreven staat.

Is dit een verpleegkundige of is dat... ?

Nee, gewoon iemand die administratief en logistiek ondersteunend werkt, die eigenlijk er voor zorgt dat de artsen doen wat ze graag doen namelijk met de patiënt bezig zijn. Het is zo dat de huisarts nog alleen doet waar hij voor opgeleid is.

Maar moeten we dan niet... allez, ik kan me perfect voorstellen dat het inderdaad wel een groot voordeel is, zeker naar de arts toe (voor de patiënt weet ik het niet, kan ik dat niet in schatten) maar moeten we er dan niet voor waken dat het iemand is die een degelijke opleiding gevolgd heeft ?

Ik bedoel, als ik hier lees "... de patiënt en respecteert de volgorde van urgentiegraad" Met alle respect maar als iemand mij moet beoordelen over de urgentiegraad dan heb ik toch het liefst dat het iemand is met een goede, degelijke opleiding. Niet ?

In de praktijk klopt het ook wel een beetje dat de dokters hun pappenheimers kennen en dat ze zeggen "als die belt, ja dan moet het heel dringend zijn ! Maar als die belt, noteer het dan maar."

Ja maar we moeten toch voorzichtig zijn denk ik.

Laten we het toch aub goed bewaken hè mensen want er is veel mogelijk hè. Als ik wil, kan ik ook bakker worden en dan kan ik ook brood bakken maar het is niet zeker dat iedereen mijn brood wil eten. Ik wil maar zeggen : schoenmaker blijf bij je leest.

Ik vind dat het toch wel belangrijk is en dat we er goed over nadenken...

Het hangt er van af welke taken deze persoon heeft.

In NL wat ze daar doen zijn duidelijk inbreuken op de wetten ! Punt aan de lijn ! Strafbaar met...

Tenzij ze het een verpleegkundige is hè !

Ja maar dan moet ze nog voor alles een voorschrift hebben !

Ja maar ze zit vlak bij de bron hè.

Het is toch minstens een arts die het moet zijn.

Zoals het hier staat, als we het totaalpakket nemen, zou dat minstens iemand moeten zijn niet met een paramedische, maar een medische opleiding.

Ja want als iemand voor eerste hulp naar de arts gaat, verwacht die ook een arts en geen secretaresse want dan kan je even goed naar de spoed gaan.

Mensen laten we er goed over nadenken. Ik vermoed dat doordat er nu assistenten of secretaresses zijn, dat er heel wat vragen afgeblokt worden, die eerst door de arts beantwoord werden en dat er daardoor heel wat meer mensen naar de spoed gaan om daar sneller of misschien beter geholpen te worden. Of omdat ze het idee hebben dat ze daar beter geholpen worden.

Je hoort toch ook veel van mensen die naar hun huisarts bellen en bij een secretariaat terecht komen (soms kan je als huisarts een secretariaat inhuren) en die zijn daar niet tevreden over. Ik zelf ook hè, als ik naar mijn huisarts bel, dan bel ik altijd op zijn gsm want ik krijg er anders de kriebels van.

Ja, maar dat is waar! Praktijken die zo iemand in dienst hebben, alleen voor het administratieve en voor het ondersteunende, hebben daar op de duur een redelijke band mee en daar hoort dit profiel wel bij...

Maar zo'n tele-secretariaat, sorry, dat werkt gewoon niet !

Nee

Nee

Als er een praktijkassistent moet zijn in een huisartsenpraktijk, wat ik absoluut wel kan volgen dat dit voordelen heeft, laat ons dan toch heel duidelijk die taken goed afbakenen en heel voorzichtig zijn met wat hij/zij kan en niet kan of mag en niet mag.

Ik merk in het dagelijkse leven dat het oh zo gemakkelijk is om uit te weiden. Als ze dat doen dan kunnen we hen ook dat nog geven en... voor ze het weten...

We moeten ook zien dat het uiteindelijk geen medische centra worden. Dan heb je een secretariaat van voor en in 1 gebouw alles.

Als ik het hier lees, moeten deze mensen ook huisbezoeken afleggen en komen daardoor in t vaarwater van huisartsen en thuisverpleegkundigen.

Ik denk niet dat die thuis iets te zoeken hebben maar ik denk ook dat het een mes is dat aan twee kanten snijdt.

Als je de situatie van nu bekijkt en we maken daarna de abstractie van die praktijkassistenten, wat krijg je dan ?

Nu is het de echtgenote van de geneesheer die de telefoon opneemt en waar zitten we dan ? Als je die mensen persoonlijk kent, kan je iets gedaan krijgen maar hebben die een aversie tegen uw stem of ze hebben geen tijd of hoofdpijn of what ever, dan word je ook niet goed geholpen ! Dus de dagdagelijkse realiteit is zonder praktijkassistent, moeten we gewoon vaststellen dat er iets aan mangelt, dat het ook niet echt professioneel georganiseerd is en dat er ook een heleboel factoren kunnen inwerken waar je totaal geen invloed op hebt. Dat is de situatie nu.

Bij een praktijkassistent, wanneer dat binnen bepaalde grenzen goed omschreven wordt, kan dat wel een meerwaarde zijn maar ik denk niet dat het iets is voor een solopraktijk van een huisarts.

Dat is niet betaalbaar denk ik want een huisarts is een zelfstandige en alles wat er bij komt om zijn werk te vereenvoudigen - of dat nu toestellen zijn of mensen - gaat van zijn inkomen af. Als je in een organisatie werkt, is dat heel anders.

Ja maar onderschat niet dat er tegenwoordig voor meer en meer zaken subsidies zijn, dat het ondersteund wordt.

Ik heb in mijn woonregio twee huisartsen, solopraktijk, die een verpleegkundige in hun praktijk hebben om voorbereidende taken zoals administratie, bloedname e.d. uit te voeren, omdat er een tekort aan huisartsen is en ze geen partners vinden. Om dan alles vlotter te laten verlopen en de patiënten verder te kunnen helpen zijn die verpleegkundigen ingeschakeld. Moeten we dat ook onder deze noemer zien ???

Dat zijn vooral verpleegkundigen en zorgkundigen. Ja : artsen-verpleegkundigen en verpleegkundigen-zorgkundigen. Ik bedoel, hun takenpakket is ook strikt omljnd momenteel en als je deze mensen in een praktijk plaatst en je zou hun taken mooi aflijnen, dan heb je juist hetzelfde verhaal. Dat is toch waar ! Die artsen raken overwerkt, die zoeken een uitweg, die krijgen praktijkassistenten en weg zijn de tekorten maar of dat goed is... dat is iets anders hè

Alleen hebben ze als verpleegkundige of zorgkundige een wettelijk kader en deze praktijkassistent (nog) niet !

Maar dat is nu juist de bedoeling denk ik, om uit te zoeken of het nodig is dat er een wettelijk kader rond moet geschept worden.

Of het nu noodzakelijk is om er een praktijkassistent van te maken, vraag ik me af. Als ik zie naar dat takenpakket, dan zijn dat taken die ik dagdagelijks doe : ik krijg een telefoon binnen en wie krijg ik aan de hoorn ? Ja, die persoon, da 's urgent, ik zal er nog maar naartoe rijden. Eigenlijk doe je dat alle dagen ! En dan denk ik : is het nuttig om er nog eens een functie bij te creëren ?

En hoe stuurt die door ?

Eigenlijk, u zegt daarjuist, het is de echtgenote van de arts die dit nu doet maar als we de evolutie zien...

Als ik begonnen ben en je belde naar de dokter dan kwam je bij zijn vrouw uit. Nu met de gsm's : 1) de telefoon staat doorgeschakeld en 2) de meeste vrouwen gaan mee werken dus die nemen de telefoon niet op omdat ze niet thuis zijn. En daardoor - waar vroeger de huisarts kon op pad gaan met z'n lijstje om nadien bij het thuis komen te zien dat er al zoveel patiënten... nu wordt de huisarts altijd onderbroken, ofwel terwijl hij thuis bezig is ofwel als hij thuis bij de patiënten bezig is.

Hebben jullie in het WGC een praktijkassistent of een secretaresse of iemand dergelijke ?

Er is een verschil vind ik hè tussen een praktijkassistent of een secretaresse of een verpleegkundige. Laat ons daar toch heel duidelijk in zijn !

We zijn met een team van 10 waaronder 4 artsen, 6 vrijwilligers en 2 mensen die aan het onthaal werken en gewoon de telefoons opnemen, mensen inschrijven en ook afspraken maken met specialisten. Alle nieuwe mensen die zich bij ons komen inschrijven, zie ik eerst, ik doe heel de sociale èn medische anamnese. Dus alles van hun voorgeschiedenis enzo. Dan vaccineer ik ze meestal ook direct. De medisch-technische taken die hier staan, behalve de gehoorstest,

de huidtest en de longfunctietest, doe ik allemaal. En als er thuis verzorging nodig is (hygiënisch of wondzorg of insputingen thuis) doe ik dat ook allemaal.

En dan regel je dat ? Dan contacteer je iemand van thuisverpleging of doe je dat allemaal zelf ?

Dat moet ik wel doen !

En dan doe je dat daar thuis ?

Ja maar niet in het weekend, dat mag ik niet omdat ik alleen in de week mag werken.

En hoe zit het dan met bijvoorbeeld insputingen die in het weekend moeten ?

Dan vragen ze iemand van thuiszorg.

Dus dan vragen ze alleen voor het weekend thuiszorg ? ! Mooi geregeld ! Dat vind ik er wel over !

En is dat haalbaar voor 1 persoon zoals u ?

Nee, we zijn aan 't solliciteren. We gaan een collega extra krijgen omdat wij heel veel inschrijvingen hebben

Als je nu mensen hebt waar je 2 à 3x per dag naartoe moet ?

Ja maar dat moet ik niet... en ja dat zou heel vervelend zijn.

't Is een mooi systeem maar het werkt nog niet.

Maar nee, die buurt dat zijn mensen die komen en gaan, heel veel vluchtelingen, vreemdelingen en dat is een tamelijk jonge populatie met heel veel sociale problematiek waarvoor ik er dan ben.

Inderdaad een sociaal verpleegkundige die een aantal dingen ondersteunend mee kan doen want mensen hebben ook andere noden. Bijvoorbeeld veel ouderen die licht aan 't dementeren zijn waarbij de familie bij de huisarts komt en in die context kan een praktijkassistent misschien ook van nut zijn.

Normaal moeten die dan worden doorgestuurd naar de sociale dienst van de mutualiteit maar soms weten ze de weg er naartoe niet. Dus dan kan dat ook hier ook in geïntegreerd worden. Als je dan een sociaal verpleegkundige hebt, die kan dan zelf acties ondernemen, dat zelf doen in plaats van dan nog eens door te sturen. Dat kan een meerwaarde zijn.

U hebt iets aangehaald wat toch wel belangrijk is in mijn ogen : de continuïteit. Ik bedoel : zoeken we naar een job van 8 tot 5 of is dat iemand die de arts kan inschakelen wanneer hij dat maar wil ? Is die er 's morgens van 7 tot 10 en 's avonds van 6 tot... ?

Wat doe je dan met vragen die in het weekend of 's nachts komen ? Hoe wordt daar mee omgegaan ?

Voor de omschrijving of de statuten zullen ze dat moeten meenemen hè ! Dat hoort er bij want die situatie gaat zich voor doen natuurlijk.

Eigenlijk zou het 24/24u permanentie moeten zijn want als er iemand naar de huisarts belt met een bepaald probleem...

Ja maar als ze 's nachts naar de dokter bellen, hebben ze toch liefst het eerst de dokter aan de lijn hoor !

Anderzijds vind ik dat wij overconsumptie gaan bevorderen als het 24/24u is.

Mensen moeten ook een beetje leren gedisciplineerd te zijn. Daardoor is de toeloop naar de spoeddienst zo hoog. Ze denken "ik heb dit al 14 dagen, dat is nog steeds niet beter, nu ga ik naar spoedgevallen" terwijl dat even goed iets is dat morgen kan gedaan worden door de huisarts.

Awel maar als ze dan bellen naar die persoon (praktijkassistent) zou dat iemand moeten zijn met een opleiding en die zou moeten weten hoe dat hij/zij die vragen moet seponeren.

Ik ben er eigenlijk niet mee akkoord. Ik vind dat we voor een stuk de mensen moeten opvoeden. Je kan ziek zijn en dat kan dringend zijn maar dan bel je naar de huisarts. Als ik zie wat hier op staat (fiche), is er niks bij wat dringend is.

Ja maar mensen ! Je wordt niet ziek tussen 8u 's morgens en 5u 's avonds hè ! Laten we daar een beetje realistisch in zijn !

Nee, dat is juist maar als je echt ziek wordt, bestaat er nog altijd de wachtdienst van de huisarts.

Er is "fysiek ziek zijn" en je hebt ook "psychisch ziek zijn" waarbij soms de nood bijzonder hoog is en waarbij je wel iemand moet kunnen beluisteren. Laat ons toch voorzichtig zijn door makkelijke uitspraken te doen door te zeggen "we moeten mensen opvoeden". Akkoord, er zijn een aantal zaken die moeten gecounterd worden, maar verdorie, als mensen al niet meer bij hun huisarts terecht kunnen, waar dan nog wel ? Bij de pastoor geraken ze ook al niet meer. Waar dan ? Ze moeten toch ergens terecht kunnen hè.

Nee, maar ze mogen nog naar hun huisarts gaan hè. Het gewone dagdagelijkse dat kan perfect tussen bijv. 8u en 8u ! Maar als je ook gaat zeggen : die andere 8 uur in de nacht kan je er ook bij terecht... Dat is een heel kostelijke affaire die wij allemaal moeten op hoesten want dat gaat van belastinggeld af als dat ooit gesubsidieerd wordt.

Als ze daar niet terecht kunnen, komen ze nog naar de spoed en dat kost nog meer geld.

Ja, dat kost ons als maatschappij een stuk meer. Plus dat ik er ook van overtuigd ben (maar dan denk ik dat ik één van de minderheden ben) dat als patiënten naar een groepspraktijk bellen dat ze dan uiteindelijk... Ik versta zelf wel dat mensen geholpen worden, door eender wie, dat is belangrijk maar ik merk toch ook wel heel dikwijls dat mensen graag naar diè arts gaan, ze willen met die bepaalde arts spreken en dan is mijn vraag : "kan er altijd wel gewacht worden?". Soms wel maar er zijn ook momenten dat je een vertrouwenspersoon nodig hebt waar jij je ding moet kunnen vertellen. En dat wordt vandaag de dag toch wel onderschat hoor. Alles moet zo in vakjes gezet worden, alles moet mooi tussen dan en dan, dit en dat mag niet.... We leven in een werkelijke wereld hè, waarin mensen nu eenmaal problemen hebben en ze moeten toch ergens terecht kunnen !

Maar bij de praktijk waar ik nu over spreek, ik zie dat goed als ik bij een patiënt ben. Die zegt "het is dringend". Als het echt dringend is, zullen ze wel bellen en anders zullen ze wel wachten.

Ja, maar wie zegt dat het dringend is ? Ik ga er van uit dat een patiënt die belt - uitzonderingen niet meegenomen - dat die echt wel met een vraag zit !

Dat wel ja maar dan kan hij ook daar terecht hè !

Ja, OK maar de vraag is dan : als het iemand is met een secretaresse functie, kan die dan de vraag heel goed kaderen ? Heeft zij de macht om die vraag te counteren ?

Ik vind dat een probleem want eigenlijk komt dat neer op het indirect stellen van een diagnose. Dat is zelfs geen verpleegkundig werk en al helemaal niets voor een praktijkassistente.

Ik heb dit in het asielcentrum 7 j lang zo gedaan. Het was daar zo laagdrempelig, ze konden daar gratis naar de dokter. En die mensen hadden ook weinig te doen dus dan was het ook wel leuk om naar de dokter te gaan.

Dus die arts wilde niet dat ze meteen bij hem kwamen. Ofwel mijn collega ofwel ik screenden de mensen dus wij konden inderdaad al veel zelf doen maar soms haalden wij de arts er ook bij en daardoor leer je ook in oren kijken en naar longen luisteren. En als ik dan alleen was, zou ik niet hebben durven zeggen "het is dat of dat", absoluut niet maar ik kon toch een beetje in schatten hoe erg het was. Afhankelijk van wat de mensen bij ons kwamen vertellen, stuurden wij de mensen door.

Maar soms was het ook niet nodig, dan wilden ze alleen even babbelen of wilden ze gewoon hun verhaal doen en was dat voor hen voldoende.

Maar in dit geval moet ik zeggen dat jij als sociaal verpleegkundige toch wel 4jaar gestudeerd hebt buiten je middelbaar. Jij bent wel een verpleegkundige hè !

Jaja, een praktijkassistente kan dat niet doen.

U bent een verpleegkundige, u hebt een bekwaamheid maar deze praktijkassistente is misschien een secretaresse !

Maar we mogen er ook niet van uit gaan dat dit een secretaresse is.

We zijn het er, denk ik, wel over eens dat dit op z 'n minst een verpleegkundige moet zijn.

Als het een verpleegkundige is, moeten we dat laatste stuk hier niet meer bespreken want die mogen dat allemaal wat hier geschreven is.

En als je met (???) spreekt en die artsen kunnen dat specificeren : u neemt een bloeddruk en als de bloeddruk niet hoger is dan dit en niet lager dan dat, dan laat je mij gerust. Die mogen zuurstof meten, die mogen suiker meten, longfunctietesten doen...

Maar met die bloeddruk is ook niet correct hè. Als de arts zegt dat de assistente hem niet mag storen als het bijvoorbeeld boven de 15 is en het gaat om een patiënt die altijd heel laag staat. Dat is niet zo, zo...

Laat ons toch heel bewust zijn dat het niet zo evident is als dat het hier op staat. De context is ook belangrijk. In een wijkgezondheidscentrum of in een asielcentrum waar de complexiteit iets ander is dan iemand die in een stad woont en overdag gaat werken. Ik hoor u eigenlijk zeggen dat daar mensen zijn die als bezigheidstherapie naar de arts gaan. In dat geval wordt het heel moeilijk.

Mag ik nog 1 vraag stellen ? Hoe zie je het dan in de praktijk ? 1 praktijkassistent per huisartsenpraktijk of 1 per regio overkoepelend ? Want als je het per regio zou doen, dan kan die praktijkassistent wel een zeker overzicht bewaren. En waar ik me vragen bij stel is : hoe doet die achteraf de triage ? Naar wie gaat die dat doorsturen ? Nu is het heel eenvoudig, de huisarts kent die, die gaat daar en daar en zo wordt dat verdeeld.

Maar de nazorg - lees weekend, avond, ochtend - moet ook nog gegarandeerd blijven hè.

Ik denk ook dat je niet mag vergeten dat wij hier rond de tafel allemaal gestudeerd hebben voor verpleegkundige. Dat is gegoten in een wettelijk kader en dat moeten we toch ook blijven respecteren. We hebben lang moeten vechten voor die zaken. Ik wil mee nadenken en zoeken naar een oplossing voor het tekort aan artsen dat er in de toekomst zal komen maar laat ons verpleegkundigen blijven respecteren en eerst kijken wat we hebben, in plaats van op zoek te gaan naar iets nieuws

Dan zal het over de financiën gaan hè.

Dat is iets anders !

Natuurlijk want als het over een verpleegkundige gaat, is het kostenplaatje meer dan wanneer het over een secretaresse gaat.

Ja goed mensen maar dat is nu eenmaal zo.

Ik heb op zich geen probleem met de praktijkassistent maar wel met wat er hier staat.

Ja, met de taken !

Als we hier op een serieuze manier zaken schrappen en wat je dan over houdt, dat daar een consensus over kan bereikt worden. Dat iemand e-mails leest, brieven en onderzoeksresultaten opent, klasseert en klaar legt voor mijnheer dokter, OK.

Je hebt medische secretaresses hè, die kunnen zo'n dingen.

Maar zoiets als die urgentiegraad : direct schrappen want die heeft daar geen affaire mee, punt uit !

Plus mensen, kijk toch ook eens wat we al hebben hè. We hebben het misschien al allemaal maar alleen krijgt het hier een andere naam.

Als je die functieomschrijving een beetje mangelt, heb je een verpleegkundige of medisch secretaresse.

In Nederland was daar een aparte opleiding voor zei u hè ?

Ja.

Is dat vergelijkbaar met de opleiding verpleegkundige ?

Ja, wel met verpleegkundige maar in België bestaat dat momenteel niet.

Vertrekt een praktijkassistent in Nederland vanuit een verpleegkundige opleiding of vanuit een artsenopleiding ?

Dat durf ik niet met zekerheid zeggen maar ik denk dat het verpleegkundigen zijn.

Maar... in Nederland studeer je af als verpleegkundige en mag je niks. Je moet ervaring opbouwen en jaarlijks cursussen bij doen.

Ja maar dat gaat bij ons stilaan ook komen. We gaan verpleegkundigen anders benaderen, naargelang hun ervaring en in dat geval kan het hier wel inpassen.

Ze hebben nu net goed gekeurd dat zelfs een sociaal verpleegkundige gelijkgesteld is aan een bachelor en dat is gelijkgesteld aan alles. Die mag overal werken, ook als kinderverpleegkundige. Een bachelor is een bachelor.

Ze houden er al geen rekening meer mee, dat is dus juist het tegenovergestelde.

Dat vind ik raar want als je ziet wat de opleiding van verpleegkundige tegenwoordig is ! Je kan als eerstejaars verpleegkundige al naar “vroedvrouw” gaan. Als je dan afstudeert als vroedvrouw, kan je alleen nog maar als vroedvrouw werken. Ik bedoel die heeft geen verpleegkundige...

Iemand die nu afstudeert als vroedvrouw, die vraagt een RIZIVnummer aan (409) gegradueerd/bachelor.

Ja maar ik vraag me dan af : hoe is die haar algemene verpleegkundige achtergrond ? Die kan toch nooit zo groot zijn als van iemand die eerst basiskennis kreeg en pas nadien ging specialiseren ?

Dat is een beetje een tendens naar het Nederlandse model. Op 18-jarige leeftijd studeer je af als verpleegkundige en wij moeten er hier nog aan beginnen.

Ja natuurlijk, jaja.

Moderator : We gaan afronden want we zijn aan het afwijken.

De zorgoverlegcoördinator (zoc)

Moderator : Dit is iemand die vooral ingeschakeld zal worden op het niveau van de patiënt en het netwerk gaat onderhouden van alle zorgverleners die bij die bepaald patiënt komen.

Is er iemand die al een bedenking heeft of dit een nuttige functie zou vinden ?

Is dat niet hetzelfde als een sociale dienst, een sociaal verpleegkundige die zo werkt ?

Bij ons zijn er al zoc,

Bij ons ook !

Ik dacht dat het overal al georganiseerd was maar blijkbaar niet !

Ja, via de ziekenfondsen. De Voorzorg heeft zeker zoc'n.

In een sociale dienst ?

Nee nee, die zitten op de ziekenkas bij ons. De Voorzorg Antwerpen, doet dat regelmatig..

Dat zijn mensen die je kan opbellen. Iedere zorgverlener maar ook de patiënt en de omgeving kan dat doen. Je geeft op welke mensen jij rond de tafel wilt krijgen. Zij maken alle afspraken en begeleiden en coördineren het hele gesprek.

In het kader van een multidisciplinair overleg van de SIT/SEL.

Ja.

Ik ben daar voorstander van. Ik zeg al lang dat er in iedere gemeente 1 persoon, een loket zou moeten zijn waar alle mensen terecht kunnen met alle vragen van sociale, medische of juridische aard. Dat er daar iemand is die zegt : wij gaan dat voor u oppakken.

Jajaja, dat is zeker !

Maar dat is nog toekomstmuziek denk ik.

Daarnaast is ook 1 van mijn dada's : iedere zorg- of hulpverlener, thuis en in het ziekenhuis, heeft van de patiënt een dossier. Bij de kinesist is er een dossiertje van u, bij de tandarts, bij de oogarts, verpleging... Ik droom er al lang van dat er één dossier zou zijn per patiënt. Dat gaat op de computer en de patiënt bepaalt zelf wie welk luik mag open doen. Bijvoorbeeld als ik bij een psychiater ben, moet mijn tandarts dat niet kunnen lezen en een oogarts heeft dat ook niet nodig maar uw huisarts moet dat wel weten ! Op spoedgevallen doen ze uw dossier open omdat het nodig is en ze zien direct heel uw voorgeschiedenis. Daar kan alles in staan. Uw huisarts zet al uw medicatie er in. Je moet niet meer gaan sukkelen wanneer er iemand gevallen is en je moet weten welke medicatie die persoon gebruikt.

De huisarts kan zien wat de verpleegkundige doet maar de verpleegkundige hoeft daarom niet alles te weten van de patiënt.

Zoals Vaccinet dan ?

Of zoals E-Health !

Er bestaan 101 dossiers maar als je in orde wil blijven, er is een paliatief dossier, wij hebben ons eigen verpleegkundig dossier dan is er nog een SIT-dossier en er is ook nog een zorgplan.... het houdt niet op al die dossiers !

De zoc zou dat ook kunnen...

Met 1 dossier zou je een heel pak kosten besparen en nutteloze onderzoeken dus ik denk niet dat er heel veel mensen voorstander van gaan zijn die van de indirecte financiering afhangen enz. Als in de klinische biologie alleen dat wat nodig was, zou gebeuren dan zouden de melkkoeien van de geneeskunde (radiografie etc.) er fiks onder gaan lijden. Maar het idee op zich is goed !

Maar we dwalen af want het gaat over de zoc en niet over het dossier.

Als je nu kijkt hoe die zoc'n werken, die hebben of te veel werk of wel doen ze hun werk niet goed. Het gaat nu over de moeilijke begeleiding, multidisciplinair, met voornamelijk psychiatrische problematiek. Ik sta in Berendrecht en Zandvliet (dat hoort bij de grootstad Antwerpen) en voor ze tot bij mij komen, moet je ze wel motiveren hoor ! Het idee op zich is wel goed maar wat u zegt "per gemeente", dat zie ik wel eerder zitten.

En dat die zoc ook regelmatig de patiënten eens screenen om te checken of de aanvraag nog wel terecht is of er nog meer gezinshulp kan komen of meer verpleging. Daar denk ik dat die zoc een heel belangrijke taak in heeft.

Vooral naar de oudere mensen toe. Er zijn er te veel die vereenzamen die geen hulp willen maar wel nodig hebben. Die hun papieren allemaal maar laten liggen en die moeten veel meer begeleid worden.

En als die 1 visie heeft en die doet dat telkens op dezelfde manier dan ga je verpleegkundigen vrij kunnen maken voor de echt nuttige taken terwijl je nu ziet dat je dingen doet waar je van denkt "arm Vlaanderen !"

Nu is het ook zo dat wie ervaring heeft met de zoc bij ons in de setting, die komen van de SEL en sorry maar dat werkt niet. Dat is zodanig groot en uitgebreid dat het aantal patiënten of potentiële inwoners die zij moeten bedienen gigantisch is. Ik heb er totaal geen boodschap aan om iemand uit Antwerpen te laten komen naar mijn regio om samen te gaan zitten over de problemen van iemand van hier. Ten eerste, hoe lokaler, hoe dichter bij de patiënt, hoe dichter bij zorgverstrekkers die er dagdagelijks tussen staan, hoe beter. Ten tweede, als ik hier naar

die taakomschrijvingen kijk, dan zijn er een paar dingen waar ik toch echt wel problemen mee heb. “Administratieve taken : registreert de prestaties van alle partijen.” Niet die van mij ! Absoluut niet ! Die van de huisarts waarschijnlijk ook niet. Wat bedoelt men dan met “registreert de prestaties van alle partijen” ?

De afspraken tussen de partijen, dat hij dat wil registreren en in een verslag wil vast leggen, daar ben ik akkoord mee maar hij hoeft mijn prestaties niet te registreren hè.

Nee maar bij ons wordt er een tabel gemaakt van een hele wijk. Bijv. : Wanneer komt de huisarts : 1x per veertien dagen. Wanneer is er gezinshulp, de poetsdienst, de verpleging, de warme maaltijden,...

Maar dat is een afsprakenpakket hè ! In dat geval is het woord ongelukkig gekozen.

Ja maar dat bedoelen ze, denk ik, dat er tenminste een overzicht is.

Maar prestaties is nog iets anders hè.

Moderator : maar dat is er inderdaad wel mee bedoeld, dat zij bij houdt hoeveel afspraken en hoeveel...

Haha, ze mag als ze wil komen helpen met intypen, dat mag ze altijd komen doen hoor !

Hahaha

Vervolgens staat er : “neemt contact met andere gezondheidsdiensten, ziekenhuizen e.d., indien nodig.” Dan denk ik dat we een beetje te ideëel aan ’t denken zijn over die zoc want die is er gewoon niet alle dagen !

En als er echt iets is, dat overleg of die contactname, ik denk dat dit meer iets is voor de mensen die er één of twee keer per dag komen of door de huisarts of eventueel in overleg. En dat die wel contact gaan nemen met de sociale dienst e.d. Ik denk dat die daar beter voor is.

Moesten er meer zijn, dan zou... Wat wij nu doen, die coördineren het gewoon. Die maken een verslag en de kous is af. Als er contact moet opgenomen worden met de sociale dienst, dan is het één van de partners aan de tafel maar niet de zoc.

Het is juist, ze zijn overbevraagd maar moesten er meer zijn, dan zou dat wel kunnen en dat zou een grote luxe zijn. Dat we gewoon kunnen bellen naar iemand (de zoc) die zegt : “Kijk, bij die patiënt komt nu twee x per week gezinshulp maar er moet meer komen. Als er dan ook nog een soort databank zou zijn (dat is ook weer toekomstmuziek) van alle diensten die aangeven of ze al dan niet plaats hebben. Dit in de plaats van dat iedere verpleegkundige op zich voor 1 patiënt alle diensten moet afbellen en die overal op de lijst moet zetten... dat is toch eigenlijk ons werk niet hè ! De zoc kan zo’n dingen doen.

Ik hoop alleen dat hij niet vertrekt vanuit een ziekenhuis. Als de core-business van deze zoc gaat zijn : “maak het ziekenhuis zo spoedig mogelijk leeg” dan denk ik van ja...

Ja maar het moet gaan vanuit de patiënt hè.

De verborgen agenda van zo’n mensen gaat zijn : deze patiënt moet naar huis want de 5 dagen prestaties zijn op en nu komt hij naar huis en hoe gaan we dat hier thuis fiksen ?

We zouden het ook anders kunnen spelen als het per patiënt is. Wat gebeurt er nu : de patiënt moet uit het ziekenhuis en als hij thuis is, kom je pas te weten dat hij thuis is. Soms is hij zelfs thuis en word je niet eens verwittigd.

Jaja !

Als we zouden kunnen zeggen : iedere patiënt heeft een zoc en hij gaat niet het ziekenhuis buiten voordat de zoc verwittigd is want die weet via dat centraal dossier dat de huisarts, de kinesist, de warme maaltijden enz dat moeten weten. Daarmee zou je heel veel problemen kunnen voorkomen.

Ja, dan komt die patiënt thuis met een ziekenhuisbed, een toiletstoel enz in plaats van dat die thuis komt en op de grond in de gang achtergelaten wordt.

Ja, in plaats van dat je op vrijdagavond alles nog moet beginnen regelen.

Of dat die vrijdagavond thuis komt met een verband van hier naar ginder, zonder voorschrift en zonder materiaal.

Met de belofte dat de verpleegkundige zeker 3x per dag langs zal komen maar zonder de verpleegkundige te verwittigen.

Juist en dan moet je zaterdag de juiste mensen activeren om er langs te gaan.

De patiënt denkt : in de kliniek hebben ze dat gezegd dus moeten jullie dat doen terwijl ze niet in aanmerkingen komen.

Ja, absoluut !

Maar dat komt ook doordat in sommige ziekenhuizen de verpleegkundigen dit allemaal moeten organiseren en zo worden die overbelast door al de taken op die diensten. Ik heb vroeger in Stuyvenberg gewerkt en daar moest de sociale dienst dat doen. In Bonheiden, waar ik nu werk, moeten de verpleegkundigen van die dienst dat doen. Dus dat is nog eens een extra taak er bij. En ze bellen maar er is niemand te bereiken en dan moeten ze later nog eens opnieuw proberen enz, dat hoor ik wel regelmatig.

Wat dat betreft denk ik dat een zoc wel een goede functie heeft. Ook omdat de meeste verpleegkundigen die in een ziekenhuis werken (en dan ben ik al blij dat het verpleegkundigen zijn want als de sociale dienst zegt dat het de assistent van mijnheer dokter is, dan is het helemaal om zeep) maar dat die er totaal geen idee van hebben wat er allemaal thuis kan gebeuren, wat er kan georganiseerd worden maar niet op een vrijdagnamiddag wanneer ze je een half uur op voorhand verwittigen.

Ik bedoel, de thuiszorg kan echt goed uitgebouwd worden en kan echte meerwaarde zijn en meer dan gewoon een aanvulling of de vuilnisbak te zijn van het ziekenhuis, op voorwaarde dat het op een fatsoenlijke manier opgezet wordt van in het begin en uitgebouwd.

Jaja, en dat ze er tijdig mee beginnen ook hè.

En het enige dat wij uit de praktijk mee krijgen van ziekenhuizen is : er gaat iemand goed binnen en hij komt in het weekend met (???) terug en er is niks geregeld. Oftewel hebben ze de dringende boodschap meegekregen : jij moet naar een rusthuis.

Jajaja, dat is !

Het enige wat ze daar eigenlijk doen is gewoon de thuiszorg een beetje fnuiken.

Ik denk dat iedereen hier rond de tafel akkoord is dat er een soort coördinator zou moeten zijn om al de zorgen die mensen thuis nodig hebben, beter op elkaar af te stemmen of alleszins iemand die het overzicht kan bewaren van welke zorgen er effectief geleverd worden. We moeten ons wel behoeden voor het te archaïsch maken, dat is weer een stap die er bij komt

voor de patiënt. Naar wie moet hij zich eigenlijk richten? Moet hij naar zijn huisarts gaan, moet hij naar zijn zoc gaan of wat? Wij gaan allemaal uit van ons eigen referentiekader en wij zijn allemaal gelukkig, gezonde mensen rond de tafel. Maar wij moeten eigenlijk kijken vanuit het oogpunt van de patiënt en dat is niet altijd zo evident.

Maar het zou niet de patiënt zijn die naar de zoc moet stappen maar de hulpverleners die bij de patiënt komen. Het zijn die mensen die moeten zeggen “hier is het nodig dat dit en dat”

Absoluut maar dan is de invalshoek anders want daarstraks hoorde ik iemand zeggen dat elke patiënt zo 'n zoc zou moeten hebben en hij mag niet uit het ziekenhuis ontslagen worden als... Het is goed dat we dromen en kijken naar wat mogelijk zou kunnen zijn, wat zou ideaal zijn maar laat ons aub niet de werkelijkheid vergeten

Ik denk dat we nood hebben aan iemand die de zaak coördineert maar verwacht er ook niet alle heil van.

Hoe dikwijls gebeurt het niet dat je bij een patiënt komt en die zegt “ja maar vandaag moet je niet komen”. Dan mag de zoc nog geschreven hebben : maandag, woensdag en vrijdag komt de verpleegkundige en op dinsdag en donderdag komt familiehelp.

Dat is theorie. In de praktijk zijn we nog altijd met mensen bezig en die laten zich niet altijd zo kneden. Ik ben voorstander van een overleg en ik zie ook een aantal schitterende dingen gebeuren. Ik denk aan het thuiszorgcentrum waar echte coördinatoren zitten, die mensen leveren schitterend werk maar ik merk dat dit schitterend werk meestal van korte duur is. Even de partijen rond de tafel, iedereen heeft een aantal richtlijnen gekregen en dat verwaterd nogal snel. Om dat continu bij te houden, dat is ongelooflijk veel werk wat we aan die mensen zouden vragen.

Het is goed om alle zorgverleners eens rond de tafel te roepen om te bekijken “hoe kunnen we dat hier aanpakken, hoe kunnen we aan 1 zeel trekken, hoe kunnen we die patiënt langer thuis houden” dan is dit inderdaad het meest ideale maar om iedereen een zoc toe te kennen...

Het zou wel handig zijn als er zoc ter beschikking zouden zijn indien het nodig was.

Maar die zijn er !

Maar het is nu ook niet zo evident om iemand te vinden.

Jawel !

Bepaalde OCMW's hebben zo ook al mensen hè.

Ja, meer en meer de dag van vandaag.

Laat ons hopen dat die evolutie zo verder gaat en dat die overal ter beschikking gaan zijn.

Een voordeel van die mensen is dat wij misschien ook eens moeten reflecteren over wat we zelf doen want nu hebben we alleen ons zelf als referentiekader en ik ga niet van mezelf zeggen dat ik een idioot ben. Nee, ik doe dat allemaal “heel goed”. Maar ik loop ondertussen wel met oogkleppen.

Voilà ! Dat is heel belangrijk, daar gaat het over.

Je moet je eigen referentiekader overstijgen in wezen en dat is niet altijd evident.

Met de zoc heb je iemand die kan zeggen : je kunt dat eventueel wel zo doen en heb je daar al eens aan gedacht? En dan is dat wel een verrijking.

Als we dan even verder gaan naar de omschrijving zoals ze hier staat, dan had ik nog een paar dingen die ik moest zeggen van “maakt een objectieve en neutrale analyse van de situatie”

Ik vind dat goed maar het voorbeeld vind ik absoluut verkeerd gekozen. Waarom ? De ‘evaluatie van de autonomie van de patiënt’ is weer een verpleegkundige taak.

Ja, de CAT-schaal !

Dat is van ons en daar moeten ze af blijven en dat is ook zo door het RIZIV gedefinieerd. Het is zelfs zo dat in de Raad van Beroep van het RIZIV, een CAT-schaal die geïnterpreteerd is door een dokter, ongeldig verklaard wordt want dat is niet voor die mannen, dat is puur verpleegkunde.

Ja, dat is !

Dus daar moet je wel zeggen : laat ze dan meten via een bepaald aantal criteria maar dit is een ongelukkig voorbeeld.

Moderator : Welke opleiding moet een zoc hebben gevolgd ?

Als je het mij vraagt : sociaal verpleegkundige.

Ja, ja !

Zelfde discussie als bij de praktijkassistent.

Of moet er een nieuwe opleiding voor komen ? Kan dat bijvoorbeeld een extra jaar zijn ?

Je hebt de basis verpleegkunde nodig.

Ja maar met voldoende stage in eerstelijns.

Ja, in de eerstelijns !

Dat is nu wel een andere discussie maar ik denk dat er iets schort aan de opleiding van de verpleging. Misschien moeten we ons daarop focussen en een aantal andere accenten leggen

De eerstelijnszorg is in de opleiding verpleegkunde sterk ondergewaardeerd.

Absoluut !

Ik ga soms voor groepen leerlingen/studenten spreken en ik vind het soms schrijnend. Daar zitten mensen tussen met een ideaal, dat is schitterend maar die zien “Spoed” op tv en dat is volop actie. In het dagelijkse leven, kijk eens rondom u ! Ik merk daar een enorm tekort aan interesse bij studenten maar ook een tekort aan docenten die dat met het vuur kunnen geven, die met twee voeten in de werkelijkheid staan en die dingen kunnen vertalen. Ik ben er van overtuigd dat je jonge mensen er ook warm voor kunt krijgen alleen hangt het er van af hoe je er naar kijkt en dat wordt heel sterk onderschat, denk ik.

Ja, dat is.

Dan kan er veel binnen de huidige verpleegkunde opleiding gebeuren hè. OK, we hebben operatie assistenten, spoedgevalen... waarom ook niet eerstelijnszorg ?

Nu is het een ondergeschoven kindje in de opleiding geriatrie.

Ja,Ja

Ik ben het ook eens met Jan : bekijk de opleiding verpleegkunde eens iets meer in de breedte. Dan zou de praktijkassistente perfect een uitvloeisel kunnen zijn van een goed opgeleid iemand die ook notie heeft van bijvoorbeeld ziekenhuis, thuiszorg en het kader er rond : intermediair, OCMW,... Een zoc zou een goede opleiding gekregen hebben en voldoende praktijkervaring zowel in thuiszorg als in ziekenhuismilieu. (Natuurlijk, de meeste mensen in de thuiszorg komen uit een ziekenhuismilieu dus kan je een stuk vergelijken)

Ik zou het ook niet aanraden aan iemand van 23 à 24 jaar om hier aan te beginnen, je moet daar maturiteit voor hebben.

Dat is iets anders en u spreekt uzelf in zeker zin tegen. Ik denk dat je er jonge mensen voor kunt warm maken maar anderzijds pleit ik bijzonder hard voor mensen met levenservaring in de eerstelijns gezondheidszorg.

Jaja

Niets mis met iemand die 21 jaar is, van school komt en heel geëngageerd is maar in de eerstelijns heeft leeftijd toch een gigantisch voordeel qua levenservaring,

Ja eigenlijk, als je thuisverpleging fatsoenlijk doet, dan houd je dat niet vol tot je 65ste.

Nee, dat is zo !

Ik vind dat het eigenlijk een stuk tweede loopbaan zou moeten kunnen zijn voor mensen die nu zeggen dat ze het echt niet meer zien zitten want ik kan niet meer.

Maar tweede loopbaan klinkt zo uitdovend hè.

Noem het dan heroriëntatie met al de kennis die je in thuisverpleging hebt opgedaan. Je weet hoe dokters werken, hoe dat wereldje in elkaar zit,..

Je weet hoe je met die mensen moet spreken hè.

Je hebt meer levensfilosofie, je voelt een aantal dingen veel beter aan dan iemand die jong is,...

Absoluut ja.

Laat mensen in plaats van plots te stoppen met verpleging, stilaan overvloeien naar zoiets en dat zullen prachtige mensen zijn die hun job veel langer kunnen doen omdat het fysiek veel minder zwaar is.

Ik denk dat je er heel dicht bij zit nu

Ik combineer de beide. Ik vind het een enorm voordeel omdat ik de nieuwe onderzoeken zelf kan bijwonen als ik die in de eerste lijn direct kan implementeren. Als ze mij iets vragen, kan ik direct en goed uitleg geven. Dat is echt een meerwaarde. En je geraakt terug in een boost. In een ziekenhuis geraak je in een burn-out, in eerste lijn leef je terug op.

Ja

Haha, ja.

Ja maar dat is echt waar ja !

Ik heb nog géén 1 dag tegen mijn goesting gewerkt !

Het staat nu wel los van deze discussie maar ik vind eigenlijk dat verpleegkundigen bijna verplicht moeten worden om iedere 5 j een nieuwe heroriëntering te doen en een andere tak van de verpleging te doen. Het is zo rijk en ruim wat onze job beslaat, dat gaat van een puur geriatrische afdeling over OK, intensieve, pediatrie, psychiatrie,... Dat wordt zwaar onderschat.

Ze doen het al zo hè, ze verdelen disciplines over ander afdelingen terwijl de verpleging-equipe er blijft staan. Dus de artsen verschuiven zich dus zijn ze niet meer afdelingsverbonden en op die manier is er al differentiatie.

In de thuisverpleging heb je de ene keer een heelkunde patiënt, dan een geriatrisch profiel, een psychiatrisch probleem... daar krijg je van alles hè.

In het ziekenhuis - vroeger toch - keken de specialisten neer op de huisartsen. En van het moment dat je in de thuisverpleging werkte, kon je niet meer in een ziekenhuis werken want dan was je niet meer mee. Tot je de rollen omkeert want een thuisverpleegkundige moet net als een huisarts van ALLES iets kennen !

Jaja !

Daarom dat die pas afgestudeerde niet accordeert met de thuisverpleegkunde in het begin, die moet eerst vijf jaar zweten om aanvaard te worden !

Moderator :

We gaan stilaan afronden want we wijken weer wat af maar het is duidelijk dat iedereen rond de tafel voorstander is van een zoc. Iemand met een medische of verpleegkundige achtergrond en levenservaring.

En eigenlijk zijn we ook allemaal voorstander van een heroriëntering van de verpleegkundige opleiding

De voorwaarde is dat het minstens een verpleegkundige is.

Plus dat wanneer het er zou komen, die taken moeten herbekeken worden. We hebben nu niet alles stap voor stap bekeken maar er staan contradictorische zaken in staan. Bijv. “zorgt voor de tevredenheid” en anderzijds “speelt ombudsman” ; tja, een ombudsman kan niet altijd tevredenheid garanderen. Je kan niet vandaag A zijn en morgen B.

Dat vond ik de slechtste zin in het hele spul : “kortom, hij zorgt er voor dat het welzijn van de patiënt verbeterd wordt of behouden wordt of beter gecoördineerd wordt.” Het WEL-ZIJN

“Stelt het zorgplan op.” Tja, in veel gevallen maar hij moet zien dat het opgesteld geraakt ook hè.

Maar als er een zorgplan opgesteld is, dan moet ik dat gewoon over nemen hè.

“Doet de verdeling van de taken”, daar versta ik alleen maar onder dat hij noteert wie wat gaat doen en daar een verslag van maakt. Dus niet dat die mens overal de directieven gaat geven.

Jaja, daar moet je mee voorzichtig zijn hè.

Ook : “Ondersteunt en verlicht de familie”... Hij zorgt dat het ‘gebeurt’ want als die dat allemaal zelf moet doen, dat lukt ook niet hè !

Ik merk bij de dingen die ik nu meemaak, kiest de zoc niet altijd voor de makkelijkste weg. Ze kijken naar het evenwicht : wat is hier nodig en mogelijk.

En vergeet ook niet dat als je zoiets hebt, die patiënt moet wel akkoord zijn hè. Dat staat hier nergens in maar dat is toch wel van belang.

Ja, je kan wel 7x per week gezinshulp voorschrijven maar wie gaat dat betalen hè ?

En vind dan maar eens iemand voor 's nachts !

Dan zijn wij als verpleegkundige gemakkelijk want wij komen “verniet” (gratis). Familiehulp kost geld, gezinszorg ook, verpleegkundige gratis door de derde betalers regeling. We moeten niet naïef zijn.

Dat is tegelijkertijd de sterkte van het systeem maar ook de zwakte van het systeem.

De sterkte is dat we heel snel bij mensen binnen mogen en direct noden kunnen (???), de zwakte is dat er van geprofiteerd wordt en dat we ingezet worden voor zaken die niet voor ons bedoeld zijn.

Laatst vertelde een verpleegkundige dat de patiënt tegen hem had gezegd “ik heb mezelf al gewassen, wil jij niet 10 min stofzuigen ?”... tja, dan schort er wel iets

Zoals mensen soms naar de verpleegkundige kijken, daar schort soms ook wel iets aan hè.

Moderator : Goed maar we gaan het hier bij laten en zullen uw opmerkingen mee nemen naar de FOD.

De “Community Health Agent »

Is dit al een bestaand beroep ?

Het bestaat al wel.

Bijvoorbeeld de LOGO ! Die doen niks anders dan dit hè.

Wat hier staat, doen wij ook eigenlijk. Dat is toch de bedoeling. Ik ben er nog geen jaar maar ik heb gisteren bijv. een sessie gegeven rond seksuele voorlichting. De bedoeling is dat het niet alleen voor patiënten is maar ook voor de bewoners van de wijk. Mensen mogen vrienden mee brengen. Ik ga in Brussel naar de vergadering van alle gezondheidspromotoren van de wijksgesondheidscentra van Vlaanderen. Als je hoort wat die allemaal bereiken en doen - vooral in Gent - dat is fantastisch. Dit staat nog in z'n kinderschoenen in Antwerpen maar het is wel de bedoeling dat dit wordt voortgezet.

Hoeveel patiënten heb je gisteren bereikt ?

Veel te weinig naar mijn goesting maar mijn collega's waren blij : 6 pt'n bereikt. Die waren wel heel blij en dankbaar maar ik vond het te weinig. Ik ga vanaf september mee sporten met een groep vrouwen die anders daar niet toe zouden geraken omdat ze ofwel niet kunnen lezen, geen plan kunnen lezen, schrik hebben om alleen ergens naartoe te gaan. Ik neem ze mee op sleeptouw en probeer ze aan het bewegen te krijgen.

In het najaar hebben we een project “gezond wonen” en dan organiseert de stad kijkwoningen zodat mensen kunnen kijken wat ze aan hun eigen woning kunnen doen om zelf als huurder ook, kunnen doen om hun woning te verbeteren. Daar gaan we ook vanuit het WGC naartoe.

Naar welke wijk richten jullie je ?

Antwerpen Noord : postcode 2060.

Dus enkel 1 postcode ?

Ja !

Moderator : Vinden de anderen dat nuttig of lijkt dit iets voor in jullie gemeente of voor jullie postcode ?

Ja, LOGO

Alle dingen die hier staan, worden uitgevoerd door logo maar als ik mevrouw hoor spreken, dan... kijk, LOGO is overkoepelend over een heel groot gebied en ik denk dat we inderdaad meer lokaal gaan moeten werken zoals in de WGC's.

In het kader dat ik nu hoor, kan ik me wel voorstellen dat dit nut heeft maar slechts 6 patiënten... help ! Je zou veel meer patiënten moeten kunnen aanspreken natuurlijk !

Volgende week hebben we er eentje met vrouwen en het maximum aantal is dan 12 omdat het interactief gaat zijn. Ik ben er zeker van dat we er 12 gaan hebben.

De vraag is of dat 1 of een aantal personen gaan opleiden die dit voor het hele land moet gaan doen of is het belangrijk dat dit lokaal geënt is ?

Ik vind het ook een taak van het OCMW.

Er is een stuk taak van het OCMW en er is ook een stuk taak van de gemeente. OCMW en gemeente moeten een convenant afsluiten wie wat gaat doen want anders heb je een hoop overlappingen en dan loopt iedereen zichzelf achterna. Met een lokaal sociaal beleidsplan moet men dat in kaart brengen, samen met alle andere actoren die er in de omgeving bezig zijn en dan proberen om het goed op elkaar af te stemmen. Maar dat gaan niet goed combineren met iemand die community health agent heet hè.

Ja, kunnen ze daar geen andere naam voor vinden want...

Gezondheidspromotor of zo ?

Volgens het LOGO mocht de titel gezondheidspromotor niet gebruikt worden omdat er gezondheid in voor komt.

Wat wordt er eigenlijk bedoeld met community ?

In de zin van "wijk".

Ja, wijk, gemeenschap.

Dus dan heb je er per postcode 1 nodig ?

Nee, meer hè want een wijk en een postcode is niet hetzelfde. Postcode is een gemeente of een stad en een wijk is daar een onderdeel van hè.

Ik denk dat dit geen onbekende tak maar een tak die al veel te lang veel te weinig aandacht heeft gekregen.

Ik ben er van overtuigd dat preventie het begin is van heel veel.

Qua preventie zetten wij bij thuiszorg toch niet veel in hè ? Of wel ?

Ja, de educatoren wel maar voor de rest

Als ik zie wat het logo bij ons bereikt - ik zit op de gemeente in de welzijnsraad en het LOGO komt daar verslag uit brengen. Bijvoorbeeld : hoeveel mensen hebben ze met de rookstop campagne bereikt ? Ze bereiken eigenlijk altijd maar een hele kleine groep. Het OCMW bij ons bereikt met minder moeite meer mensen bijvoorbeeld vluchtelingen en/of kinderen uit kansarme gezinnen. Dat komt omdat het OCMW die mensen al kent hè, terwijl LOGO werkt met campagnes en wie kan lezen, komt er op af.

Veel van die campagnes van het LOGO wordt door mensen gevolgd omdat ze nieuwsgierig zijn maar niet omdat ze het nodig hebben terwijl een OCMW gerichter kan zeggen "dit is onze doelgroep" en ze kunnen die groep ook veel actiever benaderen. Zij kunnen tegen die mensen zeggen : neem nu eens deel want wij vinden vanuit ons gevoel of vanuit de sociale dienst dat het belangrijk is dat je dit mee pakt. Zoiets kan logo absoluut niet !

Een mens met zo 'n moeilijke naam, die in een kleine community zit, die zou dat eventueel ook wel kunnen managen.

Je zit daar met een evenwicht : zit je er dicht bij, dan kan je veel mensen bereiken maar kan je eigenlijk niks breed open trekken....

Wat er ook van zij van dit soort functie, er zal altijd een stuk onderschuiven zijn van lokale actoren en er zal altijd een supervisie of logistiek of andere hulp nodig zijn van overkoepelende actoren.

Maar bijvoorbeeld, ik denk nu aan iets anders, er gaat een gezondheidsbeurs door in Herent, Kortenberg en dat wordt georganiseerd door SEL. Via het OCMW die warme maaltijden bedeeft, worden mensen aangetrokken. Soms moet je mensen bij de hand nemen om er naartoe te gaan. Als je een grote campagne hebt en je spreekt ze niet persoonlijk aan, ga je nog veel minder mensen hebben. Daarmee bedoel ik : als er iets georganiseerd wordt en mee begeleid wordt en ze brengen mensen aan, ga je meer respons hebben dan wanneer het enkel bij grote publiciteit blijft. Daarom denk ik dat het iemand van de gemeente of wijk zelf moeten zijn. Ongeacht welke achtergrond ze ook hebben als OCMW, gemeente of zorgcentrum of...

Maar de ziekenfondsen doen dat toch ook hè ?

Die hebben ook wel wat campagnes. Het hangt ook veel af van het onderwerp en de manier waarop ze de mensen benaderen en proberen er van te overtuigen om er naartoe te gaan, hoeveel succes ze hiermee hebben.

Meestal zie je altijd dezelfde mensen op zo'n activiteiten.

Zelfs rond diabetes in de ziekenhuizen, in de conventie, organiseren we een aantal voordrachten. Dat heeft dan te maken met bijv. een oogproblematiek en daar wordt dan een hele sessie rond opgebouwd.

In de tijd dat ik in het Stuyvenberg werkte, moest je heel veel moeite doen om mensen daarvoor te engageren. Om heel diep op in te gaan op hypoglycemie bijvoorbeeld, moest je veel telefoontjes doen om er voor te zorgen dat de mensen er waren want als je niet heel hard achter hun veren zat, kwamen ze niet. En iedereen al die zaken individueel uitleggen, is veel moeilijker.

De kracht van een groep is dat ze ook veel van elkaar leren.

Op de duur zijn we moeten stoppen omdat het niet ging. Er komt bijna niemand op af, ondanks dat het gratis was en bij de behandeling hoort. In feite zijn ze verplicht om 1x per jaar zoiets te volgen maar dat interesseert hun eigenlijk allemaal niet.

Wij hebben dat stuk cultuur zo niet echt hè. Doe in Amerika zo iets in een praatgroep, het is allemaal anoniem en iedereen legt z 'n ziel daar bloot en dan zijn er een aantal zaken waar men algemeen iets aan heeft. Terwijl hier de mensen die geïnteresseerd zijn niet meteen je doelgroep zijn. De mensen die het zouden moeten weten, die krijg je niet bij elkaar. Hoe moet je ze gaan zoeken ?

Als ik dit lees over de Community health agent, dan is de stap ook niet ver van : wat is kansarmoede enzovoort ? Dus je moet dat echt wel gaan limiteren

Als je sessies doet, is de vraag ook : wat onthouden die mensen daar van ? Overschatten we het niet ? Gaan die mensen dan buiten met kennis waar ze iets aan hebben ?

Als het interactief is, onthouden ze het wel maar als het luisteren is naar iemand die voor in de zaal uitleg geeft, dan is het effect veel minder.

Het is bewezen dat als je les volgt, zelfs voor professionelen, dat je maar 15% daarvan mee neemt naar huis. Zelfs interactief met Power Point en zelf-doen bereik je een rendement van maximaal 15%, hoger niet hè ! Dus vraag ik me af of je aan een leek, een patiënt dat die zaken gaat uitleggen op grote schaal, dan ga je veel werk hebben.

Gisteren zei er een jongen : “vanmorgen wist ik nog niks en nu weet ik ALLES” dus die wist dus 10% hè !

Hahaha, jaja !

Da 's waar maar soms denk ik dat we te veel van onze patiënten verwachten. Ik wil ze ook niet onderschatten hè, in tegendeel maar...

Je merkt wel dat specialisten in de ziekenhuizen te weinig tijd hebben om al die zaken tot in het detail uit te blijven leggen en dat is zo bij huisartsen ook. De reden dat er diabeteseducatoren gekomen zijn, is omdat de patiënten te weinig informatie kregen omdat de huisarts te weinig tijd had. Vroeger gebeurde dat thuis bij de diabeten zelf. Als je vroeger diabetes had, kwam je thuis bij elkaar in groepjes samen. Bij mijn grootmoeder bijv. - zij had diabetes - daar kwamen vroeger 5 tot 10 andere diabeten kijken hoe dat moest. Dat was het in feite het begin van een diabeteseducator hè.

Zoals bij Tupperware...

Haha, als het maar gezellig is...

Het werkte wel hoor !

Als het gezellig is... ze gaan van elkaar meer dingen aannemen dan van jou als diabeteseducator.

In Antwerpen zijn er home party's. Dat zijn mensen die opgeleid zijn bij Atlas

Atlas ?

Ja, ik weet nu niet waar de letters voor staan maar daar geven ze Nederlandse lessen enz. Dat is gericht op vreemdelingen. Ze leiden mensen van verschillende nationaliteiten op om zich te

verdiepen in een bepaald thema. Dat mogen even goed huisvrouwen zijn, dat maakt niet uit. Die zoeken een gastvrouw met een groep bezoekers die een bepaalde taal spreken en die persoon legt dan het onderwerp dan helemaal uit aan tafel in de taal van de aanwezigen.

Een health community agent zou zo 'n home party's kunnen organiseren hè.

Ja of die zou zo'n mensen kunnen opleiden en op die manier de community een stuk uit bouwen.

“Hoe dat het gebeurt” ? ALS het gebeurt !

De manier waarop is hier heel belangrijk denk ik.

Moderator : Ik heb nog niet gehoord welk soort profiel jullie hier achter zien ?

Dat moet een diplomaat zijn en iemand die op tafel durft slaan, dat moet een communicator zijn maar die moet ook op tijd kunnen zwijgen.

Iemand die communicatie gedaan heeft.

Eigenlijk moet die persoon een vat vol dualiteiten zijn, zonder een vast profiel.

En die moet ook humor hebben, denk ik.

Met een medische of paramedische opleiding.

De mensen die in de vergadering zitten in Brussel, hebben allemaal verschillende paramedische opleidingen maar geen verpleegkundigen.

Wel iemand met een medische of verpleegkundige achtergrond.

Dat hangt er van af hè. Er zijn ook mensen die weinig ervaring hebben in de gezondheidszorg maar een zodanige manier van spreken en aanpakken hebben dat ze veel meer mensen kunnen bereiken dan iemand die heel veel kent van gezondheid.

Anderzijds denk ik dat wij een verdomde taak in de meest brede zin hebben in onze groep van verpleegkundigen. Wij hebben die mensen allemaal al maar we weten ze gewoon niet zitten.

Kijk naar de verpleegkundigen en hun capaciteiten. Er zijn mensen bij die bijzonder goed kunnen praten. Het zou toch gigantisch zijn als je die zou kunnen vinden die hun taak kunnen verkocht krijgen.

Met de nodige dosis humor, dat is de sleutel tot succes.

Ze hoeven ook niet alles te kunnen uitleggen hè.

Desnoods pak je iemand mee die er wel iets van kent.

Daarstraks zei je dat je om de 5 j een nieuwe oriëntering wilt.

Ja, als je kijkt hoe je begint als verpleegkundige en na vijf jaar geëvolueerd bent in verschillende rollen (manager, mentor,...) na 10 j kan je bijv administrator worden, eigenlijk het takenpakket laten verschuiven over die verschillende rollen.

Dus zo'n community Health Agent zou dus iemand moeten zijn die in 1 bepaalde richting in zijn profiel verschoven is en of dat dan een kinesist of logopedist is, dat maakt niet uit.

Schakel een assessment bureau in en geef hen de taak om de juiste persoon er uit te halen en die kunnen dat !

Ik denk dat het een te complexe taak is voor 1 persoon.

Jaja,

Als je zo'n community een beetje wil afbakenen en al die mensen hebben een bepaalde common knowledge en een specialiteit hier of daar dan kan in de ene wijk de kinesist iets doet en in de andere wijk doet een logopedist iets anders.

Voor mij hoeft dit echt geen verpleegkundige te zijn, zet er een leerkracht lager onderwijs op, die zijn gewoon om van alles op te zoeken, zijn internet gewoon, kunnen met de computer werken, kunnen spreken, hebben meestal ook humor, weten de aandacht te trekken... zet die daar op !

Maar niet allemaal kunnen ze dat hè ! ?

Nee, maar alle verpleegkundigen zijn ook niet overal even goed in hè.

Ik kan u ergens volgen in de keuze voor leerkrachten maar.. de echte communicatieve leerkrachten zijn al lang weggepikt uit het onderwijs, op enkele uitzonderingen na.

Het is inderdaad zo dat een leerkracht van een hoger niveau (middelbaar), die moeten hetzelfde doen maar krijgen met tegenwind te maken. In de lagere scholen is dat veel minder. Dus die moeten hun zaken veel beter kennen, die krijgen lastiger vragen en moeten steviger in hun schoenen staan en moeten de zaak goed kunnen verkopen.

Hetzelfde verhaal als tevoren : er zijn veel leerkrachten met een burn-out. Geef die mensen ook de kans ; ze blijven langer aan het werk en worden misschien terug gestimuleerd !

Is het niet logischer dat we eerst eens kijken naar mensen in ons vak? Ik doe niet aan beroepsbescherming maar wij moeten ons vak verpleging veel meer verbreden. Mensen op het einde van hun loopbaan hebben veel meer expertise, haal er daar drie uit die goed kunnen spreken, dat maakt dag en nacht verschil. Als je mensen maar kan overtuigen.

Het is goed dat je een leerkracht hebt die dat wil doen maar het is toch ook handig als je de achtergrond mee hebt en het kan vertalen op de moment zelf.

Ah, een verpleegkundige met een D-cursus of een master-opleiding of ziekenhuismedewerker. Die leren opzoeken, die leren evidence-based te werken.

We hebben daarjuist al gezegd dat LOGO voor een stuk dit werk al doet. Welke opleiding hebben op dit ogenblik de medewerkers van LOGO ?

Geen flauw idee !

Er zitten zeker artsen tussen.

Er zitten ook mensen bij die enkel puur promotie doen.

Ik denk alle soorten paramedici kunnen dat zijn.

Verpleegkundigen, diëtisten,...

Als je het werk van het LOGO over een groter geheel lokaal kan verankeren, dan denk ik dat je uw persoon hebt.

Dat is waar.

Gelijk jij doet hè.

Je spreekt (ik toch) altijd vanuit je eigen referentiekader, wat ik zie, wat ik hoor, wat ik ken... er is zoveel wat wij niet zien en niet kennen. Wij zijn maar een klein deel he.

Bij ons in de gemeente is dat een bediende die zich daar toevallig een keer mee heeft bezig gehouden en alsmaar verder en verder ontwikkeld heeft. Nu gaat die weg met mensen met zo van die cultuurcheques naar theater bijvoorbeeld en dit in beperkte groep, zij met 10 mensen. Ze worden opgepikt, de gemeente doet hen naar de voorstelling, ze gaan zwemmen met die mensen, er worden kooknamiddagen ("koken" tussen aanhalingstekens hè),...

Dat is meestal voor de sociaal zwakkeren hè ? !

Ja, ja

Is dat niet in het kader van de sociaal culturele participatie die ze subsidiëren ?

Uiteindelijk : waar gaat het om ? Om mensen die het echt nodig hebben ? Gezondheid ?

Nee dit is voor iedereen hè. We spreken voor iedereen hè.

Jaja, natuurlijk maar als zij dat kunnen, dan kan dat ook voor een grotere groep hè, dat kan open getrokken worden.

Ik denk dat elke functie dat moet doen en jezelf niet beperken tot één soort dus ook sociaal zwakkeren, geriatrische patiënten (die worden altijd vergeten)...

Uw werk is heel nuttig maar als ik dat hoor, dan zou dat ideaal zijn voor iedere bejaarde die ik ken. Een voorlichting is voor hen ook interessant hè. Via de dienstencentra proberen ze dat een stukje te doen maar dat is allemaal hetzelfde hè : een dag van de verjaardagen, een dag van dit, een dag van dat en het is gebakken.

Maar dat is een groep die je moeilijk kan bereiken hoor !

Ja, inderdaad.

Ik denk dat dit hier nog verder staat van ons huidig werkveld. Die twee andere zaken, de zorgoverlegcoördinator en praktijkassistent staat iets dichterbij wat we kennen, bij het dagdagelijkse. Dit is meer preventie, als ik het zo lees. Zoals je zegt : het lokaal verankeren is de sleutel, vooral naar de toekomst toe, in kleinere groepen en ons kent ons terug...

Moderator : Ik vind dat u dat mooi als besluit heeft gegeven.

PATIËNTEN

11/08/2011 - WELZIJNSZORG KEMPEN - GEEL

De praktijkassistent(e)

Als we spreken over een praktijkassistente in een huisartsenpraktijk dan vind ik het wel nuttig. Voor bepaalde uitvoeringen van taken wel, bijvoorbeeld om de bloeddruk te meten en de gehoorstest, daarvoor zou ik het goed vinden. Gaat het verder, bijvoorbeeld injecteren, dan enkel als het een verpleegkundige is, want voor de verdere bepalingen vind ik het wat te ver gaan. Dan heb ik liever een huisarts.

Ik ben onlangs in het PCM van Deurne geweest, toevallig, en daar zag ik ook iemand die een inleidend gesprek voert en die dus de klacht afnam bij de patiënt. Deze kan heel kort tegen de dokter zeggen van wat er juist is, de essentie eigenlijk. Dan kan de dokter direct kort op de bal spelen en hierdoor verliest hij geen tijd. Ik denk dat dit beroep er toch al aan insijpelen is.

Ja, dat is zo, ik heb het in Deurne ook al eens ondervonden. Je kon inderdaad heel uw verhaal doen en dan heeft de dokter meer tijd. Wat ik zelf ook heb ondervonden is dat de huisartsen heel veel last krijgen van de telefoon tussendoor. Dus op die manier kunnen ze ook wel wat taken uit handen geven. Bijvoorbeeld : Je kan bellen voor de bloeduitslag morgen tussen een bepaald uur.

Vond je dit prettig om met zo iemand te praten of vond je het eerder vervelend ?

Ik denk dat dit zeer nuttig is, zowel voor de dokter als voor de patiënt, om eigenlijk de essentie er al uit te halen. In het ziekenhuis gebeurt dit ook al, hier wordt ook in kamer apart de bloeddruk gemeten en dan komt achteraf de dokter wel.

Ik voel mij er wel comfortabel bij als ze mijn bloed afnemen maar als ik dan lees dat ze ook dringend medische hulp toedienen, dan zou ik mij eerlijk gezegd toch niet zo comfortabel voelen. Ook als het zelf maar een verpleegkundige is, ik denk niet dat die even bekwaam is als een dokter in situaties waar het echt ernstig is. Maar voor kleinere taken zeker.

Meer administratieve taken zou ik denken, want vaak is de dokter gehaast en dan heeft hij meer tijd waarvoor je eigenlijk komt. Soms heeft hij zelfs maar een kwartier kunnen spreken wegens oponthoud. Dingen klaarleggen dat vind ik ook wel nuttig.

Ik vind dat hier eigenlijk 2 personen zouden kunnen dienen. Voor die eerste taken heb je geen medische opleiding nodig. Want anders krijg je eigenlijk dezelfde problemen waarmee die huisarts krijgt te maken. Als die verpleegkundige nog eerst al haar mails dient te beantwoorden, en het afsprakenboek beheren dan gaat zij misschien ook weer die medische taken verwaarlozen.

Dat zal misschien ook van de grootte van de praktijk afhangen. Je hebt dus eigenlijk een medische secretaresse nodig en waar je een groepspraktijk hebt zie je dit al wel.

Bij mij is het zo dat mijn broer mijn huisarts is, dus dit is ook al een andere situatie. Mijn consultaties lopen meestal via telefoon.

Het zou nuttig zijn dat er iemand is die vooronderzoeken doet. Maar als iemand al die taken moet doen dan moeten we het misschien wel onder 2 personen verdelen.

Langs de andere kant heb ik wel de ervaring bij mijn broer, dat bijvoorbeeld het meten van een bloeddruk, een zeer cruciaal gegeven is voor hij verder kan. Dus een aantal zaken geeft hij niet

af. Een oorstop weghalen dat is geen probleem. Maar bijvoorbeeld het wegnemen van draadjes, dat denk ik dat hij graag zelf doet.

Ik denk dat het belangrijk is dat zij meer administratieve voorbereidingen doet. Ik ben het er ook mee eens wat iedereen al heeft gezegd.

Bij mij, de gynaecoloog heeft ook een praktijkassistente die dit allemaal regelt, de administratieve kant. Maar ik vind wel belangrijk, als hier staat “bepaalt de volgorde volgens zijn urgentiegraad”, dat als dit iemand is zonder medische achtergrond dat dit toch wel belangrijk is. Want als er iets dringend is, dan is het wel nodig dat de assistente kan zeggen dat het effectief dringend is, of dat het misschien nog 2 dagen kan wachten. Ik vind het dus belangrijk dat die toch wel hieromtrent kennis heeft.

Wij hebben ook in Nederland gewoond, en daar had onze huisarts een assistente en zij was een verpleegkundige. Dat was zonder afspraak en als er mama's met kindjes waren, die mochten altijd eerst. Zijn had 3 kamers waar er onderzocht kon worden en dan plaatste zij die al in een aparte kamer. Wat vinden jullie daarvan ?

Ja, niemand wacht graag lang. Want nu komt het zo over, ik breng mijn kind mee en dan mag ik voor gaan. Daarnaast als ik in de wachtkamer zit en er zit een kindje te huilen dan zou ik die al lang laten voorgaan.

Moderator : Maar als ik het goed begrijp, dan zeggen jullie, als er medische ingrepen moeten gebeuren dan moet dit een verpleegkundige zijn. Maar eigenlijk is iemand die ook de administratieve taken overneemt heel belangrijk. Dit is nuttig zowel voor de huisarts als voor de patiënt want dan heeft de huisarts meer tijd voor de patiënt.

Moderator : Welke opleiding heeft deze persoon nodig ? Gaan we een combinatie van de 2 maken of gaan we een verpleegkundige administratief werk laten doen ?

Heb je nu geen opleiding medisch secretariaat ? Hebben deze personen ook geen medische achtergrond ? Neen, die zijn vertrouwd met medische termen, woorden maar niet de handelingen.

Ik vind het belangrijk dat dit een verpleegkundige is, dat die toch wel een medische opleiding moet gehad hebben.

Ik denk dat het ook moeilijk is als je een verpleegkundige aanneemt en dat die het niet ziet zitten om administratieve taken te doen. Ik denk dat het bijna onmogelijk is om zowel een secretaresse als een verpleegster aan te nemen.

Ik vermoed dat er meer en meer van die groepspraktijken komen en dan is het wel interessanter om zo iemand aan te nemen. Want als je zelfs maar halftijds iemand moet aannemen. Nu is het de echtgenote die dit moet doen.

Je kan altijd terecht als je inlichtingen moet vragen. De jongere mensen doen dit wel. 1 secretaresse neemt de telefoon op en legt alles gereed tegen dat je komt, anders zal het financieel moeilijker zijn.

Zeker een verpleegkundige achtergrond die administratie zou willen doen. Dat zou ideaal zijn !

De zorgoverlegcoördinator

Is dit een functie van iemand van de mutualiteit ? Bestaat deze functie al want ik meen me te herinneren dat dit door sommige mutualiteiten al wordt ingevuld.

Is dit een soort een sociaal assistent ? Ik denk dat ze zo iemand wel hebben in het zorgbedrijf van Antwerpen, een tak van het OCMW. Ik kwam er nu onlangs mee in aanraking, en zij hebben ook een persoon die eerst een gesprek afneemt met ouderen. Ik zie deze functie hierin.

In de ziekenhuizen is dit al, iemand waarmee je kunt spreken.

Hoe kan men deze persoon bereiken ? Waarschijnlijk via een ziekenhuis of de mutualiteit want anders kan je deze persoon toch niet bereiken. Of de huisarts ? Of je hebt ook zoiets als familiehulp en mantelzorg.

Kan deze persoon niet werken voor woon -en zorgcentra ? Ik werk soms als chauffeur en dan voer ik soms mensen naar die woon -en zorgcentra. Van daaruit kan die persoon dan werken.

Dat zou kunnen maar deze coördinator is er niet alleen voor oudere mensen, ook voor jongere mensen die bijvoorbeeld een operatie hebben gehad en die nog moeten revalideren, of die een ongeluk hebben gehad en nog moeten revalideren.

Ik denk voor jonge mensen die immobiel zijn en voor ouderen die thuiszorg nodig hebben dat dit echt wel handig zou zijn. Thuisverpleegkundigen zijn ook altijd behulpzaam en daar kan je ook veel aan vragen. Op allerlei gebieden helpen die wel verder, voorbeeld als je het moeilijk hebt, psychisch of lichamelijk.

Moderator : Bedoel je dan dat deze functie overbodig is omdat de thuisverpleegkundige dit ook wel zou kunnen ?

De ervaring die ik heb, met diegene die ik gehad heb, dan vind ik het echt chapeau. Die mensen zijn heel veelzijdig, die doen een stuk verzorging maar luisteren ook naar wat er op die moment nodig is. Heb je het psychisch moeilijk, of heb je een vraag, of ben je ongerust ? Dan stellen zij u gerust.

Ik denk dat deze persoon zorgoverlegcoördinator wordt genoemd, omdat hij eigenlijk de link legt tussen deze thuisverpleegkundige. Want eigenlijk weet die van niets, die moeten ook die informatie krijgen. Denk er bijvoorbeeld maar eens aan, je bent een tijdje gehospitaliseerd geweest, je wordt ontslagen uit het ziekenhuis en dan ? Dan sta je daar. Als je in het ziekenhuis zit wordt het allemaal geregeld voor u maar vanaf dat je het ziekenhuis verlaat, dan sta je daar. Wat moet er dan gebeuren ? Dan komt deze persoon op de proppen denk ik. Die legt de contacten en verwijst u door naar de thuisverpleegkundige. Dit is mijn idee over deze functie.

Mijn ervaring is ook dat je goed geholpen wordt door de sociaal assistente van het ziekenhuis, zij helpen jullie ook verder. Zij gaat ook de nodige middelen aanreiken en je mag ze ook altijd bellen.

Ik kan me wel indenken dat het voor sommige mensen wel een probleem stelt, bijvoorbeeld die kunnen nog niet uit de voeten, dan moet er iemand helpen en daar zal men zal in het ziekenhuis wel raad geven. Maar dan moet er toch iemand zijn die de link legt naar iemand buiten het ziekenhuis. Want de persoon waar u het over heeft die zit in het ziekenhuis maar die moet contacten leggen naar buiten. Die zorgt er bijvoorbeeld voor dat je alle dagen gewassen wordt dat er iemand komt die verbanden vervangt. Of dat je ergens naar de kinesist gaat, dat soort zaken allemaal.

Dat wordt wel aangegeven vanuit het ziekenhuis waar en wat je moet doen. Bijvoorbeeld mijn vader die heeft een hersenbloeding gehad een paar jaar geleden en mijn moeder kreeg toen de papieren n ze wist niet waar ze moest zijn. Kan hij terug naar huis ? Of waar moet hij voorlopig

naartoe? Die zaten met een hoop vragen en aan de papieren kon ze niet aanuit. Ik denk dat het toen via het OCMW allemaal is geregeld. Deze mensen legden alles uit.

Ik zie dit toch voor een sociaal assistente, in een ziekenhuis of bij een OCMW, die deze informatie geeft. Als je spreekt van coördinatie bij een OCMW dan zie ik het als alles wat er nu al is en dat daar dan iemand boven staat, die dit allemaal coördineert.

Het is inderdaad nu niet duidelijk bij wie je terecht kunt. Het ziekenhuis? Maar die regelen niet alles want ik moest ook eens wondverzorging thuis krijgen en toen hebben we dat allemaal zelf moeten regelen. Het werd toen niet via het ziekenhuis geregeld. De één regelt het dan zus en de andere zo. Dus het is beter moest iedereen weten we kunnen daar op dat punt of bij die persoon terecht. Ik denk dat die mensen die er dan in gespecialiseerd zijn jou ook veel beter kunnen helpen dan iemand die dit er maar bij neemt. Een sociaal werkster bijvoorbeeld, of iemand van het OCMW die hebben nog andere taken. Mij zou het geen slecht idee lijken als hier 1 instantie voor was die van alles op de hoogte is en waarvan iedereen weet: "Daar kunnen we terecht".

Ik heb nu een tante die ik uit het ziekenhuis ben moeten gaan halen. Al voor de 10de of voor 12de keer. En elke keer is er iemand van het ziekenhuis die vraagt van: "Heb je iemand thuis die voor de medicatie in orde te brengen?" Zij hebben daar voor gezorgd en zij hebben ook het adres meegegeven voor de maaltijden aan huis. De eerste keer hebben ze ook het adres van de verpleegkundigen aan huis meegegeven. Vanuit het ziekenhuis hebben ze de gegevens meegegeven maar je moet het dan natuurlijk zelf doen. Ze gaan niet in het ziekenhuis iedereen opbellen en die maaltijden regelen bijvoorbeeld.

Ik heb de ervaring met de sociaal assistente van het ziekenhuis in Turnhout en ik heb daar ook een goede ervaring mee. Zelfs in het ziekenhuis komt zij al langs. En geeft ze de nodige informatie.

Ik spreek toch ook over 3 ziekenhuizen waar ik een goede ervaring mee heb.

Maar ik was ervoor eigenlijk nog nooit in aanraking gekomen met zo iemand als een sociaal assistent en ik was wel verbaasd dat het er was. Zij was echt heel goed opgeleid, ik was er heel tevreden van.

Hangt het ook niet af van de ernst van de aandoening waarvoor je in het ziekenhuis bent? Ik bedoel is het iemand die een operatie heeft gehad en toch niet ernstig ziek is maar wel thuiszorg nodig heeft, die krijgt geen sociaal assistente. Terwijl ook iemand voor een simpele operatieve ingreep die hulp en informatie nodig heeft. Ik denk dat daar toch wel een groot verschil zit.

Het kan ook zijn dat bijvoorbeeld je oude moeder dement wordt. Wat nu? Ze kan niet meer voor zichzelf zorgen. Waar kan je terecht? Waar heb je recht op?

Doet die sociaal assistente dit niet voor een stuk? Is zij bij iedereen al bekend? Misschien moet die een andere opleiding krijgen, of andere instructies voor haar functie? Bijvoorbeeld dan kan ze ook mensen met zware aandoeningen informatie geven of dat ze bereikbaar is voor iedereen. Daarom moet er dus niet meteen een nieuwe functie ontwikkeld worden maar zij kan dat mee invullen.

Maar toch als je moeder aan het dementeren is, die ligt niet in een ziekenhuis dus je gaat misschien wel eens naar een specialist, een neuroloog ofzo, maar daar kom je niet in contact met een sociaal assistente. Het zou fijn zijn moest je in een instantie terecht kunnen, los van het ziekenhuis.

Je kan de vraag ook stellen aan de huisarts: "hoe moet ik dat hanteren?" Dat klopt.

Is dit een taak die niet eerder weggelegd worden voor de mutualiteit ? Zij kunnen bepalen waar je recht op hebt, wat je kan recupereren. Het is voor sommige mensen toch belangrijk dat het financieel haalbare zaak is. Bij de mutualiteit daar kan iedereen rechtstreeks of onrechtstreeks wel terecht denk ik. Na een hospitalisatie komen je facturen ook bij de mutualiteit, dus misschien kan er daar iemand dit beter begeleiden.

Ik heb de ervaring van mijn grootvader : hij is 80 plusser, en hij was gevallen op zijn heup en moest geopereerd worden. Ik denk dat er toen al een stuk of 4 verschillende instanties aan zijn bed stonden de dag nadat hij geopereerd was om hem verder te helpen bij het traject. Hij zou thuiszorg nodig hebben, misschien binnen dit en 3 jaar zou hij misschien in een home terecht komen. Dus ik denk vanaf een bepaalde leeftijd zijn zij er al op gefixeerd. Bij oudere leeftijd is dit zeker al het geval, de jongere generatie zal meer op zoek moeten gaan. Maar je moet deze persoon dan ook vinden natuurlijk.

Ofwel moet je via het ziekenhuis, de sociaal assistente die daar werkt moet dan zowel voor de ouderen als voor de jongeren de informatie doorgeven. En het uitleggen van waar je terecht kan en waar je hulp kan krijgen. Als jong-volwassene kan je er ook alleen voor staan in het leven. Wat er dan moet gebeuren dat kan ook door de sociaal assistent van het ziekenhuis worden doorgegeven.

Dit is net voor buiten het ziekenhuis, meestal is het na een ziekenhuis bezoek dat je deze persoon nodig hebt. Ik heb ook het gevoel dat het vaak afhangt van in welk ziekenhuis je wordt opgenomen.

Het is een beetje een uitbreiding van een ombudsdienst. In een ziekenhuis zijn zij ook niet echt zichtbaar.

De overheid heeft bijvoorbeeld een 1700-nummer voor als je met vragen zit, over dakpannen of over wat weet ik nog allemaal. Zo 'n nummer zou er misschien moeten bestaan voor deze functie.

Maar als ik het goed begrijp dan bestaat het voor ouderen en is het wel zichtbaar voor ouderen. Dan vind ik het absurd om dit ook voor jongeren te gaan creëren, gewoon eigenlijk omdat er een leeftijdsverschil is. Misschien moeten zij zich meer zichtbaar maken voor de jongeren.

Ik denk eerlijk gezegd, moet die vanuit de huisarts komen? Als je bijvoorbeeld wordt geopereerd als jongere of als oudere. Je gaat niet de dag erna naar je huisarts. Dat is misschien de week erna of je gaat eerst naar de specialist. De huisarts komt misschien 2 of 3 weken erna, voor bijvoorbeeld de draadjes eruit te halen. Dus ik weet niet goed of de huisarts het ideale aanspreekpunt is om met deze persoon in contact op te nemen.

Er staat ook dat deze persoon vergadering organiseert rond de coördinerende zorg. Het is dus niet alleen iemand die informatie geeft maar die ook contact legt tussen de verschillende zorgverleners.

Kan je dit dan vergelijken met wat er nu al bestaat, namelijk een multidisciplinair centrum ? Dat bestaat nu ook in de ziekenhuizen een multidisciplinair overleg. Maar bestaat dit buiten het ziekenhuis? Ja, dat wordt georganiseerd door de ziekenfondsen, maar niet alle ziekenfondsen. De multidisciplinaire centra geven deze uitleg toch ook al. Ik wist niet dat deze bestonden, maar zij zijn misschien minder naar de jongeren gericht. Het zal gewoon naar de ouderen toe gegroeid zijn om de ouderen het meer nodig hebben dat de jongeren. Et zal wel toegankelijk zijn voor jongeren maar het is gewoon minder zichtbaar.

Ik begrijp dat dit een nuttige functie is maar ze moeten duidelijk zichtbaar en aanspreekbaar zijn, zowel voor jongeren als voor ouderen, zowel in een grootstad als op het platteland. Ze moeten zich profileren naar de bevolking. Ik denk dat het zeker geen evidentie is om u

zichtbaar te maken bij zo'n verschillende gemeenschap. Daarom vond ik het idee van 1 centraal nummer wel goed zoals de brandweer of de ambulance.

De organisatie moet toch wel gewestelijk of federaal geregeld worden, dat is duidelijk. Maar het nummer kan via de huisarts of de ziekenhuizen worden meegegeven.

Moderator : Welke opleiding moet deze persoon volgen om deze functie goed uit te voeren ?

Meer een universitaire opleiding denk ik. Een maatschappelijk assistent eerder.

Ze moet toch ook een kleine medische opleiding hebben, ze moet weten waarover het gaat als er bepaalde termen gebruikt worden. Huisartsen en specialisten durven vaak Latijnse termen te gebruiken dan weet je niet wat je mankeert. Het is toch belangrijk dat zij daar ook thuis in zijn, en voor de rest denk ik ook een maatschappelijk assistent.

Ze moet toch de basis kennen dus ik zou zeggen een sociaal assistent maar verpleegkundige bijgeschoold, met een extra jaar. Ik denk toch dat hier mensen met een andere opleiding goed kunnen functioneren, bvb kinesisten.

Het is toch iemand die managet, coördineert en plant. Dus deze persoon moet wel veel kunnen en het moet iemand zijn die van alles op de hoogte moet zijn.

Het zou zo moeten zijn dat hij de opdracht krijgt vanuit het ziekenhuis om met de mensen contact op te nemen. Ik zie het gebeuren bij oudere mensen, die weten niet direct waar ze terecht kunnen en die gaan verloren lopen. Maar als die coördinator zelf contact opneemt met de patiënt denk ik dat dit noodzakelijk is om tot een goede coördinatie te komen. En dan vraag ik mij ook af, ik denk dat de meeste mensen dat woord niet gaan uitgesproken krijgen, dus ze zullen er een betere naam aan moeten geven een ZOVOCO of zo.

Ik wil er ook nog graag iets aan toevoegen. Bij oudere mensen zie je vaak dat de zoon of dochter hen helpt, die moeten dan ook wel op de hoogte zijn. Daarom die noodzaak dat ze zelf contact opnemen met de patiënt.

De "Community Health Agent"

Dit lijkt me zwaar werk voor één persoon ? Ja, ik vind dit maar heel vaag. Mij lijkt dit eerder dat dit iemand is die vanuit de overheid moet geplaatst worden. Want wij hebben een heel ander gezondheidszorgsysteem ten opzichte van Nederland. Ook bijvoorbeeld bij huisartsen, ik heb het gevoel dat het daar een stuk eenvoudiger is.

Maar deze persoon is echt gericht op de gemeenschap, de wijk. Ik zal anders een aantal voorbeelden geven dit is iemand die seksuele voorlichting geeft aan allochtone mensen, of iemand die voorlichting geeft over hoe je je huis op een gezonde manier kunt onderhouden (zoals verwarmen en dergelijke)

Ik zie eigenlijk vooral lege zalen en niemand die er echt in geïnteresseerd is. Toch niet op deze manier. Maar als je bijvoorbeeld kijkt naar de Weight Watchers, die hebben een eigen programma, de mensen kunnen het volgen op tv en dit komt echt tot bij de mensen. Gewoon lezingen in de buurt geven lijkt mij gedoemd om te mislukken.

Er zijn wel heel veel mensen en jonge gezinnen, die volgens mij niet weten hoe ze met geld moeten omgaan en hoe ze gezond moeten koken en bijvoorbeeld alcoholgebruik. Ik zie in mijn omgeving toch ook veel huwelijken sneuvelen daarvan.

Deze mensen zitten op café of voor hun tv, die gaan niet naar zo 'n lezing komen. Ja, dat klopt, dit zijn ook vaak mensen die zich nog niet eens bewust zijn van hun probleem. Daarom denk ik dat preventie wel belangrijk is. Door mensen al vroeg in te lichten. Maar hoe ga je ze bereiken ?

Dat weet ik niet goed, via school misschien ? Preventie is heel belangrijk maar dit is toch een taak van de overheid ? Op school vind ik belangrijk, via de kinderen die na een tijdje dan de ouders sensibiliseren.

Op het moment dat je over gezonde voeding spreekt, dan krijg je wel veel mensen op de been. Daar zijn ze zich al van bewust, dat ze op hun eten moeten letten. Ja, en hoe komt dat ? Doordat er constant en constant in de media wordt over gesproken.

Ja, misschien eerder kookprogramma's maar niet echt gezonde voeding ? Alleen maar over lekker eten ? Nee nee, dat bedoel ik niet, het gaat echt over gezonde voeding. Dus ze zijn er zich al wel meer van bewust.

Het is belangrijk dat dit preventief wordt ! Dit vind ik meer een taak van de overheid om mediacampagnes te voeren.

Ik denk, die mensen zitten in de zetel voor de televisie chips te eten. En ik denk dat je die allemaal maar kan bereiken via televisie, door de overheid gesponsord bijvoorbeeld. Of zo à la Piet Huysentruyt.

Ouderen die ga je misschien gemakkelijker bereiken maar jonge gezinnen die frieten eten, hamburgers eten en cola drinken.

Bijvoorbeeld de actie voor dames voor borstsonderzoek, ik heb toch het idee dat dit geen 100% haalt. Er zijn zo van die acties, maar ik denk niet dat alles mensen hierop ingaan. Ik heb zo de indruk dat de doelgroep niet altijd bereikt wordt. Juist diegene die het meeste risico lopen die gaan niet. Ja maar 60% van de vrouwen die wordt aangeschreven gaan maar op onderzoek. Dit onderzoek is dan gratis en ik vind dat er dan eigenlijk veel mensen niet gaan, uit gemakzucht of uit schrik. Mensen die inderdaad schrik hebben om geconfronteerd te worden met... Toch neemt het niet weg dat het moet gebeuren.

Als ik het even in de groep mag gooien, ik heb borstkanker en dit is door zo'n screening aan het licht gekomen. Door een gratis onderzoek. Ik heb het ook eerst uitgesteld en toen gezegd van ik zal maar eens gaan. Uiteindelijk is het dan vastgesteld en heb ik een borstamputatie moeten ondergaan. Ik ben content dat zoiets in het leven is geroepen want anders had ik het misschien nog niet geweten. Ik vind dit heel belangrijk, de communicatie daar rond. Nu kan ik iedereen adviseren om na de 50 toch je borstsonderzoek te laten nemen.

Tot 18 jaar heeft men de gelegenheid om hier in België in de scholen acties te voeren, toch in Vlaanderen zeker zodat iedereen kan opgevolgd worden. Ik denk bijvoorbeeld maar aan meisjes voor een onderzoek naar baarmoederhalskanker. Die kunnen hun tot een bepaalde leeftijd laten inenten. Het kan georganiseerd worden dat deze personen 100% worden bereikt. Die zitten allemaal op de scholen en de scholen kunnen hiervoor verplicht worden. Dit kan met de medische dienst van het CLB bijvoorbeeld. Want daarna als je een brief krijgt dan ben je al goed wil je eraan meewerken. Ze zeggen dat 60% reageert op zo'n brief en 40% negeert het gewoon.

Dit zijn campagnes die over heel België lopen. Ze zeggen bijvoorbeeld zoveel procent van de vrouwen krijgt borstkanker dus ze proberen een zo groot mogelijke groep te bereiken. Dit is meer gericht op : "Hoe ziet onze gemeenschap eruit, wie woont er in deze wijk ?". Dus de vraag is eerder : "Wat zijn de typische problemen en wat gaan wij doen om hieraan tegemoet te komen ?" "Wat gaan wij organiseren om hier verandering in te brengen ?"

Maar spreken we hier dan van een dorp, van een straat, van... ? Of is het per stad ? Ik zou het eerder zien per wijk. Het is een probleem voor de overheid. Dus als u bedoelt de allochtone gemeenschap, die groepen die niet willen worden ingeënt bijvoorbeeld, dat kan de gemeenschap veel geld kosten. Je kan die allochtonen bijvoorbeeld alleen maar mee krijgen door iemand van de gemeenschap zelf. Dus de overheid kan wel iemand opleiden om dit voor de eigen wijk te doen.

Een huisarts kent zijn patiënten doorgaans ook vaak beter dan alleen maar een griep. Ze durvend de mensen ook echt aanspreken van : “Ik vind niet dat je goed bezig bent”

Ik bedoel maar dat de overheid misschien iets moet doen aan de multiculturele samenleving die wij nu hebben. Ze moeten ook die mensen bereiken en dan preventief optreden.

Moderator : Jullie zien deze functie dus iets dat door de overheid moet georganiseerd worden en niet iets lokaal. Dus dat er lokaal moet gekeken worden naar waar er nood aan is en wat er dan moet georganiseerd worden ?

Brussel bestaat uit heel veel verschillende onderdelen, in het ene stuk zal je vooral oudere mensen tegen komen in het andere stuk zal je dan eerder arme mensen tegenkomen. Er zijn dan ook 19 verschillende gemeenten. Maar ik bedoel eigenlijk : nu moet de overheid daar iets gaan organiseren. ? !

De overheid moet in feite de opdracht geven en mensen zoeken die dat lokaal kunnen organiseren, moet van bovenuit gecoördineerd worden. Je moet in elke wijk het warm water niet meer gaan uitvinden. Dit kan dan in de verschillende wijken aangepast worden aan de bevolking zoals u aangaf. Je moet in feite de borstkanker preventie niet meer aan de oudere bevolking uitleggen. Maar misschien wel aan een jonge wijk.

Iemand zelf plaatsen lokaal is moeilijk, als dit niet door de overheid gesteund en gefinancierd wordt dan vrees ik voor weinig kan op succes.

Ik denk dat dit ook anders weer op de sociale dienst terecht komt. De overheid kan wel geld losmaken voor propaganda, voor op televisie, in kranten en in feite lokale acties te ondersteunen. Zo zie ik dat.

Een actie die ik bijvoorbeeld goed vind is die van de mutualiteit, zij komen met een bus, bijvoorbeeld rond gezondheid. Maar wie weet bijvoorbeeld waar de bus nu staat ? Het is toevallig dat je eens een artikel leest, of dat je iets onder handen krijgt. Je weet het gewoon niet en dat vind ik spijtig.

De borden langs de autosnelweg daar kijkt iedereen naar. Bijvoorbeeld die campagne nu : “Kijk mama, zonder gordel.” Dat blijft toch even hangen. Als je dat repeteert dan denk je er toch over na. Het heeft toch effect als je die borden regelmatig tegenkomt.

Ik vraag me af of er een site www.gezondheid.be of er zoiets kan op gepost worden voor mensen die echt op zoek zijn naar informatie. Maar als mensen natuurlijk niet op zoek gaan...

Er zijn heel veel verschillende gemeenschappen, de Marokkanen zijn geen Turken bijvoorbeeld, in welke taal ga je die aanspreken ? Wel dat zal wel in hun taal kunnen. Maar er is bijvoorbeeld ook heel veel verschil naar voeding toe. Voor die mensen te bereiken heb je toch iemand van de gemeenschap zelf nodig.

Ik vind dit een onmogelijke taak voor 1 persoon.

Het gaat niet alleen over allochtonen maar ook over ouderen die vereenzamen bijvoorbeeld maar ook jonge mensen. En welke groep ga je inderdaad bereiken ?

Voor de ouderen ga je al niet het internet moeten gebruiken. Ook jonge mensen kunnen in een isolatie geraken en het niet meer weten. Het zijn niet alleen de ouderen.

Bij gezonde voeding bijvoorbeeld met kookboeken alleen kom je er niet mee, er moet meer gebeuren. Je moet mensen bereiken, het is iemand die naar de mensen toe moet stappen.

Dit is zo breed, waar ga je informatie, preventie over geven? Er zijn zoveel ziektes en aandoeningen waarmee mensen geconfronteerd worden. Welke problemen heb ik in de straat?

Bijvoorbeeld bij mij in de straat, de gemiddelde leeftijd ligt hoog, dus daar passeren ze eigenlijk mij mee. Dan bereik je toch nog niet alle mensen? Dan zijn er nog onderwerpen die eigenlijk behandeld zouden kunnen worden.

Het probleem tegenwoordig is, om mensen warm te maken voor zoiets, bijvoorbeeld je nodigt hen uit in een zaaltje voor een lezing. Tegenwoordig krijg je de mensen daar ook niet meer voor warm. Zoals de vrouwengilde, KWB, de gemiddelde leeftijd ligt daar rond de 60 jaar. Jongere mensen krijg je hier niet meer voor warm. Zelfs in bepaalde wijken, bijvoorbeeld waar mijn broer woont, hij woont in een totaal nieuwe wijk, in het begin kwamen een 20tal gezinnen samen om iet te doen, recreatief, iets te drinken met Nieuwjaar, een gezamenlijk BBQ,.. Na enkele jaren zwakt dat af en die mensen woonden op 100 meters van elkaar. Die doen niet meer mee, ze zijn niet meer geïnteresseerd, ze zullen nog net de deur toe trekken als ze thuis komen van hun werk en hun van de gemeenschap niets aantrekken.

Ze hebben tegenwoordig, de jongeren, ook veel aan hun hoofd. Het is een heel gestresseerde maatschappij : ze moeten hard werken, hebben veel hobby's, kinderen en dan is het vaak van : "laat mij met rust". Dan zijn ze even met hun gezin bezig.

U bedoelt dus een heropvoeding van die mensen is niet mogelijk? Maar als je ziet nu op de scholen staan er cola-automaten en snoep automaten, als ze dit al eens zouden vervangen door een gezonder alternatief? Dat proberen ze nu toch al te doen.

Als je ergens eten gaat ophalen, het is veel junkfood en vetzig. Je moet de juiste programma's kiezen en de juiste manieren, maar je vindt dit al op internet. Maar wie vindt die? De mensen die erachter zoeken. Diegene die het nodig hebben die zoeken daar niet achter.

Deze persoon moet wel iemand zijn die mensen kan warm maken voor iets. Die ga je niet dikwijls vinden want die gaan rap een betere job vinden denk ik.

Moderator : Wat voor opleiding heeft zo'n persoon nodig ?

In de richting van psycholoog? Met veel mensenkennis? Een wereldverbeteraar en een beetje naïef? Want mij lijkt het onmogelijk. Hij moet toch ook een medische opleiding hebben? Hij moet er toch minstens het één en ander van weten? Als je de mensen wil wakker maken van gezondheidsproblemen dan moet je zelf wel een oog hebben voor symptomen.

Iets in de mens-wetenschappen?

Ik wil niet cynisch klinken maar ik geloof er niet in dus ik zie er moeilijk iemand in.

Je kan het misschien ook opsplitsen, zoals informatiesessies voor specifieke patiënten en groepen dat zie je vaak al bij patiëntenverenigingen en andere groepen, daar worden deze mensen al bereikt. En voor de gezondheids promotie en preventie denk ik dat het voor een groot deel bij de overheid ligt.

Als je zo iets doet moet je een zaal hebben, de plaatselijke overheid moet dit organiseren. Die community moet zeker niet te groot zijn, dit moet de gemeente zijn. Om even terug over het voorbeeld van de gezonde voeding aan te kaarten : Het moet voor handen zijn, als je naar een

festival gaat moet je wel junkfood kopen, er is niets anders. Moest er een gezond alternatief zijn dan zouden veel mensen uit hun eigen overtuigen gezonde voeding eten en andere mensen zullen meegesleurd worden, die het gezonde eigenlijk niet kennen.

Ik wil wel even zeggen, ik studeer zelf psychologie en dit zou mij totaal niet aanspreken. Wij hebben ook veel over gezondheid geleerd. Ik denk dat als je psychologie of iets van menswetenschappen studeert dat je toch op zoek bent naar iets anders als dit.

Je moet in feite bijna iemand zijn die een reclamecampagne op poten kan zetten. Het mag geen jonkie zijn het moet iemand zijn met maturiteit. Iemand van 25 die het komt uitleggen dat gaat niet aanvaard worden.

Jullie geloven geen van allen in deze functie ?

Als het bestaat zou het fantastisch zijn, maar ik geloof er niet in. Het is te ruim, en chronische en preventie en promotie en financieel... ik zie dit niet realiseerbaar. Je zal andere mensen altijd moeten betrekken, specialisten ter zake om dan een "denktank" op te richten.

Deze functie bestaat al bijvoorbeeld in een wijkgezondheidscentra, een sociaal verpleegkundige deed dit soort taken en die gaat bijvoorbeeld naar de allochtone bevolking en zij zegt "ik ga over dit en dat iets geven" en gegarandeerd heeft zij wel wat volk.

We hebben ook het voorbeeld van de gemeente Kasterlee, daar werd iemand aangesteld die alle bewoners boven de 90 ging bezoeken en ging kijken wat de noden waren. En dit jaar waren de 80-jarigen aan de beurt. Op deze manier proberen zij tegemoet te komen aan de noden van de gemeenschap. Dit was echt om te kijken wat ze in de gemeente konden organiseren voor dit soort mensen. Dus er bestaat wel iets.

Het hangt ook nog veel van de persoon zelf af, of je succes hebt ja of nee. Je kan ergens een faculteit oprichten of een studierichting en diegene die afstudeert moet het dan kan gaan maken en het kan zijn dat die er dan ook helemaal niet voor geschikt is.

Moderator : Dus eigenlijk zegt u dat de kennis er wel moet zijn maar de persoonlijkheid van deze persoon is nog het belangrijkste van alles in deze functie. Hij moet sociaal zijn, met boekenwijsheid alleen kom je er niet.