



Prof. Dr. C. Gosset
Lic. I. Heyden
I. Schumacher



KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Prof. Dr. P. Moons
Prof. Dr. K. Milisen
Prof. Dr. W. Sermeus
Lic. K. De Vlieghe
Lic. K. Scheepmans

Inventaire et possibilités futures de prestations techniques de soins infirmiers à domicile:

Inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg:

TTVP: December 2006 - November 2007

Projectnummer: N07-N06-TTVP KUL / N07-K06-TTVP LG



Brussel, 2007

DANKWOORD - REMERCIEMENTS

In eerste instantie gaat onze oprechte dank uit naar de thuisverpleegkundigen, de medisch specialisten en de huisartsen die de tijd hebben genomen om aan dit onderzoek deel te nemen. Zonder jullie medewerking hadden wij dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Nos remerciements vont à tous ceux qui ont collaboré, directement ou indirectement, à cette recherche. L'ensemble des infirmiers (ères), médecins spécialistes et généralistes qui ont accepté de participer et de partager leurs expériences ainsi que leurs visions en matière de soins à domicile.

Graag willen wij het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en in het bijzonder Mevrouw Bossuyt en Meneer Glorieux, bedanken voor het financieel ondersteunen van dit project, alsook de leden van de begeleidingscommissie voor hun advies en kritische vragen.

Ook dank aan de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging voor het verlenen van hun medewerking aan dit onderzoek.

Nos collaboratrices : Joëlle, Aurélie, Dominique pour le travail de réflexions scientifiques et Vanessa, Michèle, Christelle et Francine pour le suivi administratif du projet.

**INVENTARIS EN TOEKOMSTMOGELIJKHEDEN VAN DE TECHNISCHE VERPLEEGKUNDIGE
PRESTATIES IN DE THUISZORG**

Samenvatting

I. PROBLEEMSTELLING

De gezondheidszorg van vandaag wordt geconfronteerd met een aantal belangrijke uitdagingen, zoals de vergrijzing van de bevolking, het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen, de toenemende mondigheid van de patiënt, die ervoor opteert zo lang mogelijk thuis te blijven, en financiële beperkingen die resulteren in een verkorte verblijfsduur in de ziekenhuizen (Mistiaen et al., 1997, Blegen et al., 1998; Jansen et al., 1996; McCorkle et al., 2000). Deze ontwikkelingen en trends dragen bij aan de verschuiving van zorg van de ziekenhuissetting naar de thuissetting. Ondanks het feit dat een (vroeg)tijdig ontslag van patiënten uit het ziekenhuis voordelig is in termen van gezondheidszorgkosten, heeft dit een grote impact op de thuisgezondheidszorg (Hamner, 2005, McBride et al., 2004, Campbell et al., 1998, de Wit et al., 2001). Op die manier wordt de thuiszorg immers geconfronteerd met ziekere patiënten (Mistiaen et al., 1997), resulterend in een meer intensieve en technisch complexe verpleegkundige zorg bij de patiënt thuis (Kirk, 1998). Bovendien zullen de vergrijzing van de bevolking en het toenemende belang van de thuisgezondheidszorg resulteren in een groter aantal oudere personen met een behoefte aan thuiszorg (Schumacher et al., 2004). Ook de rol van de thuisverpleegkundigen zelf, als professionele zorgverleners, is en zal toenemend onderhevig zijn aan verandering (Hamner, 2005, Schumacher et al., 2004).

In het kader van deze trends en evoluties is het belangrijk zich de vraag te stellen in welke mate de thuisverpleging een antwoord heeft op deze toenemende vraag naar verpleegkundige zorg en meer bepaald op de toenemende behoefte aan technische en complexe verpleegkundige zorgen. Het is dan ook van groot belang om de potentiële evoluties in de activiteiten van thuisverpleegkundigen te bestuderen, zodat op beleidsniveau adequate beslissingen kunnen worden genomen en er een adequate beleidsplanning kan worden opgemaakt naar de toekomst toe. In dat kader werd er een literatuurstudie uitgevoerd met als doel inzicht te verwerven in de actuele verpleegkundige interventies thuis en in het activiteitenprofiel van thuisverpleegkundigen.

Verschillende biomedische en verpleegkundige databanken werden geraadpleegd voor artikels die gepubliceerd zijn in de periode 1990 – januari 2007. Op die manier werden ongeveer 140 artikels geïdentificeerd, waarvan enkel 14 artikels in overeenstemming waren met de vooropgestelde inclusiecriteria en critical appraisal richtlijnen: Adams, 1996, Boomsma et al., 1999, Hughes et al., 2002, McBride et al., 2004, Robinson et al., 2006, De Vlieghe et al., 2005, Dunt et al., 1991, Martin et al., 1993, Mistiaen et al., 1997, Frich, 2003, Schumacher et al., 2004, Campbell et al., 1998, Keller et al., 1998, Ryan & Wassenberg, 1980.

De verpleegkundige interventies die werden gerapporteerd in de 14 artikels, waren zeer verscheiden, alsook het abstractieniveau waarmee ze werden beschreven, waardoor het moeilijk was om overeenkomsten te vinden tussen de verschillende artikels. In een poging om de heterogene data te stroomlijnen, werden alle interventies gecategoriseerd in zes praktijkgebieden (algemene thuisverpleging, thuisverpleging na ontslag uit het ziekenhuis, psychiatrische thuisverpleging, palliatieve thuisverpleging, advanced practice nursing, en thuisverpleging met de focus op gezondheidspromotie en preventie) en in drie verpleegkundige classificatiesystemen (NIC, NILT, Omaha).

De literatuurstudie bevestigde de bestaande diversiteit aan functies in de thuisgezondheidszorg, wat een belangrijke bijdrage leverde aan de identificatie van een veelomvattend activiteitenprofiel van thuisverpleegkundigen. Verder kan uit de literatuurstudie worden afgeleid dat thuisverpleegkundigen multidimensionele zorg verlenen in een breed spectrum van praktijksettings en dat het activiteitenprofiel van de thuisverpleegkundigen niet wordt gekarakteriseerd door louter technische prestaties, maar door de psychosociale en belevingsgerichte dimensies van de zorg. De resultaten uit de literatuurstudie suggereren ook dat de thuisverpleegkundigen een nieuwe rol in de gezondheidszorg op zich aan het nemen zijn: het verlenen van geïntegreerde zorg aan een chronische, hulpbehoevende patiëntenpopulatie. Tegelijk kan uit de literatuurstudie worden afgeleid dat de fysiologische dimensie van zorg nagenoeg niet wordt beschreven of aangekaart in de literatuur. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat er vragen kunnen worden gesteld bij de validiteit van de bestaande verpleegkundige classificatiesystemen en dat de wetenschappelijke evidentie met

betrekking tot technische en complexe prestaties/interventies in de thuisgezondheidszorg momenteel schaars tot niet bestaande is. Verder onderzoek is dan ook aangewezen om de thuisverpleegkundigen in hun nieuwe rol adequaat te kunnen ondersteunen en om hen te helpen zich voor te bereiden op de toekomst.

II. METHODOLOGIE

In opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer) werd door het Département des Sciences de la Santé Publique (DSSP) van de Université de Liège en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) van de Katholieke Universiteit Leuven een kwalitatief, exploratief onderzoek uitgevoerd met als doel een inventaris te maken en inzicht te verwerven in de toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg. Om dit doel te bereiken werd ervoor geopteerd om diepte-interviews uit te voeren met thuisverpleegkundigen en medisch specialisten en om focusgroepen uit te voeren met huisartsen.

In zowel de diepte-interviews als in de focusgroepen werd er gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst. De diepte-interviews met de thuisverpleegkundigen waren opgebouwd uit een registratiegedeelte en een interviewgedeelte. Met betrekking tot het registratiegedeelte werd de thuisverpleegkundigen gevraagd, enkele dagen vóór het eigenlijke interview, te registreren welke activiteiten ze hadden uitgevoerd op een door hen vrij te kiezen werkdag (24-uursregistratie). Het interview zelf was opgebouwd uit vijf grote delen: persoonlijke gegevens, verduidelijking van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie', bespreking van de 24-uursregistratie, samenwerking en toekomstperspectieven. De diepte-interviews met de medisch specialisten en de focusgroepen met huisartsen waren opgebouwd uit vier delen: persoonlijke gegevens, verduidelijking van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie', samenwerking en toekomstperspectieven.

Alvorens over te gaan op de selectie van de deelnemers werd ervoor geopteerd de semi-gestructureerde vragenlijsten te testen. In deze verkennende fase werden 16 diepte-interviews uitgevoerd. In beide landsgedeelten werden er 2 diepte-interviews uitgevoerd met thuisverpleegkundigen, 2 met ziekenhuisverpleegkundigen, 2 met medisch specialisten en 2 met huisartsen. De testrespondenten werden geselecteerd op basis van vooropgestelde criteria en ze maakten deel uit van een purposive sampling. Op basis van de bemerkingen van deze deelnemers werden aanpassingen uitgevoerd aan de vragenlijsten. Vervolgens werd er overgegaan op de selectie van de respondenten voor de eigenlijke onderzoeksfase, waarbij dezelfde inclusiecriteria werden gebruikt dan in de verkennende fase. Deze selectie werd niet op identieke wijze uitgevoerd in Vlaanderen en in Wallonië, daar de gezondheidszorg in de beide landsgedeelten niet op analoge wijze is georganiseerd. In Vlaanderen werden de loontrekkende (n=10) en de zelfstandige thuisverpleegkundigen (n=5) geselecteerd via de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging, terwijl in Wallonië de loontrekkende thuisverpleegkundigen (n=13) werden geselecteerd via de diensten voor thuisverpleging en de zelfstandige thuisverpleegkundigen (n=9) via de 'services intégrés de soins à domicile (SISD)'. Alle medische specialisten in deze studie zijn werkzaam binnen een universitair ziekenhuis: UZ Gent (n=3) en UZ Leuven (n=5) voor Vlaanderen en UZ Luik (n=10) voor Wallonië. De huisartsen werden in Vlaanderen ad random geselecteerd op basis van een lijst met LOK-verantwoordelijken in Vlaanderen, waarna er een focusgroepgesprek werd geagendeerd op twee LOK-vergaderingen (n=8 en n=15), terwijl in Wallonië een focusgroep werd samengesteld met zelfstandige huisartsen (n=9) en een focusgroep met huisartsen die werkzaam zijn binnen een 'maison médicale' (n=7). In totaal werden er 37 diepte-interviews uitgevoerd met thuisverpleegkundigen, 18 diepte-interviews met medisch specialisten en 4 focusgroepen met huisartsen (n=39).

Alle diepte-interviews en focusgroepen in deze studie werden opgenomen met een digitale voicerecorder en vervolgens letterlijk en anoniem uitgetypt. Voor de analyse van de beschikbare gegevens werd in de beide landsgedeelten gebruik gemaakt van het analyseprogramma 'Nvivo 7.0'. In het kader van de validiteit en de betrouwbaarheid van de uitgevoerde analyses kwamen

de onderzoekers op regelmatige tijdstippen samen om het analyseproces te bespreken en te bediscussiëren.

III. RESULTATEN & BESPREKING

Dit onderzoek resulteerde in een inventaris van technische en complexe verpleegkundige prestaties in de thuiszorg, alsook in een breder inzicht in de inter- en multidisciplinaire samenwerking en in de toekomstmogelijkheden van technische en complexe verpleegkundige prestaties in de thuiszorg.

1. Technische en complexe thuisverpleegkundige prestaties

Technische prestaties worden in deze studie omschreven als alle handelingen/prestaties die verpleegkundigen uitvoeren in functie van hun beroep en waarvoor een verpleegkundige opleiding is vereist, terwijl complexe prestaties worden omschreven als meer specifieke en arbeidsintensievere prestaties met een hogere nood aan verpleegkundige ervaring & kennis & competentie, aan bijscholing en aan samenwerking/communicatie met andere disciplines en met de familie/mantelzorger van de patiënt.

Uit de 24-uursregistratie kan worden afgeleid dat de activiteiten/prestaties van de thuisverpleegkundigen niet enkel gericht zijn op zuiver technische prestaties, maar ook op intellectuele prestaties, zoals communicatie, samenwerking en observatie/preventie. Deze intellectuele prestaties worden echter niet vergoed via het huidige financieringssysteem in België. Daarnaast blijken niet al de uitgevoerde prestaties opgenomen te zijn in de thuisverpleegkundige nomenclatuur. Het klaarzetten van medicatie, glycemiecontroles, het aan- en uitkleden van patiënten, begeleiding van psychiatrische patiënten, bloeddrukmeting, emotionele opvang van palliatieve patiënten en hun naaste omgeving, positionering van patiënten, nachtprestaties, oogindruppeling (niet gekoppeld aan een operatie of na de 15 dagen post-operatief), administratie en zorgoverleg met andere disciplines zijn voorbeelden van prestaties, die frequent worden uitgevoerd door de thuisverpleegkundigen, maar die niet vergoed worden via de thuisverpleegkundige nomenclatuur. De thuisverpleegkundigen in deze studie pleiten er dan ook voor om deze prestaties in de nomenclatuur op te nemen.

2. Samenwerking

Er is meestal enkel sprake van samenwerking op het moment dat een zorg complex is/wordt of dat er zich problemen voordoen in de thuissituatie, zoals een overbelasting van de mantelzorger, een veranderde gezinssituatie of een veranderde mentale/fysieke toestand van de patiënt/mantelzorger. Ondanks het feit dat men van mening is dat er op individuele basis goed wordt samengewerkt, blijkt de manier waarop er wordt samengewerkt en de kwaliteit van de samenwerking sterk individueel verschillend te zijn: verschillend naargelang het ziekenhuis, de dienst/afdeling binnen het ziekenhuis, de medisch specialist, de thuiszorgorganisatie, de thuisverpleegkundige, de huisarts.

De factoren, die een bevorderend effect hebben op de samenwerking vandaag en naar de toekomst toe, zijn (h)erkenning van elkaars kennis, competenties en ervaring, beroep kunnen doen en kunnen samenwerken met gespecialiseerde thuisverpleegkundigen, multidisciplinair overleggen waarbij de nadruk wordt gelegd op een open en laagdrempelige communicatie en samenwerking en op een efficiënte uitwisseling van informatie, regelmatig bijscholingen en vormingen volgen waarbij de nadruk wordt gelegd op de organisatie van multidisciplinaire vormingen, en het bestaan van SIT's, GDT's en van het netwerk palliatieve zorgen. De factoren, die een belemmerend effect hebben op de samenwerking vandaag en naar de toekomst toe, zijn het feit dat de thuiszorg zich onvoldoende profileert naar de buitenwereld toe waardoor men onvoldoende op de hoogte is van de aanwezige kennis, competentie, ervaring en expertise in de thuisverpleging, de basisopleiding verpleegkunde die niet is afgestemd op het werkkterrein, de bestaande concurrentie tussen thuisverpleegkundigen onderling, de vrees voor terreinverlies wanneer men vanuit het ziekenhuis verpleegkundigen gaat uitsturen naar de thuissetting, de afwezigheid van één gezamenlijk multidisciplinair te raadplegen patiëntendossier waardoor er

veel dubbel werk wordt verricht, het feit dat er onvoldoende afstemming/communicatie is tussen de settings met de nadruk op een ontslagregeling vanuit het ziekenhuis die niet is afgestemd op de thuiszorg en op de vaak onduidelijke en onvolledige medische voorschriften, materiaal dat niet verkrijgbaar is in de thuissetting of niet wordt terugbetaald in de thuissetting, het feit dat iedereen werkt met eigen ontwikkelde richtlijnen/procedures/protocollen, de werkdruk en het tijdsgebrek om inter- en multidisciplinair samen te komen, het financieringssysteem dat niet is afgestemd op het activiteitenprofiel van de thuisverpleegkundigen en dat de multidisciplinaire samenwerking en communicatie onvoldoende tot niet financiert, en het gebrek aan duidelijke taakafspraken en aan een coördinerend persoon in de thuiszorg, niettegenstaande het bestaan van de SIT's en de GDT's.

3. Toekomstperspectieven

De uitdaging van de toekomst zijn de chronisch zieke patiënten, waarbij men een verschuiving ziet van zuiver technische prestaties naar intellectuele prestaties, zoals het begeleiden, ondersteunen en educeren van patiënten/mantelzorg met betrekking tot wondzorg, diabetes, voeding, hygiëne, psychiatrische aandoeningen, medicatiebeleid, het stervensproces, preventie, enzovoort. Om deze verschuiving adequaat te kunnen opvangen, worden er enkele belangrijke voorwaarden/eisen gesteld. Een eerste vereiste is dat de zorgverleners beschikken over de nodige kennis, competentie en ervaring. Dit wil zeggen dat de basisopleiding, alsook de bijscholingen en vormingen, dienen te worden aangepast aan de noden en behoeften van het werkveld en dat er dient te worden voorzien in een uitbreiding van de referentiedomeinen en een honorering van de gespecialiseerde verpleegkundigen. Een tweede vereiste is multidisciplinaire samenwerking en overleg, waarin de patiënt en de mantelzorg blijvend centraal staan, waarin aandacht is voor een efficiënte en éénduidige uitwisseling van informatie en waarin de betrokken partijen worden vergoed voor de gespendeerde tijd. Binnen de samenwerking en het overleg dient er ook aandacht te worden besteed aan laagdrempelige communicatie, aan het werken met een persoon die de coördinatie van de zorg op zich neemt en aan het maken van duidelijke afspraken zodat iedere discipline zijn eigenheid behoudt zonder te vrezen voor terreinverlies. Verder is men van mening dat de meerwaarde en de verdienste van de thuiszorg meer moet worden gepromoot en dat de overheid daar via informatiecampagnes een belangrijke rol in kan spelen. Een derde vereiste is de beschikbaarheid van het benodigde materiaal. Vandaag is het soms moeilijk om materiaal, waarmee de patiënt uit het ziekenhuis naar huis komt of dat door de medisch specialist is voorgeschreven, te verkrijgen via de lokale apotheek. Met het oog op de toekomstige prestaties is het dan ook cruciaal dat men binnen de thuissetting over het benodigde materiaal beschikt, in aangepaste verpakkingen en gekoppeld aan de nodige vergoedingen. Een vierde vereiste is een aangepast financieel kader waarin zowel de zuiver technische prestaties als de intellectuele prestaties worden vergoed, daar het huidige financieringssysteem niet geschikt is om aan de noden en behoeften van de toekomstige chronische en hulpbehoevende patiëntenpopulatie thuis te voldoen. Een vijfde vereiste is het scheppen van een juridisch kader, waarin een systeem wordt toegepast van shared responsibility. Hierbij wordt ook het belang aangehaald van een coördinerend persoon, hetzij vanuit de thuissetting, hetzij vanuit het ziekenhuis, waarbij wordt voorkomen dat iedereen naar iedereen kijkt bij problemen. Een zesde vereiste is het aanpakken van het tekort aan (thuis)verpleegkundigen. Hierbij is men van mening dat de slechte verloning van thuisverpleegkundigen moet worden aangepakt, alsook het gebrek aan profilering vanuit de thuiszorg en het gebrek aan aantrekkingskracht dat van het thuisverpleegkundig beroep uitgaat.

IV. CONCLUSIES & AANBEVELINGEN

Uit deze studie kan worden geconcludeerd dat het engagement van de thuisverpleegkundigen groot is om huidige en toekomstige prestaties uit te voeren bij de patiënt en familie/mantelzorger: alles staat in het teken van de gezondheid en het welzijn van de patiënt en zijn/haar mantelzorger/familie. Ook het engagement van de thuisverpleegkundigen, de medisch specialisten en de huisartsen in deze studie om de multidisciplinaire samenwerking naar de toekomst toe te verbeteren en te bevorderen is groot. Doch, uit deze studie komen enkele belangrijke knelpunten naar voor, die adequaat dienen te worden aangepakt om de

huidige en de toekomstige zorgen op een effectieve, efficiënte en optimale wijze te kunnen uitvoeren. Namelijk, op het vlak van *kennis* moeten er initiatieven worden aangereikt ter ondersteuning van het 'levenslang leren', waarbij er aandacht is voor de organisatie van multidisciplinaire bijscholingen en vormingen en voor de promotie en uitbreiding van de referentiedomeinen in de thuisverpleging en van de bestaande netwerken. Op het vlak van *samenwerking* is er geen behoefte aan nieuwe instanties, maar aan een verfijning en promotie van de bestaande organisaties/instanties. Verder moet er meer aandacht worden besteed aan de draagkracht en de draaglast van de mantelzorger in de thuiszorg. De laagdrempelige communicatie moet worden gestimuleerd en er dienen meer initiatieven te worden genomen rond een betere en efficiëntere uitwisseling van informatie, rond duidelijke en volledige medische voorschriften en rond de profilering van het thuisverpleegkundig beroep, zeker met het oog op het aantrekken van verpleegkundigen in tijden van schaarste. Op *financieel* vlak moet er werk worden gemaakt van de erkenning en honorering van gespecialiseerde verpleegkundigen, van een vergoeding voor telefonisch en persoonlijk overleg of advies, van de beschikbaarheid en de financiering van materiaal in de thuiszorg, en van de financiering van intellectuele prestaties en prestaties die momenteel herhaaldelijk worden uitgevoerd, maar die niet worden vergoed via het huidige financieringssysteem. Tenslotte moet er een duidelijk *juridisch* kader worden gecreëerd, dat gebaseerd is op shared-care en shared responsibility, en waarin de verantwoordelijkheid wordt uitgewerkt met betrekking tot het proces van opvolging en begeleiding wanneer het gaat om telemedicine.

V. REFERENTIES

- Adams, T. (1996). A descriptive study of the work of community psychiatric nurses with elderly demented people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1177-1184.
- Blegen M.A., Goode C.J., & Reed L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47 (1), 43-50.
- Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., van den Heuvel, W. (1999). Nursing interventions in Crisis-oriented and Long-term Psychiatric Home Care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13, 41-48.
- Campbell, R.L., Banner, R., Konick-McMahan, J., Naylor, M.D. (1998). Discharge planning and home follow-up of the elderly patient with heart failure. *Nursing Clinics of North America*, 33 (3), 497-513.
- De Vliegheer, K., Paquay, L., Grypdonck, M., Wouters, R., Debaillie, R., Geys, L. (2005). A study of core interventions in home nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 513-520.
- De Wit, R., van Dam, F. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (6), 742-754.
- Dunt, D.R., Temple-Smith, M.J., Johnson, K.A. (1991). Nursing outside hospitals: the working experience of community nurses: job characteristics. *International Journal of Nursing Studies*, 28 (1), 27-37.
- Frich, L.M. (2003). Integrative literature reviews and meta-analysis: Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 137-153.
- Hamner, J.B. (2005). State of the science: Posthospitalization nursing interventions in congestive heart failure. *Advances in Nursing Science*, 28 (2), 175-190.
- Hughes, L.C., Robinson, L.A., Cooley, M.E., Nuamah, I., Grobe, S.J., McCorkle, R. (2002). Describing an episode of home nursing care for elderly postsurgical cancer patients. *Nursing Research*, 51 (2), 110-118.

- Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., & Van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (4), 407-421.
- Keller, L.O., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B., Schaffer, M. (1998). Population-based Public Health Nursing Interventions: A model from practice. *Public Health Nursing*, 15 (3), 207-215.
- Kirk, S., Glendinning, C. (1998). Trends in community care and patient participation: implications for the roles of informal carers and community nurses in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 370-381.
- Martin, K.S., Scheet, N.J., Stegman, M.R. (1993). Home health clients: Characteristics, outcomes of care, and nursing interventions. *American Journal of Public Health*, 83 (12), 1730-1734.
- McBride, K.L., White, C.L., Sourial, R., Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 192-200.
- McClorkle R., Strumpf N.E., Nuamah I.F., Adler D.C., Cooley M.E., Jepson C., Lusk E.J., & Torosian M. (2000). A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *Jags*, 48 (12), 1707-1713.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., de Bont, M., Veeger, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1233-1240.
- Robinson, L., Dugger, K., Fong, G., Heintzman, T., Hnizdo, S., Libby, J., McDaniels, J., Miles, J., Rempel, H., Taylor, A., Warshaw, M. (2006). Palliative home nursing interventions for people with HIV/AIDS: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 17 (3), 37-46.
- Ryan, S.J., Wassenberg, C. (1980). A hospital-based care program. *Nursing Clinics of North America*, 15 (2), 323-338.
- Schumacher, K.L., Marren, J. (2004). Home care nursing for older adults: state of the science. *Nursing Clinics of North America*, 39, 443-471.

**INVENTAIRE ET POSSIBILITES FUTURES DE PRESTATIONS TECHNIQUES
DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE**

Résumé

I. CONTEXTE

De nos jours, les soins de santé sont confrontés à une série de défis importants tels que le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de patients chroniques, le souhait des patients de rester le plus longtemps possible chez eux en maintenant leur autonomie et les restrictions financières aboutissant à une durée de séjour abrégée dans les hôpitaux (Mistiaen et al., 1997; Blegen et al., 1998; Jansen et al., 1996; McCorkle et al., 2000). Ce développement et ces tendances contribuent au déplacement des soins d'hôpitaux vers le domicile. Malgré le fait qu'une sortie précoce d'hôpital est financièrement avantageuse au niveau des dépenses de soins de santé, cela a un grand impact sur les soins de santé à domicile (Hammer 2005; McBride et al., 2004; Campbell et al., 1998; de Wit et al., 2001). Les structures d'aide et de soins à domicile sont de ce fait confrontées à des patients de plus en plus malades (Mistiaen et al., 1997) et à des soins infirmiers plus intensifs et techniquement plus complexes (Kirk, 1998). En outre, le vieillissement de la population et l'intérêt croissant porté aux soins de santé à domicile aboutit à un plus grand nombre de personnes âgées à domicile avec des besoins de soins (Schumacher et al., 2004). Aussi, le rôle des infirmiers à domicile, en tant que donneurs de soins professionnels, est constamment sujet au changement (Hammer, 2005; Schumacher et al., 2004).

Compte tenu de ces tendances et évolutions, il est important de mesurer si les soins à domicile peuvent répondre à cette demande croissante de soins à domicile et plus particulièrement au besoin croissant de prestations infirmières techniques et complexes. Il est donc très important d'étudier les évolutions potentielles des activités des soins à domicile, de sorte que des décisions adéquates puissent être prises au niveau politique et qu'une organisation adaptée orientée vers le futur soit mise en place. Dans ce cadre, une étude de la littérature a été effectuée avec pour objectif de comprendre les interventions infirmières à domicile actuelles et le profil professionnel des infirmiers à domicile.

Différentes bases de données biomédicales et de soins infirmiers ont été consultées de 1990 – à janvier 2007. Environ 140 articles ont été identifiés dont seulement 14 répondaient aux critères d'inclusion et aux directives « critical appraisal » : Adams, 1996; Boomsma et al., 1999; Hughes et al., 2002; McBride et al., 2004; Robinson et al., 2006; De Vlieghe et al., 2005; Dunt et al., 1991; Martin et al., 1993; Mistiaen et al., 1997; Frich, 2003; Schumacher et al., 2004; Campbell et al., 1998; Keller et al., 1998; Ryan & Wassenberg, 1980. Les interventions infirmières qui sont rapportées dans ces 14 articles sont très différentes de même que leur niveau d'abstraction. Il a dès lors été difficile de trouver des points communs et de correspondances entre ces différents articles. Une tentative d'harmonisation a toutefois été entreprise en classant toutes les interventions en six catégories de disciplines (soins à domicile généraux, soins infirmiers post hospitalisation, soins infirmiers psychiatriques, soins palliatifs à domicile, « advanced practice nursing » et les soins infirmiers à domicile axés sur la prévention et l'éducation à la santé) et en trois systèmes de classification de soins infirmiers (NIC, NILT, Omaha).

L'étude de la littérature a confirmé la diversité des fonctions existantes au niveau des soins infirmiers à domicile. Elle a contribué à l'identification de la pratique de terrain et des activités de soins infirmiers à domicile. En outre, elle a permis de déduire que les infirmiers à domicile prodiguent des soins multidimensionnels dans un large spectre de pratiques.

Les résultats de l'étude de la littérature suggèrent aussi que les infirmiers s'approprient un nouveau rôle dans la santé publique, celui de prodiguer des soins intégrés à une population de patients chroniques et dépendants. Ils permettent également de déduire que la dimension physiologique n'est pas abordée dans la littérature. Se pose donc la question de la validité des systèmes de classifications de soins infirmiers existants et de l'absence d'études scientifiques concernant des prestations techniques et complexes à domicile. Une étude ultérieure sera donc nécessaire pour pouvoir soutenir adéquatement les infirmiers à domicile dans leur nouveau rôle et les aider à se préparer pour l'avenir.

II. METHODOLOGIE

L'étude, initiée par le Service Public Fédéral, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement (Direction Générale, Soins de santé primaires et Gestion de crise), a été menée par le Département des Sciences de la Santé Publique (DSSP) de l'Université de Liège et par le Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) de l'Université Catholique de Leuven. Cette étude, essentiellement qualitative et exploratoire, a été effectuée dans le but de réaliser un inventaire des prestations techniques infirmières à domicile et de mettre en exergue les possibilités futures. Pour atteindre cet objectif, des interviews « en profondeur » ont été mises en place auprès d'infirmiers à domicile et de médecins spécialistes tandis que des focus groups ont été réalisés auprès de médecins généralistes.

Aussi bien pour les interviews « en profondeur » que pour les focus groups, il a été fait usage de questionnaires semi structurés. Les interviews en profondeur des infirmiers comportaient une partie « rappel des 24 heures » et une partie interview. Concernant le rappel des 24 heures, il a été demandé aux infirmiers de noter, le jour précédent l'interview, les différentes activités prestées durant la tournée (24h recall). L'interview proprement dit comportait 5 parties : données personnelles, précisions concernant les définitions des prestations techniques et complexes, discussions sur le 24h recall, collaboration et perspectives futures. Les interviews des médecins spécialistes et les focus groups des médecins généralistes comportaient 4 parties : données personnelles, précisions sur les prestations techniques et complexes, collaborations et perspectives futures.

Avant de choisir les participants, le questionnaire semi structuré a été testé. Durant cette période de pré test, 16 interviews ont été réalisées dans les deux régions du pays. Ces interviews ont été menées conjointement auprès de 2 infirmiers à domicile, 2 infirmiers d'hôpitaux, 2 médecins spécialistes et 2 médecins généralistes. La sélection des candidats pour le pré test a été entreprise sur base de critères d'inclusion faisant partie d'un « purposive sampling ». Sur base des remarques formulées par ces participants, différentes adaptations ont été réalisées aux grilles d'interview. La sélection des participants pour la récolte de données définitives a ensuite été effectuée sur base des mêmes critères de sélection. Celle-ci n'a toutefois pas eu lieu de la même manière en Flandre et en Wallonie compte tenu de la divergence de l'organisation des soins de santé.

En Flandre, les infirmiers salariés (n=10) et les infirmiers indépendants (n=5) ont été sélectionnés par l'intermédiaire de la « Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging », alors qu'en Wallonie, infirmiers salariés (n=13) et les infirmiers indépendants (n=9) ont été sélectionnés par les SISD (services de soins intégrés à domicile). Pour les infirmiers salariés, ce sont plus particulièrement les services de soins à domicile sélectionnés par les SISD qui ont communiqué les noms des participants. Pour les médecins spécialistes, il a été fait appel à la direction médicale des hôpitaux pour leur sélection. La procédure a été identique à celle des infirmiers. Tous les médecins spécialistes néerlandophones de cette étude sont actifs dans les hôpitaux universitaires : UZ Gent (n=3) et UZ Leuven (n=5). Les médecins spécialistes francophones sont actifs dans des hôpitaux universitaires et non universitaires de Wallonie et de Bruxelles (n=9). Un informateur clé de Suisse a également été interviewé pour compléter les informations (n=1).

En Flandre, les médecins généralistes ont été sélectionnés à l'aide des responsables flamands d'après une liste LOK (n=8 et n=15) tandis qu'en Wallonie ils ont été choisis sur base de différents critères tels que le sexe, le milieu d'activité et l'expérience. Ces critères ont été utilisés pour constituer un focus group de médecins généralistes indépendants (n=9) et un autre de médecins généralistes travaillant en maisons médicales (n=7). Au total 37 interviews en profondeur ont été effectuées auprès des infirmiers à domicile, 18 ont eu lieu auprès des médecins spécialistes et 4 focus group ont été réalisés auprès des médecins généralistes (n=39).

Toutes les interviews de cette étude ont été enregistrées avec un enregistreur digital et retranscrites de manière anonyme. Pour l'analyse des données récoltées, il a été fait usage du

logiciel d'analyse qualitative « Nvivo 7.0 » dans les deux régions du pays. Pour ce qui a trait à la validité et la fiabilité des analyses effectuées, les chercheurs se sont réunis régulièrement pour débattre et discuter du processus d'analyse.

III. RESULTATS ET DISCUSSIONS

Cette étude a abouti à un inventaire des prestations techniques et complexes de soins infirmiers à domicile, et d'une manière plus large, à une compréhension de la collaboration inter et multidisciplinaire. Elle a permis de mettre en évidence les prestations techniques et complexes de soins infirmiers à domicile qui pourraient prendre de l'ampleur dans le futur.

1. Prestations infirmières techniques et complexes à domicile

Les prestations techniques sont définies comme étant toute prestation, activité qu'effectuent les infirmiers dans le cadre de leur profession. Elles nécessitent notamment du savoir, savoir-faire et savoir-être de même que le suivi de formations. Les prestations complexes engendrent également une sollicitation des différents savoirs mais elles requièrent surtout davantage de temps et d'énergie. La complexité semble apparaître lorsqu'une pluralité d'éléments est mise en évidence : plusieurs pathologies, prestations et disciplines. Ces prestations sont également décrites comme étant plus spécifiques, nécessitant plus d'expérience, plus de recyclages et de collaboration de même que de communication avec les autres disciplines ainsi qu'avec la famille ou l'entourage du patient.

A partir du 24h recall, on peut déduire que les activités et prestations des infirmiers à domicile ne sont pas seulement des prestations purement techniques. Elles comprennent également des actes « intellectuels » telles que la communication, collaboration, prévention et l'observation, prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature et ne sont donc pas remboursées par le système de financement actuel belge. La dialyse péritonéale, la gestion des médicaments, l'administration de gouttes ophtalmiques, le contrôle de la glycémie, la prise de la tension artérielle, l'installation des patients, les activités de prévention et d'éducation, l'accompagnement de patients psychiatriques, les prestations nocturnes, le travail administratif et les transmissions, sont notamment des exemples de prestations qui sont fréquemment effectuées par des infirmiers à domicile et qui ne sont pas financées par la nomenclature des soins infirmiers. Les infirmiers ayant participé à cette étude regrettent cette situation et ont le désir de voir ces prestations apparaître dans la nomenclature.

2. Collaboration

La collaboration peut notamment avoir lieu lorsque la prestation présente de la complexité ou lorsque des problèmes apparaissent à domicile (épuisement de l'entourage, changement dans l'état de santé, mental ou physique du patient ou de l'entourage). Son déroulement et sa qualité peuvent également varier selon l'intervenant, l'instance et l'organisation des soins à domicile.

Différents facteurs pourraient stimuler la collaboration future telle que notamment les rencontres, formations, réseaux, moyens financiers en suffisance, temps, outils de communication divers, SISD et GDT. Un certain nombre d'attitudes pourraient par contre la défavoriser (rivalité, concurrence, individualisme...) de même qu'un manque de différents éléments (formation, disponibilité, moyens financiers, matériel, dossier commun multidisciplinaire, communication, réseaux, accord clairs sur les tâches à accomplir, coordinateur, prescription médicale...).

3. Perspectives futures

Le défi de l'avenir touche à la prise en charge des patients chroniques (patient diabétique) de même que des prestations hautement techniques (chimiothérapies) et des actes « intellectuels » tels que l'accompagnement, le soutien, l'éducation du patient et son entourage (patients en fin de vie ou psychiatriques). Pour accueillir ces changements favorablement,

certaines conditions doivent être remplies. Une première exigence concerne les soignants qui doivent disposer d'un savoir et savoir-faire. Pour ce faire, la formation de base et les recyclages doivent être adaptés aux besoins du terrain.

Une deuxième condition concerne la collaboration et la concertation multidisciplinaire pour lesquelles une rémunération du temps consacré à la transmission d'informations doit être envisagée. A ce niveau, il est également intéressant d'avoir recours aux coordinateurs qui favorisent les transmissions d'informations claires, arbitrent les différentes disciplines et permettent la préservation des spécificités de chaque partie. Les soins à domicile doivent également être revalorisés par le gouvernement par l'intermédiaire de campagnes d'informations.

Une troisième condition a trait à la disponibilité du matériel utile pour la prise en charge des prestations futures. Il est essentiel de disposer du matériel nécessaire, qu'il soit vendu dans des conditionnements adaptés et remboursés correctement.

La quatrième condition touche à l'adaptation du cadre financier de manière à ce que les prestations purement techniques et les actes intellectuels soient valorisés. Le système de financement actuel n'est en effet pas adapté aux besoins de la population ni aux patients chroniques et dépendants.

Une cinquième condition est relative à l'instauration d'un cadre juridique dans lequel un système de « shared responsibility » serait adapté.

Une sixième condition consiste à reconsidérer le salaire des infirmiers à domicile, à envisager des possibilités de promotion de manière à augmenter l'attractivité pour la profession et à résoudre le problème lié au manque de personnel infirmier.

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les infirmiers à domicile s'investissent beaucoup dans la prise en charge globale du patient et de son entourage. Ils sont prêts à maintenir cet investissement dans le futur pour autant que certaines conditions soient remplies. Tous les intervenants souhaitent améliorer la collaboration multidisciplinaire également.

Dans cette étude, d'autres points importants apparaissent et doivent être pris en considération pour que les soins puissent être effectués de manière efficace. Dans le domaine des connaissances, des formations continuées et multidisciplinaires doivent être organisées et toucher à différentes spécialités de soins à domicile.

Dans le domaine de la collaboration, aucune nouvelle instance n'est nécessaire mais il est souhaitable que des adaptations soient mises en place et que les organisations existantes soient mieux utilisées. Une attention particulière doit être portée à la charge de travail de l'entourage et à sa capacité de prise en charge.

Il faut stimuler la communication et favoriser la mise en place d'initiatives qui permettent un meilleur échange d'informations, des transmissions efficaces et des prescriptions médicales claires et complètes.

Sur le plan financier, les infirmiers spécialisés doivent être valorisés et un financement doit être prévu pour tous les actes « intellectuels » et annexes aux prestations prescrites qui ne sont actuellement pas repris dans la nomenclature (communications téléphoniques, concertations, conseils...). Enfin, sur le plan juridique, un cadre clair basé sur « shared-care et shared responsibility » doit être défini et prendre en compte le processus de surveillance et d'accompagnement du patient dans le cadre de la télémédecine.

**INVENTORY AND PROSPECTS OF TECHNICAL NURSING INTERVENTIONS IN HOME
HEALTHCARE**

Executive summary

I. INTRODUCTION

Healthcare today is confronted with many challenges, such as the ageing population, the increasing number of patients with chronic conditions, the increasing involvement of patients who prefer to stay at home as long as possible, and the financial constraints resulting in a reduced length of in-hospital stay (Mistiaen et al., 1997, Blegen et al., 1998; Jansen et al., 1996; McCorkle et al., 2000). These developments and trends contribute to a shift in the provision of care from the hospital to the homecare setting. Although a timely hospital discharge of patients is beneficial in terms of health care expenditures, it has a major impact on home healthcare (Hamner, 2005, McBride et al., 2004, Campbell et al., 1998, de Wit et al., 2001). Indeed, home nursing is confronted with sicker patients (Mistiaen et al., 1997), yielding more intensive and technically complex nursing needs at home (Kirk, 1998). Moreover, the ageing population and the increased emphasis on home healthcare will result in larger numbers of older people needing home care (Schumacher et al., 2004). Consequently, the role of home nurses as providers of healthcare has changed and will continue to change (Hamner, 2005, Schumacher et al., 2004).

In the scope of these trends and evolutions, it can be questioned how home nursing in general responds to the increased demand for nursing care and more particularly to the increased need for more technical and complex nursing care. In this respect, it is pivotal to explore potential evolutions in interventions performed by home nurses. This is important for policy makers and home healthcare managers in terms of adequate decision-making and future policy planning. Therefore, we performed a literature review focusing on contemporary nursing interventions at home, and exploring the activity profile of home nurses.

A review of biomedical and nursing literature was performed for literature being published between 1990 and January 2007. The search identified approximately 140 articles. Only 14 articles met the inclusion criteria and critical appraisal guidelines: Adams, 1996, Boomsma et al., 1999, Hughes et al., 2002, McBride et al., 2004, Robinson et al., 2006, De Vlieghe et al., 2005, Dunt et al., 1991, Martin et al., 1993, Mistiaen et al., 1997, Frich, 2003; Schumacher et al., 2004, Campbell et al., 1998, Keller et al., 1998, Ryan & Wassenberg, 1980. The articles included in the review pertained different practice areas or specializations: general home nursing practice, post hospital discharge, community psychiatric nursing, palliative home nursing, advanced practice nursing, and public health nursing. In addition, the level of abstraction in which the interventions are described differs among the articles. Hence, it is difficult to find commonalities in the reported articles. In an attempt to streamline the heterogeneous data, we categorized the interventions according to the practice area or specialisation and according to three existing classification systems (NIC, NILT, Omaha).

The review of the literature highlighted the existing diversity of job functions in home healthcare, which contributed to the identification of a comprehensive activity profile of nurses in home healthcare. The review also confirmed that home nurses provide multidimensional care in a range of practice settings. The psychosocial, behavioral and health system dimensions were identified as key dimensions in the practice of home nurses. The findings of this literature review suggest that home nurses in different practice areas already started to take on their new role in healthcare by providing care to chronic patient populations, in which the psychosocial, behavioral and physiological dimensions of healthcare is combined. However, the physiological dimension of care was less represented in the included articles. This was probably due to the questionable validity of the existing nursing intervention classification schemes and the lack of scientific evidence on technical and complex interventions in home nursing care. Therefore, to be able to support home nurses in their new role and to prepare home nurses for the future, more research in this field is required.

II. METHODOLOGY

The *Département des Sciences de la Santé Publique (DSSP)* of the *Université de Liège* and the *Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV)* of the *Katholieke Universiteit Leuven* conducted a qualitative, explorative study to obtain an inventory and to gain insight in

the prospects of technical nursing interventions in home healthcare, as commissioned by the *Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer)*. In this study, in-depth interviews were performed with home nurses and medical specialists and focus groups were performed with general practitioners.

A semi-structured questionnaire was used both in the in-depth interviews and the focus groups. The in-depth interviews with home nurses were composed of a registration section and an interview section. With regard to the registration section, home nurses were asked to choose any day in the week prior to the interview and to register the performed activities with their patients (24 hours recall). The interview section comprised five major parts: personal data, clarification of the concepts 'technical intervention' and 'complex intervention', discussion of the 24 hours recall, collaboration and future perspectives. The in-depth interviews with medical specialists and the focus groups with general practitioners consisted four parts: personal data, clarification of the concepts 'technical intervention' and 'complex intervention', collaboration, and future perspectives.

Before the start of the study, the questionnaire was pre-tested by means of 16 in-depth interviews. Both in Wallonia and Flanders, 2 in-depth interviews were conducted with home nurses, 2 with hospital nurses, 2 with medical specialists and 2 with general practitioners. A purposive sampling was used and inclusion criteria were formulated to recruit the participants in the pre-test phase. The questionnaire was adapted according to the remarks of these participants, after which the same inclusion criteria were used to select the participants in the actual research phase. Considering the fact that the organisation of healthcare is not identical in Wallonia and in Flanders, the participants were not selected in an analogue way in the two regions. In Flanders the employed home nurses (n=10) and the independent home nurses (n=5) were selected via the *Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging*, while in Wallonia the employed home nurses (n=13) and the independent home nurses (n=9) were selected via the *services de soins intégrés à domicile (SISD)*. The medical specialists in Flanders were selected via university hospitals: the University Hospital of Gent (n=3) and the University Hospital of Leuven (n=5). In Wallonia the medical specialists were selected via university and non-university hospitals in Wallonia and Brussels (n=9). Furthermore, a key person in Suisse was interviewed to complete the information. In Flanders the general practitioners were randomly selected based on a list with LOK chairpersons who were willing to put a focus group on the agenda of the next LOK meeting (n=8 and n=15). In Wallonia a focus group was conducted with independent general practitioners (n=9) and with general practitioners working in a group practice (n=7). A total of 37 in-depth interviews were performed with home nurses, 18 in-depth interviews with medical specialists and 4 focus groups with general practitioners (n=39).

The in-depth interviews and the focus groups were recorded using a digital voice recorder. The interviews were transcribed verbatim and have been made anonymous, and all data were analysed using Nvivo 7.0. With regard to the validity and the reliability of the performed analyses, the researchers in Wallonia and Flanders regularly discussed the process of analysis.

III. RESULTS & DISCUSSION

This study resulted in both an inventory of technical and complex nursing interventions in home healthcare and in a profound insight in the interdisciplinary and multidisciplinary collaboration and the prospects of technical and complex nursing interventions at home.

1. Technical and complex home nursing interventions

In this study, technical interventions were described as all the activities/interventions that home nurses perform in their professional status and that require the education of nursing, while complex interventions were described as being more specific and labour-intensive with a higher need for both nursing experience, knowledge, competence & training, and

collaboration/communication with other disciplines and with the patient and family/informal caregiver.

The 24-hours recall showed that the activity profile of the home nurses is characterized by a combination of pure technical interventions and intellectual interventions, such as communication, collaboration and observation/prevention. However, these intellectual interventions are currently not reimbursed. Furthermore, the home nurses perform interventions on a regular basis that are not reimbursed by the nomenclature in home nursing, such as preparation of medication, control of blood glucose values, (un)dressing of patients, counselling of psychiatric patients, measuring the blood pressure, peritoneal dialysis, prevention and education, emotional support of patients and their family, positioning of patients, interventions at night, ocular drops, administration, and communication with other disciplines. Therefore, the home nurses in this study argue to including these interventions in the nomenclature.

2. Collaboration

Most participants experience that the need for collaboration emerges complex care situations or when problems occur, such as caregiver burden, a change in the family situation or a change in the mental/physical status of the patient/informal caregiver. Despite the fact that there is a good collaboration on an individual basis, the way of collaborating with each other and the quality of that collaboration differs according to the hospital, to the ward within the hospital, to the medical specialist, to organisation for home nursing, to the individual home nurse and to the general practitioner.

This study highlighted several factors that support and stimulate the collaboration now and in the future and factors that hamper the collaboration. Examples that promote the collaboration are: recognizing and acknowledging each others knowledge, competencies and experiences, being able to work with specialized nurses, a multidisciplinary consultation with the focus on an open communication and collaboration and on an efficient exchange of information, life-long-learning opportunities with the focus on the organisation of multidisciplinary education, and the existence of the *SIT's*, *GDT's* and the palliative support networks. Examples of factors that hamper the collaboration are: the fact that the public is insufficiently aware of the knowledge, competencies and experiences of home nurses, the education of nurses is insufficiently adapted to the needs of the clinical field, the sphere of competition between home nurses, the fear of a loss of territory when hospital nurses perform interventions at home, the absence of mutual multidisciplinary patient records, the fact that there is an insufficient tuning/communication between settings with the focus on a discharge management in the hospitals, which does not meet the needs of home care and the focus on unclear and incomplete medical prescriptions, the fact that not all instruments that are used in the hospital setting are reimbursed or available in the home setting, the fact that every discipline works with their own guidelines or protocols, work pressure and the lack of time for multidisciplinary consultations, a financing system that is not adapted to the activity profile of the home nurses and which does not reimburse the multidisciplinary collaboration and communication, and the lack of clear task agreements and of a coordinating person in home care, in spite of the presence of the *SIT's* and *GDT's*.

3. Perspectives for the future

The chronically ill patients are considered to be the real challenge in home care. This yields a shift from the pure technical interventions to the intellectual interventions, such as counselling, supporting and educating patients and informal caregivers with regard to wound care, diabetes, nutrition, hygiene, psychiatric conditions, medication, process of dying, prevention, etc. Some important requisites are expressed in order to adequately support this trend in home nursing. A first prerequisite is that professionals require sufficient knowledge, competency and experience. This means that the basic education of nursing, as well as life-long learning initiatives should be adapted to the needs of the clinical field. Furthermore, the existent domains of specialization need to be extended and the specialized nurses deserve an adequate payment. A second prerequisite is a multidisciplinary collaboration and consultation needs to be established in

which information is efficiently exchanged, and in which participants are paid for the time they have spent. Within this collaboration and consultation, there is a need for an easily accessible communication, for a person who takes up the coordination of care and for making clear task agreements to make sure that every discipline obtains his individuality without the fear of losing territory. Moreover, the contribution of home care to the healthcare should be promoted. The government could play an important role in the promotion of home healthcare. A third prerequisite is the availability of care material. Too often, the patient is discharged from the hospital with a need for instruments or material that is not available or reimbursed in the home setting. Considering the more specific and labour-intensive interventions in the future, it is crucial that home nurses have access to the material and instruments they need and that packages are adapted to and are reimbursed in the home setting. A fourth prerequisite is the financing in the home setting, which needs to be adapted: technical and intellectual interventions ought to be reimbursed. The current financial system is not adapted to the needs of chronic patient population at home. A fifth prerequisite is a legal framework which is based on the principle of shared responsibility. In this framework it is important to have a health care professional who coordinates the care. Sixthly, the shortage of nurses has to be addressed: home nurses are not adequately paid for their work, there is a lack of profiling of and the attraction for the home nursing profession.

IV. CONCLUSIONS & RECOMMENDATIONS

It can be concluded that the commitment of home nurses is high to take up the current and future home nursing interventions: they will do everything to improve health and well-being of their patients and informal caregivers in home care. Furthermore, the commitment of home nurses, medical specialists and general practitioners to improve and stimulate multidisciplinary collaboration is also extensive. Nonetheless, this study highlighted some barriers that adequately need to be solved in order to perform the current and future care in an effective, efficient and optimal way. Firstly, with regard to the knowledge of home nurses; initiatives should be taken to support life-long-learning. These initiatives need to explore multidisciplinary training and should promote and expand the current domains of specialization in home care and support teams. There is no need for new organisations or services to stimulate the multidisciplinary collaboration and communication, but rather for refining and promoting the existent organisations and services. Furthermore, continuing attention has to be paid to the burden in informal caregivers in home care. Communication should be stimulated and more initiatives ought to be taken with regard to a better and more efficient exchange of information, with regard to clear and complete medical prescriptions and with regard to the promotion of the home nursing profession, especially in times of shortage of nurses. From a financial point of view, specialized nurses deserve an adequate financial recognition for their expertise. Professional consultation by phone or in personal contact needs to be reimbursed. Home nurses need to have the necessary material and instruments and patients should be adequately reimbursed to buy the material. Furthermore, intellectual interventions and interventions that are performed several times per day require adequate reimbursement. Finally, a clear legal framework needs to be created, which is based upon shared-care and shared responsibility. In this framework the responsibility with regard to telemedicine and the process of counselling has to be taken into consideration.

V. REFERENCES

- Adams, T. (1996). A descriptive study of the work of community psychiatric nurses with elderly demented people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1177-1184.
- Blegen M.A., Goode C.J., & Reed L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47 (1), 43-50.
- Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., van den Heuvel, W. (1999). Nursing interventions in Crisis-oriented and Long-term Psychiatric Home Care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13, 41-48.

Campbell, R.L., Banner, R., Konick-McMahan, J., Naylor, M.D. (1998). Discharge planning and home follow-up of the elderly patient with heart failure. *Nursing Clinics of North America*, 33 (3), 497-513.

De Vliegheer, K., Paquay, L., Grypdonck, M., Wouters, R., Debaillie, R., Geys, L. (2005). A study of core interventions in home nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 513-520.

De Wit, R., van Dam, F. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (6), 742-754.

Dunt, D.R., Temple-Smith, M.J., Johnson, K.A. (1991). Nursing outside hospitals: the working experience of community nurses: job characteristics. *International Journal of Nursing Studies*, 28 (1), 27-37.

Frich, L.M. (2003). Integrative literature reviews and meta-analysis: Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 137-153.

Hamner, J.B. (2005). State of the science: Posthospitalization nursing interventions in congestive heart failure. *Advances in Nursing Science*, 28 (2), 175-190.

Hughes, L.C., Robinson, L.A., Cooley, M.E., Nuamah, I., Grobe, S.J., McCorkle, R. (2002). Describing an episode of home nursing care for elderly postsurgical cancer patients. *Nursing Research*, 51 (2), 110-118.

Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., & Van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (4), 407-421.

Keller, L.O., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B., Schaffer, M. (1998). Population-based Public Health Nursing Interventions: A model from practice. *Public Health Nursing*, 15 (3), 207-215.

Kirk, S., Glendinning, C. (1998). Trends in community care and patient participation: implications for the roles of informal carers and community nurses in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 370-381.

Martin, K.S., Scheet, N.J., Stegman, M.R. (1993). Home health clients: Characteristics, outcomes of care, and nursing interventions. *American Journal of Public Health*, 83 (12), 1730-1734.

McBride, K.L., White, C.L., Sourial, R., Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 192-200.

McClorkle R., Strumpf N.E., Nuamah I.F., Adler D.C., Cooley M.E., Jepson C., Lusk E.J., & Torosian M. (2000). A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *Jags*, 48 (12), 1707-1713.

Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., de Bont, M., Veeger, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1233-1240.

Robinson, L., Dugger, K., Fong, G., Heintzman, T., Hnizdo, S., Libby, J., McDaniels, J., Miles, J., Rempel, H., Taylor, A., Warshaw, M. (2006). Palliative home nursing interventions for people with HIV/AIDS: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 17 (3), 37-46.

Ryan, S.J., Wassenberg, C. (1980). A hospital-based care program. *Nursing Clinics of North America*, 15 (2), 323-338.

Schumacher, K.L., Marren, J. (2004). Home care nursing for older adults: state of the science. *Nursing Clinics of North America*, 39, 443-471.

INHOUDSTAFEL

DANKWOORD – REMERCIEMENTS	II
SAMENVATTING	III
RESUME	IV
EXECUTIVE SUMMARY	V
INHOUDSTAFEL	VI
LIJST VAN TABELLEN	VII
LIJST VAN FIGUREN	VIII
INLEIDING	1
PROBLEEMSTELLING	2
REVIEW OF THE LITERATURE	2
1. Methods	2
1.1 Search strategy	2
1.2 Search results & critical appraisal	2
2. Findings	8
2.1 General home nursing practice	12
2.2 Post-hospital nursing	12
2.3 Community psychiatric nursing	12
2.4 Palliative home nursing	12
2.5 Advanced practice nursing	12
2.6 Public health nursing	12
3. Discussion	13
3.1 Key insights from the literature	13
3.2 To a new home nurses' role	14
3.3 Limitations	14
NAAR EEN STUDIE : TECHNISCHE VERPLEEGKUNDIGE PRESTATIES IN DE THUISZORG	15
DOELSTELLING	16
METHODOLOGIE	17
VLAANDEREN	18
1. Verkennende fase	19
1.1 Aanleiding en selectie van de deelnemers	19
1.2 Bevindingen van de verkennende fase	20
2. Diepte-interviews	21
2.1 Steekproeftrekking	21
2.2 Gegevensverzameling	21
3. Focusgroepen	21
3.1 Samenstelling	21
3.2 Gegevensverzameling	23
4. Geografisch overzicht : eigenlijke onderzoeksfase	23
5. Analyse van de gegevens	23
WALLONIE	24
1. Cadre temporel	24
2. Public	24
3. Cadre géographique	28
4. Méthode de recueil des données	29
5. L'analyse des données	29
RESULTATS	32
WALLONIE	32
1. Caractéristiques de la population étudiée	32
1.1 Infirmier(ère)s	32
1.2 Spécialistes	36
1.3 Médecins généralistes	38
2. Résultats	41
2.1 Définitions des prestations techniques	41
2.2 Caractéristiques des prestations techniques	42
2.3 Exemples de prestations techniques	43

2.4 Justifications des exemples par les infirmiers	44
2.5 Définitions des prestations complexes	44
2.6 Caractéristiques des prestations complexes	46
2.7 Exemples de prestations complexes	46
2.8 Justifications des exemples par les infirmiers	47
2.9 Différences entre prestations techniques et complexes	48
2.10 Technique versus complexe	49
2.11 Exemples de prestations techniques et complexes	49
2.12 Prestations techniques non prises en charge à domicile actuellement	50
2.13 Prestations complexes non prises en charge à domicile actuellement	50
2.14 Besoins actuels pour prendre en charge les prestations	50
2.15 Prestations non souhaitées au niveau de la prise en charge	51
RESULTATS relatifs au rappel des 24 heures	52
2.16 Relevé d'activités durant le 24h recall	52
2.17 Questions supplémentaires posées autour du 24h recall durant l'interview	66
2.18 Refus de prise en charge exprimé durant la discussion autour du 24h recall	86
2.19 Changement de définition après la discussion du 24h recall	87
2.20 Collaboration à l'hôpital	87
2.21 Collaboration à domicile	90
2.22 Collaboration entre les spécialistes et les infirmières du domicile	99
2.23 Prestations techniques futures	100
2.24 Délégation des prestations aux infirmiers par les spécialistes	106
2.25 Délégation des prestations aux infirmiers par les médecins généralistes	112
2.26 Prestations réalisées à l'étranger	112
2.27 Autres initiatives belges ou étrangères	113
2.28 Rapport relatif à l'interview du spécialiste Suisse	115
2.29 Réactions des médecins généralistes par rapport aux modèles	120
3. Analyse	123
3.1 Représentations des prestations techniques et complexes	123
3.2 Collaboration à domicile	128
3.3 Collaboration à l'hôpital	133
3.4 Prestations techniques futures	138
3.5 Le relevé par 24h recall	143
3.6 Compléments d'informations sur le 24h recall	169
VLAANDEREN	178
I. Beschrijving van de steekproef	178
1. Beschrijving steekproef thuisverpleegkundigen	178
2. Beschrijving steekproef medisch specialisten	179
3. Beschrijving steekproef huisartsen	179
II. Bespreking resultaten diepte-interviews en focusgroepen	180
1. Begrippen « technische prestatie » en « complexe prestatie »	180
1.1 Technische prestaties	180
1.1.1 Definitie « technische prestaties »	180
1.1.2 Karakteristieken van technische prestaties	181
1.1.3 Voorbeelden van technische prestaties	181
1.2 Complexe prestaties	183
1.2.1 Definitie « complexe prestaties »	183
1.2.2 Karakteristieken van complexe prestaties	183
1.2.3 Voorbeelden van complexe prestaties	184
1.3 Technische versus complexe prestaties	185
1.4 Technische en complexe prestaties versus de nomenclatuur	186
1.5 Technische en complexe prestaties: voorwaarden tot uitvoeren	187
1.5.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen	187
1.5.2 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten	188
1.6 Prestaties momenteel niet uitgevoerd door thuisverpleegkundigen	189
1.7 Prestaties die men regelmatig niet kan uitvoeren	194
1.8 Prestaties waarvoor thuisverpleegkundigen zich niet willen engageren	195
1.9 24-uursregistratie door de thuisverpleegkundigen	195

2. Samenwerkingsmodellen	199
2.1 Samenwerking in de thuiszorg : organisatie en verloop	199
2.2 Samenwerking met het ziekenhuis	201
2.2.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen	201
2.2.2 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten	201
2.2.3 Vanuit het perspectief van de huisartsen	203
2.3 Factoren die de samenwerking vandaag bevorderen	204
2.3.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen	204
2.3.2 Vanuit het perspectief van de huisartsen	206
2.3.3 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten	207
2.4 Factoren die de samenwerking in de toekomst bevorderen	209
2.4.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen	209
2.4.2 Vanuit het perspectief van de huisartsen	210
2.4.3 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten	210
2.5 Factoren die de samenwerking vandaag belemmeren/verhinderen	213
2.5.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen	213
2.5.2 Vanuit het perspectief van de huisartsen	217
2.5.3 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten	221
2.6 Factoren die de samenwerking in de toekomst gaan belemmeren	226
3. Toekomstige technische prestaties	229
3.1 Voorbeelden van toekomstige technische prestaties in de thuisverpleging	229
3.2 Toekomstige technische prestaties waarvoor men zich niet wil engageren	230
3.3 Toekomstige technische prestaties: voorwaarden	230
III. Internationale reflectie	240
1. Perspectief van de medisch specialisten	240
2. Vanuit de internationale literatuur	242
2.1 Literatuurstudie	243
2.2 Chronic Disease Management	244
DISCUSSIE	245
1. Begrippen «technische prestatie» en «complexe prestatie»	245
2. 24-uursregistratie	247
3. Knelpunten	248
3.1 Knelpunten op organisatorisch vlak	248
3.1.1 Manpower & profilering	248
3.1.2 Kennis	248
3.1.3 Samenwerking	249
3.2 Knelpunten op financieel vlak	253
4. Perspectives futures	253
5. Methodologische bemerkingen	255
5.1 Methodologische sterktes	255
5.2 Methodologische beperkingen	256
RECOMMANDATIONS	257
1. Elaborer de nouvelles modalités de collaboration	257
2. Repenser la formation	257
3. Changer les mentalités	258
4. Valoriser certaines prestations d'hier, d'aujourd'hui et de demain	258
5. Manpower	259
CONCLUSIONS	261
REFERENTIES	262
BIJLAGEN	265
ANNEXES	266
Annexe 1	266
Annexe 2	267
Annexe 3	270
Annexe 4	273
Annexe 5	277
Annexe 6	310
Annexe 7	320

BIJLAGEN	328
Bijlage 1A	328
Bijlage 1B	331
Bijlage 2A	339
Bijlage 2B	342
Bijlage 3A	345
Bijlage 3B	348

LIJST VAN TABELLEN

Table 1: Methodological characteristics of included articles	3
Table 2: Critical appraisal of included articles	6
Table 3: Nursing interventions reported in the included articles classified using the Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy (NILT) and the Omaha classification	9
Tabel 4: Overzicht kernvragen LOK-focusgroep	22
Tabel 5: Overzicht type patient	196
Tabel 6: Overzicht uitgevoerde zorgen	197
Tabel 7: Overzicht uitgevoerde zorgen in functie van de gemiddelde tijdsbesteding	198
Tabel 8: Overzicht uitgevoerde zorgen naar type patiënt	199
Tabel 9: Samenvattend overzicht van de aanbevelingen naar het beleid toe	260

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1: Situering van een land naar de verhouding artsen – verpleegkundigen

243

INLEIDING

Vandaag de dag wordt de gezondheidszorg geconfronteerd met de verschuiving van een acuut naar een chronisch gezondheidszorgmodel, waardoor de zorgfocus minder in de ziekenhuissetting en meer in de thuissetting komt te liggen. Deze trend en ontwikkeling zorgen ervoor dat de thuisverpleegkundigen vandaag en in de toekomst toenemend worden geconfronteerd met meer intensieve, chronische en technisch complexe zorgbehoeften. In dat kader is het belangrijk om na te gaan hoe de thuisverpleging in het algemeen anticipeert op de toenemende behoefte aan thuiszorg en meer bepaald op de toenemende behoefte aan meer technische en complexe thuisverpleegkundige zorg. Het is, met andere woorden, aangewezen om na te gaan hoe de huidige rol van de thuisverpleegkundigen in de gezondheidszorg wordt gepercipieerd, in welke mate die rol gaat of moet veranderen naar de toekomst toe en in welke mate de thuisverpleging dient ondersteund te worden om die veranderingen te kunnen doorvoeren en om de toekomstige noden en behoeften adequaat te kunnen opvangen.

Naar aanleiding van een projectoproep van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer) hebben het Département des Sciences de la Santé Publique (DSSP) van de Université de Liège en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) van de Katholieke Universiteit Leuven een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als doel tot een inventaris te komen en inzicht te verwerven in de toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg.

Dit rapport is opgebouwd uit zeven hoofdstukken, die naargelang de noden en de behoeften in het Frans en/of het Nederlands werden geschreven. In een eerste hoofdstuk wordt de probleemstelling met betrekking tot dit onderzoek toegelicht, omschreven en gekaderd binnen de bestaande wetenschappelijke literatuur. Dit hoofdstuk werd in het Engels geschreven.

In een tweede hoofdstuk worden de doelstellingen en de deliverables nader omschreven.

In een derde hoofdstuk wordt de gebruikte methodologie toegelicht voor Vlaanderen en Wallonië. Het gaat om een kwalitatief, exploratief onderzoek met het gebruik van de technieken van diepte-interviews en focusgroepen.

In een vierde hoofdstuk worden de resultaten bestudeerd en beschreven om ze vervolgens in een vijfde hoofdstuk te bespreken in de discussie.

In een zesde hoofdstuk worden aanbevelingen geformuleerd naar het beleid toe. Tenslotte worden de belangrijkste conclusies getrokken in een zevende hoofdstuk.

PROBLEEMSTELLING

Healthcare today is confronted with many challenges, such as the ageing population, the increasing number of patients with chronic conditions, the increasing involvement of patients who prefer to stay at home as long as possible, and the financial constraints resulting in a reduced length of in-hospital stay (Mistiaen et al., 1997, Blegen et al., 1998; Jansen et al., 1996; McCorkle et al., 2000). These developments and trends contribute to a shift of the provision of care from the hospital to the homecare setting. Although a timely hospital discharge of patients is beneficial in terms of health care expenditures, it has a major impact on home healthcare (Hamner, 2005, McBride et al., 2004, Campbell et al., 1998, de Wit et al., 2001). Indeed, home nursing is confronted with sicker patients than in the past (Mistiaen et al., 1997), yielding more intensive and technically complex nursing needs at home (Kirk, 1998). Moreover, the ageing population and the increased emphasis on home healthcare will result in larger numbers of older people needing home care (Schumacher et al., 2004). Consequently, the role of home nurses as providers of healthcare has changed and will continue to change (Hamner, 2005, Schumacher et al., 2004).

In the scope of these trends and evolutions, it can be questioned how home nursing in general responds to the increased demand for nursing care and more particularly to the increased need for more technical and complex nursing care. In this respect, it is pivotal to explore potential evolutions in interventions performed by home nurses. This is important for policy makers and home healthcare managers in terms of adequate decision-making and future policy planning. Therefore, we performed a literature review focusing on contemporary nursing interventions at home, and exploring the activity profile of home nurses.

REVIEW OF THE LITERATURE

1. Methods

1.1 Search strategy

A review of biomedical and nursing literature was performed. Several databases were searched for literature being published between 1990 and January 2007: EBM Reviews-Cochrane Central Register of controlled trials, EBM Reviews-Cochrane Database of Systematic Reviews, EBM Reviews-database of Abstracts of Reviews of Effects, EBM Reviews-Full Text-Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE and OVID MEDLINE® In Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid Medline®. The British Nursing Index and Archive was searched for literature being published between 1985 and December 2006 and CINAHL was searched for literature being published between 1982 and December 2006. The key search terms were 'home nursing', 'community nursing', 'community health nursing', 'home healthcare (health care)', 'home care (homecare) services', 'home care (homecare) agencies', 'home nursing practice'. These terms were used separately or in combination with 'nursing interventions', 'nursing practice' and 'nursing classification'. No limits were set on the searches. Articles were eligible if they were written in the English, Dutch or French; if they addressed the topic under research: home nursing practice/interventions and home nurses' activity profile; and if they met critical appraisal standards. Exclusion criteria were articles with a main focus on describing classification systems, on students, costs, or outcomes or if it concerned research that was not conducted with adult patients (i.e. pre- and/or postnatal care). Reference lists of eligible articles were subsequently reviewed, in order to find additional relevant publications (snowball method). This review was not limited to research articles. Systematic and narrative literature reviews, as well as prescriptive articles (expert opinion) could be included in the current review.

1.2 Search results & critical appraisal

The search identified approximately 140 articles. Only 14 articles met the inclusion criteria (Table 1). Nine of the fourteen articles described results of an empirical study (Adams, 1996, Boomsma et al., 1999, Hughes et al., 2002, McBride et al., 2004, Robinson et al., 2006, De Vlieghe et al., 2005, Dunt et al., 1991, Martin et al., 1993, Mistiaen et al., 1997), two articles

were literature reviews (Frich, 2003; Schumacher et al., 2004), and in three narrative articles experts described how care at home is provided (Campbell et al., 1998, Keller et al., 1998, Ryan & Wassenberg, 1980). Five out of the nine empirical studies used a qualitative design (Adams, 1996, Boomsma et al., 1999, Hughes et al., 2002, McBride et al., 2004, Robinson et al., 2006), three used a quantitative design (De Vliegheer et al., 2005, Dunt et al., 1991, Martin et al., 1993), and one article used a mixed design of both quantitative and qualitative research methods (Mistiaen et al., 1997). The included studies with a qualitative design were critically appraised using the Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research from the Department of General Practice of the University of Glasgow (http://www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/systematic_review.PDF). The included systematic reviews were critically appraised using the Critical Appraisal Checklist for Systematic Review from the same Department of General Practice (http://www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/qualitative_research.PDF). The included studies with a quantitative design were critically appraised using the methodological index for non-randomized studies developed by Slim et al. (2003). Table 2 shows to what extent the included articles met these critical appraisal standards. The articles of Campbell et al. (1998), Keller et al. (1998) and Ryan & Wassenberg (1980) were not of empirical nature. Therefore, these articles were not evaluated as to critical appraisal standards (Table 2). The empirical studies (Table 1) were conducted in the United States of America (n=4), the Netherlands (n=2), Belgium (n=1), United Kingdom (n=1), and Australia (n=1). In seven articles the authors used a classification system to measure home nurses' practice. Boomsma et al. (1999), De Vliegheer et al. (2005) and McBride et al. (2004) used the Nursing Interventions Classification (NIC); Hughes et al. (2002) and Robinson et al. (2006) used the Nursing Interventions Lexicon and Taxonomy (NILT); Martin et al. (1993) used the Omaha System; and Schumacher et al. (2004) used the Omaha System and the NILT in their review. Keller et al. (1998) did not use an existing classification system to describe the work of public health nurses, but they used the self-developed Public Health Nursing Interventions Model. The field of nursing at home is very broad. Indeed, the articles included in this review pertained different practice areas or specializations: (i) general home nursing practice; (ii) post hospital discharge; (iii) community psychiatric nursing; (iv) palliative home nursing; (v) advanced practice nursing; and (vi) public health nursing. Details of the methodological characteristics of the respective articles can be found in Table 1.

Table 1: Methodological characteristics of included articles

First author, year	Country	Design	Sample	Measurement	Classification system
GENERALHOME NURSING PRACTICE					
Dunt, 1991	Australia	Quantitative: descriptive study	689 community nurses	Self-report: Questionnaire on practice settings, job titles, job content and working conditions	
Martin, 1993	USA	Quantitative: descriptive study	2403 home health clients selected from four home health agencies	Analysis of nursing records	Omaha
De Vliegheer, 2005	Belgium	Quantitative: descriptive, cross-sectional	441 home nurses working in home health agencies	Self-report: two questionnaires based on the NIC	NIC
Schumacher, 2004	USA	Narrative literature review	number of articles not provided		

First author, year	Country	Design	Sample	Measurement	Classification system
POST HOSPITAL DISCHARGE					
Ryan, 1980	USA	Descriptive/narrative article: hospital-based home care program			
Mistiaen, 1997	The Netherlands	Mixed methods	145 elderly people discharged from the hospital	Questionnaire either to be sent by mail or to be used during face-to-face interview	
Frich, 2003	Denmark	Systematic literature review	6 articles on older people living at home (n=3055); 7 articles on diabetic patients (n=1465); 2 articles on rheumatoid arthritis (n=280)		
McBride, 2004	USA	Qualitative	90 community-dwelling stroke survivors	Analysis of nursing records	NIC
COMMUNITY PSYCHIATRIC NURSING					
Adams, 1996	United Kingdom	Qualitative	14 cases	-direct observations of 14 cases -in-depth interviews with nurses	
Boomsma, 1999	The Netherlands	Qualitative, descriptive study	159 clients from four crisis-oriented and two long-term psychiatric home care teams	Analysis of nursing records	NIC
PALLIATIVE HOME NURSING					
Robinson, 2006	USA	Qualitative study: content analysis	8 nurses; 26 patients with HIV/AIDS	In-depth interviews describing nursing care provided during home visits	NILT
ADVANCED PRACTICE NURSING					
Campbell, 1998	USA	Descriptive/narrative article: Interdisciplinary heart failure care			
Hughes, 2002	USA	Qualitative study	148 post-surgical cancer patients	Chart audits	NILT

First author, year	Country	Design	Sample	Measurement	Classification system
PUBLIC HEALTH NURSING					
Keller, 1998	USA	Descriptive/narrative article: development PHI-model			PHI-model

NIC=Nursing Interventions Classification; NILT=Nursing Interventions Lexicon and Taxonomy; PHI=Public Health Nursing Interventions

Table 2: Critical appraisal of included articles

	ADAMS ET AL., 1996	BOOMSMA ET AL., 1999	HUGHES ET AL., 2002	MCBRIDE ET AL., 2004	ROBINSON ET AL., 2006	MISTIAEN ET AL., 1997	DE VliegHER ET AL., 2005	DUNT ET AL., 1991	MARTIN ET AL., 1993	FRICH, 2003	SCHUMACHER ET AL., 2004	CAMPBELL ET AL., 1998	KELLER ET AL., 1998	RYAN & WASSENBERG, 1980
A. Qualitative research														
General														
Description of an important problem via a clearly formulated question?	+	+	+	+	+	+						NA	NA	NA
Credibility														
Was the sampling strategy clearly defined and justified?	+/-	+/-	+/-	+	+	+						NA	NA	NA
Was more than one method of data collection used?	+	-	-	-	-	+						NA	NA	NA
Were the methods used reliable and independently verifiable?	+	+/-	+	+	-	+/-						NA	NA	NA
Did more than one researcher perform the analysis?	NS	NS	+	+	+	NS						NA	NA	NA
Was the relationship between the researcher(s) and participant(s) explicit?	-	+/-	-	+	+	+/-						NA	NA	NA
Results														
Do the results address the research question?	+	+	+	+	+	+						NA	NA	NA
Have sequences from original data been included in the paper?	+	+	-	-	+	-						NA	NA	NA
Is it possible to determine the source of data presented?	-	-	-	-	-	-						NA	NA	NA
Are the explanations presented plausible and coherent?	+	+	+	+	+	+						NA	NA	NA
Are the conclusions justified by the results?	+	+	+	+	+	+						NA	NA	NA
Transferability														
Were the subjects in the study similar in important respects to the target population of this literature review?	+	+	+	+	+	+						NA	NA	NA

	ADAMS ET AL., 1996	BOOMSMA ET AL., 1999	HUGHES ET AL., 2002	MCBRIDE ET AL., 2004	ROBINSON ET AL., 2006	MISTIAEN ET AL., 1997	DE VliegHER ET AL., 2005	DUNT ET AL., 1991	MARTIN ET AL., 1993	FRICH, 2003	SCHUMACHER ET AL., 2004	CAMPBELL ET AL., 1998	KELLER ET AL., 1998	RYAN & WASSENBERG, 1980
B. Quantitative research														
A clearly stated aim?						+	+	+	+			NA	NA	NA
Inclusion of consecutive patients?						+	+	+	+			NA	NA	NA
Prospective collection of data?						+	+	+	+			NA	NA	NA
Endpoints appropriate to the aim of the study?						+	+	+	+			NA	NA	NA
Unbiased assessment of the study endpoint?						NS	+	+	+			NA	NA	NA
Follow-up period appropriate to the aim of the study?						NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA
Loss to follow up less than 5%?						NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA
Prospective calculation of the study size?						-	-	-	-			NA	NA	NA
C. Systematic review														
Question														
A clearly focused issue?										+	+	NA	NA	NA
Did the authors look for the appropriate sort of papers?										+	+/-	NA	NA	NA
Validity														
Were the important relevant studies included?										+	+/-	NA	NA	NA
Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies?										+	NS	NA	NA	NA
Have the results of the review been combined?										+	-	NA	NA	NA
Results														
Are the reviews 'bottom line' results clear?										+	+	NA	NA	NA
Are the results presented with confidence intervals?										-	-	NA	NA	NA
Transferability														
Can the results be applied to population of this literature review?										+	+	NA	NA	NA
Were all important outcomes considered?										+	+	NA	NA	NA

+ = Yes; - = No; +/- = questionable; NS = 'Not stated'; NA = 'Not applicable'

2. Findings

Nursing interventions reported in the articles are very diverse. In addition, the level of abstraction in which the interventions are described differs among the articles. Hence, it is difficult to find commonalities in the reported articles. In an attempt to streamline the heterogeneous data, we tried to categorize the interventions using existing classification systems. However, no gold standard as to classification systems for nursing interventions at home exists: some are very abstract, whereas others contain more concrete categories. Therefore, we categorized all interventions in three classification systems (NIC, NILT, Omaha), which were previously employed in the published articles. Even if the authors have used a specific classification instrument, we have extrapolated this to the other classification systems in order to increase comparability among the reports. As described above, nurses are involved in different practice areas. Evidently, the activities of general home nursing are not comparable with those of, for instance, community psychiatric nurses. Therefore, we describe the nursing interventions for each practice area separately. An overview of the findings is presented in Table 3.

Table 3: Nursing interventions reported in the included articles classified using the Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy (NILT) and the Omaha classification.

DOMAIN- / CATEGORY- / INTERVENTION- LEVEL	DUNT ET AL., 1991	MARTIN ET AL., 1993	DE VLIEGHER ET AL., 2005	SCHUMACHER ET AL., 2004	RYAN & WASSEN-BERG, 1980	MISTIAEN ET AL., 1997	FRICH, 2003	MCBRIDE ET AL., 2004	ADAMS ET AL., 1996	BOOMSMA ET AL., 1999	ROBINSON ET AL., 2006	CAMPBELL ET AL., 1998	HUGHES ET AL., 2002	KELLER ET AL., 1998
	General Home nursing practice				Post-hospital nursing				Community psychiatric nursing	Palliative home nursing	Advanced practice nursing	Public health nursing		
NIC														
1. Physiological: Basic	x	x		x	x									
A. Activity and Exercise Management														
B. Elimination Management														
C. Immobility Management						x								
D. Nutrition Support														
E. Physical Comfort Promotion						x								
F. Self-care Facilitation	x		x			x								
2. Physiological: Complex	x	x		x	x									
G. Electrolyte and Acid Base Management														
H. Drug Management										x				
I. Neurologic Management														
J. Perioperative Care														
K. Respiratory Management														
L. Skin/Wound Management			x											
M. Thermoregulation														
N. Tissue Perfusion Management														
3. Behavioral		x		x				x			x			x
O. Behavior Therapy					x		x			x				
P. Cognitive Therapy							x							
Q. Communication Enhancement								x	x			x		
R. Coping Assistance	x		x			x	x	x	x	x		x	x	

DOMAIN- / CATEGORY- / INTERVENTION- LEVEL	DUNT ET AL., 1991	MARTIN ET AL., 1993	DE VLIEGHER ET AL., 2005	SCHUMACHER ET AL., 2004	RYAN & WASSEN-BERG, 1980	MISTIAEN ET AL., 1997	FRICH, 2003	MCBRIDE ET AL., 2004	ADAMS ET AL., 1996	BOOMSMA ET AL., 1999	ROBINSON ET AL., 2006	CAMPBELL ET AL., 1998	HUGHES ET AL., 2002	KELLER ET AL., 1998
	General Home nursing practice				Post-hospital nursing			Community psychiatric nursing	Palliative home nursing	Advanced practice nursing	Public health nursing			
S. Patient Education	x					x	x	x	x			x	x	
T. Psychological Comfort Promotion													x	
4. Safety		x		x				x			x		x	x
U. Crisis Management														
V. Risk Management	x				x		x	x	x			x		
5. Family														x
W. Childbearing Care														
Z. Raising Children Care														
X. Family Care									x			x		
6. Health System		x		x				x			x		x	x
Y. Health System Mediation	x				x		x	x	x			x		
a. Health System Management														
b. Information Management	x		x		x		x	x	x			x		
7. Community														x
c. Community Health Promotion														
d. Community Risk Coordination														
NILT														
Care Need Determination (CND)	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
Care Vigilance (CV)	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
Care Environment Management (CEM)	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
Therapeutic Care General (TCG)	x	x	x		x									
Therapeutic Care Psychological (TCP)		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Therapeutic Care: Cognitive understanding and Control (TCCU&C)	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x		x

DOMAIN-/ CATEGORY- / INTERVENTION- LEVEL	DUNT ET AL., 1991	MARTIN ET AL., 1993	DE VLIEGHER ET AL., 2005	SCHUMACHER ET AL., 2004	RYAN & WASSEN-BERG, 1980	MISTIAEN ET AL., 1997	FRICH, 2003	MCBRIDE ET AL., 2004	ADAMS ET AL., 1996	BOOMSMA ET AL., 1999	ROBINSON ET AL., 2006	CAMPBELL ET AL., 1998	HUGHES ET AL., 2002	KELLER ET AL., 1998
	General Home nursing practice				Post-hospital nursing				Community psychiatric nursing		Palliative home nursing	Advanced practice nursing		Public health nursing
Care Information Provision (CIP)	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Omaha Intervention Scheme														
Health Teaching, Guidance and Counseling	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Treatments and Procedures	x	x	x		x									
Case Management	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x
Surveillance	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x		x

NIC: Nursing Interventions Classification; NILT: Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy

2.1 General home nursing practice

Both the empirical studies (Dunt et al., 1991, Martin et al., 1993, De Vlieghe et al., 2005) and the review of the literature (Schumacher et al., 2004) confirmed that home nurses provide multidimensional care. They perform physiological interventions with the focus on self-care facilitation/assistance and technical interventions, such as skin and wound care. However, they also provide behavioral care with an emphasis on patient education and coping assistance, including counseling, promoting and supporting the care provided by informal caregivers. Furthermore, interventions with respect to patient's safety and with regard to information management and health system mediation, such as assessment of patient needs and patient care, documentation, multidisciplinary care, and coordination of care, are performed (Table 3)

2.2 Post-hospital nursing

Ryan & Wassenberg (1980), Mistiaen et al. (1997), Frich (2003) and McBride et al. (2004) reported on post-hospital nursing practice. In general, post-hospital discharge interventions are less orientated toward the physiological dimension of care. The care for patients who are discharged after an in-hospital stay is mainly focused on behavior, safety, and care that supports effective use of the health care delivery system. With respect to post-discharge behavioral care, nurses mainly provide coping assistance and patient education. If physiological care was provided by nurses post-discharge, it entailed basic physiological care, such as immobility management, physical comfort promotion and self-care facilitation/assistance. Complex physiological post-hospital care was only performed by home nurses in the study of Ryan & Wassenberg (1980).

2.3 Community psychiatric nursing

In the studies of Adams et al. (1996) and Boomsma et al. (1999) psychiatric nursing care at home is characterized by behavioral care, emphasizing behavior therapy, communication enhancement, coping assistance and patient education; and by interventions with regard to patient's safety, family care and effective use of health care resources. Drug management was the only class of interventions from the physiological dimension. Not surprisingly, psychiatric home nurses did not provide basic physiological care.

2.4 Palliative home nursing

Palliative home care; as described by Robinson and co-workers (2006) is orientated toward all dimensions of care, except for the physiological dimension of care. They concluded that palliative home care is primarily characterized by monitoring, influencing the home environment for care delivery and patient teaching. Presumably, physiological care for palliative patients is assigned to general home nurses.

2.5 Advanced practice nursing

Campbell et al. (1998) and Hughes et al. (2002) focused their research on the work of advanced practice nurses. The interventions of advanced practice nurses comprise patient education, psychological support and reassurance, appraisal of patient needs and required nursing care, assessment of current status, and provision of indirect care, like making referrals or activate community resources. Based on the included articles, basic and complex physiological care is not part of the work of advanced practice nurses at home.

2.6 Public health nursing

Keller and colleagues (1998) defined public health nursing as population-based, individual-focused, community-focused and systems-focused interventions that create changes in the health status, knowledge and skills of individuals, in community norms, awareness, attitudes, practices and behaviors, and in organizations, policies, laws and structures. Relying on this definition, it is evident that public health nurses' work is related to the psychosocial, behavioral

and health system dimensions of care and not to the physiological dimension of care. Public health nurses focus their work on health promotion, health education/teaching/counseling and health behavior with respect to the individual as well as the community, and to the systems that serve the individuals and communities.

3. Discussion

We conducted a literature review to identify the work of home nurses today and to explore the impact of earlier hospital discharge on the role of home nurses. Fourteen articles met the inclusion criteria of which nine described results of an empirical study. The included articles reported on nursing interventions that were performed in six different areas of nursing practice: home nursing, post-hospital discharge nursing, community psychiatric nursing, palliative home nursing, advanced practice nursing and public health nursing. In order to compare the nursing activities among the different areas of practice, we categorized the nursing interventions according to three existing nursing classification systems: NIC, NILT and the Omaha System.

3.1 Key insights from the literature

This literature review highlighted the existing diversity of job functions in home healthcare, which contributed to the identification of a comprehensive activity profile of nurses in home healthcare. Nurses, in the six practice areas, provide care that is initially characterized by the assessment of patients needs and his/her physical, emotional, mental and behavioral status, by teaching and educating patients to maintain or improve the existing state or general condition, to enhance compliance and to maintain a safe environment, by initiating preventive strategies, by providing psychosocial support to the patients and informal caregivers/family, by facilitating communication between patient/family and the health care system, and among health care providers. Hence, the psychosocial, behavioral and health system dimensions are key. In comparison with the five other practice areas, the care provided by general home nurses seems to be more multidimensional, considering the fact that the work of home nurses also entails the physiological dimension of care. This dimension was less represented in the other areas of practice. This does not necessarily mean that, for instance, public health nurses, palliative home nurses or advanced practice nurses disregard physiological care, but that the emphasis is put on behavioral and system factors. Furthermore, home nurses can be considered to be more 'generic', whereas nurses working in the other settings are expected to be more specialized. Even if general home nursing is the only area of practice in which physiological care is provided, it does not emerge as the most dominant aspect of care in this literature review. This finding was rather surprising because health care reimbursement systems for home nurses are often task-oriented and focused on the physiological dimension of health care (Phillips et al., 1990, De Vlieghe et al., 2005). Indeed, a study on core interventions by home nurses revealed that the most prevalent interventions were bathing and clothing (De Vlieghe et al., 2005). The fact that this does not emerge as such in the classification systems that we have used may suggest that the validity of the existing classification systems for nursing interventions at home is questionable. Indeed, not all classification systems are equally appropriate to capture the physiological dimension of home nurses' practice. For example, the NILT and the Omaha System use broad and rather abstract categories of nursing interventions, not including technical aspects of care. On the other hand, the NIC comprises categories referring to basic and complex physiological care. However, the subcategories of these two classes of physiological interventions do not allow to providing a balanced view on what is happening in day-to-day practice. For instance, technical activities, such as bathing; clothing; foot and nail care; and hair care, all need to be classified under 'self-care facilitation'. This results in an apparent under representation of technical interventions by home nurses. Furthermore, we need more empirical data on core interventions of general home nurses. To our knowledge, the study of De Vlieghe and coworkers (2005) is the only study of this kind. Hence, the technical role of home nurses is an understudied area.

As the length of stay in hospitals is reduced, the availability of home health care becomes more important (Campbell et al., 1998). Nonetheless, several important barriers with regard to patient care at home after hospital discharge are identified: inconsistent and uncoordinated referrals; discharge of patients with insufficient and incorrect medication instructions; communication

breakdowns across care settings; unwillingness of primary care providers to collaborate; failure to accurately identify patient (information) needs; family caregivers that are insufficiently prepared to deliver the care that is needed; patient and/or family caregivers that are unwilling to participate in care planning or in the treatment plan (Campbell et al., 1998, Mistiaen et al., 1997). The activity profile of home nurses, identified by this literature review and by these classification systems, does not occur if home nurses perform interventions that offer a solution to these barriers. Further research is necessary with regard to transmurality, collaboration, discharge management and the collaboration with informal caregivers. Furthermore, an earlier discharge of patients is expected to result in a shift toward more technical and complex care at home. However, there is no evidence that confirms this hypothesis. Indeed, the findings obtained in this literature review do not allow us to draw conclusions in terms of evolution in home nursing interventions. Again, this is probably due to the utmost limited number of studies assessing core interventions of home nurses, stressing the need to put this issue on the research agenda.

3.2 To a new home nurses' role

Home healthcare today is challenged by a shift from an acute to a chronic healthcare model, moving the focus of care from the hospital to the homecare setting (De Vlieghe et al., 2005). This shift emphasizes the need for home nurses to re-orientate their work toward ensuring access and continuity of care by providing ongoing follow-up, increasing the opportunities for patients to participate in the care process, providing self-management support to emphasize the patient's central role in caring for themselves, and coordinating care between settings (De Geest, 2007). Pruitt & Epping-Jordan (2005) stated that training of the healthcare workforce relies on early 20th century models that emphasize diagnosis and treatment of acute diseases. However, this training should be restructured to prepare 21st century healthcare workers to manage today's most prevalent health problems: chronic conditions.

The findings of this literature review suggest that home nurses in different practice areas already started to take on their new role in healthcare by providing care that combines the psychosocial, behavioral and physiological dimensions of healthcare. However, in order to adequately support home nurses in their new role, further research is necessary to understand the actual work of home nurses and to gain insight into future activities of home nurses: How do home nurses today perceive their work? What makes their work complex? Are home nurses ready for the future?

3.3 Limitations

This review of the literature has several limitations. First, studies that specifically examine the practice of nurses in home healthcare are rather scarce. Only six out of the fourteen articles were published over the past five years and only seven articles specifically focused on home nursing interventions. Considering the shift of care from the hospital to the homecare setting, it is worrisome that so little has been published about the actual work of home nurses. Second, with regard to the quality of the included articles, some of the papers neglected to provide adequate information about the credibility of the research process and the validity of the obtained results (Table 2). This hinders the ability to draw firm conclusions of their findings and conclusions. Third, we tried to categorize the interventions according to three existing classification systems. As reported above, the validity of the classification systems can be questioned. Furthermore, it was not always clear-cut to which category a specific intervention could be assigned. Therefore, our categorization could be subject of debate. Fourth, this review paper focused on the international literature, which resulted in the inclusion of research articles from five different countries. It should be noted that the national political and professional contexts in which home nurses are active differ enormously. Fifth, the focus of this review article was set on interventions performed by home nurses. Although we acknowledge the impact of hospital discharge on the need for and activities of home nurses, we did not scrutinize all aspects of transitional care from the hospital to the home. In this respect, concepts such as discharge management, continuity of care and transmurality are of paramount importance. These issues were however beyond the scope of this review.

NAAR EEN STUDIE: TECHNISCHE VERPLEEGKUNDIGE PRESTATIES IN DE THUISZORG

Uit de uitgevoerde literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat thuisverpleegkundigen multidimensionele zorg verlenen in een breed spectrum van praktijksettings en dat het activiteitenprofiel van de thuisverpleegkundigen niet wordt gekarakteriseerd door louter technische prestaties, maar door de psychosociale en belevingsgerichte dimensies van de zorg. Tegelijk kan uit de literatuurstudie worden afgeleid dat de fysiologische dimensie van zorg nagenoeg niet wordt beschreven of aangekaart in de literatuur. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat er vragen kunnen worden gesteld bij de validiteit van de bestaande verpleegkundige classificatiesystemen en dat de wetenschappelijke evidentie met betrekking tot technische en complexe prestaties/interventies in de thuisgezondheidszorg momenteel schaars tot niet bestaande is. Verder onderzoek is dan ook aangewezen om de thuisverpleegkundigen in hun nieuwe rol adequaat te kunnen ondersteunen en om hen te helpen zich voor te bereiden op de toekomst.

DOELSTELLING

In dit onderzoek is het de bedoeling een inventaris te maken en inzicht te verwerven in de toekomstmogelijkheden van technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg. Om deze doelstelling in al haar aspecten te kunnen vatten, werd ervoor geopteerd de doelstelling op te delen in twee grote loten. Beide loten worden op hun beurt onderverdeeld in een aantal concrete doelstellingen en deliverables.

Het eerste lot is opgebouwd uit drie doelstellingen.

Doelstelling 1: Wetenschappelijke literatuurstudie met de focus op technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg.

Deliverable 1: Literatuurstudie specifiek naar technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg.

Doelstelling 2: Op evidentie gebaseerde identificatie van haalbare technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg rekening houdend met de randvoorwaarden.

Deliverable 2: Inventaris van technische verpleegkundige prestaties volgens de haalbaarheid in de thuissituatie.

Doelstelling 3: Beschrijving van technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg in Vlaanderen en Wallonië.

Deliverable 3: Beschrijving van het terrein betreffende de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg in België.

Het tweede lot is opgebouwd uit drie doelstellingen.

Doelstelling 4: Vergelijkende studie met betrekking tot technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg in Europa: identificatie en benchmarking.

Deliverable 4: Benchmarking technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg in Europa.

Doelstelling 5: Identificatie in de dagelijkse praktijk van samenwerkingsmodellen in de thuiszorg in relatie met technische verpleegkundige prestaties.

Deliverable 5: Samenwerkingsmodellen: beschrijving, kritische analyse en voorstel en aanbevelingen.

Doelstelling 6: Identificatie van beïnvloedende factoren voor de verdere ontwikkeling van technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg.

Deliverable 6: Kritische bespreking van beïnvloedende factoren: beschrijving van de toekomstmogelijkheden.

METHODOLOGIE

Uit de literatuurstudie kan worden afgeleid dat onderzoek naar technische en complexe prestaties in de thuiszorg schaars tot niet bestaande is. Met het oog op de doelstellingen van dit onderzoek werd er dan ook voor geopteerd een kwalitatief, exploratief onderzoek uit te voeren. Een kwalitatief onderzoek laat immers toe de belevingen en de ervaringen van de respondenten grondig en diepgaand te exploreren en te bestuderen. Concreet werd er in dit onderzoek gebruik gemaakt van de techniek van diepte-interviews en de techniek van focusgroepen.

In het kader van de hoofddoelstelling van dit onderzoek, namelijk het verkrijgen van inzicht in de huidige en toekomstige technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg, lag het voor de hand om in eerste instantie diepte-interviews uit te voeren met thuisverpleegkundigen. Deze keuze werd enerzijds ingegeven door het belang van het bekomen van diepgang in de ervaringen, beleving en perspectieven van de thuisverpleegkundigen en anderzijds door het feit dat de deelnemers een inventaris dienen te maken van technische verpleegkundige prestaties, waarbij de focus ligt op het individuele karakter van het activiteitenverslag. Aangezien het in dit onderzoek ook de bedoeling is om de samenwerking in de thuiszorg onder de loep te nemen en om de toekomstmogelijkheden van technische verpleegkundige prestaties te exploreren, waarbij de kans reëel is dat (universitaire) ziekenhuizen een belangrijke rol zullen spelen als bron van toekomstige technische prestaties in de thuiszorg, leek het in tweede instantie aangewezen ook diepte-interviews uit te voeren met medisch specialisten. Deze keuze was enerzijds ook ingegeven door het belang van het bekomen van diepgang in de ervaringen, beleving en perspectieven van medisch specialisten en anderzijds door het feit dat het de bedoeling is zoveel mogelijk specialisatie domeinen aan bod te laten komen om een zo divers mogelijk inzicht te bekomen. Met het oog op het centraal staan van de thuiszorg in dit onderzoek en het belang van het bestuderen van samenwerkingsmodellen en toekomstperspectieven werd er in derde instantie voor geopteerd focusgroepen samen te stellen met huisartsen. De keuze voor het uitvoeren van focusgroepen met huisartsen in plaats van diepte-interviews werd ingegeven door het feit dat het de bedoeling was een grote groep van huisartsen te bereiken in een korte tijdsspanne, maar ook door het feit dat het de bedoeling was de reeds bekomen resultaten uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen en medisch specialisten voor te leggen aan de huisartsen ter discussie en/of aanvulling.

Om de keuze voor de techniek van focusgroepen te verduidelijken, wordt een bondige beschrijving gegeven van deze techniek. Focusgroepen zijn een speciaal type van groeps gesprekken in termen van doel, grootte, samenstelling en procedures. Het doel van een focusgroep is het verzamelen van kwalitatieve data aan de hand van een gesprek dat wordt gevoerd rond een vooraf vastgesteld onderwerp. In tegenstelling tot andere groepsinteracties is het bij focusgroepen niet de bedoeling een consensus te bereiken, tot een aanvaardbaar plan te komen of een actiegerichte beslissing te nemen. Het doel van een focusgroep gesprek is het vaststellen van de percepties, gevoelens en de manier van denken van de deelnemers. In dit onderzoek werd deze techniek toegepast, omdat focusgroepen een natuurlijke omgeving creëren, waarin de gedragingen en percepties van mensen, die gerelateerd zijn aan bepaalde concepten, gedeeltelijk tot ontwikkeling komen in de interactie met andere mensen (Krueger & Casey, 2000).

Focusgroepen zijn meestal samengesteld uit minimum vier tot maximum twaalf personen. De grootte van de focusgroep is afhankelijk van twee factoren: de groep moet enerzijds klein genoeg zijn, zodat iedereen de mogelijkheid krijgt zijn mening en ervaringen met de anderen te delen en anderzijds groot genoeg zijn om een diversiteit aan percepties te bekomen (Krueger & Casey, 2000). Focusgroepen zijn samengesteld uit mensen die bepaalde karakteristieken gemeenschappelijk hebben. De aard van deze gemeenschappelijke karakteristieken wordt bepaald door het doel van de studie (Krueger & Casey, 2000). Focusgroepen produceren kwalitatieve gegevens die van belang zijn voor de onderzoeker. De vraagstelling in focusgroepen moet vooraf worden bepaald. De vragen moeten goed geformuleerd worden en op elkaar aansluiten, zodat ze duidelijk en logisch zijn voor de deelnemers. Focusgroepen bieden de mogelijkheid meer zicht te krijgen op het dynamisch karakter van de groepsinteractie. Een focusgroep maakt het ook mogelijk zaken, waarop de deelnemers niet hebben

geanticipeerd, verder te onderzoeken. Tenslotte stelt een dergelijke techniek de onderzoeker in staat de steekproefgrootte van kwalitatieve onderzoeken te vergroten (Krueger & Casey, 2000). Een nadeel aan het werken met focusgroepen is echter dat focusgroepen onderling sterk kunnen variëren. Elke groep heeft als het ware unieke karakteristieken. De ene groep kan, bijvoorbeeld, zeer saai en passief zijn, terwijl de andere groep, die op dezelfde wijze werd samengesteld, zeer actief en energetisch kan zijn. (Krueger & Casey, 2000). Daarnaast wordt er verwacht van de deelnemers dat ze tijd maken om naar een afgesproken plaats te komen op een vastgesteld tijdstip om hun percepties te delen met anderen. Dit maakt dat het samenstellen van een focusgroep niet altijd evident is.

Aangezien het de bedoeling was om dit onderzoek parallel uit te voeren in Vlaanderen en in Wallonië werd ervoor geopteerd om binnen de diepte-interviews en focusgroepen te werken met een semi-gestructureerde vragenlijst. Op die manier werd tegelijk de garantie ingebouwd dat de bekomen gegevens in Vlaanderen konden worden vergeleken met de gegevens die werden bekomen in Wallonië, en werd de mogelijkheid behouden om tijdens de interviews/focusgroepen het verhaal van de deelnemer(s) te volgen en uit te diepen.

Met het oog op de te bereiken doelstellingen werden er drie verschillende vragenlijsten opgesteld door de onderzoekers van de beide universiteiten. Voor de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen werd het interview opgebouwd uit twee delen: een registratiegedeelte en een interviewgedeelte. Voor het registratiegedeelte werd er een formulier ontwikkeld waarop de thuisverpleegkundigen, enkele dagen vóór het eigenlijke interview, dienden te registreren welke activiteiten ze hadden uitgevoerd op een door hen vrij te kiezen werkdag (24-uursregistratie). Voor het interviewgedeelte werd een vragenlijst ontwikkeld die was opgebouwd uit vijf grote delen: persoonlijke gegevens, verduidelijking van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie', bespreking van de 24-uursregistratie, samenwerking en toekomstperspectieven. Met betrekking tot de bespreking van de 24-uursregistratie werd eveneens een soort registratieformulier ontwikkeld om de uitgevoerde activiteiten op een gestructureerde wijze te kunnen bespreken. Aangezien het onmogelijk werd geacht alle uitgevoerde activiteiten te bespreken, werd een te hanteren strategie vastgelegd. Namelijk, aan de thuisverpleegkundigen werd gevraagd om in de 24-uursregistratie een uniek volgnummer te geven aan de patiënten, bij wie er activiteiten werden uitgevoerd. Bijgevolg was het de bedoeling om tijdens het interview, aan de hand van een dobbelsteen, te bepalen met welke patiënt er zou worden begonnen om er vervolgens telkens 5 bij te tellen. Bijvoorbeeld, de dobbelsteen gaf het cijfer 2 weer, dan werd gestart met patiënt 2 op de lijst en na patiënt 2 werd patiënt 7 besproken en dan patiënt 12, enzovoort. Tijdens het interview zelf werd één uur voorzien voor de verduidelijking van de begrippen en de bespreking van de 24-uursregistratie en één uur voor de vragen rond samenwerking en toekomstperspectieven. Voor de diepte-interviews met de medisch specialisten en de focusgroepen met huisartsen werd een vragenlijst ontwikkeld die was opgebouwd uit vier delen: persoonlijke gegevens, verduidelijking van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie', samenwerking en toekomstperspectieven. Alle gebruikte vragenlijsten werden voorgelegd en goedgekeurd door de Begeleidingscommissie van dit onderzoek.

Dit onderzoek vond plaats zowel in Vlaanderen als Wallonië. Aangezien de gezondheidszorg niet op analoge wijze wordt georganiseerd in beide landsgedeelten, was het niet mogelijk om de selectie van de respondenten voor de diepte-interviews en de focusgroepen op identieke wijze uit te voeren in Wallonië en in Vlaanderen. Om deze reden werd ervoor geopteerd om de rapportering van de methodologie op te delen in twee grote delen: de gebruikte methodologie in Vlaanderen en de gebruikte methodologie in Wallonië.

DEEL 1: GEBRUIKTE METHODOLOGIE IN VLAANDEREN

Om de gebruikte methodologie te verduidelijken wordt eerst de verkennende fase toegelicht, gevolgd door de selectie van de deelnemers en de gegevensverzameling met betrekking tot de diepte-interviews en de focusgroepen in de eigenlijke onderzoeksfase. Tenslotte wordt er aandacht besteed aan de analyse van de gegevens.

1. VERKENNENDE FASE

1.1 Aanleiding en selectie van de deelnemers

Alvorens het eigenlijke onderzoek uit te voeren, werd ervoor geopteerd de semi-gestructureerde vragenlijst, zoals die zou worden gebruikt in de diepte-interviews (de vragenlijst in de focusgroepen is gebaseerd op de bevindingen uit de diepte-interviews), te testen op duidelijkheid, bruikbaarheid en relevantie. Tegelijk was het de bedoeling het terrein te verkennen, zodat de vooropgestelde vragen eventueel nog konden worden aangevuld met relevante gegevens uit de verkennende interviews.

Er werden in totaal 8 diepte-interviews uitgevoerd in de verkennende fase: twee thuisverpleegkundigen, twee ziekenhuisverpleegkundigen, twee medisch specialisten (een geriater en een dagchirurg urologie) en twee huisartsen.

De selectie van de deelnemers werd voorafgegaan door het vastleggen van enkele algemene en enkele doelgroepgerichte criteria, die ook konden worden gehanteerd in de eigenlijke onderzoeksfase.

Algemene inclusiecriteria:

- meer dan 5 jaar werkzaam zijn;
- inzicht hebben in wat er leeft met betrekking technische en complexe zorgen in de thuisverpleging;
- inzicht hebben in het soort (technische, complexe) interventies waarmee patiënten vanuit het ziekenhuis thuis komen;
- inzicht hebben in wat er mogelijk in de toekomst op de thuiszorg afkomt;
- inzicht hebben in de actuele zorg/interventies;
- vrijwillige deelname;
- geïnteresseerd en gemotiveerd zijn om over dit onderwerp een gesprek te voeren.

Doelgroepgerichte inclusiecriteria:

- Thuisverpleegkundigen: basisverpleegkundigen, maximaal 1 referentieverpleegkundige per organisatie, en heterogeniteit naar leeftijd, geslacht, diploma (gegradueerd versus gediplomeerd).
- Ziekenhuisverpleegkundigen: basisverpleegkundigen, maximaal 1 gespecialiseerd verpleegkundige en werkzaam binnen een universitair ziekenhuis (gezien het belang van inzicht in de toekomst)
- Medisch specialisten: een all-round ingesteldheid (niet alleen denkend vanuit het specialisme waarin ze zijn tewerkgesteld) en werkzaam binnen een universitair ziekenhuis.

Exclusiecriteria voor de thuis- en de ziekenhuisverpleegkundigen:

- Hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen in management- of directiefuncties.

Alle deelnemers in de verkennende fase werden geselecteerd op basis van de vooropgestelde criteria en een purposive sampling (doelgerichte steekproeftrekking). De thuisverpleegkundigen werden geselecteerd via de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging (VFDT), een overkoepelende organisatie van het Wit-Gele Kruis, Solidariteit voor het Gezin en de Nationale Federatie van Diensten voor Thuisverpleging van de Socialistische Mutualiteit (Sovervlag), waarbinnen zowel loontrekkende verpleegkundigen werkzaam zijn als zelfstandige verpleegkundigen. Via een contactpersoon (directie) binnen het Wit-Gele Kruis van Oost-Vlaanderen werden twee namen verkregen van thuisverpleegkundigen die bereid waren aan het onderzoek deel te nemen. Via een contactpersoon, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent, en een contactpersoon, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Leuven, werd voor elk Universitair Ziekenhuis één naam verkregen van een ziekenhuisverpleegkundige en één naam van een medisch specialist. Via een contactpersoon, verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde, werden twee namen verkregen van huisartsen, werkzaam in de provincie West-Vlaanderen. Alle personen werden

door de onderzoeker telefonisch gecontacteerd en bereid gevonden aan de verkennende fase deel te nemen. Tijdens het telefoongesprek werd in eerste instantie het doel van de studie en de verkennende fase toegelicht, waarbij de thuisverpleegkundigen werd uitgelegd dat zij enkele dagen voor het eigenlijke interview een 24-uursregistratie dienden uit te voeren en waarbij alle deelnemers werd uitgelegd dat zij enkele dagen voor het interview een begeleidende brief mochten verwachten met verdere uitleg rond het onderzoek en met inbegrip van een in te vullen en te ondertekenen toestemmingsformulier en formulier met betrekking tot de vergoeding (verbonden aan de deelname). Vervolgens werden de deelnemers op de hoogte gebracht van het feit dat het gesprek ongeveer 2 uur zou duren en dat het gesprek zou worden opgenomen op bandrecorder. Er werd hen eveneens anonimiteit gegarandeerd, daar de uitgetypte gesprekken geen namen zouden bevatten en de bandopnames bij het afronden van het onderzoek zouden worden vernietigd. Tenslotte werd het telefoongesprek afgerond met een bevestiging van de datum, tijdstip van aanvang en de locatie.

1.2 Bevindingen van de verkennende fase

De gegevensverzameling vond plaats in april 2007. Naar aanleiding van de bemerkingen van de deelnemers in de verkennende fase werden enkele kleine aanpassingen uitgevoerd aan de vragenlijsten.

De vragenlijst voor de thuisverpleegkundigen:

- in het deel rond de persoonlijke gegevens werd een vraag toegevoegd, namelijk op welk moment van de dag de registratie betrekking had;
- in deel twee werd de vraag naar de kenmerken/karakteristieken van een technische, respectievelijk complexe prestatie toegevoegd;
- in het formulier dat de bespreking van de 24-uursregistratie tijdens het interview ondersteunt, werd de vraag 'kan deze prestatie/activiteit worden gedelegeerd' geschrapt, daar dit niet de focus is van dit onderzoek;
- in het deel rond samenwerking werden volgende vragen toegevoegd: 'Welke technische prestaties worden momenteel uitgevoerd in het ziekenhuis, die eigenlijk thuis zouden kunnen gebeuren? Hoe komt het dat dit momenteel niet thuis wordt uitgevoerd?', 'Welke complexe prestaties worden momenteel uitgevoerd in het ziekenhuis, die eigenlijk thuis zouden kunnen gebeuren? Hoe komt het dat dit momenteel niet thuis wordt uitgevoerd?', 'Welke elementen/factoren (zorgen ervoor dat die samenwerking goed verloopt) dragen momenteel bij aan een goede samenwerking met andere disciplines (huisarts, ziekenhuis)?', 'Welke elementen/factoren werken momenteel nogal eens belemmerend op de samenwerking met andere disciplines (huisarts, ziekenhuis)?', 'Naar de toekomst toe: welke elementen/factoren zullen de samenwerking met andere disciplines versterken/verbeteren?', en 'Naar de toekomst toe; welke elementen/factoren zullen de samenwerking met andere disciplines verminderen/verslechteren?';
- in het deel rond de toekomstperspectieven werden enkele vragen verwijderd.

De vragenlijst voor de ziekenhuisverpleegkundigen:

- voor aanvang van de verkennende fase werd er besloten enkel ziekenhuisverpleegkundigen op te nemen in de verkennende fase met het oog op het verkennen van het terrein.

De vragenlijst voor de medisch specialisten:

- het deel rond samenwerking werd aangevuld met enkele bevindingen uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen om na te gaan of de medisch specialisten in de eigenlijke onderzoeksfase deze bevindingen (h)erkennen.

De vragenlijst voor de huisartsen:

- deze vragenlijst werd enkel gebruikt in de verkennende fase, daar de vragen in de eigenlijke onderzoeksfase gebaseerd zijn op de bevindingen uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen en medisch specialisten.

De begeleidende brief en de vragenlijst voor de thuisverpleegkundigen in de eigenlijke onderzoeksfase, zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage 1A en 1B. De begeleidende brief en de vragenlijst voor de medisch specialisten in de eigenlijke onderzoeksfase zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage 2A en 2B.

2. DIEPTE-INTERVIEWS

2.1 Steekproeftrekking

Er werden 15 diepte-interviews uitgevoerd met thuisverpleegkundigen en 8 diepte-interviews met medisch specialisten. In de eigenlijke onderzoeksfase werd ervoor geopteerd 5 diepte-interviews uit te voeren met zelfstandige thuisverpleegkundigen en 10 diepte-interviews met loontrekkende thuisverpleegkundigen.

Zowel de thuisverpleegkundigen als de medisch specialisten werden geselecteerd op basis van de criteria die werden gehanteerd voor de selectie van de deelnemers in de verkennende fase. De thuisverpleegkundigen werden geselecteerd via de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging. Via een contactpersoon (directie of stafmedewerker) in elk van de drie organisaties, werden de namen verkregen van 7 thuisverpleegkundigen werkzaam binnen het Wit-Gele Kruis, van 3 thuisverpleegkundigen werkzaam binnen Solidariteit voor het Gezin en van 5 zelfstandige thuisverpleegkundigen (via Sovervlag). Via dezelfde contactpersonen als in de verkennende fase werden de namen van 6 medisch specialisten verkregen. Daar de twee diepte-interviews met medisch specialisten in de verkennende fase een rijkheid aan informatie opleverden, werd besloten deze twee verkennende interviews op te nemen in de eigenlijke onderzoeksfase, waardoor er in totaal 8 diepte-interviews werden uitgevoerd met medisch specialisten: 3 vanuit het Universitair Ziekenhuis te Gent en 5 vanuit het Universitair Ziekenhuis te Leuven.

2.2 Gegevensverzameling

Alle deelnemers in de eigenlijke onderzoeksfase werden telefonisch gecontacteerd door de onderzoeker en bereid gevonden aan het onderzoek deel te nemen. Het telefoongesprek zelf verliep op analoge wijze als in de verkennende fase. De gegevensverzameling vond plaats van mei 2007 tot en met augustus 2007. De diepte-interviews vonden ofwel plaats bij de verpleegkundigen thuis, ofwel binnen de afdeling waar de loontrekkende thuisverpleegkundigen werkzaam waren, ofwel binnen het ziekenhuis waar de medisch specialisten werkzaam waren.

Zoals aangegeven in de inleiding op de gebruikte methodologie in Vlaanderen en Wallonië, werd er in alle diepte-interviews gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst (cf. bijlage 1B en 2B). De thuisverpleegkundigen werd gevraagd enkele dagen voor aanvang van het interview een 24-uursregistratie uit te voeren. In de interviews met de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten werden eerst enkele persoonlijke gegevens overlopen, gevolgd door de vraag naar het omschrijven van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie'. Vervolgens werd in de interviews met de thuisverpleegkundigen de 24-uursregistratie besproken, terwijl er in de interviews met de medisch specialisten onmiddellijk werd overgegaan op het bevragen van de samenwerking. Alle diepte-interviews werden afgerond met een exploratie van de toekomstperspectieven.

3. FOCUSGROEPEN

3.1 Samenstelling

Via de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV werd een lijst verkregen van alle LOK-verantwoordelijken huisartsgeneeskunde in Vlaanderen. Vervolgens werden er via SAS, versie 8.0, zes LOK-verantwoordelijken ad random geselecteerd. Deze LOK-verantwoordelijken werden telefonisch gecontacteerd met de vraag naar de mogelijkheid en de interesse om een focusgroepgesprek te agenderen op de eerstvolgende LOK-vergadering. De interesse was groot bij alle zes de LOK-verantwoordelijken, maar drie verantwoordelijken kregen het niet meer

geagendeerd vóór oktober 2007 en één verantwoordelijke gaf aan dat het in de eerstkomende vergadering niet mogelijk was een gesprek te plannen van meer dan 2 uur. De twee overige verantwoordelijken zagen de mogelijkheid een focusgroepgesprek te agenderen op hun eerstvolgende LOK-vergadering. Telefonisch kregen deze verantwoordelijken uitleg over het doel van de studie en over het opzet van een focusgroep. Vervolgens werden de deelnemers op de hoogte gebracht van het feit dat het focusgroepgesprek ongeveer 2 uur zou duren en dat het gesprek zou worden opgenomen op bandrecorder. Er werd hen eveneens anonimiteit gegarandeerd, daar de uitgetypte gesprekken geen namen zouden bevatten en de bandopnames bij het afronden van het onderzoek zouden worden vernietigd. Tenslotte werd het telefoongesprek afgerond met een bevestiging van de datum, tijdstip van aanvang en de locatie en met de vermelding dat er voor de deelnemers aan de LOK-vergadering per post en/of per e-mail een begeleidende brief zou worden verstuurd, alsook enkele kernvragen ter voorbereiding. Het wordt immers vaak als geruuststellend gepercipieerd wanneer men op voorhand zicht heeft op de richting/inhoud van het gesprek.

Na het telefoongesprek werden de begeleidende brief (cf. bijlage 3A) en de kernvragen (cf. Tabel 4) zowel per post als via e-mail bezorgd aan de LOK-verantwoordelijken, die op hun beurt de brieven en kernvragen verspreidden onder de deelnemers.

Tabel 4: Overzicht kernvragen LOK-focusgroep

Samenwerking

1. Hoe wordt de samenwerking, algemeen gezien, georganiseerd thuis?
2. Met wie werken jullie samen?
3. Hoe beoordelen jullie de samenwerking met deze disciplines?
4. Hoe beoordelen jullie de samenwerking met thuisverpleegkundigen?
5. Welke zijn de sterke punten in de samenwerking met thuisverpleegkundigen?
6. Welke zijn de zwakke punten in de samenwerking met thuisverpleegkundigen?

Prestaties

1. In welke gevallen of situaties doen jullie beroep op de thuisverpleging?
2. Welke zijn de prestaties waarvoor jullie het frequentst beroep doen op de thuisverpleging? Zijn deze prestaties in jullie ogen te bestempelen als technische prestaties? Welke wel? Wat maakt deze prestaties zo technisch (karakteristieken)? Welke niet en waarom niet?
3. Wat verstaan jullie onder het begrip 'complexe prestaties'? Welke zijn de complexe prestaties waarvoor jullie het frequentst beroep doen op de thuisverpleging? Wat maakt deze prestaties zo complex (karakteristieken)?
4. Indien we een definitie ontwikkelen van het begrip 'technische prestatie', welke 3 dimensies moeten dan zeker deel uitmaken van deze definitie?
5. Indien we een definitie ontwikkelen van het begrip 'complexe prestatie', welke 3 dimensies moeten dan zeker deel uitmaken van deze definitie?

Toekomst

1. Welke technische prestaties zien jullie in de toekomst tot ontwikkeling komen in de thuisverpleging?
2. Wat heeft de thuiszorg/thuisverpleging nodig om deze prestaties te kunnen uitvoeren?

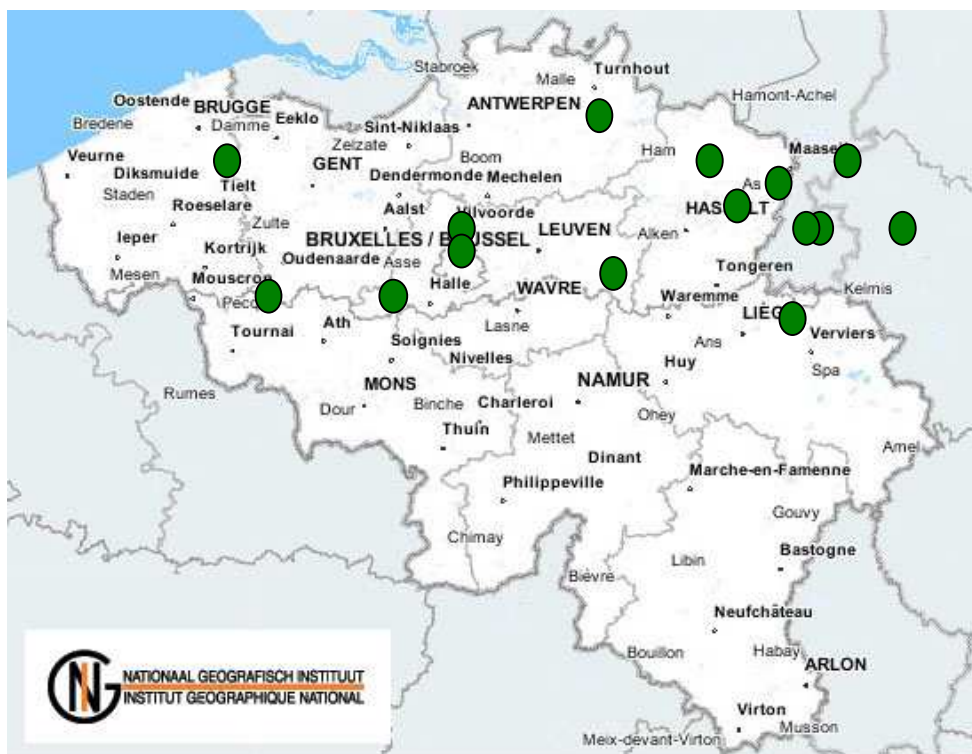
Gezien de wijze waarop de deelnemers voor de focusgroepen werden geselecteerd, werden er voor deze fase van het onderzoek geen inclusie- of exclusiecriteria gehanteerd. De deelnemers zelf werden via de begeleidende brief op de hoogte gesteld van het doel en het opzet van de studie, waarbij ze volledig vrijwillig konden beslissen al dan niet deel te nemen aan de focusgroep, wat belangrijk is voor de kwaliteit en de omvang van de te verzamelen informatie.

3.2 Gegevensverzameling

De gegevensverzameling vond plaats in september 2007. De beide focusgroepen vonden plaats op een neutrale locatie: één in de provincie Oost-Vlaanderen en één in de provincie Limburg.

Zoals eerder aangegeven werd er voor geopteerd semi-gestructureerde focusgroepen uit te voeren. Op basis van de resultaten uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen en medisch specialisten werd door het team van onderzoekers een vragenlijst ontwikkeld. In bijlage 3B worden de vragen weergegeven, die werden gebruikt als leidraad voor de onderzoeker. Iedere deelnemer kreeg voor aanvang van het gesprek een bundeltje, dat het formulier bevatte rond de persoonlijke gegevens, het toestemmingsformulier, het formulier met betrekking tot de vergoeding en vier schema's die tijdens het gesprek zelf werden besproken.

4. GEOGRAFISCH OVERZICHT: EIGENLIJKE ONDERZOEKSFASE



● Diepte-interviews met thuisverpleegkundigen

5. ANALYSE VAN DE GEGEVENS

De diepte-interviews en de focusgroepen werden opgenomen met een digitale voicerecorder en vervolgens letterlijk en anoniem uitgetypt.

Voor de analyse van de beschikbare gegevens werd gebruik gemaakt van het analyseprogramma 'Nvivo 7.0'. Dit programma maakte het mogelijk de analyse op een methodische wijze uit te voeren. Om de analyse zo parallel mogelijk te laten verlopen tussen Wallonië en Vlaanderen werd in een eerste stap, nadat alle interviews met de

thuisverpleegkundigen waren afgerond en op basis van de eerste globale bevindingen uit deze interviews, een aantal 'tree nodes' gecreëerd door de onderzoekers. In een tweede stap werden er voor elk interview tekstfragmenten toegewezen aan de 'tree nodes'. Wanneer bepaalde tekstfragmenten niet konden worden weggeschreven onder een reeds gecreëerde 'tree node', werden deze fragmenten ondergebracht in een 'free node'. In een derde stap werden alle 'tree nodes' en 'free nodes' met hun respectievelijke tekstfragmenten bestudeerd om van de afzonderlijke delen een geheel te kunnen maken. In het kader van de validiteit en de betrouwbaarheid van de uitgevoerde analyses kwamen de onderzoekers op regelmatige tijdstippen samen om de 'tree nodes' en de 'free nodes', alsook de globale wijze van analyseren te bespreken.

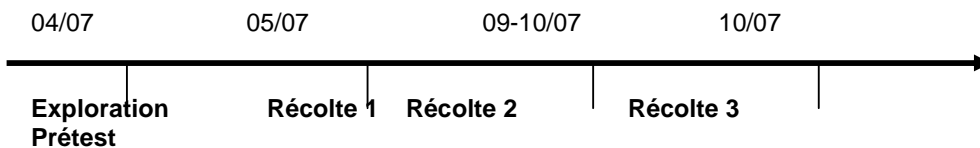
PARTIE 2: METHODOLOGIE FRANCOPHONE

1. CADRE TEMPOREL

L'étude a démarré en décembre 2006 et s'est clôturée en octobre 2007.

Quatre phases ont été prévues pour la récolte des données et ont été programmées d'avril à octobre 2007:

- Phase exploratoire et prétest
- Récolte (1) des données auprès des infirmiers(ères) à domicile
- Récolte (2) de données auprès des médecins spécialistes
- Récolte (3) de données auprès des médecins généralistes



2. PUBLIC

2.1 Phase de prétest

Une phase exploratoire a été programmée de manière à compléter les pistes de travail mises en évidence durant l'étude de la littérature réalisée par l'équipe de recherche de l'Université de Louvain. Cette phase a également permis de tester les guides d'interview et d'évaluer la pertinence de la grille conçue pour le rappel des 24 heures. Durant cette phase, deux personnes de chaque discipline ou secteur ont été interviewées.

- 2 infirmiers à domicile
- 2 infirmiers travaillant à l'hôpital
- 2 médecins généralistes
- 2 médecins spécialistes

Les *infirmiers à domicile* et les *médecins* ont été sélectionnés par un SISD à qui il a été demandé de communiquer un nom d'infirmier indépendant, deux noms d'infirmiers travaillant dans des services de soins à domicile (CSD et ASD) et deux noms de médecins généralistes. Ce SISD a été contacté par téléphone et par courrier¹. Une fois que l'équipe de recherche de l'Université de Liège a obtenu les noms de personnes ressources, elle a alors pris contact avec les services de soins à domicile, avec l'infirmier indépendant, de même qu'avec les médecins généralistes pour obtenir leur accord de participation. Une fois l'accord obtenu auprès du service de soins à domicile sélectionné, l'infirmier a également été contacté par téléphone et par courrier.

¹ Voir annexe N°1. Différents fiches ont été créés pour l'ensemble des disciplines et instances contactées.

Pour *les infirmiers travaillant à l'hôpital*, la sélection a été réalisée par les directions de nursing de deux hôpitaux. Celles-ci ont été contactées de la même manière que pour le SISD. Les deux infirmiers d'hôpitaux choisis ont également été contactés suivant la même procédure que pour les infirmiers et médecins généralistes.

Pour les *médecins spécialistes*, il a été fait appel à la direction médicale de deux hôpitaux pour leur sélection. La procédure a été identique à celle des autres disciplines une fois que ceux-ci ont été choisis.

Différents critères d'inclusion ont été communiqués aux différentes instances pour leur permettre de choisir les différents participants à l'étude.

Ceux communiqués au SISD pour la sélection des infirmiers et des médecins sont les suivants:

Profil des infirmières et infirmiers

- Expérience des soins à domicile
- Niveau A1 ou A2
- Vision large de la profession d'infirmière
- Rencontrer, dans leur activité professionnelle, toutes les situations de terrain (service du matin, soir, week-end, etc.)
- Connaissance générale de la nomenclature INAMI
- Travaillant sous le statut d'indépendant ou de salarié dans un service intégré de soins à domicile

Profil des médecins généralistes

- Habitude de travailler en pluridisciplinarité et notamment en étroite collaboration avec les infirmières et infirmiers du domicile
- impliqués, si possible, dans l'organisation ou la coordination des soins à domicile
- bonne connaissance générale de la nomenclature infirmière de l'INAMI

Critères communiqués à la direction nursing de l'hôpital pour la sélection des infirmiers de l'hôpital:

- Niveau A1 ou A2
- Esprit pluridisciplinaire
- Vision large de la profession d'infirmière
- Collaborant éventuellement pour certains soins avec le terrain du domicile

Critères transmis à la direction médicale des hôpitaux pour la sélection des médecins spécialistes:

- Esprit pluridisciplinaire
- Collaborant éventuellement déjà avec les infirmières et infirmiers du domicile

Les interviews se sont déroulées sur le lieu de travail de chacune des disciplines hormis pour un infirmier à domicile pour qui elle a eu lieu au sein d'un local de l'Université de Liège.

2.2 Récolte N°1

22 infirmiers ont été choisis en deux temps. Dans un premier temps, les services de soins à domicile ont été sélectionnés par les services intégrés de soins à domicile (SISD). Dans un second temps, les infirmiers salariés ont été désignés par les directions des services choisis. En ce qui concerne les indépendants, ils ont quant à eux été proposés directement par les SISD. Les SISD ont été contactés par l'équipe de recherche de l'Université de Liège par téléphone ainsi que par courrier. Après avoir obtenu les noms des responsables de services de soins à domicile ou des infirmiers indépendants, l'équipe de recherche a également pris contact avec ceux-ci par téléphone de même que par courrier. Un accord de participation a été recueilli auprès des directions de chaque service de soins à domicile et deux noms d'infirmiers répondant à un profil spécifique leur ont été demandés. Différents critères d'inclusion ont été

communiqués aux SISD et directions de services à domicile au préalable pour la sélection des infirmiers.

Aux services intégrés de soins à domicile (SISD):

- Expérience en soins à domicile
- Niveau A1 ou A2
- Vision large de la profession d'infirmière
- Rencontrant toutes les situations de terrain (service du matin, soir, week-end, etc.) dans le cadre de son activité professionnelle
- Connaissance générale de la nomenclature INAMI.
- Travaillant sous le statut d'indépendant ou de salarié dans un service de soins à domicile

Aux directions des services de soins à domicile:

- Expérience des soins à domicile
- Niveau A1 ou A2
- Rencontrant toutes les situations de terrain (service du matin, soir, week-end, etc.) dans le cadre de son activité professionnelle
- Connaissance générale de la nomenclature INAMI.
- Vision large de la profession d'infirmière et en particulier d'infirmière à domicile

2.3 Récolte N°2

10 spécialistes de différentes disciplines ont été également été sélectionnés par l'équipe scientifique de l'ULG.

- 1 pédiatre
- 1 chirurgien abdominal
- 1 diabétologue
- 1 gynécologue
- 1 oncologue
- 1 néphrologue
- 2 gériatres (dont 1 gériatre d'hôpital de jour)
- 1 directeur médical adjoint
- 1 informateur clé de Suisse

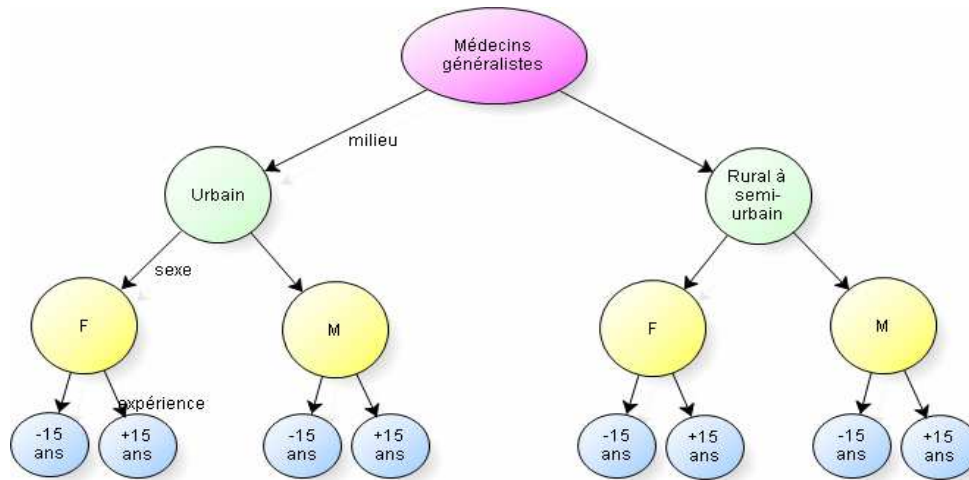
Ceux-ci représentaient des témoins privilégiés de par leurs responsabilités ou leur connaissance des prestations techniques actuelles mais également futures. L'informateur clé de Suisse a quant à lui été interviewé de manière à recueillir des informations relatives aux prestations et initiatives développées dans ce pays.

Différents critères d'inclusion ont été définis pour la sélection des spécialistes:

- Idée des prestations techniques que les infirmiers (ères) du domicile peuvent être amené(e)s à réaliser lorsque le patient rentre de l'hôpital
- Connaissance de la situation actuelle des soins à domicile
- Idée du développement futur des soins à domicile
- Plus de 5 ans d'expérience dans la spécialité
- Vue large de la problématique

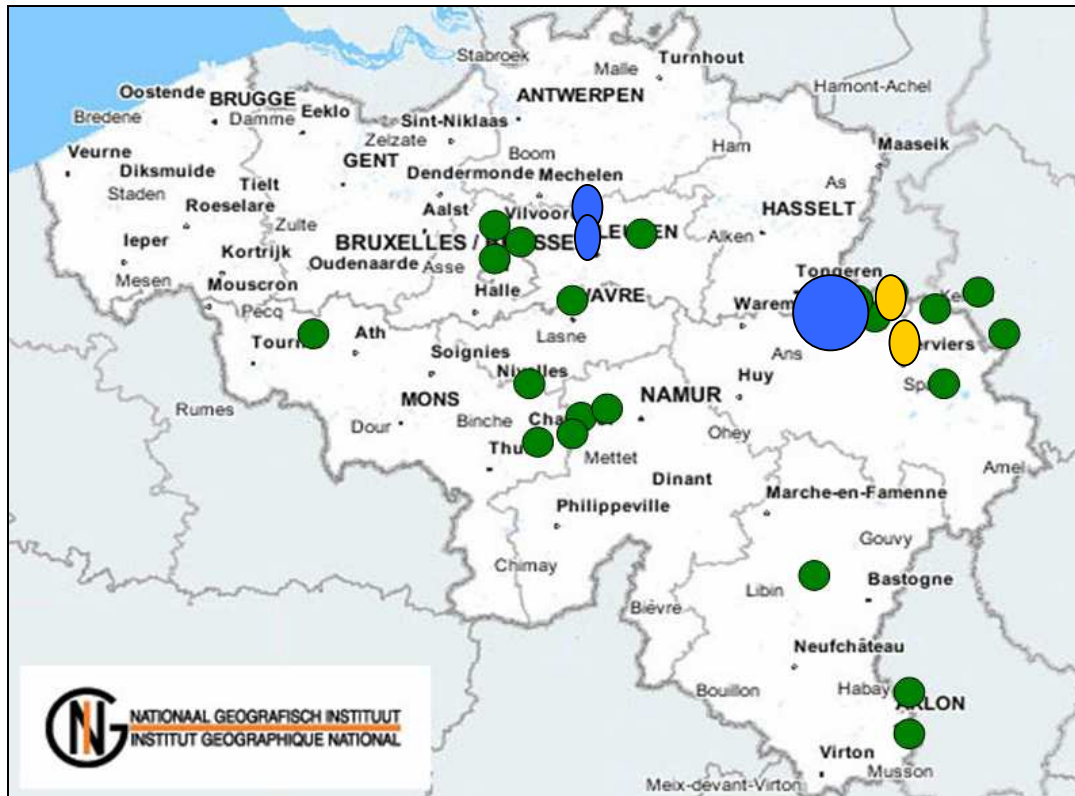
2.4 Récolte N°3

10 médecins généralistes indépendants et 10 travaillant au sein de maisons médicales ont constitué les échantillons invités à participer aux deux focus groups. Ceux-ci ont été sélectionnés sur base de différents critères tels que le milieu d'activité, le sexe et le nombre d'années d'expérience dans la profession.



Le premier focus group a finalement rassemblé 9 médecins généralistes indépendants et le second 7 médecins travaillant au sein de maisons médicales.

3. CADRE GÉOGRAPHIQUE



- Interviews avec les infirmiers à domicile
- Interviews avec les médecins spécialistes
- Focus groups avec les médecins généralistes

4. MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

4.1 Pour les infirmiers et les spécialistes

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-structurés de manière à ce qu'un véritable échange se mette en place et que les perceptions, interprétations et expériences de l'interviewé puissent s'exprimer (Quivy, Van Campenhout, 1995). Pour l'informateur clé de Suisse, elles ont été récoltées par téléphone.

Deux guides d'interviews constitués de questions ouvertes ont été conçus à cet effet. Ils comportaient différentes sections ²:

- Renseignements généraux : âge, sexe, milieu d'activité, statut, type de pratique, suivi de formations complémentaires et type de formations suivies, nombre d'années d'expérience à domicile, autres types d'expérience que le domicile, moment du 24 h recall.
- Représentations des prestations techniques et complexes
- Collaboration : à domicile et avec l'hôpital
- Perspectives futures

Pour les infirmiers, la méthode du rappel des 24 heures a également été utilisée de manière à mettre en évidence l'ensemble des actes et soins prestés par les infirmiers au domicile des patients³. L'ensemble des prestations a été répertorié par les infirmiers à l'aide d'une grille envoyée par courrier par les équipes scientifiques. Cette grille a par la suite fait l'objet d'une discussion dans le cadre de l'interview et a également soulevé différentes questions⁴. La liste des prestations énumérées dans chaque grille étant longue, une sélection aléatoire a dû être effectuée. Elle consistait en un lancer de dé pour le choix du premier patient qui ferait l'objet d'une investigation détaillée. La sélection des patients suivants s'est ensuite faite selon un pas de 5 (N+5). Enfin, la discussion autour de la grille du rappel des 24 heures a été limitée à une durée d'une heure.

4.2 Pour les médecins généralistes

Les données ont été récoltées par l'intermédiaire de focus groups. Un guide d'interview comportant des questions ouvertes a permis de récolter l'opinion des médecins généralistes par rapport aux dimensions abordées avec les infirmiers et spécialistes⁵. Différents modèles, créés à partir des données recueillies auprès des infirmiers à domicile, ont également été soumis à l'ensemble des participants de manière à y intégrer de nouveaux éléments.

4.2.1 Pour l'ensemble des disciplines

Chaque interview et focus group a fait l'objet d'un enregistrement. L'ensemble du matériel a par la suite été retranscrit intégralement de manière à respecter l'intégralité des propos énoncés.

5. L'ANALYSE DES DONNEES

Compte tenu du fait que les informations et témoignages pouvaient comporter un certain degré de complexité, il a été fait usage du logiciel d'analyse qualitative NVIVO 7.0. Cet outil a l'avantage de pouvoir traiter les données de manière méthodique. L'analyse se structure par un processus en deux temps (Lorraine, 2000).

² Voir annexe N°2

³ *Cette méthode est généralement utilisée en épidémiologie nutritionnelle pour estimer la consommation alimentaire, de la façon la plus précise possible, sur la période précédant une interview (Herberg, Dupin, Papoz et al, 1985).*

⁴ Voir annexe N°3

⁵ Voir annexe N°4

Dans un premier temps, il y a eu une organisation des données par la création de nœuds (tree nodes) en lien avec les différentes sections du guide d'interview. Cette étape correspond à une décontextualisation. Selon Deschenaux et Bourdon (2005), le corpus est découpé en unités de sens. Les extraits rattachés à un thème précis ont ensuite été placés au sein des nœuds créés à cet effet. Chaque document a été défait ou « déstructuré » pour construire une nouvelle structure. Lorsqu'un extrait ne correspondait à aucune des thèmes fixés au départ, il a alors été placé dans un nouvel endroit appelé « free nodes ». Cette démarche est qualifiée de « codage ».

Tree Nodes			
Name	Sources	References	
é 27	29	5/06/2007 16:26	
é 29	35	5/06/2007 16:25	
i 8	23	28/08/2007 18:14	
p 9	10	28/08/2007 18:16	
p 8	12	28/08/2007 18:07	
p 19	25	5/07/2007 16:37	
p 27	31	5/06/2007 16:20	
Conditions pour la prise en charge	19 28	5/06/2007 16:24	
délégation éventuelle aux INF. DOM	6 7	28/08/2007 21:20	
exemples de prest. tec. futures	0 0	3/10/2007 17:39	
définition de la responsabilité	7 14	28/08/2007 17:31	

interview

SECTION 6: Perspectives futures:

1) Y a-t-il des prestations « techniques » que vous verriez se développer dans les prochaines années ?

- Si oui,

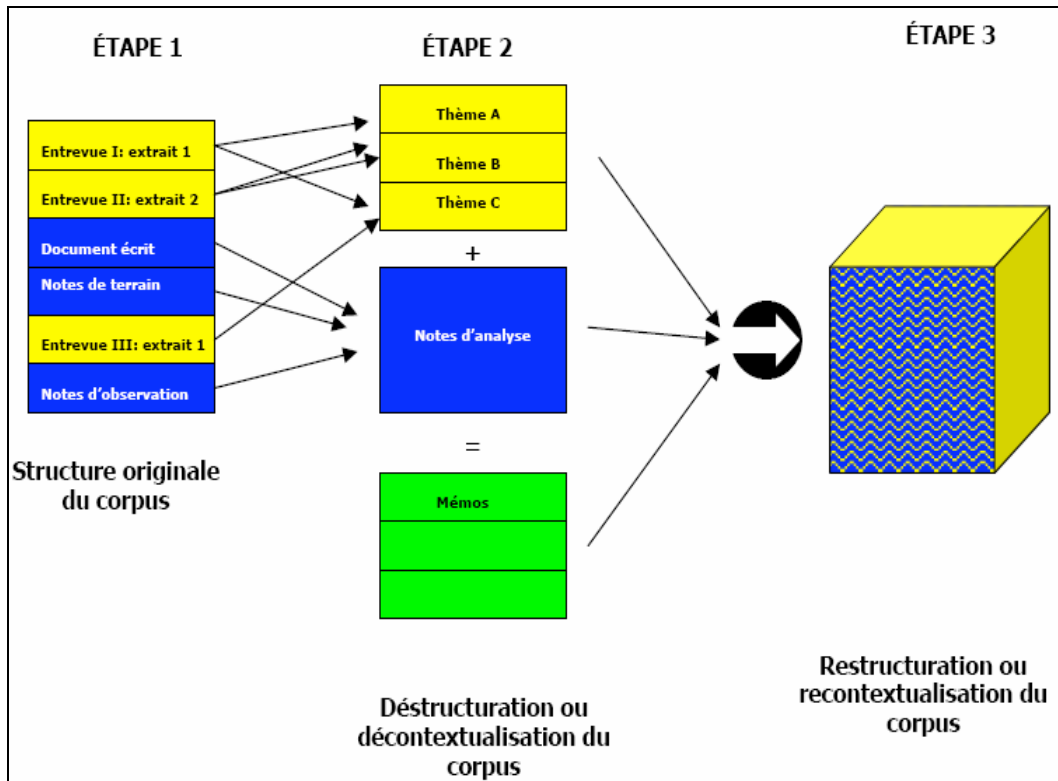
mais avec une meilleure formation aussi car la population vieillit.

- Lesquelles ?

les patients psy (dépression, démence, Alzheimer, etc..)
ergo en plus

Dans un second temps, l'ensemble des extraits encodés dans les différents nœuds a fait l'objet d'une lecture et d'une interprétation. Ce processus a permis de formuler des hypothèses qui ont ensuite été testées à l'aide de différents outils (Queries). Il a également engendré la construction de multiples modèles. Cette étape correspond à une recontextualisation ou reconstruction. Elle est obtenue en amalgamant les codes et les catégories préalablement décontextualisées pour en faire un tout intelligible et porteur de sens (Deschenaux F. ph. D., Fattore G., 2007).

5.1 Représentation graphique du principe de déstructuration –restructuration d'un corpus
(Deschenaux et Bourdon, 2005)



RESULTATS

In de rapportering van kwalitatieve onderzoeksresultaten is het gebruikelijk een samenvatting te geven van de uitgevoerde thematische analyses, met inbegrip van het gebruik van directe citaten om belangrijke aspecten te illustreren. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië werd een analoge methodologie gebruikt en werden de analyses op analoge wijze uitgevoerd. Met het oog op het schetsen van een duidelijk en correct beeld van de resultaten, mag er niet worden voorbijgegaan aan de mogelijkheid van verschillen in cultuur en gewoontes en van verschillen in de organisatie van de thuiszorg in Vlaanderen en Wallonië. Om deze reden werd ervoor geopteerd dit hoofdstuk op te bouwen uit twee grote delen: de resultaten voor Wallonië en de resultaten voor Vlaanderen.

PARTIE 1: RESULTATS FRANCOPHONE

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

1.1 Infirmier(ère)s

1.1.1 Age

Les tranches d'âges les plus représentées dans les infirmiers interviewés sont celles des 25-34 ans (23%), des 34-44 ans (27%) et des 45-54 ans (32%).

Tranche d'âges	infirmier(ère)
Moins de 25 ans	2
25-34 ans	5
35-44 ans	6
45-54 ans	7
Plus de 55 ans	2
TOTAL	22

1.1.2 Sexe

Le sexe ratio est d'environ 1 homme pour 6 femmes.

Sexe	Infirmier(ère)
Masculin	3
Féminin	19
TOTAL	22

1.1.3 Statut

Les infirmiers sont majoritairement (59%) salariés ce qui signifie qu'ils sont attachés à une structure de soins à domicile.

Statut	Infirmier(ère)
Indépendant	9
Salarié	13
TOTAL	22

1.1.4 Nombre d'années d'expérience dans la profession

Plus de la moitié (59%) des infirmiers interrogés a une expérience qui varie de 1 à 15 années.

Nombre d'années d'expérience dans la profession	Formation de base = infirmier(ère)
1-5 ans	5
6-10 ans	5
11-15 ans	3
16-20 ans	1
21-25 ans	6
26-30 ans	1
+ de 30 ans	1
TOTAL	22

1.1.5 Type de diplôme d'infirmier

Les diplômes d'infirmier sont majoritairement (63%) du niveau A1.

Type de diplôme d'infirmier(ère)	formation de base = infirmier(ère)
Pas de réponse	1
A1	14
A2	7
TOTAL	22

1.1.6 Type de pratique

Les infirmiers travaillent pour la plupart (86%) en groupe. Un certain nombre d'infirmiers indépendants ont une pratique de groupe également.

Type de pratique	Formation de base = infirmier(ère)
Seul	3
En groupe	19
TOTAL	22

1.1.7 Type de milieu

La plupart développent une activité dans les milieux urbain et semi-urbain.

Milieu d'activité	Formation de base = infirmier(ère)
Urbain	10
Rural	3
Semi-urbain	6
Urbain et semi-urbain	1
Rural, urbain et semi-urbain	2
TOTAL	22

1.1.8 Suivi et type de spécialisations

La quasi-totalité (91%) a suivi des spécialisations dans des domaines divers.

Suivi de spécialisations	Formation de base= infirmier(ère)
Oui	20
Non	1
Pas de réponse	1
TOTAL	22

1.1.9 Type de spécialisations

Type de spécialisations	Formation de base= infirmier(ère)
Soins palliatifs	3
Soins palliatifs et maltraitance	1
Diabétologie, soins de plaie et palliatifs	1
Psychiatrie, soins de plaie, cadre, oncologie, gérontologie et social	1
Licence en santé publique (gestion)	2
Accoucheuse	1
Oncologie, gériatrie, soins palliatifs	1
Diabétologie, gestion de MR	1
Soins palliatifs, diabétologie, soins de plaie, algologie	1
Diabétologie, soins de plaie	1
Médecine tropicale et soins de plaie	1
Pédagogie, informatique, soins palliatifs, alimentation entérale, soins de plaie, diabétologie	1
Incontinence	1
Diabétologie, alimentation entérale et parentérale, incontinence, soins de plaie	1
Soins palliatifs et formation de cadre	1
Licence en gestion hospitalière et médecine tropicale	1
Pas de réponse	2
Aucune (pas de suivi de spécialisation)	1
TOTAL	22

1.1.10 Travail dans d'autres secteurs que le domicile et type de secteurs

La majorité (86%) a travaillé dans d'autres secteurs que celui du domicile. Le secteur le plus cité est celui de l'hôpital.

Travail dans d'autres secteurs	formation de base = infirmier(ère)
Oui	19
Non	3

1.1.11 Type de secteurs expérimentés

Plus de la moitié a travaillé au sein d'un hôpital avant de travailler à domicile.

Type de secteurs expérimentés	formation de base = infirmier(ère)
Hôpital	8
Non Applicable	3
Ophthalmologie	1
Médecine du travail	1
Banque et assurance	1
Hôpital de jour	1
Hôpital et MR/MRS	1
Humanitaire (MSF)	1
MR, hôpital, entreprise de pneus	1
Hôpital et humanitaire	1
MR/MRS	3
TOTAL	22

1.1.12 Type de provinces

La plupart des infirmiers interrogés sont issus des Provinces de Liège et du Hainaut. Aucun infirmier n'a été interviewé au sein de la Province de Namur.

Type de provinces touchées	formation de base = infirmier(ère)
Luxembourg	3
Liège	8
Namur	0
Hainaut	6
Brabant-wallon	2
Bruxelles	3
TOTAL	22

1.2 Spécialistes

Huit médecins spécialistes ont été interviewés de même qu'un médecin généraliste directeur médical adjoint d'un hôpital et qu'un informateur clé venant de Suisse. Ce spécialiste a une formation initiale d'infirmier. Il est actuellement cadre dans un service de soins à domicile et travaille dans le domaine de la recherche et du développement en matière de soins infirmiers. Il fait également partie d'un groupe d'experts qui élabore des techniques de soins pour une sous-commission d'éthique. Il a travaillé précédemment à l'hôpital.

1.2.1 Age

La moitié des spécialistes appartient à la tranche d'âge des 45-54 ans, 1/4 à celle des 25-34 ans et 1/4 à celle des 35-44 ans. Le médecin directeur médical adjoint fait partie des 45-54 ans et l'informateur clé suisse des 35-55 ans.

Tranches d'âges	médecin généraliste	Spécialistes	Informateur clé de Suisse
Moins de 25 ans	0	0	0
25-34 ans	0	2	0
35-44 ans	0	2	1
45-54 ans	1	4	0
55 et plus	0	0	0
TOTAL	1	8	1

1.2.2 Sexe

Les spécialistes sont représentés de manière égale au niveau du sexe. Le médecin généraliste directeur médical adjoint est un homme tandis que l'informateur clé suisse est une femme.

Sexe	médecin généraliste	Spécialistes	Informateur clé de Suisse
Masculin	1	4	0
Féminin	0	4	1
TOTAL	1	8	1

1.2.3 Nombre d'années d'expérience

La moitié des spécialistes ont entre 11 et 15 ans d'expérience, 1/3 entre 1 et 5 ans et un entre 6 et 10 ans. Le médecin généraliste travaille comme directeur médical adjoint depuis 9 ans tandis que l'infirmière travaille dans le domaine de la recherche en soins infirmiers depuis environ 5 années.

Nombre d'années d'expérience dans la profession	Médecin généraliste	spécialistes	Informateur clé de Suisse
1-5 ans	0	2	1
6-10 ans	1	1	0
11-15 ans	0	3	0
16-20 ans	0	1	0
21-25 ans	0	0	0
26-30 ans	0	1	0

+ de 30 ans	0	0	0
TOTAL	1	8	1

1.2.4 Type de spécialisations

Type de spécialisations	médecin généraliste	spécialistes	Informateur clé de Suisse
Santé publique, recherche socio-sanitaire, éthique, plaies et cicatrisation	0	0	1
Doctorat en Santé Publique	1	0	0
Oncologie	0	1	0
Gériatrie	0	2	0
Chirurgie abdominale	0	1	0
Néphrologie	0	1	0
Endocrinologie et diabétologie	0	0	0
Diabétologie	0	1	0
Gynécologie	0	1	0
Pédiatrie	0	1	0

1.3 Médecins généralistes**1.3.1 Indépendants**

N°	Age (ans)	Sexe	Type	Nombre de médecins	Milieu d'activité	Distance de l'hôpital (km)	Nombre d'années d'expérience en solo	Nombre d'années d'expérience en groupe	Volume d'activités (par semaine)	Format° autres
1	50	M	groupe	3	urbain	8	17	10	+ de 100	ECG
2	46	M	groupe	7	rural	20	//	20	50-100	Médecine d'urgence
3	46	M	groupe	2	urbain	1	20	//	+ de 100	non
4	43	M	seul	//	Semi-urbain	5	16	//	50-100	ECG Coordination de soin gériatrie
5	55	F	groupe	3	Semi-urbain	2	29	19	+ de 100	non
6	53	F	seul	//	Semi-urbain	5	27	//	50-100	non
7	51	F	groupe	2	Semi-urbain	1	24	1	50-100	ECG Médecine préventive des enfants et ados.
8	32	F	groupe	2	Rural	15	//	7	50-100	non
9	29	F	seul	//	urbain	2	5	//	50-100	ONE BTA

1.3.2 Issus des maisons médicales

N°	Age (ans)	Sexe	Type	Nombre de médecins	Milieu d'activité	Distance de l'hôpital (km)	Nombre d'années d'expérience en solo	Nombre d'années d'expérience en groupe	Volume d'activités (par semaine)	Format° autres
1	58	M	MM	//	urbain	4	//	31	50-100	Balint Médecine tropicale ECG ONE
2	50	M	MM	5MG	urbain	2	//	25	50-100	Médecine Tropicale
3	43	M	MM	3MG	urbain	4	//	4	50-100	ONE
4	33	M	MM	//	semi-urbain	2	//	5	50-100	Acu-Puncture
5	31	M	MM	//	semi-urbain	5 à 10	//	2	- de 50	Non
6	48	F	MM	3MG	urbain	1	//	19	50-100	ECG SIDA Médecine Tropicale Santé publique Gestion des données Suivi de toxico-manes Homéopathie ONE

Technische verpleegkundige prestaties

FR

7	34	F	MM	3MG	urbain	5	//	8	50-100	ONE Balint
---	----	---	----	-----	--------	---	----	---	--------	---------------

2. RESULTATS

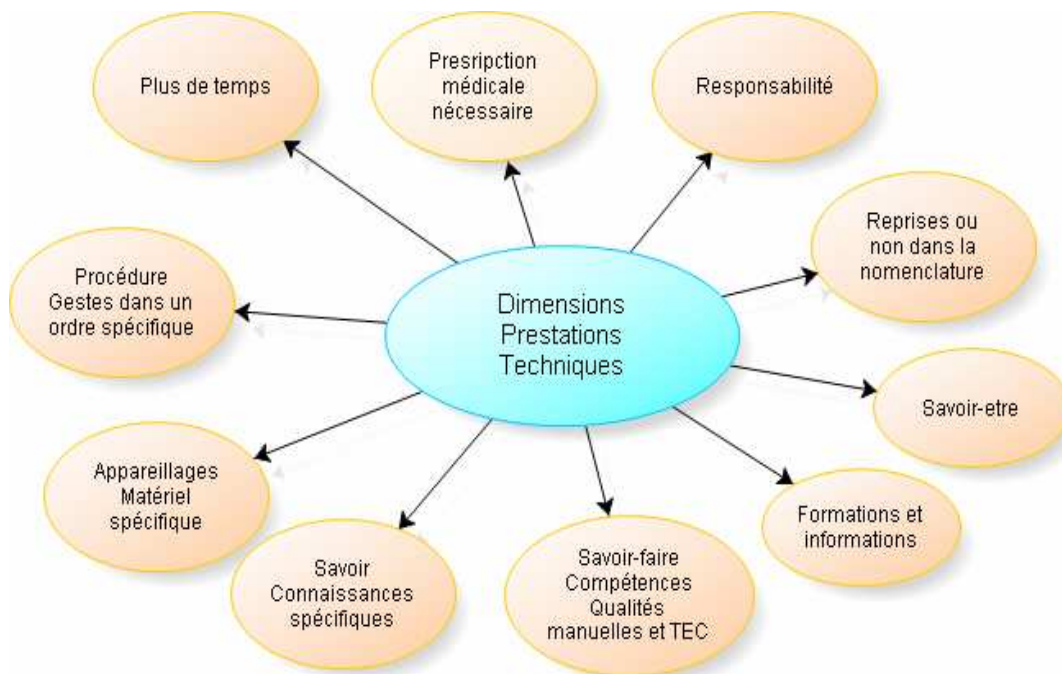
Livrable 2 : Inventaire des prestations techniques de soins infirmiers à domicile selon leur faisabilité à domicile

2.1 Définitions des prestations techniques

2.1.1 Infirmiers

Les prestations techniques sont définies comme étant des actes, des soins ou des prestations qui comportent différentes caractéristiques. Elles nécessitent des appareillages ou du matériel spécifique. Elles requièrent des connaissances plus spécifiques, des compétences, du savoir-faire (dextérité) ou une formation telle que celle qui est donnée aux infirmiers(ères). Ces sont des prestations qui relèvent de l'art infirmier. Elles sont reprises dans la nomenclature ou au contraire devraient y être reconnues. Elles engendrent également une responsabilité et nécessitent une prescription médicale. Les prestations techniques suivent une procédure et comportent différents gestes qui sont développés dans un certain ordre. Elles nécessitent plus de temps. Elles correspondent aussi aux soins de base en général. Pour définir les prestations techniques, différents exemples de prestations sont cités tels que la toilette, l'injection, le pansement, la prise de la tension, une perfusion, observer les besoins du patient et essayer d'y répondre, etc.

Modèle Infirmier



2.1.2 Spécialistes

Les prestations techniques nécessitent une démarche intellectuelle au préalable, une approche manuelle, un savoir-faire ou une certaine expérimentation, un contact physique avec le patient, du matériel, des appareils médicaux ou des dispositifs médicaux, une aide médicale disponible et une formation. Elles comprennent aussi tout ce qui a trait à l'éducation.

Elles correspondent également à un acte vis-à-vis du patient, un acte infirmier qui dépasse les 14 besoins de base, un acte invasif, un acte suscité par un symptôme ou un acte intellectuel qui a besoin de la prestation pour être mis en évidence mais qui peut être diagnostique de même que thérapeutique. Elles correspondent encore aux actes prestés par le personnel de soins de

santé pour le bien du patient ou sa santé, de même que pour répondre à la perte de ses capacités. Elles nécessitent une aide médicale disponible et des dispositifs médicaux. Tout geste chirurgical semble encore technique de même que tout geste infirmier.

Dimensions mises en évidence dans les définitions	infirmiers	spécialistes
Appareillage, matériel	7	5
Connaissances, savoirs spécifiques	5	0
Formations, apprentissage et informations	8	1
Nomenclature ou pas	5	0
Prescription médicale	1	0
Procédure et gestes dans un certain ordre	3	0
Responsabilité	1	0
Savoir-faire	6	4
Temps et plus de temps	2	0
Savoir –être	1	0
A trait à une technique d'approche ou de soin + organisation	0	1
Acte presté par le personnel de soin de santé pour le bien du patient, sa santé ou parce que plus la capacité	0	1
Dépasse 14 besoins de base	0	1
Relève de l'infirmier	1	0
Manuel	0	3
Ce qui à trait à l'éducation	0	1
Démarche intellectuelle au préalable	0	1
Suscité par un symptôme	0	1
Invasif	0	1
Acte vis-à-vis du patient	0	1

2.2 Caractéristiques des prestations techniques

2.2.1 Infirmiers

Les prestations techniques requièrent des connaissances particulières, une formation de base voire même des formations et informations complémentaires au cours du temps. Elles nécessitent davantage de temps dans la mise en œuvre ainsi que du matériel ou de l'appareillage. Elles suivent une procédure et comportent différents gestes techniques. Elles demandent des qualités techniques et manuelles, de l'organisation, de la réflexion et de la dextérité. Elles font appel à du savoir-faire et également du savoir-être.

2.2.2 Médecins

A. Médecins indépendants

Une prestation technique sous-entend le contact physique. Elle demande une compétence particulière et un apprentissage (savoir-faire). Elle comporte une dimension technique.

B. Médecins de maisons médicales

Elle demande une habileté manuelle et une certaine technicité. Elle nécessite un appareil de même qu'une formation et touche également au relationnel.

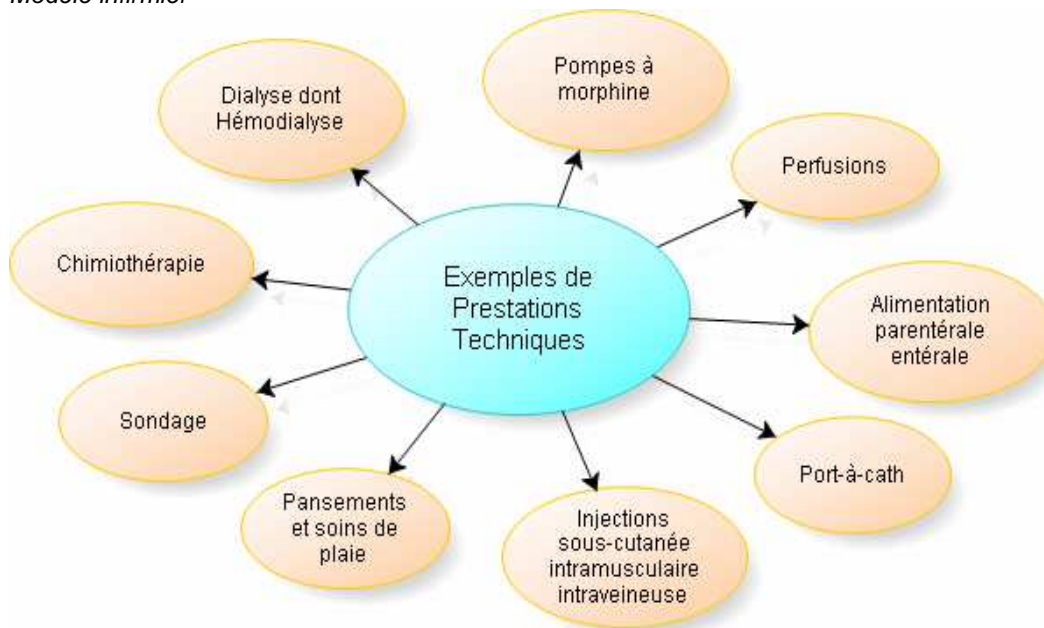
2.3 Exemples de prestations techniques

2.3.1 Infirmiers

Les prestations techniques les plus citées sont les injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses, les pansements, le port-à-cath, l'alimentation parentérale ou entérale, les perfusions, les pompes à morphine (chimiothérapie), la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse, les soins de plaie et le sondage vésical.

L'accompagnement des patients en fin de vie, l'éducation du patient, la prise de la tension, le changement de canules, le test glycémique et l'héparinage d'un herparjet sont également citées mais une seule fois.

Modèle infirmier



2.3.2 Spécialistes

Les pansements et soins de plaies qu'ils soient ou non compliqués, la mise en place d'une sonde (= sondage urinaire), le débouchage d'une sonde, les soins de sonde, les soins de stomie, les soins de trachéostomie, les soins de cathéter sont des exemples de prestations techniques. Sont également cités l'injection intramusculaire, sous-cutanée, d'insuline, l'échographie (notamment de la vessie), la radiographie, les opérations, la chirurgie, l'ablation de fils, l'utilisation de matériel de suture, les ponctions, la biopsie sur la thyroïde, le branchement d'une perfusion, la toilette, les actes médicaux délégués et l'utilisation du matériel de sutures. On retrouve également les alimentations entérale et parentérale avec tout ce que cela comporte : brancher, débrancher, manipuler le matériel et les pompes, gérer et prévenir les infections. Pour la dialyse péritonéale, il faut pouvoir monter la machine, la brancher et la

débrancher. On retrouve enfin tout ce qui a trait à l'éducation du patient : apprentissage de l'utilisation du matériel et éducation à la prise en charge des soins de stomie.

2.3.3 Médecins généralistes

A. Indépendants

La toilette, le lever et le coucher du patient (techniques de manutention) et la réalisation de tests glycémiques sont des exemples de prestations considérées comme techniques.

B. Travaillant en maisons médicales

Les soins de plaies, les injections, la prise de sang et de la tension, les vaccinations sont des exemples de prestations techniques qui ont été citées.

2.4 Justifications des exemples par les infirmiers

Les **pansements** parce que la stérilité doit être respectée; cette condition n'étant pas toujours remplie à domicile et qu'un savoir-faire acquis durant les études est indispensable.

Le **port-à-cath** parce qu'il n'est pas réalisé fréquemment ou au contraire parce qu'il prend de plus en plus d'ampleur. Il nécessite également du matériel stérile et spécial. Il doit être réalisé en suivant une certaine procédure. Il demande une maîtrise de connaissances et une certaine habitude. Il prend du temps.

L'alimentation parentérale ou entérale parce qu'elle nécessite la mise en place d'une pompe dont les modèles varient d'un hôpital à un autre. C'est un soin qui dure longtemps.

L'alimentation doit être branchée puis débranchée. Elle est de plus en plus souvent prestée au domicile alors que toutes les infirmières ne savent pas la mettre en œuvre.

Les **pompes à morphine** parce qu'il faut connaître les dosages et respecter la procédure et la stérilité. Il y en a de plus en plus au domicile.

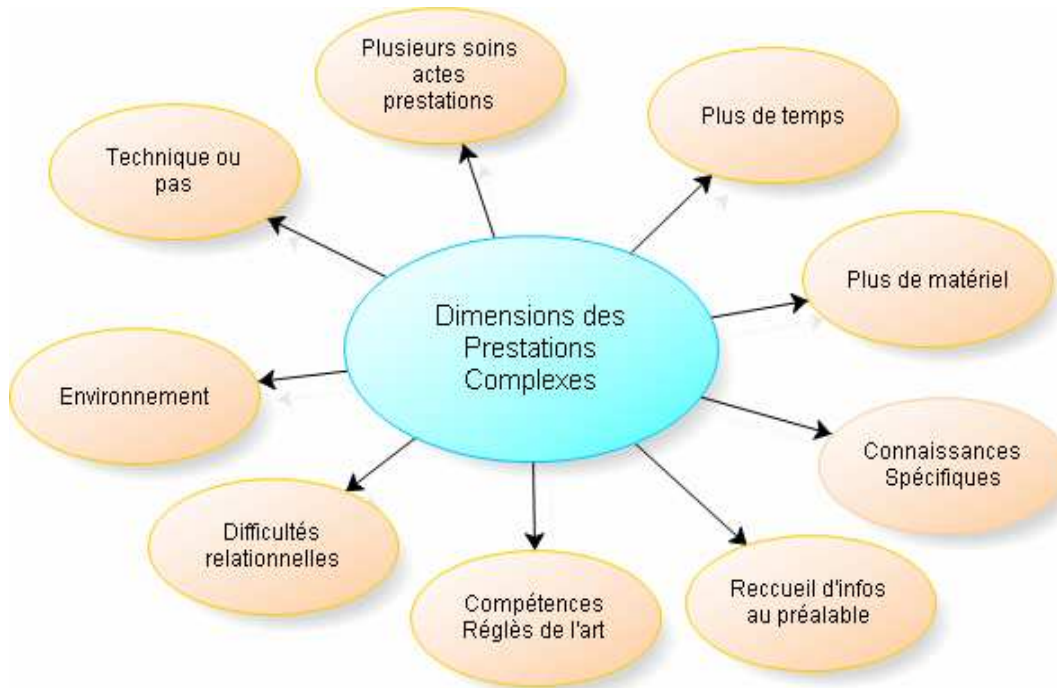
La **dialyse** parce qu'elle est uniquement réalisée par l'infirmière et qu'elle nécessite une formation complémentaire (dans le cas de la dialyse péritonéale).

Les **injections** sont citées parce qu'elles requièrent une formation d'infirmier et une prescription médicale. Elles demandent la connaissance des sites d'injection et des produits et de prendre des précautions en matière de stérilité. Elles comportent des risques.

2.5 Définitions des prestations complexes

2.5.1 Infirmiers

Les prestations complexes sont définies comme étant des prestations (techniques ou non) plus compliquées à réaliser et qui regroupent plusieurs soins (techniques ou non) différents qui peuvent exiger l'intervention de différents spécialistes. La complexité s'ajoute donc à la notion technique. Les prestations complexes prennent plus de temps et nécessitent davantage de matériel. Elles demandent un recueil d'information au préalable auprès d'un collègue, d'un médecin ou l'étude d'un mode d'emploi. Elles requièrent des connaissances, une maîtrise ainsi que des compétences. Elles exigent davantage de réflexion que les prestations techniques. Elles sont considérées comme complexes compte tenu de l'environnement dans lequel elles sont réalisées. Elles peuvent aussi correspondre à des prestations difficiles sur le plan relationnel. Elles doivent être réalisées dans les règles de l'art.

Modèle infirmier**2.5.2 Spécialistes**

La prestation complexe est une prestation, un soin qui n'est pas unique, pas classique, pas standard ou compliquée et qui correspond à une situation complexe. Elle exige une attitude mixte de la part du soignant et lui demande de se poser des questions. Elle correspond à l'addition de conditions, à une combinaison de soins qui font partie de la prise en charge globale, d'activités (traitement, thérapie, diagnostic) ou de plusieurs problèmes (qu'ils soient ou non techniques) ainsi qu'à l'intervention de plusieurs spécialités (orthopédiste, chirurgien, diabétologie).

Chaque acte technique peut également devenir complexe, surtout lorsqu'il est réalisé à domicile par une personne qui n'a pas l'habitude de cet acte (alors qu'à l'hôpital il est réalisé des dizaines de fois). Elle demande plus de temps, une formation, des conditions de stérilité ainsi qu'une surveillance particulière.

Dimensions mises en évidence dans les définitions	infirmiers	spécialistes
Plus de temps	3	2
Plus de matériel	2	0
Recueil d'informations au préalable	3	0
Savoirs, connaissances spécifiques	4	0
Difficultés relationnelles	1	0
Savoir-faire, compétences et règles de l'art	3	0
Environnement	1	0
Prestation technique ou pas	1	2
Globalité= plusieurs actes, problèmes, conditions ou spécialités	10	5
Stérilité	0	1
Formations adéquates	1	1

Procurent du bien-être	1	0
Savoir-être	1	1
Plus de réflexion	1	0
Se modifie dans le temps	1	0
Organisation	0	1
Surveillance particulière	0	1
Manque d'habitude	0	1
Implique une technicité ou demande une technique	1	1
Complicé, pas standard	4	2

2.6 Caractéristiques des prestations complexes

2.6.1 Infirmiers

Les prestations sont complexes parce qu'elles comportent plusieurs prestations ou touchent à plusieurs pathologies. Elles demandent à l'infirmier(ère) de penser à d'autres choses qu'aux soins infirmiers. Elles requièrent donc davantage de temps et d'énergie. Elles nécessitent également des compétences et des connaissances. La transmission d'informations et le travail en équipe semblent primordiaux pour ces prestations. La complexité de la prestation peut également être liée à l'état du patient, à son niveau de compréhension, à sa collaboration ainsi qu'à sa personnalité (aspect relationnel). Elles doivent être réalisées dans les règles de l'art et avec plus de matériel.

2.6.2 Médecins généralistes

A. Médecins indépendants

La complexité correspond à plusieurs techniques ou à une accumulation d'actes. Elle nécessite une capacité d'adaptation qui est liée à la fluctuation des paramètres. Elle correspond à une prise en charge globale du patient et dépend de l'autonomie de celui-ci.

La complexité engendre de la lourdeur au niveau de la prise en charge ce qui provoque également la rotation au niveau du personnel infirmier.

B. Médecins de maisons médicales

La complexité correspond à un suivi personnalisé ou à différents niveaux : médical, social, psychologique. La complexité peut également provenir de la situation en elle-même, du manque d'habitude, du manque de solution immédiate ou de la nécessité de se remettre en question. Certaines prestations techniques peuvent être complexes du fait de leur rareté (dialyse péritonéale). Le facteur temps peut également expliquer la complexité de même que l'environnement dans lequel la prestation a lieu (exigu).

2.7 Exemples de prestations complexes

2.7.1 Les infirmiers

Les exemples de prestations complexes sont plus variés que ceux donnés pour les prestations techniques. Les caractéristiques du patient semblent également expliquer la complexité. On retrouve parmi les prestations complexes: remonter le moral de quelqu'un; patient avec une poche qui ne tient pas; le soin réalisé chez un patient raide, non collaborant ou qui n'écoute pas; une toilette d'un patient Alzheimer; soigner une personne dans un milieu difficile ou un environnement difficile; soins apportés aux handicapés mentaux, aux enfants (actes douloureux ou avec traction), aux patients isolés, sourds, étrangers, diabétiques ou brûlés; pratiquer un acte invasif chez un patient en fin de vie; donner des médicaments à des patients psychiatriques ou « limites »; un patient oncologique avec une pompe à morphine; un patient à multiples pathologies; le sondage d'un homme.

Certaines prestations techniques sont également considérées comme complexes : les pansements, l'alimentation parentérale ou entérale, les soins de plaie, les soins palliatifs, le port-à-cath, la mise en place de pompe à morphine, les perfusions et la toilette.

On retrouve également les soins d'escarres, les soins d'ulcères, l'irrigation, le méchage, les soins ultra stériles, le changement d'une poche d'un anus artificiel, les stomies, l'ATB et l'injection de « fraxiparine ».

Il semble également que la prestation est complexe quand plusieurs disciplines sont concernées par le soin, quand elle exige d'être présent à une heure précise chez le patient, quand il y a plusieurs phases techniques chez le patient, quand les horaires sont complexes ou que l'infirmier(ère) n'est pas sur la même longueur d'ondes que sa collègue. Un petit soin semble toutefois pouvoir devenir complexe.

2.7.2 Les spécialistes

Certains soins de plaies (notamment purulentes, avec curetage ou d'escarre), le débridement des plaies et l'excision de nécroses sont considérés comme des prestations complexes. Certains soins de stomie, qui demandent de se poser des questions (quelle est la priorité dans mon soin ?) ou qui nécessitent beaucoup de compétences et de temps sont également d'autres exemples de même que le suivi des perfusions, l'administration avec des pompes de cytotostatiques, le suivi d'insuffisants rénaux, l'hémodialyse, la dialyse péritonéale (en continu pendant toute la nuit notamment), les accouchements, le suivi pré et post-natal.

Trois exemples de situations sont également donnés pour expliquer la complexité:

- L'équilibration d'un patient diabétique qui doit passer à l'insuline au moment où il est amputé d'un pied, qui a une grosse infection au niveau d'un pied avec un abcès ou qui rentre à domicile avec un gros délabrement
- La toilette d'un patient inconscient et cachectique où il faut se poser la question de savoir par où commencer et comment il faut soigner.
- Les lésions qui saignent en plus d'être infectées, douloureuses, fibrineuses et fortement odorantes.

2.7.3 Médecins généralistes

A. Indépendants

Faire une insuline en tenant compte de l'évolution des paramètres, réaliser un pansement chez un patient en perte d'autonomie ou une toilette chez un patient qui présente une fracture sont des exemples de prestations complexes cités.

Les médecins avouent qu'ils demandent différentes prestations à l'infirmier sans se poser la question de savoir si cela engendre de la complexité.

B. Travaillant en maison médicale

Les pathologies lourdes, la prise en charge des personnes âgées ou des toxicomanes, les soins palliatifs, les situations d'enfants suivis par le SAJ, les plaies chroniques, la remise à jour des vaccins sont des exemples de prestations complexes.

2.8 Justifications des exemples par les infirmiers

L'ampleur de certaines prestations au domicile est invoquée pour expliquer la complexité. Les stomies, les plaies, les ulcères et les pansements (d'ulcère, de greffe) semblent être fréquents à domicile. Les infirmiers (ères) ont acquis une certaine expérience par rapport à ces prestations. Le port-à-cath, l'alimentation parentérale, la trachéostomie, le remplacement d'un cathéter sont par contre réalisés plus rarement par certains infirmiers(ères).

Le temps que nécessite la prestation justifie également le caractère complexe d'une prestation.

C'est notamment le cas des patients à qui il faut remonter le moral, des enfants à qui il faut donner des explications, le méchage avec l'irrigation, les ulcères, les personnes fort dépendantes, les soins palliatifs.

Certaines prestations requièrent également de la rigueur, de la disponibilité au niveau des horaires. Elles engendrent parfois même du bénévolat. C'est le cas des soins palliatifs, de l'injection de « Fraxiparine » et l'ATB, l'alimentation parentérale, les soins réalisés chez une personne fort dépendante, le méchage avec irrigation. La fréquence de passage est également invoquée pour les patients qui sont fort dépendants (forfait C).

Le fait de travailler avec d'autres disciplines et de devoir arriver à s'organiser peut amener de la complexité dans la prestation. C'est le cas de l'alimentation parentérale, des soins palliatifs et des soins de plaie. Le fait d'être seul à gérer la situation peut toutefois rendre la situation plus complexe. C'est le cas des pansements chez des patients obèses ou de patients psychiatriques où l'infirmier doit gérer la prise des médicaments.

Le matériel que requiert la prestation est également invoqué. Cet argument est cité pour l'irrigation, le méchage, certains pansements, le remplacement d'un cathéter.

Le besoin d'information, de formation (apprentissage) pour réaliser ces prestations semble être avancé dans des exemples tels que l'alimentation parentérale, le port-à-cath, la trachéostomie, les soins de patients qui reviennent d'hôpitaux et le sondage chez l'homme.

Les facteurs de risques sont aussi invoqués : les soins de plaie chez les diabétiques, les pansements infectés (MRSA). L'émotion engendrée par certaines situations peut également rendre la prestation complexe comme ça peut être le cas pour un patient traumatisé crânien.

2.9 Différences entre prestations techniques et complexes

2.9.1 Infirmiers

Pour une prestation technique, il faut être particulièrement formé. Il y a un côté manuel (savoir faire) qui demande toutefois à l'infirmier de se remémorer ce qu'il a appris (savoir). Elle demande donc des connaissances appropriées. Cette prestation nécessite un respect des principes de stérilité et un ordre au niveau des actes. Il y a une procédure à respecter. Elle engendre de la responsabilité pour l'infirmier(ère). Une prestation technique ne pourra jamais être gérée par le patient uniquement. Elle est spécifique et pointue.

Pour une prestation complexe, c'est plutôt l'expérience qui va être importante. L'environnement doit également être adapté pour pouvoir accomplir la prestation. La prestation complexe demande plus d'organisation que de technique. Elle donne lieu à de la pluridisciplinarité et requiert de la synergie entre les intervenants. Elle allie savoir, savoir-faire et savoir-être. Elle nécessite un recyclage. Elle est complexe parce que plusieurs aspects ou paramètres rentrent en ligne de compte (accompagnement, coordination, durée, environnement, patient); ces paramètres font que la prestation peut être difficilement ou mal réalisée. Elle est complexe parce qu'elle engendre la réalisation de plusieurs actes ou d'actes connexes à la prestation technique tels que la liste des courses, la cuisine, la vaisselle. Elle correspond à la combinaison de plusieurs soins. La complexité, c'est la difficulté. Une prestation complexe pourra être gérée avec le patient et comprise par celui-ci au fil du temps.

2.9.2 Spécialistes

Deux spécialistes considèrent qu'il n'y a pas de différences. Les autres estiment qu'une prestation technique est quelque chose de routinier (administration d'insuline) tandis que celle qui est complexe correspond à un problème aigu qui survient dans un contexte (diabète). La prestation technique est simple et ne pose pas question, tandis que celle qui est complexe nécessite du temps pour réfléchir à différents aspects (le patient souhaite-t-il vivre seul ?) ou pour réaliser différentes choses (prendre des contacts avec plusieurs intervenants ou s'assurer

que le patient a bien compris les soins...). La durée du traitement, la responsabilité et la surveillance sont plus importantes pour la prestation complexe. Elle nécessite également plus d'expérience, de compétences et d'implication que la prestation technique. Pour cette dernière, la formation de base d'infirmier suffit. La prestation technique fait intervenir une technique (dispositif et intervention manuelle) tandis que la complexe peut être élargie à l'intervention médico-psycho-sociale. Le complexe peut toutefois faire partie de la technique lorsqu'il s'agit d'une technique ou d'un soin complexes.

2.10 Technique versus complexe

2.10.1 Infirmiers

Pour la grande majorité des infirmiers (ères) interrogés (19/22), les prestations techniques peuvent également être considérées comme complexes.

2.10.2 Spécialistes

Pour l'ensemble des spécialistes, les prestations techniques peuvent également être considérées comme complexes.

2.11 Exemples de prestations techniques et complexes

2.11.1 Infirmiers

Parmi les prestations techniques qui peuvent être considérées comme complexes, on retrouve la dialyse, le port à cath, le pansement (car saignements, difficultés qui nécessitent l'intervention de l'infirmière relais spécialisée ou du médecin, matériels nouveaux sur le marché), le sondage (suite à l'asepsie qui pose problème), le bilan hydrique (car l'infirmier n'est pas là pour voir ce que le patient a bu), la prévention des escarres (nouveau matériel), la mise en place d'une sonde vésicale (patiente avec malformation), l'alimentation (par sonde gastrique qui devient sonde avec compte gouttes et qui nécessite de faire un calcul des dosages, de remédier aux vomissements), les pompes à morphine, une injection (risque ou survenue d'une allergie).

Tout dépend du cas et de la situation de la personne. Un petit soin peut devenir complexe. Une prestation technique peut devenir complexe. Cela dépend de la compétence du soignant. Une prestation technique peut devenir complexe dès que l'infirmier réalise d'autres choses à côté de la prestation initiale ou qu'elle requiert une formation continuée et un recyclage du fait de l'évolution au cours du temps.

2.11.2 Spécialistes

Toutes les prestations techniques semblent pouvoir devenir complexes, notamment quand elles deviennent compliquées. La situation, le patient ou les problèmes peuvent devenir complexes. Des exemples de prestations liées au patient sont cités : prise en charge d'un patient diabétique, chimiothérapie chez un patient handicapé, plaie chez un patient en soins palliatifs, insuline chez un patient agité, prestation chez un enfant et cancer avec des métastases cutanées.

2.11.3 Raisons spécialistes

Pour la prise en charge de l'enfant, c'est sa fragilité qui peut rendre la situation complexe. Pour le patient diabétique, c'est parce qu'il peut être difficile à équilibrer ou qu'il peut exister plusieurs problèmes. Pour les prestations qui deviennent compliquées, c'est parce qu'elles demandent de l'expérience et un esprit plus aguerri.

2.12 Prestations techniques non prises en charge à domicile actuellement

Les prestations techniques qui ne semblent pas prises en charge sont par ordre décroissant : les chimiothérapies (5), les prises de sang (4), l'hémodialyse (3), les perfusions (3), l'alimentation entérale ou parentérale (2), le port-à-cath (2) et l'accouchement ou la surveillance de la grossesse. Certaines prestations n'ont été citées qu'à une reprise : retirer des fils, les brûlures, les trachéotomies, les soins palliatifs, le changement de cystocath à demeure, les ECG et EEG, la péridurale, les vaccins, la ponction et la transfusion sanguine et les pansements post-opératoires ou traumatiques. Certains infirmiers (3/20) avaient également l'impression que toutes les prestations étaient prises en charge au domicile.

2.12.1 Raisons de l'absence de prise en charge

Ces prestations techniques ne sont pas prises en charge au domicile pour différentes raisons. Elles nécessitent des formations complémentaires des infirmiers comme pour les prises de sang, les pansements post opératoire ou traumatique et la dialyse. Elles peuvent également comporter des risques et exigent la présence immédiate du médecin en cas de problème ou la surveillance importante des infirmiers; surveillance qu'il est impossible d'assurer au domicile par manque de temps. C'est le cas des vaccinations, de l'hémodialyse, des perfusions et la chimiothérapie. Le risque peut également être lié au manque d'hygiène comme pour le port-à-cath. Certains pensent aussi que ces prestations ne sont pas déléguées au domicile par crainte, rejet ou peur. Ces attitudes peuvent provenir de l'hôpital, de l'infirmier, du médecin ou de la famille. C'est notamment le cas lors du changement de cystocath, des chimiothérapies et des alimentations parentérales. Certaines prestations demandent aussi une certaine organisation comme le cas de la prise de sang pour laquelle il faut envoyer les échantillons au laboratoire. Le manque de matériel est également mis en avant de même que la raison financière telle que le manque à gagner pour le médecin qui se fait payer la consultation à domicile. C'est notamment le cas de l'hémodialyse, la prise de sang et la ponction.

2.13 Prestations complexes non prises en charge actuellement

Les exemples de prestations complexes non prises en charge ont été plus difficiles à donner que pour les prestations techniques. Ont été cités la dialyse et l'hémodialyse (3), la ventilation artificielle (2), les soins de plaies ou pansements chez les grands brûlés (2), l'accouchement, la perfusion sur 24 heures, la péridurale, les prises de sang, le port-à-cath, la chimiothérapie et tout ce qui a trait aux patients psychiatriques. Un infirmier a également mentionné l'administration des médicaments, la prise de la tension, la surveillance des paramètres vitaux et le rééquilibrage du diabète en spécifiant que ces prestations n'étaient pas récompensées pour l'énergie dépensée.

2.13.1 Raisons

Les prestations citées ne sont pas prises en charge par manque de temps. La ventilation artificielle nécessite parfois d'aspirer le patient plusieurs fois par jour. Quant à la perfusion, elle demande une surveillance 24h sur 24h. Les conditions du domicile sont fort différentes de l'hôpital en termes de stérilité, d'hygiène, de matériel et de compétences. Ces éléments sont notamment relevés (individuellement ou à de manière groupée) pour la prise de sang, l'hémodialyse, la ventilation artificielle, les soins palliatifs et les soins de plaies et les pansements des grands brûlés.

2.14 Besoins actuels pour prendre en charge les prestations

Les infirmiers ont tout d'abord besoin de matériel pour la prise en charge à domicile. Ce matériel peut être de base comme les seringues, les aiguilles, les sets de pansements, les gants stériles ou non, des sets de lavement, le tablier, les ciseaux, la pince à agrafes, le container pour les déchets, etc. Il peut également être plus spécifique comme le tensiomètre, les microsondes, les lits électriques, les matelas anti-escarres, le glucomètre. La voiture est également nécessaire à domicile de même que tout ce qui y est lié: carburant, assurances,

entretien, permis de conduire.

Outre le matériel, ils ont également besoin de temps pour la prise en charge, d'informations, de connaissances et de formations. Une bonne information est nécessaire avant la prise en charge. Celle-ci passe notamment par des prescriptions médicales et des contacts avec le médecin traitant ou hospitalier.

Les infirmiers ont besoin du patient, de sa confiance, de son consentement. Ils ont également besoin de l'entourage, des aides familiales, des aides professionnelles, des firmes, des centres de coordination et demandent à être reconnus. Le dossier infirmier, les diagnostics infirmiers, les plans de soins, les feuilles à cocher pour le pharmacien, l'échelle d'évaluation de la douleur, les outils visuels, le téléphone sont autant de supports utiles pour la prise en charge, tout comme l'espace et l'hygiène.

2.14.1 Besoins pour les prestations techniques

Les infirmiers ont également besoin de (plus de) matériel qualifié de plus professionnel, spécifique, usuel, bon et identique à celui de l'hôpital. Parmi les exemples, on retrouve la pompe, les blouses à usage unique, les gants stériles. Une infrastructure où l'infirmier peut trouver le matériel dont il a besoin est également utile. Comme précédemment, ils ont besoin de temps, d'informations, de formations, de savoirs et savoir-faire, de compétences, de pratique pour accéder à une certaine assurance. Ils demandent des prescriptions, des contacts avec l'hôpital et les médecins et d'une certaine régularité au niveau du personnel infirmier. Certains considèrent que les besoins pour les prestations techniques sont identiques à ceux des prestations en général.

2.14.2 Besoins pour les prestations complexes

De nouveau, le matériel et le temps sont cités. Le sont aussi le matériel couteux, le matériel didactique pour les enfants, les livres pour les problèmes relationnels et les revues professionnelles, la voiture, etc. Il semble également qu'il faille plus de temps pour les prestations complexes. La prise en charge de ces prestations nécessite aussi plus de courage, d'avoir les nerfs solides, plus de réflexion, des renseignements plus pointus, qu'on accorde plus de confiance. Elle demande aussi des formations, de l'accompagnement (d'une firme ou d'une psychologue), des infirmières référentes spécialisées, du personnel, du savoir-être, de la collaboration avec les médecins et des médecins désireux de collaborer, des certificats médicaux, des séminaires, des abonnements aux associations professionnelles et des informations (des hôpitaux). Avec les prestations complexes, les besoins peuvent sembler imprévisibles puisque qu'elles correspondent à une prestation technique à laquelle sont venus se greffer plusieurs autres actes.

2.15 Prestations non souhaitées au niveau de la prise en charge

Très peu refusent de prendre en charge certaines prestations. Certains sont plus nuancés et diront qu'ils acceptent tout pour autant que cela figure dans la nomenclature et qu'ils bénéficient d'une formation. Les exemples de prestations non souhaitées sont les suivants: l'injection de morphine, les soins de trachéostomie, les soins compliqués, les infections par MRSA, l'alimentation parentérale, la dialyse péritonéale, la préparation des médicaments, la prise en charge d'un patient psychopathe et les soins de pédicure.

2.15.1 Raisons invoquées

Les raisons invoquées sont le manque de temps (dialyse), d'informations, d'explications, de notes de l'hôpital (morphine, alimentation, soins de trachéostomie). L'absence de financement (préparation des médicaments) et de réglementation sont également invoqués. La peur, le danger (patient psychopathe) et la responsabilité que la prestation peut engager (chimiothérapie) sont encore cités.

RESULTATS RELATIFS AU RAPPEL DES 24 HEURES

2.16 Relevé d'activités durant le 24h recall

2.16.1 Structure de la grille 1

Dans la grille « 1 » l'infirmier était invité à donner plusieurs renseignements concernant ses activités sur 24 heures. L'ordre des questions posées suivait le déroulement des activités d'une journée de travail d'infirmier à domicile. Cette manière de procéder a permis de visualiser assez simplement leurs activités dans le temps. Ainsi la première colonne indiquait un temps de déplacement, ensuite l'heure d'arrivée chez le patient et l'heure de départ (permettant de calculer le temps presté chez ce patient), deux autres colonnes permettaient de numérotter les patients et les différentes activités prestées. Ensuite étaient décrits les activités, gestes, soins ainsi que le temps presté pour chacun. Finalement il était demandé de signaler si la prestation était référencée dans la nomenclature INAMI et si elle faisait l'objet d'un forfait.

Grille d'activités

GRILLE 1

Quels sont tous les actes / gestes / soins que vous avez réalisés à domicile **ces 24 dernières heures** ?

Temps consacré au déplacement (En minutes)	Heure d'arrivée chez le patient	Heure de départ chez le patient	N° patient	N° Actes Soins Geste	DESCRIPTION de l'acte du soin du geste (un par ligne)	Temps presté pour cet acte, soin, geste (En minutes)	FORFAIT <u>Si oui</u> , noter le type FA, FB, FC, PA, PB, PC, PP, PN, Diabète <u>Si non</u> : noter non	Autres n° de la nomenclature Oui / Non

2.16.2 Le facteur temps

Contrairement à l'infirmier travaillant à l'hôpital, l'infirmier du domicile se déplace le plus souvent en voiture pour se rendre chez les patients à soigner. Différentes mesures de temps ont été enregistrées comme le temps total de la prestation par patient et la durée de chaque activité. L'environnement (ex.: locaux dispersés, pas d'entourage), le travail en solitaire, des caractéristiques du travail à domicile (ex.: difficulté d'entrer chez le patient) peuvent influencer le temps presté. Les mesures de temps devaient de plus apporter des caractéristiques pour la définition des prestations techniques et complexes.

A. Temps avant le départ d'une tournée de visites

Certains infirmiers (4 sur 22) signalent un temps de travail avant le départ de leur tournée. Les activités sont par exemple: rechercher les trajets les plus rapides, aller chercher la clé d'un patient (2 minutes), écouter des messages sur le GSM (5 minutes), entretiens téléphoniques avec le médecin traitant (20 minutes). Un infirmier a consacré 45 minutes pour préparer sa tournée: la collecte des données, la lecture des fiches des différents patients (nom, prénom, âge, pathologie, traitement, situation familiale, nom du médecin traitant, ce que le patient et la famille savent de la maladie et les actes infirmiers à réaliser). Avant le départ pour leur tournée, les professionnels se penchent sur les informations récentes reçues des collègues comme l'évolution de la maladie, l'aspect psychologique du patient, les aspects administratifs ou encore

les certificats médicaux à réclamer. Enfin, il faut préparer le matériel nécessaire aux soins

Temps avant le départ pour les visites	de 0 à 45 minutes
Temps de travail après les visites	de 0 à 90 minutes

B. Temps consacré aux déplacements

Peu d'infirmiers ont noté le temps de déplacement les menant à leur première visite, alors que ce déplacement existe. Le temps noté pour les déplacements entre deux visites de patients est très variable ; on observe un minimum de 0 et un maximum de 35 minutes. Le temps zéro s'explique par le fait que deux patients habitent à la même adresse.

Temps de déplacement noté	Minimum en minutes	Maximum en minutes
pour se rendre chez le premier patient	1	30 (salarié)
entre les visites des patients	0	35
après la dernière visite	8	35 (indépendant)

C. Temps consacré aux prestations

Tous les infirmiers ont noté la durée totale de présence chez les patients.

Certains n'ont cependant pas complété toutes les colonnes concernant le temps consacré aux activités. Certains ont noté le temps consacré pour un groupe de soins, ce qui ne permet pas de connaître le temps exact presté pour chaque activité. Pour les prestations ayant le même numéro de nomenclature, on relève un temps variable allant de 8 à 90 minutes. Le temps d'une toilette seule varie de 3 à 45 minutes. Les durées les plus courtes se situent en général le soir et correspondent à une toilette intime avant la nuit ou une remise au lit et correspondent donc le plus souvent à un second ou troisième passage de la journée (souvent des forfaits). Les chiffres élevés correspondent le plus souvent au passage du matin (ex.: toilette complète). Certains soignants englobent dans le temps consacré, pour une injection par exemple, tout ce qui est fait en annexe comme le travail administratif, la réalisation du dossier, les communications orales et écrites.

Certaines observations montrent d'autres disparités. Un pansement simple peut prendre parfois le même temps qu'un pansement spécifique (30 min). L'addition d'un forfait et d'une prestation technique spécifique n'augmente pas spécialement le temps de travail. Pour débrancher une alimentation parentérale, un infirmier note 10 min. un autre 30 min.

Prestations relevées dans le 24h recall	Temps minimums et maximums relevés (en minutes)
Communication /collaboration	1 à 35
Education / conseils / informations / explications	1 à 12
Relation d'aide, accompagnement	5 à 35
Observer / surveiller / vérifier / prévention	1 à 10
Soins d'hygiène (toilette)	4 à 44 *
Soins annexes généraux (dents, cheveux, raser)	1 à 20
Soins annexes / peau	1 à 10
Soins annexes / habillement	1 à 10
Soins annexes / incontinence	1 à 5
Soins annexes / manutention, mobilisation	1 à 14
Forfait A	4 à 44 * ⁶

⁶* pour les forfaits A ou B de ce 24h recall, les 4 et 8 min correspondent aux 2^{ème} voire 3^{ème} passage. Souvent il s'agit d'un change de linge, d'une toilette intime ou de l'administration d'un médicament. Pour un patient bénéficiant d'un forfait, 2 ou plus de 2 passages sont parfois effectués.

Forfait B	8 à 90 *
Forfait C	8 à 45 *
Forfait palliatif A	33 à 60
Forfait palliatif B	20
Forfait palliatif C	15 à 70
Forfait A + prestation technique spécifique AP ⁷	44
Forfait B + prestation technique spécifique AP	40 à 60
Forfait palliatif A + forfait prestation technique spécifique	44
Forfait palliatif B + forfait prestation technique spécifique	40 à 60
Forfait palliatif C + forfait prestation technique spécifique	71
Forfait A + forfait diabétique	5 à 35
Forfait B + forfait diabétique	20 à 60
Forfait diabétique	5 à 15
Forfait prestation technique spécifique, aliment. parentérale	30 à 60
Traitements injections	1 à 10
Traitements pansements simples	2 à 30
Pansements complexes	5 à 20
Pansements spécifiques	15 à 35
Autres prestations techniques de la nomenclature	
Alimentation parentérale branchement et soins	10 à 60
Irrigation vésicale	5
Irrigation vaginale	5
Lavement	2
Débouchage manuel	5
Prise de sang	5 à 10
Soins de gorge	15
Désinfection d'une sonde vésicale	1
Oxygénothérapie, installation	5
Alimentation entérale branchement	2
Aspiration trachéale	3
Soins d'une stomie entérale	15
Soin d'une trachéostomie	10
Thérapie de compression	2 à 10
Soins de vulve	4
Dialyse péritonéale	27
Traitements médicamenteux autres que les injections	1 à 17
Travail administratif / transmissions	1 à 120
Gestion de l'environnement et organisation	1 à 35
Aides à la vie quotidienne	1 à 10
Gestion des problèmes et inconvénients	1 à 35

D. Temps après le retour à domicile

La moitié des infirmiers (11 sur 22) signalent des activités à l'issue de leur tournée comme: le rapport de la tournée, les communications détaillées sur les changements récents survenus chez les patients, les aspects administratifs, stérilisation du matériel, vérification du stock de matériel infirmier. Une garde de nuit de 21h à 8h du matin est aussi signalée par une infirmière. Deux infirmiers notent un temps presté après leur retour à domicile variant de 35 à 120 min. Il s'agit une fois d'une sortie pour administrer un analgésique en suppositoire (dont 15 minutes de

⁷ AP = alimentation parentérale

trajet + soins sans numéro de nomenclature), la seconde fois d'une sortie concernant le décès d'un patient suivi d'une toilette mortuaire et d'un accompagnement de la famille (prévenir la plate forme palliative, les pompes funèbres, soutenir, informer, conseiller).

E. Temps presté sur 24 heures

Les journées de travail varient de 4h ¼ à 11h ½ par jour. Cinq soignants travaillent moins de 5h ¼. Trois infirmiers indépendants prestent de 10h à 11h ½ par jour mais la grande majorité preste une moyenne de 8.07 heures. La majorité des infirmiers fait une pause aux heures de midi. Les quelques infirmiers qui ne prennent pas cette pause prestent jusqu'à 7h ¾ d'affilée. Cette situation se retrouve plus souvent chez les infirmiers indépendants que les salariés. Les infirmiers qui ne travaillent que le matin sont tous salariés. Le nombre de visites effectués sur un temps donné est variable.

Statuts des infirmiers	Nombre de patients visités sur la journée	Temps presté le matin en heures	Temps presté l'après-midi	Temps presté le soir
Infirmiers indépendants	36	7 1/4		4 1/4
	32	7 3/4		1 ¾
	29	7		3 ½
	27	7 1/2		2
	25	5 3/4		3 ½
	20	6 1/4		2
	19	6 1/2	2 3/4	2
	17	5		2
	6	3 1/2		1 3/4
	Infirmiers salariés	33	4 1/2	
32		4 1/2		4 ¼
29		4 1/2		4 ½
24		5 1/4		2
24		6		2
22		5		2
20		5 1/2		
19		7 1/4		
15		7 3/4		
13		4 3/4		
11		5 3/4		
11		4 3/4		
6		6 1/4		

F. Temps presté en fonction des actes demandés

Pour un même forfait, l'infirmier peut prester plus ou moins d'activités. Un certain nombre de prestations sont demandées par le médecin comme la glycémie, la prise de tension ou la gestion des médicaments. D'autres prestations émanent du rôle propre de l'infirmier comme la prévention et l'éducation. La famille et le patient sont d'autres demandeurs. Dans le cas du médecin, il est rarement précisé s'il s'agit du médecin traitant ou du spécialiste.

Situations 1	Prestations reprises dans la nomenclature	Prestations non reprises dans la nomenclature
Soins d'hygiène (forfait)	100 % du temps de présence chez le patient	0

Situation 2	Prestations reprises dans la nomenclature	Prestations non reprises dans la nomenclature
2) soins d'hygiène + insuline (forfait)	20 % du temps de présence chez le patient	
+ remplir le pilulier, donner les médicaments, prévenir les escarres par des frictions, installer le patient, conseils et faire la glycémie		80 % du temps de présence chez le patient

Les actes demandés se retrouvent parfois totalement dans la liste des prestations de la nomenclature, mais parfois, au contraire, un grand nombre des activités effectuées ne le sont pas.

Deux versions:

- Un infirmier note que chaque activité prestée (nomenclature ou non) fait partie de ce forfait et est donc dans la nomenclature.
- D'autres infirmiers séparent les activités « clairement » citées dans la nomenclature et toutes les autres qu'ils classent « non nomenclature ».
- Un infirmier salarié note que toutes les activités prestées (forfait ou non forfait) sont dans la nomenclature.

Exemples de prestations qu'un infirmier dit retrouver dans la nomenclature

Entretien avec le patient sur le diagnostic
 Suivi du diagnostic
 Entretien avec l'épouse du patient (relation d'aide)
 Entretien médecin pour avis point de vue évolution de la plaie
 Entretien sur l'éducation à l'autonomie pour le soir
 Entretien, conseils (hygiène, soins de peau)

Toilette ⁸

Changement de linge
 Crème car risque d'escarre
 Téléphoner pour commander du matériel
 Glucotest
 Préparation des médicaments

Il arrive que l'infirmier consacre tout son temps de présence chez le patient pour une même activité, comme les soins d'hygiène mais dans d'autres cas, ils sont aussi amenés à effectuer d'autres activités prévues (la gestion d'un pilulier) ou imprévues (gérer un malaise du patient pendant le soin). Le temps total est alors allongé et le nombre de visites pour le même temps se réduit.

Prestations du 24h recall	Temps minimum et maximum relevé
Soins d'hygiène, toilette, soins annexes	20 à 100 % du temps total presté chez le patient
Pour le même temps de travail (22 infirmiers)	6 à 22,5 visites

Les prestations citées comme étant techniques ou complexes nécessitent un temps variable. Autant la technicité que la complexité peuvent augmenter le temps de travail d'un infirmier.

⁸ Unique activité dont le vocabulaire est repris dans la nomenclature.

Prestations du 24h recall	Temps minimum et maximum relevé
Prestations techniques	0,5 à 30 min
Prestations complexes	1 à 35 min

2.16.3 La fréquence des visites chez les patients et nombre d'activités

Certains infirmiers (2 sur 22) visitent 6 patients sur leurs 24h alors que d'autres visitent jusqu'à 36 patients. La moyenne par infirmier et par jour se situe à 21,36 visites. Certains soignants ont attribué un seul numéro pour toutes les activités effectuées chez le même patient. Ce nombre d'activités peut aller dans ce cas jusqu'à 7. D'autres infirmiers ont disséqué leur travail jusqu'à obtenir 38 activités par patient.

2.16.4 La description des activités, soins, gestes

A. Mode de description

Certains infirmiers utilisent un seul mot pour décrire l'activité, voire un symbole comme « T » pour nommer la toilette. D'autres infirmiers décrivent dans le détail leur acte; par exemple, la « pesée du patient pour faire un lien avec l'alimentation parentérale implique de chercher la balance, vérifier sa fiabilité, peser le patient, ranger la balance ».

B. Thèmes

696 termes ou phrases différentes ont été utilisés par les infirmiers pour décrire leurs activités. Les activités ayant un point commun (ex: « communication ») relevées de manière nettement plus fréquente ont fait l'objet d'un groupe appelé « thème ».

Pour classer les différents thèmes⁹, nous avons suivi la journée de travail classique d'un infirmier. Celle-ci commence le plus souvent par un contact (contact avec un autre intervenant, un bonjour chez le patient). Le premier groupe d'activités est donc:

1. « Communication/collaboration »

Ensuite, le rôle propre de l'infirmier est « observer le patient, observer son environnement » pour évaluer et choisir les priorités. Le deuxième groupe est donc:

2. « Observation/vérification/surveillance/prévention ».

Viennent ensuite les soins de base, activités qui occupent une part importante des visites d'un infirmier à domicile, d'où:

3. « Soins d'hygiène et activités annexes à la toilette ».

Les traitements, largement repris dans le 24h recall, prestations proprement infirmières forment les groupes:

4. « Traitements / injections »
« Traitements / soins de plaies »,
« Traitements / autres prestations dites techniques dans la nomenclature INAMI »,
« Traitements / médicaments autres qu'injections »,

Les travaux administratifs, les transmissions inévitables dans le travail d'une infirmière forment le groupe:

5. « Travail administratif / transmission ».

Tout travail d'un infirmier demande des initiatives pratiques et logiques reprises dans le groupe:

6. « Gestion de l'environnement, organisation, garde ».

L'absence d'entourage et d'aide fait que l'infirmier doit parfois effectuer des tâches qui de prime abord ne sont pas absolument des tâches infirmières reprises dans:

7. « Aide à la vie quotidienne ».

⁹ Voir annexe N°5 pour la classification en différents thèmes.

Les infirmiers ont signalé des situations à problèmes rendant leurs prestations parfois complexes ; elles sont regroupées dans:

8. « Gestion des problèmes et inconvénients ».

Les grands thèmes du 24h recall	
Communiquer / collaborer	
<i>l'infirmier communique <u>chez</u> le patient</i>	<i>avec le patient, sa famille, l'aide familiale, la garde-malade, l'assistante sociale, le kinésithérapeute, le médecin</i>
<i>l'infirmier rend visite</i>	<i>au patient</i>
<i>l'infirmier téléphone</i>	<i>au patient, la famille, médecin, kinésithérapeute, coiffeuse, collègues, chef, centre de coordination, plate forme de soins palliatifs, bandagiste, fournisseur d'oxygène, représentant pharmaceutique, ambulance, pompes funèbres, hôpital, mutuelle et la maison communale</i>
<i>l'infirmier reçoit des appels téléphoniques</i>	<i>de ses collègues, un représentant, un patient et un fils de patient</i>
<i>l'infirmier fait une relation d'aide</i>	<i>écoute active, rassurer, accompagner</i>
<i>l'infirmier explique / informe / éduque / conseille</i>	<i>le patient et son entourage</i>
Observer / vérifier / surveiller (prise des paramètres) / prévention	
Soins d'hygiène (toilette)	
<i>prestations complémentaires à la toilette</i>	<i>liées à la peau et l'activation de la circulation</i>
	<i>liées à l'habillement</i>
	<i>liées spécifiquement à l'élimination</i>
	<i>liées à la manutention et la mobilisation</i>
Traitements	<i>Injections</i>
	<i>soins de plaies / pansements</i>
	<i>autres techniques infirmières liées aux soins de l'appareil urinaire, gynécologique, respiratoire digestif, liées aux prises de sang, aux hypodermoclyses, à la thérapie de compression et à la bandagisterie</i>
	<i>gestion de la médication autre que les injections (préparation, administration, gestion)</i>
Travail administratif / transmission	<i>dossier, transmission</i>
Gestion de l'environnement / organisation	<i>prestations non accompagnant les soins infirmiers</i>
Garde de nuit	
Aides à la vie quotidienne	
Gestion des problèmes et inconvénients	<i>liés au matériel et à l'environnement</i>
	<i>liés au patient</i>
	<i>liés au stationnement</i>

Les activités ne sont classées que dans un seul groupe par souci de simplification. Certaines pourraient en effet se retrouver dans plusieurs groupes, comme par exemple:

1. « Communication/collaboration » pourrait aussi accueillir certaines activités des groupes « Travail administratif / transmission » et « Problèmes / inconvénients ».
2. « Observation/vérification/surveillance/prévention » pourrait accueillir « Communication », « Evaluation des pansements », « Transmission » et « Problèmes ».

3. « Soins d'hygiène et activités annexes à la toilette » pourrait accueillir « Transmission » et « Gestion de l'environnement / Organisation ».
4. « Traitements / injections »
 - « Traitements / soins de plaies »
 - « Traitements/ autres prestations dites techniques dans la nomenclature INAMI »
 - « Traitements/ médicaments autres que les injections » pourraient accueillir « Communication », « Observation », « Organisation », « travail administratif / transmission » et « Problèmes ».
5. « Gestion de l'environnement, organisation, gardes » pourrait accueillir « Communication », « Observer », « AVQ », « Soins d'hygiène » et « Travail administratif / transmission ».

C. Les variantes

Une même activité est décrite de différentes façons. Ainsi, pour les soins d'hygiène (toilette), 39 manières différentes ont été utilisées pour les décrire: toilette complète, rafraîchir, toilette à l'évier ou toilette-Alzheimer.

Les soins annexes et prestations complémentaires à une toilette se sont exprimés de 91 façons: bain de bouche, massage, mettre le corset, mettre les bijoux, placer l'urinal, installer sur une chaise percée ou aider au déplacement.

La communication et collaboration avec le patient, la famille, le médecin et les autres intervenants s'est déclinée en 104 mentions différentes: hypoglycémie, rendez-vous, accompagnement de fin de vie, etc.

L'observation du patient, sa surveillance et les activités préventives sont relatées de 60 manières; les soignants ont noté la prise de paramètres prescrite par le médecin ainsi que des initiatives relevant de l'art infirmier comme la surveillance d'une sonde vésicale.

Les informations concernant les injections ont été notées de 11 manières. Les autres formes de médications (per os, administration d'oxygène, ...) ont été décrites de 50 façons différentes.

Les soins de plaies/pansements ont été réalisés dans 60 cas différents: stomie, cathéter, escarre...

Les termes « simple, complexe ou spécifique » de la nomenclature INAMI ont aussi été utilisés pour décrire l'activité.

Certaines prestations infirmières, reprises comme prestations techniques par l'INAMI, sont signalées mais seulement 45 fois. Ces prestations vont du sondage vésical au lavement en passant par l'alimentation parentérale, la thérapie de compression et la dialyse péritonéale.

2.16.5 La fréquence des activités, soins, gestes dans le 24h recall

Ont été le plus souvent cités:

- soins d'hygiène (toilette)
- injections dont les sous-cutanées et intramusculaires
- soins de plaies simples et complexes
- communication (entretiens avec le patient, son entourage et les autres intervenants)
- téléphoner (principalement pour transmettre des informations)
- éduquer (expliquer, informer, conseiller)
- observer (surveiller, prendre des paramètres, actions préventives)
- prestations complémentaires à la toilette (soins annexes, exemples: soins de bouche, de peau, prestations liées à l'habillement, l'élimination, la manutention et la mobilisation)
- gestion des médicaments
- gestion de l'environnement (préparer matériel, ranger, nettoyer)

Ont été un peu moins fréquemment cités:

- pose de bas ou bandes de contention (mais pas financé si effectué avec autre soin)
- collyres ophtalmiques (mais seulement financé 15 jours en post op)
- pommades (objectif pas toujours précisé dans le 24h recall, on cite psoriasis, eczéma mais pas financés si effectués avec autre soin)

Ont été plus rarement cités:

- soins de plaies spécifiques
- sondage vésical
- irrigation vaginale
- irrigation vésicale
- soins de vulve
- aspiration des voies respiratoires
- lavement
- débouchage manuel
- alimentation entérale
- alimentation parentérale
- (perfusion) hypodermoclyse
- forfaits soins palliatifs
- relation d'aide
- aide à la vie quotidienne
- gestion des problèmes et inconvénients (liés au patient ou à l'environnement)

Ont été rarement cités voire pas du tout:

- forfaits diabétiques
- réception d'appels téléphoniques
- garde de nuit

2.16.6 Les prestations citées comme étant dans la nomenclature INAMI

A. Connaissances des infirmiers au sujet de la nomenclature

A la question de savoir si le soin était repris ou non dans la nomenclature, 17 infirmiers ont répondu pour la totalité des prestations du 24h recall, 2 infirmiers salariés ont omis quelques réponses et 1 infirmier salarié y a répondu partiellement. Deux infirmiers salariés n'ont pas répondu dans le 24h recall.

Un infirmier note que toutes les activités sont dans la nomenclature (toilette mais aussi glycémie, communications, donner des conseils, action de prévention, conduire à la toilette). Deux autres infirmiers sont du même avis mais uniquement quand les patients sont en forfaits, les glycémies, communications, par exemple, faites en dehors d'un forfait ne sont pas dans la nomenclature.

Certaines activités sont parfois erronément citées comme étant dans la nomenclature (ex.: « préparer les médicaments). L'inverse est parfois observé également.

Parmi les 20 infirmiers ayant donné une réponse, certains n'ont pas pu répondre pour chaque activité.

NSP <i>(ne savent pas répondre)</i>	Nombre d'infirmiers
2 à 3 activités	15
13 activités	1
15 activités	1

Parmi les 22 infirmiers, en ne retenant que les soins pour lesquels une réponse a été donnée, les infirmiers ont presté 656 fois des prestations figurant dans la nomenclature de l'INAMI sur un total de 2385 activités.

Thèmes	Prestations du 24h recall nomenclature INAMI	Prestations du 24h recall <u>clairement NON</u> Nomenclature INAMI	Prestations du 24h recall <u>éventuellement</u> nomenclature INAMI (nomencl. imprécise)
communication		271	
observation prévention		184	
soins d'hygiène	243		
prestations complémentaires à la toilette			707
Injections	200		
soins de plaies	141		
autres prestations techniques INAMI	72		
gestion médicaments		173	
administration/transmission			153
gestion/ organisation		152	
aide à la vie quotidienne		54	
gestion des problèmes		35	
TOTAL	656	869	860

Certaines prestations pour diabétiques ont été signalées comme étant des « forfaits diabétiques », cependant, rien n'indique de quel forfait il s'agit (pas d'intitulé, ni d'activité signalée comme par exemple « éducation à l'autonomie »). Par contre les forfaits « prestations techniques spécifiques INAMI » ont toujours été signalés correctement.

B. Relevé des prestations du 24h recall figurant ou non dans la nomenclature

Le tableau ci-dessous reprend des exemples de prestations figurant ou non dans la nomenclature. A titre documentaire, nous avons juxtaposé les spécifications de la nomenclature INAMI.

Prestations relevées dans le 24h recall	La prestation est dans la nomenclature INAMI					
	Réponses des Infirmiers			Observations dans la nomenclature INAMI *		
Communiquer avec le patient	oui	non			non	
Communiquer avec le médecin (pour problèmes, transmissions, avis, etc.)	oui	non		oui diab ¹⁰ oui sp ¹¹ oui spé ¹²	non	
Communiquer avec la famille	oui	non		oui sp	non	Imprécis ¹³
Relation d'aide avec le patient et l'entourage	oui	non	néant ¹⁴	oui sp	non	
Education du patient	oui	non	néant	oui diab.	non	
Donner des conseils liés à la santé	oui	non	néant	oui diab.	non	
Observer, vérifier les pieds	oui	non		oui diab.	non	imprécis
Prise de la tension artérielle	oui	non	NSP ¹⁵		non	imprécis pour sp
Surveillance des urines, de la diurèse	oui	non	NSP		non	imprécis pour sp
Prise des paramètres (en lien avec dialyse péritonéale, alimentation parentérale)	oui	non		oui sp	non	imprécis
Bilan hydrique	oui			oui sp	non	
Peser	oui	non		oui diab.	non	
Prévention des escarres		non			non	imprécis
Mettre Isobétadine entre les orteils		non			non	imprécis
Faire glycémie et évaluer	oui	non		oui diab.	non	imprécis
Gestion échelle d'évaluation de la douleur		non		oui sp	non	imprécis
Vérifier installation et sécurité	oui	non			non	imprécis
Vérifier que le patient prenne ses médicaments, les prenne correctement		non			non	
Vérification de la sonde gastrique			NSP		non	
Vérification d'une sonde vésicale		non	NSP		non	imprécis
Cuisse gonflée, questionnement		non			non	
Mettre une tenue stérile		non			non	imprécis
Prévention, lavage des mains		non	NSP		non	imprécis
Toilette	oui			oui cond.	non si hors conditions	
Toilette mortuaire		non			non	
Soins annexes, raser, ongles	oui	non	NSP		non	imprécis
Laver les dents, bain de bouche	oui	non	NSP	oui sp	non	Imprécis
Laver les cheveux	oui	non			non	Imprécis
Déshabiller	oui	non			non	Imprécis
Habiller	oui	non	NSP		non	Imprécis
Placer une protection d'incontinence	oui	non			non	Imprécis

¹⁰ Oui diab = oui à condition de répondre aux critères des forfaits pour diabétiques

¹¹ Oui sp = oui, à condition de répondre aux critères des forfaits soins palliatifs

¹² Sp/pc = soins palliatifs pseudocodes, non financés

¹³ Imprécis = les textes de l'INAMI manquent de précisions pour classer cette prestation

¹⁴ Néant = certains infirmiers n'ont donné aucune réponse

¹⁵ NSP= l'infirmier ne sait pas

Vider le sac à diurèse		non			non	Imprécis
Vider la chaise percée, remonter à l'étage		non			non	Imprécis
Mise en place d'un étui pénien		non			non	Imprécis
Installer, enlever la panne, l'urinal	oui	non			non	
Attendre la fin de l'élimination urinaire		non			non	
Appliquer une crème, pommade	oui	non	NSP	oui cond. ¹⁶	non	Imprécis
Talc, antimycosique dans les plis		non			non	Imprécis
Manutention , transfert du patient	oui	non	NSP		non	Imprécis
Installer sur une chaise percée	oui	non	NSP		non	Imprécis
Lever la personne	oui	non			non	Imprécis
Mettre dans une chaise roulante		non			Non	Imprécis
Donner la canne, les lunettes, les béquilles pour le déplacement		non			Non	Imprécis
Réinstaller dans le lit, redresser le patient	oui	non		oui		Imprécis
Difficulté de mobilisation		non			Non	
Installer pour la nuit	oui	non			Non	
Aide au déplacement, aide pour se lever	oui	non			Non	
Utilisation d'un lève personne	oui	non			Non	
Traitement , injections	oui			oui		
Soins de plaies	oui			oui		
Soins d'une stomie	oui			oui		
Evaluation de la plaie		non	néant	oui cx/spé ¹⁷	Non	
Irrigation vésicale	oui			oui		
Désinfection d'une sonde vésicale		non	NSP		Non	Imprécis
Sondage vésical	oui			oui		
Irrigation vaginale	oui			oui		
Vidange d'une poche pancréatique		non			Non	
Alimentation entérale et parentérale	oui			oui		
Oter les fils	oui			oui		
Pansement de gastrostomie	oui			oui		
Changer la trousse d'alimentation entérale		non			Non	Imprécis
Faire couler l'alimentation entérale		non		oui		Imprécis
Changer l'aiguille, flapule /stylo d'insuline	oui	non			Non	Imprécis
Aspiration trachéale	oui			oui		
Soins de trachéostomie	oui			oui		
Débouchage manuel	oui			oui		
Placer la minerve		non			Non	
Thérapie de compression	oui	non	NSP	oui cond.	Non	
Inventaire des médicaments, commande		non			Non	
Préparer un pilulier, médicaments	oui	non			Non	sp/pc
Donner les médicaments	oui	non			Non	
Administration d'un puff	oui				non	
Gouttes auriculaires		non			non	
Patch, suppositoire antidouleur, Nitroderm		non		oui sp	non	Imprécis
Gouttes ophtalmique		non		oui cond.	non	
Administration, transmission , collecte des données	oui	non		oui sp oui diab	non	Imprécis

¹⁶ Oui cond.= oui si le soin correspond à certaines conditions (ex : pas de cumul de soins, être en présence de psoriasis diagnostiqué médicalement, etc.)

¹⁷ Oui cx / spé = oui si la plaie est une plaie complexe ou spécifique

Rapport, transmission dans dossier	oui	non	néant NSP	oui sp oui diab oui spé.	non	Imprécis
Réclamer certificat médical, pré remplir		non			non	
Dossier diabétique, conseils alimentaires	oui	non		oui diab	non	
Gestion de l'environnement, préparer	oui	non	néant		non	Imprécis
Eliminer la protection d'incontinence		non			non	Imprécis
Ranger, préparer, gérer le matériel	oui	non	NSP		non	Imprécis
Commander le matériel	oui				non	
Mettre en charge la voiture électrique		non			non	
Aller chercher la chaise percée		non			non	Imprécis
Changer le lit avec le patient alité	oui	non			non	Imprécis
Aérer la chambre	oui	non			non	
Nettoyer le matelas avec patient alité		non			non	Imprécis
Nettoyer la lunette à O ₂ , les lunettes	oui	non			non	Imprécis
Recherche des trajets les plus rapides		non			non	
Gardes de nuit		non		oui		sp/pc
AVQ donner à boire, à manger	oui	non	NSP		non	
Préparer le café, le déjeuner	oui	non			non	
Gestion des problèmes		non			non	
Problème avec le drain de néphrostomie, téléphoner au médecin		non			non	
Aller chercher la clé pour entrer		non			non	
Attendre l'ascenseur qui n'arrive pas		non			non	
Gérer un appareil auditif qui siffle		non			non	
Insister pour que le patient se réveille		non			non	

Suivant le point de vue de l'infirmier, une même prestation peut être définie comme technique, complexe, faire partie ou non de la nomenclature¹⁸

PRESTATIONS TECHNIQUES			PRESTATIONS COMPLEXES		
NOMENCLATURE	NSP	NON NOMENCLATURE	NOMENCLATURE	NSP	NON NOMENCLATURE
Communication/ collaboration Entretien avec le médecin pour avis sur plaie	Comm./ collaboration Prendre rendez-vous chez diabétologue	Communication /collaboration Téléphoner au médecin pour dosage, pour problème de drain sonner à l'ambulance à la fille	Communication / collaboration Entretien avec le médecin pour avis sur plaie		Communication/ collaboration Communiquer avec médecin traitant, famille, équipe soins palliatifs pour AEG ¹⁹
Relation d'aide Ecoute du patient		Relation d'aide Ecoute du patient			Relation d'aide Ecoute du patient
	Education éduquer faire seul	Education Branchement alimentation	Education Conseiller , prévention,		Education Branchement alimentation

¹⁸ Les couleurs (bleu, vert ou rouge) permettent de distinguer le même type d'activité dans les différents classements.

¹⁹ Altération de l'état général.

	injection	entérale	informer sur l'équipe de seconde ligne soins palliatifs		entérale, conseiller bandes de compression, régime à un diabétique
	Surveillance/ Vérifier Sonde vésicale, Sonde gastrique	Surveillance/ Vérifier Evaluer diurèse, remonter barreaux	Surveillance/ Vérifier Les pieds		Surveillance/ Vérifier Evaluer diurèse, Evaluer situation du patient
Prévention Pieds	Prévention Masser talons	Prévention Pieds Escarres (examens)	Prévention Masser les pieds Escarres (crèmes)		
Paramètres Prise des paramètres, peser, glycémie	Paramètres Mesurer urines	Paramètres Prise des paramètres, peser, glycémie, t°, TA évaluer résultats	Paramètres Peser, glycémie		Paramètres TA, évaluer résultats
Soins d'hygiène/ toilette Toilette intime, du siège, complète, au lit, des pieds			Soins d'hygiène/ toilette Toilette intime, du siège, douche, des pieds, Alzheimer		Soins d'hygiène/ toilette Des pieds
Prestations annexes à la toilette Soins annexes, raser, habiller, déshabiller, frictions, vider sac diurèse, mettre sur chaise percée, wc	Prestations annexes à la toilette Bain de bouche, laver les dents, vider sac diurèse,	Prestations annexes à la toilette Soins annexes, raser, cheveux, frictions, réfection du lit	Prestations annexes à la toilette Habiller, déshabiller, frictions, changer le linge	Prestations annexes à la toilette Bain de bouche	Prestations annexes à la toilette Raser, ongles, cheveux, frictions, mettre sur chaise percée, wc, réfection du lit
Mobilisation Installer, lever du lit, installation pour la nuit		Mobilisation Installer au lit, au fauteuil, transfert, redresser, difficulté de mobiliser	Mobilisation Lever du lit, installation pour la nuit, accompagner (risque de chutes)		Mobilisation Lever du lit, redresser, installer
Injections			Injections		
Soins de plaies Pansement, Gastrostomie, drain de néphrostomie, évaluer la plaie		Soins de plaies Pansement, évaluer la plaie Petit escarre	Soins de plaies Pansement, Gastrostomie, d'ulcères, simples, complexes, spécifiques, changement de		Soins de plaies Pansement, Gastrostomie,

			traitement		
Autres techniques Irrigation vésicale, désinfection sonde vésicale, vider sac diurèse, aspiration, bandes de compression, renouveler produit dans pompe à morphine, alimentation entérale et parentérale		Autres techniques Désinfection sonde vésicale, vider sac diurèse, bandes de compression, Changer trousse alimentation entérale, oxygénothérapie	Autres techniques Irrigation vésicale, aspiration, bandes de compression, alimentation entérale et parentérale		Autres techniques Désinfection sonde vésicale, renouveler produit dans pompe à morphine, alimentation parentérale
Gestion des médicaments		Gestion des médicaments	Gestion des médicaments		Gestion des médicaments
Travail administratif/ Transmissions Rapport		Travail administratif/ Transmissions Rapport		Travail administratif/ Transmissions Rapport	Travail administratif/ Transmissions Rapport
Gestion de l'environnement/ organisation Matériel, vérifier, préparer		Gestion de l'environnement/ organisation Matériel, préparer, organiser, rechercher	Gestion de l'environnement / organisation Matériel, préparer, commander		Gestion de l'environnement / organisation Matériel préparer, ranger
	Aide à la vie quotidienne Hydrater	Aide à la vie quotidienne Aérer, régler appareils auditifs			

2.17 Questions supplémentaires posées autour du 24h recall durant l'interview

2.17.1 Structure des grilles 2 et 3

Pendant une heure d'interview, des questions ont porté sur quelques patients du 24h recall tirés au sort. Pour chaque soin de chaque patient, différentes questions étaient posées.

Les prestations étaient elles techniques ou non ? Complexe ou non ? Qui était à l'origine de la demande ? L'acte aurait-il pu être délégué ? L'aide d'une tierce personne avait-elle été nécessaire ? D'autres informations concernant le temps minimum ou maximum nécessaire pour les prestations, leur fréquence et enfin le besoin en formation ont complété les données.

Grille d'activités

GRILLE 2

N° patient	N° acte soins geste	1) Prestation technique Oui / Non	Justifications	2) Prestation complexe Oui / Non	Justifications <u>Ex</u> : profil lourd du patient	3) Demande émanant de:	4) Acte peut être délégué Oui / Non	Justifications	5) Aide d'une tierce personne Oui / Non	Justifications

Grille d'activités

GRILLE 3

N° patient	N° acte soins geste	6) Temps min/ max pour prester ce type d'acte, geste, soin	Justifications	7) Fréquence : plusieurs fois 1 = par jour 2 = par semaine 3 = par mois	Justifications	8) Nécessite une formation spécifique Oui / Non	Justifications

2.17.2 La prestation est technique ou non, est complexe ou non

Dans l'ensemble, les infirmiers ont des avis différents sur le sujet.

Lorsqu'il s'agit d'« entretiens avec le patient et son entourage », l'activité n'est pas considérée comme technique mais peut devenir complexe à certains moments.

Les entretiens avec des professionnels de la santé et l'éducation du patient sont vus comme techniques car ils demandent une compétence. Ils peuvent devenir complexes quand des problèmes surgissent.

La prévention, vérification, prise des paramètres apparaissent comme techniques et le plus souvent complexes.

Les infirmiers ont une vue très différente des soins d'hygiène, des injections, de la préparation d'un pilulier, de la gestion de l'environnement et du travail de transmission. Ils sont à la fois techniques ou non, complexes ou non.

Les traitements comme les pansements, le placement d'une minerve et la gestion des médicaments sont souvent techniques, parfois complexes, parfois non complexes.

La prise en charge d'un patient en soins palliatifs est décrite comme étant clairement une activité technique et complexe.

Les activités d'une alimentation parentérale sont considérées comme techniques par la présence d'un appareillage, complexes parce qu'il y a un risque de contamination et que la prestation demande un apprentissage spécifique. L'expérience de l'infirmier et la fréquence de réalisation de la prestation la rendent complexe.

Les aides à la vie quotidienne sont techniques quand elles sont liées à un acte infirmier (observation d'un besoin de boire suivi de l'acte de donner à boire) ou à un appareil (appareil auditif défectueux à réparer), non techniques et non complexes quand elles correspondent à une aide (préparer le déjeuner).

Prestations relevées dans le 24h recall	Réponses des 22 infirmiers			
	Technique	Non technique	Complexe	Non complexe
Communication , écoute active		X	X	X
Discussion sur la suite du traitement, le patient trouve que c'est long			X	
Communication avec le patient		X		X
Discussion avec la famille		X	X	
Discuter avec la famille car l'état général de la patiente diminue - donner des conseils pour le futur		X	X	
Parler avec la maman car tracassée		X		
Sonner au centre de coordination pour une aide à domicile		X		
Téléphoner au médecin traitant	X	X	X	
Prendre rendez-vous chez le diabétologue	X			X
Donner des instructions à la dame qui garde le patient en journée	X			X
Téléphoner au fournisseur de bonbonnes à oxygène car problème		X	X	
Eduquer au branchement de l'alimentation entérale	X		X	
Education	X			X
Conseils diététiques	X			X
Conseiller autre bandage + noter le nom		X		X
Prévention escarres (crème)	X			X
Prévention escarres (examens)	X			X
Massage talons (prévention)	X			X
Friction des points d'appuis		X		X
Vérification de la sonde gastrique	X		X	

Réajuster des protections de mousse sur les barreaux	X			X
Vérification de la sonde vésicale - vider le sac à diurèse	X		X	X
Mesures des paramètres (tension artérielle, glycémie, etc.)	X		X	X
Habillage stérile de l'infirmière (charlotte, masque, tablier, gants)	X		X	
Lavage des mains	X	X	X	
Mettre le bip sur la table de nuit. Tirer les rideaux, installer pour la nuit		X		X
Toilette	X		X	X
Toilette au lit, friction, installer	X		X	X
Déshabiller		X	X	X
Habiller		X	X	X
Bain de bouche	X		X	X
Laver les dents	X			X
Lavage des cheveux	X		X	X
Rasage	X		x	X
Coiffer		X		X
Soins des ongles			X	
Changer le lange (incontinence)		X		X
Mise sur chaise percée - installer - conduire au fauteuil		X		X
Lever du lit - mettre au WC - installer au fauteuil - difficultés de mobilisation - redresser	X		X	X
Traitements, injections	X	X	X	X
Pansement d'une gastrostomie	X		X	
Mise de bas de contention	X		X	
Collyres ophtalmiques	X			X
Désinfection d'une sonde vésicale - vider le sac à diurèse	X		X	
Changer les aiguilles et la cartouche du stylo à insuline	X			X
Placer la minerve	X			X
Préparation d'un pilulier, commande pour la prescription médicale	X	X	X	X
Donner médicaments per os	X		X	
Transmissions, collègues, médecin traitant	X		X	X

Rapport quotidien - dossier infirmier	X		X	X
Rédaction du dossier infirmier		X		X
Rapport écrit		X	X	X
Gestion , préparation du matériel	X		X	X
Ranger le matériel		X	X	X
Réfection du lit - remonter le volet de la chambre - aérer	X		X	X
Laver et sécher le matelas			X	
Programmer l'hospitalisation de la journée + organisation + sonner à l'ambulance + prévenir la fille	X			X
AVQ , préparation du petit déjeuner. Installation des tartines, du café		X		X
Préparation d'un verre d'eau et de lait	X			X
Hydratation per-os	X			X
Gestion des problèmes - Les appareils auditifs du patient sifflent - Le patient ne sait pas les éteindre	X			X
Aller chercher la clef pour patiente		X		X
Prise en charge d'un patient en soins palliatifs – toilette- rappel à 21 h pour administrer un antidouleur - bain de bouche – friction	X		X	

2.17.3 Prestations techniques, justifications données par les infirmiers²⁰

La prestation technique fait appel au savoir et au savoir-faire. Les infirmiers font souvent référence à un apprentissage, une connaissance de l'acte, une technique, une manipulation, une procédure et leur formation d'infirmier pour justifier que l'acte est technique. Le professionnalisme se traduit aussi par une manière adéquate de transmettre, de savoir expliquer ou de s'avoir s'exprimer. Tout est essentiel. Des qualités de gestionnaire, de prévoyance, une capacité de jugement, d'interprétation sont d'autres qualités nécessaires pour une prestation technique. L'acte technique est un geste considéré comme faisant partie d'un soin, il est nécessaire, est parfois important au niveau préventif et fait appel à un esprit de continuité des soins. Les prestations techniques sont considérées comme obligatoires, intégrées dans la nomenclature, dans la liste d'actes remboursés mais pas toujours reconnus. Les infirmiers font aussi le lien avec la pathologie (ex.: le diabète), le matériel médical ou une machine pour justifier de la technicité du soin.

La communication et la collaboration sont des prestations techniques quand le contact se fait avec un médecin et qu'une certaine compétence est nécessaire. Elles le sont aussi quand elles sont liées à la capacité professionnelle du soignant de prévoir, d'anticiper un problème (ex : glycémie, complication néphrologique) ou de rassurer le patient.

L'éducation du patient, lui donner des conseils et des explications sont aussi des prestations techniques car elles font appel au savoir du soignant. Elles font partie intégrante de la profession d'infirmier.

²⁰ Voir annexe N° 6.

Observer par exemple les pieds d'un diabétique et peser ce dernier sont techniques et des actes imposés par l'INAMI.

Surveiller la diurèse et réaliser un bilan hydrique sont des prestations techniques car elles demandent une connaissance et le respect d'une procédure. Les actes technique préventifs sont liés à la capacité d'observation du soignant (prévention d'escarres par examens du patient), à sa capacité d'anticiper (descendre le lit au plus bas, placer des mousses, caler les barres de lit car risque de chutes) et à la responsabilité qu'il prend comme dans le cas d'une infection au MRSA (utiliser une tenue de protection et travailler stérilement). La prise des paramètres, quoique non rémunérée, est considérée comme technique par la simple présence de matériel médical (le stéthoscope, le tensiomètre, le glucomètre) mais aussi par la nécessité d'une formation qui donne à l'infirmier la capacité d'utiliser le matériel, d'interpréter les valeurs et de juger l'état d'urgence demandant un avis et un traitement médical.

Pour la glycémie, un infirmier explique qu'elle a été apprise pendant les études d'infirmier, qu'elle fait appel à des règles d'hygiène (laver les mains sinon les chiffres sont faussés), à des règles de localisation et à la capacité d'éduquer le patient. Un autre infirmier indique que la glycémie est dans la nomenclature et ferait partie de la liste d'actes infirmiers autorisés. Elle fait appel au savoir (soins aux diabétiques, savoir interpréter les résultats), au savoir-faire (piquer au bon endroit, savoir changer les aiguilles et la cartouche) et au savoir-être (le patient se sent rassuré quand l'acte est posé par un infirmier).

Les soins d'hygiène et les soins annexes décrits comme techniques le sont quand ils demandent une formation d'infirmière, des procédures, des techniques à respecter, qu'il y a beaucoup à observer, à prendre en compte et à résoudre. Ils sont aussi techniques s'ils sont effectués sur un patient porteur de matériel médical (sonde vésicale, oxygénothérapie) ou si un bilan hydrique doit être effectué. La pathologie entre aussi en ligne de compte. Ainsi, pour un patient Alzheimer, il faut savoir gérer l'agressivité ; pour un diabétique, il faut bien observer « sur toutes les coutures » pour prévenir. Un infirmier dit que c'est surtout la surveillance qui est technique et essentielle quand le patient est handicapé ou a des antécédents graves (accident vasculaire cérébral, phlébite, escarre, œdèmes).

La manutention et la mobilisation (savoir prendre correctement un patient hémiparétique) sont vus comme très techniques. Technicité implique également lecture de dossier, transmission, voire information du médecin traitant.

Les traitements comme les injections sont techniques essentiellement parce qu'ils sont des actes infirmiers repris dans la nomenclature. Ils exigent une réflexion, de la compétence, une connaissance des produits, des procédures, du matériel médical, une connaissance des dosages et du savoir-faire (ex : quand le patient a peur des piqûres).

Les soins de plaies sont techniques car ils sont dans la nomenclature ou dans la liste d'actes, se font sur prescription médicale, nécessitent une formation d'infirmière, une connaissance des produits, demandent le respect de mesures d'hygiène, de procédure et de techniques différentes. Ils demandent aussi des connaissances spécialisées quand la plaie se complique ou s'infecte, qu'il faut la débrider ou l'évaluer. Les conseils qui accompagnent un soin de plaie, l'éducation en vue d'une autonomie et la surveillance du patient dans son entièreté (œdème, démangeaisons) rendent aussi le soin technique.

D'autres prestations dites techniques sont moins fréquemment ou rarement citées dans le 24h recall. On cite l'alimentation entérale et parentérale, le sondage vésical, le lavement, l'irrigation vésicale et les soins de stomies (gastrostomie, entérostomie, urostomie, trachéostomie). Ils sont techniques parce qu'ils font référence à des techniques infirmières, qu'ils demandent de la stérilité, des compétences, du matériel, de savoir utiliser matériel et machines (pompes). La surveillance qui accompagne ces techniques est aussi technique comme dans le cas de la surveillance des urines lors d'un sondage vésical. Un infirmier fait remarquer que placer une minerve (acte qu'il a presté) est un acte médical.

La gestion des médicaments autres que les injections comme préparer un pilulier, administrer des médicaments per os ou d'une autre manière sont considérés comme techniques car il faut savoir les manipuler (patch), les utiliser (administrer par une sonde gastrique), les connaître (nombre et variété de médicaments), ce qui représente une responsabilité. Le relationnel qui accompagne ces actes fait partie de la technique quand il s'agit par exemple d'expliquer un patch de morphine, qu'il faut rassurer et accompagner les personnes ayant peur de la mort. On rappelle que ces prestations sont dans la liste d'actes.

Rédiger un rapport, transmettre des informations demandent un apprentissage ; la prestation est cependant vue comme basique pour un infirmier.

Un retour d'hôpital, faire le nécessaire pour assurer une hospitalisation, préparer un traitement, un soin, laver ses mains correctement, bien installer un patient pour le soin, pour la nuit, travailler stérilement, sont tous des actes qui nécessitent une organisation, une gestion du temps, de l'environnement pour assurer une continuité des soins. Ce sont donc ces arguments qui font de ces activités des prestations techniques.

Lever des volets, changer les couvertures, hydrater, refaire un lit, aérer la pièce sont des aides à la vie quotidienne et sont considérées comme techniques car faisant partie des soins globaux, du bien-être du patient (besoin de lumière, de chaleur, etc.).

Les problèmes comme mobiliser une personne obèse, ou réparer un appareil auditif sont considérés comme techniques car nécessitent une formation.

Thèmes ²¹	Prestations techniques	Justifications individuelles des infirmiers
----------------------	------------------------	---

Pour résumer les commentaires des professionnels, les prestations sont d'abord techniques car elles demandent un « savoir-faire » (manipuler, réaliser la technique, apprentissage). Ensuite il faut « savoir observer, évaluer, surveiller, vérifier » et « savoir juger, savoir adapter, réfléchir » de même que « savoir suivre une procédure ». La prestation technique est un acte, un acte posé sur un patient, une prestation, une technique infirmière. La pathologie ou le problème de santé (diabétique, hémiplegique, grabataire), la technique, le produit utilisé, la formation et la spécialisation sont eux aussi importants pour définir une prestation technique. Les termes « éducation, conseil, prévention, manutention » ainsi que « appareillage, matériel médical, technique, matériel spécifique » sont également évoqués. Tout comme faire partie de la liste d'actes et / ou de la nomenclature (un infirmier précise la différence entre liste d'actes et nomenclature). Toutes les activités du 24h recall ne sont pas dans la nomenclature et un infirmier utilise le vocabulaire « listing » et « liste d'actes paramédicaux » pour parler du même sujet. La réglementation des prestations techniques est aussi fréquemment évoquée par le vocabulaire « obligatoire, certificat médical, responsabilité, règles d'hygiène et de stérilité ». Une prestation technique implique le besoin de lire un dossier infirmier, peut impliquer une relation d'aide, peut être vitale, reconnue ou non reconnue, pas toujours remboursée, curative ou préventive. Elle demande aussi du pragmatisme, de la qualité, de l'expérience, de « savoir organiser, gérer, et savoir résoudre les problèmes ».

Les justifications des prestations techniques les plus citées	
Acte, prestation, technique infirmière posé sur patient	8
Fait partie de la liste d'actes	4
Fait partie de la nomenclature	3

²¹ Voir annexe N°6 pour identifier les prestations en détails et leurs justifications.

Responsabilité	4
Savoir (pathologie, techniques, produit, étude, formation, apprentissage, spécialisation)	8
Savoir faire (manipuler, technique)	20
Procédure	9
Obligatoire	2
Education, conseiller	5
Savoir Observer, évaluer, surveiller, vérifier	12
Prévention	6
Patient ne sait pas, ne sait plus faire seul	4
Matériel médical, appareillage, spécifique	6
Hygiène	3
Stérilité	4
Manutention	5
Réflexion, savoir adapter un traitement, savoir juger,	9
CM ²²	3
Vital, rigueur, matériel, technique spécifique, pragmatisme, acte médical (placer une minerve), reconnu ou non reconnu, pas toujours remboursé, curatif ou préventif, autonomie, relation d'aide, qualité, expérience, soins aux diabétique et hémiplégique, grabataire, continuité des soins, collègues ne savent pas faire	1
Important, obligatoire	5
Dossier	2
Savoir gérer, organiser, résoudre problème	1

2.17.4 Les prestations complexes et justifications²³

Les commentaires relatifs aux prestations complexes sont nombreux et variés. La complexité se retrouve dans toutes les activités citées dans le 24h recall. Communiquer, éduquer, conseiller pour prévenir, expliquer ou collaborer avec le patient et les différents intervenants peut devenir complexe. C'est le contexte de la prestation qui la rend complexe comme par exemple l'état physique ou psychologique du patient, l'altération de son état général, la fin de vie, le besoin de matériels, les choix de traitements, les soins de plaies, l'organisation....

La théorie qui recommande de prendre en charge le patient de manière globale fait que les soins peuvent devenir complexes puisque l'infirmier est amené à effectuer d'autres activités que celle pour laquelle il a été appelé au départ.

La communication, dit un infirmier, fait partie du soin. Elle peut devenir complexe lorsque ce qui est à discuter est important, que des décisions essentielles sont à prendre. Elle peut aussi devenir complexe lorsqu'on est en présence de problèmes (comme en fin de vie), de problèmes relationnels, d'un patient non compliant, anxieux, impatient à qui les explications doivent être répétées.

La collaboration est complexe si l'infirmier n'est pas aidé par le médecin et qu'il doit décider seul le traitement d'une plaie, qu'il doit dans certaines circonstances interroger le patient pour diagnostiquer un problème qu'il estime être médical et pour lequel il n'est pas formé. Un infirmier signale que si le patient se mobilise, le soin est non complexe mais que l'éducation qui l'accompagne peut l'être.

L'observation et la surveillance peuvent être complexes lorsqu'il s'agit de la prise des paramètres comme la glycémie, la prise de la tension artérielle, peser le patient, surveiller la diurèse et les pieds (risques de blessures) ou quand il s'agit de prestations techniques comme

²² Certificat médical.

²³ Voir annexe N° 7.

l'alimentation parentérale. La glycémie à elle seule est complexe si le patient est agressif, si les résultats font penser à une hypoglycémie ou une hyperglycémie. Il faut compétence, réflexion et interprétation de la part de l'infirmier. L'infirmier devra adapter son comportement et interroger le patient pour comprendre les causes, parler avec le patient et le médecin et donner des conseils nutritionnels.

La prise de tension n'est pas complexe en soi mais le devient si elle signale un problème. Une surveillance de diurèse devient complexe car l'infirmier, contrairement à son collègue de l'hôpital, ne peut pas surveiller le patient pendant 24 heures, il doit faire confiance au patient et son entourage en ce qui concerne les entrées de liquides. Les interprétations différentes de l'expression « il a bien bu » peut rendre l'acte complexe tout comme l'observation, la réflexion et le conseil qui accompagnent une diurèse.

La prévention quant à elle est complexe car liée aux risques d'infections. L'infirmier doit respecter les règles de stérilité, surtout dans le cas de certaines prestations à risque comme dans l'alimentation parentérale. La prévention des risques d'escarres fait partie d'un soin global.

Les soins d'hygiène peuvent devenir complexes sous l'influence d'une pathologie (maladie d'Alzheimer) ou lorsque le patient présente une perte d'équilibre, des problèmes de tension, de diarrhée, d'œdèmes, de plaies, que son état général décline. L'infirmier doit même parfois faire preuve de prouesses lorsqu'il s'agit d'un patient agressif, agité et qu'il frappe, qu'il est grand, fort, anxieux ou en crise, qu'il est incontinent et grabataire et qu'il ne comprend pas ce qu'on lui fait.

L'activité « toilette » devient complexe quand une autre activité s'ajoute : patient porteur d'un cystocath, évaluation simultanée de la diurèse, mettre du talc et des crèmes différents sur différentes parties du corps et être attentif aux allergies. Il arrive aussi que la toilette ne soit pas prévue mais a dû être effectuée pour pouvoir réaliser le soin dans de bonnes conditions (ex : laver un pied avant de soigner sa plaie).

Le soin complexe est consommateur de temps, d'attention, d'observation, de prévention, de patience, d'évaluation, de savoir-faire et nécessite des compétences infirmières.

L'activité « toilette et soins annexes » est considérée aussi comme lourde physiquement lorsque le patient est corpulent, rigide, qu'il résiste à l'infirmier, qu'il est replié sur lui-même et qu'il reprend la position initiale après chaque geste de l'infirmier. Un infirmier dit avoir « beaucoup de choses à faire » chez un patient comme changer un linge, s'occuper des cheveux, surveiller l'état de la peau ou aider à la mobilisation et au transfert font que la toilette peut devenir une activité complexe. Pour réaliser les soins annexes, l'infirmier rencontre les mêmes problèmes que pour la toilette auxquels s'ajoutent certaines activités comme laver les cheveux, raser ou couper les ongles qui sont des actes plus délicats avec risques de blessures.

La manutention et la mobilisation du patient (déplacer, lever, transférer, redresser, installer, transporter vers le wc) sont vus comme des activités compliquées et à risques. L'absence de prises ergonomiques, le poids du patient, son âge, sa fragilité, une agitation du patient ou une mobilisation réduite justifient cet aspect compliqué des tâches.

Les traitements sont le plus souvent repris parmi les activités des infirmiers comme étant complexes.

Les injections, en particulier les injections d'insuline, le sont car l'infirmier doit manipuler, suivre une procédure et jouer avec les doses. Si les connaissances sont acquises et qu'il n'y a pas de problèmes, l'activité est considérée comme normale. L'infirmier doit aussi connaître le produit qu'il injecte, ce qui demande une mise à jour des connaissances. Les paramètres « patient » entrent aussi en ligne de compte comme par exemple les sensibilités (allergies, hypersensibilité, douleurs), sa maigreur ; il est alors difficile de trouver un site d'injection. Le paramètre « heure de l'injection » est une difficulté car certains produits ne peuvent pas être injectés trop tard.

Les soins de plaies/pansements nécessitent en même temps du savoir, du savoir-être et du savoir-faire. Lors d'un soin de plaies, tout est important. Il faut être formé en soins de plaies (savoir cureter, nettoyer une plaie, savoir ôter la fibrine). Il faut savoir prendre des initiatives, et l'évaluation d'une plaie est le rôle de l'infirmier (surveillance des rougeurs, dépistage des desquamations, l'évaluation de la douleur, etc.). Le type de pansement peut exiger des connaissances supplémentaires comme pour les pansements de gastrostomie et pour les pansements de port-à-cath qui exigent une stérilité. Un soin de plaie peut ne pas être complexe mais le devenir si l'infirmier est en présence d'une plaie infectée. Il doit alors être vigilant et contacter si nécessaire le médecin généraliste ou le spécialiste. En d'autres mots une plaie peut devenir complexe s'il y a absence de surveillance. Le type de pathologie (le diabète), la diversité des pathologies chez un même patient, le nombre élevé de produits à utiliser pour une même plaie, la multiplication des activités (laver, bain de pieds, crème en périphérie, pose de bandes), les directives longues venant de l'hôpital, l'évaluation des plaies et les transcriptions dans le dossier ajoutent à la complexité.

L'évolution des techniques et les habitudes différentes des chirurgiens demandent une certaine souplesse à l'infirmier. Le besoin d'explications du patient, sa non-compliance, l'anxiété du patient jeune, ou la mauvaise circulation sanguine du patient âgé voire très âgé, son état de santé altéré compliquent encore la situation du soin.

Comme pour la majorité des activités infirmières, d'autres activités ou problèmes accompagnent le soin initial comme préparer le soin, remettre tout en place après le soin, écouter le patient, répondre à sa lassitude (ulcères chroniques), à sa solitude, prendre en compte une intervention récente (triple pontage) ou la difficulté de remettre les bas. L'INAMI faisant une distinction entre les soins de plaies simples, complexes ou spécifiques, les infirmiers ont parfois utilisé ces définitions pour citer leurs activités, parfois la confusion s'est installée autour du terme « complexe ».

Certaines prestations sont décrites comme complexes pour d'autres raisons. La prestation comme « *l'alimentation parentérale* » est une prestation considérée comme n'étant pas simple, renfermant plusieurs activités différentes, demandant un apprentissage particulier, une procédure à suivre à la lettre et une stérilité (vitale dans ce soin). Une *alimentation entérale* mal raccordée fait que le patient ne sera pas alimenté et le fait que l'infirmier ne soit pas présent 24h sur 24 chez le patient rend cette activité de ce fait complexe. Pour la *pose des bandes de compression*, il faut connaître la bonne pression. Lors de l'utilisation d'une *pompe à morphine*, l'infirmier doit se concentrer sur son travail, manipuler différents produits tout en étant à l'écoute du patient, en le rassurant et en expliquant. L'aspiration des voies respiratoires d'une patiente obèse a rendu la prestation complexe ainsi que les actes sur l'appareil urinaire comme le lavage de vessie et la désinfection d'une sonde vésicale chez une patiente qui se replie en résistant physiquement à l'infirmier.

Les prestations classées sous le terme « gestion des médicaments autres que les injections » sont avant tout complexes parce qu'elles répondent à un besoin du patient (patient hémiparétique qui ne peut manipuler les conditionnements) tout en n'étant pas reprises dans la nomenclature. Elles ne sont donc pas financées et prennent parfois beaucoup de temps. Les autres caractéristiques de cette prestation complexe sont qu'il ne faut pas se tromper, qu'il faut vérifier le traitement, suivre les modifications des ordres médicaux, qu'il faut être vigilant au risque de problème comme l'injection dans une sonde gastrique chez un patient souffrant d'un grand mal épileptique et étant en fin de vie. Les problèmes rencontrés peuvent aller de « fouiller pour trouver les boîtes, pour retrouver la liste des médicaments », « gérer le stock, s'occuper de l'inventaire et de la commande, sonner au médecin pour réclamer l'ordonnance pour le pharmacien », voire même « se rendre soi-même chez le pharmacien quand l'entourage et les aides sont absents ».

Les travaux administratifs, d'écritures et de transmissions sont cités pour leur complexité car ils prennent du temps, ils sont multiples et veulent atteindre des cibles différentes (noter la glycémie, le poids, les résultats du transit, écrire au dossier infirmier + dans le carnet du diabétologue, faire un courrier au généraliste et un courrier au spécialiste). La manière de

transmettre est une autre difficulté qui requiert de la diplomatie, une formation et un savoir-faire. La vigilance exigée par l'INAMI en matière de scorage des patients dépendants (déscoreur si la situation du patient s'améliore) et l'utilisation de l'échelle de Katz seraient deux autres activités administratives causant quelques difficultés aux infirmiers surtout nouveaux dans le métier. Un *nouveau patient sur la tournée* demande une série d'activités : prendre contact avec le patient, prendre connaissance de la situation, confectionner un dossier.... La complexité est accrue si le patient est un cas dit « lourd et compliqué ».

La gestion de l'environnement et l'organisation peuvent être également complexes. Les infirmiers citent des activités complexes liées à la préparation du matériel, du soin, du patient, du local de travail ainsi que liées au rangement de la table de travail ou de la chambre. L'activité est parfois complexe par le problème psychologique du patient ou le fait qu'il soit décrit comme compliqué. L'expérience, l'habitude d'effectuer ces activités et les formations continuées facilitent ces tâches. La *préparation du soin* est considérée comme technique et sa complexité s'explique par le fait qu'elle demande un apprentissage (alimentation parentérale par exemple) ou lorsqu'il y a présence d'une infection avec germe nosocomial. *L'installation pour la nuit* devient complexe quand le patient est difficile à manipuler et quand il faut éviter que le patient ne tombe pas sur les barreaux de son lit. *Changer la literie* est une autre activité complexe si le soignant n'a pas d'aide, que le patient est alité et que le lit est trempé et nécessite un nettoyage désinfectant et séchage du matelas.

2.17.5 Les prestations qui sont à la fois techniques et complexes

Pour la majorité des infirmiers, une prestation technique n'est pas absolument complexe mais peut le devenir, comme déjà mentionné précédemment.

PRESTATIONS TECHNIQUES	PRESTATIONS COMPLEXES
Communication/ collaboration Entretien avec le médecin pour avis sur plaie Prendre rendez-vous chez le diabétologue Téléphoner au médecin pour dosage, pour problème de drain Sonner à l'ambulance, à la fille	Communication/ collaboration Entretien avec le médecin pour avis sur plaie Communiquer avec médecin traitant, famille, équipe soins palliatifs pour une altération de l'état général
Relation d'aide Ecoute du patient	Relation d'aide Ecoute du patient
Education Eduquer à faire seul injection Branchement alimentation entérale	Education Conseiller, prévention, informer sur l'équipe de seconde ligne soins palliatifs Branchement alimentation entérale conseiller bandes de compression, régime à un diabétique
Surveillance/ Vérifier Sonde vésicale Sonde gastrique Evaluer diurèse remonter barreaux	Surveillance/ Vérifier Les pieds Evaluer diurèse, Evaluer situation du patient
Prévention Pieds Masser talons Escarres (examens)	Prévention Masser les pieds Escarres (crèmes)
Paramètres Prise des paramètres, peser, glycémie Mesurer urines, t°, TA, évaluer résultats	Paramètres Peser, glycémie TA, évaluer résultats
Soins d'hygiène/ toilette Toilette intime, du siège, complète, au lit, des pieds	Soins d'hygiène/ toilette Toilette intime, du siège, douche, des pieds, Alzheimer

Prestations annexes à la toilette Soins annexes, raser, Bain de bouche, laver les dents habiller, déshabiller, frictions, vider sac diurèse, mettre sur chaise percée, wc, réfection du lit	Prestations annexes à la toilette Habiller, déshabiller, frictions, changer le lange Raser, ongles, cheveux, Bain de bouche, mettre sur chaise percée, WC, réfection du lit
Mobilisation Installer, lever du lit, installation pour la nuit, , transfert, redresser, difficulté de mobiliser	Mobilisation Lever du lit, installation pour la nuit, accompagner (risque de chutes), redresser
Injections	Injections
Soins de plaies Pansement, Gastrostomie, drain de néphrostomie, évaluer la plaie	Soins de plaies Pansement, Gastrostomie, d'ulcères, simples, complexes, spécifiques, changement de traitement
Autres techniques Irrigation vésicale, désinfection sonde vésicale, vider sac diurèse, aspiration, bandes de compression, renouveler produit dans pompe à morphine, alimentation entérale et parentérale oxygénothérapie	Autres techniques Irrigation vésicale, Désinfection sonde, aspiration, bandes de compression, renouveler produit dans pompe à morphine alimentation entérale et parentérale
Gestion des médicaments	Gestion des médicaments
Travail administratif/ Transmissions Rapport	Travail administratif/ Transmissions Rapport
Gestion de l'environnement/ organisation Matériel, vérifier, préparer	Gestion de l'environnement/ organisation Matériel, préparer, commander
Aide à la vie quotidienne Aérer, régler appareils auditifs, hydrater	

2.17.6 L'infirmier a-t-il fait appel à d'autres disciplines ?

La plupart du temps, les infirmiers n'ont fait appel à aucune autre discipline, car leur formation d'infirmier, leur expérience et leur capacité à s'informer suffisent à réaliser la prestation. Les formations continuées sont une aide surtout pour les soins de plaies, pour constituer de bons dossiers et aboutir ainsi à de bons diagnostics infirmiers. Le « feeling », le bon sens et l'écoute ont aussi été évoqués. Ces activités rentrent dans leurs compétences : remplir le rapport, éduquer, préparer le matériel, ranger la chambre, faire les soins comme les injections et les pansements, placer une minerve, faire une diurèse, un bilan hydrique, évaluer la douleur, faire un pansement de néphrostomie.... Lorsque les produits, le matériel, la technique, le type de soin et les machines sont connus, l'aide n'est généralement pas demandée.

Malgré la lourdeur physique ou psychologique d'une prestation, certains infirmiers estiment la réaliser plus rapidement seuls ; parfois, avec une autre présence, le patient est distrait et le soin est impossible.

A certains moments, l'infirmier fait appel au médecin traitant comme dans le cas d'une hypoglycémie, une plaie qui s'aggrave, un traitement à modifier, un dosage d'analgésique à changer. Les échanges se font par téléphone et occasionnellement par écrit, le médecin lui répondant par le même canal, parfois aussi un rendez-vous est pris. Dans le cas de certains patients isolés vivant seuls ou des patients diabétiques, un infirmier signale qu'il contacte plus souvent le médecin traitant, le diabétologue ou la famille. Le médecin sera encore appelé par téléphone pour lui demander d'écrire un certificat médical ou pour donner l'autorisation à l'infirmier de prester un acte infirmier.

Quand il s'agit de soins de plaies, les patients préfèrent parfois ne pas appeler le médecin et laisser à l'infirmier le choix du changement de traitement.

Pour les patients en fin de vie, la plate forme de soins palliatifs est appelée comme référence pour des problèmes spécifiques.

Les infirmiers font dans certains cas appel à la famille (conjoint, surtout et parfois aussi aux enfants et voisins) pour faire la toilette, tenir le patient surtout s'il est raide et difficile à manipuler, pour l'installer correctement, le mobiliser s'il est obèse ou souffre d'une maladie psychiatrique. La famille peut également aider à préparer le matériel, le linge, refaire le lit, nettoyer le dentier, fermer le tablier stérile de l'infirmier, vider le sac à diurèse, manipuler le système d'oxygénothérapie, rouler les bandes, enlever les bas le soir quand il n'y a pas d'infirmier. La famille est considérée comme un collaborateur, un informateur et donc un aidant pour les évaluations des problèmes. Finalement, une aide de l'entourage rend le soin tout simplement plus facile. Dans la même optique, le voisinage est parfois appelé à la rescousse.

Dès le moment où l'infirmière quitte le domicile du patient et que l'entourage continue à s'occuper du patient (l'hydrater par exemple), l'activité est considérée comme une aide aux infirmiers. Certains soins ne demandent pas d'aide mais ils peuvent, à la suite d'une chute ou d'une altération de l'état de santé, devenir plus lourds ou plus difficiles à gérer seuls et alors nécessiter une aide.

Si le patient est pris en charge par un centre de jour ou si la sortie de l'hôpital est bien préparée (prescription claire du spécialiste), ces prestations sont considérées comme une aide pour l'infirmier.

Les spécialistes sont parfois appelés pour avis ; par exemple, le néphrologue peut être appelé par téléphone pour le cas d'un drain de néphrostomie qui s'enlève. Un psychiatre et une assistante sociale ont été interpellés pour un rendez-vous.

L'aide familiale et la garde malade apportent une aide pour la toilette, pour prendre une douche, laver les cheveux, pour l'installation au fauteuil, pour aider en cas d'agressivité ou de raideur du patient. Elles aident à préparer le matériel, le linge, les vêtements, à jeter le linge à débarrasser le linge souillé, évacuer le bassin d'eau, changer les couvertures, refaire le lit, nettoyer le

matelas, frictionner les jambes. Elles s'occupent aussi de la préparation des repas, de tirer les rideaux, d'allumer la télévision et de répondre à d'autres besoins de la vie quotidienne, mais, elles ne sont pas toujours présentes, ce que regrettent certains infirmiers.

Les collègues ainsi que les chefs sont considérés comme des intervenants qui participent au travail de l'infirmier car il existe un esprit d'équipe. Ils collaborent et se transmettent les informations. Cela est d'autant plus important quand le soignant ne connaît pas les patients ou que l'état de santé s'altère rapidement comme dans le cas des patients en fin de vie. Les collègues spécialisés sont appelés pour un soin de plaie complexe, pour du matériel de soin ou un conseil en diabétologie. Les stagiaires sont parfois bienvenues pour préparer le matériel ou soutenir le patient. Leur présence réduit la durée du soin.

Le service de coordination est appelé en aide pour une aide dans le ménage. D'autres personnes sont, à l'occasion, appelées en cas de nécessité : les fournisseurs de matériel (tensiomètre, matériel d'oxygénothérapie, stylo à insuline, appareils auditifs), le pharmacien pour les produits, les firmes pour les explications sur les pompes et le matériel d'alimentation entérale ou encore les bandagistes (matériel d'incontinence). Les conseils de professionnels de qualité sont appréciés par les infirmiers. La pédicure peut également collaborer étroitement avec l'infirmier.

Deux infirmiers signalent « qu'ils » ont été aidants pour d'autres professionnels.

Les autres disciplines (aidants les plus fréquents +)			
Formateur /enseignant	+++++	Mari ou épouse	+++++
Médecin traitant	+++	Famille, enfants	+++++
Médecin spécialiste / hôpital	+	Mère	+++
Collègue / équipe / chef	++++	Stagiaire	+
Assistant social	+	Pharmacien	+
Centre de coordination	+	Bandagiste	+
Garde malade	+	Firme	++
Aide familiale	++	Pédicure	+
Infirmier d'hôpital	+	Fournisseurs	++
Voisin	+	Equipe de seconde ligne	++

2.17.7 Le temps minimum et maximum pour les prestations décrites

Les injections (anticoagulants et insuline) sont des actes assez rapides mais peuvent prendre plus de temps si le patient est sorti de chez lui en ayant oublié le rendez-vous avec l'infirmier ou parce que l'ascenseur n'arrive pas ou encore parce que le patient ne se réveille pas facilement. Des explications sur le traitement, des vérifications comme voir si le traitement est bien pris ainsi que donner des conseils de prévention peuvent à leur tour allonger le temps d'une prestation au départ de courte durée.

Prestations, exemples	Temps min / max	Justifications
Injection d'insuline	1 - 30	Problèmes, hypoglycémie, explications
Glycémie	1 - 15	Problèmes, hypoglycémie, explications
Pilulier	3 - 15	Nombre de médicaments
Ecoute active, relation d'aide	10 - 60	Fin de vie, problème, explications
Rapport, dossier	2 - 20	Il faut prendre le temps pour bien transmettre
Transmissions orales	10 - 60	Nombre de problèmes

2.17.8 L'auteur de la demande de prestation

A. Les auteurs

Le plus souvent, les prestations de la nomenclature sont demandées par le médecin. Parfois, l'infirmier ne fonctionne que par ordre médical. Parfois, il semble prendre des initiatives (qu'il soit indépendant ou salarié) en matière de traitement de soins de plaies, de prise de tension, une adaptation d'insuline en fonction des erreurs de nutrition d'un patient diabétique indiscipliné.

De nombreuses prestations non rémunérées sont de l'initiative de l'infirmier, comme l'éducation, l'information, la communication et en particulier la relation d'aide, la prévention, la surveillance du patient et des paramètres, les aides à la vie quotidienne et la résolution de problèmes de gestions, d'organisation et de transmissions.

Les auteurs des demandes de prestations			
Médecin(sans précision si généraliste)	+++++	Infirmier	+++++++
Médecin généraliste	+++++	Infirmier + patient	+++++
Hôpital	++	Infirmier + chef / direction	++
Spécialiste / chirurgien	+++	Infirmier + médecin	++
Ophthalmologue	+	Infirmier + chef + INAMI	+
Cardiologue	+	équipe	+++++
Oncologue	+	Patient	+++
Diabétologue	+	Epouse ou mari	+++
Néphrologue	+	Famille / enfants	+++
Psychiatre	+	Assistante sociale	+
Urologue	+	Fédération infirmière	+
Chirurgien ortho	+	Voisine + médecin traitant	+
Spécialiste + famille	+	Médecin + famille	++
Infirmier collègue titulaire	+++++	Médecin + patient	+++

B. Les prestations liées à ces auteurs

L'infirmier est celui qui prend le plus d'initiatives en ce qui concerne les soins d'hygiène et toutes les activités non reconnues dans la nomenclature comme la communication, la collaboration. La relation d'aide, l'éducation, donner des informations, donner des explications sont monnaie courante dans les initiatives de l'infirmier. On observe que certains infirmiers sont plus enclins à l'information, d'autres plus aux conseils, d'autres plus à l'éducation. Les activités de prévention qui nécessitent de l'observation, de la surveillance, la prise de paramètres sont également des initiatives de l'infirmier, étant en partie partagées avec les médecins surtout la glycémie. Tous les soins annexes pour le bien-être du patient et sa sécurité, ainsi que la gestion de l'environnement, l'organisation et la gestion des problèmes sont des prestations qui émanent aussi de l'infirmier. Les médecins sont les auteurs des prescriptions médicales; ils demandent aussi fréquemment des prestations non reprises dans la nomenclature comme la gestion des médicaments et des surveillances de paramètres.

La demande émane de	Réponses des infirmiers Prestations bénéficiaires
Infirmier	<p>Communiquer, collaborer, visiter, téléphoner, relation d'aide, écoute, éduquer, expliquer, conseiller, informer, pour signaler un problème au médecin</p> <p>Observer, vérifier, surveiller, prévention (paramètres : tension artérielle, glycémie, température, échelle d'évaluation de la douleur et des antipyrétique, peser, élimination des selles, bilan hydrique) diurèse</p> <p>Toilette, laver les pieds (en dehors d'une demande de toilette)</p> <p>Soins annexes (dents, cheveux, bain de bouche, etc.), soins</p>

	<p>annexes liés à la peau et l'activation de la circulation, à l'habillement, liés à l'incontinence, liés à la manutention/mobilisation</p> <p>Traitements, changement des aiguilles de stylo à insuline, crème pour psoriasis, gel anti-inflammatoire, évaluation de la plaie, évaluer une diurèse, changement du traitement pour soins de plaies, gouttes ophtalmiques, désinfection d'une sonde vésicale, vider sac à diurèse, débouchage manuel, toute la gestion des médicaments (préparer, pilulier, administrer, vérifier prise, vérifier effet, vérifier stock, ranger, commander)</p> <p>Travail administratif/transmission, lecture et rédaction des rapports, avec collègues, médecin, remplir échelle d'évaluation (KATZ), travail administratif pour mutuelle</p> <p>Gestion de l'environnement, organisation, garde de nuit</p> <p>Aide à la vie quotidienne</p> <p>Gestion des problèmes et inconforts, comme décider de mettre une clé ailleurs, aller chercher clé, réveiller patient</p>
Infirmier + patient	Gestion des médicaments, prendre rendez-vous chez diabétologue
Infirmier + chef / direction	Rapport oral en fin de tournée, écrire rapport, dossier, carnet glycémie, surveillance diurèse
Infirmier + médecin	Gestion des médicaments Aide à la famille si patient lourd physiquement et psychologiquement
Infirmier + médecin + patient	Gestion des médicaments Crèmes, pommades, talc antimycosique
Infirmier + chef + INAMI	Communiquer
Infirmier collègue titulaire	Rapport oral en fin de tournée, demande d'évaluer soins de plaie, demande de matériel de soin
Equipe	Préparer seringue à insuline, aller chercher le matériel, glycémie, écoute, éducation au patient et famille
Patient	Communiquer, demander conseils/information, demande d'aide, mobilisation, prise de la tension artérielle, toilette et tous les soins annexes (dont crèmes, talc, cheveux), gestion des médicaments, gestion de l'environnement, aide à la vie quotidienne, gestion des problèmes
Epouse ou mari	Toilette et tous les soins annexes...
Famille / enfants	Toilette et tous les soins annexes, (difficulté de mobilisation, risques de chutes, patient psychiatrique)...
Médecin traitant	Toutes les prestations nécessitant un certificat médical (injections, soins de plaies, alimentation parentérale, alimentation entérale, aspiration des voies respiratoires, pansements, sondage vésical, lavage vésical, soins de vulve, etc.) + gestion des médicaments (dont préparer, placer un patch, gérer le stock), écolage pour injection d'insuline, glycémie, tension artérielle, bandage de compression, vidanger sac diurèse, désinfecter sonde vésicale, pose d'une minerve, réfection du lit, dossier infirmier, écoute active, toilette (pour aide et surveillance du patient comme œdèmes, prise des médicaments, glycémie, etc.)
Médecin + patient	Gestion des médicaments, antidouleurs
Médecin + famille	Prise de la tension artérielle
Médecin traitant + voisin	Gestion des médicaments
Médecin (sans précision si	Toutes les prestations nécessitant un certificat médical (injections, soins de plaies, alimentation parentérale, alimentation entérale,

généraliste ou spécialiste)	aspiration des voies respiratoires, pose d'un lombostat, sondage vésical, lavage vésical, etc.) + toilette, soins annexes, glycémie, tenue stérile (MRSA), vidanger sac à diurèse, pommade, changer la trousse d'alimentation entérale,
Hôpital	Oxygénothérapie, soins de plaies, toilette et habillage
Spécialiste / chirurgien	Soins de plaie, injection
Ophthalmologue	Gouttes dans les yeux (répondants ou non aux critères INAMI)
Cardiologue	Toilette, habillage, réinstaller, puff, injection sous-cutanée
Oncologue	Pansement de gastrostomie, éduquer au branchement de l'alimentation entérale
Diabétologue	Injection d'insuline, glycémie, noter au carnet, dossier infirmier
Néphrologue	Demande d'une hospitalisation suite à problème de drain de néphrostomie, organisation, gestion, aide
Psychiatre	Injection, toilette
Urologue	Soins de stomie
Chirurgien ortho	Soins de plaie
Dermatologue	Soins de plaie, soins des jambes, pose bas de contention (répondants ou non aux critères INAMI)
Spécialiste + famille	
Assistante sociale/ aide familiale/ centre de coordination/ CPAS	Toilette et tous les soins annexes Gestion des médicaments
Fédération infirmière	Dossier infirmier

C. Les justifications des demandes

Les activités autres que les soins d'hygiène doivent tous être précédées d'une prescription médicale (traitements curatifs, palliatifs, préventifs). Comme autres justifications sont citées les demandes du médecin (sans remboursement / hors conditions) pour les gouttes ophtalmiques, l'application de pommades, thérapies de compression, la réfection du lit car risque de thrombose, la toilette car risque de chutes. Les besoins du patient comme la demande de remboursement du matériel, une rupture de stock de matériel incite à se rendre chez le diabétologue, lequel donne des conditions (suivi du diabète par glycémie, note au carnet).

L'infirmier cite souvent son « rôle d'infirmier » comme étant une justification à l'action (bon sens, volonté d'appliquer les soins globaux, nursing global, soucis du bien être, de l'image de soi du patient et de l'hygiène, souci de prévention, souhait de réduire la douleur, remplir son rôle social, parce que parfois c'est vital).

L'observation de l'infirmier, un autre rôle peut repérer un problème médical comme les mycoses.

L'initiative peut aussi être liée à une recherche de facilité pour le soignant (gagner du temps), ou de facilité pour le patient et la famille (rassurant) pour par exemple remplir un pilulier ou aller chercher une clé. Un infirmier dit prendre l'initiative de communiquer avec le patient, l'entourage par souci de montrer que l'infirmier n'est pas au-dessus de tout (parler avec les gens, rassurer). On trouve aussi des initiatives qui visent à rassurer le patient et l'entourage s'il refuse l'autonomie (glycémie et insuline faits par l'infirmier), qui s'inquiètent par rapport aux antécédents (tension artérielle), pour soutenir un patient dépressif.

La nécessité de transmission, l'obligation de la direction et de l'INAMI incitent à l'initiative de remplir le rapport écrit. L'isolement ou la solitude du patient, la perte d'autonomie du patient ou de l'entourage, répondant à un besoin d'aide comme ne pas pouvoir entrer ou sortir seul du lit quand il n'y a pas d'aide familiale le week-end. Parfois il y a le désir du patient de rester

autonome, c'est pourquoi il demandera une installation du matériel près de lui, une mobilisation, une installation adaptée.

L'entourage demande à être soulagé, en particulier s'il s'agit de patient en fin de vie, de patient atteints de la maladie d'Alzheimer ou de patients lourds physiquement et psychologiquement. Une fois on a cité une insatisfaction des soins d'un autre infirmier ce qui a poussé le patient à faire appel à cet autre infirmier. L'infirmier demande l'aide d'un collègue spécialisé quand une plaie fait problème, pour demander du matériel de soin.

2.17.9 Fréquence dans la grille 3

Il a été demandé aux infirmiers de donner la fréquence du soin. Certains infirmiers ont donné la fréquence uniquement du soin choisi et analysé comme par exemple « cette injection d'insuline est faite 2 fois par jour chez ce patient ce jour du 24h recall ». D'autres infirmiers, ont donné la fréquence du « type » de soin choisi sur leur 24h recall ou sur une journée de travail habituelle, comme par exemple « habituellement j'injecte de l'insuline 4 fois par jour chez 4 patients ». Plus rarement, l'infirmier a donné la fréquence du « type » de soin choisi sur une durée plus longue, comme « je rencontre ce type de soin plusieurs fois sur l'année ».

La fréquence nous apporte peu d'informations. Elle a souvent été comprise comme habituellement utilisée dans la facturation. Elle n'a pas été comprise comme étant une activité rare dans la pratique d'infirmiers.

2.17.10 La nécessité ou non d'une formation

Souvent les infirmiers disent ne pas avoir besoin de formations pour réaliser les activités du 24h recall, cependant certains ont évoqués des « souhaits » de formations, parfois ils ont estimé qu'elles étaient utiles (en soins de plaies) voire parfois vitales (pour l'alimentation parentérale).

Peu de formations demandées pour les soins connus, les toilettes et les soins d'hygiène. Parfois les formations sont souhaitées avec insistance (l'alimentation parentérale), parfois les formations sont recommandées comme pour les soins de plaies. Certains infirmiers répètent la demande de formation plusieurs fois dans l'interview d'autres jamais. L'infirmier dit être plus à l'aise pour ses techniques après ses formations suivies, il dit améliorer ainsi le soin, le bien être du patient, le rassurer et être plus efficace, car s'il y a un problème de fonctionnement de la machine, le patient n'en voudra plus.

Il arrive que l'infirmier dise ne pas être certain d'avoir besoin d'une formation pour le soin analysé, il l'exprime en disant que « peut-être bien qu'une formation serait utile ». Un infirmier demande que des formations soient suivies, rendues obligatoires et soient réglementées par l'INAMI pour l'alimentation parentérale. Une confusion est observée entre les besoins réels de formation non reçues, une formation reçue, une formation souhaitée et une formation pour soi ou seulement pour les collègues.

L'infirmier dit apprécier les aides et interventions des équipes spécialisées comme les équipes de soins palliatifs, les équipes de seconde ligne, les firmes. Ils disent qu'une fois les explications reçues (pompe à morphine, soin de plaie), l'activité est faisable sans problèmes. Les formateurs cités sont les collègues, collègues spécialisés, les infirmières d'Erasme et françaises pour les soins de plaies, la tenue des dossiers, les mesures des paramètres, le lavage des mains et les manipulations du matériel et machines pour l'alimentation parentérale. Certains infirmiers ont été se former à l'hôpital.

Les infirmiers impliqués dans des associations parlent plus souvent de formations et on observe d'avantage de diplômés A1 dans le total des candidats. Cependant dans la liste des sujets de formations demandée, on retrouve autant de salariés que d'indépendants.

Thèmes, disciplines citées	Justifications des infirmiers des besoins de formation	Spécialisations suivies par les infirmiers de l'étude	Nbre
Communication / Formation à l'écoute, lectures	Ca aide, j'ai fait cette formation		
Education du diabétique	Pour la glycémie, l'éducation du diabétique	diabétologie	6
Maladie d'Alzheimer	Savoir comment réagir face à l'agressivité	psychiatrie	1
Observation /paramètres, surveillance des fonctions	Savoir interpréter une tension		
Algologie	Pour gérer et évaluer la douleur	algologie	1
Incontinence	Une formation est nécessaire	incontinence	2
Manutention	Mais adaptée au domicile	manutention	1
Traitements / Soins de plaies	Il faut une formation de base mais une spécialisation ensuite	soins de plaies	7
Produits	Quand il y a de nouveaux produits de soins de plaies, que les produits changent		
Alimentation entérale	Car les collègues ne connaissent pas ou pas tout ou ont peur		
	Information de Nutricia pour les Nutrison, ce sont des spécialistes		
Alimentation parentérale	Pour bien faire la technique et comprendre le traitement ainsi que les signes à observer L'INAMI ne devrait donner l'autorisation qu'aux infirmières formées.	alimentation parentérale	2
Techniques médicales,	Des rappels de mise à jour (souvent ce sont les stagiaires qui nous informent)		
Techniques infirmières	Expérience suffit mais l'infirmière n'exclut pas qu'une formation sur les nouvelles techniques ne pourrait aider		
Thérapie de compression	C'est bien de se renseigner, il faut bien appliquer les traitements		
Aromathérapie	Pourquoi pas ?		
Formations effectuées par certains infirmiers et qui n'ont pas été demandées :		soins palliatifs	8
		gestion hospitalière, cadre	4
		oncologie	2
		médecine tropicale	2
		Formation pour le 3 ^{ème} âge	1
		accoucheuse	1
		maltraitance	1
		pédagogie	1
Animation de	1		

	mouvements de jeunes	
	post-graduat gérontologie	1

Parfois on signale qu'une formation n'est pas ou plus nécessaire. Réponses équivalentes chez les infirmiers salariés et indépendants.

Prestations citées dans le 24h recall	Justifications	Spécialisations suivies par les infirmiers de l'étude	Nbre.
Toilette, soins d'hygiène	Facile, instinctif, fait partie des compétences infirmières, action autonome. C'est basique mais c'est l'œil critique de l'infirmière qui va observer les problèmes		
Soins de plaies	Mode d'emploi est disponible Collègue spécialisée disponible, formée Plaie allait bien	soins de plaies	7
Diabète	Collègue spécialisée donne des conseils de base	diabétologie	6
Manutention, manipulation	Expérience dans camps d'handicapés et réflexion suffit pour manipuler mes patients handicapés	manutention	1
Techniques infirmières	Expérience suffit mais l'infirmière n'exclut pas qu'une formation sur les nouvelles techniques ne pourrait aider		

2.18 Refus de prise en charge exprimé durant la discussion autour du 24h recall

Une très grande majorité des infirmiers a déjà refusé de réaliser une prestation. Il est arrivé à certains d'en décaler ou d'en annuler. Très peu d'entre eux ont toutefois dû refuser une prestation durant les dernières 24 heures.

2.18.1 Type de patients

Il y a absence de prise en charge si les patients sont absents de leur domicile, s'ils sont agressifs ou s'ils présentent des problèmes psychiques ou d'ordre alcoolique. Elle peut également être liée au refus du patient ou de la famille (soins palliatifs). Le refus peut aussi se présenter chez les patients compliqués, qui ont des difficultés de compréhension, qui prennent du temps sans rapporter de l'argent comme c'est le cas pour les patients diabétiques. Les patients nécessitant la présence de deux infirmiers(ères) peuvent également engendrer l'absence de prise en charge. Dans ce cas, il y a toutefois délégation de l'infirmier indépendant à un service de soins à domicile.

2.18.2 Raisons

Le manque de temps, de matériel, l'excès de travail dans la tournée et l'incompatibilité au niveau des horaires sont des raisons mentionnées à plusieurs reprises. L'absence d'une prescription médicale ou la présentation d'une prescription périmée sont également évoquées.

La prestation qui n'est pas reprise dans la nomenclature de l'INAMI ou qui ne relève pas du rôle de l'infirmier peut aussi engendrer un refus. L'infirmière qui se sent considérée comme une servante peut également en arriver à refuser de prendre en charge le patient, tout comme

l'infirmière qui est incapable physiquement de faire face à un patient obèse. Parfois, il n'y a pas de prise en charge car la prestation demande un contact préalable avec le médecin ou qu'elle ne semble pas correcte ou adaptée, voire qu'elle risque d'engendrer des complications. La distance géographique et le refus pour des questions de conviction sont autant d'autres raisons.

2.18.3 Refus pour responsabilité juridique

Certains répondants (6 /13) ont refusé une prise en charge de peur d'engager leur responsabilité. Le refus s'est présenté dans le cas des injections de morphiniques. Ce type de prestation nécessite un contact avec le médecin au préalable ou relève du rôle du médecin. Il a également eu lieu quand le certificat du médecin était absent ou manquait de clarté ou que le matériel nécessaire à la réalisation du soin n'était pas présent. Une prestation a dû être arrêtée parce que le patient était agressif.

2.19 Changement de définition après la discussion du 24h recall

La plupart des interviewés ont maintenu la définition qu'ils avaient donnée avant d'aborder le 24h recall. Certains ont rappelé la définition qu'ils souhaitaient apporter ou ont ajouté des éléments.

2.19.1 Définition des prestations complexes

Les prestations complexes demandent plus de temps, des connaissances accrues et de la concentration. Elles demandent de suivre des recyclages. Elles demandent du matériel plus pointu et sont liées à l'environnement. Elles font intervenir plusieurs professionnels et engendrent de la pluridisciplinarité. Elles sont caractérisées de compliquées. Elles correspondent à plusieurs actes techniques réalisés dans un ordre précis ou à des prestations techniques qui deviennent difficiles, compliquées "techniquement" voire qui sont plus évoluées. Elles ne s'étendent pas uniquement à la technique, elles correspondent à tout ce qui doit être fait autour du soin: observer, s'adapter, surveiller, etc.

2.19.2 Définition des prestations techniques

Elles requièrent une formation de base telle que celle d'infirmier ou d'autres. Elles sont des actes infirmiers. Elles nécessitent des connaissances variées, du matériel qui est parfois peu utilisé ainsi que des qualités techniques et manuelles. Elles demandent le respect d'une procédure, de la stérilité et engendrent de la responsabilité. Elles exigent de l'attention, de la réflexion, de la « jugeote », un bon sens de l'organisation et de la débrouillardise. Elles dépendent d'un certificat médical. Plus elles sont techniques, plus elles sont sous la responsabilité du médecin. Elles sont répertoriées comme actes techniques dans la nomenclature (Art 78) mais sont parfois mal payées, voire non payées. Elles prennent du temps et englobent parfois le côté social de la prise en charge. Tout ce qui est fait à domicile (contact téléphonique) devient technique.

Livrable 5 : Modèles de collaboration : description, analyse critique et propositions et recommandations

2.20 Collaboration à l'hôpital

2.20.1 Intervenants

Très peu d'infirmiers n'ont aucun contact avec l'hôpital. Pour les autres, les personnes avec lesquelles ils collaborent le plus souvent semblent être les assistants sociaux. Dans ce cas, ce sont les assistants sociaux qui téléphonent aux infirmiers du domicile. Ensuite, les contacts ont lieu avec les infirmiers en chef ou avec les infirmiers puis avec les spécialistes et les équipes ou services spécifiques. Pour ces disciplines, les contacts sont souvent pris à l'initiative des

infirmiers du domicile. Les contacts avec les médecins semblent quant à eux peu nombreux de même que ceux avec les référents et la famille.

Intervenants cités	Formation de base = Infirmier(ère)
Assistant social	9
Infirmier en chef	4
Infirmier	5
Spécialistes	6
Equipe ou service spécifiques	5
Médecin et responsable médical	4
Référente	3
Famille	1

2.20.2 Organisation de la collaboration

A. Infirmiers

L'organisation de la collaboration est très variable et la communication répond à différents schémas. Des contacts peuvent être pris par le service social de l'hôpital avec l'infirmière en chef ou la secrétaire du service de soins à domicile. Ils peuvent également être pris avec l'infirmière coordinatrice. Ces différentes personnes répercutent l'information aux infirmières du domicile en établissant une fiche patient ou un rapport. Parfois, les infirmières (en chef) contactent l'hôpital pour obtenir davantage de renseignements. Des infirmiers (référents ou de coordination) peuvent également se rendre à l'hôpital pour visiter leurs patients. Des réunions s'organisent très rarement entre l'hôpital et le domicile. Quand le patient sort de l'hôpital, il dispose parfois d'un document ou d'une feuille de liaison sur lesquels figure une série de renseignements destinés aux infirmiers du domicile. Il arrive que les renseignements fournis soient insuffisants: absence du traitement, des ordonnances ou du certificat mal écrit, etc. Ce mode de communication semble toutefois davantage utilisé avec les infirmières indépendantes. L'hôpital prend parfois directement contact avec les infirmières indépendantes.

B. Médecins indépendants

Un médecin estime que la collaboration avec l'hôpital va à sens unique. L'hôpital ne collabore pas toujours. Lorsqu'un patient est hospitalisé, le médecin adresse un petit mot de référence au spécialiste. Par contre, lorsque le patient est sortant, le médecin ne reçoit pas toujours les informations en retour. Deux autres éléments sont encore relevés. Certains spécialistes hospitaliers n'auraient que peu de notion de ce qui se passe après l'hôpital, d'autres auraient tendance à prendre tout en charge et à se substituer au médecin généraliste. Des ordonnances seraient envoyées au patient même une fois rentré à domicile. Un médecin semble être mécontent par rapport au fait que les diabétologues forment les infirmiers à la gestion du diabète à domicile. Un autre tempore en faisant remarquer que la gestion du diabète prend généralement beaucoup de temps au médecin généraliste. Il considère toutefois que le travail doit se faire en association. Certains infirmiers de l'hôpital se rendraient aussi à domicile.

2.20.3 Moyens de communication utilisés

Les outils les plus cités sont la feuille de liaison et les contacts téléphoniques. Ensuite, viennent les dossiers (infirmiers), les documents écrits et l'infirmier de liaison, en chef ou référent. Le fax est également cité à une reprise. Environ 1/5 des infirmiers n'utilise aucun outil.

Moyens de communication	formation de base = infirmier(ère)
Feuilles de liaison	7
Téléphone et GSM	8

Dossiers (infirmiers)	3
Ecrits	4
Fax	1
Aucun outil	6
Infirmiers de liaison	1
Infirmiers en chef	1
Infirmiers référent	1

2.20.4 Raisons de l'absence d'utilisation

Quand aucun outil de communication n'est utilisé avec l'hôpital, les raisons invoquées font référence au manque d'incitant financier. Les infirmiers du domicile n'ont pas le temps de remplir la feuille de liaison en cas d'hospitalisation.

2.20.5 Qualification de la collaboration

A. Infirmiers

Pour environ 1/3 des infirmiers, la collaboration est ressentie plutôt **négativement** : « à peine satisfaisante, incomplète, insuffisante, franchement pas très bonne, très mauvaise, pas toujours facile et pas encore au point ».

Pour un peu plus de la moitié, elle semble plutôt **positive** : « bonne, bien, très bien, correcte et relativement sympathique ».

Deux infirmiers utilisent d'**autres qualificatifs** pour évaluer la collaboration avec l'hôpital tels que : « importante, inexistante » alors qu'un autre ne sait pas répondre.

	plutôt négative	plutôt positive	autre type de jugement
formation de base = infirmier(ère)	6	11	3

B. Médecins généralistes indépendants

Un médecin n'a aucune expérience négative de l'hôpital : il reçoit des courriers ou des coups de fil de jeunes spécialistes. Il souligne toutefois qu'il collabore avec un tout petit hôpital, qu'il y passe toutes les semaines et qu'il y connaît tout le monde. La collaboration serait variable, voire très variable et dépendrait de l'hôpital et du spécialiste concerné. Un médecin considère que des progrès ont été faits. Un de ses confrères considère que cela aurait dû être ainsi depuis longtemps. Les spécialistes seraient de plus en plus difficiles à joindre par téléphone du fait d'être sollicités tout au long de la journée. Le médecin généraliste, quant à lui, perd beaucoup de temps à utiliser ce moyen de communication. Il ne téléphonerait plus que pour solliciter un rendez-vous pour les véritables urgences.

C. Médecins généralistes de maisons médicales

La collaboration avec l'hôpital est qualifiée de « peut mieux faire ». Il arrive que des sorties de l'hôpital soient mises en place sans que le médecin soit informé du traitement ou du diagnostic du patient. Parfois, le patient est orienté par l'hôpital vers un service de soins à domicile alors qu'il est affilié à la maison médicale où il peut bénéficier de ces soins. Le système des maisons médicales ne serait pas toujours connu ni reconnu par les spécialistes de l'hôpital. Un médecin n'a aucun souci avec l'hôpital car un de ses collègues travaille au sein du service des urgences. Cet hôpital est de petite taille, ce qui permet d'établir des relations interpersonnelles plus rapidement. Le retour à domicile serait de meilleure qualité quand les médecins se connaissent mutuellement ou quand ils ont affaire à des situations d'une certaine gravité.

2.21 Collaboration à domicile

2.21.1 Intervenants

Les personnes qui interviennent au domicile sont très nombreuses et variées.

Intervenants	formation de base = infirmier(ère)
Médecins généralistes	18
Kinésithérapeutes	18
Familles	18
Aides familiales	16
Aides ménagères	11
Coordinations	8
Assistants sociaux	7
Voisinage	8
Ergothérapeutes	5
Repas à domicile	6
Collègues et restant de l'équipe	6
Spécialistes	6
Pédicures	5
Gardes malades	5
Logopèdes	5
Pharmaciens	2
Bénévoles	4
Equipe de soins palliatifs	4
Délégués	1
Firmes	1
Mutuelles	2
Associations	1
Sociétés	1
Ecoles et étudiants	1
Aides soignantes	2
Conjoints	1
Psychologues	2
Entourage	1
Administrateurs de biens	2
Infirmiers ou médecins de l'hôpital	2
Autres	5
Coiffeur	1
Esthéticiennes	1
Diététiciennes	1

A. Infirmiers

Le médecin généraliste est l'intervenant cité par presque tous les infirmiers. Il est toutefois suivi de très près par le kinésithérapeute, la famille, l'aide familiale et l'aide ménagère.

Viennent ensuite, pour environ 1/3 des infirmiers interrogés, la coordination de soins, l'assistant social, le voisinage, les repas à domicile, l'ergothérapeute, les collègues, les spécialistes, la garde malade et la pédicure.

D'autres intervenants sont cités ponctuellement : les bénévoles, les équipes de soins palliatifs, le psychologue, la coiffeuse, l'ergothérapeute, l'esthéticienne, l'avocat, les associations, les firmes, les aides soignantes, les écoles et étudiants infirmiers, l'entourage, les mutuelles, le patient, les pharmaciens, l'infirmière ou le médecin de l'hôpital. On retrouve également différents spécialistes tels que le psychiatre, le diabétologue, les bandagistes ou les fournisseurs. Enfin d'autres intervenants sont encore mentionnés, comme les CPAS, la plate forme en soins palliatifs, les services sociaux, les commerçants qui livrent à domicile, les accompagnants autres que la famille, les centres de soins et les services de transport

B. Médecins généralistes indépendants

L'infirmier, le kiné, l'assistant social, la famille du patient, le service de repas à domicile, l'aide familiale, le pharmacien, la coiffeuse, le garde malade, le service de soins palliatifs et le vétérinaire sont les intervenants qui ont été cités.

C. Médecins généralistes de maisons médicales

Outre les intervenants qui font partie de la maison médicale, la collaboration peut avoir lieu avec les assistants sociaux d'hôpitaux, avec l'aide familiale, avec le réseau SISD, avec les infirmiers de l'ONE et avec les travailleurs médicosociaux des CPAS et avec des services spécialisés comme le service de soins palliatifs à domicile ou comme celui pour les patients psychiatriques ou ceux atteints par la maladie d'Alzheimer.

2.21.2 Organisation de la collaboration

A. Infirmiers

La collaboration s'organise par l'intermédiaire des rencontres ponctuelles ou organisées (réunions de coordination) au domicile du patient. Ces rencontres ont notamment lieu avec le médecin, le kinésithérapeute, l'aide familiale, la garde malade, l'assistante sociale, etc.

Elles ont pour but de parler de la situation du patient, d'amener une coordination, de planifier différents services à domicile ou de transmettre des informations pratiques.

Lorsque les rencontres ne sont pas possibles ou pas utiles, la collaboration s'effectue plutôt par téléphone. Le cahier de liaison permet la collaboration avec les aides familiales et ménagères. Le dossier et les documents écrits sont également utilisés.

B. Médecins généralistes indépendants

La collaboration s'organise via le centre de coordination et l'assistant social qui y est attaché. Concernant la collaboration avec les infirmiers, soit le médecin téléphone directement à un infirmier qu'il connaît, soit il s'en réfère à l'assistant social du centre de coordination qui dispose d'une liste de noms. Parfois, le patient peut faire appel à un infirmier de son propre chef en passant par les mutuelles. Il arrive aussi que les hôpitaux aiguillent le patient vers des services de coordination de soins. Il semblerait que les patients aient plutôt tendance à prendre contact avec les mutuelles pour leur renseigner des structures de soins plutôt que des infirmiers indépendants pour des raisons de coût.

Malgré cet élément, le médecin préfère parfois travailler avec des infirmiers ou kinésithérapeutes qu'il connaît et qu'il peut contacter directement par GSM à n'importe quel moment. De cette façon, il peut également être contacté par l'infirmier lorsqu'un problème se pose et que son avis est nécessaire.

L'inconvénient lié aux équipes des services de soins à domicile, c'est qu'elles sont tournantes. Dès lors, lorsqu'un problème complexe se pose, le médecin généraliste n'a plus d'interlocuteur privilégié au bout du fil.

Même si les infirmiers indépendants travaillent en groupe, ils le font souvent par groupes de deux à trois personnes. Dans ce cas, il est encore possible pour le médecin d'avoir un interlocuteur qu'il connaît au bout du fil. Un référent est également parfois désigné.

Même s'il semble plus facile de collaborer avec les infirmiers indépendants, un médecin généraliste fait le constat que la tendance actuelle est de travailler en groupe de manière à ce que chaque professionnel (infirmier, kinésithérapeute) puisse atteindre une certaine qualité de vie. Dans la mesure du possible, les services de soins à domicile essaient de mettre le même infirmier chez le patient. Le médecin généraliste craint toutefois qu'il y ait des tournantes importantes par manque de personnel infirmier.

En matière d'organisation, il existe aussi des réunions interdisciplinaires (médecins, infirmiers), mais le nombre de participants est rarement élevé.

C. Médecins généralistes de maisons médicales

Des réunions s'organisent entre les différents intervenants internes à l'institution (médecins, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues et accueillants), mais ils se rencontrent aussi de manière informelle ou se téléphonent. Les intervenants extérieurs sont parfois invités à ces réunions internes (les services d'aides familiales). La collaboration passe par les courriers ou par le téléphone.

2.21.3 Moyens de communication utilisés

A. Infirmiers

Tous utilisent des outils de communication au domicile du patient. Les outils les plus utilisés sont le GSM, le téléphone, le dossier infirmier. Viennent ensuite par ordre décroissant les cahiers et carnets (de coordination, de liaison), le fax, les rencontres ou réunions, le mail et internet, les fardes, les documents écrits et la coordinatrice.

Le journal d'entreprise, les tableaux d'affichage, les brochures, les formations et les grilles (palliatives et de Norton) n'ont été cités qu'une seule fois.

Outils	formation de base = infirmier(ère)
Téléphone et GSM	18
Dossiers	11
Cahiers et carnets	9
Fax	7
Rencontres et réunions	7
Mail et internet	3
Fardes	4
Ecrits	5
Coordinatrice	2
Brochures	1
Tableaux d'affichage	1
Journal d'entreprise	1
Formations	1
Grilles	1

2.21.4 Qualification de la collaboration

A. Par les Infirmiers

Pour la majorité des infirmiers interrogés, la collaboration est évaluée positivement : « collaboration nécessaire et indispensable, plutôt bien, jamais de problèmes, impeccable, à améliorer mais bien en général, fructueuse, très bonne, etc. ».

	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement
Formation de base = infirmier(ère)	16	5	3

Certains nuancent leur jugement selon le type d'intervenant.

La collaboration avec les kinésithérapeutes est bonne pour un infirmier alors qu'elle semble plus difficile pour trois autres car les kinésithérapeutes souhaitent passer en priorité quand ils sont face au patient en même temps que l'infirmier. Les kinésithérapeutes indépendants apparaissent également moins collaborants.

La collaboration avec les médecins est nuancée. Deux infirmiers la qualifient positivement comme « facile » et « très bonne ». Deux autres l'évaluent plus négativement comme « difficile », « parfois un peu rapide ».

La qualification de la collaboration avec les aides familiales est également variable : très facile, bonne, plus difficile avec les infirmières d'autres services et à travailler.

En outre, d'autres types de jugements sont exprimés : « pourrait être plus étroite », « un peu rapide avec les médecins », « on essaye qu'elle soit la plus constructive possible ».

B. Par les médecins généralistes indépendants

De manière générale, la collaboration semble bonne.

La collaboration semble meilleure avec les intervenants connus par le médecin. Elle varie d'une personne à l'autre et est fonction de la capacité de dialogue et de complémentarité. Parfois, il est nécessaire de fixer une réunion pour mettre les choses au point.

Un médecin regrette qu'on lui demande de ne pas passer en même temps que le kinésithérapeute.

Comme il n'a pas la possibilité de le voir souvent, le cahier de coordination lui semble utile. Un autre médecin rencontre régulièrement les intervenants car il travaille souvent avec les mêmes personnes.

La collaboration semble importante pour les suivis de patients chroniques. A contrario, elle ne devrait pas être intense pour les problèmes ponctuels.

Pour collaborer, un médecin a besoin de savoir comment l'infirmier travaille. Il a besoin de savoir si l'infirmier prend des initiatives et peut gérer un certain nombre de choses de manière à pouvoir lui faire confiance.

Pour ce qui a trait à la collaboration avec les infirmiers, celle-ci est jugée très correcte. Elle se fait généralement dans l'intérêt du patient. Certaines communications ne devraient toutefois pas avoir lieu devant le patient pour éviter qu'il ne doute du médecin ou de l'infirmier et qu'il en vienne à perdre confiance. Certains infirmiers feraient preuve de maladresse à ce niveau. Ils ne font pas toujours équipe avec le médecin. Le médecin doit toutefois être partenaire de l'infirmier également.

Un médecin soulève le fait que les infirmiers n'acceptent pas facilement d'avoir des responsabilités (exemple : tirer un fil) alors qu'ils sont mieux placés pour juger du moment opportun pour réaliser certaines prestations. Un autre comprend qu'ils puissent avoir des

craintes.

C. Par les médecins généralistes de maisons médicales

Dans la grande majorité des cas, la collaboration semble bien se passer. Elle se déroule toujours très bien avec les aides familiales et semble intéressante avec le service d'aide à la jeunesse bien qu'elle soit parfois difficile. La collaboration interne à la maison médicale semble également plus facile, plus profonde, plus étroite et donne lieu à des actions en synergie. Elle est par contre parfois plus difficile avec les habitations protégées lorsque le médecin obtient difficilement des informations.

2.21.5 Les éléments favorables à la collaboration

A. Pour les infirmiers

Les éléments les plus nombreux touchent à la communication et aux moyens de communication tels que les rencontres ou réunions avec les médecins et autres intervenants. Ces rencontres permettent en effet à chacun d'apprendre à se connaître et par la suite à se reconnaître.

Différents structures sont également citées comme éléments favorables : les SISDS, les centres de coordination et la plate-forme en soins palliatifs.

Des outils de communication semblent intéressants comme ceux qui émanent des SISDS, le dossier central, les supports d'information, la feuille de liaison, le carnet de liaison, l'outil de communication commun.

Outre la communication en tant que telle, certaines attitudes sont également favorables : se sentir concerné par le soin, être disposé à prendre le temps de rencontrer le médecin, avoir la volonté à communiquer ou à demander des renseignements, faire preuve d'honnêteté, d'ouverture d'esprit, de respect, de reconnaissance, d'écoute et de dialogue.

On retrouve encore d'autres conditions favorables telles que l'information, l'organisation, le travail en équipe, les moyens humains en suffisance, la présence d'un coordinateur de qualité et de gens responsables à tous les niveaux. Ces deux dernières conditions pourraient toutefois mieux s'intégrer dans les éléments favorisant compte tenu des informations ajoutées par les personnes interrogées.

B. Pour les spécialistes

La communication, les contacts, le travail en réseau ou structuré, le dialogue, l'information et la prise de contact avec l'infirmier pour la préparation de la sortie du patient sont des éléments favorables de même que la compétence de l'infirmier et des autres intervenants (généraliste, aide familiale, entourage, famille, etc.).

La présence d'une assistante sociale comme intermédiaire entre le prescripteur et le domicile, d'une structure qui organise la sortie (Ex : l'équipe de seconde ligne en soins palliatifs), de numéros de téléphone disponibles dans le carnet du patient, des coordonnées de spécialistes avec lesquels les infirmiers peuvent collaborer en fonction des problèmes rencontrés (le diabétologue, l'orthopédiste, le chirurgien vasculaire, l'infirmière d'éducation, la diététicienne) peuvent aussi être favorables. La connaissance de ses limites, la proximité, la disponibilité et la continuité sont aussi nommées.

C. Pour les médecins généralistes indépendants

Le dialogue, la notion de confiance et de connaissance sont les points forts de la collaboration avec les infirmiers du domicile.

La formation complémentaire constitue un élément favorable à la collaboration car elle permet aux infirmiers de donner des idées aux médecins et de prendre davantage de responsabilités dans la prestation. La formation est un élément positif pour autant qu'elle n'engendre aucune concurrence et qu'aucune réflexion ne soit formulée par l'infirmier au médecin devant le patient. La deuxième ligne doit être présente pour collaborer et non pour se substituer à la première

ligne.

Le carnet de liaison est un élément qui doit être maintenu. La fonction d'infirmier référent permet quant à elle d'épauler les infirmiers qui se sentent en difficulté en leur donnant des renseignements complémentaires.

D. Pour les médecins généralistes de maisons médicales

L'échange est un point fort de la collaboration avec les infirmiers en maison médicale tout comme le fait de prendre des décisions en commun. Travailler dans une structure commune, permet à l'infirmier de communiquer ses observations au médecin, donner rapidement ses suggestions et ses limites de même que tirer la sonnette d'alarme en cas de nécessité.

Partager le temps en commun et travailler dans le même lieu permet d'aller au-delà de la collaboration et d'arriver à une pluridisciplinarité ou une transdisciplinarité. Se voir permet de mettre en place des actions plus collectives.

2.21.6 Les éléments favorisants

A. Pour les infirmiers

La communication et tous les éléments qui s'y rapportent favorisent la collaboration. Sont notamment cités: les réunions de coordination ou de concertation payées, se voir une fois au chevet du patient; les réunions pour apprendre à se connaître; avoir des rencontres entre l'hôpital et le domicile; se présenter; rencontrer les médecins pour qu'ils sachent que des structures existent et que les infirmiers puissent expliquer leur manière de travailler.

Des outils peuvent aussi favoriser la communication et la collaboration: un seul dossier pour l'infirmier, le médecin et l'hôpital; un cahier de liaison pour tous les intervenants; un cahier de prise en charge de coordination adéquat, vivant et qui est différent d'un patient à l'autre; des outils de communication; internet pour pouvoir envoyer des photos numériques de plaies; un outil de communication simple à utiliser, peu coûteux et facilement mobile; avoir des dossiers complets; avoir des dossiers communs. La présence des SISDS semble également favorable.

A ces différents éléments, des conditions financières, matérielles, d'évaluation viennent s'ajouter: imposer, financer et contrôler la communication; prendre plus de temps pour communiquer davantage et se réunir; avoir plus de temps et de moyens financiers; avoir un lieu neutre où on pourrait échanger avec l'hôpital; la justice pour éviter la rivalité entre les infirmières indépendantes et les salariées ainsi qu'entre les infirmières et les médecins; valoriser les infirmières et les reconnaître comme des prestataires à part entière.

Pour favoriser la communication et la collaboration, des conditions de formation semblent également importantes: organiser des formations avec les médecins, aller voir leur terrain et qu'ils viennent voir celui des infirmières à domicile; établir un contact sur base du métier; former des infirmières et viser un changement des mentalités (infirmière pas seulement exécutante).

D'autres éléments s'ajoutent encore: voir le patient au centre de soins; avoir quelqu'un comme un médecin qu'on peut appeler à la centrale et qui répond aux questions des infirmiers ou avoir un endroit où ils peuvent expliquer leurs problèmes; avoir une aide sur les tournées comme une garde-malade pour les gros soins; changer les mentalités et statuer les actions communes; la bonne volonté de chacun.

B. Pour les spécialistes

L'élaboration de réseaux en lien étroit avec l'hôpital, le travail en réseau, la structuration du domicile en termes de continuité et de multidisciplinarité, communiquer, utiliser des outils communs, l'informatique, la présence d'infirmiers spécialisés et mobiles, une meilleure collaboration pluridisciplinaire, la mise en place d'un système organisé sur le territoire où habite le patient, la formation et la garantie d'une formation continuée pour les infirmiers, la mise en place de formations et de remises à jour par les centres universitaires, la proposition de

modèles de collaboration par les centres universitaires, le travail en réseau, valoriser le temps de travail, revoir la nomenclature, demander des avis à des personnes référentes, la présence de référents motivés, intéressés et patients, la présence de relais à domicile, revaloriser l'acte de l'infirmier (ère), inclure le pied diabétique dans les soins de plaie spécifiques, donner des conduites, des règles et les respecter (ne pas changer le traitement tout le temps), se tenir aux classifications existantes pour les plaies.

Éléments favorisants	infirmiers	Spécialistes
Rencontres et réunions	7	1
Lieu pour les réunions	1	0
Se présenter, se connaître	3	0
Etablir un contact	1	0
Présence de réseaux	0	4
Formations, infirmiers spécialisés	4	2
Une aide pour les tournées	1	0
Connaissance par médecin de la présence d'une structure (qui ne change pas)	1	0
Connaissance par le médecin de la présence d'une infirmière titulaire de la tournée	1	0
Statuer les actions communes	1	0
Voir le patient au centre du soin	1	0
Plus de temps	6	1
Plus de moyens financiers	4	1
Considérer et valoriser davantage des infirmières	2	0
Justice	1	0
Contact direct avec l'infirmier	1	0
Organisation, structure	0	3
Modèles de collaboration	0	1
Règles, conduites définies	0	1

Différents outils de Communication	10	5
SISD	1	0
Dossier ou complet ou commun	3	1
Cahier ou feuille de liaison	2	0
Infirmiers mobiles	0	1
Présence d'infirmiers relais	0	1
Informatique	1	1
Outils de communication	1	1
Cahier de coordination adéquat	1	0
Internet	1	0

C. Pour les médecins généralistes indépendants

Pour améliorer la qualité de la collaboration, un médecin pense qu'il faut créer des occasions de rencontres qui ne touchent pas forcément au patient.

La formation continue peut notamment être l'occasion et le moyen de créer des rencontres

entre intervenants. Les rencontres permettent en effet d'apprendre à se connaître et de savoir notamment si la personne est quelqu'un qui est susceptible de prendre des initiatives ou pas.

Les infirmiers devraient également aller se présenter aux médecins généralistes de manière à ce qu'il y ait un contact et qu'ils sachent à qui ils ont affaire. Le dialogue et la confiance semblent être d'autres éléments importants.

2.21.7 Les éléments défavorables

A. Pour les infirmiers

La communication semble insuffisante, ce qui engendre un manque d'information, notamment de la part des hôpitaux. Vient s'ajouter à ce problème le manque de temps et de financement. D'autres éléments défavorables sont mentionnés : la concurrence et la compétitivité qui règnent entre les infirmières, entre les médecins et les infirmières ("ils ont peur qu'on leur prenne leur territoire") ainsi qu'entre les hôpitaux.

Certains parlent d'un manque de confiance et de considération de la part des médecins qui manquent de volonté pour rencontrer les infirmiers au chevet du patient ou pour travailler avec eux. Un infirmier estime qu'ils se mettraient dans une position plus haute alors que lui se sent sur un pied d'égalité. Cette situation de position haute serait également vécue par les aides familiales qui se sentent frustrées par rapport à la directivité de certains infirmiers. Le manque de répartition des tâches à domicile peut également poser problème "les intervenants qui font autre chose que ce pourquoi ils sont formés; manque d'ordre à ce niveau".

Pour terminer, d'autres éléments défavorables sont encore cités tels que: la multiplication des responsables de chaque service; le risque de perte de dossiers; le nombre de patients à prendre en charge; les changements de personnel dans la tournée; se reposer sur les habitudes; ne pas se connaître et le travail indépendant.

B. Pour les spécialistes

L'éloignement ou les grandes distances à parcourir pour le patient ou le soignant, le manque de contacts, la manque de disponibilité de manière continue (24h/24h), la discontinuité des soins, le changement de soignant, la rareté des spécialistes, le faible nombre de collaborateurs à l'hôpital et la difficulté à les joindre, la difficulté à décrocher un soin infirmier en temps, en heure et en lieu, un cadre légal qui n'est plus cohérent avec la réalité de terrain, sont des éléments défavorables de même que la discordance d'avis entre le généraliste et le spécialiste, l'insouciance, l'individualisme et l'isolement.

C. Pour les médecins généralistes indépendants

Le caractère indépendant est un élément qui est soulevé de même que le manque de formation ou de spécialisation des médecins et des infirmiers (notamment par rapport aux produits hyper spécialisés). La fonction d'infirmier référent pourrait diminuer le réflexe de l'infirmier à contacter le médecin généraliste en cas de problème. L'idéal serait que l'infirmier informe également le médecin quand il est en difficulté.

D. Pour les médecins généralistes de maisons médicales

Le manque d'attrait de certains infirmiers pour certaines pathologies ou prises en charge peut freiner la collaboration avec les médecins généralistes et engendrer des conflits. Cette situation peut engendrer un manque de compréhension de la demande et un retard dans l'exécution de celle-ci.

Certains traits de personnalité, ne pas être sur la même longueur d'ondes, le manque de définition au niveau des tâches de chacun au sein d'une équipe de même que le manque d'autonomie et de prise de décisions des infirmiers sont également d'autres éléments cités.

2.21.8 Eléments défavorisants

A. Pour les infirmiers

Un certain nombre d'attitudes ou de comportements pourraient être défavorables à la collaboration entre les différents intervenants. On retrouve notamment la rivalité entre médecins et infirmiers "chacun veut garder ses poules", la concurrence. Le corporatisme, l'individualisme, le repli sur soi, le fait d'être contre la pluridisciplinarité ou d'avoir difficile à travailler en équipe, la non délégation peuvent être également cités. Le manque de considération "dire au patient que l'infirmière n'est bonne qu'à faire les toilettes" et l'envie de ne pas changer, le manque de volonté ou de motivation (ne pas remplir les dossiers ou faire passer l'information), l'esprit carré et la mauvaise foi peuvent également être reprises dans les attitudes. On retrouve aussi le manque d'atomes crochus "certains médecins préfèrent travailler avec certains infirmiers ou kinésithérapeutes". Cet élément pourrait toutefois sembler plus difficile à changer.

Outre ces différents éléments, le manque de temps et de moyens financiers (pour les formations et la communication) ont été relevés à plusieurs reprises. Une mauvaise formation des gens ou le non suivi de formations semblent être des éléments importants de même que la surcharge administrative qui empêche le suivi de formations. Le manque d'outils de communication et d'information ont également été cités ainsi que la distance géographique qui sépare les intervenants et qui freine les rencontres.

D'autres éléments tels que les on-dit "l'infirmière travaille mal", la peur de perdre la clientèle, les jalousies, et l'absence de demande du patient ont également été cités.

B. Pour les spécialistes

Le manque de volonté à collaborer mais aussi de temps, de disponibilité et de communication sont des éléments défavorisant la collaboration. L'isolement, la pénurie de médecins spécialistes, le manque de personnel infirmier, la diminution du nombre de référents, la surcharge de travail des infirmiers, l'impossibilité de ceux-ci à se spécialiser dans certains domaines et l'absence de financement des professionnels pour les soins lourds sont encore d'autres éléments. L'absence d'utilisation d'outils communs ou de l'informatique de même que du travail en réseau et d'infirmières spécialisées mobiles sont les derniers éléments nommés.

Eléments défavorisants	infirmiers(ère)s	Spécialistes
Manque de moyens financiers	3	0
Manque de temps	3	1
Manque d'outils de communication (communs)	1	1
Distance géographique	1	0
Manque de communication	1	2
Ne pas se connaître	1	0
Difficulté à travailler en équipe	1	0
Les on dit, les rumeurs	1	0
Mauvaise formation ou non suivi	3	3
Manque de présence effective d'un coordonateur, d'un responsable	1	0
Surcharge de travail ou administrative	1	1
Manque d'information	1	0
Ne pas travailler en réseaux	0	2
Manque de disponibilité	0	2
Manque d'organisation	0	1
Pénurie des médecins spécialistes	0	1
Diminution du nombre de référents	0	1

Manque de personnel infirmier	0	1
-------------------------------	---	---

Attitudes et comportements défavorables	N=17	N=2
Rivalité, concurrence	4	0
Mauvaise foi	1	0
Corporatisme	0	0
Individualisme, repli sur soi	3	1
Manque de motivation, de volonté	2	1
Manque de considération, de respect	2	0
Etre contre la pluridisciplinarité	1	0
Ne pas remplir les dossiers ou faire passer les infos	1	0
Esprit carré	1	0
Peur de perdre la clientèle	1	0

2.22 Collaboration entre les spécialistes et les infirmières du domicile

Tous les spécialistes semblent collaborer avec les infirmiers(ères) à domicile.

2.22.1 Organisation de la collaboration

L'organisation de la collaboration se fait par l'intermédiaire du service social, des infirmières de l'hôpital spécialisées qui sont des relais ou référentes, d'une spécialiste de l'hôpital (stomathérapeute) qui est le relais du domicile, de l'équipe de soins palliatifs, de l'interface (équipe hospitalière de liaison hôpital/ domicile disponible 24h/24h), du service de coordination, de la famille et de l'équipe médicale qui prend contact avec le médecin de famille ou celui de l'équipe des soins infirmiers.

La collaboration passe également par le téléphone (GSM), les contacts directs, les écrits, les mails et par le cahier de liaison. Dans un hôpital, les infirmières du domicile sont formées à l'hôpital et y développent une pratique, ce qui paraît être le point de départ de la collaboration.

La collaboration est qualifiée de ponctuelle, semi-structurée encore structurée. Elle est semi-structurée lorsqu'il y a utilisation de fiches de liaison plus ou moins standardisées et l'est totalement lorsque des conventions-cadres établissent des protocoles de collaboration. C'est notamment le cas pour les soins palliatifs et psychiatriques. Dans le cadre de l'accouchement à domicile avec suivi par des accoucheuses ainsi que pour les soins gériatriques, des réunions de formation et des séminaires de discussion à thèmes sont également mis en place.

2.22.2 Outils de communication

Les outils cités sont le téléphone, les écrits (courrier au médecin traitant ou à l'infirmier(ère), les documents qui véhiculent le patient, les prescriptions), la farde reprenant différents renseignements (protocole, liste des problèmes, d'adresses et numéros de téléphone des firmes, etc.), le système informatique et le dossier informatisé, les photos, la réunion pluridisciplinaire et la spécialiste (stomathérapeute) relais.

Le document du SISD et le cahier (dans lequel sont notées des données automatiques) sont également cités mais semblent être peu utilisés.

2.22.3 Utilisation souhaitable

Il est très important d'utiliser des outils pour un spécialiste. Pour lui, il est également important d'être précis dans les demandes en donnant tout une série de renseignements tels que longueur de la mèche, imbibation ou non, avec quel produit, nombre de cc... ainsi qu'en

joignant des photos et des schémas. Cette précision n'est toutefois pas possible quand ce sont les assistants car ceux-ci sont pressés.

2.22.4 Qualification de la collaboration

Les qualificatifs sont divers: collaboration excellente, très bonne, moyenne, variable, généralement bien ou bonne et pas trop mal.

La collaboration peut être variable en qualité selon l'infirmier (ère) avec lequel il y a collaboration. Les compétences semblent aussi insuffisantes.

Elle peut également être variable en quantité selon la région dans laquelle on se trouve.

Elle est excellente pour autant qu'il y ait un choix qui soit fait au niveau de l'infirmier(ère) et qu'un contact soit pris.

Elle n'est pas trop mal, mais les infirmiers(ères) semblent manquer de disponibilité pour les formations à l'hôpital.

Elle est moyenne et est liée à la personnalité de l'infirmier(ère).

Elle est généralement bien ou bonne avec parfois des difficultés liées à un problème de temps.

Livrable 2 et 6 : inventaire des prestations techniques de soins infirmiers à domicile selon la faisabilité à domicile et identification des facteurs qui peuvent influencer le développement futur des prestations techniques en soins infirmiers à domicile

2.23 Prestations techniques futures

2.23.1 Exemples de prestations techniques citées

A. Infirmiers

Les prestations techniques qui pourraient prendre de l'ampleur à l'avenir sont, de manière décroissante de citation : la dialyse et l'hémodialyse (6), les soins palliatifs et la prise en charge de la fin de vie (5), la chimiothérapie (5), les hospitalisations à domicile (2), l'alimentation parentérale et entérale (2), l'accouchement ou la surveillances des grossesses(2), le port-à-cath (2), les soins aux patients avec troubles mentaux ou psychiatriques (dépression, démence, maladie d'Alzheimer) (2), les soins continus, la trachéostomie, les pathologies chroniques (diabète), les soins pédiatriques, les soins aux personnes âgées ou très âgées, les pansements (2).

B. Spécialistes

La chimiothérapie, les soins palliatifs, de plaies et gériatriques sont des prestations qui pourraient prendre de l'ampleur aux yeux des spécialistes, tout comme la prise en charge des personnes grabataires, la surveillance des personnes chroniques, la mise en place de sondes gastriques chez les personnes anorexiques, la prise en charge des diabétiques avec passage à l'insuline et l'éducation qu'elle nécessite de même que celle des diabètes gestationnels (du fait de la diminution des séjours en gynécologie) notamment au niveau de la surveillance de la glycémie.

Exemples de prestations techniques futures	Infirmiers (ères)	spécialistes
Chimiothérapie	5	1
Dialyse dont hémodialyse	6	0
Surveillance de la grossesse, accouchements et soins annexes	3	0
Soins palliatifs	5	1

Traitements qui demandent un gros investissement et du temps	1	0
Trachéostomie	1	0
Perfusions, PAC	3	0
Péridurale et traitement de la douleur	1	0
Pansements post opératoire complexes et soins de plaie	2	1
Alimentations parentérale et entérale	2	0
Pathologies chroniques telle le diabète	1	2
Soins pédiatriques	1	0
Soins aux personnes âgées	1	0
Soins aux patients avec troubles mentaux	2	0
Hospitalisation à domicile	2	0
prévention, éducation	1	1
Sondes gastriques et patients anorexiques	0	1

C. Médecins généralistes indépendants

La gestion des pathologies spécifiques comme l'hypertension pourrait prendre de l'ampleur dans le futur. Cela nécessiterait notamment de peser le patient et prendre sa tension. Connaître l'évolution du poids chez une personne âgée pourrait également être une information intéressante en termes d'hydratation.

Le suivi post-natal des mères qui rentrent à domicile pourrait également se développer, (surveillance de l'épisiotomie). Les enfants pourraient également être suivis par un infirmier à domicile avant qu'ils ne le soient à la consultation de l'ONE.

Les aspirations de sécrétions chez les personnes encombrées de même que le placement des sondes gastriques sont aussi des prestations que les médecins généralistes souhaitaient voir prises en charge par les infirmiers. Les perfusions, les dialyses péritonéales et l'utilisation des pompes sont d'autres exemples cités.

2.23.2 Conditions pour la prise en charge

Pour la grande majorité des personnes interrogées, le besoin de formation et d'information semble évident pour pouvoir prendre en charge les prestations techniques citées. Il faut également une collaboration intra et extra-muros et la présence de relais en cas de problèmes. Les moyens financiers (remboursement), humains (suffisamment de personnel) et matériels (adapté et le temps) semblent nécessaires. La psychologie "ne pas avoir le cœur tendre" est citée pour les soins palliatifs tandis que la motivation est nommée pour la surveillance de la grossesse. L'existence d'une infrastructure pour l'organisation des tournées et du temps est encore citée.

Conditions	infirmier(ère)	spécialiste
Formations	13	0
Compétences de l'infirmier	0	3
Collaboration	3	0
Organisation	0	1
Moyens humains	1	0
Matériel adapté	1	0
Certificat médical	1	0
Moyens financiers	1	1
Présence de relais	2	0

Etre prévenu des risques	1	0
Stabilité du patient	0	1

2.23.3 Prestations techniques non souhaitées

Il y a très peu de prestations dont les infirmiers disent ne pas souhaiter la prise en charge, et celles qui sont citées sont parfois assorties de conditions qui pourraient amener la prise en charge. On retrouve l'injection de morphine en fin de vie, les patients trop confus qui représentent un danger pour eux ou pour l'entourage, les patients tels qu'un polyhandicapé grand brûlé, la prise en charge des enfants, l'accouchement, l'hémodialyse, la dialyse péritonéale et l'hospitalisation à domicile.

Plus de la moitié sont prêts à accepter toutes les prestations pour autant que certaines conditions soient réunies telles que la formation, la collaboration, la reconnaissance (nomenclature), le financement, la prescription médicale et l'accompagnement.

2.23.4 Raisons du non-souhait de prester

Pour l'injection de morphine en fin de vie, la raison invoquée est que d'autres traitements de la douleur sont possibles.

Pour les patients trop confus et polyhandicapés, la prise en charge prend trop de temps et semble impossible pour les salariés.

Pour la prise en charge des enfants, c'est la difficulté du contact, l'appréhension et le fait d'être mal à l'aise qui sont invoqués.

L'intervenant qui ne souhaite pas prendre en charge l'accouchement ne le désire pas par manque d'un diplôme spécifique.

Pour un autre intervenant, c'est l'absence d'une nomenclature qui empêche de prendre en charge l'hospitalisation à domicile, d'autant plus qu'il détient la formation en soins palliatifs.

Pour l'hémodialyse, la prise en charge semble lourde, nécessite un bon écolage et une formation rémunérée. L'intervenant reste ouvert à tout cependant.

Pour la dialyse, c'est la formation et la formation continue qui sont manquantes.

2.23.5 Prestations NON techniques déléguées à domicile dans le futur

Les conseils esthétiques liés à l'image de soi, l'éducation à la santé (utilisation du matériel d'incontinence et de continence ainsi que l'éducation thérapeutique), la transmission d'informations de manière à préparer le patient à certains actes (les lavements, les prises de traitement avant un examen), la prévention, l'examen des patients des pieds à la tête de manière à dépister les facteurs de risques, l'accompagnement de la grossesse par une accoucheuse, le suivi psychologique des personnes âgées semblent être des prestations non techniques qui pourraient être prises en charge à domicile à l'avenir. Un spécialiste considère que la prise en charge psychologique ne pourrait pas être prise en charge par les infirmiers(ères) car trop sollicitées.

Un autre parle du suivi en néphrologie et considère que les infirmiers(ères) de salle pourraient en dire plus à ce sujet et qu'il est important d'interroger les patients aussi.

La surveillance de la prise de la méthadone ou l'administration de la méthadone chez les toxicomanes, la prise en charge de l'écoute de l'urgence psychiatrique dans le cas de menaces ou de tentatives de suicide, le suivi des névroses ou de la dépression post-hospitalière sont encore des prestations qui pourraient prendre de l'ampleur et être prises en charge à domicile.

2.23.6 Conditions à remplir

Compétences, formation (accoucheuse) et bon suivi sont des conditions énoncées.

2.23.7 Eléments favorables au développement des prestations techniques

A. Pour les infirmiers

L'élément qui pourrait favoriser le développement des prestations techniques à domicile est prioritairement la formation complémentaire, continue, qui soit soumise à une évaluation et qui donne accès à des attestations conformes. La formation pourrait également être destinée aux familles de manière à les préparer au fonctionnement de certains appareils.

La valorisation financière de la profession semble également essentielle. Un intervenant dira qu'il est nécessaire de revoir la nomenclature parce qu'elle ne reflète pas le travail, ni l'investissement qui est fourni. Une intervention financière de l'INAMI au niveau du matériel paraît également utile pour les familles. Sans celle-ci, les patients risquent de vouloir aller à l'hôpital.

Outre l'intervention pour les familles, il semble que du matériel nouveau et adéquat (produits de pansement) soit nécessaire. La collaboration entre l'hôpital et le domicile, le travail en réseau, le travail en équipe, l'information, un dossier complet des patients qui rentrent à domicile, la présence de relais et les rencontres pour se faire connaître sont encore cités. Disposer d'un environnement favorable, de temps et d'une organisation sont des éléments mis en évidence également. Enfin, le développement des prestations techniques à domicile devrait permettre à la sécurité sociale de faire des économies.

B. Pour les spécialistes

La collaboration hôpital-domicile, la communication, les échanges d'information par écrit et les échanges de données, le carnet, la transmission de davantage d'informations aux infirmiers(ères), la disponibilité des infirmiers(ères), les contacts téléphoniques par les infirmiers(ères) du domicile avec les spécialistes

Eléments favorables	Infirmiers	Spécialistes
Formations	13	0
Payées	1	0
Évaluées et donnant une attestation	1	0
Valoriser le métier de l'infirmier	1	0
Personnel en suffisance et motivé	2	0
Bonne organisation du centre ou une réorganisation des soins	1	1
Matériel en suffisance et adéquat	6	0
Présence de relais	1	0
Moyens financiers en suffisance et révision de la nomenclature	5	0
Donner du temps	1	0
Collaboration, échanges, rencontres	5	3
Domicile du patient adéquat	2	0
Travailler en réseau	1	0
Meilleure information (dossier complet)	1	2
Ne pas prendre sa voiture	1	0
Accessibilité, disponibilité de l'interlocuteur	0	1

2.23.8 Eléments défavorables au développement des prestations techniques

A. Pour les infirmiers

Le manque de financement semble être un élément défavorisant de même que le manque de formation, voire d'information. Un intervenant craint qu'on en vienne à un financement inadéquat basé sur le temps (ex: une toilette est égale à une heure).

Certaines attitudes paraissent paralyser leur développement : le non-souhait du personnel ou des médecins à déléguer, la peur des infirmiers (manque d'habitude), des médecins et des spécialistes, le fait que des patients n'y croient pas, le manque de motivation, le stress des gens lié au fait qu'ils pensent que c'est mieux à l'hôpital suite à un manque d'information.

Un environnement défavorable, un milieu insalubre, un manque d'hygiène, un manque de sécurité et des conditions précaires peuvent aussi freiner le développement des prestations techniques à domicile.

Le manque de matériel, de personnel et une mauvaise collaboration sont encore énoncés.

B. Pour les spécialistes

L'isolement, le manque d'échanges, l'excès de travail des infirmiers(ères), le manque de temps pour se former et s'informer, l'incompétence, l'absence d'une organisation ciblée sur le patient diabétique, le manque de disponibilité du médecin ou de l'infirmier(ère) du domicile, le manque de continuité dans les soins (du point de vue du personnel infirmier).

Eléments défavorables	infirmiers	spécialistes
Manque de moyens financiers ou financement en fonction du temps	4	0
Manque de formation	4	0
Manque d'attestations conformes et d'examens	1	0
Manque d'information	1	0
Manque de matériel	3	0
Manque de moyens humains	3	0
Manque de temps (pour la formation)	0	1
Le manque d'échanges et l'isolement	1	2
Manque de compétences	0	1
Manque d'habitude	1	0
Mauvaise collaboration	1	0
Inaccessibilité de l'interlocuteur	0	1
Excès de travail		1
Absence d'une organisation ciblée sur le patient	0	1
Tournantes dans le personnel et discontinuité des soins	0	2
Attitudes et comportements défavorables	7	0
Non-souhait à déléguer	2	0
Peurs des médecins et infirmiers	2	0
Patient n'y croit pas ou ont peur	2	0
Manque de motivation	1	0
Environnement défavorable	4	0
manque d'hygiène	2	0

Manque de sécurité	1	0
Conditions précaires	1	0

2.23.9 Besoins pour la prise en charge des prestations techniques futures

A. Infirmiers

Plusieurs éléments semblent essentiels pour la prise en charge des prestations techniques futures. Des *formations* sont nécessaires. Elles leur permettront notamment de diminuer la peur et de connaître la procédure à suivre. Les formations citées sont relatives aux soins palliatifs, au diabète, aux soins stériles, à la dialyse, à l'alimentation parentérale, aux chimiothérapies et au port-à-cath. L'employeur devrait être obligé de proposer des formations à ses collaborateurs. Outre les formations, certains ont parlé d'*information* de la part de personnes qui s'y connaissent, qui peuvent aider dans les coups durs ou à qui il est possible de demander des conseils.

Des *moyens matériels* doivent être mis à disposition (appareillages, outils, voiture) et être accessibles, notamment financièrement.

Des *moyens financiers* doivent être accordés pour apporter une reconnaissance et une valorisation du travail. La nomenclature INAMI devrait être revue.

Le *temps* est également très important pour la réalisation de prestations techniques à domicile. Davantage de *personnel* semble encore être une condition importante. La mise en place de réunions d'équipe, de lieux de parole et la collaboration sont également cités. Le patient est aussi mis en avant.

B. Médecins généralistes

La préparation des médicaments par l'infirmier doit être financée. C'est en effet un motif d'institutionnalisation. Quand le patient ne sait plus gérer son traitement, le maintien au domicile n'est plus possible. Des formations doivent également être mises en place du fait de l'évolution rapide observée au niveau du matériel, tel que les pompes.

2.23.10 Prestations à intégrer dans la nomenclature

La gestion des médicaments (l'achat, la préparation, l'administration et la surveillance de la prise) est la prestation qui est la plus souvent citée (15). La mise de collyres dans les yeux est également nommée à plusieurs reprises (12). Vient ensuite tout ce qui a trait à l'administratif: le dossier infirmier, le remplissage de papiers ou de documents pour le patient tremblant, les coups de téléphone, la lecture d'un courrier à un patient, la dictée des chiffres pour un jeu télévisé, etc. (9).

L'éducation du patient (7) est mentionnée, de même que la prévention (3). L'écoute et l'accompagnement, l'assistance et la surveillance des patients ou de la famille (4) sont également cités. La prise de la tension (5), de sang (3) ou d'échantillons, la mise de bas de contention (3), le contrôle de la glycémie (4) et de la diurèse sont encore cités à plusieurs reprises.

D'autres prestations ont été nommées une seule fois. C'est le cas de l'hémodialyse, de la surveillance de la grossesse, de la gestion et du placement des étuis péniens, des frottis de plaie, des ECG, l'installation d'un lit alternating et son réglage de la pression, l'installation au lit ou au fauteuil, la prise des clés, le tirage des tentures, le lever des volets, le débarrasage de la table, le nettoyage du sol quand le patient a perdu son linge, le déplacement chez le patient pour rien, l'échauffement de l'eau pour la toilette, la cuisine, la chimiothérapie et l'ATB thérapie, la coordination, la toilette mortuaire et les prestations de nuit.

A. Raisons de la volonté de les intégrer

Les infirmiers souhaitent intégrer ces différentes prestations pour plusieurs raisons.

Elles prennent du *temps*, comme par exemple la préparation des médicaments chez un patient Alzheimer, l'accompagnement psychologique du patient et de la famille, du travail administratif et d'éducation du patient.

Elles sont réalisées *fréquemment*, voire même de manière quotidienne, comme par exemple le contrôle de la glycémie, la prise de la tension, la préparation des médicaments et les toilettes mortuaires.

Elles permettent *d'éviter des risques ou des problèmes de santé* tels que la déprime en parlant avec les gens ou un malaise en gérant la prise des médicaments. Elles permettent également de découvrir des pathologies, notamment lors de la toilette. Elles sont utiles, importantes voire même vitales. La réalisation de certaines prestations par l'infirmier est importante pour le médecin. La prise de la tension lui permet en effet de voir l'évolution du traitement.

Certaines prestations sont reconnues comme étant des *actes infirmiers*, elles font l'objet d'un apprentissage à l'école. Elles ne peuvent en effet pas toujours être réalisées par le patient, la famille, l'aide familiale ou le kinésithérapeute, comme c'est notamment le cas pour la prise d'un échantillon d'urine sur une sonde, la mise des gouttes oculaires et la réalisation de massages pour le confort du patient.

Elles sont reconnues à l'hôpital sans l'être à domicile.

Elles sont sous la responsabilité de l'infirmier et font parfois l'objet d'une demande du médecin généraliste.

Elles sont valorisantes pour la profession, tel est le cas de la prise de la tension artérielle.

Elles peuvent engendrer des *coûts financiers* quand il y a utilisation du téléphone privé ou qu'il y a un déplacement motorisé à faire.

Elles doivent être reconnues pour éviter que les infirmiers en viennent à refuser de les prendre en charge ou à tricher dans les prestations déclarées. L'infirmier ne se déplacera en effet pas s'il n'y a pas une autre prestation rémunérée à réaliser en parallèle. La rémunération permettrait également de mieux soigner les patients.

2.24 Délégation des prestations aux infirmiers par les spécialistes

2.24.1 Conditions exigées au niveau de la prise en charge à domicile

Différentes conditions sont exigées par les spécialistes pour la prise en charge au domicile.

Il y a des conditions liées à l'entourage comme la présence d'un encadrement, la disponibilité d'un entourage ou d'une famille qui peut aider au niveau de l'autonomie et constituer un relais. Il y a aussi la capacité des parents à prendre en charge à domicile (brancher, débrancher, pouvoir arrêter endéans les 10 minutes en cas de choc septique) et la connaissance du protocole par la personne qui s'occupe du patient (enfant).

Il a des conditions liées aux comportements des infirmiers (ères) comme prendre des renseignements, aller voir à l'hôpital, téléphoner aux spécialistes, réaliser un soin correctement, se former ou avoir des compétences.

Il y a aussi les conditions liées à l'environnement comme des conditions sanitaires optimales, l'hygiène, la stérilité au quotidien et la disponibilité d'un point d'eau à proximité de la chambre.

Il y a encore les conditions liées au patient, telles que la demande du patient, sa stabilité et son autonomie ou à ses moyens comme disposer d'un moyen de transport pour retourner à l'hôpital en cas de complications, d'un téléphone (pour avoir la possibilité d'appeler les secours en cas

de complications ou pour donner la possibilité au spécialiste de lui téléphoner) mais aussi d'un hôpital à proximité.

Des conditions sont liées à l'hôpital comme la mise en place d'une formation, la signature par le patient du consentement à la sortie même si ça ne décharge pas de la responsabilité et la mise en place de schémas par l'hôpital pour éviter que les infirmières du domicile ne paniquent devant certains problèmes.

D'autres conditions ont trait aux soins comme la garantie d'une prise en charge et d'un niveau de soin suffisant, la disponibilité d'une équipe pour assurer les différents types de soins mais également pour répondre aux différents besoins (nourriture, achats ...), la disponibilité d'équipes pluridisciplinaires pour chaque patient et dans tous les quartiers, la prise en charge correcte et par la même personne pour éviter des différences en termes de compétences et d'une surveillance suffisante.

La présence d'une confiance mutuelle, d'une collaboration entre l'infirmier et le médecin responsable ou entre l'infirmière à domicile, le spécialiste (diabétologue) et l'infirmière responsable en éducation sont également des conditions qui ont été formulées par les spécialistes de même que la compatibilité de la prise en charge à domicile avec une vie normale (alimentation branchée plus de 14 heures), c'est à dire que les parents puissent sortir du domicile pour aller faire des courses.

2.24.2 Conditions remplies ou pas actuellement

Pour deux spécialistes, les conditions sont remplies, pour deux autres, elles ne le sont pas et pour les trois restants, elles ne le sont pas toujours. Cela dépend notamment de l'infirmier(ère). Celle-ci ne prend pas toujours les renseignements souhaités. Les raisons invoquées (sous forme d'hypothèses) sont liées au fait que l'infirmière voit moins facilement l'urgence qu'un médecin, qu'elle demande moins facilement un avis, parce qu'elle ne se sent pas au même niveau, qu'elle est débordée ou qu'elle est insouciante.

2.24.3 Changements à apporter pour que toutes les conditions soient remplies

Les infirmiers (ères) doivent avant tout se former, suivre des recyclages, ne pas se vexer, prendre des bonnes initiatives et savoir quand il est nécessaire de renvoyer à l'hôpital. Elles doivent prendre conscience de leur rôle de prévention

Il faut également qu'il y ait une belle collaboration, qu'il existe de bonnes maisons de repos et que l'entourage soit présent.

2.24.4 Prescriptions de prestations non prises en charge

Trois spécialistes disent ne pas prescrire des prestations qui ne font pas partie de la nomenclature sauf pour les dialyses péritonéales qui sont autorisées aux infirmiers(ère)s du domicile. Elles sont dans ce cas payé(e)s par l'hôpital.

Deux en prescrivent et deux autres n'en connaissent pas le contenu. Parmi ces derniers, un spécialiste dit prescrire davantage au médecin traitant qu'à l'infirmier(ère).

Un autre dit ne plus avoir assez de pratique clinique pour pouvoir les citer mais nomme toutefois les perfusions, certains antibiotiques, certains suivis de ponts cytotostatiques et les traitements de chimiothérapie .

2.24.5 Exemples de prestations techniques réalisées à l'hôpital et non au domicile

Les prises de sang par dispositif d'accès intraveineux sous-cutané, la prise de la tension et d'autres paramètres, la surveillance ou la manipulation de cathéters à demeure intrapleuraux ou intrapéritonéaux pour vidanger l'ascite, l'aide au patient pour trouver des solutions esthétiques

(lors d'une chute de cheveux, d'un angiome), la gestion de problèmes psychologiques et émotionnels, les petites opérations, le placement de sondes gastriques, l'antibiothérapie sous certaines conditions, certains soins par port-à-cath, la prise en charge des patients chroniques ou en décompensation cardiaque, les injections de « sandostatine » et la modification de l'adaptation de poches de stomies sont les exemples de prestations qui sont prises en charge à l'hôpital mais qui pourraient l'être à domicile. Les intraveineuses par voie centrale semblent déjà prises en charge à domicile.

A. Raisons

Ces prestations ne sont actuellement pas réalisées à domicile parce que le patient n'est pas rassuré par la prise en charge à domicile, que l'infirmier(ère) manque de compétences ou d'expérience, que les soins ne sont pas réalisés ou pas correctement, que le geste de l'infirmier(ère) n'est pas bon, que les infirmiers ou les médecins ne sont pas attentifs à certains paramètres ou qu'ils ne transfèrent pas à l'hôpital quand c'est nécessaire. Les médecins ont peur de perdre leurs patients en les renvoyant à l'hôpital et les spécialistes souhaitent avoir un contrôle sur leurs patients.

Elles ne sont pas non plus réalisées à domicile parce qu'il peut exister des risques importants (risque d'infection ou allergique), qu'un suivi continu est nécessaire, que la manipulation est particulière (injections de « sandostatine »), que le matériel n'est pas disponible, n'a pas été correctement choisi ou doit rester dans une chaîne de froid.

Elles ne le sont pas non plus pour des raisons de tradition et de culture ou par manque d'habitude.

B. Conditions pour qu'elles soient prises en charge à domicile

Pour que ces différentes prestations puissent être prises en charge à domicile, il est nécessaire que des formations soient mises en place pour les infirmières de manière à ce qu'elles acquièrent les compétences adéquates et l'expérience nécessaire. La famille devrait également être formée de manière à pouvoir réagir quand quelque chose est anormal. Si des formations doivent être mises en place, il faut également que celles-ci soient officielles et réglementées au niveau de la qualité. Ces formations pourraient avoir lieu à l'hôpital. Outre les formations, l'infirmier(ère) devrait également se rendre à l'hôpital pour prendre contact avec les infirmiers (ères) et le médecin de même que pour communiquer. L'infirmier(ère) prestant à domicile pourrait également être engagé(e) par l'hôpital pour permettre la collaboration avec celui-ci. La bonne volonté de part et d'autre est également une condition favorable à la prise en charge à domicile de même qu'une logique commune autour du patient et une meilleure intégration en réseaux de soins. La prescription médicale semble également nécessaire.

2.24.6 Exemples de prestations techniques déléguées aux infirmières du domicile

L'administration des médicaments en sous-cutané, en intramusculaire ou per os, les soins de plaie et de stomie, les alimentations entérale ou parentérale (branchement et débranchement), les pansements, les injections, la dialyse péritonéale, l'ablation des fils, le changement d'une sonde gastrique, les contrôles de glycémie et les toilettes sont des prestations qui semblent être déléguées aux infirmières du domicile.

Un spécialiste ne sait pas répondre à la suite des changements apportés au niveau de la législation et à l'élargissement des actes confiés dans la liste B2.

A. Les conditions de délégation

Il faut que les infirmiers(ères) du domicile mais aussi les parents du patient ou son entourage soient formés, notamment à l'hôpital. Pour la dialyse péritonéale, les formations en cascade sont toutefois déconseillées. Les infirmiers(ères) doivent suivre des formations complémentaires, se spécialiser et avoir la possibilité de bouger quand elles sont demandées pour une prestation particulière. Pour ce faire, il faut une organisation. Outre les formations, un rappel fréquent des règles de même qu'une prescription médicale sont également nécessaires.

Pour les alimentations parentérales, une infirmière de l'hôpital se rend à domicile. Pour les alimentations entérales et le placement d'une sonde gastrique, les spécialistes doivent prendre contact avec les infirmières du domicile car elles ne sont pas toujours d'accord de prendre ces prestations en charge.

Pour la sonde gastrique, il faut vérifier la position de la sonde, lire les recommandations et effectuer éventuellement une vérification par radiographie ou par échographie.

Les actes doivent être correctement définis et rémunérés de manière à motiver les infirmiers (ères) à la formation et la prise en charge de certaines prestations.

La proximité, la disponibilité et la continuité sont également des conditions qui ont été citées.

Pour un spécialiste, la délégation a lieu sans conditions.

2.24.7 Exemples de prestations techniques non déléguées aux infirmières du domicile

La chimiothérapie, la prise de sang par cathéter et ce qui s'y rapporte (lecture des résultats, manipulation du stylo, les contrôles, les conseils au patient), la manipulation ou la surveillance des pompes, l'éducation, l'insulinothérapie fonctionnelle, l'hémodialyse, la mise de perfusions, le lavage vésical de produits anticancéreux, les soins de plaie qui nécessitent une attention ou une surveillance, ceux qui demandent une surveillance en continu ou un suivi médical ainsi que ceux qui rapportent de l'argent à l'hôpital ne sont pas délégués à domicile.

A. Raisons de l'absence de délégation

Elles sont *liées au produit ou à la prestation* : toxicité des produits, problème de leur élimination, de leur manipulation, réactions allergiques et effets secondaires. Les délais d'administration (pour la chimiothérapie) et l'évolution continue de certaines prestations (pompes) du point de vue scientifique sont également cités.

Elles sont aussi *liées à l'infirmier(ère)* telles que le manque d'habitude, de conscience professionnelle, de temps, de formation, de spécialisation, de disponibilité (pour l'éducation), de manipulation, de signalement ou de prise de renseignements en cas de problème. Leur surcharge de travail, leur prise en charge ponctuelle de certaines prestations sont de raisons qui ont encore été invoquées.

La responsabilité que l'hôpital conserve en déléguant certaines prestations à domicile, le manque de rassurance du patient en dehors de l'hôpital et l'absence d'un spécialiste (référént) accessible rapidement sont encore d'autres raisons citées de même que la nécessité du maintien des contacts avec le spécialiste pour la prise de décisions relatives au traitement et d'un suivi continu.

Pour la mise de perfusions et le lavage vésical de produits anti-cancéreux, la raison invoquée est que ce sont des gestes réservés dans le cadre des soins palliatifs qui ne sont pas encore légiférés.

B. Délégation possible à l'avenir

Trois spécialistes ont des avis mitigés, deux sont favorables et un défavorable à la délégation future des prestations techniques à domicile.

C. Conditions pour la délégation

La mise en place d'une bonne formation à l'école d'infirmier(ère), d'une formation sur le tas, reconnue, continuée, validée et définie à un certain nombre d'heures sont les conditions principales. A ces conditions viennent se greffer le fait d'avoir de la pratique et de venir voir et faire le soin à l'hôpital. A celles-ci s'ajoutent encore une cohérence dans l'organisation, voire un changement dans celle-ci. Un contrôle, une garantie que les règles et protocoles sont appliqués et la mise en place de petits centres (au sein d'une grosse institution) semblent enfin être d'autres conditions à remplir.

D. Raisons l'absence de délégation possible

L'absence de surveillance et de contrôle du médecin généralise à domicile et le coût trop élevé engendré par l'immobilisation d'une infirmière pendant plusieurs heures (4h) chez le patient sont les seules raisons invoquées.

2.24.8 Exemples de prestations complexes déléguées

Les prestations complexes déléguées aux infirmières du domicile sont les plaies et pansements, les petites plaies, les plaies purulentes, les soins de plaies et leur débridement. Sont également cités les soins de stomie, l'excision de nécroses mais aussi la toilette, l'injection, le suivi d'insuffisants rénaux avec l'hémodialyse et la dialyse péritonéale (en continu avec ce que cela comporte : montage et débranchement), l'administration avec des pompes de cytotatique, l'alimentation parentérale et entérale (branchement et débranchement), la perfusion intravésicale, le suivi de perfusions, le changement d'une sonde gastrique, les soins palliatifs et tout soin de la liste qui devient complexe de par sa situation, son contexte et d'autres raisons.

Parmi ces réponses, certains considéraient que toutes les prestations complexes étaient déléguées aux infirmières. Certains ont cité les mêmes exemples que pour les prestations techniques.

A. Conditions pour la délégation

Il faut que les infirmiers(ères) du domicile mais aussi que les parents du patient ou son entourage soient formés, notamment à l'hôpital. L'infirmier(ère) doit également disposer de compétences, d'une formation spécifique (accoucheuse), d'une qualification et avoir la possibilité de se rendre à l'hôpital. Le fait qu'une infirmière de l'hôpital et que le spécialiste puissent contacter l'infirmière du domicile semble également important (dialyse péritonéale, entérale et placement d'une sonde).

De bonnes conditions de soins, des soins adéquats, un environnement favorable, du matériel présent sont nécessaires. Certaines conditions doivent être remplies au niveau du patient: qu'il ne soit plus à risque, qu'il ait une autonomie ou une capacité de jugement suffisante, qu'il soit dans un état mental et neurologique adéquat.

Les conditions de prescription doivent également être remplies.

2.24.9 Exemples de prestations complexes réalisées à l'hôpital et non au domicile

Les plaies difficiles, fibreuses ou purulentes, les soins de plaie et leur débridement, l'excision de nécroses, les vidanges d'ascite par cathéter à demeure, la mise au point du diabète, l'analyse et la mise au point de certains problèmes de santé, le suivi des grossesses et le suivi post natal, le placement de sondes gastriques, l'antibiothérapie sous certaines conditions, certains soins de port- à-cath (soins palliatifs), l'orientation dans le dépistage des complications chez le patient, la prise en charge des patients chroniques ou en décompensation cardiaque, certains soins de stomie sont les exemples de prestations qui sont prises en charge à l'hôpital mais qui pourraient l'être à domicile. Certains spécialistes ont apporté la même réponse que pour les prestations techniques.

La perfusion intraveineuse et les actes techniques plus complexes tels que les perfusions intravésicales sont également cités bien que le spécialiste pense que ces prestations sont déjà autorisées à domicile.

A. Raisons

Ces prestations ne sont actuellement pas réalisées à domicile parce qu'elles ne sont pas autorisées, pas reprises dans la nomenclature ou qu'elles sont financées faiblement proportionnellement à l'investissement et à l'intensité du service.

Un certain nombre de raisons tournent autour du patient: le spécialiste a peur pour le patient,

l'état dans lequel le patient se trouve ne le permet pas (dangereux), des risques subsistent, le patient n'a pas la possibilité de se prendre en charge (dans le cas de la poche).

D'autres raisons sont liées aux soins : les soins donnés sont parfois moins bons ou ne sont pas donnés correctement alors que d'autres sont liées à l'absence de certains éléments : une chaîne de froid pour le matériel (transport), une organisation, une formation. Le caractère complexe de la situation et le besoin (pour les cas lourds) d'un service qui assure la prise en charge 24h sur 24h sont encore d'autres raisons invoquées.

B. Conditions pour qu'elles soient prises en charge à domicile

Pour que ces différentes prestations puissent être prises en charge à domicile, il est nécessaire que les infirmières suivent une bonne formation à l'école d'infirmiers (ères) et qu'elles suivent des formations sur le tas par la suite pour se spécialiser et avoir la pratique de certaines prestations. La formation devrait également être continue, validée et être limitée à un certain nombre d'heures. Elle pourrait avoir lieu à l'hôpital.

Outre la formation des infirmières, leur information semble également nécessaire, de même que la rémunération de cette prise d'information. La formation des familles est également citée.

L'autorisation de la prestation et sa présence dans la liste d'actes, l'organisation, la disponibilité des infirmiers 24h/24h (malgré le coût non couvert par le financement), la continuité des soins dans les cas lourds, la centralisation, le travail en réseau, la mise en place de contrôles (tous les x temps) de certains paramètres en milieu spécialisé de manière à voir s'il n'y a pas de complications (exemple de l'état cancéreux), le maintien des contacts entre l'hôpital et le patient et son retour plus régulier à l'hôpital, l'attachement d'un médecin généraliste à domicile pour la prise de contacts avec le spécialiste ou le généraliste de l'hôpital (infirmière domicile -> médecin généraliste domicile -> hôpital) sont également d'autres conditions qui semblent nécessaires.

2.24.10 Exemples de prestations complexes non déléguées aux infirmières du domicile

Certaines plaies telles que celles à risques aigus ou celles pour lesquelles il y a méconnaissance de l'environnement ou de la qualité des soins, les perfusions, l'hémodialyse, certains cas lourds des patients à ventre ouvert ainsi que certains soins palliatifs ne sont pas déléguées à domicile. Pour deux spécialistes, les prestations complexes non déléguées sont identiques aux prestations techniques non déléguées: prestations qui demandent une surveillance, un suivi continu ou qui rapportent de l'argent à l'hôpital. La prise de sang par cathéter est également citée.

A. Raisons l'absence de délégation

Pour affronter des situations complexes, il semble qu'il soit nécessaire de disposer d'infirmiers(ères) et de médecins formés, qui ont l'habitude de certaines prestations et qui se tiennent au courant des nouveautés de manière régulière. L'absence de délégation est également liée à la prestation en tant que telle comme les plaies trop difficiles, trop infectées, qui doivent être réalisées fréquemment (plusieurs fois par jour), qui nécessitent une équipe pluridisciplinaire, une implication importante de la famille et du médecin traitant, une infrastructure, du matériel, des avis et analyses fréquents, des traitements d'antibiotiques. Deux spécialistes citent les mêmes raisons que pour les prestations techniques: la question de la rentabilité à l'hôpital, le manque de conscience professionnelle et d'habitude.

B. Délégation possible à l'avenir

Un seul spécialiste est prêt à déléguer ces prestations à l'avenir, quatre ont des avis mitigés et pensent qu'elles ne peuvent pas être déléguées.

C. Conditions pour la délégation

Le travail en réseau, la mise en place d'équipes de seconde ligne, le financement des prestations (rester 4h chez le patient), les formations continuées limitées à un certain nombre d'heures et obligatoires, la motivation des infirmiers(ères) et la prévision de temps en plus pour

la résolution d'éventuels problèmes semblent être des conditions à remplir pour la délégation aux infirmiers(ères) du domicile.

D. Raisons de l'absence de délégation possible

Le manque d'infirmiers et de médecins spécialisés, habitués (pratique) à ces prestations et qui se tiennent au courant des nouveautés, le manque de compétences, l'éloignement de la famille et l'impossibilité d'une présence 24h/24h de sa part ou de la part du médecin traitant sont des raisons invoquées de même que l'environnement à problèmes et le manque de matériel.

2.25 Délégation des prestations aux infirmiers par les médecins généralistes

2.25.1 Prestations techniques pour lesquelles les médecins généralistes font appel aux infirmiers du domicile

A. Pour les médecins généralistes indépendants

Les toilettes, les pansements, les piqûres, les lavements, la préparation d'exams ou de médicaments, certains soins de plaies et de stomies sont les exemples de prestations pour lesquelles les médecins font appel aux infirmiers du domicile. Les médecins soulèvent le fait que les infirmiers ne sont pas payés pour la préparation des médicaments alors qu'ils sont les seuls à pouvoir le faire. Cette prestation technique risque de prendre de plus en plus d'ampleur du fait du vieillissement de la population.

B. Pour les médecins généralistes de maisons médicales

Les soins de plaies, les injections, la prise de sang et de la tension, la réalisation de vaccins sont des exemples de prestations techniques pour lesquelles les médecins font appel aux infirmiers.

Un médecin cite la préparation des médicaments comme prestation technique alors qu'elle est considérée comme relevant du relationnel pour un autre.

Outre ces prestations techniques, les médecins font également appel aux infirmiers pour d'autres prestations telles que les champs post-opératoires, les diabétiques, les points de sutures, les soins palliatifs et de fin de vie, la glycémie et le suivi social des familles.

Livrable 4 : Benchmarking des prestations techniques dans le secteur des soins infirmiers à domicile.

2.26 Prestations réalisées à l'étranger

En France, il existe des structures d'hospitalisation à domicile avec l'affectation d'un médecin. Il existe également une organisation chargée du transport des poches qui semble efficace et qui est surnommée "façonneurs de poches". Il y a également d'autres facilités en France comme la gratuité des tigettes, de l'insuline et des appareillages. Le type de remboursement y est aussi différent.

Au Canada, on pratique la chimiothérapie à domicile. Au Québec, à partir d'un certain niveau de soins, le patient ne peut plus rester à domicile.

En Hollande, l'accouchement et le suivi de la grossesse peuvent se faire à domicile. Une salle d'accouchement presque entière se déplace dans une ambulance ad hoc. Le pourcentage d'accouchements à domicile semble toutefois avoir diminué. Ce sont les pharmaciens qui s'occupent du transport des poches. Un système s'organise sur le territoire où habite le patient, et ce dernier sait où il doit s'adresser quand il souhaite le passage du médecin ou de l'infirmier(ère). Un centre est mis en place par quartier ou région rurale, et les infirmiers(ères) qui y travaillent ont le même niveau de compétences et de qualité. Il existe également des infirmiers(ères) de famille à domicile.

En Italie, le transport de poches se déroule un peu comme chez nous mais avec moins de législation.

2.26.1 Organisation du transfert de l'hôpital au domicile

En France, le transfert s'organise comme chez nous mais des quotas existent. Quand ces quotas sont atteints, certaines prestations (alimentation parentérale) ne peuvent plus être prescrites, ce qui pose problème.

Les autres spécialistes ne savent pas comment le transfert s'organise. Un spécialiste nous renvoie au spécialiste relais de l'hôpital.

2.26.2 Déroulement du transfert du domicile vers l'hôpital

Seuls, deux spécialistes pensent que le transfert s'organise comme chez nous.

2.26.3 Possibilité du suivi de ces exemples en Belgique

Deux spécialistes pensent que le système hollandais devrait être copié, comme le fait la Flandre. Avec le même nombre de gynécologues, la Hollande couvre trois fois plus d'habitants et fait donc des économies pour l'état et les soins de santé.

Un spécialiste pense que la France devrait être imitée en ce qui concerne le transport des poches.

Un autre est favorable à laisser suivre un diabétique par un spécialiste. Les autres sont mitigés et un autre ne sait pas.

2.26.4 Changements éventuels à apporter

Pour suivre ces exemples, il est nécessaire de réfléchir à la manière de travailler en réseau avec le domicile. Cela implique confiance, compétences, communication et organisation, voire une meilleure organisation entre les différents intervenants de l'hôpital et du domicile. Il est également nécessaire de centraliser au niveau gouvernemental, d'apporter des changements au niveau de la loi et des remboursements. Il est aussi utile de maintenir le dossier médical global et de faire participer l'informatique et tous les intervenants.

2.26.5 Vue du système actuel

La Belgique, le système est plutôt bon.

En France, le système semble bien marcher à Paris mais apparaît moins favorable au niveau des campagnes.

Aux Etats-Unis, c'est le vide.

Au Luxembourg, les infirmières ne savent pas réaliser les stomies et ont dû être formées par un spécialiste belge.

2.27 Autres initiatives belges ou étrangères

2.27.1 En Belgique

L'association "Baluchon Alzheimer" est un relais qui permet à la famille de quitter le malade pendant 15 jours en étant remplacée par une personne dite "baluchonneuse". Cette intervention a un coût assez élevé et vient s'ajouter à celle d'autres associations (la Ligue Alzheimer, Alzheimer Belgique) sans qu'il y ait un travail commun.

Certaines structures à domicile sont informatisées et sont abonnées à MEXI. Les relations entre les mutuelles et les services de soins infirmiers se font électroniquement, notamment pour la facturation.

Le serveur S3 comporte une partie de dossier médical qui est partagé, selon différentes clés, par le médecin généraliste et le médecin spécialiste de l'hôpital. Les infirmières ne sont pas encore entrées dans le système mais elles le pourraient.

A Liège, "la vie à un fil » organise le transport pour l'alimentation parentérale. Il en est de même à Gand. Différents protocoles de retour précoce à domicile ont également été lancés dans les différentes maternités.

A Bruxelles, une association "La lice" va à domicile pour travailler le lien mère-enfant pour des enfants qui ont des problèmes psychologiques et qui ont jusqu'à 2 ans. Cette association dispose de kinésithérapeutes, de psychomotriciens, d'assistants sociaux, de pédopsychiatres.

A Malmedy, un projet pilote consiste à suivre des personnes âgées à domicile et facilite ou évite les institutionnalisations.

2.27.2 A l'étranger

Au Danemark, les patients retournent une fois par an dans un centre "interactif" de diabétologie. Des contrôles successifs (prise de sang, urines de 24h) y sont effectués par l'équipe d'éducation et le médecin spécialiste. A l'issue de cette journée, le patient sort avec un dossier destiné à être transmis au médecin généraliste ou à un autre intervenant. Si le patient est à problèmes, il y retourne tous les trois mois. Sinon, il reste entre les mains du généraliste. Ce centre sert aussi de référence pour les infirmiers(ères) qui peuvent téléphoner 24h/24h via un numéro d'urgence.

En Hollande et en Angleterre, dès que le malade sort, le message et la prescription sont informatisés et envoyés sur l'ordinateur de l'infirmière en donnant une alerte, et en précisant quel patient il faut aller voir.

En Hollande et en Allemagne, une fois que les risques immédiats pour le bébé et la mère (hémorragie) sont passés, ils sortent de l'hôpital. Cette sortie peut avoir lieu dans les 48 heures.

En Hollande, l'informatisation est très forte entre la pharmacie, l'équipe à domicile et celle de l'hôpital. Ce système est toutefois critiqué à certains égards notamment par rapport au fait d'être informé de tous les faits et gestes du patient.

L'Angleterre compte en moyenne une infirmière ou plus pour un médecin généraliste. Le ratio est fort différent de la Belgique, ce qui a des répercussions au niveau des relations entre ces deux types de professionnels.

En Allemagne, quand les mères choisissent le processus de retour précoce à domicile après un accouchement, elles bénéficient de 15 jours ou 3 semaines d'aide-familiale payées par les assurances-maladies.

2.27.3 Influence éventuelle sur les soins à domicile

Pour cinq spécialistes, les différentes initiatives citées pourraient avoir une influence sur les soins à domicile. L'équipe mobile en soins palliatifs est favorable sur le plan économique et répond aussi à un besoin car les personnes âgées éprouvent des difficultés à se déplacer.

Les centres de diabétologie au Danemark permettent de savoir à qui on peut s'adresser en cas de problème.

Pour un spécialiste, l'accouchement à domicile se fait de plus en plus timidement parce la mère qui a accouché est forcément dépendante pour ses courses, pour son ménage, etc. Elle a besoin d'une aide-familiale pour la vie quotidienne à la maison mais le financement est insuffisant. Il s'agit d'un financement uniquement régional en fonction des revenus.

Ce même spécialiste pense également que le système MEXI, mis en place entre les services à domicile et les mutuelles, pourrait également être mis en place entre les services à domicile et les hôpitaux. Pour lui, les infirmières pourraient être incluses dans le serveur S3 de manière à ce qu'elles puissent avoir accès à une partie du dossier médical au même titre que le médecin généraliste et le médecin spécialiste de l'hôpital.

Pour ce qui a trait à la prise en charge par l'assurance maladie de 2 à 3 semaines d'aide-familiale pour les mères qui ont accouché, il semble que cette initiative a déjà été lancée en région wallonne mais n'a pas été plus loin du fait d'un manque de fonds. La structure belge ne permet pas suffisamment de compléter les soins à domicile.

2.28 Rapport relatif à l'interview du spécialiste Suisse

2.28.1 Prestations techniques et services spécifiques

En Suisse, des techniques de soins sont définies et classées par domaine (urinaire, cardio-vasculaire). Le domicile s'y réfère bien qu'elles soient davantage envisagées par rapport au contexte de soins.²⁴ Les prestations techniques sont donc basées sur des directives de soins et des techniques de soins.

Pour ce spécialiste, les prestations techniques sont des actes médico-techniques. Puisque celles-ci sont assez peu prises en charge à domicile, elles peuvent entraîner une certaine perte de maîtrise.

Certaines prestations techniques peu fréquentes comme le port-à-cath et la vacupression sont prises en charge par l'hospitalisation à domicile. Une équipe d'infirmiers spécialisés à ces techniques travaille sur le canton de Genève. Elle est accessible 24h/24h. Tous les soins qui doivent être effectués entre 20h et 7h30 sont d'emblée référés à cette équipe. Outre cette équipe, il existe également le réseau RUMS. Ce réseau intervient au niveau médico-social 24h/24h.

2.28.2 Prestations complexes

Pour le spécialiste suisse, une prestation est complexe lorsqu'elle est instable tant sur le plan physique que psychique ou social. Un patient qui refuse la prise en charge, un patient violent, un patient qui abuse de substances, un enfant qui présente un handicap ou qui est victime de maltraitances, sont des exemples de prestations complexes.

Une prestation complexe nécessite avant tout de disposer de temps, notamment à cause d'un aspect administratif important.

2.28.3 Prestations réalisées à domicile

Les chimiothérapies de fond sont faites à domicile alors que celles de choc ne le sont pas. Dans ce cas, ce sont les services de pharmacie qui préparent les produits dilués de manière à respecter les règles de sécurité. Tout est préparé et les infirmiers n'ont plus qu'à connecter les produits. Le patient a toutefois le libre choix d'être pris en charge à l'hôpital ou à domicile.

Le VAC²⁵ et l'oxygénothérapie sont également des prestations prises en charge à domicile sous certaines conditions.

La plupart des prestations sont assurées à domicile pour autant qu'elles soient remboursées au patient. Pour ce faire, le coût du domicile est comparé à celui de l'hôpital. A l'aide d'un formulaire, l'infirmier évalue la situation à domicile et le nombre d'heures nécessaires à la prise en charge. Il doit également préciser les catégories de soins (soin de base simple, soin de base

²⁴ <http://www.soins.hug.ge.ch>

²⁵ Ventilation assistée contrôlée

complexe, catégorie conseil). Ce formulaire est signé par le médecin puis envoyé à l'assurance du patient. C'est à elle que revient la décision finale du remboursement.

2.28.4 Prestations non réalisées à domicile

Les patients comateux sous ventilation assistée ne sont pas pris en charge à domicile. Les plaies qui demandent un débridement chirurgical en profondeur ne sont pas non plus traitées par les infirmiers à domicile, mais bien par le spécialiste clinique des plaies. Des critères ont été établis de manière à ce que les infirmiers puissent référer quand cela est nécessaire.

2.28.5 Délégation et collaboration

A. A domicile

Il y a une distinction entre un soin de base et un acte médico-technique infirmier. Le soin de base, tel que le **changement** d'un sac d'une sonde vésicale, peut être délégué aux aides tandis que le soin considéré comme médico-technique doit toujours être réalisé par l'infirmier. C'est le cas de la **pose** d'une sonde vésicale, des soins de stomie, des injections en intraveineuse, du port-à-cath, des pansements avec rupture de l'épiderme et de la pose d'une sonde gastrique.

L'équipe d'infirmiers de quartier et celle de l'hospitalisation à domicile collaborent. C'est l'équipe du quartier qui décide de la délégation ou non à l'hospitalisation à domicile. Parfois, les deux équipes interviennent en même temps en se répartissant les soins à accomplir. Il arrive également que l'équipe de l'hospitalisation accompagne ses collègues dans un but de réapprentissage de certaines techniques. Pour certains soins, il y a toutefois délégation obligatoire à l'hospitalisation à domicile. Une liste a été établie à cet effet.

Le service de soins à domicile dispose en son sein de différentes disciplines telles qu'infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes, aides-soignantes, aides-familiales et assistants en soins communautaires. Ces différentes disciplines se rencontrent au centre, soit ponctuellement, soit chaque semaine pour « un colloque de fonctionnement par métier ». La collaboration entre ces différentes disciplines est qualifiée de « vraiment bonne ».

Le service ne dispose pas de médecins traitants. Le patient peut faire appel à un médecin traitant du quartier mais peut également consulter en dehors de celui-ci, la collaboration avec le médecin n'est donc pas toujours aisée pour les infirmiers. La demande de prise en charge à domicile est faite par le patient lui-même à partir d'une prescription médicale ou par le médecin traitant directement.

B. Avec l'hôpital

Pour les patients diabétiques, le service de soins à domicile exige qu'il y ait un retour à l'hôpital tous les 15 jours dans le but de conscientiser le patient.

2.28.6 Outils de communication

A. A domicile

Il existe un système de coordination et de communication autour du dossier client. Cet outil porte le nom de « remise de services ». Il s'agit d'une émanation du dossier client qui reprend des informations relatives à chaque groupe professionnel. Cet outil pluridisciplinaire est emporté par l'infirmier. Il reprend une série de données administratives telles que l'adresse du client, l'itinéraire pour s'y rendre, sa situation conjugale, les numéros de téléphone des médecins d'urgence. Il comprend également la description de la problématique (mobilité physique réduite, troubles de la mémoire, insuffisance cardiaque...), les différentes prestations à réaliser de même que les noms des intervenants, jours et heures d'interventions.

La remise de service est constituée en partenariat avec le client qui peut la lire et donner son accord sur son contenu.

Outre cet outil, la collaboration à domicile passe aussi par les écrits et le fax.

Les rencontres entre les médecins et les infirmiers ont quant à elles lieu uniquement pour les situations complexes et problématiques : situations psychiatriques, décisions de placement en institution, etc.

Les formulaires de prescriptions médicales ont quant à eux été standardisés (cases à cocher) de manière à ce que les erreurs et les oublis soient évités.

B. A l'hôpital

Des infirmiers de liaison existent dans les hôpitaux depuis environ quatre ans. Ces infirmiers sont payés par les services de soins à domicile pour travailler à l'hôpital à la préparation des sorties des patients. Ils ne restent pas plus de six mois dans le même secteur pour éviter de « s'institutionnaliser » et ont généralement travaillé à domicile dans le passé. Ils communiquent avec les infirmiers du domicile par écrit ou par téléphone. Ces infirmiers de liaison ont permis d'améliorer la communication entre les deux secteurs différents, de faire tomber un certain nombre de fausses croyances et d'apporter davantage de sécurité au niveau des sorties.

Lorsque le patient sort de l'hôpital, il dispose aussi d'une feuille de transfert qu'il peut lire et transmettre aux infirmiers du domicile.

C. Autres outils

Chaque année, le service de soins à domicile se rend à la faculté de médecine de l'Université de Genève pour expliquer aux futurs médecins ce que sont les soins à domicile et présenter les outils de communication comme le carnet de santé.

2.28.7 Prestations prises en charge à domicile et remboursement

Les infirmières du domicile prennent uniquement en charge les prestations reprises dans la liste des prestations autorisées et qui peuvent être faire l'objet d'un enregistrement par code barre. Cette liste est revue chaque année. La prise de la tension, du pouls et le contrôle du poids sont reprises dans la liste et font l'objet d'un remboursement. Pour la prise en charge des patients psychiatriques, il existe une prestation « conseil dans les suivis psychiatriques » qui fait également l'objet d'un remboursement.²⁶ Les déplacements ne sont toutefois pas remboursés aux infirmiers.

2.28.8 Prestations non remboursables aux patients

L'aide pratique pour le ménage, les courses, l'accompagnement à l'extérieur du logement sont des prestations qui sont entièrement prises en charge par le patient.

2.28.9 Conditions exigées pour la prise en charge

Une prescription médicale conforme et l'adhésion du patient ainsi que son entourage sont nécessaires pour assurer la prise en charge à domicile. Le patient est un partenaire. Il doit donc signer les conditions générales du service de soins à domicile et s'engager à les respecter. Si ces conditions sont remplies, l'infirmier ne peut refuser de réaliser une prestation.

2.28.10 Prestations non prises en charge à domicile

Le rinçage et le lavage de vessie sont rarement pris en charge au sein du centre à cause de la technicité du soin et du risque infectieux qui y est lié.

2.28.11 Formation

Il existe un système de formations et d'accompagnement des services de soins à domicile. Tous les trois mois, les infirmiers du service suivent des formations données par le spécialiste clinique des plaies. L'idée n'est toutefois pas que tous les infirmiers soient formés aux soins les plus techniques s'ils ne sont pas amenés à les réaliser fréquemment. Un recours à l'hospitalisation à domicile est toujours possible.

2.28.12 Evaluation des compétences par un responsable

La direction des pratiques professionnelles a construit un référentiel des compétences nécessaires pour chaque métier. Lorsqu'un infirmier est engagé, il subit une évaluation de ses compétences après trois mois de manière à confirmer ou non son engagement. Il est également évalué chaque année à partir du même référentiel. Pour chaque technique de soins, différents indicateurs ont été construits. C'est la responsable de chaque équipe qui effectue cette évaluation et qui prend position en fonction des résultats.

2.28.13 Evaluation des besoins par l'infirmier

Des contrôles de santé évaluent la situation à domicile, l'état du client, son évolution et ses besoins. Ces contrôles sont réalisés par l'infirmier référent une à trois fois par semaine sur des durées indéterminées. Ils permettent de déterminer le contenu de la prise en charge. Durant ceux-ci, l'infirmier pèse la personne et relève les paramètres vitaux. Le contenu de ces contrôles est déterminé par l'infirmier bien qu'ils soient réalisés sur base d'une prescription médicale. Ils font l'objet d'un remboursement.

L'évaluation des besoins des patients passe par l'intermédiaire de l'outil RAI-domicile alors qu'au sein de l'hôpital, d'autres outils (PRL, NIF) sont utilisés. Un outil commun faciliterait la prise en charge.

²⁶ <http://ww.assasd.ch/>

2.28.14 Evaluation des besoins de l'infirmier au cours de sa carrière

Au sein du service de soins à domicile, l'infirmier a la possibilité d'établir un plan de carrière avec l'aide du service des ressources humaines. Il peut y exprimer ses souhaits en termes de formations et demander à changer de quartier quand certains postes sont vacants. Il peut prendre le rôle d'infirmier de liaison pendant un certain temps puis demander à travailler au niveau de l'hospitalisation à domicile par la suite.

2.28.15 Relais

A. A la deuxième ligne

Lorsque l'infirmier du domicile se retrouve devant une situation problématique, il peut se référer aux intervenants de deuxième ligne du service. Ceux-ci peuvent l'accompagner au domicile du patient pour évaluer la situation. Ils ont un rôle d'expertise et prodiguent des conseils.

B. A la troisième ligne

L'infirmier peut également faire appel à la direction des pratiques professionnelles lorsque des questions se posent par rapport à la légalité de la prise en charge de certaines prestations. La direction peut autoriser l'infirmier à accomplir certaines prestations dans des conditions particulières et à en prendre la responsabilité. C'est notamment le cas pour la réalisation de vaccins non repris dans les listes officielles et qui peuvent comporter des risques.

2.28.16 Prestations futures

Ce spécialiste considère qu'il y aura de plus en plus de complexité au niveau de la prise en charge du fait d'une augmentation de la précarité de la population et de son vieillissement. Le réseau qui gravite autour du patient âgé a en effet tendance à s'épuiser. L'incontinence urinaire de même que les troubles cognitifs sont des problèmes qui prendront de l'ampleur dans le futur.

A. Eléments favorables à leur développement

Informar les infirmiers sur les possibilités et les techniques existantes constitue un élément important de même que la formation continue.

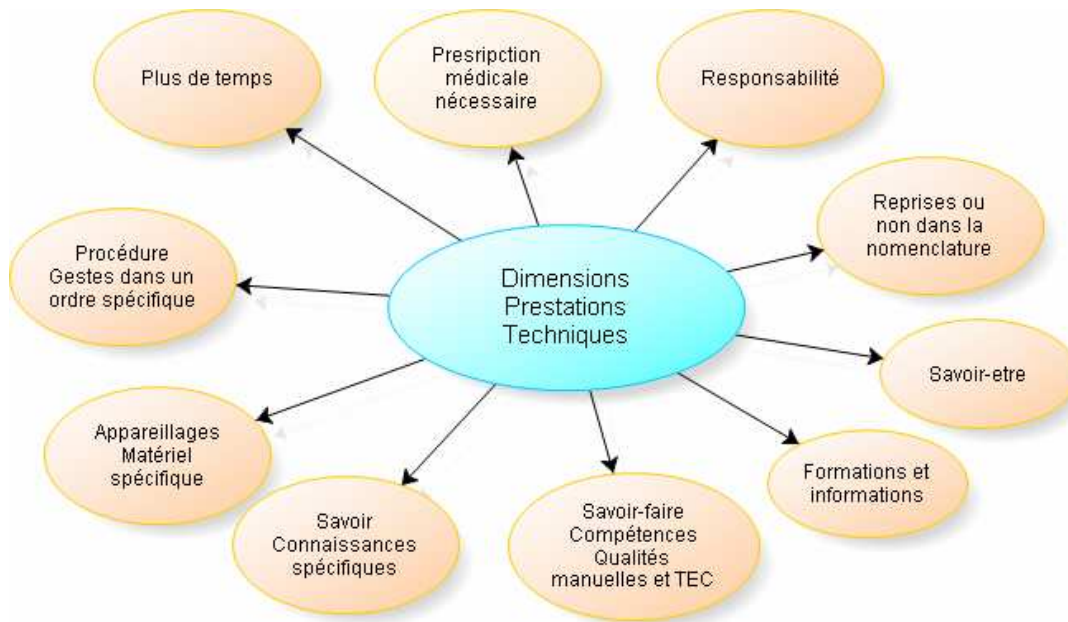
B. Eléments défavorables à leur développement

L'absence de remboursement et le manque de formation apparaissent comme des freins au développement des prestations futures. Ce spécialiste pense qu'il faut abandonner l'idée selon laquelle chaque infirmier doit être capable de prendre en charge toutes les prestations (perfusion) de même que tous les publics (patient alcoolique, psychiatrique...). Elle croit davantage en la répartition des tâches.

Résultats complémentaires relatifs aux livrables 3, 5 et 6

2.29 Réactions des médecins généralistes par rapport aux modèles issus des données récoltées auprès des infirmiers

2.29.1 Représentations des prestations techniques



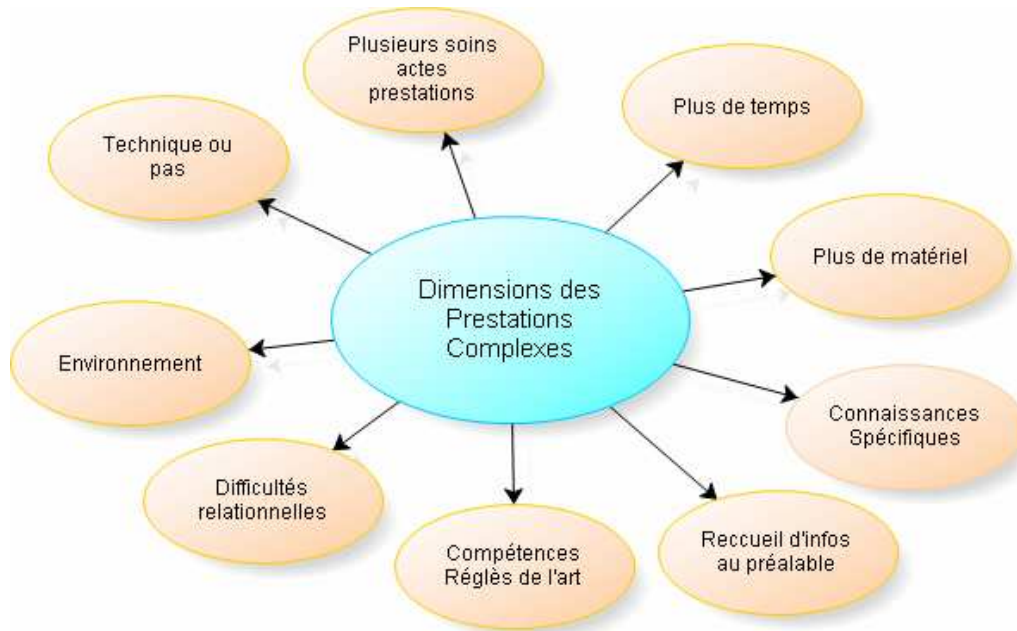
A. Médecins généralistes indépendants

La dimension de « responsabilité » semble importante pour les médecins généralistes. Sans prescription médicale, l'infirmier ne peut réaliser les prestations. Pour ce qui a trait à la dimension « matériel spécifique », un médecin s'étonne du fait que certains infirmiers ne disposent parfois pas du matériel minimum (compresses, désinfectant). Un autre apprécie le fait que les infirmiers parlent du « savoir-être ». En général, ce sont les dimensions « savoir-faire et compétences », « formation et information » et « responsabilité » qui sont les plus importantes pour caractériser les prestations techniques.

B. Médecins généralistes de maisons médicales

Un médecin soulève le fait qu'il ne fait pas de prescription médicale bien qu'il fasse une note dans l'agenda de l'infirmier. Un médecin se demande pourquoi le savoir-être figure dans ces dimensions tandis qu'un autre estime que le savoir-être est davantage mis en avant à domicile qu'à l'hôpital. Les trois dimensions qui semblent les plus importantes aux yeux des participants sont « savoir-être », « savoir-faire » et « appareils ».

2.29.2 Représentations des prestations complexes



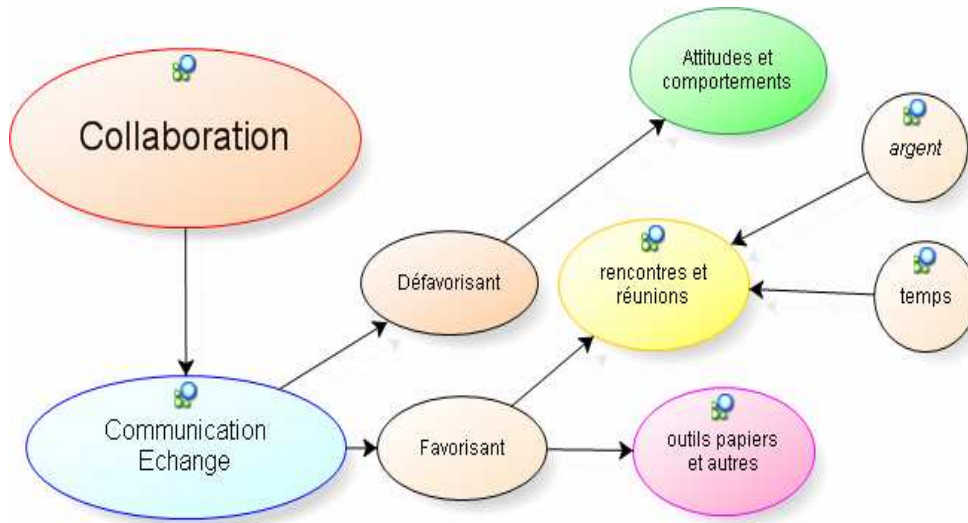
A. Médecins généralistes indépendants

Ce sont les dimensions « plus de temps », « plusieurs soins », « connaissances spécifiques », « environnement » et « savoir-être » qui caractérisent le plus les prestations complexes.

B. Médecins généralistes de maisons médicales

Les dimensions « plus de temps », « technique ou pas » et « connaissances spécifiques » sont les plus évidentes.

2.29.3 Collaboration



A. Médecins généralistes indépendants

Les rencontres ne doivent pas forcément être des réunions productives et professionnelles. Il peut s'agir de rencontres agréables et ludiques dont l'objectif est de créer du lien. Si les participants y trouvent de l'intérêt et de l'agrément, les notions de temps et d'argent pourraient être mises de côté, bien que le financement semble tout de même important pour certains. Ces réunions doivent être organisées dans le temps et non coercitives. Elles sont très compliquées à organiser chaque semaine.

Auparavant, les médecins avaient la possibilité de se rendre à l'hôpital pour rencontrer les assistants opératoires et être présents durant les opérations. Ainsi, ils pouvaient obtenir une série d'informations, créer du lien, discuter avec le chirurgien ou l'assistant social et poser diverses questions. Ces rencontres faisaient office de formation continue et permettaient au médecin d'aller rendre visite à d'autres patients. Leur financement a été supprimé car elles n'avaient lieu que dans certains hôpitaux.

Le téléphone ne paraît pas avoir le même effet qu'une rencontre. Lorsque le contact a lieu entre deux personnes qui ne se connaissent pas, le non-verbal ne semble pas passer alors qu'il passerait davantage entre deux interlocuteurs connus.

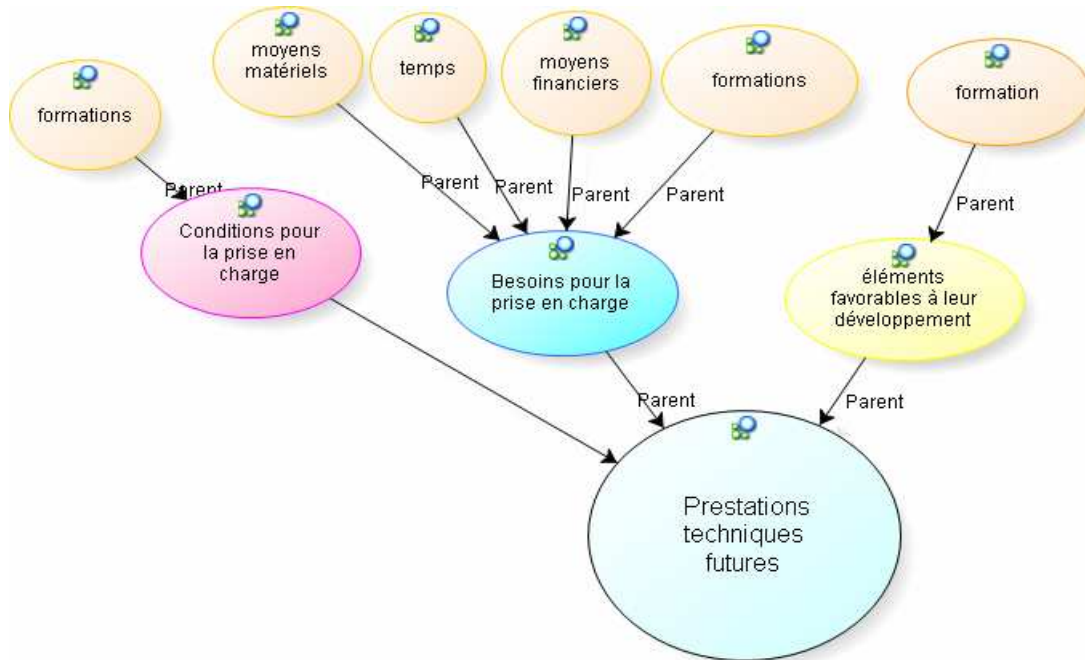
La nouvelle technologie (image et voix) permettrait d'améliorer la communication téléphonique sans pour autant pouvoir remplacer le contact humain. L'utilisation du mail est intéressante pour certains. Contrairement au téléphone, le médecin peut lire le mail quand il veut. Par ce biais, des photos (plaies) peuvent également être envoyées.

B. Médecins généralistes de maisons médicales

Certaines attitudes défavorisent la communication et engendrent des frictions. C'est notamment le cas quand certains médecins considèrent les infirmiers comme des subalternes.

Un médecin fait remarquer que le schéma présenté est idéal et que les choses ne se déroulent pas toujours de cette façon.

2.29.4 Perspectives futures



A. Médecins généralistes indépendants

Un médecin soulève le fait que les infirmiers ne se déplacent pas quand des formations sont mises en place. Même si elles sont gratuites et orientées vers des sujets pratiques, ils n'y participent pas. Ce sont généralement les indépendants qui participent.

B. Médecins généralistes de maisons médicales

Ceux-ci soulèvent le fait qu'il y a plus de temps en maisons médicales. Le matériel doit être disponible pour la prise en charge à domicile. Par matériel, ils entendent des lits, du matériel de stérilisation, un poupinel.

3. ANALYSE

3.1 Représentations des prestations techniques et complexes

3.1.1 Prestations techniques

Pour les infirmiers, les spécialistes et les généralistes des maisons médicales, les prestations techniques exigent avant tout du matériel et du savoir-faire. Les médecins indépendants mettent d'abord en évidence le « savoir-faire ». Pour les infirmiers et les médecins indépendants, les formations semblent nécessaires. Les connaissances spécifiques sont quant à elles essentiellement avancées par les infirmiers tandis que le savoir-être est souligné par les médecins de maisons médicales.

Dimensions mises en évidence dans les définitions	infirmiers	Spécialistes
Appareillage, matériel	7	5
Connaissances, savoirs spécifiques	5	0
Formations, apprentissage et informations	8	1
Nomenclature ou pas	5	0
Savoir-faire	6	4

A. Prestations techniques et milieu d'activité

Parmi les infirmiers ayant répondu « savoir-faire » (N=6), beaucoup travaillent en ville tout comme ceux qui ont répondu « formations, apprentissages et information » (N=8).

Type de milieu	Appareillage, matériel	Connaissances, savoirs spécifiques	formations, apprentissage et informations	Nomenclature ou pas	Pre-scriptio médicale	Savoir-faire
Rural	2	1	1	0	0	1
Urbain	2	2	4	4 (50)	0	4 (66,67)
Semi-urbain	2	0	2	0	1	0
Urbain et semi-urbain	0	0	0	1	0	0
Rural, urbain et semi-urbain	1	2	1	0	0	1
formation de base = infirmier(ère)	N=7	5	8	5	1	6

B. Prestations techniques et suivi de spécialisations par les infirmiers

Tous les infirmiers ayant souligné l'importance des « connaissances et savoirs spécifiques » (N=5), des « formations, apprentissages et informations » (N=9) et « savoir-faire » (N=9) dans les prestations techniques avaient suivi une ou plusieurs spécialisations. Il semblerait que plus les infirmiers sont formés, plus ils estiment que leurs formations complémentaires sont nécessaires pour la prise en charge des prestations techniques.

Suivi de spécialisations	connaissances, savoirs spécifiques	formations, apprentissage et informations	savoir-faire
Oui	5	9	9
Non	0	0	0
formation de base = infirmier (ère)	N=5	9	9

3.1.2 Prestations complexes

Pour les infirmiers, les spécialistes et les médecins indépendants, les prestations complexes comportent plusieurs actes, font intervenir plusieurs spécialités ou nécessitent plusieurs conditions. Elles touchent à la prise en charge globale du patient.

Pour tous les professionnels, elles demandent plus de temps.

La dimension « connaissances spécifiques » semble importante pour l'ensemble des médecins de même que pour les infirmiers alors qu'elle n'est pas relevée pour les spécialistes.

La dimension « savoir-faire » apparaît seulement chez les infirmiers alors que celle du « savoir-être » est soulignée chez les médecins généralistes indépendants uniquement.

Dimensions mises en évidence	infirmiers	Spécialistes
Plus de temps	3	2
Plus de matériel	2	0
Recueil d'informations au préalable	3	0
Savoirs, connaissances spécifiques	4	0
Savoir-faire, compétences et règles de l'art	3	0
Globalité= plusieurs actes, problèmes, conditions ou spécialités	10	5

3.2 Collaboration à domicile

3.2.1 Intervenants à domicile

A. Statut de l'infirmier et intervenants cités

Environ 2/3 des infirmiers salariés citent comme intervenants à domicile les kinésithérapeutes, les médecins et les aides familiales (N=18).

Statut	kinésithérapeutes	médecins	Familles	aides familiales	Aides ménagères
Indépendant	7 (38,89)	7 (38,89)	8 (44,45)	5 (31,25)	5 (45,45)
Salarié	11 (61,11)	11 (61,11)	10 (55,55)	11 (68,75)	6 (54,55)
formation de base = infirmier(ère)	N=18	18	18	16	11

Statut	Kinési-thérapeutes	médecins	Familles	aides familiales	Aides ménagères	N
Indépendant	7	7	8 (25)	5	5	32
Salarié	11	11	10 (20)	11	6	49
formation de base = infirmier(ère)	18	18	18	16	11	81

Si l'on prend également l'ensemble des réponses données (N=81), on observe que 13% des salariés ont cité les kinésithérapeutes, les médecins et les aides familiales alors qu'entre 6% et 8% des indépendants ont cité ces intervenants.

Statut	Kinési-thérapeutes	médecins	Familles	aides familiales	aides ménagères	N
Indépendant	7 (8,64)	7 (8,64)	8 (9,87)	5 (6,17)	5 (6,17)	32
Salarié	11 (13,58)	11 (13,58)	10 (12,34)	11 (13,58)	6 (7,40)	49
formation de base = infirmier(ère)	18	18	18	16	11	81 (100)

A la vue des différents résultats, il semble que les kinésithérapeutes, les médecins et les aides familiales sont les personnes avec lesquelles les infirmiers salariés interviennent le plus souvent à domicile.

B. Type de diplôme et intervenants cités

Parmi les infirmiers ayant cité les médecins, les familles, les aides familiales et les kinésithérapeutes, environ 2/3 ont un diplôme de type A1.

Type de diplôme	Kinési- thérapeutes	médecins	familles	aides familiales	Aides ménagères
A1	10 (58,82)	11 (64,71)	11 (64,71)	10 (66,66)	7 (50)
A2	7	6	6	5	4
Formation de base = infirmier(ère)	N=17	17	17	15	11

Si l'on prend l'ensemble des réponses données (N=77) par les infirmiers, on observe que les infirmiers ayant un diplôme de type A1 ont plus souvent cité l'ensemble des intervenants.

Type de diplôme	Kinési- thérapeutes	médecins	familles	aides familiales	Aides ménagères	N
A1	10 (12,98)	11 (14,28)	11 (14,28)	10 (12,98)	7	49
A2	7 (9,09)	6 (7,79)	6 (7,79)	5 (6,49)	4 (5,19)	28
Formation de base = infirmier(ère)	N=17	17	17	15	11	77

Par contre, si l'on prend l'ensemble des infirmiers munis d'un diplôme A2 (N=28), on observe qu'1/4 a cité le « kinésithérapeute » alors qu'ils sont 1/5 munis d'un diplôme de type A1 (N=49). Les aides ménagères sont quant à elles nommées par la même proportion d'infirmiers A1 et A2 (14,28%).

Type de diplôme	Kinési- thérapeutes	médecins	familles	aides familiales	aides ménagères	N
A1	10 (20)	11	11	10	7 (14,28)	49
A2	7 (25)	6	6	5	4 (14,28)	28
Formation de base = infirmier(ère)	N=17	17	17	15	11	77

C. Milieu d'activité et intervenants cités

Parmi les infirmiers qui citent « les médecins » (N=18), plus de la moitié travaille en ville. Deux infirmiers sur cinq citent « les kinésithérapeutes » et « les familles » et un sur trois les aides familiales.

Si l'on compare avec les chiffres relevés parmi les infirmiers travaillant dans le milieu urbain (N=29), on observe que presque 1/3 a cité les médecins, les familles et les aides familiales. Par contre, parmi les infirmiers travaillant dans le milieu semi-urbain, 1/5 a cité les aides ménagères et 1/10 parmi ceux travaillant dans le milieu rural.

Type de milieu	Kinési- thérapeutes	médecins	familles	aides familiales	aides ménagères
Rural	3 (16,67)	3 (16,67)	3 (16,67)	3 (18,75)	2 (18,18)

Urbain	7 (38,89)	6 (63,33)	8 (44,44)	6 (37,5)	2 (18,18)
semi-urbain	6 (33,33)	6 (33,33)	4 (22,22)	4 (25)	5 (45,45)
urbain et semi-urbain	1 (5,55)	1 (5,55)	1 (11,11)	1 (5)	0
rural, urbain et semi-urbain	1 (5,55)	2 (11,11)	2 (22,22)	2 (2,5)	2 (18,18)
Formation de base = infirmier(ère)	N=18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	16 (100%)	11 (100%)

Type de milieu	Kinési- thérapeutes	médecins	familles	aides familiales	aides ménagères	N
Rural	3 (21,43)	3 (21,43)	3 (21,43)	3 (21,43)	2 (14,28)	14
Urbain	7 (24,13)	6 (31,57)	8 (21,59)	6 (31,57)	2 (6,89)	29
semi-urbain	6	6	4	4	5	25
urbain et semi-urbain	1	1	1	1	0	4
rural, urbain et semi-urbain	1	2	2	2	2	9
Formation de base = infirmier(ère)	N=18	18	18	16	11	81

3.2.2 Moyens de communication

A. Statut et moyens de communication

Au vue des résultats, le statut de l'infirmier semblerait peu influencer le choix des moyens de communication.

Statut	téléphone et GSM	dossiers	rencontres et réunions	fax	cahiers et carnets
Salarié	10 (55,56)	6 (54,56)	4 (57,14)	4 (57,14)	5 (55,56)
Indépendant	8 (44,44)	5 (45,45)	3 (42,86)	3 (42,86)	4 (44,44)
formation de base = infirmier(ère)	N=18 (100)	11 (100)	7 (100)	7 (100)	9 (100)

Statut	téléphone et GSM	dossiers	rencontres et réunions	fax	cahiers et carnets	N
Salarié	10 (34,48)	6 (20,68)	4 (13,79)	4 (13,79)	5 (17,24)	29 (100)
Indépendant	8 (34,78)	5 (21,74)	3 (13,04)	3 (13,04)	4 (17,39)	23 (100)
formation de base = infirmier(ère)	18	11	7	7	9	52

B. Type de pratique et moyens de communication

Parmi les infirmiers ayant cité les différents outils (N=18, 11, 9 et 7), la plupart sont des infirmiers qui travaillent en groupe.

Type de pratique	téléphone et GSM	dossiers	rencontres et réunions	fax	Cahiers et carnets
En groupe	15 (83,33)	10 (90,90)	5 (71,42)	6 (85,71)	7 (77,78)
Seul	3 (16,66)	1 (9,09)	2 (28,58)	1 (14,29)	2 (23,22)
formation de base = infirmier(ère)	N=18 (100)	11 (100)	7 (100)	7 (100)	9 (100)

Au sein des infirmiers travaillant en groupe (N=43), presque ¼ utilise les dossiers alors qu'ils sont 1/10 parmi ceux travaillant seul. Sur l'ensemble des réponses données (N=52), 1/3 sont des infirmiers qui travaillent en groupe et qui ont répondu « téléphone et GSM ».

Type de pratique	Téléphone et GSM	dossiers	rencontres et réunions	fax	cahiers et carnets	N
En groupe	15 (34,88)	10 (23,25)	5 (11,63)	6 (14,95)	7 (16,28)	43
Seul	3 (33,33)	1 (11,11)	2 (22,22)	1 (11,11)	2 (22,22)	9
formation de base = infirmier(ère)	N=18	11	7	7	9	52

C. Milieu d'activité et moyens de communication

Les infirmiers qui citent les « rencontres et réunions » (N=7) et les « cahiers et carnets » (N=9) travaillent en ville. Parmi ceux qui ont cités « dossiers et rencontres » (N= 11 et 7), environ 2/5 sont issus du milieu urbain. Ceux qui ont cité « cahiers et carnets » (N=9) sont plus de la moitié du milieu urbain et aucun n'est issu du milieu rural.

Type de milieu	téléphone et GSM	dossiers	rencontres et réunions	fax	cahiers et carnets
Rural	3 (16,66)	2 (18,18)	0	2 (28,57)	0
Urbain	7 (38,88)	5 (45,45)	3 (42,85)	2 (28,57)	5 (55,55)
Semi-urbain	5 (27,77)	2 (18,18)	3 (42,85)	1 (14,28)	2 (22,22)
Urbain et semi-urbain	1 (5,55)	1 (9,09)	0	0	1 (11,11)
Rural, urbain et semi-urbain	2 (11,11)	1 (9,09)	1 (14,28)	2 (28,57)	1 (11,11)
formation de base = infirmier(ère)	N=18 (100)	11 (100)	7 (100)	7 (100)	9 (100)

Ceux qui ont cité « téléphone et GSM » (N=18) sont presque 2/5 issus du milieu urbain mais si l'on prend l'ensemble des infirmiers de ce milieu (N=22), on observe qu'ils sont dans ce cas moins nombreux que ceux issus du milieu rural.

Type de milieu	téléphone et GSM	dossiers	rencontres et réunions	fax	cahiers et carnets	N
Rural	3 (42,85)	2 (28,57)	0	2	0	7
Urbain	7 (31,81)	5 (22,73)	3 (13,64)	2	5 (22,73)	22

Semi-urbain	5 (38,46))	2	3 (16,64)	1	2 (15,38)	13
Urbain et semi-urbain	1	1	0	0	1	3
Rural, urbain et semi-urbain	2	1	1	2	1	7
formation de base = infirmier(ère)	N=18	11	7	7	9	52

A la vue des différents résultats, il semble que les infirmiers du milieu urbain restent toutefois plus nombreux à utiliser les cahiers et à participer à des rencontres.

Ces deux moyens de communication paraissant moins développés à la campagne par rapport à la ville, on peut faire l'hypothèse que ces outils sont davantage mis en place par l'intermédiaire des SISD ou des centres de coordination et que ces structures sont moins développées à la campagne. On peut également faire l'hypothèse que les rencontres et réunions sont moins nécessaires à la campagne du fait d'une plus grande proximité entre les différents intervenants.

3.2.3 Qualification de la collaboration à domicile

A. Type de milieu et qualification

Aucun infirmier qualifiant « plutôt négativement » (N=16) la collaboration à domicile ne travaille en milieu rural.

Type de milieu	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement
Rural	2 (12,50)	0	1 (33,33)
Urbain	6 (37,5)	2 (40)	1 (33,33)
semi-urbain	5 (31,25)	2 (40)	0
urbain et semi-urbain	1 (6,25)	1 (20)	0
rural, urbain et semi-urbain	2 (12,5)	0	1 (33,33)
formation de base = infirmier(ère)	N=16 (100)	5 (100)	3 (100)

Type de milieu	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement	N
milieu d'activité = rural	2 (66,66)	0	1	3
milieu d'activité = urbain	6 (66,66)	2 (22,22)	1	9
milieu d'activité = semi-urbain	5 (71,42)	2 (28,57)	0	7
milieu d'activité = urbain et semi-urbain	1	1	0	2
milieu d'activité = rural, urbain et semi-urbain	2	0	1	3
formation de base = infirmier(ère)	16	5	3	24

B. Statut et qualification

Plus de la moitié des infirmiers qualifiant « plutôt positivement » la collaboration à domicile (N=16) est salarié, mais on remarque également que les évaluations plutôt négatives sont aussi le fait des salariés. Le fait d'être attaché à une structure de soins à domicile semble présenter

des avantages et des inconvénients au niveau du déroulement de la collaboration à domicile.

Statut	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement
Salarié	9 (56,25)	4 (80)	2
Indépendant	7 (43,75)	1 (20)	1
formation de base = infirmier(ère)	N=16 (100)	5 (100)	3

Statut	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement	N
Salarié	9 (60)	4 (26,66)	2 (13,33)	15 (100)
Indépendant	7 (77,77)	1 (11,11)	1 (11,11)	9 (100)
formation de base = infirmier(ère)	N=16	5	3	24

3.3 Collaboration à l'hôpital

3.3.1 Collaborateurs à l'hôpital

A. Travail dans d'autres secteurs que le domicile et collaborateurs

Les infirmiers qui établissent des collaborations avec l'hôpital ont en majorité, voire tous, travaillé préalablement ailleurs qu'à domicile, surtout à l'hôpital.

	travail dans d'autres secteurs que le domicile = non	travail dans d'autres secteurs que le domicile = oui	formation de base = infirmier(ère)
Assistant social	2 (22,22)	7 (72,78)	N=9 (100)
Infirmier en chef	0	4 (100)	4 (100)
Infirmier	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Spécialistes	2 (33,33)	4 (66,66)	6 (100)
Equipe ou service spécifiques	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Médecin et responsable médical	1 (25)	3 (75)	4 (100)
Référente	0	3 (100)	3 (100)
Famille	0	1 (100)	1 (100)

A partir de cette observation, on peut se demander si le fait d'avoir travaillé à l'hôpital n'encouragerait pas à avoir des contacts avec ces intervenants.

B. Travail à l'hôpital et collaborateurs

Type de secteurs expérimentés	As-sistant social	infirmier en chef	infirmier	Spécialistes	équipe ou service spécifiques	médecin et responsable médical	Référente	famille
Hôpital	3	1	3 (75)	3 (75)	2 (50)	2 (66,66)	0	1
MR/MRS	2	2	1	0	0	0	2	0
Ophtalmologie	1	0	0	0	0	0	0	0
Médecine du travail	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôpital de jour	0	0	0	1	0	0	0	0
Banque et assurance	1	1	0	0	0	0	0	0
Hôpital et MR/MRS	0	0	0	0	0	0	0	0
Humanitaire (MSF)	0	0	0	0	1	0	0	0
MR, hôpital, entreprise de pneus	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôpital et humanitaire	0	0	0	0	1 (25)	1 (33,33)	1	0
formation de base = infirmier(ère)	N=7	4	4 (100)	4 (100)	4 (100)	3 (100)	3	1

3.3.2 Moyens de communication

A. Statut et outils de communication

Les infirmiers citant « la feuille de liaison » comme outil de communication (N=7) sont surtout des salariés, tout comme ceux qui citent le fax, le téléphone et le GSM. Quand les infirmiers n'utilisent aucun outil, la majorité d'entre eux est également salariée. Ceux qui communiquent par dossiers (infirmiers) sont plus souvent indépendants. On pourrait faire l'hypothèse que le statut de l'infirmier à domicile peut avoir une influence sur le type d'outils de communication utilisé pour communiquer avec l'hôpital.

Outils	statut = salarié	statut = indépendant	Formation de base= Infirmier(ère)
Feuilles de liaison	5 (71,42)	2	N=7
Téléphone et GSM	5 (62,5)	3	8
Dossiers (infirmiers)	1 (33,33)	2	3
Ecrits	2 (50)	2	4
Fax	1 (100)	0	1
Aucun outil	5 (83,33)	1	6
Infirmiers de liaison	1 (100)	0	1
Infirmiers référent	1 (100)	0	1

Infirmiers en chef	1 (100)	0	1
--------------------	------------	---	---

B. Type de milieu et aucun outil

Les infirmiers qui n'utilisent aucun outil de communication (N=6) sont surtout des salariés et exercent surtout en ville. Ces conditions de travail et la proximité d'un hôpital freinent-elles l'utilisation des outils de communication ?

Type de milieu	aucun outil utilisé
Rural	0
Urbain	4 (66,66)
Semi-urbain	1
Urbain et semi-urbain	0
Rural, urbain et semi-urbain	1
Formation de base = infirmier(ère)	N=6

3.3.3 Qualification de la collaboration à l'hôpital**A. Travail dans d'autres secteurs et qualification**

Les infirmiers qui apprécient « plutôt positivement » la collaboration avec l'hôpital (N=11) ont souvent travaillé dans d'autres secteurs que celui du domicile.

Travail dans d'autres secteurs que le domicile	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement
Non	1(9,09)	2 (33,33)	0
Oui	10 (90,91)	4 (66,66)	3 (100)
formation de base = infirmier(ère)	N= 11 (100)	N= 6 (100)	N= 3 (100)

Travail dans d'autres secteurs que le domicile	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement	N
Non	1	2 (66,66)	0	3
Oui	10 (58,82)	4 (23,53)	3 (17,65)	17
formation de base = infirmier(ère)	11	6	3	20

Type de secteurs expérimenté	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement
Hôpital	4 (40)	1 (25)	2 (66,66)
Hôpital de jour	1(10)	0	0
Hôpital et MR/MRS	0	0	1
MR, hôpital, entreprise de pneus	0	1 (25)	0
Hôpital et humanitaire	1(10)	0	0
Infirmiers ayant travaillé dans d'autres secteurs que le domicile = oui	N=10	N=4	N=3

B. Statut et qualification de la collaboration

La majorité des infirmiers salariés (N=13) et des infirmiers indépendants (N=7) juge « plutôt positivement » la collaboration avec l'hôpital.

Statut	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement	N
Salarié	7 (53,84)	5 (38,46)	1 (7,69)	13
Indépendant	4 (57,14)	1 (14,28)	2 (28,57)	7
formation de base = infirmier(ère)	11	6	3	20

C. Type de milieu et qualification de la collaboration

Parmi les infirmiers exerçant en milieu urbain (N=9), plus de la moitié a répondu « plutôt positif »

Type de milieu d'activité	plutôt positive	plutôt négative	autre type de jugement	N
Rural	1	1	1	3
Urbain	6	3	0	9
Semi-urbain	3	0	2	5
Urbain et semi-urbain	1	0	0	1
Rural, urbain et semi-urbain	0	2	0	2
formation de base = infirmier(ère)	11	6	3	20

3.3.4 Eléments favorisant la collaboration

D'une manière générale, les éléments qui pourraient favoriser la collaboration touchent à la communication. Les rencontres et réunions de même que les outils de communication sont en effet les éléments les plus souvent évoqués par les infirmiers du domicile. Pour les spécialistes, les réunions et les outils de communication semblent importants, mais le temps et le financement apparaissent comme des conditions complémentaires pour leur développement.

La formation est un autre élément important de la collaboration pour quelques infirmiers et spécialistes.

Leviers pour la collaboration	Infirmiers	Spécialistes
rencontres et réunions	7	1
Différents outils de Communication	N=10	5
SISD	1	0
Dossier ou complet ou commun	3	1
Cahier ou feuille de liaison	2	0
Infirmiers mobiles	0	1
Présence d'infirmiers relais	0	1
Informatique	1	1
Outils de communication	1	1
Cahier de coordination adéquat	1	0
Internet	1	0
D'autres éléments liés à la communication	N=4	1
Se présenter, se connaître	3	0

Etablir un contact	1	0
Contact direct avec l'infirmier	0	1

Éléments influençant les réunions et les outils	N=10	2
plus de temps	6	1
Plus de moyens financiers	4	1

Formations, infirmiers spécialisés	4	2
---	----------	----------

A partir des observations, différentes hypothèses peuvent être formulées. Suivre des formations permet de créer des liens, d'apprendre à se connaître et facilite la communication et la collaboration. Les spécialistes collaborent davantage avec les infirmiers qui ont suivi des formations complémentaires. Les infirmiers sont plus à l'aise pour collaborer avec les spécialistes lorsqu'ils ont suivi des formations complémentaires.

3.3.5 Éléments défavorisant la collaboration

Ce sont surtout les attitudes et comportements des différents intervenants qui pourraient freiner la collaboration entre professionnels. Une formation de base déficiente ou l'absence de formations complémentaires sont d'autres éléments soulevés.

Freins à la collaboration	Infirmiers	Spécialistes
---------------------------	-------------------	---------------------

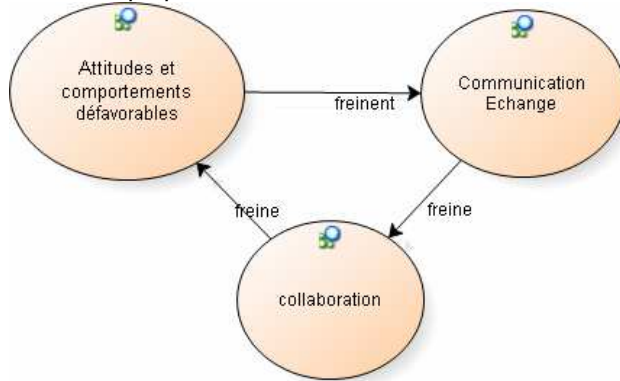
attitudes et comportements défavorables	N=17	N=2
Rivalité, concurrence	4	0
Mauvaise foi	1	0
Corporatisme	0	0
Individualisme, repli sur soi	3	1
Manque de motivation, de volonté	2	1
Manque de considération, de respect	2	0
Etre contre la pluridisciplinarité	1	0
Ne pas remplir les dossiers ou faire passer les infos	1	0
Esprit carré	1	0
Peur de perdre la clientèle	1	0
Non souhait de déléguer	1	0

mauvaise formation ou non suivi de formations	3	3
--	----------	----------

manque de moyens financiers	3	0
manque de temps	3	1

Des attitudes et comportements néfastes pourraient être le point de départ de l'absence de communication et de collaboration, et l'absence de communication pourrait également renforcer ces attitudes et comportements défavorables.

A. Modèle proposé



3.4 Prestations techniques futures

3.4.1 Exemples de prestations techniques

La chimiothérapie et les soins palliatifs sont des prestations qui pourraient prendre de l'ampleur dans le futur aux yeux des infirmiers. Ces prestations sont également citées par un spécialiste. La dialyse, les perfusions et les prestations liées à la grossesse sont quant à elles citées par les infirmiers et les médecins généralistes. Les soins pour les pathologies chroniques et les activités de prévention sont des prestations proposées par les trois disciplines représentées.

Exemples de prestations techniques futures	Infirmiers (ère)	spécialistes
Chimiothérapie	5	1
Dialyse dont hémodialyse	6	0
Surveillance de la grossesse, accouchements et soins annexes	3	0
Soins palliatifs	5	1
Perfusions et PAC	3	0
Péridurale et traitement de la douleur	1	0
Pansements post opératoire complexes et soins de plaie	2	1
Alimentations parentérale et entérale	2	0
Pathologies chroniques telle le diabète	1	2
Soins pédiatriques	1	0
Soins aux personnes âgées	1	0
Soins aux patients avec troubles mentaux	2	0
Hospitalisation à domicile	2	0
Prévention, éducation	1	1
Sondes gastriques et patients anorexiques	0	1

A. Type de milieu et prestations techniques futures

Les prestations techniques futures sont plus citées par les infirmiers exerçant en milieu urbain et semi-urbain. Cela signifierait-il que ces prestations techniques sont moins souvent rencontrées à la campagne qu'à la ville ?

Exemples de prestations techniques futures	rural	urbain	Semi-urbain	urbain et semi-urbain	rural, urbain et semi-urbain
Chimiothérapie	1	2	1	0	1
Dialyse dont hémodialyse	2	3	0	0	1
Surveillance de la grossesse, accouchements et soins annexes	0	3	0	0	0
Soins palliatifs	0	3	1	1	0
Traitements qui demandent un gros investissement et du temps	0	1	0	0	0
Trachéostomie	0	0	0	0	1
Perfusions, PAC	0	0	2	1	0
Péridurale et traitement de la douleur	0	0	1	0	0
Pansements post opératoire complexes et soins de plaie	0	2	0	0	0
Alimentations parentérale et entérale	0	1	1	0	0
Pathologies chroniques telle le diabète	0	1	0	0	0
Soins pédiatriques	0	1	0	0	0
Soins aux personnes âgées	0	1	0	0	0
Soins aux patients avec troubles mentaux	0	1	1	0	0
Hospitalisation à domicile	1	1	0	0	0
Prévention, éducation	0	0	1	0	0
Sondes gastriques et patients anorexiques	0	0	0	0	0
Nombre total de réponses	N=4	20	8	2	3

3.4.2 Conditions pour la prise en charge

De manière générale, les infirmiers sont prêts à prendre en charge les prestations techniques futures pour autant qu'un certain nombre de conditions soient remplies. Il en est de même pour la plupart des spécialistes au niveau de la délégation aux infirmiers.

Baucoup d'infirmiers demandent des formations complémentaires pour la prise en charge des prestations techniques futures tout comme la moitié des spécialistes qui ont répondu insistent pour que les infirmiers soient compétents. Les médecins généralistes énoncent également la condition de formation pour la prise en charge future de même que la reconnaissance des compétences des infirmiers. Ils citent aussi la mise en place d'une organisation comme l'a fait un spécialiste.

Conditions	Infirmiers (ères)	Spécialistes
Formations	13 (56,52)	0
compétences de l'infirmier	0	3 (50)
Collaboration	3	0
Organisation	0	1
Moyens humains	1	0
matériel adapté	1	0
certificat médical	1	0
Moyens financiers	1	1

présence de relais	2	0
Stabilité du patient	0	1
Etre prévenu des risques	1	0
Nombre total de réponses	N=23	6

A. Tranches d'âge et condition de formations

La majorité des infirmiers demandant des formations complémentaires pour la prise en charge des prestations techniques futures (N=13) a entre 35 et 54 ans.

Tranches d'âges	Condition de formations
Moins de 25 ans	1
25-34 ans	2
35-44 ans	4
45-54 ans	4
55 ans et plus	2
formation de base = infirmier(ère)	13

B. Type de diplôme et condition de formations

Ils disposent plus souvent d'un diplôme A1 également.

Type de diplôme	condition de formation
A1	8 (61,54)
A2	5 (38,46)
formation de base = infirmier(ère)	N=13

C. Nombre d'années d'expérience et condition de formation

Ils ont aussi moins d'expérience dans la profession.

Nombre d'années d'expérience dans la profession	formations	compétences de l'infirmier
1-5 ans	4 (30,80)	0
6-10 ans	3 (23,07)	1
26-30 ans	0	0
11-15 ans	2	2
16-20 ans	1	0
21-25 ans	2	0
+ de 30 ans	1	0
formation de base = infirmier(ère)	N=13	0
formation de base = spécialiste	0	N=3

Ces observations suggèrent plusieurs hypothèses. Plus les infirmiers sont formés (A1), plus ils estiment qu'il est nécessaire de suivre des formations pour la prise en charge des prestations techniques futures. Plus ils ont de l'expérience, moins ils estiment nécessaire de suivre des formations pour la prise en charge de ces prestations. Cela pourrait vouloir dire que l'expérience ferait office de formation. Dans ce cas, l'ampleur de l'âge ne semblerait par contre pas forcément correspondre à un nombre d'années d'expérience plus élevé dans la profession.

D. Type de milieu d'activité et condition de formation

Les $\frac{3}{4}$ des infirmiers souhaitant des formations complémentaires pour les prestations futures (N=13) exercent en milieu urbain et semi-urbain. On pourrait faire l'hypothèse que les infirmiers ruraux solliciteraient moins de formation car seraient moins confrontés aux prestations techniques en général.

Type de milieu	condition de formation
Rural	2
Urbain	6 (46,15)
Semi-urbain	4 (30,76)
Urbain et semi-urbain	0
Rural, urbain et semi-urbain	1
formation de base = infirmier(ère)	N=13

3.4.3 Eléments qui pourraient favoriser ou défavoriser leur développement

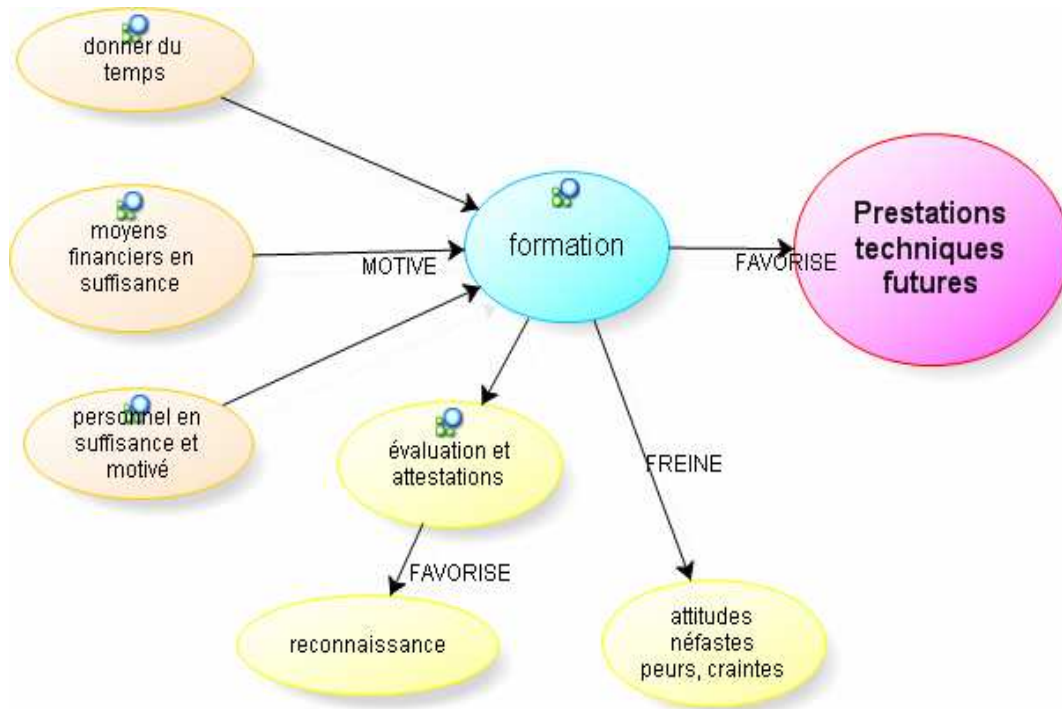
La formation serait un élément de développement des prestations techniques futures. Par formation, on entend une formation de base adéquate des infirmiers mais également des spécialisations et formations permanentes. L'immersion des infirmiers au sein de l'hôpital, des moyens matériels, financiers et la collaboration sont également des éléments relevés par les infirmiers et les spécialistes.

Certaines attitudes, certains comportements et certaines conditions de vie pourraient par contre empêcher le développement des prestations techniques futures bien qu'il soit parfois difficile d'agir sur ces éléments.

Eléments favorables	Infirmiers	Spécialistes
Formations	13	0
Payées	1	0
Evaluées et donnant une attestation	1	0
Valoriser le métier de l'infirmier	1	0
Personnel en suffisance et motivé	2	0
Bonne organisation du centre ou une réorganisation des soins	1	1
Matériel en suffisance et adéquat	6	0
Présence de relais	1	0
Moyens financiers en suffisance et révision de la nomenclature	5	0
Donner du temps	1	0
Collaboration, échanges, rencontres	5	3
Domicile du patient adéquat	2	0
Travailler en réseaux	1	0
Meilleure information (dossier complet)	1	2
Ne pas prendre sa voiture	1	0
Accessibilité, disponibilité de l'interlocuteur	0	1

Éléments défavorables	Infirmiers	Spécialistes
Manque de moyens financiers ou financement en fonction du temps	4	0
Manque de formation	4	0
Manque d'attestations conformes et d'examens	1	0
Manque d'information	1	0
Manque de matériel	3	0
Manque de moyens humains	3	0
Manque de temps (pour la formation)	0	1
Manque d'échanges et isolement	1	2
Manque de compétences	0	1
Manque d'habitude	1	0
Mauvaise collaboration	1	0
Inaccessibilité de l'interlocuteur	0	1
Excès de travail	0	1
Absence d'une organisation ciblée sur le patient	0	1
Tournantes dans le personnel et discontinuité des soins	0	2
Attitudes et comportements défavorables	7	0
Non souhait à déléguer	2	0
Peurs des médecins et infirmiers	2	0
Patient n'y croit pas ou ont peur	2	0
Manque de motivation	1	0
Environnement défavorable	4	0
Manque d'hygiène	2	0
Manque de sécurité	1	0
Conditions précaires	1	0

A. Modèle proposé

3.5 Le relevé par 24h recall²⁷

3.5.1 Compléter la grille

Au vu des grilles complétées, certains infirmiers ont le souci du détail et d'autres notent un minimum. Certains ont complété chaque information demandée et d'autres en ont omis une partie. Celui qui décrit moins n'est pas nécessairement celui qui fait le moins auprès du patient. Cet infirmier est peut être moins enclin aux travaux d'écriture. La majorité des infirmiers a complété correctement la partie qui décrivait les activités. Des lacunes ont été cependant relevées principalement dans les questions concernant la nomenclature et le temps presté pour chaque activité. Certains infirmiers n'ayant pas répondu à toutes les questions posées dans le 24h recall, ont expliqué « ne pas avoir eu le temps de le faire », « ne pas avoir l'habitude de noter le temps presté », « avoir oublié de le noter » ou « ne pas être arrivé à évaluer ». D'autres ont invoqué la difficulté de la tâche, plusieurs activités se chevauchant.

3.5.2 Le facteur temps

A. Temps avant le départ d'une tournée de visites

Un infirmier salarié prépare son travail en collectant des données détaillées, surtout lorsqu'il s'occupe de patients palliatifs ou d'une alimentation parentérale. Cette pratique ne se vérifie pas chez d'autres professionnels qui ne notent aucun travail préparatoire en dehors du domicile du patient.

Hypothèses :

- Certains soins exigent un temps de travail en dehors de la présence chez le patient.
- Les soins palliatifs peuvent demander plus de transmissions au vu des changements fréquents de l'état de santé du patient en fin de vie.
- L'infirmier indépendant, même s'il soigne des patients en fin de vie, a moins de

²⁷ Par rapport à la grille N°1

transmissions à effectuer surtout s'il travaille seul. A l'inverse, un salarié doit passer le relais à plusieurs personnes de son équipe.

- Certains infirmiers collectent les données et les transmettent « pendant » leur tournée.
- Certains soignants ne comptent pas le temps « avant tournée » dans leur temps de travail.
- Certains soins nécessiteraient un temps de travail en dehors de la tournée mais le soignant n'est pas disposé à donner du temps supplémentaire à celui prévu dans la nomenclature.

B. Temps consacré aux déplacements

Souvent, les infirmiers travaillent dans un secteur, une région. Le temps relevé entre deux patients prend généralement de 0 à 10 minutes, rarement 15. Des trajets plus longs (25 à 35 minutes) ont été relevés surtout pour réaliser des soins palliatifs et des alimentations parentérales.

Le milieu rural mais aussi la spécialisation amèneraient-ils les infirmiers à parcourir plus de kilomètres ? Dans ces cas, il faudrait en tenir compte en cas de problème urgent et il faudrait également éviter que cela n'induisse une réduction du temps de présence chez le patient.

C. Temps consacré aux prestations

Pour une prestation ayant le même numéro de nomenclature et donc le même financement, on peut relever un temps presté variable d'un infirmier à l'autre ou d'un patient à l'autre.

Outre le type de soin, d'autres paramètres (environnement, état du patient, douleur, complexité, etc.) influencent la durée d'un soin.

Hypothèses :

- Certains soignants englobent dans le temps d'un soin des prestations qu'ils n'ont pas énumérées, comme le travail administratif, la réalisation du dossier, la communication avec le patient, les explications données, la surveillance du traitement, du soin, la prévention, la gestion du matériel et de l'environnement et le travail relationnel.
- En ce qui concerne les forfaits, les temps courts peuvent correspondre à un deuxième passage, une remise au lit par exemple.

C1. Particularités concernant les soins de plaies : divergences entre le temps proposé par l'INAMI et le temps noté dans le 24h recall

Un soin de plaie dit « spécifique » devrait occuper au moins 30 min (règle INAMI) et un pansement simple, vu sa rémunération moindre devrait en théorie prendre moins de temps. Or il n'est pas rare que ces temps soient inversés, un soin de plaie spécifique prenant moins de temps qu'un pansement simple.

Un soin de plaie dit « simple » peut prendre plus de temps qu'un pansement dit « complexe ». Une des explications concerne le patient : « le patient est têtu et il faut beaucoup lui expliquer et le conseiller pour éviter une récurrence » est une des explications données. La compliance du patient entre donc en ligne de compte. Si la plaie s'accompagne par exemple de phlyctènes ou d'une grave réinfection, le soignant ne peut donc se contenter d'un pansement ordinaire. Il doit alors soit prendre contact avec le médecin traitant, envisager un changement de traitement hospitalier ou une adaptation de son soin. Ces complications n'entrent pas dans les critères des soins de plaies repris dans la nomenclature. Finalement, on observe assez souvent des plaies soignées en 5 à 10 minutes.

C.2. Particularités concernant les forfaits

Alors que des forfaits différents correspondent à des degrés de dépendance différents et à des charges de travail différentes, on remarque ici que le temps presté ne suit pas cette logique. Ainsi, un forfait A peut prendre autant de temps qu'un autre forfait A « doublé » d'une prestation technique spécifique.

Les infirmiers ont insisté sur le fait que les problèmes de santé (Alzheimer, agressivité) peuvent influencer la durée du soin tout comme l'environnement et la complexité de la situation. D'autres facteurs que la dépendance entrent donc en jeu et influencent la durée du soin.

C.3. Particularités concernant les aides à la vie quotidienne

Certains infirmiers notent des activités en théorie attribuées à des aides familiales mais qu'ils prennent en charge car ces dernières ne sont pas présentes 24h sur 24h. D'autres services rendus ne peuvent attendre, comme donner à boire et donner les médicaments. Certaines activités ne figurant pas dans la nomenclature ont été citées, certaines prennent peu de temps (1 min), d'autres dépassent la moitié du temps de présence chez le patient.

D. Temps après le retour à domicile et sorties de nuit

Onze infirmiers sur 22 (44% des indépendants et 54% des salariés) ont noté un temps de travail après leur tournée allant de 5 à 120 min, c'est-à-dire un temps supérieur au travail de préparation de la tournée (de 2 à 45 min). Les infirmiers salariés (7) ont été plus nombreux à noter ce temps de travail (5 à 30 min). Les indépendants sont moins nombreux (4) mais ont noté les durées les plus longues (120 min) lesquelles correspondaient en partie à des sorties de nuit. Une infirmière signale que ce temps effectué après les tournées n'est pas rémunéré. Sachant que le soignant qui s'engage à accepter un patient en « forfait palliatif » doit être disponible 24h sur 24, une seule garde de nuit organisée a été relevée. Chez les autres infirmiers, aucune garde organisée n'a été signalée. Parmi tous les 24h recall, peu de rappels des patients sont signalés ; ils sont liés à la douleur et à deux décès.

E. Temps presté en fonction du soignant

L'infirmier qui mentionne le plus souvent la « transmission écrite » la place généralement pendant sa tournée et téléphone moins que ses collègues. Il utilise aussi le temps passé chez le patient pour des évaluations, communications, relation d'aide et transmissions écrites. Certains infirmiers téléphonent quelquefois pendant leur tournée, d'autres jamais. Cette manière de faire est elle propre aux types de patients ou à l'organisation personnelle de l'infirmier ? Les communications et transmissions « chez » le patient ou « pendant » la tournée sont souvent en lien avec des hypoglycémies, des problèmes de traitement ou des soins palliatifs.

F. Temps presté sur 24 heures

Les journées de travail sont longues, surtout pour les indépendants. Alors que l'infirmier salarié ne doit pas s'occuper de la gestion et de l'administration, l'infirmier indépendant doit en théorie y consacrer du temps, ce qui allonge le temps total de travail.

On note aussi que des infirmiers salariés peuvent prêter des journées de 9 heures sur le terrain, tout comme des demi-journées, puisque cette possibilité leur est offerte par le travail d'équipe. Le fait de travailler avec des équipes est parfois relevé comme une difficulté par les médecins.

G. Temps presté en fonction des actes demandés

Lorsque l'infirmier est appelé pour un soin donné (toilette, injection), d'autres activités lui sont parfois demandées par le médecin, le patient ou l'entourage : remplir un semainier, prendre la tension, expliquer l'utilisation d'un stylo à insuline, refaire un lit, donner à boire. Ces demandes sont plus nombreuses si le patient vit seul, est délaissé par son entourage ou s'il présente un handicap. Aucune réglementation ne semble définir ces activités. Un infirmier disait « si je ne le fais pas, personne ne sera là pour le faire, alors je le fais ».

H. Temps presté en fonction de la difficulté

Le temps de travail est influencé par des activités ajoutées mais aussi par les difficultés liées au soin, liées au patient ou à son environnement.

Conclusions

Le temps de travail avant, pendant ou après une tournée de visites peut être influencé par le type de prestations ainsi que par sa complexité, par l'état de santé du patient et l'absence d'entourage, ou encore par le mode de travail de l'infirmier et son statut. Le degré de dépendance (échelle de KATZ) ou la classification de la nomenclature ne sont pas toujours un bon reflet de la durée d'un soin. L'organisation et la durée des transmissions peuvent différer selon le soignant et le type de prestation. Alors que la prise en charge de la complexité des

soins n'est pas reconnue par le système de santé, les infirmiers indépendants ou salariés répondent généralement à toutes les demandes de soins. Contrairement à la situation hospitalière, l'organisation des soins doit prendre en compte les distances voyagées parfois élevées entre les patients.

3.5.3 Le relevé du nombre d'activités

Les 22 infirmiers ont presté 2385 activités.

Thèmes	Prestations du 24h recall
Communication, collaboration	271
Observation, prévention	184
Soins d'hygiène (toilette)	243
Prestations complémentaires à la toilette	707
Injections	200
Soins de plaies	141
Autres prestations techniques INAMI	72
Gestion des médicaments	173
Administration, transmission	153
Gestion de l'environnement, organisation	152
Aide à la vie quotidienne	54
Gestion des problèmes	35
TOTAL	2385

3.5.4 La description des activités, soins, gestes

A. Mode de description, relevé en fonction du soignant

Des infirmiers insistent davantage sur certaines prestations.

- La mise en place d'une échelle d'évaluation de la douleur et des antipyrétiques.
- L'écoute et l'écoute active, 15 + 7 fois chez le même soignant contre 1 à 3 fois chez une dizaine d'autres infirmiers.
- L'éducation a été mentionnée par un infirmier 8 fois contre 1 fois chez 3 autres.
- Conseiller, informer, un infirmier l'a effectué 12 fois mais cela l'est moins souvent par ses confrères.
- Certaines journées de travail comprennent de nombreuses toilettes.
- Un infirmier cite fréquemment (8 fois sur la journée) l'administration des médicaments per os.
- Un autre applique souvent (24 fois) des crèmes, pommades, produits hydratants.
- 7 infirmiers trouvent essentiel de s'occuper du dossier (mais ne précisent pas l'activité) mais un infirmier dissèque et fait la différence entre lire les rapports du jour, de la nuit, la collecte des données auprès de la famille ainsi qu'observer et écrire les transmissions.
- Observer 20 fois sur la tournée et signaler que tout allait bien montre que même si la tournée s'est passée sans embûches, l'infirmier est resté attentif et vigilant.
- Un infirmier semble être submergé par des aides à la vie quotidienne et des problèmes liés à l'environnement.

Conclusion

Chaque infirmier, suivant sa personnalité, ses formations, ses compétences, ses spécialités apporte un regard différent sur les soins des patients.

B. Les thèmes et les variantes

B.1 « Communication/collaboration »

Thèmes	prestations	détails
Communiquer / collaborer	expressions	acteurs non précisés
	communiquer avec	patient - <i>s'informer auprès du patient</i>
		- <i>patient raconte</i>
		- <i>entretien avec patient</i>
		famille
		aide familiale
		garde malade
		assistante sociale
		kinésithérapeute
		médecin
	rendre visite	rendre visite au patient
		rendre visite à la famille
	téléphoner	au patient
		à la famille
		au médecin
		au kinésithérapeute
	à la coiffeuse	
	aux collègue(s)	
	au bureau / centre / chef	
Transmissions écrites	dossiers infirmiers, carnets de liaison,	au collègue infirmier et médecin

La communication est bien présente entre l'infirmier et le patient. Les occasions de communiquer avec lui sont nombreuses mais prennent peu de temps en général ou se font en prestant les activités manuelles et techniques. L'infirmier ne preste donc pas seulement un acte (injection) mais exerce également une action sur le bien-être psychique et physique, domaines qui ne seront pris en charge que par peu d'autres intervenants.

Les relations d'aide sont celles qui prennent le plus de temps tout comme les explications, les conseils et l'éducation du patient. L'infirmier communique avec le patient mais aussi dans une moindre mesure avec l'entourage, la famille et les autres intervenants (la garde malade, l'aide familiale, l'assistante sociale et le kinésithérapeute) même si l'entourage et certains prestataires ne sont pas présents 24h sur 24. Le médecin est rarement rencontré chez le patient et les rendez-vous sont difficiles à organiser.

Des visites non rémunérées sont faites aux patients, ce qui laisse préjuger de liens étroits entre soignants et patients.

Beaucoup d'appels téléphoniques sont donnés par l'infirmier aux médecins généralistes ou spécialistes, très peu à la famille (la famille étant parfois présente) et occasionnellement à divers intervenants comme fournisseurs, pompes funèbres, etc.

Pour 43 appels téléphoniques donnés, l'infirmier en reçoit 6 seulement dont la moitié de collègues. Peu d'infirmiers disent lire les transmissions, alors qu'ils signalent par contre les noter pour leurs collègues.

La communication orale chez le patient est pratiquée par une majorité d'infirmiers à des degrés différents et pour des raisons différentes. La pluridisciplinarité n'est pas mise en évidence.

Comparaison interindividuelle

Activités ²⁸	Réponses individuelles des infirmiers															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Communications orales chez le patient / total	26	3	20	0	13	12	6	14	5	5	12	35	43	3	13	32
Ecoute active, relation d'aide	2						2									15
Entretien, écoute / patient		3						13					16			7
S'informer auprès du patient												3				
Conseils, explications, informations			10									7	14			4
Education	8		1										1			2
Entretiens / famille		1									2					
Entretien/différents intervenants											8		10			
Transmissions, faire écrits / total	21	5	10	11	2	1	10	0	29	16	0	3	6	7	2	13
Transmissions / lecture						1			14							

B.2. « Observation/vérification/surveillance/prévention »

L'observation et la surveillance du patient et de son environnement peuvent se décliner de nombreuses manières mais toujours en lien avec le terme « prévention ».

Les infirmiers ont pensé à observer les patients, à les surveiller, à vérifier leur sécurité ou leur santé, à diagnostiquer (diagnostics infirmiers), à évaluer douleur ou traitement et à poser des actions préventives, notamment sur les téguments. Les paramètres même sans être reconnus par l'INAMI (comme la glycémie et la tension artérielle) sont nombreux à être demandés par les médecins. Ces activités sont une aide au diagnostic, parfois vitales dans le cas d'une dialyse, d'une hypoglycémie ou d'une personne sous alimentation parentérale et utiles pour la réduction des complications par la pratique de la prévention.

Comparaison interindividuelle

Activités ²⁹	Réponses individuelles des infirmiers															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Observation / prévention	9		1	4	2	9	1	4				36	2	3	7	2
Prévention infection		5														
Prise de paramètres	9	4	13	6	9	6	6	1	7	6		13	10	11	3	6

B.3. « Soins d'hygiène / toilette »

Même la toilette ne représente parfois qu'un lavage du dos, la toilette peut ne pas être rémunérée (laver le pied avant d'effectuer un pansement) ou être très complète avec une multitude de soins annexes.

Près de 40 expressions ont défini la toilette et font une distinction entre, par exemple, une toilette au lit ou à l'évier, entre une toilette simple ou celle d'une personne hémiplégique sous oxygène, entre une toilette d'un patient et celle d'un patient agressif ou raide. Les mesures de temps viennent confirmer ces différences ; 90 soins annexes, sans compter les gestions de médicaments et de l'environnement occupent le temps normalement prévu pour une toilette.

B.4. Traitements

a. Les injections

²⁸ Six infirmiers n'ont pas cité ces prestations

²⁹ Six infirmiers n'ont pas répondu à ces prestations.

Toutes les formes d'injections sont reprises dans la nomenclature INAMI et leurs identifications sont bien intégrées par les infirmiers. Les injections font partie des prestations fréquentes et sont effectuées quotidiennement par tous les infirmiers. Des prestations annexes aux injections comme l'observation des effets du traitement, l'éducation (liée par exemple à l'injection d'insuline), la gestion (préparations, vérifier le stock) et la surveillance ne sont pas citées par tous les infirmiers dénotant peut-être que certains infirmiers n'effectuent « que » l'injection tandis que d'autres s'intéressent aussi à l'état de santé ou la pathologie du patient ainsi qu'à la prévention.

b. Les soins de plaies

Ces prestations sont reprises dans la nomenclature et effectuées quotidiennement par tous les infirmiers. Les localisations des plaies et les types de plaies sont très variés.

c. Les autres prestations dites techniques dans la nomenclature INAMI

Les prestations infirmières autres que les toilettes, injections et soins de plaies sont en général des prestations reprises dans la nomenclature, comme par exemple celles citées dans le 24h recall :

- | | |
|--|--|
| - Application de pommades sous conditions INAMI | - Irrigation vaginale |
| - Application de collyre ou de pommade ophtalmique sous conditions INAMI | - Aspiration des voies respiratoires |
| - Les thérapies de compression sous conditions INAMI | - Evacuation manuelle de fécalome |
| - Sondage vésical | - Lavement |
| - Lavage de vessie | - Alimentation entérale |
| | - Perfusions intraveineuses ou sous-cutanées |
| | - Alimentation parentérale |

Une prestation non nomenclaturée par l'INAMI dite technique et reprise dans la liste d'actes infirmiers est rarement reprise dans le 24h recall. On cite la prise de sang et la dialyse péritonéale.

d. L'administration de médicaments autres que les injections

Ces prestations sont très présentes au cours des journées des infirmiers (gestion complète des médicaments, préparation de la prescription, administration plusieurs fois par jour). L'infirmier parle de responsabilité de l'acte, mais l'activité n'est pas reprise dans la nomenclature INAMI. Si le patient se charge seul de cette gestion, le risque d'erreurs de prise peut augmenter dangereusement dans certains cas. Dans d'autres cas, la compliance et l'efficacité du traitement peuvent être compromises.

B.5. « Travail administratif / transmission »

Le travail d'écriture se résume souvent aux transmissions et la tenue du dossier infirmier. D'autres activités administratives sont parfois citées en lien avec les mutualités. On se rappellera que les travaux de transmission ne sont pas toujours notés par tous les infirmiers.

Activités	Réponses individuelles des infirmiers															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Transmissions / écrits / total	21	5	10	11	2	1	10	0	29	16	0	3	6	7	2	13
Transmissions / lecture						1			14							

B.6. « Gestion de l'environnement, organisation et gardes »

Nous avons regroupé sous ce thème toutes les activités qui accompagnent les soins prescrits.

La gestion (commander un produit manquant, etc.) et l'organisation (choix du lieu de travail, etc.) font partie intégrante du travail de l'infirmier du domicile. Contrairement à l'hôpital où l'organisation des services et des prestations est standardisée, l'infirmier doit, à domicile, penser ses actes en fonction de ce qu'il rencontre et s'adapter.

Souvent l'entourage est absent et le patient est trop dépendant, aucune aide ne peut être attendue, ce qui justifie parfois les nombreuses interventions supplémentaires relevées dans le 24h recall (chauffer l'eau et la salle de bain, préparer le linge, nettoyer, ranger, vérifier le stock, déplacer du mobilier). Les activités qui ne sont pas reliées directement aux soins infirmiers (préparer le petit déjeuner) sont classées dans les « aides à la vie quotidienne ». La garde de nuit n'est citée qu'une fois. Le besoin est-il minime ou l'absence de financement peut-elle expliquer l'absence de prestation ?

B.7. « Aide à la vie quotidienne »

Ces aides sont nécessaires quand l'entourage est absent. L'infirmier est confronté à des prestations pour lesquelles il n'était pas appelé au départ. Le passage à différentes heures des intervenants (aide familiale, kinésithérapeutes, infirmiers, famille) permet de couvrir de nombreuses aides sur la journée mais rend plus difficile la communication entre intervenants.

B.8. « Gestion des problèmes et inconvénients »

Les problèmes rendent les prestations parfois complexes et sont toujours générateurs de temps.

C. Types d'activités et caractéristiques des infirmiers

On voit peu de différences dans le type d'activité suivant les caractéristiques des infirmiers. Que ce soit en ville ou à la campagne, que ce soit chez les indépendants ou les salariés, que ce soit chez les jeunes ou les plus âgés, les mêmes types d'activités sont relevés.

On remarquera cependant des différences entre les infirmiers, indépendamment du statut, de l'âge et de la région (la dialyse péritonéale, les soins palliatifs, les prises de sang ou l'alimentation parentérale).

Conclusion

Une diversité de prestations infirmières s'effectue à domicile, certaines sont clairement définies (injections et les pansements), d'autres ne sont pas organisées par l'INAMI (la prévention, la gestion de médicaments et les transmissions).

La diversité et le nombre des activités prestées témoignent d'une prise en charge globale des patients.

3.5.5 La fréquence des activités, soins, gestes dans le 24h recall

Au vu des actes³⁰, les infirmiers prennent en charge le patient de manière globale ou à l'acte. On observe cependant dans notre échantillon, quelques différences dans l'activité salariée. Les infirmiers salariés semblent soigner un peu plus de patients diabétiques et les indépendants un peu plus de soins de plaies. La tension artérielle semble prise plus souvent par les indépendants. (Peut-être disposent-ils du matériel contrairement aux salariés ?).

Infirmier n°	Nombre de Patients	Toilettes	Soins de plaies *	Injections	Techniques infirmières (prestées en général une fois par infirmier)	médicament	Pose de bas	Pose de bas	Gttes yeux	Tension artérielle	Contacts téléphones	Dossier
Infirmiers indépendants												
1	25	18	2	X	-	X	X			X	X	X

³⁰ Voir annexe N°5

2	6	1	3	X	Alimentation parentérale						X
3	29	12	12	X	Soins de cathéter, vidange d'une poche pancréatique	X	X	X	X	X	X
4	36	18	5	X	Soins de vulve, irrigation vésicale, plaie spécifique	X	X		X		X
5	20	8	3	X	Alimentation parentérale, soins d'une sonde gastrique, plaie spécifique, bilan hydrique	X	X	X			X
6	27	15	6	X	Prise de sang, perfusion / hypodermoclyse, drain de néphrostomie, soins de gastrostomie	X	X		X	X	X
7	32	9	12	X	Prise de sang, sondage vésical, irrigation vésicale, pompe à morphine	X		X	X	X	X
8	19	11	6	X	-				X	X	X
9	17	10	3	X	Sondage vésical	X		X			
Infirmiers salariés											
10	6	5	1	X	Alimentation parentérale, oxygénothérapie, perfusion /hypodermoclyse, garde de nuit	X			X	X	X
11	13	8	4	X	-	X					
12	19	7	5	X	Irrigation vaginale	X		X			X
13	22	6	2	X	-			X	X	X	
14	29	9	5	X	Alimentation entérale, sonde gastrique, sondage vésical, soins de trachéostomie, de stomie urinaire	X	X	X		X	X
15	32	8	9	X	-	X				X	X
16	24	10	6	X	Soins de cystostomie	X		X		X	
17	20	10	9	X	-	X		X			X
18	15	8	5	X	Alimentation entérale, sondage vésical, oxygénothérapie, aspiration trachéale	X	X			X	X
19	33	13	6	X	-	X	X		X		
20	11	9	3	X	Perfusion / hypodermoclyse	X		X	X		X
21	24	9	8	X	Placement d'un étui pénien	X	X		X	X	X
22	11	5	4	X	Dialyse péritonéale, soins d'une colostomie	X				X	X

31

Concernant les toilettes, les soins annexes sont notés par les infirmiers des deux statuts mais pas par tous. Les prestations dites plus techniques (alimentation parentérale, sondages vésicaux, plaies spécifiques, etc.) sont effectuées par les 2 statuts mais rarement (en moyenne: moins d'une fois par infirmer).

La fréquence des activités reprises dans le 24h recall confrontée à la nomenclature INAMI est détaillée dans le chapitre suivant.

³¹ Dans les soins de plaies cités ci-dessus ne sont pas compris (comme le comprend l'INAMI) les soins de stomies entérales, gastrostomies, urostomies et trachéostomies

3.5.6 Les prestations relevées dans le 24h recall figurant ou non dans la nomenclature INAMI

Il faut différencier les prestations qui sont réellement dans la nomenclature (relevées comme telles) et les réponses des infirmiers (citées comme telles)³².

Des 2385 activités, 656 sont reprises dans la nomenclature.

Thèmes	Prestations du 24h recall nomenclature INAMI	Prestations du 24h recall <u>clairement NON</u> Nomenclature INAMI	Prestations du 24h recall éventuellement nomenclature INAMI (nomencl. imprécise)
Communication		271	
Observation, prévention		184	
Soins d'hygiène	243		
Prestations complémentaires à la toilette			707
Injections	200		
Soins de plaies	141		
Autres prestations techniques INAMI	72		
Gestion médicaments		173	
Administration, transmission			153
Gestion, organisation		152	
Aide à la vie quotidienne		54	
Gestion des problèmes		35	
TOTAL	656	869	860

Tous les infirmiers ont effectué des prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature INAMI. Cette dernière ne donnant pas de détails sur les activités liées aux soins d'hygiène, une classification totale n'a pu être effectuée. Le tableau ci-dessous permet de comparer les différentes définitions des soins d'hygiènes (toilette), celle de l'INAMI, celle de la liste d'actes infirmiers de l'Arrêté Royal n°78 et les points de vue des infirmiers.

³² Les réponses des infirmiers sont reprises au point 6.5.8.

Liste des prestations techniques des soins infirmiers A.R.78	Prestations techniques des soins infirmiers INAMI / nomenclature	24h recall																								
Soins d'hygiène chez les patients souffrant d'AVQ	Conditions de dépendance (échelle d'évaluation KATZ)	<p>Différentes descriptions des soins d'hygiène suivant : le mode de description de l'infirmier et suivant la situation du patient</p> <p>Première forme de description :</p> <p>Toilette (aucune autre précision, l'observateur ne sait pas ce que l'infirmier a effectué dans le détail)</p>																								
Pas de texte relatif à la toilette	Ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient	<p>Deuxième forme de description :</p> <p>Toilette et soins annexes Prévention Mobilisation (l'observateur comprend que l'infirmier a eu une démarche de soins globaux * mais sans savoir quelles activités ont été réalisées avec précision)</p>																								
Prévention escarre Lavage nez, oreille, yeux Soins d'hygiène préparatoires à un examen	Pas d'autres précisions	<p>Troisième forme de description : addition de plusieurs activités précises (l'observateur a une description plus précise des activités effectuées)</p> <table border="1" data-bbox="708 1176 1472 1381"> <tr> <td data-bbox="708 1176 844 1381">Toilette a un patient Alzheimer</td> <td data-bbox="844 1176 998 1381">Toilette mortuaire</td> <td data-bbox="998 1176 1177 1381">Aide à la toilette</td> <td data-bbox="1177 1176 1339 1381">Toilette au lit (raideur)</td> <td data-bbox="1339 1176 1472 1381">Laver pied avant pansement/ non facturé</td> </tr> <tr> <td data-bbox="708 1381 844 1543">Bain de bouche</td> <td data-bbox="844 1381 998 1543">Raser, soins des ongles</td> <td data-bbox="998 1381 1177 1543">Déshabiller habiller</td> <td data-bbox="1177 1381 1339 1543">Pose de bas de compression</td> <td data-bbox="1339 1381 1472 1543">Mettre corset, chaussures spéciales</td> </tr> <tr> <td data-bbox="708 1543 844 1648">Ecoute active</td> <td data-bbox="844 1543 998 1648">Conseiller régime</td> <td data-bbox="998 1543 1177 1648">Soutien à la famille</td> <td data-bbox="1177 1543 1339 1648">Education à la santé</td> <td data-bbox="1339 1543 1472 1648">Soins des</td> </tr> <tr> <td data-bbox="708 1648 844 1776">Placer la panne, l'urinal</td> <td data-bbox="844 1648 998 1776">Attendre l'élimination</td> <td data-bbox="998 1648 1177 1776">Vider le sac à diurèse</td> <td data-bbox="1177 1648 1339 1776">Prendre la glycémie</td> <td data-bbox="1339 1648 1472 1776">cheveux Gouttes ophtalmiques</td> </tr> </table>					Toilette a un patient Alzheimer	Toilette mortuaire	Aide à la toilette	Toilette au lit (raideur)	Laver pied avant pansement/ non facturé	Bain de bouche	Raser, soins des ongles	Déshabiller habiller	Pose de bas de compression	Mettre corset, chaussures spéciales	Ecoute active	Conseiller régime	Soutien à la famille	Education à la santé	Soins des	Placer la panne, l'urinal	Attendre l'élimination	Vider le sac à diurèse	Prendre la glycémie	cheveux Gouttes ophtalmiques
Toilette a un patient Alzheimer	Toilette mortuaire	Aide à la toilette	Toilette au lit (raideur)	Laver pied avant pansement/ non facturé																						
Bain de bouche	Raser, soins des ongles	Déshabiller habiller	Pose de bas de compression	Mettre corset, chaussures spéciales																						
Ecoute active	Conseiller régime	Soutien à la famille	Education à la santé	Soins des																						
Placer la panne, l'urinal	Attendre l'élimination	Vider le sac à diurèse	Prendre la glycémie	cheveux Gouttes ophtalmiques																						
Pas d'autres précisions																										

	Surveillance du transit	Surveillance des urines	Surveillance d'une sonde	Prendre la tension artérielle	Désinfection de la sonde vésicale
	Placer un étui pénien	Evaluer la diurèse	Evaluer la douleur	Bilan hydrique	Peser
	Prévention d'escarre	Frictions, placer des mousses	Conduire au WC	Transferts lit, chaise, WC, lit	Aide au déplacement
	Préparer le pilulier	Donner les médicaments	Installer pour la nuit	Vérifier la sécurité	Transmission par téléphone

33

La fréquence des activités reprises ou non dans la nomenclature INAMI donne une idée de l'organisation officielle et non-officielle des soins à domicile.

Fréquence des activités	Prestations figurant dans la nomenclature INAMI	Prestations ne figurant pas dans la nomenclature INAMI
Les plus souvent citées:	- soins d'hygiène (toilette) - injections (sous-cutanées/intramusculaires) - soins de plaies simples et complexes	- <u>communication</u> (entretiens avec patient, entourage et autres intervenants) - <u>téléphoner</u> (principalement pour transmettre des informations) - <u>éduquer</u> (expliquer, informer, conseiller) - <u>observer</u> (surveiller, prendre des paramètres, actions préventives) - <u>prestations complémentaires</u> à la toilette (soins annexes, exemples: soins de bouche, de peau, prestations liées à l'habillement, l'élimination, la manutention et la mobilisation) - <u>gestion des médicaments</u> - <u>gestion de l'environnement</u> (préparer matériel, nettoyer)
Un peu moins fréquemment citées:	- poses de bas ou bandes de contention (mais pas financé si effectué avec autre soin) - collyres ophtalmiques (mais seulement financé 15 jours en post op) - pommades (objectif pas toujours précisé dans le 24h recall, on cite psoriasis, eczéma mais pas financés si effectué avec autre	- relation d'aide - aide à la vie quotidienne - problèmes et inconvénients (liés au patient et à l'environnement)

³³ *Moniteur belge*

« Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 44quater, inséré par l'arrêté royal du 8 juin 1983;...3°a) l'enseignement théorique se définit comme étant le volet de la formation en soins infirmiers où les candidats infirmiers acquièrent les **connaissances, la compréhension, les aptitudes et attitudes professionnelles nécessaires pour planifier, dispenser et évaluer les soins globaux de santé**. Cette formation est dispenséedans des écoles d'infirmiers..... ».

	soin)	
Plus rarement citées:	<ul style="list-style-type: none"> - soins de plaies spécifiques - sondage vésical - irrigation vaginale - irrigation vésicale - soins de vulve - aspiration des voies respiratoires - lavement - débouchage manuel - alimentation entérale - alimentation parentérale - (perfusion) hypodermoclyse - forfaits soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - réception d'appels téléphoniques - garde de nuit
Plus rarement citées voire pas du tout car imprécis dans le 24h recall:	<ul style="list-style-type: none"> - forfaits diabétiques 	
Prestations de la nomenclature absents du 24h recall:	<ul style="list-style-type: none"> - visite d'une infirmière relais pour des soins de plaies spécifiques - forfaits diabétiques (6 n° de nomenclature : dossier, éducation, accompagnement, ...) - les prestations en soins palliatifs (réunion de concertation, visite urgente, etc.) n'ayant que des pseudocodes 	

3.5.7 Les différents classements infirmiers

Le travail des infirmiers ne se limitant pas aux prestations reprises dans la nomenclature INAMI, leurs activités font-elles partie de leur profession d'infirmier ?

A l'avenir, les prestations nouvelles, plus techniques et plus complexes seront-elles aussi accompagnées de demandes annexes ? voire plus nombreuses ? La qualité des soins ne risque-t-elle pas d'en souffrir faute de temps ? Ce paramètre qualité lié au temps n'a-t-il pas une importance vitale quand il s'agit de patients plus fragiles ?

Résumé

Les activités des infirmiers figurant dans le 24h recall :

Sont, en partie seulement, reprises dans la nomenclature INAMI.

Celles n'étant pas dans la nomenclature INAMI le sont en partie dans la liste d'actes infirmiers (Arrêté royal n°78).

Celles n'étant pas dans la nomenclature INAMI ni dans la liste d'actes le sont en partie dans le NIC.*

Celles n'étant pas dans la nomenclature INAMI ni dans la liste d'actes, ni dans le NIC sont en partie repris dans les 14 besoins de Virginia Henderson.*

Pour les dernières activités non classées dans les 4 groupes cités ci-dessus et qui sortent de la sphère des activités spécifiquement infirmières, elles sont classées dans les aides à la vie quotidienne.

Observations supplémentaires

Les infirmiers notent que certaines activités sont reprises dans la nomenclature INAMI mais en réalité n'y figurent pas.

Les infirmiers notent que certaines activités ne sont pas reprises dans la nomenclature INAMI mais y figurent.

Certaines activités n'ont pas pu être classées

par absence de précisions des textes de la nomenclature INAMI.

par absence de précisions des réponses des infirmiers.

34

3.5.8 Les prestations citées comme étant ou non dans la nomenclature INAMI

A. Connaissances des infirmiers au sujet de la nomenclature

Les infirmiers notent que les actes demandés se retrouvent parfois totalement dans la liste des prestations de la nomenclature, parfois au contraire un grand nombre des activités effectuées ne sont pas rémunérées.

Ces deux versions correspondent à des points de vue différents des infirmiers :

- Un infirmier pense que dès qu'il s'agit d'un forfait, chaque activité prestée (nomenclature ou non) fait partie de ce forfait et est donc dans la nomenclature.
- D'autres infirmiers séparent les activités « clairement » citées dans la nomenclature et toutes les autres sont classées « non nomenclature ».
- Un infirmier salarié note que toutes les activités prestées (forfait ou non forfait) sont dans la nomenclature.

Exemples de prestations qu'un infirmier dit retrouver dans la nomenclature

Entretien avec le patient sur le diagnostic
 Suivi du diagnostic
 Entretien avec l'épouse du patient (relation d'aide)
 Entretien médecin pour avis point de vue évolution de la plaie
 Entretien sur l'éducation à l'autonomie pour le soir
 Entretien, conseils (hygiène, soins de peau)
Toilette³⁵
 Changement de linge
 Crème car risque d'escarre
 Téléphoner pour commander du matériel
 Glucotest
 Préparation des médicaments

B. Les différents types de prestations du 24h recall figurant ou non dans la nomenclature

Ci-dessous quelques exemples de prestations décrites par les infirmiers comme étant ou non dans la nomenclature. Pour comparaison, nous avons juxtaposé les données INAMI. Il est cependant difficile de classer toutes les prestations des infirmiers d'après les données INAMI, ces dernières manquant parfois de précisions.

Prestations relevées dans le 24h recall	La prestation est dans la nomenclature INAMI					
	Réponses des Infirmiers			Observations dans la nomenclature INAMI		
Communiquer avec le patient	oui	non			Non	
Communiquer avec le médecin (pour problèmes, transmissions, avis, etc.)	oui	non		oui diab ³⁶ oui sp ³⁷ oui sp	Non	
Communiquer avec la famille	oui	non		oui sp	Non	imprécis
Relation d'aide avec le patient et l'entourage	oui	non	néant	oui sp	Non	

³⁴ NIC : Nursing Interventions Classification

³⁵ Seule activité dont le vocabulaire est repris dans la nomenclature

³⁶ Oui diab = oui à condition de répondre aux critères de certains forfaits pour diabétiques

³⁷ Oui sp = oui à condition de répondre aux critères de certains forfaits soins palliatifs

Education du patient	oui	non	néant	oui diab.	Non	
Donner des conseils liés à la santé	oui	non	néant	oui diab.	Non	
Observer, vérifier les pieds	oui	non		oui diab.	Non	imprécis
Prise de la tension artérielle	oui	non	NSP		Non	imprécis pour sp
Surveillance des urines, de la diurèse	oui	non	NSP		Non	imprécis pour sp
Prise des paramètres (en lien avec dialyse péritonéale, alimentation parentérale)	oui	non		oui sp	Non	Imprécis
Bilan hydrique	oui			oui sp	Non	
Peser	oui	non		oui diab	Non	
Prévention des escarres		non			Non	Imprécis
Mettre Isobétadine entre les orteils		non			Non	Imprécis
Faire glycémie et évaluer	oui	non		oui diab	Non	Imprécis
Gestion échelle d'évaluation de la douleur		non		oui sp	Non	Imprécis
Vérifier installation et sécurité	oui	non			Non	Imprécis
Vérifier que le patient prenne ses médicaments, les prenne correctement		non			Non	
Vérification de la sonde gastrique			NSP		Non	
Vérification d'une sonde vésicale		non	NSP		Non	Imprécis
Cuisse gonflée, questionnement		non			Non	
Mettre une tenue stérile		non			Non	Imprécis
Prévention, lavage des mains		non	NSP		Non	Imprécis
Toilette	oui			oui cond ³⁸	non si hors conditions	
Toilette mortuaire		non			Non	
Soins annexes, raser, ongles	oui	non	NSP		Non	Imprécis
Laver les dents, bain de bouche	oui	non	NSP	oui sp	Non	Imprécis
Laver les cheveux	oui	non			Non	Imprécis
Déshabiller	oui	non			Non	imprécis
Habiller	oui	non	NSP		Non	imprécis
Placer une protection d'incontinence	oui	non			Non	imprécis
Vider le sac à diurèse		non			Non	imprécis
Vider la chaise percée, remonter à l'étage		non			Non	imprécis
Mise en place d'un étui pénien		non			Non	imprécis
Installer, enlever la panne, l'urinal	oui	non			Non	
Attendre la fin de l'élimination urinaire		non			Non	
Appliquer une crème, pommade	oui	non	NSP	oui cond	Non	imprécis
Talc, antimycosique dans les plis		non			Non	imprécis
Manutention , transfert du patient	oui	non	NSP		Non	imprécis
Installer sur une chaise percée	oui	non	NSP		Non	imprécis
Lever la personne	oui	non			Non	imprécis
Mettre dans une chaise roulante		non			Non	imprécis
Donner la canne, les lunettes, les béquilles pour le déplacement		non			Non	imprécis
Réinstaller dans le lit, redresser le patient	oui	non		oui		imprécis
Difficulté de mobilisation		non			Non	
Installer pour la nuit	oui	non			Non	
Aide au déplacement, aide pour se lever	oui	non			Non	
Utilisation d'un lève personne	oui	non			Non	
Traitement , injections	oui			oui		
Soins de plaies	oui			oui		

³⁸ *Oui cond.* = oui si le soin correspond à certaines conditions (ex : pas de cumul de soins, être en présence de psoriasis diagnostiqué médicalement, etc.)

Soins d'une stomie	oui			oui		
Evaluation de la plaie		non	néant	oui cx/spé	Non	
Irrigation vésicale	oui			oui		
Désinfection d'une sonde vésicale		non	NSP		Non	imprécis
Sondage vésical	oui			oui		
Irrigation vaginale	oui			oui		
Vidange d'une poche pancréatique		non			Non	
Alimentation entérale et parentérale	oui			oui		
Oter les fils	oui			oui		
Pansement de gastrostomie	oui			oui		
Changer la trousse d'alimentation entérale		non			Non	imprécis
Faire couler l'alimentation entérale		non		oui		imprécis
Changer l'aiguille, flapule /stylo d'insuline	oui	non			Non	imprécis
Aspiration trachéale	oui			oui		
Soins de trachéostomie	oui			oui		
Débouchage manuel	oui			oui		
Placer la minerve		non			Non	
Thérapie de compression	oui	non	NSP	oui cond.	Non	
Inventaire des médicaments, commande		non			Non	
Préparer un pilulier, médicaments	oui	non			Non	sp/pc
Donner les médicaments	oui	non			Non	
Administration d'un puff	oui				Non	
Gouttes auriculaires		non			Non	
Patch, suppositoire antidouleur, Nitroderm		non		oui sp	Non	imprécis
Gouttes ophtalmique		non		oui cond.	Non	
Administration, transmission, collecte des données	oui	non		oui sp oui diab	Non	imprécis
Rapport, transmission dans dossier	oui	non	néant NSP	oui sp oui diab oui spé.	Non	imprécis
Réclamer certificat médical, pré remplir		non			Non	
Dossier diabétique, conseils alimentaires	oui	non		oui diab	Non	
Gestion de l'environnement, préparer	oui	non	néant		Non	imprécis
Éliminer la protection d'incontinence		non			Non	imprécis
Ranger, préparer, gérer le matériel	oui	non	NSP		Non	imprécis
Commander le matériel	oui				Non	
Mettre en charge la voiture électrique		non			Non	
Aller chercher la chaise percée		non			Non	imprécis
Changer le lit avec le patient alité	oui	non			Non	imprécis
Aérer la chambre	oui	non			Non	
Nettoyer le matelas avec patient alité		non			Non	imprécis
Nettoyer la lunette à O ² , les lunettes	oui	non			Non	Imprécis
Recherche des trajets les plus rapides		non			Non	
Gardes de nuit		non		oui		sp/pc
AVQ donner à boire, à manger	oui	non	NSP		Non	
Préparer le café, le déjeuner	oui	non			Non	
Gestion des problèmes		non			Non	
Problème avec le drain de néphrostomie, téléphoner au médecin		non			Non	
Aller chercher la clé pour entrer		non			Non	
Attendre l'ascenseur qui n'arrive pas		non			Non	
Gérer un appareil auditif qui siffle		non			Non	
Insister pour que le patient se réveille		non			Non	

Les infirmiers ne présentent pas uniquement ce qui est noté dans la nomenclature, au contraire ils en débordent bien souvent, toujours dans les limites de leur liste d'actes.

Certaines prestations ne sont pas dans la nomenclature mais si elles n'étaient pas faites la sécurité du patient serait en jeu (glycémie), ou tout simplement l'infirmier ne pourrait effectuer la prestation pour laquelle il a été appelé (laver le pied avant le soin).

L'observation, la prévention, les diagnostics infirmiers (prestations citées), l'infirmier note que ce sont des initiatives propres (actes autonomes infirmiers). L'infirmier à domicile passe donc outre la nomenclature et son financement, certains infirmiers ayant clairement exprimé la « prise en charge globale du patient ».

C. Particularités et forfaits ³⁹

Concernant la question où les infirmiers devaient se prononcer si oui ou non l'activité faisait partie d'un forfait, les mêmes difficultés ont été rencontrées que pour les soins d'hygiène, les infirmiers ne sachant si oui ou non l'activité faisait partie de ce forfait. La complexité des textes INAMI a été critiquée par salariés et indépendants.

Différentes réponses :

- Le forfait = tous les actes ayant un n° de nomenclature.
- Le forfait = tous les actes ayant un n° de nomenclature en excluant ceux qui ne sont pas financés (pas cumulables).
- Le forfait = tous les actes ayant ou non un n° de nomenclature.
- forfait = toilette (ce qui n'est pas une toilette n'est pas un forfait).

Certaines prestations pour diabétiques ont été signalées comme étant des « forfaits diabétiques » cependant rien n'indique de quel forfait il s'agit (pas d'intitulé, ni d'activité signalée comme par exemple « éducation à l'autonomie »). Les forfaits « prestations techniques spécifiques INAMI » ont toujours été signalés correctement.

Hypothèses concernant les interprétations différentes des infirmiers :

- La nomenclature INAMI n'est pas ou peu connue par l'infirmier du domicile.
- Confusion des 2 classifications (nomenclature, liste d'actes).
- Confusion entre le terme « forfait » et « le patient a droit à toute prestation ».
- Confusion entre rôle infirmier et nomenclature.

Conclusion

Bien que la nomenclature INAMI soit incomplète et que, de ce fait, le temps presté ne soit pas toujours rémunéré, bien que l'infirmier ne connaisse pas toujours la nomenclature et ne soit pas habitué à effectuer certaines prestations dites plus techniques, il reste en général fidèle aux principes des soins infirmiers repris dans le nursing global, et répond ainsi au mieux aux besoins du patient lui permettant ainsi de rester à domicile.

3.5.9 Les prestations de la nomenclature INAMI absentes dans le 24h recall

Certaines prestations de la nomenclature ne sont pas ou peu évoquées dans le 24h recall, lors des interviews, certaines explications ont été données.

Prestation citées dans le 24h recall et qui se retrouvent dans la nomenclature INAMI officiellement (ordre et numérotation repris de la nomenclature)	Prestation de la nomenclature INAMI jamais citées dans le 24h recall

³⁹ L'honoraire forfaitaire est accordé par l'INAMI en une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond à certains critères (repris dans l'échelle de KATZ) ou répondant à la définition « patient palliatif », pour chaque forfait une toilette au moins par jour doit être effectuée (une exception en soins palliatifs). En général les infirmiers n'incluent pas les « forfaits prestations spécifique »s et les « forfaits diabétique »s dans le terme « forfait ».

	1. Prestation de base (1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème})
Soins d'hygiène (<u>toilettes</u>)	3. Administration de médicaments par voie <u>intraveineuse</u>
4. Administration de médicaments par voie <u>intramusculaire</u> , <u>sous-cutanée</u> ou <u>Hypodermique</u> 5. Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	6. Surveillance de plaie avec <u>pansement</u> bioactif
7. Application de <u>pommades</u> ou d'un produit médicamenteux 8. Application de collyre ou de pommade <u>ophtalmique</u> en phase postopératoire 9. Dans le cadre d'une thérapie de <u>compression</u> : application de bandage(s), pansement(s) de compression, application et /ou enlèvement de bas 10. Soins de <u>plaie(s) simple(s)</u> sauf 6-7-8-9 11. Soins de <u>plaie(s) complexe(s)</u> 12. Soins de <u>plaie(s) spécifique(s)</u>	13. Visite d'une infirmière <u>relais</u> pour des soins de plaie(s) spécifique(s)
14. <u>Sondage vésical</u> <u>Lavage de vessie</u>	14. <u>Instillation vésicale</u>
15. <u>Irrigation vaginale</u> <u>Aspiration des voies respiratoires</u> Soins aseptiques de <u>vulve</u>	
16. Evacuation manuelle de fécalome <u>Lavement</u> et/ou administration de solution médicamenteuse par sonde rectale Nutrition <u>entérale</u> via une sonde gastrique, une sonde de <u>gastrostomie</u> ou <u>d'entérostomie</u>	16. <u>Tubage et drainage</u> gastro-intestinal <u>Lavage intestinal</u>
PRESTATIONS techniques spécifiques de soins infirmiers 17. <u>Forfaits</u> mise en place + surveillance des <u>perfusions</u> intraveineuses ou sous-cutanées Administration + surveillance de l'alimentation <u>parentérale</u>	PRESTATIONS techniques spécifiques de soins infirmiers 17. Administration d'une dose d'entretien médicamenteuse via un <u>cathéter épidural</u> pour analgésie de longue durée 18. Remplacement de l' <u>héparjet</u> pour les cathéters à demeure (cathéter port et cathéter de Hickman)
	FORFAITS (prestations pour patients diabétiques) 19. <u>Dossier</u> infirmier et <u>concertation</u> avec le médecin traitant 20. <u>Education</u> individuelle aux soins autonomes par un infirmier relais en diabétologie 21. Présence infirmier <u>réfèrent</u> lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes 22. Education individuelle à la <u>compréhension</u> (explications pathologie) : infirmier relais ou réfèrent 23. <u>Suivi</u> du patient après éducation 24. <u>Suivi</u> pour l'accompagnement d'un

	patient non autonome (inf. Référent)
	<p>PSEUDO CODES / SOINS PALLIATIFS</p> <p>Visite urgente (non) planifiée, la journée, à la demande du patient</p> <p>Visite planifiée, la nuit</p> <p>Visite urgente (non planifiée), la nuit, à la demande du patient</p> <p>Préparation de médication</p> <p>Contact avec le praticien de référence.</p> <p>Réunion de concertation avec le médecin traitant</p> <p>Contact avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs</p> <p>Visite sans acte de la nomenclature</p> <p>Visite de min. 1 heure (uniquement en cas d'attestation du forfait PN)</p>

Explications :

- Méconnaissance de la nomenclature.
- La lecture de la nomenclature est compliquée et les codes donc pas utilisés.
- Pas motivé à lire des règlements qui accompagnent les nouveaux codes INAMI.
- Les conditions INAMI qui les accompagnent sont trop lourdes.
- Ces codes entraînent plus de contraintes et une diminution de la rémunération vu le temps que demande les conditions.
- Peur de ne pas bien comprendre les textes et d'être pénalisés lors d'un contrôle.

Hypothèses :

- Les pseudocodes sont ignorés car vu comme une charge non rémunératrice.
- L'infirmier à domicile isolé, ayant peu de temps pour se former, habitant loin des écoles est moins au courant des nouveautés.
- L'infirmier n'a pas toujours l'envie de sortir des habitudes, d'autant plus que la durée de sa carrière est longue.
- L'infirmier débordé de travail est moins motivé par les nouveautés.
- L'infirmier débordé de travail est moins préoccupé par la concurrence et éprouve moins le besoin de changer.

Exemples de certaines prestations non évoquées« Prestation de base »

Prestation qui peut être cumulée à la presque totalité des prestations de la nomenclature, une seule fois par visite. Elle comprend l'observation globale du patient, le planning, l'évaluation des soins, l'accompagnement sanitaire du patient et de son entourage, les déplacements ainsi que la tenue du dossier. Cette prestation n'est jamais citée dans le 24h recall des 22 infirmiers.

Hypothèses :

- la définition n'étant reprise que dans les pages annexes, « prestation de base » ne symbolise pas à lui seul les activités qu'il est sensé représenter.
- définition connue mais pas appliquée.
- définition connue mais pas appliquée par manque de temps et de financement.

« Visite infirmière relais en soins de plaies », prestation jamais citée*Hypothèses d'après les interviews*

- prestation trop nouvelle, méconnue.
- conditions fastidieuses à la compréhension et à l'application.

« Forfaits diabétiques »

La « glycémie » n'est reprise « que » dans un forfait diabétique dans le cadre d'une éducation à l'autonomie. Cette prestation est citée par les infirmiers comme n'étant pas dans la nomenclature.

L'expression « Forfait diabétique » est citée quelquefois dans les 24h recall, mais l'infirmier ne précise pas de quel forfait il s'agit. Quand on observe le temps consacré pour cet acte on peut supposer que :

- la prestation « forfait diabétique » citée est celle qui fait référence au « suivi pour l'accompagnement d'un patient non autonome » (0,27 euros).
- les forfaits diabétiques sont mal connus.
- le terme « diabétique » est confondu avec « forfait diabétique ».
- les forfaits pour diabétiques sont nouveaux, fastidieux à l'application, exigent du temps pour la prise de connaissance des règles, pour la réalisation du dossier, la collaboration avec le médecin et le temps d'éducation avec le patient.

« Des prestations techniques, dites parfois spécifiques » ne sont pas évoquées.

Hypothèses :

- ces soins sont peu pratiqués à domicile (injection intraveineuse, tubage et drainage gastro-intestinal, lavage intestinal, remplacement de l'héparjet, administration médicamenteuse via un cathéter épidural).
- ces soins sont effectués mais pas identifiés.
- Alors que l'INAMI impose le dossier infirmier dans ses textes, les infirmiers réclament que le dossier figure dans la nomenclature.
- *Hypothèses :*
- les infirmiers ignorent le texte.
- ils n'acceptent pas la situation actuelle et demandent qu'un n° de nomenclature spécial soit attribué au dossier. Un infirmier fait référence au médecin généraliste qui reçoit un financement pour la constitution du dossier.

3.5.10 Les prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature INAMI, mais qui sont reprises dans la liste d'actes infirmiers (Arrêté Royal n°78)

Malgré l'absence de nomenclature, les infirmiers ne sortent pas du cadre de la légalité. Parfois, la liste d'actes de ne reprend pas toutes les activités dites « infirmières ». Cependant la définition de « l'exercice de l'art infirmier » reprend la totalité des thèmes évoqués dans le 24h recall (voir plus loin la démonstration).

Prestations relevées dans le 24h recall	INAMI	LISTE D'ACTES
	Est dans la nomenclature INAMI	Est dans l'Arrêté Royal n°78
Communication , écoute active	oui sp ⁴⁰	-
Communication avec le patient	oui sp	-

⁴⁰ *Oui sp = oui à condition de répondre aux critères de certains forfaits soins palliatifs.*

Discussion avec famille	oui sp	-
Discuter avec la famille car état général de la patiente diminuée - donner conseils pour le futur ⁴¹	oui sp	oui (accompagnement sanitaire de l'entourage)
Parler avec la maman car tracassée	oui sp	-
Sonner centre de coordination pour aide à domicile	non	oui (planification)
Téléphoner médecin traitant	oui sp	-
Prendre rendez-vous chez diabétologue	non	oui (planification)
Donner instructions à la dame qui garde le patient en journée	non	Oui
Téléphone au fournisseur de bombonnes à d'O ₂ car problème	non	Oui
Eduquer au branchement de l'alimentation entérale	non	-
Education	oui diab ⁴²	-
Conseils diététiques	oui diab	-
Conseiller (autre bandage de compression)	non	-
Prévention escarres	non	oui (sécurité physique, prévention escarres, liste B1)
Prévention chutes (barres)	non	oui (sécurité physique)
Vérification sonde gastrique	non	oui (sécurité physique, surveillance, liste B1)
Réajuster des protections de mousse sur les barreaux	non	oui (sécurité physique, surveillance, liste B1)
Vérification sonde vésicale	non	oui (sécurité physique, surveillance, liste B1)
Mesures des paramètres (tension, glycémie, etc.)	non	oui (mesures de paramètres, liste B1)
Interprétation de la tension, de la glycémie	non	oui (actes médicaux confiés, liste C)
Lavage des mains, habillage stérile de l'infirmière (charlotte, masque, tablier, gants)	non	oui (sécurité physique, prévention infections, liste B1)
Toilette	oui	oui (si dysfonction AVQ)
Laver les pieds avant soins de plaies	non	oui (hygiène préparatoire à un traitement, liste B1)
Bain de bouche, laver les dents	oui sp	-
Lavage de cheveux	Oui ? non ?	-
Changer le linge (incontinence)	non	-
Aider au déplacement	non	oui (mobilisation + sécurité physique, liste B1)
Mise sur chaise percée - installer - conduire au fauteuil	Oui ? non ?	oui (mobilisation, liste B1)
Mobilisation, installation, surveillance	Oui ? non ?	oui (mobilisation, liste B1)

⁴¹ La liste d'actes parle d' « accompagnement sanitaire de l'entourage » uniquement. Nous comprenons que cet accompagnement est davantage lié à l'hygiène.

⁴² Oui diab. = oui à condition de répondre aux critères de certains forfaits pour diabétiques

Traitements, injections	oui	Oui
Pansement gastrostomie	oui	oui (soins aux stomies)
Mise de bas de contention	oui cond. ⁴³	Oui
Collyres ophtalmiques	oui cond.	Oui (administration de médication, liste B2)
Désinfection sonde vésicale - vider sac diurèse	Non	oui (système urogénital, liste B1 ⁴⁴)
Changer aiguilles, cartouche stylo à insuline	Non	-
Placer la minerve	Non	-
Préparation d'un pilulier, administration de médicaments	Non	Oui
Donner médicaments per os	non	Oui
Aspiration des voies respiratoires	Oui	Oui
Administration d'oxygène	Non	oui (système respiratoire, liste B2 38 ou 37)
Prise de sang	Non	Oui
Irrigation vaginale	Oui	Oui
Lavement	Oui	Oui
Dialyse péritonéale	Non	oui (métabolisme, liste B2)
Bilan hydrique, donner à boire en fonction	Non	oui (métabolisme, liste B2 + alimentation et hydratation, liste 1)
Application d'un patch médicamenteux	Non	oui (médication par voie percutanée, liste B2)
Gouttes auriculaires	Non	Oui
Transmissions, collègues, médecin traitant	Non	-
Rapport quotidien - dossier infirmier	Oui	Oui
Gestion, préparation du matériel, ranger	Non	-
Réfection du lit - remonter le volet de la chambre - aérer	Non	-
Stériliser	Non	oui (techniques particulières, liste B1)
Programmer l'hospitalisation de journée + organisation + sonner ambulance + prévenir fille	Non	oui (planification)
AVQ, préparation et installation du petit déjeuner	Non	-
Gestion des problèmes - Les appareils auditifs du patient sifflent. Le patient ne sait pas les éteindre	Non	oui (accompagnement sanitaire du patient)
Aller chercher clef pour entrer chez patient	Non	-
Prise en charge d'un patient en soins palliatifs – toilette- rappel à 21 h pour administrer un antidouleur - bain de bouche - friction	oui sp	-

⁴³ *Oui cond. = oui si le soin correspond à certaines conditions (ex : pas de cumul de soins, être en présence de Psoriasis diagnostiqué médicalement, etc.)*

⁴⁴ *Liste B1 ne nécessite pas de prescription médicale, B2 requière une prescription médicale.*

Les prestations infirmières du 24h recall entrent dans la définition de l'exercice de l'art infirmier tel que décrit dans l'Arrêté Royal n°78

ARRETE ROYAL	GRANDS THEMES du 24h recall
<p>Art. 21quinquies de l'A.R. n°78 §1^{er}. On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :</p>	
<p>a) <u>observer</u>, <u>identifier</u> et <u>établir l'état de santé</u> sur les plans <u>psychique</u>, <u>physique</u> et <u>social</u> ;</p>	<p>Communiquer/collaborer dont s'informer, écouter Observation, vérification, surveillance, diagnostic infirmier, évaluation, prévention et <u>aide au diagnostic médical</u>: prise de paramètres (glycémie, température, tension artérielle, pulsation, peser, diurèse, bilan hydrique, paramètres spécifiques à la dialyse et l'alimentation parentérale) Travail d'écriture dont collecte des données</p>
<p>définir les problèmes en matière de soins infirmiers</p>	<p>Observation, diagnostic infirmier, évaluation, prévention Gestion des problèmes et inconvénients</p>
<p>collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'<u>exécution</u> du traitement prescrit ;</p>	<p>Communiquer/collaborer : - avec les différents intervenants - en face-à-face, par téléphone ou par écrit - pour transmettre Observation dont évaluation du traitement et <u>aide au diagnostic médical</u>: prise de paramètres (glycémie, température, tension artérielle, pulsation, peser, diurèse, bilan hydrique, paramètres spécifiques à la dialyse et l'alimentation parentérale) Travail d'écriture dont collecte des données Traitements, effectuer les traitements prescrits</p>
<p>informer et conseiller le patient et sa famille ;</p>	<p>Communiquer : - avec le patient et l'entourage - en face-à-face ou par téléphone - pour transmettre, expliquer, conseiller, éduquer, accompagner, aider</p>
<p>assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;</p>	<p>Communiquer/collaborer Observation, vérification, surveillance, diagnostic infirmier, évaluation, prévention Traitements prescrits ainsi que - aide, éducation au soin - aides à la vie quotidienne - gérer les problèmes Travail d'écriture dont transmissions</p>

<p>assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;</p>	<p>Soins palliatifs (voir forfait palliatif) Communiquer/collaborer Observation, vérification, surveillance, diagnostic infirmier, évaluation, prévention Soins d'hygiène et soins annexes Traitements Travail d'écriture dont transmissions Gestion de l'environnement, organisation, gardes de nuit Aides à la vie quotidienne Gestion des problèmes</p>
<p>b) les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent <u>pas de prescription médicales</u> ainsi que celles pour lesquelles elle est <u>nécessaire</u>; ces prestations peuvent être liées à <u>l'établissement du diagnostic</u> par le médecin, <u>à l'exécution d'un traitement</u> prescrit par le médecin ou à des mesures relevant de la <u>médecine préventive</u> ;</p>	<p>Observation, vérification, surveillance, diagnostic infirmier, évaluation, prévention et <u>aide au diagnostic médical</u>: prise de paramètres (glycémie, température, tension artérielle, pulsation, peser, diurèse, bilan hydrique, paramètres spécifiques à la dialyse et l'alimentation parentérale) Soins d'hygiène, toilette, soins annexes Gestion de l'environnement, organisation Traitements prescrits: - gestion, préparation, administration. - voies: per os, respiratoire, rectale, oculaire, auriculaire, transcutanée, topiques - injections - soins de plaies/pansements - autres techniques infirmières liées à l'appareil urinaire, digestif, respiratoire, circulatoire et à la bandagisterie</p>
<p>c) les actes pouvant être confiés par un médecin conformément à l'article 5, § 1^{er}, alinéas 2 et 3. § 2. Les prestations de soins infirmiers, tels que visés au § 1^{er}, a), b), c), sont consignés dans un <u>dossier infirmier</u>.</p>	<p>Travail d'écriture, dossier infirmier</p>

3.5.11 Les prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature INAMI, ni dans la liste d'actes (A.R.) mais qui sont reprises dans la NIC⁴⁵

Certaines prestations de la liste NIC ne sont absolument pas évoquées dans la liste d'actes (comme l'éducation au patient), d'autres par contre sont reprises dans la liste d'actes mais sous un terme général, la NIC étant plus nuancée*.

<p>24h RECALL <i>Ex. Prestations du 24h recall qui se retrouvent dans le NIC</i></p>	<p>INTITULE NIC</p>
<p>Communiquer avec famille car état général de patient diminue</p>	<p>Soutien à un aidant naturel</p>
<p>Rendez-vous avec le médecin chez le patient</p>	<p>Echange d'information relative aux soins</p>

⁴⁵ Nursing interventions classification

	de santé (*)
Ecoute active	Ecoute active
Chercher à résoudre problème d'inquiétude	Diminution de l'anxiété
Rassurer la fille	Amélioration du sentiment de sécurité
Accompagnement suite décès	Aide au travail de deuil
Soutien à la famille	Soutien à un aidant naturel
Informar, expliquer l'avis du médecin/évolution de la plaie	Enseignement: processus de la maladie
Reprise Sintrom	Education: médication
Education du patient	Education à la santé
Education du patient à l'injection d'insuline	Education: médication prescrite
Donner à boire et à manger	Surveillance de l'état nutritionnel (*)
Conseils pour réduire diarrhée	Traitement de la diarrhée
Conseils minceur	Aide à la perte de poids
Conseil au fumeur	Aide au sevrage tabagique
Conseils pour éviter fuites de poche de stomie	Soins d'une stomie (*)
Toilette/laver - patient en soins palliatifs	Soins à un mourant
Bain	Bain
Toilette au lit	Soins à un patient alité (+ toilette) (*)
Toilette d'une personne Alzheimer	Conduite à tenir face à une démence
Toilette des pieds/bain de pieds	Soins des pieds (*)
Toilette mortuaire/préparation du corps	Soins post mortem
Aider à faire la toilette (à l'évier)	Aide aux soins personnels: bain et soins d'hygiène
Dents/laver dents	Hygiène buccodentaire (*)
Laver dentier	Entretien d'une prothèse
Oreille/laver/soins	Soins des oreilles (*)
Cheveux, peigner, coiffer	Soins des cheveux (*)
Ongles/nettoyer/soins/couper	Soins des ongles
Friction	Stimulation cutanée
Massage jambes (huile d'amandes douces)	Massage
Habiller	Habillage
Aider à se déshabiller	Aide aux soins personnels: habillage et mise personnelle
Déodorant/parfum	Amélioration de l'image corporelle
Changer une protection, linge car incontinence	Aide aux soins personnels: fonction d'élimination
Manutention	Enseignement des règles de la mécanique corporelle
Mobilisation avec difficultés	Contraintes physiques
Installer au fauteuil, chaise roulante	Positionnement en fauteuil roulant (*)
Remonter dans le lit, mettre coussins sous les coudes	Limitation des pressions sur le corps (*)
Vérifier sécurité	Aménagement du milieu ambiant: sécurité (*)
Surveillance pieds	Soins des pieds / surveillance de l'état de la peau (*)
Surveillance prise de Sintrom	Education médication prescrite/ gestion médic.
Evaluer œdème	Prévention des troubles circulatoires locaux
Du traitement	Evaluation d'un produit

Mesure des paramètres, dossier infirmier	Surveillance des signes vitaux (*)
Mise en place d'échelle d'évaluation de la douleur + expliquer à famille comment évaluer médication	Conduite à tenir devant la douleur
Préparer médicaments	Gestion de la médication (*)
Traitement ophtalmique	Soins des yeux
Oeil/yeux (nettoyer, goutte(s), collyre(s), onguent(s))	Soins buccodentaires
Préparer matériel	Gestion de l'équipement technique
Mise en place d'une atèle sur le genou	Pose d'une atèle
Préparer matériel de soin dans ma valise	Gestion de l'équipement technique
Matériel chez le patient	Gestion du matériel
Mettre couverture, aérer	Régulation de la température
Ranger tout	Aménagement du milieu ambiant: bien-être
Préparer eau/lait	Aides aux soins personnels: alimentation

3.5.12 Les prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature INAMI mais qui sont reprises dans les 14 besoins de V. Henderson

Certaines prestations comme le « besoin de se recréer » sont classées dans les 14 besoins. D'autres activités prestées sortent du cadre officiel des prestations infirmières, comme « sortir le chien, s'occuper du courrier, faire les courses ou changer une ampoule », elles sont pourtant effectuées par les infirmiers. Plusieurs infirmiers en ont citées, que ce soit en milieu rural ou urbain, que le soignant soit salarié ou indépendant.

Certaines activités sont à certains moments réalisées par des aides familiales ou par l'entourage et sont alors considérées comme des « aides à la vie quotidienne - AVQ ». Parfois, ce rôle revient à l'infirmier.

Hypothèses :

- Ces activités sont incontournables au bien-être du patient.
- Ces activités répondent aux 14 besoins.
- La dépendance est telle que les heures d'aides familiales ne suffisent pas.
- La situation financière du patient ne permet pas d'augmenter le temps de prestations d'aides familiales.

14 BESOINS de Virginia Henderson	Pour répondre aux 14 besoins Dans le 24h recall on observe que l'infirmier à effectué
De respirer	(activité reconnue dans la liste d'actes)
De boire et de manger	A donné des conseils nutritionnels L'infirmier a préparé repas (Alimenter et hydrater par voie entérale est dans la liste d'actes)
D'éliminer	L'infirmier a vidé le sac à diurèse, vidé la chaise percée Il a donné des conseils pour réduire la diarrhée
De se mouvoir et maintenir une bonne posture	(mobilisation est dans la liste d'actes)
De dormir et se reposer	L'infirmier a baissé les volets, a installé pour la nuit
De se vêtir et se dévêtir	L'infirmier a habillé et déshabillé
De maintenir la température du corps dans les limites de la normale	L'infirmier a aéré, protégé du soleil, levé les stores, placé une moustiquaire
D'être propre et soigné et protéger ses téguments	L'infirmier a réalisé les soins annexes à la toilette, jeté la protection

	d'incontinence, a donné des conseils pour éviter les fuites de la poche d'urostomie (accompagnement sanitaire du patient est dans la liste d'actes)
D'éviter les dangers	L'infirmier a évité les dangers, a vérifié la sécurité, a accompagné (deuil), écouté, rassuré, a surveillé la douleur, la température, a surveillé la prise de médication, a préparé le pilulier, a expliqué la prise du médicament, a expliqué les remèdes à l'hypoglycémie, a respecté les mesure de stérilité, a téléphoné au médecin, collègues, intervenants, famille pour informer d'un problème (sécurité physique - prévention escarres, infections et lésions-surveillance - est reprise dans la liste d'actes)
De communiquer avec ses semblables	L'infirmier a écouté, a effectué des entretiens avec le patient, a appliqué une relation d'aide
D'agir selon ses croyances et ses valeurs	Pas d'activités relevées dans le 24h recall.
De s'occuper en vue de se réaliser	L'infirmier a parfumé, mis les bijoux, fait la coiffure
De se recréer	L'infirmier a aidé à jouer à un jeu télévisé, allumé la télévision, parlé de jardinage, a lu la rubrique nécrologique du journal, s'est occupé du chien
D'apprendre	L'infirmier a répondu aux questions, éduqué, informé

3.6 Compléments d'informations sur le 24h recall

3.6.1 Prestations techniques

Pour définir une prestation technique, les infirmiers citent avant tout un « savoir-faire », lequel va souvent de pair avec un « savoir » lié à la formation, l'apprentissage de règles, un savoir parfois spécifique et une formation continuée comme par des informations. L'infirmier note aussi la présence du patient et un travail intellectuel illustré par le savoir-observer, savoir-évaluer, interpréter et savoir adapter un traitement. La présence de matériel et d'appareillage est aussi cité mais moins que lors des interviews. Les infirmiers citent aussi la nomenclature mais font une différence avec la liste d'actes. Ils ajoutent que la prestation est également technique parce qu'elle s'accompagne d'éducation au patient, de manutention, de prévention et qu'elle est importante pour le patient.

Dimensions mises en évidence dans les définitions	Infirmiers 24h recall	Infirmiers interviews	Spécialistes interviews
Appareillage, matériel	6	7	5
Connaissances, savoirs spécifiques	8	5	0
Formations, apprentissage et informations	8	8	1
Nomenclature ou pas	3	5	0
Savoir-faire	20	6	4
Dans la liste d'actes infirmiers	4		
Procédure	9		

Observer, réflexion, évaluer, savoir adapter le traitement	9
Acte posé sur le patient	8
Prévention	6
Important pour le patient, obligatoire	5
Eduquer, conseiller	5
Nécessite de la manutention	5

3.6.2 Exemples de prestations techniques

Toutes les prestations citées dans le 24h recall sont vues comme techniques par l'un ou par l'autre infirmier, tous les thèmes sont représentés.

Prestations	Justifications
Communication	connaissances médicales
Education	savoir techniques, médical
Observation, prévention	risques (infection, chute, plaies,...)
Prise de paramètres	savoir, savoir faire, raisonnement
Soins d'hygiène (toilette)	savoir, savoir faire et savoir être matériel médical, manutention, problème de santé, procédure, observation, soins annexes, prestations supplémentaires non financées,
Injection	savoir, savoir faire, matériel, surveillance, conseil
Soins de plaies	savoir, savoir faire, éducation, conseils, évaluation, initiative, surveillance, risques, procédure
Alimentation parentérale, entérale, sondage vésical, irrigation vésicale, ...	savoir, savoir faire, stérilité, risque
Gestion des médicaments	savoir, savoir faire (gastrostomie, puff), procédure, évaluer, initiative, conseiller, éduquer, surveiller, responsabilité
Transmissions	savoir, savoir faire, important
Gestion de l'environnement	savoir, savoir faire, organisation, hygiène, stérilité, procédure, important
Aide à la vie quotidienne	savoir faire, besoin de bien être
Gestion des problèmes	savoir, savoir faire, savoir être

On remarque que certaines prestations comme la dialyse péritonéale ne font pas partie des prestations techniques car elles n'ont pas été analysées lors de l'interview, la liste ci-dessus n'étant donc pas exhaustive.

Le milieu d'activité n'influence pas nettement le type de prestation. On observe des soins palliatifs, des alimentations parentérales dans tous les milieux. Ce serait plutôt le type de soignant ou d'organisation qui influencerait le type de prestations, certains effectuant davantage de soins de plaies, d'autres davantage de soins palliatifs, d'autres de prestations techniques différentes, d'autres de l'éducation au patient et d'autres davantage de soins d'hygiène.

L'infirmier habitué aux prestations plus techniques qualifie moins ses prestations comme techniques, il en cite moins contrairement à ses collègues. En d'autres termes, un infirmier non expérimenté verra ses prestations plus vite comme « techniques » avec un besoin de savoir et de savoir faire et demandera davantage de formations pour les nouvelles prestations. Alors que l'infirmier expérimenté dit déjà avoir le savoir et le savoir faire mais ajoute aussi que son travail exige un professionnalisme, des compétences et une formation continuée. Tous les infirmiers

en moyenne parlent d'une prise en charge globale et d'une compétence infirmière ce qui peut expliquer que tous les thèmes se retrouvent dans les prestations techniques.

3.6.3 Les prestations complexes

Les infirmiers relèvent que les prestations sont complexes lorsqu'elles additionnent les problèmes de santé, les difficultés, les risques, les transmissions, les problèmes liés au patient, au prescripteur, à la technique et à l'environnement et qu'en plus elles nécessitent des compétences, une responsabilité et des connaissances spécifiques. Le fait que l'infirmier ne puisse être présent 24h sur 24h est une difficulté citée ainsi que le temps augmenté pour ces prestations.

La prestation complexe est donc souvent une prestation qui englobe une prise en charge globale du patient.

Dimensions mises en évidence	24h recall	infirmiers	spécialistes
Plus de temps	4	3	2
Plus de matériel	0	2	0
Recueil d'informations au préalable	1	3	0
Savoirs, connaissances spécifiques	9	4	0
Savoir-faire, compétences et règles de l'art	9	3	0
Globalité = plusieurs actes, problèmes, conditions, pathologies ou spécialités	9	10	5
Patient = âgé, jeune, fragile, anxieux, vit seul, peur, lourd, obèse, agressif, sale, non compliant, pas de prise ergonomiques, incontinent, communication difficile	10		
Risques = infection, chute, vital, plaie	8		
Responsabilité, initiative, réflexion, surveillance	8		
Education	4		
Plus de transmissions	5		
Infirmier pas présent 24h sur 24h	3		
Entourage s'épuise, environnement difficile	4		
Evolution imprévisible de l'état de santé	2		
Evolution des techniques, prescripteurs différents	1		
Savoir être	2		
Absence d'aide du médecin	1		
Chronicité des problèmes	1		
Heure de passage à respecter	1		
Nécessite formation pour nouveaux infirmiers, fait peur aux collègues	2		
Soin non financé	1		

3.6.4 Exemples de prestations complexes

Prestations	Justifications
Communication	plus d'intervenants, causes plus nombreuses
Education	difficulté de communication
Observation, prévention	problèmes, risques, diabète instable, infirmier pas présent 24h sur 24h

Prise paramètres	problèmes, initiatives
Soins d'hygiène (toilette)	problèmes liés au patient, environnement, au problème de santé, demande temps, nombre d'activités, présence de matériel médical, manutention, observation, soins annexes, prestations supplémentaires non financées,
Injection	changement de dose, problèmes, maigreur, entourage
Soins de plaies	sexe de l'infirmier, patient diabétique, mauvais état de santé, évaluation, douleur, infection, complication, stérilité, risques, surveillance, chronicité, imprévisibilité, débrider, produits nombreux, prescripteurs différents, procédure longue
Alimentation parentérale, sondage vésical, irrigation vésicale, ...	infirmier pas présent 24h sur 24h, risques d'infection, vital, plusieurs activités en même temps, concentration
Gestion des médicaments	nombre de médicaments, temps, soins palliatifs, infirmier pas présent 24h sur 24h, environnement, éduquer, surveiller, responsabilité
Transmissions	important, temps
Gestion de l'environnement	lié au patient et l'environnement

3.6.5 Les prestations qui sont à la fois techniques et complexes

Dans l'ensemble toutes les prestations techniques peuvent devenir complexes.

3.6.6. L'infirmier a-t-il fait appel à d'autres disciplines

	kinésithérapeute	Médecin traitant	famille (conjoint +)	aide familiale	aide ménagère	voisin	garde malade	pédicure	collègue équipe	stagiaire	seconde ligne	assistante sociale	coordination	firmes bandagiste	pharmacien	formateur	enseignement	hôpital
Interview																		
indépendant	7	7	8	5	5													
salarié	11	11	10	1	6													
24 h recall																		
Période de la collaboration																		
aidant pendant la présence de l'infirmier chez le patient	0	+	++++ +	+	0	+	+	+	0	+	0	0	0	0	0	0	0	0
aidant par téléphone ou en dehors du domicile du patient	+	++ +	0	0	0	0	0	0	+++	0	++	+	+	++	++++ +	+	+	+

Lors des interviews, un certain nombre d'intervenants ont été cités, intervenants qui entrent en contact avec le patient. Cependant, au vu des observations du 24h recall, les chiffres diffèrent car ces intervenants n'entrent pas spécialement en contact avec l'infirmier et ne collaborent donc pas spécialement avec lui ou ne lui donnent pas une aide particulière. Lors des interviews, les infirmiers disaient parfois ne pas avoir de problème de collaboration avec les autres intervenants, une des explications ne résiderait-elle pas dans le fait que les différents intervenants ne se voient pas ou ne font pas de prestation en commun ? Lors des interviews les indépendants ont moins cité les autres intervenants. Effectueraient-ils eux-mêmes les aides à la vie quotidienne ?

Une aide peut être donnée chez le patient ou en dehors de chez lui. Elle peut être physique ou se faire par téléphone. Collaboration et aide se confondent pour aboutir au même objectif, celui d'améliorer les soins au patient.

3.6.7 Le temps minimum et maximum pour les prestations décrites

Le type de prestation seul n'est pas responsable du temps presté chez le patient, la pathologie, le patient et l'environnement entrent aussi en ligne de compte.

3.6.8 L'auteur de la demande de la prestation

Alors que l'infirmier respecte les prescriptions médicales et n'effectue aucune injection, aucun soin de plaie, aucune prestation technique spécifique sans l'autorisation du médecin, il prend par contre beaucoup d'initiatives personnelles en ce qui concerne les préventions, observations, prises de paramètres, les traitements non remboursés comme la gestion des médicaments ou les gouttes ophtalmiques, la communication, l'éducation, l'aide à la vie quotidienne et la relation d'aide.

3.6.9 Moyens de communication

Les moyens cités dans le 24h recall sont essentiellement le téléphone et le dossier pour le médecin et les collègues et le face à face pour la famille et le patient. Parfois le médecin traitant est rencontré chez le patient, la communication se faisant alors en direct.

Les autres intervenants sont contactés par téléphone, seuls les aides familiales et gardes malades échangent en face à face avec l'infirmier s'ils sont présents en même temps que l'infirmier.

Aucune réunion n'a été citée dans le 24h recall.

3.6.10 Collaboration avec l'hôpital

Quelquefois l'hôpital a été interpellé pour une collaboration. Sont cités le spécialiste et l'hôpital en général, ce fut pour un avis concernant des plaies et un drain de néphrostomie. A part les prescriptions médicales avec parfois une procédure longue et détaillée, venant de l'hôpital l'infirmier n'a pas signalé de collaboration dans son 24h recall. L'avis du médecin, par téléphone, sans précision si ce fut un généraliste ou spécialiste a cependant été évoqué plus souvent.

3.6.11 La nécessité ou non d'une formation pour les prestations du 24h recall

A. Préambule

Certains infirmiers précisent que ce sont de petites formations qu'ils ont suivies, d'autres ne donnent pas de précisions. Il est donc possible que les formations n'aient pas toutes la même valeur malgré la même dénomination. Deux infirmiers proposaient de réglementer les formations continuées, à contrôler par l'INAMI. Un infirmier et un spécialiste gynécologue pensaient qu'il était préférable de donner une formation identique à tous les infirmiers.

B. Formation et 24h recall

Souvent les infirmiers disent qu'ils n'ont pas besoin de formations pour réaliser les activités du 24h recall. Ils disent que leur formation d'infirmier leur suffit ou alors ils ont dans leur équipe un collègue spécialisé qui intervient lorsqu'un problème se présente (infirmières relais, équipes de seconde ligne, équipe de soins palliatifs). Ils disent cependant que la formation en diabétologie aide dans l'éducation au patient, une formation en psychiatrie serait utile avec les malades agressifs, une formation en incontinence, en soins de plaies et en alimentation parentérale sont nécessaires. D'autres formations sont vues comme souhaitables.

Hypothèses en lien avec les interviews :

- les prestations ne nécessitent pas de formation complémentaire à la formation d'infirmier.
- toute prestation technique ou complexe ne nécessite pas de formation spécifique.
- les prestations nouvelles ou rares sont enseignées sur le tas par les collègues, les collègues relais, l'équipe de seconde ligne et à l'hôpital.
- les infirmiers se sont déjà formés.

C. Commentaires des médecins et expert

Les généralistes:

- « peu d'infirmières viennent suivre les formations proposées dans notre centre de formation.
- les infirmières sont plus compétentes en soins de plaie.
- toutes les infirmières ne sont pas compétentes en soins de plaie.
- il faut dire que nous, médecins ne sommes pas bien formés en soins de plaie ».

Les spécialistes :

- une diabétologue: les infirmières spécialisées de l'hôpital sont en formation continuellement, l'infirmière du domicile ne pourrait l'être autant.
- un spécialiste gériatre: l'infirmière du domicile n'a pas la possibilité d'effectuer certains soins régulièrement.
- un spécialiste gériatre: il est préférable d'envoyer des infirmiers spécialisés que de laisser faire un infirmier qui fait rarement le soin spécifique.

L'expert suisse soulignait que tous les infirmiers ne devaient pas être formés, il parlait d'une équipe spécialisée qui intervient à la place de l'équipe courante. Ou, suivant le cas, elle intervient en même temps que l'équipe courante ou en soutien ou comme formateur.

D. Lien entre formation, pratique et âge

Comme le montre le tableau ci-dessous, les formations ne sont pas toujours en lien avec la pratique. Il arrive que le soignant ait une spécialisation alors qu'aucun de ses patients ne nécessite cette spécialisation. Le contraire aussi est rencontré dans le cas de la dialyse péritonéale qui est pratiquée par un infirmier n'ayant pas cette spécialisation. Un autre infirmier encore disait dans l'interview avoir été se former à l'hôpital pour la pratique de la dialyse péritonéale, cependant il n'a pas effectué de dialyse dans le 24h recall. De même l'alimentation parentérale est pratiquée une fois par un infirmier indépendant plus âgé et une autre fois par un salarié jeune. L'un a suivi une spécialisation l'autre pas. On pourrait aussi se demander si les formations sont bien rentabilisées et si un infirmier spécialisé peut maintenir ses connaissances tout en évoluant dans sa spécialité sans pratiques. Comment peut-il acquérir de l'expérience sans pratiquer ? (Qualité que l'on attend d'un infirmier relais).

Formation	Indépendants									Salariés												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Nombre de soins par infirmier									Nombre de soins par infirmier												
Soins palliatifs	0	0	0	0	2	0	3	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Soins de plaies	2	5	1	2	2	6	4	6	3	1	3	5	2	5	9	6	7	3	6	3	3	
			2	+ 2C	Cx + 1S		+ 8C				+ 3C							+ 2C			+ 5C	
			x +1	Sp			x			x								x			x	
Diabétologie	matin																					
	2	0	3	6	0	1	2	3	1	0	4	6	0	1	2	3	1	6	3	1	2	1
	Soir																					
	2		4	6		1	1	2	1			2			8	6	5			6		2
Alimentation parentérale		3			2			0	2													

En gris: les infirmiers ayant suivi une formation concernant la discipline concernée
Cx : pansement complexe (intitulé INAMI)
Sp : pansement spécifique (min 30 min, INAMI)

E. Questions liées à la formation et l'expérience

- Un infirmier à domicile peut donc être formé à une discipline et ne pas la pratiquer pendant 1 jour voire des mois, des années si le patient décède. Pour exemple, l'infirmier indépendant qui a perdu son seul patient en soins palliatifs. A l'hôpital, l'infirmier travaillant dans un service de soins palliatifs ne rencontrera pas de rupture dans sa spécialité.
- Pour les prestations plus rares, l'infirmier doit-il se recycler si la prestation ne s'est plus présentée un certain temps ou si la discipline s'est modifiée ? et ce à chaque fois pour peut-être un seul patient ?
- Comment gérer la diversité des pathologies, des formations y attendant ?
- Comment anticiper les formations ? Il n'y a pas trop de difficulté pour les petites formations, mais les longues ? Comment l'infirmier peut-il prévoir les formations à suivre « avant » que le soin spécifique soit demandé par le médecin ?
- L'infirmier relais du domicile pour qu'il puisse être spécialisé doit pouvoir pratiquer, une formation ne suffit pas pour acquérir l'expérience.
- Contrairement à l'hôpital, l'infirmier relais est moins disponible vu les distances, il peut voir moins de patients sur une journée et les autres intervenants doivent être spécialement convoqués pour discuter d'un problème.
- Son expérience ne pourra pas se développer aussi rapidement qu'un infirmier d'hôpital si le nombre de patients requérant cette spécialité est trop bas.

F. Formations et utilisations

- Les formations permettant à l'infirmier de bénéficier de certains remboursements de codes INAMI sont aussi les formations les plus suivies, comme la formation en soins palliatifs, en diabétologie et en soins de plaies.

- Les formations en soins palliatifs sont les plus suivies ; il était donc logique que les infirmiers l'ayant suivie ne la réclament pas. Par contre, 2 infirmiers ne l'ayant pas suivie ont soigné un patient en soins palliatifs et ne l'ont pas réclamée.
- Les formations en diabétologie et en soins de plaies ont été suivies mais pas toujours par ceux qui soignent beaucoup ces pathologies.
- Certaines formations ont été réclamées (psychiatrie, algologie, incontinence, alimentation entérale, manutention adaptée au domicile), elles l'ont été en partie par des infirmiers les ayant suivies et donc sensibilisés par le sujet et les réclamant pour leurs collègues ; d'autres par contre les réclament pour eux mêmes.
- Certaines formations comme « accoucheuse », « oncologie » et la « maltraitance » ont été suivies mais n'ont pas été utilisées dans le 24h recall.

G. Les infirmiers sont-ils prêts à se former ?

Propos favorables à une formation :

- *nous sommes un groupe qui est curieux, même les anciennes s'intéressent à la formation.*
- *pas question de continuer à me faire faire des soins sans formation.*
- *pas question de me servir de nouveaux produits que je dois découvrir seule ou sur le tas.*
- *je souhaite et suis prête à suivre des formations pour toute nouvelle technique.*
- *je veux bien me former vu qu'il va bien falloir.*
- *nous ne pouvons rien refuser, je suis salariée.*
- *formation pratique mais pas que théorique.*
- *formation oui mais alors rémunérée.*

Propos défavorables à une formation :

- *je suis plus âgée, je ne suis pas prête à encore me former.*
- *les distances sont trop grandes pour aller se former.*
- *chez nous les formations c'est à nos frais, nous ne sommes pas soutenus.*
- *les contraintes liées aux spécialisations INAMI sont trop importantes par rapport aux remboursements, trop peu de remboursements, trop peu de stimulants.*
- *peur de certaines spécialités : aspirer dans la trachée = difficile, dans une trachéostomie c'est mieux. Je ne soigne pas de diabétiques.*
- *peur d'échouer.*
- *moi ça va mais je sais que mes collègues ne sont pas à l'aise.*
- *parfois la formation est inadaptée.*

Hypothèses : les formations sont demandées pour

- *répondre à des besoins.*
- *garder ses acquis, la pratique.*
- *renouveler ses connaissances.*
- *pour acquérir de l'expérience (pratique hospitalière).*
- *pour diminuer le stress, la peur.*

H. Questions sur les prestations futures

- Les infirmiers parlent de chimiothérapie, de dialyses. Ces informations sont-elles réelles ou sont-elles influencées ? « Eviter l'hospitalisation » irait-il de pair, dans les esprits, avec « transposer toute technique à domicile »
- Un spécialiste abdominal disait que beaucoup de soins resteront encore à l'hôpital. Ne peut sortir que le patient qui est stable.

Conclusions générales

- Une prestation technique se caractérise par le savoir et le savoir-faire, parfois aussi par le savoir-être. La prestation complexe diffère de la technique principalement par l'addition des activités et les problèmes liés au patient et à l'environnement.
- Les prestations techniques et complexes sont représentées dans la presque totalité des 24h recall (communication, collaboration, relation d'aide, éducation, observation, prévention, tous les traitements et les gestions de l'environnement, des médicaments et des problèmes).

- Vu le cantonnement de certaines activités chez certains infirmiers, il est probable que d'autres prestations existent.
- Les infirmiers présentent des activités reprises dans la nomenclature INAMI toujours sur prescription médicale. Ils présentent aussi un grand nombre d'autres activités absentes de la nomenclature et souvent de leur propre initiative.
- Une discordance entre la réalité du domicile et la nomenclature se manifeste aussi par la non utilisation de certains n° de nomenclature.
- Malgré que l'infirmier ne preste pas uniquement des activités de la nomenclature, il reste fidèle au « nursing global », toujours dans les limites de la liste d'actes et répond ainsi au mieux aux besoins du patient lui permettant ainsi de rester à domicile.
- Contrairement à la situation hospitalière, l'organisation des soins dont l'organisation des spécialisations doit prendre en compte les distances parfois élevées entre les patients et le temps supplémentaire presté lié à la complexité des soins et nécessaire en dehors de la présence chez le patient.
- L'organisation des formations doit prendre en compte les besoins, c'est à dire la fréquence ou la rareté des spécialités présentes sur le terrain du domicile ainsi que la diversité des disciplines.
- L'infirmier relais spécialisé sera efficace s'il a la possibilité de se former, de recycler et de pratiquer. Il le sera d'autant plus s'il lui est donné la possibilité de rencontrer les autres intervenants (collègue infirmiers, médecin, etc.) et que ces rencontres et déplacements sont financés.
- Certains infirmiers sont disposés à se former tandis que d'autres ne sont pas intéressés à prendre en charge de nouvelles prestations.
- Les infirmiers doivent pouvoir se former en théorie mais aussi en pratique dans leur région et être rémunérés.
- Autant l'isolement de l'infirmier à domicile peut influencer sa manière de travailler, autant l'association des qualités diverses de plusieurs infirmiers peut, elle, enrichir la prise en charge du patient.
- L'interdisciplinarité n'est pas apparue de manière évidente tout en observant que l'infirmier communique mais souvent de manière unilatérale. La communication avec l'hôpital est rare.
- La spécialisation s'est observée chez certains infirmiers principalement pour les soins palliatifs et l'alimentation parentérale.

DEEL 2: RESULTATEN VOOR VLAANDEREN

In de bespreking van de resultaten voor Vlaanderen wordt eerst een beschrijving gegeven van de steekproef, gevolgd door een bespreking van de resultaten van de diepte-interviews en de focusgroepen en een internationale reflectie.

I. BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

In totaal werden er bij 15 thuisverpleegkundigen en bij 8 medisch specialisten diepte-interviews afgenomen en hebben 23 huisartsen deelgenomen aan de focusgroepen. In wat volgt wordt eerst een beschrijving gegeven van de thuisverpleegkundigen, gevolgd door een beschrijving van de medisch specialisten, en tenslotte wordt er een beschrijving gegeven van de huisartsen die hebben deelgenomen aan de focusgroepen.

1. BESCHRIJVING STEEKPROEF THUISVERPLEEGKUNDIGEN

In deze studie is 66,67% van de thuisverpleegkundigen werkzaam in dienstverband en werkt 33,33% als zelfstandig verpleegkundige. Van de zelfstandig werkende thuisverpleegkundigen geeft 1 thuisverpleegkundige aan alleen te werken en 4 thuisverpleegkundigen geven aan in groep te werken. De thuisverpleegkundige activiteit wordt door 46,67% van de respondenten uitgeoefend op het platteland, door 26,67% in de stad en door 26,67% in de semi-stad.

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie is van het vrouwelijk geslacht (80%) en heeft een gemiddelde leeftijd van 40,67 jaar, waarbij de jongste respondent 27 jaar is en de oudste respondent 56 jaar. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen bevindt zich in de leeftijdscategorie tussen 41 en 45 jaar (26,67%) en ouder dan 45 jaar (26,67%).

Verder heeft 46,67% van de thuisverpleegkundigen het diploma van gegradueerd verpleegkundige en 53,33% heeft het diploma van gediplomeerd/gebrevetteerd verpleegkundige. Tachtig percent van de respondenten geeft aan een bijkomende specialisatie te hebben gevolgd in de domeinen diabetes (6,67%), palliatieve (26,67%), palliatieve én diabetes (6,67%), psychiatrie (6,67%), pijnbestrijding én diabetes én wondzorg (6,67%), zorgmanagement (6,67%), geriatrie én dementie én incontinentie (6,67%) en oncologie (13,33%).

De meeste respondenten zijn tussen 6 en 10 jaar (33,33%) en tussen 16 en 20 jaar (33,33%) werkzaam als thuisverpleegkundige. Eén respondent werkt tussen 11 en 15 jaar en 4 respondenten werken meer dan 20 jaar als thuisverpleegkundige. Tenslotte heeft 46,67% van de thuisverpleegkundigen in deze studie tot nu toe enkel gewerkt in de thuissetting, terwijl 53,33% eerdere ervaring heeft opgedaan in de ziekenhuissetting, in een psychiatrische instelling en in een netwerk palliatieve zorgen (PANAL). Met betrekking tot de eerder opgedane ziekenhuiservaring heeft één respondent op de diensten orthopedie, neurochirurgie, hartchirurgie en intensieve zorgen gewerkt, een andere respondent heeft op de diensten hematologie, nefrologie, transplantatie en chirurgie gewerkt, twee respondenten hebben op de dienst oncologie gewerkt, waarvan één respondent ook op de diensten brandwonden en algemene gastro-enterologie heeft gewerkt, één respondent heeft op de dienst nierdialyse gewerkt, één respondent heeft op de dienst inwendige en heelkunde gewerkt, en één respondent heeft op een geriatrische dienst gewerkt.

Zoals eerder aangegeven werd de thuisverpleegkundigen gevraagd tijdens een opeenvolgende periode van 24 uur de uitgevoerde prestaties/activiteiten te registreren. Voor het merendeel van de respondenten heeft deze registratie betrekking op een voor- en een namiddag (33,33%) en op een voormiddag en een avond (33,33%), gevolgd door een voormiddag (20%) en een voormiddag, namiddag en avond (13,33%).

2. BESCHRIJVING STEEKPROEF MEDISCH SPECIALISTEN

Alle medisch specialisten in deze studie zijn werkzaam binnen een universitair ziekenhuis dat gelegen is in een stad. Het merendeel van de medisch specialisten in deze studie is van het mannelijk geslacht (87,50%) en heeft een gemiddelde leeftijd van 46,75 jaar. De meeste medisch specialisten bevinden zich in de leeftijdscategorie ouder dan 45 jaar (62,50%). Verder heeft 50% van de respondenten een anciënniteit van meer dan 20 jaar en 25% heeft een anciënniteit tussen 6 en 10 jaar. Met betrekking tot de specialisatie van de medisch specialisten in deze studie gaat het om twee infectiologen, twee geriateren, één dermatoloog, één chirurg urologie (dagziekenhuis), één reumatoloog en één oncoloog.

3. BESCHRIJVING STEEKPROEF HUISARTSEN

In totaal hebben 23 huisartsen deelgenomen aan de studie, maar van één huisarts werden geen persoonlijke gegevens bekomen, waardoor de onderstaande beschrijving betrekking heeft op 22 deelnemers.

In deze studie hebben twee huisartsen eerst solo hun beroep uitgeoefend, respectievelijk 23 jaar en 30 jaar, alvorens in een groepspraktijk te stappen. Het merendeel van de huisartsen werkt momenteel solo (77,27%), waarvan 70,59% een anciënniteit heeft van meer dan 20 jaar en 17,65% een anciënniteit heeft tussen de 11 en de 15 jaar. Van de huisartsen die momenteel werken binnen een groepspraktijk (22,73%) heeft 80% een anciënniteit tussen de 11 en de 15 jaar. Het merendeel van de huisartsen oefent zijn/haar activiteit uit op het platteland (81,82%) en de overige huisartsen (18,18%) beoefenen hun beroep in de stad. De meeste huisartsen in deze studie zien meer dan 100 patiënten per week (63,64%), gevolgd door 27,27% dat tussen de 50 en de 100 patiënten ziet per week. Verder geeft 59,09% van de huisartsen aan dat hun praktijk tussen de 6 en 10 km verwijderd is van een ziekenhuis en voor 22,73% bevindt de praktijk zich tussen 1 en 5 km van een ziekenhuis.

Het merendeel van de huisartsen in deze studie is van het mannelijk geslacht (77,27%) en heeft een gemiddelde leeftijd van 49,36 jaar. De meeste huisartsen bevinden zich in de leeftijdscategorie boven de 45 jaar (72,73%), gevolgd door de leeftijdscategorie tussen 36 en 40 jaar (22,73%). Acht huisartsen (36,36%) in deze studie geven aan een bijkomende specialisatie te hebben gevolgd. Hierbij gaat het om palliatieve zorg, sportgeneeskunde en lichamelijke opvoeding, cyriax, ECG, didactiek, homeopathie en gezondheidszorg voor bejaarden.

II. BESPREKING RESULTATEN DIEPTE-INTERVIEWS EN FOCUSGROEPEN

In de bespreking van de resultaten van de diepte-interviews en de focusgroepen wordt er eerst stilgestaan bij de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie'. Ten tweede worden de resultaten besproken van de 24-uursregistratie, die werd uitgevoerd door de thuisverpleegkundigen in voorbereiding op het diepte-interview. Ten derde wordt de samenwerking besproken binnen de thuiszorg en met de ziekenhuissetting en ten vierde wordt er dieper ingegaan op de toekomstperspectieven voor de thuisverpleegkunde met inbegrip van de noden en de behoeften. De bespreking van de resultaten wordt ondersteund door relevante en verhelderende citaten en er wordt duidelijk aangegeven wanneer het gaat om gegevens die werden verkregen via de thuisverpleegkundigen, dan wel via de medisch specialisten of de huisartsen.

1. BEGRIPPEN "TECHNISCHE PRESTATIE" EN "COMPLEXE PRESTATIE"

Lot 1: Deliverable 2: 'Inventaris van technische verpleegkundige prestaties volgens haalbaarheid in de thuissituatie'

1.1 Technische prestaties

1.1.1 Definitie "technische prestatie"

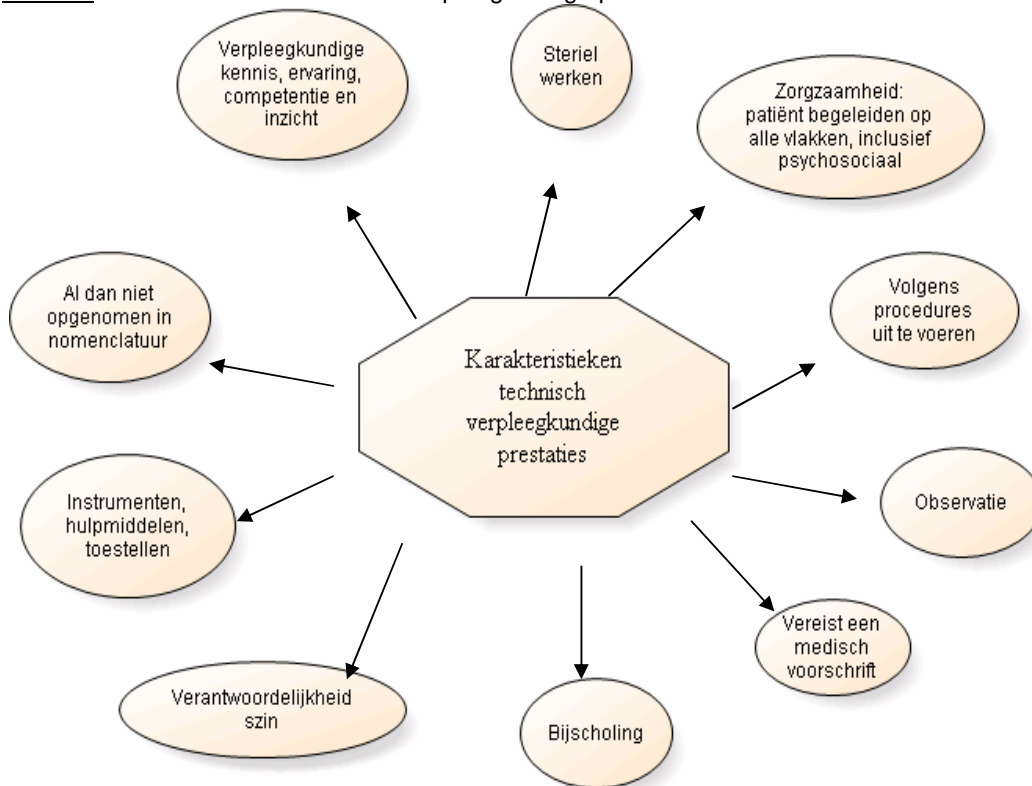
Zowel de thuisverpleegkundigen als de medisch specialisten in deze studie zijn van mening dat technische prestaties te beschouwen zijn als alle handelingen/prestaties die verpleegkundigen uitvoeren in functie van hun beroep en waarvoor een verpleegkundige opleiding is vereist. Concreet geven de thuisverpleegkundigen in deze studie aan dat alle handelingen, die zijn opgenomen in de thuisverpleegkundige nomenclatuur, met inbegrip van de specifiek technische verpleegkundigen handelingen (STVV), te beschouwen zijn als technische prestaties. Enkele medisch specialisten koppelen het begrip 'deskundigheid' aan een technische prestatie: zij zijn van mening dat alles wat verpleegkundigen doen deskundige prestaties zijn en daardoor ook technische prestaties. Sommige medisch specialisten en thuisverpleegkundigen geven aan dat technische prestaties te maken hebben met de totaalzorg die thuisverpleegkundigen bieden, namelijk van de voorbereiding van de zorg tot de uiteindelijke uitvoering van de zorg en de nazorg. Een medisch specialist geeft aan dat technische prestaties die prestaties zijn die in aansluiting op een klinisch onderzoek worden uitgevoerd en die gepaard gaan met de in gebruik name van technische toestellen om gegevens te verzamelen omtrent de toestand van de patiënt. Een andere medisch specialist is van mening dat een technische prestatie moet gezien worden als meer dan louter een terugbetaalde acte, namelijk ook het deskundig aanwezig zijn, het begeleiden van de patiënt, het gezelschap houden van de patiënt, het luisteren naar de patiënt, en het vasthouden van de hand van de patiënt om te laten voelen dat men er is voor de patiënt en dat men tijd heeft (intellectuele actes). Verder is het merendeel van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten van mening dat er bij een technische prestatie meestal sprake is van een enkelvoudige handeling, van de nood aan een hulpmiddel/instrument en van een koppeling aan bepaalde terugbetalingscriteria. Tenslotte geven beide disciplines aan dat het uitvoeren van een technische prestatie niet door iedereen kan gebeuren, maar door iemand met een verpleegkundige opleiding.

In de focusgroepen met huisartsen werd gevraagd welke dimensies zeker dienden te worden opgenomen in een definitie van een technische prestatie. Hierbij heeft het merendeel van de huisartsen het over een goede basisopleiding om de prestaties op een correcte wijze te kunnen uitvoeren, over regelmatige bijscholing om up-to-date te zijn met de snel evoluerende procedures en technieken, over het belang van ervaring en over het feit dat technische prestaties die prestaties zijn die, omwille van hun herhaaldelijk uit te voeren karakter, worden voorgeschreven aan thuisverpleegkundigen.

1.1.2 Karakteristieken van technische prestaties

Op basis van de diepte-interviews met de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten werd onderstaand schema opgesteld. In dit schema worden de aangehaalde karakteristieken/kenmerken van een technische prestatie samengevat.

Schema: Karakteristieken technisch verpleegkundige prestaties



Dit schema werd voorgelegd aan de huisartsen in de focusgroepen en zij bevestigden dat dit de karakteristieken zijn van een technische prestatie, waarbij een groep huisartsen voornamelijk de nadruk legde op het belang van een medisch voorschrift bij technische prestaties.

1.1.3 Voorbeelden van technische prestaties

Volgens de thuisverpleegkundigen, de medisch specialisten en de huisartsen in deze studie zijn volgende prestaties voorbeelden van technisch verpleegkundige prestaties:

- toilet
- wondzorg (eenvoudig, complex, specifiek)
- inspuitingen (SC, IM, IV, ...)
- glycemiecontroles
- sondevoeding, totale parenterale voeding
- infuustherapie
- spoelen van een heparineslot
- porth-a-cath spoeling
- blaassondage, blaasspoeling, blaasinstillatie
- bloedafname
- observatie
- bloeddrukcontrole
- suprapubische sonde vervangen
- palliatieve zorg

- *psychische begeleiding van patiënten*
- *regelen van de thuissituatie op het vlak van materiaal, bv. hoog-laagbed, antidecubitusmatras, ...*

Enkele thuisverpleegkundigen (TVP) en medisch specialisten (ZHS) hebben het daarnaast ook over:

- langdurige antibioticatherapie thuis (TVP en ZHS)
- chronische analgesie (ZHS)
- *advies geven* (TVP en ZHS)
- *begeleiding van patiënten* (TVP en ZHS)
- *educatie* (TVP en ZHS)
- reiniging van de wondomgeving als onderdeel van de wondzorg (ZHS)
- compressietherapie (TVP en ZHS)
- VAC-therapie (TVP en ZHS)
- *afsluiten van een chemopomp* (TVP en ZHS)
- *chemotherapie* (TVP en ZHS)
- spuitaanrijvers, PCA pompen (TVP en ZHS)
- pijn- en symptoomcontrole (TVP en ZHS)
- nierdialyse (TVP en ZHS)
- lavement (ZHS)
- tracheotomiecanule verzorgen en vervangen (TVP)
- mondzorg (ZHS)

Enkele huisartsen in deze studie geven aan dat het bevorderen van de zelfredzaamheid van de patiënt ook dient te worden beschouwd als een technische prestatie, daar het een taak is van de thuisverpleging om de zorgonafhankelijkheid van een patiënt te bevorderen.

De bovenstaande prestaties werden aangehaald als voorbeelden van technisch verpleegkundige prestaties, omdat ze beantwoorden aan één of meerdere karakteristieken van technische prestaties (cf. 1.1.2, schema 1). Sommige prestaties worden door bepaalde respondenten binnen de drie disciplines beschouwd als technische prestaties, terwijl diezelfde prestaties door andere respondenten niet worden beschouwd als technische prestaties. Deze prestaties onder discussie werden weergegeven in *italic*. De prestaties observatie, psychische begeleiding van patiënten, regelen van de thuissituatie op het vlak van materiaal, advies geven, begeleiding van patiënten en educatie worden door sommige respondenten beschouwd als technische prestaties omwille van het intellectueel karakter van deze prestaties: dergelijke prestaties kunnen enkel worden uitgevoerd door iemand met kennis ter zaken. Bovendien geven enkele van deze respondenten aan dat deze prestaties waarschijnlijk door veel mensen momenteel niet worden gezien als technische prestaties, omdat deze prestaties niet zijn opgenomen in het huidig financieringssysteem of het huidig nomenclatuurgericht denken. De respondenten die deze prestaties niet beschouwen als technische prestaties, geven inderdaad aan dat dit is ingegeven door het feit dat deze prestaties niet zijn opgenomen in de huidige thuisverpleegkundige nomenclatuur. Ook met betrekking tot chemotherapie zijn de meningen eerder verdeeld. Het niet beschouwen van deze prestatie als technisch verpleegkundige prestatie is voornamelijk ingegeven door het feit dat een dergelijke prestatie enkel kan worden uitgevoerd door personen die een gespecialiseerde opleiding daartoe hebben gevolgd en dat deze personen momenteel niet aanwezig worden geacht in de thuisverpleging/thuiszorg. Tenslotte is er zowel bij de thuisverpleegkundigen als bij de medisch specialisten en de huisartsen discussie rond 'het toilet' als technische prestatie. Sommigen beschouwen het uitvoeren van een toilet als een technische prestatie, daar technische prestaties specifiek onderdeel uitmaken van de verpleegkundige basisopleiding, terwijl anderen een technische prestatie associëren met een handeling die dient te gebeuren volgens een daarvoor specifiek ontwikkelde procedure/techniek, wat bij een gewone toiletzorg niet het geval is, en waarvoor verpleegkundige kennis vereist is, terwijl de 'normale' toiletzorg als het ware door iedereen kan worden uitgevoerd.

1.2 Complexe prestaties

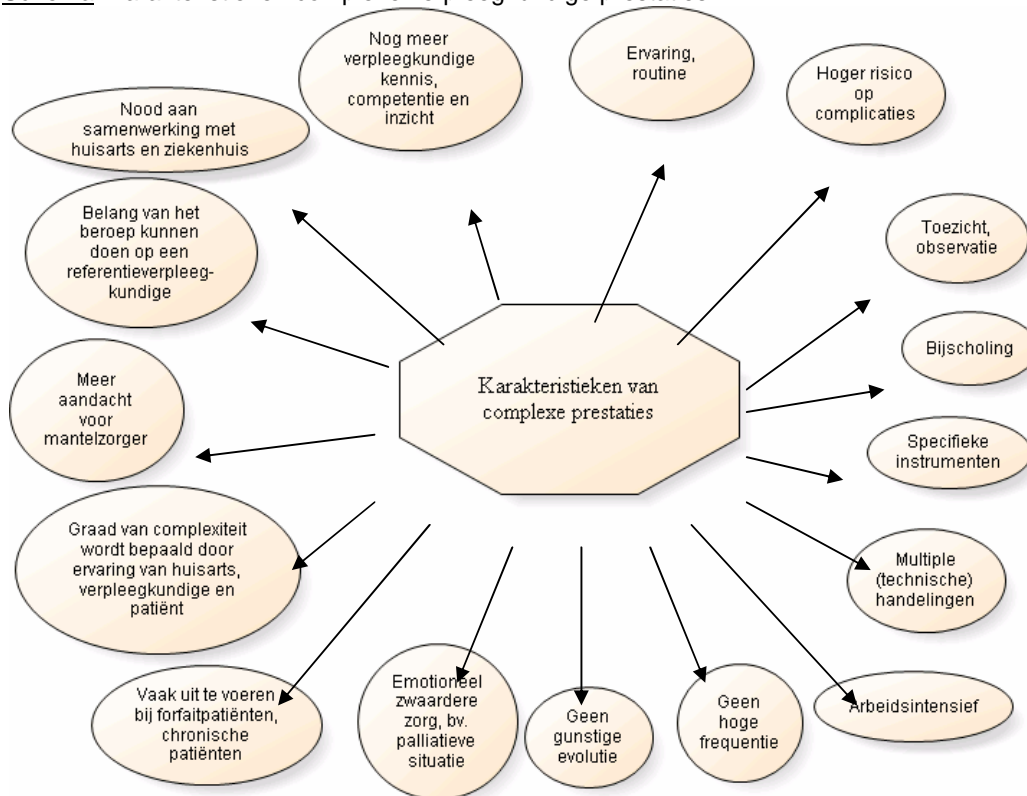
1.2.1 Definitie “*complexe prestaties*”

Vanuit het standpunt van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie zijn complexe prestaties meer specifieke prestaties met een hogere nood aan verpleegkundige ervaring, kennis, competentie, bijscholing en samenwerking/communicatie met andere disciplines en met de familie/mantelzorger van de patiënt. Verder is het merendeel van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie van mening dat complexe prestaties vaak met een lage frequentie worden uitgevoerd en dat het vaak gaat om meerdere, al dan niet technische, prestaties die gecombineerd dienen te worden uitgevoerd (medisch, locomotorisch, psychosociaal en multidisciplinair). Hierdoor kan de tijdsinvestering bij de uitvoering van deze prestaties zeer intensief zijn, komt er vaak meer specifieke apparatuur of instrumenten bij kijken en speelt de continuïteit van zorg een belangrijke rol. Tenslotte wordt er aangegeven dat bij complexe prestaties de kans op complicaties groot is en dat het vaak gaat om prestaties die niet worden aangeleerd in de basisopleiding, waardoor de ervaring en het vermogen tot improvisatie belangrijk zijn. Alle thuisverpleegkundigen en medisch specialisten in deze studie zijn van mening dat een prestatie meestal bestempeld wordt als complex wanneer men deze prestatie nog nooit of eerder zelden heeft uitgevoerd: niets is complex als je het kent. Enkele medisch specialisten geven aan dat complexe prestaties die prestaties zijn, waarbij vanuit het ziekenhuis eerst contact moet worden opgenomen met de thuisverpleging om de zorg toe te lichten en om de thuisverpleegkundige de mogelijkheid te bieden de uit te voeren zorg in te oefenen in het ziekenhuis voor het ontslag van de patiënt. Een medisch specialist is van mening dat de graad van complexiteit van een zorg wordt bepaald door het niveau van begrijpen/inzicht van de patiënt in zijn/haar zorgsituatie. Een andere medisch specialist geeft aan dat de complexiteit van een prestatie ook kan worden bepaald door het soort materiaal dat dient te worden gebruikt bij de uitvoering van de zorg, daar niet al het materiaal dat wordt gebruikt in het ziekenhuis ook verkrijgbaar is of wordt terugbetaald in de thuissetting.

In de focusgroepen met huisartsen werd gevraagd welke dimensies zeker dienen te worden opgenomen in een definitie van een complexe prestatie. Hierbij werd door de huisartsen een soortgelijke omschrijving gegeven als door de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten.

1.2.2 Karakteristieken van *complexe prestaties*

Op basis van de diepte-interviews met de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten werd onderstaand schema opgesteld. In dit schema worden de aangehaalde karakteristieken/kenmerken van een complexe prestatie samengevat.

Schema: Karakteristieken complexe verpleegkundige prestaties

Dit schema werd voorgelegd aan de huisartsen in de focusgroepen en zij bevestigden dat dit de karakteristieken zijn van een complexe prestatie, waarbij een groep van huisartsen voornamelijk de nadruk legde op de arbeidsintensiviteit van complexe prestaties.

1.2.3 Voorbeelden van complexe prestaties

Volgens de thuisverpleegkundigen, de medisch specialisten en de huisartsen in deze studie zijn volgende prestaties voorbeelden van technisch verpleegkundige prestaties:

- Complexe wondzorg zoals bij Epidermolysis Bulosa, uitgebreide (multiple) decubituswonden, klein debridement van wonden, (meerdere) wieken, drainages, redons, sommige stoma's, chronische wondzorg, ulcussen, brandwonden, cavillaire wonden, diabetische voet, interpreteren van de vasculaire toestand van de patiënt, het uitvoeren van een combinatie van soorten compressietherapie, inwindelen van moeilijke benen, verzorging van een polytrauma been, grote wonden verzorgen bedekt met een flap, spoelen van een fisteltraject
- Preventie van decubitus door om de twee à drie uur wisselhouding toe te dienen: een goed gecoördineerde wisselhouding, bewerkstelligen van offloading
- Gebruik van pijnpompen en problemen oplossen
- Overbelasting van de mantelzorg
- Aandoen van een diabetic walker, het helpen terug aandoen van een diabetic walker, de patiënt aanleren om zelf een diabetic walker aan te doen (zelfzorg stimuleren)
- Vervangen van een suprapubische sonde, vervangen van een transurethrale sonde
- De verzorging van een zware bedlegerige patiënt: toiletzorg, tracheezorg, gastrostomiezorg, urinedebiet meten, medicatie, aspiratie, wondzorg,
- Porth-a-cath spoeling bij kinderen en bij volwassenen/ouderen
- Sondevoeding, totale parenterale voeding toedienen
- Multiple handelingen uitvoeren bij een palliatieve patiënt: toilet, decubitusverzorging, positionering, reiniging van de mond, controle van de catheter voor pijnbestrijding

- Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse (CAPD)
- Drie maal per dag infunderen over drie uur
- Verzorging van een beademde patiënt: toestel kennen en instellen, dosis afmeten
- Opvolgen en plaatsen van een subcutane spuitaanrijver
- Uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen, waarbij de thuisverpleegkundige de huisarts assisteert
- Begeleiding van psychiatrische patiënten
- Bediening van een chemopomp
- Verzorging van een CVA patiënt: zelfredzaamheid stimuleren
- Thuisdialyse
- Het verstrekken van informatie en het beantwoorden van vragen in psychosociaal moeilijke situaties
- Het uitvoeren van een ascitespunctie en pleurapunctie
- De beslissing durven nemen om een palliatieve patiënt, die wenst thuis te sterven, niet meer naar het ziekenhuis te sturen en dat op de juiste manier communiceren naar de patiënt en de familie en daarin de coördinerende rol opnemen en een compromis zoeken dat voor iedereen aanvaardbaar is

De bovenstaande prestaties werden aangehaald als voorbeelden van complex verpleegkundige prestaties, omdat ze beantwoorden aan één of meerdere karakteristieken van complexe prestaties (cf. 1.2.2, schema 2). Algemeen kan worden gesteld dat sommige prestaties zowel werden aangehaald als voorbeeld van een technische prestatie als als voorbeeld van een complexe prestatie. Verder dient erop te worden gewezen dat deze voorbeelden werden aangehaald door zowel thuisverpleegkundigen, medisch specialisten als huisartsen, maar dat er binnen elke discipline ook weer de discussie naar voor kwam met betrekking van de plaats van chemotherapie in de thuissetting.

1.3 Technische versus complexe prestaties

In de vergelijking tussen een technische en een complexe prestatie geeft het merendeel van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie (deze vraag werd niet voorgelegd aan de huisartsen) aan dat een technische prestatie eenvoudiger uit te voeren is en dat het meestal gaat om prestaties die dagdagelijks worden uitgevoerd, waarbij de kennis en competentie vanuit de basisopleiding kan worden aangesproken. Complexe prestaties worden eerder geassocieerd met multiple (technische) handelingen, die meer uitgebreid zijn dan bij technische prestaties en die minder frequent worden uitgevoerd. Volgens de respondenten is een technische prestatie meer te beschouwen als een acte op zich en zijn complexe prestaties meer gericht op de verschillende zorgaspecten, dus niet alleen het fysieke aspect van de zorg, maar ook de psychosociale, spirituele aspecten en de aandacht voor de familie/mantelzorg. Verder zijn de respondenten van mening dat complexe prestaties niet door iedereen kunnen worden uitgevoerd en dat ervaring een belangrijke rol speelt bij deze prestaties. Het uitvoeren van complexe prestaties vraagt een meer specifieke opleiding dan enkel de basisopleiding en de thuisverpleegkundigen geven aan dat er bij complexe prestaties meer nood is aan het kunnen terugvallen op een gespecialiseerde verpleegkundige of referentieverpleegkundige. Zowel de thuisverpleegkundigen als de medisch specialisten in deze studie zijn van mening dat er bij complexe prestaties meer nood is aan overleg, samenwerking en communicatie met en tussen de verschillende disciplines. De medisch specialisten in deze studie geven expliciet aan dat er bij complexe prestaties meer nood is aan een centrale persoon die de coördinatie op zich neemt. De respondenten zijn ook van mening dat complexe prestaties gepaard gaan met meer specifiek materiaal/instrumenten dan technische prestaties en dat de uitvoering arbeidsintensiever is. Enkele respondenten geven aan dat niet alle complexe prestaties ook technische prestaties zijn. Zo kunnen communicatie, educatie, het voeren van gesprekken met en het begeleiden van familie/mantelzorg of palliatieve patiënten zeer complexe prestaties zijn, maar geen technische prestaties.

Voorbeelden van technische prestaties, die ook kunnen beschouwd worden als complexe prestaties, zijn wondzorg, waarbij het advies dient te worden ingewonnen van een

referentieverpleegkundige wondzorg of waarbij recent nieuw materiaal op de markt is gekomen, thuisdialyse, sommige porth-a-cath spoelingen, morfiepompen, prestaties die om een 24-uurstoezicht vragen, chemotherapie, een prestatie bij kinderen, een diabetespatiënt, waarbij de glycemiewaarden moeilijk in evenwicht te brengen zijn, ...

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie benadrukt het feit dat het al dan niet complex worden van een zorg afhankelijk is van de situatie of de patiënt zelf: wat begint als een kleine zorg, kan complex worden. Ook de competentie en de ervaring van de thuisverpleegkundige speelt hierbij een niet te onderschatten rol. Een thuisverpleegkundige moet beschikken over de kennis, kunde, ervaring en verantwoordelijkheidszin om aspecten op te merken en aan te pakken naast de initiële prestatie.

1.4 Technische en complexe prestaties versus de nomenclatuur

In België maakt de thuisverpleging deel uit van het Sociaal Zekerheidssysteem en worden de prestaties van thuisverpleegkundigen gefinancierd door het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) via de thuisverpleegkundige nomenclatuur. In dit onderzoek is het ook de bedoeling inzicht te krijgen in het feit of het huidige financieringssysteem de werkzaamheden van de thuisverpleegkundigen voldoende ondersteunt en of de medisch specialisten prestaties voorschrijven of delegeren die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur. Algemeen dient te worden gesteld dat, in tegenstelling tot de zelfstandig werkende collega's, de loontrekkende thuisverpleegkundigen in deze studie minder weet hebben of minder bezig zijn met de financiering van hun geleverde prestaties, daar dit meestal wordt overgelaten aan de hoofdverpleegkundige.

Alle thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat niet al de uitgevoerde prestaties opgenomen zijn in de nomenclatuur. Voorbeelden die door alle thuisverpleegkundigen in deze studie worden aangehaald als niet opgenomen in de nomenclatuur zijn het klaarzetten van medicatie, glycemiecontroles, het aan- en uitkleden van patiënten, begeleiding van psychiatrische patiënten, bloeddrukmeting, emotionele opvang van palliatieve patiënten en hun naaste omgeving, positionering van patiënten, nachtprestaties, oogindruppeling (niet gekoppeld aan een operatie of na de 15 dagen post-operatief), administratie en zorgoverleg met andere disciplines.

Volgens de thuisverpleegkundigen in deze studie worden deze prestaties ofwel gratis uitgevoerd, ofwel worden ze rechtstreeks aangerekend aan de patiënt, ofwel worden ze uitgevoerd in cumul met een andere vergoedbare prestatie, bijvoorbeeld wanneer een patiënt een toilet krijgt toegediend dan wordt ook de medicatie klaargezet. Enkele verpleegkundigen geven aan dat ze zich soms genoodzaakt zien een andere vergoedbare prestatie, zoals een toilet, éénmaal per week uit te voeren om dan gelijktijdig de medicatie klaar te zetten voor de week. Ze zien dit dan ook als een ontnemen van de zelfredzaamheid van de patiënt, want de patiënt heeft bij die andere prestatie geen hulp nodig, terwijl het klaarzetten van de medicatie belangrijk is met het oog op therapietrouw.

Met betrekking tot de glycemiecontroles zijn enkele verpleegkundigen van mening dat sommige patiënten er liever voor opteren de komst van de verpleegkundige te betalen dan zelf een apparaat en stripjes te moeten aankopen, want in geval er maar één glycemiecontrole per week nodig is, krijgen de patiënten hun apparaat niet gratis. Ook het niet cumuleerbaar zijn van sommige prestaties, zoals bijvoorbeeld compressietherapie samen met een inspuiting, is voor de verpleegkundigen financieel gezien een probleem dat zou moeten worden verholpen. Sommige zelfstandige verpleegkundigen geven aan dat verpleegkundigen in loondienst het organisatorisch gemakkelijker geregeld krijgen om psychiatrische patiënten te begeleiden, maar dat hen dit niet lukt, omdat dit niet is opgenomen in de nomenclatuur.

Rond oogindruppeling wordt er aangegeven dat het niet logisch is dat iemand na 15 dagen postoperatief zelf de oogindruppeling moet doen. Bovendien is er maar een terugbetaling voor een frequentie van drie keer per dag, terwijl sommige patiënten een voorschrift hebben voor vier keer per dag en de vierde keer dus niet wordt terugbetaald. Langs de andere kant geven enkele thuisverpleegkundigen aan dat sommige patiënten profiteren van de komst van de

thuisverpleegkundige: 's morgens moet de verpleegkundige de oogindruppeling uitvoeren, terwijl ze 's avonds wel iemand vinden om hen daarbij te helpen. Deze verpleegkundigen geven dan ook aan dat deze prestatie, in tegenstelling tot de andere prestaties, niet hoeft te worden opgenomen in de nomenclatuur. In dat kader geven enkele thuisverpleegkundigen aan dat er ook meer werk dient te worden gemaakt van triage in de toiletzorg. Deze verpleegkundigen vinden dat er vandaag de dag soms te weinig onderscheid wordt gemaakt tussen toiletzorg die echt nodig is en de toiletzorg die eerder 'luxe' is.

Sommige verpleegkundigen geven aan dat de complexe wondzorg onderbetaald wordt en dat het ontzettend duur wordt voor de patiënt, omdat hij die verbanden steeds zelf moet bekostigen (de interviews vonden plaats vóór 1/07/2007, dus voor het forfait actieve verbandmiddelen). Tenslotte vinden sommige thuisverpleegkundigen het frustrerend dat bepaalde zorgvragen moeten worden geweigerd, omdat de patiënt niet voldoende 'scoort' op de Katz-score. Een thuisverpleegkundige geeft aan dat er iets moet worden gedaan aan de honorering van weekendprestaties en prestaties op feestdagen. Hij/zij geeft aan dat een zelfstandige recht heeft op 50% supplement voor een weekendprestatie, terwijl een loontrekkende hiervoor 56% mag aanrekenen. Voor feestdagen, waar loontrekkenden 100% voor worden gehonoreerd, krijgen zelfstandigen ook maar 50%.

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie pleit voor het opnemen van bovenstaande, momenteel niet-vergoede, prestaties in de thuisverpleegkundige nomenclatuur. Een belangrijke reden, die hierbij wordt aangehaald, is het feit dat deze prestaties op regelmatige basis worden uitgevoerd. Prestaties zoals het begeleiden van psychiatrische patiënten, het plegen van overleg met andere disciplines, het voeren van een gesprek met een palliatieve patiënt en zijn/haar naaste familie, zijn voorbeelden van prestaties waarin men als thuisverpleegkundige veel tijd en energie steekt, juist omdat dit zo belangrijk is voor de patiënt. Het niet-cumuleerbaar zijn van bepaalde prestaties wordt ook gezien als een op te lossen zaak, omdat het geen voorbeeld zou zijn van efficiënt werken indien men deze prestaties uit elkaar zou halen. Naar de vergoeding van nachtprestaties toe haalt een thuisverpleegkundige het gelijkheidsprincipe aan, namelijk huisartsen krijgen een vergoeding voor het presteren van nachtprestaties, dus zou dit voor thuisverpleegkundigen ook van kracht moeten zijn. Een andere thuisverpleegkundige haalt aan dat het vaak gaat om prestaties die gewoon tussen de hoofdzorg door worden uitgevoerd. Men is ervan overtuigd dat de patiënt deze prestaties nodig heeft, maar momenteel worden deze prestaties gratis uitgevoerd, omdat men weet dat de patiënt de kost van de verpleegkundige niet meer nodig gaat vinden, indien ze ervoor zouden moeten betalen.

Alle medisch specialisten in deze studie geven aan dat zij geen zicht hebben op de inhoud van de thuisverpleegkundige nomenclatuur. Sommige medisch specialisten zijn van mening dat de thuisverpleegkundigen het wel zouden hebben laten weten, indien er prestaties werden voorgeschreven, waarvoor ze geen vergoeding kregen. Andere medisch specialisten geven duidelijk aan dat indien ze zouden weten dat bepaalde prestaties niet zijn opgenomen in de thuisverpleegkundige nomenclatuur, dat dit geen effect zou hebben op hun voorschrijfgedrag. Met andere woorden, de belangrijkste voorwaarde om prestaties voor te schrijven naar de thuisverpleging toe is niet het opgenomen zijn van de prestaties in hun financieringssysteem, maar wel of de thuisverpleegkundige zich competent voelt om het voorschrift uit te voeren. Een medisch specialist geeft aan dat hij/zij voor bepaalde antibiotica moeilijkheden heeft om die terugbetaald te krijgen wanneer ze worden toegepast in de thuiszorg. Daarvoor proberen ze steeds op voorhand een adviserend geneesheer te contacteren om dit eventueel toe te staan in een welbepaalde thuissituatie. Soms wordt dit positief beantwoord, maar soms wordt dit ook geweigerd.

1.5 Technische en complexe prestaties: voorwaarden tot uitvoeren

1.5.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen

Een belangrijke voorwaarde om prestaties, algemeen gezien, te kunnen uitvoeren in de thuisverpleging is het beschikken over een volledig, een duidelijk en een correct medisch voorschrift. Verder is het ook belangrijk te beschikken over het juiste materiaal. In die zin dat de

patiënt het materiaal tijdig is gaan halen bij de apotheek, dat er vanuit het ziekenhuis het nodige materiaal is meegegeven met de patiënt om enkele dagen te kunnen overbruggen of dat het benodigde materiaal voorhanden is in de lokale apotheek. Het is ook belangrijk te kunnen werken in een veilige, hygiënische en voldoende ruime omgeving. De zorgsituatie moet ook haalbaar zijn in de thuisomgeving. De thuisverpleegkundigen in deze studie geven hierbij aan dat de patiënt en/of familie/mantelzorger zich meester moet voelen over de situatie, daar zij diegenen zijn die de thuissituatie uiteindelijk dragen, en dat ze zich ook moeten houden aan de gemaakte afspraken, want zonder een degelijke medewerking van de thuisomgeving loopt het mis. Een belangrijke voorwaarde is ook dat de zorg wordt uitgevoerd door een competente verpleegkundige met een grote verantwoordelijkheidszin, die weet waar ze mee bezig is, maar sommige thuisverpleegkundigen hebben het gevoel dat de opleiding de normen steeds lager legt door het tekort aan verpleegkundigen. Ook het regelmatig volgen van bijscholing is een belangrijke voorwaarde om prestaties te kunnen uitvoeren. Tenslotte moet er volgens de thuisverpleegkundigen rekening worden gehouden met het feit dat de thuisomgeving geen ziekenhuisinfrastructuur heeft, dat zorgen, waarbij 24u op 24u toezicht vereist is, moeilijk realiseerbaar zijn en dat er een laagdrempelig contact moet zijn met de andere disciplines.

Wanneer het specifiek gaat om technische prestaties worden de bovenstaande voorwaarden herhaald, maar wordt het beschikken over het juiste materiaal en over een duidelijk medisch voorschrift meer benadrukt, alsook het hebben van voldoende tijd om de prestaties te kunnen uitvoeren en het belang van een goede basisopleiding en regelmatige bijscholing.

Met betrekking tot complexe prestaties hebben de thuisverpleegkundigen het, in aanvulling op de bovenstaande voorwaarden, over het krijgen van voldoende begeleiding en ondersteuning van collega's, referentieverpleegkundigen en andere disciplines of netwerken, over het belang van het aspect ervaring en over het willen, kunnen en vooral durven communiceren/samenwerken met andere disciplines en de familie/mantelzorg

1.5.2 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten

Ongeacht of het gaat om technische of complexe prestaties stelt het merendeel van de medisch specialisten enkele voorwaarden naar de thuisverpleegkundige toe, alsook naar de patiënt en de thuisomgeving. Zo is het belangrijk dat de verpleegkundige beschikt over de vereiste kennis en competentie en dat hij/zij op regelmatige basis bijscholing volgt. Een laagdrempelig contact met thuisverpleegkundigen, waarbij de thuisverpleegkundige durft contact op te nemen met het ziekenhuis en op regelmatige basis in dialoog treedt met de medisch specialist om een stand van zaken door te geven of om zaken te bespreken alvorens zelf initiatieven te nemen, wordt gezien als een belangrijke voorwaarde. Verder is het belangrijk dat de thuisverpleegkundige een grote verantwoordelijkheidszin uitstraalt en dat men als medisch specialist het gevoel heeft vertrouwen te kunnen hebben in de kennis, de kunde en de ervaring van de thuisverpleegkundige. De huisarts moet bereid zijn om medisch toezicht te houden en hij/zij moet ook voldoende bereikbaar zijn voor de andere hulpverleners en de patiënt/familie. Een medisch specialist in deze studie vindt het voor zijn domein van palliatie belangrijk dat de patiënt toegelaten wordt om thuis te sterven. Dat er, met andere woorden, geen therapeutische hardnekkigheid wordt toegepast en dat de huisarts perfect weet wat te doen en dat hij/zij in probleemsituaties eerst contact op neemt met de medisch specialist alvorens de patiënt direct terug te laten opnemen in het ziekenhuis.

Naar de patiënt en zijn/haar omgeving toe zijn engagement en medewerking belangrijk, waarbij een evenwicht dient te worden nagestreefd tussen de betrokkenheid van de mantelzorg en de betrokkenheid van de professionele thuiszorg. Dit evenwicht wordt belangrijk geacht om een goed geëigend gebruik van de thuiszorg mogelijk te maken. De patiënt zelf moet ook voldoende inzicht hebben in zijn/haar situatie, zodat hij/zij zelf op de hoogte is van wat er allemaal kan gebeuren thuis en wat er allemaal dient te gebeuren thuis. De familie/mantelzorger en de patiënt moeten er 100% van overtuigd zijn dat de thuissituatie haalbaar en verantwoord is en de andere aspecten van de thuissituatie moeten ook op punt staan, zoals huishoudelijke hulp indien dit nodig is.

Wanneer het gaat om technische prestaties heeft het merendeel van de medisch specialisten het, aanvullend op het bovenstaande, over het uitvoeren van de prestaties conform de aanvaarde richtlijnen en de richtlijnen die gelden in het ziekenhuis. Verder wordt het belang van kennis, competentie en bijscholing benadrukt.

Met betrekking tot complexe prestaties vindt het merendeel van de medisch specialisten dat sommige prestaties in die mate complex zijn dat de patiënt een deel van de activiteit op zich moet kunnen nemen. Dit houdt in dat hij/zij voldoende inzicht moet hebben in de uit te voeren zorg, dat hij/zij de thuissituatie ervaart als haalbaar en dat er professionele ondersteuning aanwezig is thuis, die de patiënt in dit alles op een competente en deskundige wijze steunt en begeleidt. Hierbij vindt men het ook belangrijk dat de thuisverpleegkundige bereid is voorbereidend werk uit te voeren in het ziekenhuis, zoals het komen inoefenen van de zorg en het bespreken van de zorg. Verder is het maken van duidelijke afspraken met de eerste lijn cruciaal bij complexe prestaties, waarbij de huisarts een coördinerende rol op zich neemt en ten gepaste tijde contact opneemt met het ziekenhuis. De huisarts moet dan ook goed geïnstrueerd zijn en moet kunnen terugvallen op een medisch specialist die beschikbaar is voor het geven van de nodige informatie en uitleg. Bij complexe prestaties wordt de ervaring en de nood aan een meer specifieke opleiding van de thuisverpleegkundigen benadrukt, alsook het voeren van transmuraal overleg.

1.6 Prestaties momenteel niet uitgevoerd door thuisverpleegkundigen

Sommige thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat zij momenteel prestaties uitvoeren thuis, die tot enkele jaren geleden enkel in het ziekenhuis werden uitgevoerd. Hierbij gaat het onder meer over het verwijderen van redons/drains, het afkoppelen van chemo, intraveneuze voeding, hepariniseren, porth-a-cath zorg, nierdialyse en palliatieve zorg thuis.

De thuisverpleegkundigen zijn echter van mening dat er nog heel wat prestaties worden uitgevoerd door de huisarts, die eigenlijk perfect door hen zouden kunnen worden opgenomen. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie heeft het hierbij onder meer over het verwijderen van draadjes en haakjes, wondzorg, glycemiecontroles, het nemen van de bloeddruk en inspuitingen. Volgens deze respondenten zou het financieel voordeliger zijn voor de patiënt indien deze prestaties zouden worden overgelaten aan de thuisverpleging.

Ook naar de ziekenhuissetting toe zijn de thuisverpleegkundigen in deze studie van mening dat heel wat patiënten onnodig naar het ziekenhuis gaan om prestaties te laten uitvoeren en dat er heel wat prestaties onnodig blijven hangen in het ziekenhuis. Enkele voorbeelden van dergelijke situaties zijn patiënten met een PCA pomp, patiënten met epidurale analgesie, het aanprikken/spoelen van een porth-a-cath, het toedienen van medicatie (o.a. antibiotica) via een porth-a-cath, langdurige antibioticatherapie, infuustherapie, chemotherapie (niet door iedereen aangehaald, cf. discussiepunt), complexe wondzorg, het verwijderen van redons/drains, het verwijderen van haakjes/draadjes, het toedienen van totale parenterale voeding, CAPD en het vervangen van een suprapubische sonde.

Wanneer de thuisverpleegkundigen wordt gevraagd met welke redenen bepaalde technische prestaties niet worden toevertrouwd of gedelegeerd naar de thuiszorg toe, geven ze in eerste instantie aan dat dit zeer ziekenhuisafhankelijk (specialistafhankelijk) is. Voor éénzelfde technische prestatie is het perfect mogelijk dat ziekenhuis A de patiënt wel toevertrouwd aan de thuisverpleging, terwijl ziekenhuis B dat niet doet. Volgens de thuisverpleegkundigen worden technische prestaties vaak onterecht niet gedelegeerd of niet toevertrouwd aan de thuisverpleging, omdat men binnen de ziekenhuizen onvoldoende op de hoogte is of onvoldoende overtuigd is van hun kennis, competenties en ervaring om deze technische prestaties uit te voeren. Verder zijn de thuisverpleegkundigen in deze studie van mening dat het niet toevertrouwen of het niet delegeren van deze technische prestaties ook bepaald wordt door de patiënt en zijn thuissituatie. Enkele thuisverpleegkundigen geven aan dat sommige patiënten langer in het ziekenhuis blijven voor een oppuntstelling van hun medicatie, terwijl dit ook binnen de thuiszorg zou kunnen gebeuren. Sommige thuisverpleegkundigen geven aan dat de beperkte zelfredzaamheid van de patiënt een reden kan zijn om de patiënt langer in het

ziekenhuis te laten verblijven. Sommige patiënten zijn al vaak jaren gewoon om voor bepaalde prestaties, zoals het vervangen van een suprapubische sonde, naar het ziekenhuis te gaan, waardoor het tijd vergt om het vertrouwen van de patiënt te winnen dat dit ook perfect kan worden uitgevoerd door zijn/haar thuisverpleegkundige. Soms laat de thuissituatie van de patiënt het ook niet toe. Hier gaat het dan voornamelijk om het feit dat er onvoldoende mantelzorg aanwezig is of omdat de mantelzorger(s) zich niet in staat voelt om deze zorg/prestaties mee op te nemen. In afwachting van het vinden van een oplossing, bijvoorbeeld onder de vorm van extra hulp in het huishouden, het inschakelen van extra hulpverleners, of het vinden van een alternatief, bijvoorbeeld een rusthuis, blijft de patiënt in het ziekenhuis. Ook de aard van de uit te voeren zorg(en) speelt een belangrijke rol, waarbij het voornamelijk gaat om de vereiste frequentie van langsgaan, de uren aanwezigheid die vereist zijn en het feit dat er een constante nazorg zou moeten worden gegarandeerd. Sommige thuisverpleegkundigen zijn ook van mening dat het financiële een rol speelt bij het blijven hangen van sommige technische prestaties in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld, in het geval van VAC-therapie is de kostprijs van de huur van het toestel en van het gebruikte materiaal vaak een belemmerende factor, daar dit niet wordt terugbetaald in het huidige financieringssysteem. Ook is het zo dat wanneer de patiënt naar het ziekenhuis gaat, de specialist een consultatie kan aanrekenen en dit speelt in de ogen van de thuisverpleegkundigen een niet te onderschatten rol. Enkele thuisverpleegkundigen geven aan dat de prestaties rond chemotherapie kunnen worden opgenomen door thuisverpleegkundigen, mits zij daarvoor de nodige uitleg, bijscholing en opleiding meekrijgen vanuit het ziekenhuis.

Naar complexe prestaties toe is het opvallend dat een aantal thuisverpleegkundigen van mening is dat complexe prestaties reeds worden uitgevoerd thuis. Verder worden dezelfde prestaties opgesomd als bij de technische prestaties en zijn de redenen van het achterblijven van complexe prestaties analoog aan de redenen voor het achterblijven van de technische prestaties. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen geeft wel aan dat palliatieve zorg kan worden beschouwd als complexe zorg die meestal langer dan nodig in het ziekenhuis blijft. De reden hiervan is meestal dat er onvoldoende snel een oplossing kan worden gevonden met betrekking tot het adequaat opvangen van de patiënt thuis.

'Ook de patiënten die effectief thuis wensen te sterven, dat voelt ge natuurlijk aan, die in feite die vraag niet opgelost krijgen, omdat er onvoldoende snel een oplossing kan gegeven worden. Het blijft een stuk in de administratie sluimeren zowel bij de mutualiteiten die moet zorgen voor materialen, zowel bij de weekendregelingen, zoals van de maatschappelijk assistenten die zeggen dat ze dan niet aanwezig zijn. Het geraakt niet geregeld en ondertussen is de patiënt overleden.' [Citaat TVP 3 (2): SW-ZH-CP in ZH, eigen thuis- redenen, ref 1]

Een andere reden die wordt aangehaald voor het feit dat sommige complexe prestaties onnodig lang worden uitgevoerd in het ziekenhuis is de beschikbaarheid van het correcte materiaal.

'Gewoon ook wel het materiaal dat dat dikwijls wel een probleem is thuis, allé ja van hier in 't ziekenhuis hebben ze alle materialen en niet voor het materiaal te betalen of zo maar ik denk gewoon van aan te kopen. We hebben pas iemand thuis gehad met een infuus, 24 op 24 uur, en gewoon een leiding konden wij dus nergens niet krijgen, in geen één apotheek, dus die vrouw moest eigenlijk elke week voor nieuwe leidingen naar 't ziekenhuis, totdat wij eindelijk een apotheker gevonden hebben die per twintig stuks, ja ge kunt dat wel krijgen, maar dat is allemaal per 100 en per 500, dat is allemaal in grote hoeveelheden.' [Citaat TVP 4 (2): SW-ZH-CP in ZH, eigen thuis-redenen, ref 2]

De vraag naar welke technische en/of complexe prestaties onnodig worden uitgevoerd in het ziekenhuis werd niet voorgelegd aan de huisartsen in de focusgroepen, maar het merendeel van de huisartsen heeft het gevoel dat er een discrepantie bestaat met betrekking tot de huidige evoluties. Zo geven zij aan dat mensen, die bij wijze van spreken een zware operatie hebben gehad, binnen de twee dagen naar huis worden gestuurd, terwijl diezelfde specialist een patiënt op regelmatige basis op consultatie laat komen voor een wondzorg die perfect thuis zou kunnen worden uitgevoerd en opgevolgd.

De medisch specialisten in deze studie zijn ook van mening dat er een aantal technische prestaties worden uitgevoerd in het ziekenhuis, die perfect door de thuisverpleging zouden kunnen worden opgenomen. Enkele voorbeelden van dergelijke prestaties zijn sommige complexe wondzorgen, het educeren van patiënten, palliatieve en oncologische patiënten die soms langer in het ziekenhuis blijven dan nodig is, het vervangen van suprapubische sondes, blaasspoeling, blaasinstillatie, hemodialyse, infuustherapie, pijnbestrijding, VAC-therapie, larventherapie, bepaalde windeltechnieken, en het plaatsen van vilt rond een diabetische voet. Hiervoor worden uiteenlopende redenen aangehaald die zowel gelden voor de technische prestaties als voor de complexe prestaties. Zo geeft een medisch specialist aan dat de algemene toestand of een achteruitgang in de algemene toestand van de patiënt een belangrijke rol speelt in een verlengd ziekenhuisverblijf. In verband met wondzorg geeft een medisch specialist aan dat wanneer de wondzorg de goede richting op gaat, dat hij/zij dan de patiënt naar huis laat gaan, maar wanneer dit nog twijfelachtig is, dan houdt hij/zij de patiënt liever nog wat langer in het ziekenhuis. Een andere medisch specialist is van mening dat bepaalde educaties momenteel worden uitgevoerd binnen het ziekenhuis omdat de inhoudelijke kennis van de thuisverpleegkundigen met betrekking tot zijn/haar domein van specialisatie, zijnde reumatologie, onvoldoende is.

'De reden waarom de educaties gebeuren in het ziekenhuis en niet thuis is omdat zij dat niet kunnen, dat daar de kennis inderdaad van een thuisverpleging onvoldoende is. De kennis van de thuisverpleging in mijn domein, over specifiek reumatische problemen, is totaal onvoldoende. Er is geen begrip, geen kennis over de, bv. over medicijnen, de meest bizarre, soms, de patiënten moeten bijvoorbeeld methotrexaat of ledertrexaat ingespoten krijgen en dat de thuisverpleging zegt van goh, maar mevrouw, da's toch een medicament dat ze ook bij kanker gebruiken, he. Ge krijgt onmiddellijk een heel andere benadering. De patiënt wordt ongerust, terwijl wij hier uitleggen dat dit een medicatie is die inderdaad, twintig, dertig, veertig jaar geleden veel bij kanker werd gebruikt, maar nu is dat een medicament dat bij zeventig procent van de mensen met reumatoïde artritis gebruikt wordt. En dus naar educatie toe is er geen inhoudelijke kennis bij de thuisverpleging.(...) . Ik denk dat wij heel erg overtuigd zijn van de competenties van de thuisverpleging naar wondzorg en begeleiding van die dingen in de thuisituatie, infusen, ontkoppelen, dat soort zaken. Ik ben er niet van overtuigd dat die verpleegkundigen, specifiek dan, goed geëduceerd zijn over het type pathologie (...)' [Citaat ZHS 4: SW-ZH-TP eigen thuis, ref 2 & SW-ZH-TP eigen thuis, ref 5]

Verder geeft deze medisch specialist aan dat sommige palliatieve patiënten langer in het ziekenhuis blijven dan strikt gezien nodig is, omdat hij/zij het belangrijk vindt dat er in palliatieve situaties iemand, de huisarts, de coördinerende rol op zich moet nemen, wat onvoldoende gebeurt, en dat deze huisarts ook notie moet hebben van palliatie, wat vandaag de dag niet altijd het geval is. Enkele medisch specialisten lichten toe dat bepaalde prestaties niet zozeer in het ziekenhuis worden gehouden omwille van de techniciteit op zich, maar eerder omwille van de intensiteit en de complexiteit van de zorg die nodig is. Hierbij heeft hij/zij het over de frequentie van langsgaan en de uren aanwezigheid die vereist zijn, over of het gaat om strikt verpleegkundige zorg of over zorg die ook door andere hulpverleners kan worden opgenomen, over de middelen en de mensen die moeten worden ingezet om de zorg mogelijk te maken thuis, over het evenwicht tussen de betrokkenheid van de mantelzorg en de professionele thuiszorg, over het engagement van de mantelzorg, over sociale factoren, zoals het al dan niet tijdelijk uitvallen van de mantelzorger, en over het feit dat iedereen binnen de muren van zijn/haar sector werkt, waardoor men te weinig zicht heeft op elkaars kennis, competenties en ervaring. Een medisch specialist is van mening dat VAC-therapie en larventherapie momenteel in het ziekenhuis wordt uitgevoerd, omdat de thuisverpleegkundigen daar onvoldoende zijn toe opgeleid om deze zorgen uit te voeren en in het geval van VAC-therapie komt daar nog eens bij dat deze therapie niet wordt vergoed in België, waardoor het uitvoeren van deze therapie financieel gezien niet mogelijk is thuis. Een andere medisch specialist geeft aan dat heel wat van bovenstaande prestaties zouden kunnen worden uitgevoerd thuis, indien men op de hoogte was van de kennis, competenties en ervaring van de thuisverpleegkundigen. Bovendien geeft hij/zij ook aan dat sommige prestaties, zoals bepaalde windeltechnieken en het plaatsen van vilt rond een diabetische voet, niet zijn opgenomen in de basisopleiding, waardoor de verpleegkundigen eerst een bijkomende opleiding moeten volgen en dan is het interessant om te weten wie welke opleiding heeft gevolgd of niet. Een medisch specialist licht toe dat sommige

palliatieve patiënten onnodig vanuit de thuiszorg naar het ziekenhuis worden gestuurd, of meer bepaald op de spoedgevallendienst terecht komen. Volgens deze medisch specialist is dit te wijten aan onvoldoende kennis in de thuiszorg over de bestaande mogelijkheden, aan het feit dat men onvoldoende beroep doet op de bestaande palliatieve thuiszorgequipes en aan het feit dat men zich in de thuiszorg vaak nog ongemakkelijk voelt wanneer het gaat om palliatieve patiënten die zich in hun eindfase bevinden.

'Ja, al die mensen die op spoedgevallen komen voor een lavement bijvoorbeeld. Die zijn aan het braken en niemand heeft hen onderzocht of gevraagd 'hoe lang is het geleden dat gij naar de grote WC geweest zijt?'. Niemand doet een PPA om te voelen dat daar een dikke faecaloos vastzit. (...) Dus die hadden eigenlijk een lavement thuis kunnen hebben en die hadden eigenlijk liever nog laxativa op tijd gehad zodanig dat ze niet in constipatie gingen. De mensen die met pijn binnen komen die kunnen perfect thuis, zelfs als ze niet kunnen slikken, een subcutaan slotje krijgen met een pijnpomp, spuitdrijver of computergestuurde pomp. Alle palliatieve thuiszorgequipes kunnen dat installeren, zelfs als de huisdokter dat niet kent, zelfs als de thuisverpleegkundige dat niet zou kunnen, ze hoeven maar naar hun palliatieve equipe uit de regio te bellen en die zullen wat graag, dag en nacht, ook in het weekend hen bijstaan om te zeggen hier is een pomp, dat en dat kunt ge erin doen, zo kunt ge 't gebruiken. Dus die mensen zouden allemaal niet moeten komen.' [Citaat ZHS 6: SW-ZH-TP eigen thuis, ref 2]

Verder geeft deze medisch specialist aan dat het sensibiliseren van mensen altijd zeer lang duurt.

'(...) Tien, vijftien jaar geleden, toen we spraken over palliatieve thuiszorg en palliatieve teams thuis, ja toen dachten ze dat die palliatieve teams hun patiënten gingen afpakken. Ondertussen hebben ze vertrouwen van dat is gratis voor de patiënt en die komen mijn patiënten niet afpakken en ik moet er even goed gaan om de medicamenten voor te schrijven en ik ben er even goed de huisdokter en ik werk samen en wat zij doen is mij ondersteunen en mij helpen, dus dat begint nu helemaal door te dringen. En we zien dus nu ook waar vroeger de hulp hoofdzakelijk werd gevraagd door verpleegkundigen, dat nu de helft van de oproepen van de artsen komt. Dus er begint een vertrouwen te groeien. Maar ja, de wereld verandert geen 180° van de ene op de andere dag, dat heeft tijd nodig. (...)' [Citaat ZHS 6: SW-ZH-TP eigen thuis-redenen, ref 1]

Een andere medisch specialist is van mening dat sommige van bovenstaande prestaties onnodig in het ziekenhuis worden uitgevoerd als gevolg van een gebrek aan communicatie over de te volgen strategie tussen de thuiszorg, en de tweede en derde lijn.

'(...) Dat is een van de problemen, denk ik, waar wij soms wel mee geconfronteerd worden naar complexe wondzorg, dat is dat het thuis eventueel wel even goed zou kunnen gebeuren en misschien zelfs veiliger, omdat ge dan minder ziekenhuisinfecties hebt, maar waarbij ge dan soms na twee maanden ziet dat het niet verbetert en dat het niet helemaal gecommuniceerd wordt omdat er weinig beleid is. En van daaruit gaat ge ze soms wat later naar huis laten gaan omdat ge zegt ik wil het toch al wat beter hebben voor dat de patiënt naar huis gaat. (...) Dus, samengevat is eigenlijk dat we wel een nood hebben aan een verlenging van het multidisciplinair werk in een ziekenhuis naar het multidisciplinair werk in de thuissituatie. (...)' [Citaat ZHS 4: SW-ZH-TP eigen thuis-redenen, ref 1]

Deze medisch specialist vindt het ook belangrijk dat de patiënt zelf goed geïnformeerd en geëduceerd is met betrekking tot de uit te voeren zorg(en), daar hij/zij ervan overtuigd is dat als de patiënt weet wat er thuis moet gebeuren en op de hoogte is van zijn zorg, dat de thuissituatie vlotter verloopt. Hij/zij geeft een patiënt die onvoldoende inzicht heeft in de uit te voeren zorg en daardoor onvoldoende adequaat zijn/haar zorg zelf kan coördineren/sturen, op als reden om een patiënt langer in het ziekenhuis te houden. Een andere medisch specialist geeft aan dat intraveneuze antibioticatherapie best kan worden verschoven naar buiten het ziekenhuis, maar dat dit in het huidige terugbetalingssysteem duurder zou uitkomen voor de patiënt. Dit heeft volgens deze medisch specialist te maken met het systeem van remgelden op de verpakking van medicatie, waardoor hij aangeeft dat de belemmerende factor niet te zoeken is bij de thuisverpleegkundigen, maar in het huidige terugbetalingssysteem.

Op de vraag welke complexe prestaties er langer dan nodig in het ziekenhuis worden uitgevoerd, verwijst een aantal medisch specialisten naar situaties waar meerdere complexe

zorgaspecten aanwezig zijn, naar situaties waar de intensiteit van zorg hoog is en naar situaties waar de realiseerbaarheid thuis niet altijd evident is. In dergelijke zorgsituaties wordt de lengte van het ziekenhuisverblijf bepaald door de aanwezige competentie en/of specifieke opleiding van de thuisverpleegkundigen, door de haalbaarheid van de zorg in tijd, door het inzicht van de patiënt in zijn/haar zorgbehoeften, door de mogelijkheden van de thuisomgeving, mantelzorg en door de aanwezigheid en kwaliteit van transmuraal overleg.

'Maar dat is ook de reden dat die binnenkort weer terug gaat opgenomen worden. (...) Dat is, wanneer ge dus een zwakke persoonlijkheid hebt, een zwakke sociale structuur, zwakke sociale steun, zwakke psychologie én een ernstig medisch probleem, dan zou je dat transmuraal overleg eigenlijk moeten kunnen continueren. En dat is iets anders bij een iets simpeler situatie, zoals een heuprevalidatie. Ge kunt die naar huis sturen, de thuisverpleging komt, de kine komt, de huisdokter doet daar zijn nodige dingen en dat zijn relatief simpele dingen, dan is dat geen probleem. En dan is dat zelden dat dat misloopt. Maar in die complexe situaties loopt dat praktisch altijd mis omdat er geen continuïteit in het overleg is transmuraal.' [Citaat ZHS 4: SW-ZH-CP in ZH eigen thuis-redenen, ref 1]

'Uiteindelijk denk ik dat het rond technische zaken binnen de geriatrie niet zozeer is dat we iets echt in het ziekenhuis gaan houden o.w.v. de zorgaspecten. De techniciteit op zich, denk ik, is daar minder bepalend dan eerder de intensiteit en de complexiteit van de zorg die nodig is. (...) Het faalt, denk ik, dikwijls op, ja, de aanwezigheid van mantelzorgers om wat continuïteit te bieden overdag omdat professionele zorg sowieso discontinu is. (...) Nachtelijke zorg, 's avonds, continue aanwezigheid zonder een mantelzorger die dat ook mee op zich kan nemen in overleg met professionele thuiszorg of verpleegkundigen, dan zie je dat dat inderdaad binnen het ziekenhuis komt. (...) Thuisbeademingen en thuisdialyses zijn ook zaken die kunnen, maar waarom kan de ene wel thuis, de andere niet, dan heeft het dikwijls toch te maken met de complexiteit van zorgen of het profiel van de patiënt. [Citaat ZHS 3: SW-ZH-CP in ZH, eigen thuis-redenen, ref 3]

Tenslotte geeft een aantal medisch specialisten aan dat er ook prestaties zijn die momenteel niet worden gedelegeerd of voorgeschreven aan de thuiszorg en die naar de toekomst toe ook niet zullen worden gedelegeerd of voorgeschreven. Hierbij gaat het om technische onderzoeken, zoals radiografie, echografie, echoscopie die de infrastructuur vragen van een ziekenhuis of prestaties die een meer specifieke of specialistische apparatuur vragen, die in de thuiszorg niet voorhanden is of niet betaalbaar is of prestaties die een specialistische of bijkomende kennis vereisen, waar niet elke huisarts over beschikt en die wettelijk gezien niet door verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd. Eén medisch specialist geeft ook aan dat bloedtransfusies niet thuis horen in de thuiszorg, omdat een dergelijke handeling niet alleen de aanwezigheid van een verpleegkundige over meerdere uren vereist met kennis van zaken met betrekking tot allergische reacties en mogelijke complicaties, maar ook een huisarts met kennis van zaken.

'Ik moet eerlijk zeggen dat ik een bloedtransfusie thuis niet goed zie zitten. Ge kunt als huisdokter zeggen, ik ga starten met een bloedtransfusie, maar ge kunt daar niet de hele transfusie blijven bij zitten, en wat gaat ge doen als de patiënt begint rilkooorts te doen, als hij een transfusiëreactie doet en als hij een transfusiëreactie doet, wat doet ge dan, de patiënt dan in ene keer in de honderd steken? Ik zie die zaken toch precies liever in het ziekenhuis gebeuren en ook de indicatiestelling, want als ge dus dit gaat overlaten aan de gemiddelde huisdokter, één, die heeft weinig ervaring met bloedtransfusies, die gaat dus zeggen ah, ik moet regelmatig bloed trekken want ik kan nu een bloedtransfusie geven, dus die gaan dan op een bepaald moment iedere keer als de hemoglobine onder de tien is, dan gaan die alarm slaan en zeggen, hier is bloed nodig. En dan gaan we dus bij vele mensen té veel bloedcontroles laten gebeuren. En daar gaan waarschijnlijk te veel bloedtransfusies gebeuren want ge moet dat alleen doen als ge de patiënt daarmee helpt. Ook chemotherapie, de deskundigheid van het bereiden van de chemotherapie, het steriel bewerken, het inspuiten aan het juiste tempo, het meegeven van antibraakmiddelen, van corticoïden bij sommigen die wat allergie kunnen veroorzaken, dus ik denk dat dat een aparte deskundigheid vergt.' [Citaat ZHS 6: Free nodes-TP die niet worden voorgeschreven door ZHS, ref 1]

Een medisch specialist haalt aan dat hij/zij het debrideren van een wonde en TPA, een specifieke wijze van windelen, niet voorschrijft of delegeert naar de thuiszorg toe, tenzij er een overleg heeft plaatsgevonden met de thuisverpleegkundige en er op basis van de aanwezige

kennis en competentie een compromis wordt uitgewerkt. Verder haalt deze medisch specialist de VAC- en larventherapie aan, omdat dit contextueel niet mogelijk is thuis. Een andere medisch specialist geeft aan dat bepaalde complexe wondzorgen het ziekenhuis niet verlaten wanneer er sprake is van een complexe samenhang van factoren: een gebrek aan ervaring van thuisverpleegkundigen en de psychosociale context thuis, waarbij de patiënt onvoldoende omringd is thuis wat het risico op decubitus verhoogt. Deze medisch specialist benadrukt dat elke situatie afzonderlijk wordt bekeken en dat er overleg plaatsvindt met de thuiszorg, zodat de situatie correct kan worden ingeschat.

1.7 Prestaties die men regelmatig niet kan uitvoeren

De thuisverpleegkundigen geven aan dat 'geen tijd' geen excuus mag zijn om prestaties niet uit te voeren. In het kader van het belang voor de patiënt vindt men het belangrijk dat alle prestaties worden uitgevoerd. De patiënt heeft deze zorg op dat moment nodig, dus uitstellen naar een volgende dag, gebeurt, volgens de thuisverpleegkundigen, quasi nooit. Het kan wel gebeuren dat men door een crisissituatie bij een andere patiënt of door autopech, of andere omstandigheden, vertraging oploopt, maar dan worden de patiënten hiervan op de hoogte gebracht en worden de prestaties ofwel met vertraging uitgevoerd, ofwel verschoven naar een later tijdstip op dezelfde dag.

Indien er toch prestaties zijn, die niet worden uitgevoerd, heeft dit meestal te maken met het feit dat de patiënt ontslaan is uit het ziekenhuis op een vrijdagmiddag of vrijdagavond en dat het benodigde materiaal niet werd meegegeven en er geen apotheek meer open is of dat het voorschrift onduidelijk is en men eerst de behandelende arts wenst te contacteren alvorens de zorg te starten. Soms gebeurt het dat de thuisverpleegkundige voor de deur van de patiënt staat en hij/zij de mantelzorger of huisarts eerst moet contacteren om te vernemen dat de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis. Wanneer de thuisverpleegkundige op de hoogte is van het feit dat de patiënt, bijvoorbeeld, naar het ziekenhuis moet voor een onderzoek, dan geven ze de insuline-inspuiting mee met de patiënt, zodat deze kan worden gegeven door de ziekenhuisverpleegkundige of voeren ze een wondzorg niet uit, daar deze toch opnieuw moet worden gedaan in het kabinet van de arts. Sommige patiënten geven gemakkelijk aan dat ze niet moet komen om hen te wassen, maar hierbij vinden de thuisverpleegkundigen het belangrijk de patiënt zoveel mogelijk te stimuleren om de zorg toch te laten uitvoeren, in plaats van hieraan toe te geven en gewoon weg te gaan. Het kan gebeuren dat de thuisverpleegkundige ervoor opteert een insuline inspuiting niet toe te dienen, wanneer de glycemiewaarden van die aard zijn dat een overleg is vereist met de behandelende arts.

Een thuisverpleegkundige legt uit dat wanneer men een zware ronde uit te voeren heeft en een patiënt vraagt om een bed op te dekken of de gordijnen open te trekken, terwijl er een mantelzorger aanwezig is, dat dat dan een reden is om die zorg niet uit te voeren. Een palliatieve patiënt op de ronde is vaak tijdsintensief en wanneer men ziet dat het uitloopt, kan het gebeuren dat men een collega contacteert om te vragen of hij/zij enkele patiënten zou willen overnemen. Heel zelden gebeurt het eens dat de thuisverpleegkundige de patiënt gewoon vergeten is of dat de dag verkeerd geregistreerd staat op de werklíst. Hierbij geven de verpleegkundigen wel aan dat de patiënten van vandaag mondig genoeg zijn om hen daarvoor op te bellen om te vragen waar ze blijven.

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen is reeds geconfronteerd geweest met prestaties die ze minder goed kennen of kunnen uitvoeren, maar dit is voor hen geen reden om deze prestaties niet uit te voeren: ofwel nemen ze contact op met het ziekenhuis om uitleg te krijgen over de prestatie, ofwel gaan ze langs in het ziekenhuis voor de patiënt naar huis komt om de zorg in te oefenen, ofwel nemen ze contact op met een referentieverpleegkundige voor advies, of komt de referentieverpleegkundige ter plaatse om het voor te doen of hen te begeleiden, ofwel zeggen ze aan de patiënt dat ze later op de dag terugkomen en gaan ze eerst naar de afdeling om informatie over de prestatie in te winnen of om later samen met een referentieverpleegkundige de zorg uit te voeren.

De thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat het in sommige situaties niet evident is om prestaties uit te voeren. Zo zijn psychiatrische patiënten vaak zeer onvoorspelbaar in hun gedrag: soms willen ze de deur niet open doen, waardoor men later moet terugkeren of soms werken ze tijdens de verzorging tegen in plaats van mee, waardoor men vertraging oploopt. Dergelijke situaties bemoeilijken het uitvoeren van de zorg, maar ze zijn voor de thuisverpleegkundigen geen reden om de zorg niet uit te voeren.

1.8 Prestaties waarvoor thuisverpleegkundigen zich niet willen engageren

Alle thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat zij zich in de uitvoering van prestaties niet altijd even zeker of competent voelen. Zo geven sommige verpleegkundigen aan dat zij nog nooit geconfronteerd zijn geweest met euthanasie en dat hen dit toch wel schrik inboezemt. De vraag van een patiënt naar euthanasie is voor de thuisverpleegkundigen sowieso een emotioneel zware vraag, maar wanneer deze vraag niet conform het wettelijk kader wordt gesteld, weigert men op deze vraag in te gaan, ook al resulteert dit in een conflictsituatie met de patiënt.

Uit het verhaal van de thuisverpleegkundigen is heel duidelijk af te leiden dat zij heel leergierig zijn: prestaties die ze nog niet vaak hebben moeten uitvoeren, grijpen ze eerder aan als een reden om ze te leren uitvoeren, dan om ze niet uit te voeren. Verder zijn ze ook bereid om andere disciplines te contacteren of om experts erbij te roepen, zodat ze die prestaties vlot leren uitvoeren. De juridische aansprakelijkheid rond het uitvoeren van prestaties is iets waar de thuisverpleegkundigen niet echt wakker van liggen: ze willen alle zorgen uitvoeren die verpleegkundig gezien tot hun takenpakket behoren en die wettelijk door hen mogen worden uitgevoerd.

Een thuisverpleegkundige geeft aan dat hij/zij liever de basiszorg blijft uitvoeren, terwijl de complexe prestaties, die een intensieve bijscholing vragen, best in het ziekenhuis blijven. Deze thuisverpleegkundige geeft ook aan dat hij/zij geen prestaties wil uitvoeren, waarvoor er 24 uur op 24 uur toezicht nodig is, in die zin dat hij/zij niet regelmatig 's nachts wil worden opgeroepen. Een andere thuisverpleegkundige geeft duidelijk aan dat hij/zij alle zorgen wil uitvoeren, maar dat er ook financieel iets moet tegenover staan.

1.9 24-uursregistratie door de thuisverpleegkundigen

Lot 1: Deliverable 3: 'Beschrijving van het terrein betreffende de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg in België'

Zoals toegelicht in het hoofdstuk 'methodologie' werd de thuisverpleegkundigen gevraagd om tijdens een opeenvolgende periode van 24 uur de uitgevoerde activiteiten/prestaties te registreren (cf. bijlage 1B). De bewerking en de statistische verwerking van de gegevens, die werden verkregen via de 24-uursregistratie, gebeurden met SPSS, waarbij in eerste instantie gebruik werd gemaakt van frequentietabellen. In de interpretatie van de resultaten dient er rekening mee te worden gehouden dat het gaat om globale resultaten, dit wil zeggen dat er geen rekening werd gehouden met het feit dat de 24-uursregistratie voor sommige thuisverpleegkundigen betrekking had op een voormiddag, een namiddag én een avond (n=2), terwijl dit voor andere thuisverpleegkundigen betrekking had op een voormiddag (n=3), op een voormiddag én een avond (n=5), of op een voormiddag én een namiddag (n=5).

In totaal hebben de thuisverpleegkundigen in deze studie (n=15) 1038 prestaties uitgevoerd bij 389 patiënten met een gemiddelde van 2,67 prestaties per patiënt. De thuisverpleegkundigen in deze studie hebben gemiddeld 5,12 minuten (SD=4,32) besteed aan de verplaatsing van patiënt naar patiënt met een maximum van 31 minuten en een minimum van 0 minuten, wanneer er, bijvoorbeeld, zorgen werden uitgevoerd bij meerdere personen binnen éénzelfde gezin of bij meerdere personen binnen éénzelfde instelling. In deze studie waren de thuisverpleegkundigen gemiddeld 14,54 minuten (SD=11,63) bij de patiënt ter plaatse met een maximum van 105 minuten en een minimum van 2 minuten.

In dit onderzoek werd de thuisverpleegkundigen ook gevraagd om aan te geven bij welk type van patiënt de geregistreerde zorgen werden uitgevoerd (cf. Tabel 5). Binnen het huidige financieringssysteem in de thuisverpleging kunnen de patiënten, die door thuisverpleegkundigen worden verzorgd/bezocht, onderverdeeld worden in twee grote categorieën: patiënten waarbij de verpleegkundige zorg wordt vergoed per prestatie en patiënten waarbij de verpleegkundige zorg forfaitair wordt vergoed. Patiënten met vergoeding per prestatie worden ook wel nomenclatuurpatiënten genoemd, verwijzend naar de nomenclatuur van de verpleegkundige prestaties van het Riziv: elke afzonderlijke prestatie waarvoor in de nomenclatuur van het Riziv een nomenclatuurnummer voorzien is, wordt aan de patiënt afzonderlijk aangerekend en afzonderlijk vergoed (bv. hygiënische zorg, wondzorg, insputingen, enz.). De financiering van deze zorg bestaat dus uit een zuivere vergoeding per prestatie. Patiënten met een forfaitaire vergoeding van de verpleegkundige zorg worden aangeduid als forfaitpatiënten. De forfaitaire vergoeding dekt voor deze patiënten in principe alle verpleegkundige zorg gedurende de hele dag, ongeacht het aantal bezoeken dat hiervoor nodig is en inclusief de verplichte hygiënische zorg. De forfaitaire vergoeding is voorzien voor patiënten met een hogere zorgafhankelijkheid. Met behulp van de Katzschaal wordt bepaald of een patiënt voldoende zorgafhankelijk is (op het vlak van de ADL) voor het forfaitaire vergoedingssysteem. Binnen de forfaitaire vergoeding wordt er naargelang de score op de Katzschaal een onderscheid gemaakt tussen drie vergoedingsniveaus in functie van toenemende zorgafhankelijkheid: forfait A, forfait B, forfait C, en palliatief forfait A, palliatief forfait B en palliatief forfait C voor palliatieve patiënten. De criteria voor het bepalen van het niveau van de forfaitaire vergoeding in de thuisverpleging zijn verschillend van de criteria die in rusthuizen, rust-en verzorgingstehuizen en dagverzorgingscentra worden gebruikt.

Het merendeel van de activiteiten/prestaties in deze studie werd uitgevoerd bij patiënten die niet werden geregistreerd als een forfaitpatiënt (51,0%). Verder werden er in deze studie voornamelijk zorgen uitgevoerd bij forfait A patiënten (18,3%), gevolgd door forfait B (17,5%) en forfait C patiënten (10,6%).

Tabel 5: Overzicht type patiënt

	n	%
Geen forfait	198	51,0
Forfait A	71	18,3
Forfait B	68	17,5
Forfait C	41	10,6
Palliatief A	5	1,3
Palliatief C	2	0,5
Niet vermeld	3	0,8
Totaal	388	100

De zorgen of activiteiten/prestaties die de thuisverpleegkundigen in deze studie hebben uitgevoerd, kunnen worden ondergebracht in 11 categorieën (cf. Tabel 6): hygiëne (inclusief hygiënische zorg, mobiliteit/positioneren, kleden, uitscheiding, algemeen/afwerking en huidzorg, zoals het aanbrengen van een crème), insputingen (SC, IM, IV, ...), observatie/surveillance (inclusief preventie), medicatie (zoals klaarzetten, toedienen), wondzorg/verband, specifieke handeling (zoals blaassondage, porth-a-cath spoeling), communicatie en samenwerking met de patiënt/familie en andere zorgverleners en settings, administratie (zoals verpleegdossier raadplegen en invullen), omgevingsgerelateerde zorg (zoals badkamer opruimen), IADL zorgen (zoals postbus leegmaken) en organisatie van de zorg (zoals materiaal bestellen).

Het merendeel van de uitgevoerde activiteiten/prestaties in deze studie blijkt gerelateerd te zijn aan de categorie 'hygiëne' (41,7%) en meer bepaald aan de hygiënische zorg van een patiënt (19,7%). Verder werden er voornamelijk activiteiten/prestaties uitgevoerd uit de categorie 'inspuitingen' (12%), gevolgd door activiteiten/prestaties uit de categorie 'observatie/surveillance' (11,1%) en 'medicatie' (9%). Uit tabel 6 kan een belangrijke vaststelling worden gedaan, namelijk de thuisverpleegkundigen in deze studie hebben een aanzienlijk aantal activiteiten/prestaties uitgevoerd uit de categorieën 'observatie' (11,1% van de uitgevoerde prestaties), 'medicatie' (9%) en 'communicatie en samenwerking' (5,7%), terwijl het hier gaat om activiteiten/prestaties die niet worden vergoed via het huidige financieringssysteem in de thuisverpleging.

De 62 prestaties die in deze studie onder de specifieke handelingen worden gecategoriseerd hebben betrekking op: compressietherapie (n=52), port-a cath spoeling (n=1), zuurstoftoediening (n=1), blaasspoeling (n=2), bloedafname (n=1), lavement (n=4), en sondevoeding toedienen (n=1).

Tabel 6: Overzicht uitgevoerde zorgen

Uitgevoerde zorgen	n	%
Hygiëne:	434	41,7
<i>Hygiënische zorg</i>	205	1,7
<i>Mobiliteit/positioneren</i>	95	9,1
<i>Kleden</i>	69	6,6
<i>Uitscheiding</i>	33	3,2
<i>Algemeen/afwerking</i>	21	2,0
<i>Huidzorg</i>	11	1,1
Inspuitingen	125	12
Observatie/Surveillance	115	11,1
Medicatie	93	9,0
Wondzorg/verband	68	6,5
Specifieke handeling	62	6,0
Communicatie/Samenwerking	59	5,7
Administratie	29	2,9
Omgeving	27	2,6
IADL	23	2,2
Organisatie van zorg	3	0,3
Totaal	1038	100

Eerder werd reeds aangegeven dat de thuisverpleegkundigen in deze studie gemiddeld 14,54 minuten (SD=11,63) bij de patiënt ter plaatse waren. Uit tabel 7 kan worden afgeleid dat zij, met een gemiddelde van 11,18 minuten, de meeste tijd hebben besteed aan de hygiënische verzorging van de patiënt, gevolgd door activiteiten/prestaties uit de categorie 'communicatie/samenwerking' met een gemiddelde van 6,92 minuten en uit de categorie 'wondzorg' met een gemiddelde van 6,54 minuten. Ook hier is het opmerkelijk vast te stellen dat de thuisverpleegkundigen in deze studie veel tijd hebben besteed aan communicatie en samenwerking rond de patiënt, terwijl deze activiteiten/prestaties niet worden vergoed via de thuisverpleegkundige nomenclatuur. Bovendien kan zowel uit tabel 6 als uit tabel 7 worden afgeleid dat de activiteiten/prestaties van de thuisverpleegkundigen in deze studie niet enkel

gericht zijn op zuiver technische prestaties, maar ook op intellectuele prestaties, zoals communicatie, samenwerking en observatie/preventie. Voor activiteiten/prestaties uit de categorie 'organisatie van zorg' werd er geen gemiddelde tijdsbesteding weergegeven, daar deze activiteiten/prestaties maar 3 keer werden geregistreerd (cf. Tabel 6).

Tabel 7: Overzicht uitgevoerde zorgen in functie van de gemiddelde tijdsbesteding

Uitgevoerde zorgen	Gemiddelde tijd	Standaard deviatie
Hygiëne:		
Hygiënische zorg	11,18	6,44
Mobiliteit/positioneren	2,79	1,56
Kleden	5,16	2,59
Uitscheiding	2,50	1,69
Algemeen/afwerking	1,71	0,76
Huidzorg	3,00	3,32
Inspuitingen	3,04	3,04
Observatie/Surveillance	1,32	0,96
Medicatie	2,75	2,50
Wondzorg/verband	6,54	6,46
Specifieke handeling	2,81	1,36
Communicatie/Samenwerking	6,92	6,33
Administratie	1,21	0,72
Omgeving	1,67	0,58
IADL	1,50	0,87
Organisatie van zorg		

In tabel 8 worden de uitgevoerde zorgen in deze studie weergegeven in functie van het type patiënt. De zorgen die werden uitgevoerd bij palliatieve patiënten zijn weergegeven in grijs, omdat het hier maar gaat om 7 palliatieve patiënten: 5 palliatieve forfait A en 2 palliatieve forfait C patiënten. Ook de categorie 'organisatie van zorg' werd weergegeven in grijs, daar deze activiteiten/prestaties maar 3 keer werden geregistreerd. Deze aantallen zijn te beperkt om een trend in te ontdekken of conclusies uit te trekken, waardoor er verder niet wordt ingegaan op deze resultaten.

Uit tabel 8 kan worden afgeleid dat de uitgevoerde activiteiten/prestaties uit de categorie 'hygiëne' vrij evenwichtig verdeeld zijn over de forfaitpatiënten en de 'geen forfaitpatiënten'. Prestaties met betrekking tot 'mobiliteit/positioneren' en 'uitscheiding' werden iets minder uitgevoerd bij 'geen forfaitpatiënten' (respectievelijk 5,4% en 9,1%), terwijl de activiteiten/prestaties met betrekking tot 'algemeen/afwerking' minder werden uitgevoerd bij forfait A patiënten (10,0%) en de activiteiten/prestaties met betrekking tot 'huidzorg' en 'kleden' minder werden uitgevoerd bij forfait C patiënten (respectievelijk 9,1% en 10,1%). Verder blijkt dat de activiteiten/prestaties uit de categorieën 'inspuitingen', 'observatie/surveillance', 'medicatie', 'wondzorg/verband', 'specifieke handeling', 'administratie' en 'omgeving' meer werden uitgevoerd bij 'geen forfaitpatiënten' (respectievelijk 75,0%, 60,9%, 45,7%, 53,1%, 57,4%, 51,9% en 37%), terwijl de activiteiten/prestaties uit de categorie 'communicatie/samenwerking' vrij evenwichtig verdeeld werden uitgevoerd bij de 'geen forfaitpatiënten' en de forfaitpatiënten, waaruit kan worden geconcludeerd dat deze categorie van activiteiten/prestaties deel uitmaakt van de kern van het thuisverpleegkundig beroep: het

uitvoeren van deze prestaties is niet gerelateerd aan het type van patiënt noch aan de pathologie van de te verzorgen patiënt.

Tabel 8: Overzicht uitgevoerde zorgen naar type patiënt

Uitgevoerde zorgen	Geen forfait	Forfait A	Forfait B	Forfait C	Palliatief forfait A	Palliatief forfait C
Hygiëne:						
<i>Hygiënische zorg</i>	25,1%	25,6%	28,1%	19,2%	1,5%	0,5%
<i>Mobiliteit/positioneren</i>	5,4%	12,9%	47,3%	33,3%	0%	1,1%
<i>Kleden</i>	24,6%	29%	36,2%	10,1%	0%	0%
<i>Uitscheiding</i>	9,1%	24,2%	36,4%	30,3%	0%	0%
<i>Algemeen/afwerking</i>	40,0%	10,0%	15,0%	30,0%	5,0%	0%
<i>Huidzorg</i>	36,4%	36,4%	18,2%	9,1%	0%	0%
Inspuitingen	75,0%	13,7%	4,8%	4,8%	0,8%	0,8%
Observatie/Surveillance	60,9%	19,1%	10,4%	5,2%	3,5%	0,9%
Medicatie	45,7%	29,3%	15,2%	7,6%	2,2%	0%
Wondzorg/verband	53,1%	10,9%	20,3%	14,1%	0%	1,6%
Specifieke handeling	57,4%	14,8%	16,4%	9,8%	1,6%	0%
Communicatie/Samenwerking	27,6%	24,1%	22,4%	19,0%	6,9%	0%
Administratie	51,9%	25,9%	7,4%	7,4%	7,4%	0%
Omgeving	37%	14,8%	33,3%	14,8%	0,0%	0%
IADL	30,4%	17,4%	43,5%	8,7%	0%	0%
<i>Organisatie van zorg</i>	0%	66,7%	33,3%	0%	0%	0%

2. SAMENWERKINGSMODELLEN

Lot 2: Deliverable 5: 'Samenwerkingsmodellen: beschrijving, kritische analyse & voorstel en aanbevelingen'

2.1 Samenwerking in de thuiszorg: organisatie en verloop

De thuisverpleegkundigen en de huisartsen in deze studie schetsen een gelijkaardig beeld van de actoren die aan huis van de patiënt komen, namelijk zichzelf, de diëtist, kinesist, logopedist, gezins- en bejaardenhulp, pedicure, warme maaltijden, familie en vrienden, OCMW, een sociaal assistent/medewerker, netwerk palliatieve zorgen en zorgverleners vanuit het ziekenhuis, zoals de sociaal assistent en soms ook ziekenhuisverpleegkundigen. De huisartsen, alsook een aantal thuisverpleegkundigen, geven aan dat de huisarts de zorg rond de patiënt organiseert, dat hij/zij de gewenste actoren contacteert en de doelstellingen van de uit te voeren zorg bepaalt.

Uit het verhaal van de thuisverpleegkundigen is af te leiden dat er meestal enkel sprake is van samenwerking op het moment dat een zorg complex is/wordt of dat er zich problemen voordoen in de thuissituatie, zoals een overbelasting van de mantelzorg, een veranderde gezinssituatie of een veranderde mentale/fysieke toestand van de patiënt/mantelzorg. Op dat moment wordt er hetzij formeel, hetzij informeel een samenwerking georganiseerd onder allerlei vormen,

gaande van een patiëntenoverleg, het opstarten van een 'multidisciplinair team', het werken met een zorgplan, het werken met een thuiszorgdossier, het werken met een communicatieschrijftje, het telefonisch bespreken van een zorgsituatie tot het gebruik van het internet als communicatiemiddel. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen geeft aan dat de huisarts de spilfiguur is in het organiseren van de multidisciplinaire samenwerking rond de patiënt, maar dat zij als thuisverpleegkundigen een cruciale rol spelen in het detecteren en kenbaar maken van problemen. Wanneer de verpleegkundigen, die werken in dienstverband, bij de patiënt thuis worden geconfronteerd met een probleem of met een complexe zorgsituatie, zal dit in eerste instantie worden gesignaleerd aan de hoofdverpleegkundige, waarna de zorgsituatie zal worden besproken op het patiëntenoverleg. In geval de zorgsituatie intern niet kan worden uitgeklaard, dan zal dit, meestal, door de hoofdverpleegkundige telefonisch worden gesignaleerd aan de huisarts, terwijl de zelfstandige thuisverpleegkundigen onmiddellijk contact opnemen met de huisarts, gevolgd door het voorstel om een multidisciplinair teamoverleg op te starten. Vervolgens wordt er een thuiszorgcoördinator aangeduid, die verantwoordelijk is voor het samenbrengen van de betrokken hulpverleners. Een multidisciplinair teamoverleg kan zowel bij de patiënt thuis worden georganiseerd, bij de dienst voor thuisverpleging, of bij de huisarts, als op neutraal terrein, bijvoorbeeld binnen het lokale OCMW. De samenstelling van het multidisciplinair team wisselt van zorgsituatie tot zorgsituatie, maar aangehaalde actoren zijn de thuisverpleegkundige, de huisarts, de patiënt en/of familie, de kinesist, een vertegenwoordiger van de dienst Gezins- en Bejaardenhulp, en een vertegenwoordiger van de sociale diensten. Binnen dit team wordt een zorgenplan opgemaakt, zodat er duidelijke afspraken kunnen worden gemaakt rond de zorg en over wie wat op zich neemt. Verder geven enkele thuisverpleegkundigen aan dat er soms vanuit de sociale dienst van het ziekenhuis een teamoverleg wordt georganiseerd, waarop de thuisverpleging wordt uitgenodigd met als doel het ontslag van een patiënt met een complexe zorgsituatie voor te bereiden. Tenslotte blijken de thuisverpleegkundigen ook informeel samen te werken met thuisgezondheidswerkers, meer bepaald via het organiseren van overlegmomenten met de betrokken hulpverleners, via het telefonisch contact met de betrokken hulpverleners, via email, via een thuiszorgdossier, patiëntendossier, communicatieschrijftje of gewoon losse blaadjes met als doel de uitwisseling van relevante informatie. Andere initiatieven die worden genomen zijn de maandelijkse organisatie van een 'Thuisgezondheidszorgoverleg', waarbij er contact wordt onderhouden met onder andere de dienst Gezins- en Bejaardenhulp, met de sociale diensten, en met de huisartsen, en het wekelijks organiseren van een overlegmoment met de huisartsen, waarop alle patiënten van de betrokken huisarts worden besproken.

De bovenstaande uiteenzetting wordt door de huisartsen in deze studie bevestigd. Zij benadrukken echter meer dat zij, bij ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis, in functie van de aanwezige noden en behoeften van de patiënt en altijd in samenspraak met de patiënt, de andere hulpverleners, waaronder de thuisverpleging, contacteren/inschakelen. Zij beschikken over een soort thuiszorgzakboekje, waarin de gegevens van alle hulpverleners in de regio terug te vinden zijn. Verder geven ze aan dat er formeel overleg wordt gepleegd dat resulteert in een zorgplan, maar dat er bij gebrek aan tijd, bijvoorbeeld in het geval van een palliatieve situatie, ook informeel overleg wordt georganiseerd met de betrokken actoren, waarbij de huisarts de coördinatie op zich neemt.

Algemeen gezien geven de thuisverpleegkundigen aan dat zij het meest frequent in contact komen met de huisarts en met Gezins- en Bejaardenhulp. Alle thuisverpleegkundigen in deze studie zijn van mening dat de kwaliteit van de samenwerking sterk individueel wordt bepaald. Met sommige huisartsen verloopt de samenwerking zeer goed en met andere huisartsen verloopt de samenwerking veel minder goed, wat volgens de verpleegkundigen vaak te maken heeft met het feit dat deze huisartsen de taken en de kennis en de kunde van de thuisverpleegkundigen minimaliseren. Enkele thuisverpleegkundigen geven aan dat de samenwerking met de kinesisten voor verbetering vatbaar is. Zij hebben vaak het gevoel dat zij hun werk moeten aanpassen aan de komst van de kinesist en dat dit door de kinesist ook als normaal wordt beschouwd.

Ook de huisartsen in deze studie zijn van mening dat de samenwerking met thuisverpleegkundigen afhankelijk is van organisatie tot organisatie en van individu tot individu.

Algemeen gezien zijn de huisartsen in deze studie van mening dat de samenwerking met de thuisverpleging vlot verloopt. Een aantal huisartsen geeft hierbij expliciet aan dat er een goede samenwerking is op het niveau van de individuele thuisverpleegkundige, maar dat ze het gevoel hebben dat het bestuur van enkele grote verpleegorganisaties deze verpleegkundigen oplegt om bepaalde dingen te doen, waarbij ze het terrein van de huisarts betreden, zoals het feit dat de thuisverpleegkundigen soms op eigen houtje behandelingen aanpassen of dat ze bij twijfels of vragen in de eerste plaats contact opnemen met een referentieverpleegkundige of met een medisch specialist in plaats van met de huisarts.

2.2 Samenwerking met het ziekenhuis

2.2.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen

De thuisverpleegkundigen geven aan dat zij binnen het ziekenhuis het meest frequent contact hebben met de (hoofd)verpleegkundigen van de afdeling waar de patiënt is of was opgenomen en met de sociale dienst, gevolgd door de medisch specialisten. Dit contact verloopt meestal telefonisch, per fax of persoonlijk. Het contact via email gebeurt eerder sporadisch.

De thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat de samenwerking sterk kan verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis, gaande van zeer vlot en een duidelijk wederzijdse interesse en engagement tot stroef en onbestaand. Verder zijn de thuisverpleegkundigen van mening dat de samenwerking zich meestal beperkt tot het regelen van het ontslag van een patiënt. Binnen de georganiseerde thuisverpleging gaan de 'contactverpleegkundigen' wekelijks naar het ziekenhuis om de opgenomen patiënten te bezoeken. Tijdens deze bezoeken wordt er informatie uitgewisseld met de hoofdverpleegkundige van de verpleegeenheid of wordt de uit te voeren zorg bijgewoond of wordt er langsgedaan bij de sociale dienst van het ziekenhuis of wordt er na het bezoek telefonisch contact opgenomen met de sociale dienst om het ontslag van de patiënt op te volgen en voor te bereiden. Soms worden ze gecontacteerd vanuit de sociale dienst van het ziekenhuis om het ontslag van een (nieuwe) patiënt te melden. Ze worden dan ook vaak uitgenodigd op een teamoverleg binnen het ziekenhuis om het ontslag van de patiënt gezamenlijk voor te bereiden (wat heeft de patiënt nodig wanneer hij thuiskomt, welke hulpverlening moet er worden ingeschakeld, enzovoort). Bij een dergelijke gelegenheid is het ook mogelijk de uit te voeren zorg op voorhand in te oefenen of bij te wonen. In sommige gevallen gaat de thuisverpleegkundige ook een kijkje nemen in de thuissituatie van de patiënt alvorens de patiënt naar huis komt om de eventuele knelpunten op te lossen. De zelfstandig werkende thuisverpleegkundigen geven drie mogelijke pistes aan: ofwel nemen ze zelf telefonisch contact op met de sociale dienst van het ziekenhuis of met de hoofdverpleegkundige van de desbetreffende verpleegeenheid om informatie in te winnen over de opgenomen patiënt of om de uit te voeren zorg bij te wonen, ofwel worden ze gecontacteerd door de sociale dienst met de melding dat de patiënt naar huis komt en met de vraag de zorg te komen bijwonen alvorens de patiënt naar huis gaat, ofwel worden ze via de huisarts op de hoogte gebracht van de thuiskomst van de patiënt.

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen adviseert de patiënten het patiëntendossier, alsook het diabetesdossier, wondzorgdossier en/of het communicatieschriftje mee te nemen bij opname in het ziekenhuis, maar meestal gebeurt dit niet uit vergetelheid, zeker wanneer het gaat om een acute opname. Sommige verpleegkundigen geven aan dat zij het patiëntendossier meegeven met de patiënt, maar dat de patiënt bij zijn/haar terugkeer dit dossier niet meer bij heeft, waardoor ze momenteel minder geneigd zijn om dit nog te doen. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen probeert wel om bij een geplande opname de medicatiefiche mee te geven met de patiënt, of bij een acute opname deze fiche te faxen naar het ziekenhuis, maar ze geven hierbij wel aan dat dit nog geen standaardactie is.

2.2.2 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten

De medisch specialisten in deze studie werken niet rechtstreeks samen met thuisverpleegkundigen. In eerste instantie gebeurt de samenwerking en communicatie vanuit het ziekenhuis steeds telefonisch, gevolgd door een persoonlijk contact met de

thuisverpleegkundige wanneer deze wordt uitgenodigd vanuit het ziekenhuis of wanneer deze spontaan langskomt. Enkele medisch specialisten geven zeer expliciet aan dat het in eerste instantie de patiënt is die beslist of een verdere verzorging thuis haalbaar is. Van zodra de patiënt en de familie/mantelzorg er 100% in gelooft, wordt het ontslag voorbereid met de actoren in de thuiszorg.

Enkele medisch specialisten geven aan dat de samenwerking en de communicatie meer per niveau plaatsvindt: de medisch specialisten communiceren met de huisartsen, en de sociale dienst en de ziekenhuisverpleegkundigen communiceren met de thuisverpleegkundigen. Daarnaast hebben sommige medisch specialisten het over georganiseerde teamvergaderingen binnen het ziekenhuis, waarop de thuisverpleging wordt uitgenodigd om het ontslag van hun patiënten voor te bereiden, en over beleidsvergaderingen waarop dan eerder het management in de thuisverpleging wordt uitgenodigd om de functionele richtlijnen uit te tekenen. Enkele medisch specialisten geven aan dat er voor patiënten, die multidisciplinair worden gevolgd, wekelijks een formeel overlegmoment wordt georganiseerd om concrete afspraken te maken met betrekking tot het ontslag van de patiënt en met betrekking tot de te volgen strategie om de thuisverpleging hiervan op de hoogte te brengen. Hierbij wordt steeds door de ziekenhuisverpleegkundige rechtstreeks contact opgenomen met de thuisverpleegkundige.

Een medisch specialist licht toe dat er voor zijn/haar specialisatie nieuwe medicatie op de markt is waardoor de patiënt kan worden aangeleerd de injectie zelf uit te voeren. Hierbij zijn drie scenario's mogelijk, ofwel wordt het injecteren overgelaten aan de thuisverpleging omwille van het feit dat de patiënt fysiek niet in staat is de injectie zelf uit te voeren, ofwel wordt aan de thuisverpleging gevraagd om het de patiënt aan te leren, ofwel krijgt de patiënt het nog aangeleerd tijdens zijn ziekenhuisverblijf binnen het zorgprogramma en dan hoeft er geen beroep te worden gedaan op de thuisverpleging. In dat kader geven enkele medisch specialisten aan dat er binnen het ziekenhuis een aantal verpleegkundigen halftijds werken als zelfstandig thuisverpleegkundige. Gezien zij deze verpleegkundigen persoonlijk kennen en op de hoogte zijn van hun competentie is dat voor hen een reden om patiënten uit de regio van deze verpleegkundigen naar hen door te verwijzen.

De medisch specialisten in deze studie zijn sterk voorstander van het feit dat thuisverpleegkundigen de uit te voeren zorg eerst komen inoefenen of komen bespreken alvorens de patiënt naar huis gaat. Sommige medisch specialisten geven aan dat dit nog veel te weinig gebeurt, terwijl dit volgens anderen nog totaal niet gebeurt.

Eénmaal de zorg wordt overgelaten aan de huisarts en de thuisverpleging, komen de patiënten op regelmatige basis op controle, zodat de evolutie kan worden opgevolgd en eventuele bijstellingen kunnen worden doorgegeven, hetzij telefonisch, hetzij schriftelijk via de patiënt. Verder geven enkele medisch specialisten aan dat zij de thuisverpleegkundigen aanmoedigen om contact op te nemen bij problemen of vragen, waarbij ze aangeven dat sommige thuisverpleegkundigen daar op in gaan, terwijl ze van anderen totaal niets meer horen.

'Als het een moeilijke patiënt is, schrijven wij heel vaak op het attest voor de thuiszorg een telefoonnummer. (...) Dus als 't niet goed gaat dan bellen ze ons, dan overleggen we, maar ze moeten bellen terwijl ze bij de patiënt zijn, omdat ze dan zien wat dat er nog in huis is dat ons kan depanneren. Als ze bellen dat er iets niet goed gaat, te nat bijvoorbeeld, dan dicteer ik een magistraal voorschrift. Ze laten dat door de huisdokter voorschrijven en de patiënt heeft het volgende keer mee. Hetzelfde met nota's die we in de boeken schrijven waar ze over mogen bellen of als ze een voorstel hebben van iets anders te doen, omdat de patiënt dat of dat nog liggen heeft of omdat zij denken dat dat beter is, of omdat ze vinden dat ons voorschrift niet aangepast is aan het leven van de patiënt of dat de patiënt daar teveel pijn van heeft en dat ons niet wilt vertellen, of dat de kostprijs te hoog is en de patiënt wil ons dat niet vertellen. Dat zijn allemaal zaken die de compliance kunnen beïnvloeden, wel dan bellen ze ons en dan overleggen we. Dat gaat tamelijk goed en ik heb daar absoluut geen problemen mee.' [Citaat ZHS 2: SW-ZH-Hoe georganiseerd, ref 2]

Enkele medisch specialisten geven expliciet aan dat zij het ontslag van een patiënt, die verder dient te worden verzorgd thuis, steeds overleggen met de thuisverpleging, zodat kan worden afgetoetst wat mogelijk is en wat niet.

Op de dienst palliatieve gebeurt de samenwerking met de thuisverpleging via het palliatief support team. Nadat de patiënt de wens heeft geuit thuis te willen sterven, neemt het palliatief support team contact op met de huisarts en met de thuisverpleging om na te gaan in welke mate zij zich competent voelen om deze zorg op zich te nemen en om het ontslag voor te bereiden. Wanneer de patiënt dan effectief naar huis gaat, wordt er een getypt verslag meegegeven, waar ook de telefoonnummers worden vermeld van het palliatief support team, de medicatie en de doelstellingen van de zorg.

Een medisch specialist legt uit dat men op de dienst geriatrie ontslagbrieven voorziet voor de thuiszorg met inbegrip van verslagen opgesteld door de ziekenhuisverpleegkundigen, kinesisten en ergotherapeuten, zodat de continuïteit van de zorg kan worden gewaarborgd. Dit initiatief staat echter nog niet voldoende op punt. De andere medisch specialisten sturen een officieel ontslagdocument naar de huisarts, waarbij sommige aangeven dat zij ook een brief voorzien voor de thuisverpleging en de kinesist. Het merendeel van de medisch specialisten in deze studie heeft geen weet van verslagen of documenten die worden verstuurd vanuit de thuisverpleging, maar ze vinden dit wel wenselijk. Een medisch specialist geeft aan dat er richtlijnen zijn ontwikkeld met betrekking tot wondzorg en dat deze worden meegegeven voor de thuisverpleging, maar met betrekking tot, bijvoorbeeld, het spoelen van een porth-a-cath zijn deze richtlijnen minder uitgewerkt, waardoor ze liever hebben dat de thuisverpleegkundigen deze zorg komen inoefenen in het ziekenhuis, zodat ze de techniek/procedure kunnen tonen.

2.2.3 Vanuit het perspectief van de huisartsen

De huisartsen in deze studie geven aan dat er sinds enkele jaren een overlegcommissie actief is, waarin huisartsen en medisch specialisten overleg plegen om de overgang tussen eerste en tweede lijn zoveel mogelijk te bevorderen. In dat kader werden er ook protocolovereenkomsten gesloten met de ziekenhuizen. Deze overeenkomsten worden verder opgevolgd door de plaatselijke huisartsenkringen en door de SIT's, die op hun beurt ook een overeenkomst hebben met de ziekenhuizen. Verder geven de huisartsen aan dat de sociale dienst van het ziekenhuis soms de thuiszorg regelt wanneer het gaat om complexe zorgsituaties, waarbij op voorhand een teamvergadering wordt vastgelegd met de actoren uit de thuiszorg. Het merendeel van de huisartsen is echter van mening dat dit eerder zelden het geval is.

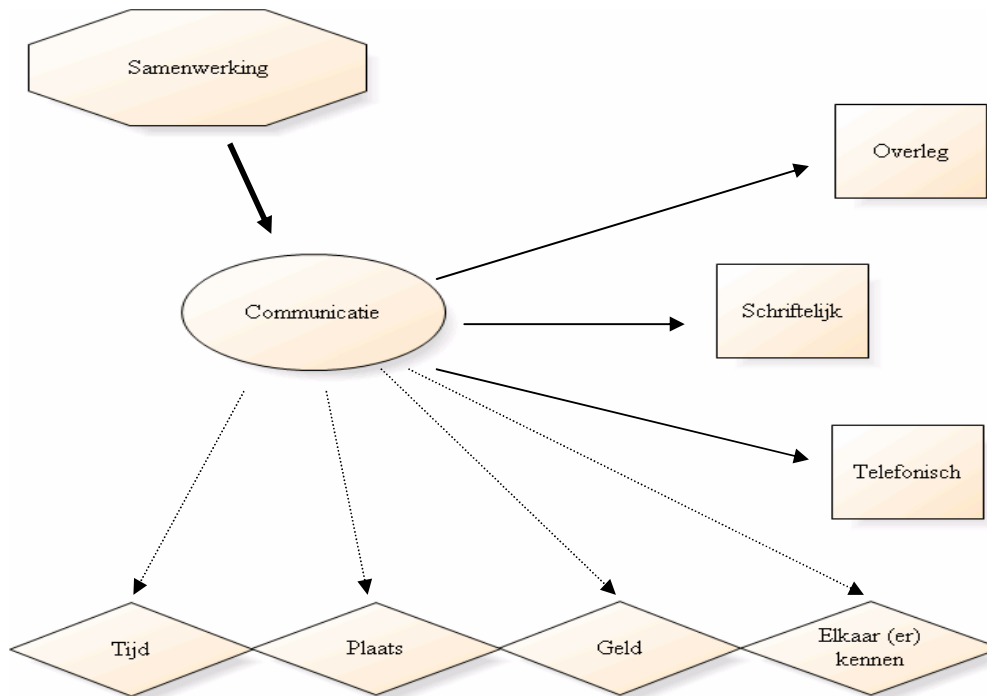
Ook de huisartsen zijn van mening dat de samenwerking met de ziekenhuizen zeer ziekenhuis- en dienstafhankelijk is. Het contact met de ziekenhuizen verloopt voor het merendeel van de huisartsen telefonisch. Een aantal huisartsen geeft aan dat zij meestal weten wanneer en op welk tijdstip de patiënt naar huis komt en dat ze meestal een elektronische ontslagbrief ontvangen enkele dagen voor het feitelijk ontslag. Met de psychiatrische ziekenhuizen verloopt de samenwerking blijkbaar iets minder vlot. De informatie verloopt nog maar zeer recent elektronisch en meestal ontvangen ze de informatie wanneer de patiënt reeds enkele dagen thuis is. Sommige huisartsen geven expliciet aan dat het ziekenhuis een deel van hun werkterrein tracht te domineren. Deze huisartsen geven hierbij aan dat deze beweging niet zozeer ingegeven is door de individuele specialist, maar wel door de directie en het beheer van het ziekenhuis, die specialisten dwingen om een aantal prestaties te doen, die ze misschien liever niet zouden verrichten.

'Het gekende probleem dat is dat de kliniek eigenlijk continu een deel van het vakgebied van de huisarts tracht in te palmen. Dat was 25 jaar geleden zo, dat is nu nog veel erger en men tracht daar toch een aureool aan te geven van wij werken samen, wij doen wat voor jullie, maar in feite gaat alles zijn oude gang van vroeger gewoon verder en nog erger uiteindelijk. Nu probeert men de zorg vanuit het ziekenhuis zelfs te dirigeren op ons terrein. (...) Dat men iemand, een verpleegkundige, uitstuurt naar de patiënt thuis, ofwel dat men de patiënt uitnodigt om een bepaalde zorg, zogezegd in dagopname, in het ziekenhuis te laten uitvoeren, die in feite perfect door de huisarts zou kunnen gebeuren, bv. port à cath doorspoelen. (...) Kijk, al die nieuwe zaken gelijk wondkliniek, ge hebt overal borstklinieken die zich al een paar jaren aan 't profileren zijn, nu hebben we ook een wondkliniek, ge hebt dus een aantal zaken die dus opkomen en die zich op

het terrein van de huisartsen aan het begeven zijn. Ze gaan straks ook voor een groot deel voor bloeddruk en glycemies mensen op de baan sturen om dat via de klinieken ook allemaal te bekijken, onder het mom dat wij zagezegd niet voldoende tijd hebben voor onze patiënten. Ter optimalisering gaan zij dus een gat, een nieuw gat creëren om op ons werkterrein te komen. Al dan niet gesponsord door de farmaceutische industrie die waarschijnlijk ook naar bloeddruk en diabetes toe, daar ook een gat in de markt ziet, dus dat zien wij ook komen, dus gesponsorde verpleegsters die ook een deel van ons terrein zullen bezetten. Ik denk dat dat de volgende jaren ook een new wave zal zijn.' [Citaat R1 FG 2]

Op basis van de samenwerkingsperspectieven van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie werd onderstaand schema (schema 3) opgesteld, waarin 'communicatie' de kern vormt van een goede samenwerking. Deze communicatie gebeurt voornamelijk telefonisch, maar kan ook gebeuren via persoonlijk overleg of schriftelijk. Tenslotte zijn er ook enkele factoren die medebepalend zijn voor een succesvolle communicatie: het kunnen vrijmaken van de nodige tijd, het vinden van een geschikte locatie, het vergoed krijgen van de geïnvesteerde tijd en energie en elkaar als disciplines herkennen en erkennen.

Schema: Samenwerking



Dit schema werd voorgelegd en bevestigd door het merendeel van de huisartsen in de focusgroepen.

2.3 Factoren die de samenwerking vandaag bevorderen

2.3.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen

Alle thuisverpleegkundigen in deze studie geven unaniem aan dat de samenwerking verschilt van huisarts tot huisarts, van ziekenhuis tot ziekenhuis en binnen het ziekenhuis van medisch specialist tot medisch specialist en dat een goede samenwerking met andere disciplines in de eerste plaats wordt bepaald door een goede en duidelijke communicatie. Uit het verhaal van de thuisverpleegkundigen is af te leiden dat de samenwerking met de huisartsen reeds een lange weg heeft afgelegd, waarbij men geëvolueerd is van een éénrichtingsverkeer naar een

samenwerking als partners, waarbij (h)erkenning van elkaars kennis, competenties en ervaring als heel belangrijk wordt beschouwd.

'Ik denk dat er vanuit de huisartsen inderdaad een stuk inzicht en herkenning is en anderzijds zachtjes aan de weg timmeren vanuit de verpleging en aantonen dat je competent bent en dat de patiënt centraal staat en dat je daar ook om bekommerd bent. Proberen open communicatie te creëren en gaandeweg bekom je dat wel.' [Citaat TVP 6 (2): (SW-bevorderende elementen vandaag, ref 3]

Het kunnen organiseren van een multidisciplinair teamoverleg wordt door de thuisverpleegkundigen beschouwd als bevorderlijk voor de communicatie en voor de samenwerking met andere disciplines. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie is van mening dat de organisatie van een teamoverleg vlot verloopt en dat de verschillende disciplines zich ook engageren voor een dergelijk teamoverleg. Verder geeft het merendeel van de thuisverpleegkundigen aan dat de samenwerking en de communicatie met huisartsen en met de hulpverleners in het ziekenhuis vrij vlot verloopt. Er zijn huisartsen waar de thuisverpleegkundigen heel vlot informatie van krijgen en vlot informatie aan verschaffen. Met betrekking tot de ziekenhuizen heeft men het gevoel dat zowel de ziekenhuisverpleegkundigen als de medisch specialisten open staan om uitleg en informatie te geven over uit te voeren prestaties en dat men ook gemakkelijk eens kan langsgaan om de uit te voeren prestaties in te oefenen. De thuisverpleegkundigen, die hier ervaring mee hebben, vinden het bestaan van zogenaamde 'contactverpleegkundigen' en 'doktersprojecten' bevorderlijk voor de samenwerking, gezien er op die manier op regelmatige basis ofwel een bezoek wordt gebracht aan de sociale dienst/verpleegeenheid waar de patiënten zijn opgenomen, ofwel een bezoek wordt gebracht aan de huisarts om de patiënten van deze huisarts te bespreken. Ook het bestaan van referentieverpleegkundigen blijkt een niet te onderschatten meerwaarde in te houden voor het thuisverpleegkundig beroep. Deze referentieverpleegkundigen zijn niet alleen belangrijk ter ondersteuning van de thuisverpleegkundigen, maar ook in de samenwerking met andere disciplines. De thuisverpleegkundigen in de studie hebben het gevoel dat het merendeel van de huisartsen deze expertise appreciëren en ook zelf regelmatig beroep doen op de kennis/expertise van deze referentieverpleegkundigen.

'Wij zijn ons eigenlijk ook fel gaan specialiseren op bepaalde dingen. Vroeger, toen ik begon, dan waren er geen referentiedomeinen. Huisartsen zien dat ook in, hè. Tijdens die contacten zeggen huisartsen ook van: amai zeg, gij hebt voor iedere zorg wel wat, aan iedere zorg hangt er wel iemand aan vast die daarin gespecialiseerd is. Huisartsen vinden dat dus ook een enorme meerwaarde hè. In het vorige contact met mijn huisdokter heeft hij gevraagd van: zeg die referentieverpleegkundige inzake wondzorg, zou die niet eens een vorming kunnen komen geven voor ons LOK, want eigenlijk weten wij toch weinig over wondzorg en de materialen en de zalven enzo en gij zijt daar eigenlijk beter van op de hoogte. Dus dat is toch een teken dat ze ons naar waarde weten te schatten. (...) [Citaat TVP 11(2): Free nodes- beeldvorming thuiszorg, ref 2]

Verder geven de thuisverpleegkundigen aan dat het op regelmatige basis volgen van bijscholing ook bevorderlijk is voor de multidisciplinaire samenwerking. Het gaat hier niet alleen om het feit dat men op die manier communiceert met kennis van zaken, maar ook dat men tijdens de bijscholingen vaak in contact komt met andere hulpverleners, waaronder voornamelijk huisartsen, die dezelfde bijscholing volgen. De thuisverpleegkundigen zijn immers sterk van mening dat de samenwerking en de communicatie veel vlotter verloopt wanneer men elkaar eens heeft gezien en persoonlijk contact heeft gehad.

Twee thuisverpleegkundigen in deze studie geven expliciet aan dat de SIT's en GDT's een belangrijke aanzet zijn in het tot stand brengen van het besef dat de bestaande disciplines meer samen moeten werken in plaats van naast elkaar te werken. Eén loontrekkende thuisverpleegkundige gaf expliciet te kennen dat het werken binnen een organisatie voor thuisverpleging een bevorderlijk element is in de samenwerking met andere disciplines.

'Dat is begonnen met dokterscontacten, dat is verder uitgebreid naar de ziekenhuizen, nu zijn we bezig om ook naar specialisten toe, contacten te leggen dus. Dus eigenlijk hebben we dat aan de organisatie zelf te danken ja. (...) Want als ik dan dat werk met die Epidermolysis Bulosa bekijk,

dus ze hebben mij dat gevraagd om dat te doen, ik moest dat kindje gaan verzorgen, ik wist daar eigenlijk niet veel van, ik ben onmiddellijk naar hier (organisatie) gekomen en ik ben naar de directie gegaan en ik heb gezegd van: kijk, sorry maar als jij wilt dat ik dat kind optimaal verzorg dan moet ge mij helpen en dan moet ge mij de kans geven om mij bij te scholen in die dingen. Dus ik ben naar vormingen mogen gaan, ik ben aan dat werk mogen beginnen, dus ik voel dat ik gesteund wordt en dan kunt ge pas verder, anders dan gaat het niet hè. (...) [Citaat TVP 11 (2): SW-bevorderende elementen vandaag, ref 2 &3]

2.3.2 Vanuit het perspectief van de huisartsen

De huisartsen zijn ook van mening dat de kern van een goede samenwerking de communicatie is. Hierbij geven ze aan dat de komst van de SIT's een positieve rol hebben gespeeld in de communicatie met andere actoren, alsook het netwerk palliatieve zorgen, waar de thuiszorg beroep op kan doen bij vragen of problemen in palliatieve situaties. Alle huisartsen in deze studie zijn heel lovend over de competenties en kennis van de verpleegkundigen binnen het netwerk palliatieve zorgen, ook omdat zij perfect weten dat zij nooit in de plaats van de hulpverlener mogen komen en zich daar ook aan houden. Ook de laagdrempeligheid vinden ze een belangrijke factor in een goede samenwerking en communicatie. Enkele huisartsen geven aan dat het voor hen belangrijk is om bepaalde prestaties te laten uitvoeren door thuisverpleegkundigen, zoals glycemiecontroles van vier keer per dag, bloeddrukmeting van één keer per dag, omdat het gaat om prestaties die men niet zelf wil doen, daar dit financieel niet haalbaar zou zijn voor de patiënt. Verder heeft het merendeel van de huisartsen liever dat de thuisverpleegkundige hen een keer teveel contacteert dan te weinig. Vandaar ook het belang van die laagdrempeligheid.

Sommige huisartsen vinden georganiseerd overleg heel belangrijk met de betrokken actoren in de thuiszorg. Hierbij geven ze aan dat niet elk overleg wordt vergoed, maar dat hier toch de laatste jaren enige verbetering in is op te merken.

'Het is belangrijk dat dat overleg goed geleid wordt en dan denk ik bijvoorbeeld aan onze overlegcoördinatoren hier in X. Zij krijgen allemaal een opleiding om het overleg zo efficiënt mogelijk te doen aan de hand van draaiboeken en een to do lijst. Dus een overlegcoördinator heeft een lijst van zaken die moeten nagekeken worden, dat binnen het overleg aan bod moet gekomen zijn, en op het einde van de vergadering moet dat in principe volledig geweest zijn.'
[Citaat R6, FG1]

De terugstroom van patiënten op een vrijdagmiddag, voor een verlengd weekend of voor feestdagen wordt ook aangehaald door de huisartsen, maar zij zijn van mening dat dit al veel verbeterd is ten opzichte van enkele jaren geleden. Ze geven hierbij aan dat de protocolovereenkomsten en de oprichting van een overlegcommissie van huisartsen en medisch specialisten aan de basis liggen van deze verbetering, aangezien dergelijke ongemakken daar worden aangekaart.

In de samenwerking met de thuisverpleging vinden de huisartsen het belangrijk samen te kunnen werken met thuisverpleegkundigen, waarvan ze weten dat die hen gaan contacteren wanneer het nodig is en die hen adequate informatie verschaffen, die je niet veertien dagen nadien moet lezen in het dossier bij de patiënt thuis. Dit is belangrijk voor het opbouwen van een hechte vertrouwensrelatie, waarin de patiënt centraal staat. Enkele huisartsen geven hierbij expliciet aan dat het een beetje een zoeken is naar de thuisverpleegkundige die het best aansluit bij hun praktijk. Verder vinden ze het belangrijk dat de thuisverpleegkundige haar plaats kent binnen de hiërarchie.

Het merendeel van de huisartsen vindt het bevorderend te kunnen werken met gespecialiseerde thuisverpleegkundigen en thuisverpleegkundigen die niet alleen de zorg op zich leveren, maar ook de zorg rond de patiënt op zich nemen, zoals het bestellen van de nodige hulpmiddelen.

Het merendeel van de huisartsen in deze studie bevestigt het belang van elkaar kennen en (h)erkennen.

'Ik denk dat er voor alle facetten inspanningen gedaan worden om dat dusdanig te verbeteren. Elkaar kennen en erkennen. Vier keer per jaar hebben wij een algemene vergadering waar alle hulpverleners van de eerste lijn uitgenodigd worden, dus iedereen die actief is binnen de eerste lijn in X. Wij komen vier keer per jaar samen. Iedereen krijgt een uitnodiging. Een gezamenlijke navormingsactiviteit, multidisciplinair, met achteraf altijd een glaasje en een hapje, dus wij kennen mekaar, wij kunnen mekaar kennen, dus de mogelijkheid wordt in alle geval geboden. Er is altijd een ruime opkomst vaak 100 mensen. We moeten ook in eigen boezem kijken, het zijn vaak wij die afwezig zijn.' [Citaat R1, FG1]

Een huisarts geeft aan dat men binnen de provincie één enkel model van spuitaandrijver gebruikt om de complexiteit inzake toestellen te verlagen.

2.3.3 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten

Alle medisch specialisten in deze studie beamen dat de samenwerking sterk verschillend is van huisarts tot huisarts, van ziekenhuis tot ziekenhuis en binnen het ziekenhuis van medisch specialist tot medisch specialist, maar ook van thuisverpleegkundige tot thuisverpleegkundige, en dat de communicatie de sleutel is van een goede samenwerking, waarbij elke participant de continuïteit van de zorg voor ogen heeft.

'Ik denk dat het nog altijd een goede communicatie is en ook waarbij men eigenlijk een soort continuïteit van de zorg voor ogen heeft. Dat men niet denkt of niet zegt van daar stopt mijn taak en daar begint de taak van de anderen, dus daar trek ik me niet veel van aan. Ik denk dat communicatie enorm belangrijk is, dat de thuissector zich blijft interesseren eigenlijk terwijl de patiënt in het ziekenhuis opgenomen is, maar dat terzelfdertijd de ziekenhuissector ook verantwoordelijk moet zijn of verantwoordelijkheid moet dragen eigenlijk om de thuissector tijdig te informeren van het verloop in het ziekenhuis. [Citaat ZHS 8: SW-bevorderende elementen vandaag, ref 1]

Een geriater in deze studie is, met het oog op de continuïteit van zorg, van mening dat het belangrijk is dat de hulpverleners in de thuissetting zicht hebben op de zorg die is uitgevoerd en op de evolutie die de patiënt heeft doorgemaakt tijdens zijn/haar ziekenhuisverblijf. Hij/zij vindt de huidige ontslagbrieven, die ook de verslagen van de verpleegkundigen, de kinesisten en de ergotherapeuten bevatten, bevorderlijk voor de samenwerking met andere hulpverleners. Een andere medisch specialist geeft aan dat bij patiënten, die voor hun opname reeds begeleid werden door thuisverpleegkundigen, enkele dagen voor het geplande ontslag contact wordt opgenomen met deze thuisverpleegkundigen, waarbij hij/zij het bevorderlijk vindt dat deze verpleegkundigen voorstellen om even langs te komen. Alle medisch specialisten in deze studie vinden het bevorderlijk wanneer men vanuit de thuissetting eens langskomt om een patiënt of een zorg te bespreken en/of in te oefenen en men is ook van mening dat de bereidwilligheid daartoe aanwezig is. Ze geven hierbij wel aan dat de tijdsdruk in zowel de thuissetting als de ziekenhuissetting een belemmerende factor kan zijn.

Eén medisch specialist geeft aan dat het thuiszorgdossier dat bij opname wordt meegegeven met de patiënt de samenwerking bevordert.

'Naar communicatiemiddelen, het thuisdossier, (...) daar kunnen wij de vorige zes weken soms op lezen, hé. En daar antwoordt ge dan in. X heeft specifiek wonddossier en dat wordt meestal goed ingevuld, vooral als ze zien dat wij daar ook onze nota's in maken en het is de bedoeling dat dat een driehoeksverhouding wordt, hé, met de huisarts ook. Hij moet ook kunnen lezen wat er gecommuniceerd wordt en vaak als er een perifere specialist is, moet die daar ook inschrijven, he, zodanig dat we met vieren elkaars commentaren kunnen volgen.' [Citaat ZHS 2: SW-ZH-communicatiemiddelen, ref 1]

De medisch specialisten in deze studie zijn er zich van bewust dat het voor de thuissetting niet evident is wanneer men systematisch patiënten ontslaat op een vrijdagmiddag. Een medisch specialist licht toe dat er op de dienst reumatologie op donderdag een formeel overlegmoment plaatsvindt in aanwezigheid van de arts, de verpleegkundige, de sociaal werkster en de kinesist

om onder meer het ontslag van de patiënt te bespreken, zodat het ontslaan van patiënten op een vrijdag kan worden voorkomen.

Met betrekking tot de medische voorschriften zijn de medisch specialisten in deze studie zich ervan bewust dat dit een bron van frustratie en ergernis kan zijn voor de hulpverleners in de thuissetting, waarbij iemand aangeeft dat zij een vergadering hebben gewijd aan het voorschrijfgedrag van de specialisten.

'Nu hebben we het op de laatste vergadering specifiek gehad over het voorschrift van medische zorgen, van wondzorg, om al de specialisten nog eens te herinneren hoe dat dat voorschrift in mekaar zit en wat ze kunnen verbeteren aan hun voorschrijfgedrag. We hebben nu vrijdag bij ons op de dienst een hele krans gewijd aan het voorschrijven van het verpleegkundig voorschrift voor wondzorg, zodanig dat onze assistenten en de nieuwe ploeg van co-assistenten op de hoogte zijn van het juist voorschrijven. Want heel vaak zijn het de artsen, die niet weten hoe ze juist iets moeten voorschrijven en de verpleegkundige heeft strikt haar wetgeving en zal het dus niet doen als het niet voorgeschreven is (...). [Citaat ZHS 2: SW-bevorderende elementen vandaag, ref 1]

Deze medisch specialist vindt het bevorderlijk dat er vanuit de thuisverpleging standaard voorschriften worden voorgelegd aan de medisch specialist, waardoor zij enkel het nodige dienen aan te vullen of aan te kruisen.

'We krijgen af en toe ook goede indicaties in die zin dat de verpleegkundige onze voorschriften al maakt, vooraf, zodanig dat wij het moeten invullen en dat is een heel leerrijk moment voor de assistent die vaak uit, ja, onwetendheid en verstrooidheid niet juist heeft voorgeschreven. Dat is zo, dat zit niet in hun opleiding, ten onrechte eigenlijk. [Citaat ZHS 2: SW-bevorderende elementen vandaag, ref 2]

Hij /zij is er ook voorstander van om binnen het ziekenhuis opleidingsnamiddagen of workshops te organiseren voor de thuisverpleging. Hierbij geeft hij/zij aan dat er binnen de thuisverpleging zelf ook veel opleidingen worden gevolgd door de thuisverpleegkundigen. Hierbij bevestigt hij/zij het belang van elkaar eens te hebben ontmoet op dergelijke opleidingen, want hij/zij heeft het gevoel dat de thuisverpleegkundigen dan gemakkelijker contact opnemen om zaken te bespreken of te vragen. Hij/zij vindt het ook opportuun dat thuisverpleegkundigen bij problemen contact opnemen wanneer ze nog bij de patiënt thuis zijn. Dit vergemakkelijkt het oplossen van het probleem en dit getuigt van een besef dat men samen de verantwoordelijkheid draagt voor de individuele patiënt, waardoor ook de patiënt het gevoel krijgt dat hij wordt benaderd vanuit een team. Hij/zij apprecieert het ook wanneer sommige thuisverpleegkundigen foto's nemen en deze mee in het dossier van de patiënt steken. Op die manier kan de evolutie op de voet worden gevolgd.

Een medisch specialist geeft aan dat het bestaan van palliatieve support teams bevorderend is in de samenwerking en de communicatie tussen de ziekenhuissetting en de thuissetting.

'(...) Het ziekenhuis denkt, ja maar, die kan niet eten, dus die heeft een intraveneuze lijn nodig, of die heeft kunstmatige voeding nodig, en dan zijn wij daar met het palliatief support team om te zeggen, ja maar, wat is nu nog essentieel bij die patiënt, waarom heeft die een intraveneuze lijn nodig, waarom heeft die een blaassonde nodig en waarom denkt ge dat die niet naar huis kan. Er zijn een aantal patiënten, zeer uitzonderlijk, die toch met een intraveneuze lijn naar huis gaan, en die toch met een blaassonde naar huis gaan en die toch met een pijnpomp naar huis gaan, dus dat moet dan heel goed afgesproken worden met de thuisverpleging en dus wat wij dan zeggen is één, we bellen de huisdokter op van zijt gij bereid om daar medisch toezicht over te houden en zijt ge ook bereikbaar, 's avonds en in het weekend of als gij niet bereikbaar zijt, geeft ge een vervanger op, zodanig dat die mensen niet op een bepaald moment in de kou staan of als er een of ander systeem in alarm gaat, dat dat voor hun een reden is om de 100 te bellen en hier weer op spoedgevallen te staan, kunnen we de zaken zo organiseren dat er, ik zou zeggen, op ordentelijke wijze de patiënt vertrouwvol naar huis kan gaan, contactnummers heeft van artsen, maar ook verpleegkundigen die op de hoogte zijn van de situatie en waar het doel afgesproken is met elkaar. In welke situaties doen we aan heropname in het ziekenhuis en voor welke situaties houden we sowieso de patiënt thuis, dus er moet een goede afspraak zijn, dus wij zeggen eerst, we gaan eerst met de huisdokter contact nemen of die dat kan en wil en dan gaan we afspreken met de verpleegkundige en we nodigen eventueel de verpleegkundige uit naar 't ziekenhuis en we zeggen als ge geen tijd of geen goesting hebt of ge denkt dat ge het niet aankunt, dit is het

telefoonnummer waarop dat ge het ziekenhuis binnen de uren kunt bereiken, ofwel het palliatief support team ofwel de afdeling waar de patiënt gelegen heeft als ge nog een vraag moest hebben. Zodanig dat die mensen ook weten van wat gebeurt er, wat wordt er van hen wordt verwacht en als ze een probleem zien, met wie ze contact kunnen opnemen. Dat is belangrijk.' [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 6]

Verder beschouwt het merendeel van de medisch specialisten de referentieverpleegkundigen in de thuiszorg als een meerwaarde voor het thuisverpleegkundig beroep en als een bevorderende factor in de multidisciplinaire samenwerking.

2.4 Factoren die de samenwerking in de toekomst gaan bevorderen

2.4.1. Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen

Alle thuisverpleegkundigen zijn van mening dat men zich als thuisverpleegkundige discipline meer moet profileren naar de buitenwereld toe, zodat men inzicht krijgt in de expertise, kennis en kunde van de thuisverpleging.

Eén thuisverpleegkundige haalt de ontwikkeling van transmurale paden aan als bevorderend voor de samenwerking. Men is volop bezig deze paden te ontwikkelen, maar ze bevinden zich nog absoluut in de beginfase.

'Dat was ook de reden waarom dat transmuraal pad opgesteld is van TURP, zodanig dat wij de juiste voorschriften hadden, dat de patiënt het juiste wondzorg materiaal had. Dus dat is een hele map waar alles voorgedrukt is, dus het voorschrift is voorgedrukt, de medicatie dat ze moeten gaan halen is voorgedrukt, het materiaal is voorgedrukt, ze moeten gewoon de datum en hun handtekening erop zetten (...). Ik zeg het, dat is de hoofdverpleegkundige en de prostaatverpleegkundige die erbij zit, en dan ik van onze dienst, want er zitten verschillende mensen bij. Dus de specialist zit erbij en hij/zij moet aan het personeel en aan de assistent-artsen dat doorgeven, want de assistent zit er niet bij. Als de assistent die blaadjes niet tekent of die map niet doet, ja, dan loopt het verkeerd. Dus de proefperiode was grandioos mislukt.' [Citaat TVP 9 (2): SW-ZH-Verloop, ref 3 & 4]

De thuisverpleegkundigen zijn ze van mening dat er een gemeenschappelijk dossier moet komen waar iedereen mee werkt, want momenteel is er een veelheid aan dossiers voorhanden, waardoor je haast niet meer weet wie wat waar heeft geschreven. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen ziet het elektronisch verpleegdossier hierbij als mogelijke oplossing en ziet een dergelijk dossier ook als bevorderend voor de samenwerking. Ze zien het als een middel om sneller informatie uit te wisselen.

Verder zijn ze van mening dat er blijvend werk moet worden gemaakt van het optimaliseren van de contacten met huisartsen, het ziekenhuis en andere hulpverleners met het oog op de continuïteit van zorg, waarin de patiënt blijvend centraal staat. Een belangrijke factor hierin is het organiseren van gezamenlijke en gemeenschappelijke bijscholingen.

De thuisverpleegkundigen in deze studie vinden het aangewezen om in de toekomst vaste overlegmomenten te organiseren met alle disciplines, eventueel via lokale samenwerkingsakkoorden, mits deze overlegmomenten ook worden vergoed. Eén thuisverpleegkundige haalt hierbij het 'lokaal sociaal beleid' aan.

'In X zijn ze reeds opgestart met een lokaal sociaal beleid, in X zijn ze ermee bezig. Dat is dus eigenlijk een huis, of een plaats of hoe moet ik het zeggen, waar dat dus iemand die hulp nodig heeft van eender welke strekking of welke aard, dat zij daar kan naartoe komen, dat ze daar een contactpersoon gaan hebben en dat die ook gaat zeggen van: ok ge wilt gezinshulp, dat zijn dat de mogelijke keuzes die ge hier kunt maken. En wij hopen dat daar toch echt de erkentelijkheid en de bekendheid gaat naar voor komen van iedereen, zowel van zelfstandigen, socialisten, liberalen. Dan is ook wel de vraag: wie is de contactpersoon dat daar gaat zitten? Dat gaat wel een grote rol spelen. En daar zouden ze dus eventueel kunnen werken met een sociale kaart waar dat iedereen dus kan zien: ik heb verzorging nodig en uit die mensen kan ik een keuze maken.' [Citaat TVP 13 (2): SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 1]

2.4.2 Vanuit het perspectief van de huisartsen

Enkele huisartsen zijn van mening dat men door de kortere verblijfsduur in het ziekenhuis gaat evolueren naar meer technische zorg thuis. Om hierbij niet geconfronteerd te worden met een tekort aan mankracht ziet men de noodzaak de zorg op te splitsen, waarbij sommige zorgen zullen worden gedelegeerd naar verzorgenden: zorg versus 'ver'zorging.

Verder is het merendeel van de huisartsen in deze studie van mening dat het netwerk palliatieve zorgen dient te worden uitgebreid naar andere specialisatiedomeinen. Ook de verdere specialisering van de thuisverpleegkundigen naar onder meer psychiatrie wordt beschouwd als wenselijk, met inbegrip van een aangepaste honorering.

Op financieel vlak halen enkele huisartsen het belang aan van een onafhankelijk iemand die de Katz-scores opstelt, waarbij deze score automatisch wordt doorgegeven aan de huisarts, zodat ook zij kunnen nagaan of deze score klopt.

2.4.3 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten

Ook het merendeel van de medisch specialisten is van mening dat de thuisverpleging zich als discipline meer moet profileren, zodat andere hulpverleners zicht hebben op wie ze kunnen contacteren rond een bepaalde problematiek.

'Onderzoeker: De thuisverpleegkundigen geven aan dat men binnen het ziekenhuis onvoldoende op de hoogte is van de kennis en de mogelijkheden van de thuisverpleging. R: Het is een grote taak van de thuiszorg om dat door te geven aan de ziekenhuizen en ik zeg altijd, met te klagen gaat ge het probleem niet oplossen. Dan moet jij als thuiszorgverpleegkundige komen voordrachten geven in het ziekenhuis van, wat kunt jij aan? (...): [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 16]

Hierbij wordt aangehaald dat men vanuit het ziekenhuis deze profilering kan ondersteunen door mee te werken aan het tot stand brengen van een open communicatie tussen de verschillende sectoren. Verder zijn de medisch specialisten in deze studie voorstander van een optimalisering van de uitwisseling van communicatie.

Eén medisch specialist is van mening dat het werken met providers bevorderend is voor de samenwerking.

'Als we nu spreken over infuustherapieën zijn dat dus meestal patiënten die dus al opgestart zijn in het ziekenhuis, omdat we dus meestal ook de patiënt moeten opstarten in het ziekenhuis om een terugbetaling te kunnen krijgen van een antibioticum. (...) De thuisverpleegkundige wordt dan uitgenodigd om te kijken of dat die wel voldoende over port-à-cath ervaring beschikt, ofwel is het iemand die we al verschillende patiënten toevertrouwd hebben met dus het gebruik van infuustherapie bv. En wat dat we in de toekomst gaan doen, is daar waarschijnlijk ook een provider voor inschakelen die dus toezicht houdt op de verpleegkundige activiteit. (...) Dus de firma stelt eerst het materiaal ter beschikking tegen een huurprijs natuurlijk en die heeft eigen verpleegkundigen of kan toezicht geven of onderricht aan de thuisverpleegkundigen die aangeduid worden om dat op te volgen. (...) We hebben een contract bv. dus met X voor alles wat dat dus TPN betreft. Zij superviseren eigenlijk alle TPN's die dus vanuit het ziekenhuis vertrekken. En zij doen dat dus ook voor oncologische therapieën die thuis moeten ontkoppeld worden, die dus opgestart worden bv. in een dagziekenhuis maar dus thuis ontkoppeld worden en zij doen dat, ze gaan dat in de toekomst ook doen voor infuus therapieën. Dus die zijn actief over heel België en hebben 24 uur op 24 uur bereikbaarheid. (...) In de toekomst gaat dat toenemen, te meer omdat er binnenkort, misschien in 2008, ook een regeling voor terugbetaling van van dergelijke acten zal bestaan. Nu zijn ze bezig met pilootprojecten te evalueren en de besluitvorming is dus te verwachten binnen het RIZIV om dus zowel voor totale parenterale nutritie, voor oncologie thuis, en voor infuustherapie in het algemeen een terugbetalingsregeling te krijgen.' [Citaat ZHS 1: SW-ZH-organisatie, ref 1; SW-ZH-communicatiemiddelen, ref 1; Toekomst- elementen mbt succes ontw TP, ref 1]

Enkele medisch specialisten geven aan dat een goed uitgewerkt ontslagmanagement de samenwerking met de thuiszorg zal bevorderen. Dit is momenteel volop in ontwikkeling, maar het wordt nog niet systematisch toegepast.

'Wij zitten ook met, hoe zou ik zeggen, een initiatief in het ziekenhuis omtrent ontslagmanagement waarbij dat het ook de bedoeling is om rond oudere patiënten een soort externe liaison functie te ontwikkelen waarbij vooral mensen van de sociale dienst een belangrijke functie zullen hebben als tussenpersonen tussen de ziekenhuissector en de thuiszorgsector en waarbij men een soort minidossier heeft voorzien dat van de thuiszorg telkens mee gaat gegeven worden naar het ziekenhuis, maar dan meer eigenlijk t.b.v. sociale dienst van wie is de huisarts, wie is de thuisverpleegkundige, wat zijn de specifieke aspecten van de verzorging van de desbetreffende patiënt en dergelijke meer. Dat we dan coördinatoren hebben die men in het ziekenhuis kan gebruiken en daarop kan inspelen. Allemaal met de bedoeling eigenlijk om dat traject vanaf het moment van opname, dus de komst vanuit de thuiszorg, de thuisomgeving naar het ziekenhuis en de terugkeer naar de oorspronkelijke omgeving zo gemakkelijk mogelijk te laten verlopen, maar dit gebeurt nog niet systematisch.' [Citaat ZHS 8: SW-ZH-communicatiemiddelen, ref 1]

De medisch specialisten in deze studie vinden het belangrijk dat er verder werk wordt gemaakt van de uitwisseling van informatie, waarbij zij ontslagformulieren bezorgen aan de thuiszorg (huisarts en thuisverpleegkundigen) en waarbij de thuiszorg relevante informatie meegeeft met de patiënt bij opname in het ziekenhuis.

Een medisch specialist schuift op voorhand uitgestippelde samenwerkingstrajecten naar voor als bevorderend element, waarbij men oog heeft voor het uitwerken van gezamenlijke richtlijnen.

'Ik kom terug op de op voorhand uitgestippelde samenwerkingstrajecten. Ook de mensen van de thuiszorg kunnen regelmatig aansluiten bij, bijvoorbeeld, de teamvergaderingen hier, ik zeg maar iets, op de dienst geriatrie. Dat dat misschien binnen de stad of binnen de regio ook besproken wordt, mensen vanuit een bepaalde thuiszorgsector gaan naar bepaalde ziekenhuizen, dan kunt ge natuurlijk niet overal naartoe gaan en dan werkt ge ook een beetje probleemgericht. Dat gaat dan misschien ook tot een betere specialisatie leiden in de thuiszorgsector: de mensen die zich meer bezig houden met palliatieve verzorging die kunnen ook meer bijeenkomsten volgen van bv. palliatieve zorg hier in het ziekenhuis, diegenen die zich bezig houden met oudere patiënten op de afdeling geriatrie, diegene die zich bezig houden met diabetici meer op de afdeling endocrinologie. Stel nu dat de richtlijnen eigenlijk zo uitgewisseld worden, gezamenlijk besproken worden en dan goed, als men elkaar ziet intern, dan gaat die communicatie automatisch beter worden.' [Citaat ZHS 8: SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 1]

Met het oog op het vinden van een oplossing voor het gebrek aan coördinatie en samenwerking binnen de thuiszorg, halen enkele medisch specialisten het werken met zorgprogramma's aan, aangevuld met het werken via een elektronisch verpleegdossier, het werken met de RAI als instrument voor comprehensief assessment en het toepassen van case management.

'Wij hebben specifiek naar reumatologie een multidisciplinair team waarbij eigenlijk vooral de verpleegkundige hier de coördinatie doet. Dus de zorgprogramma's worden gecoördineerd door een gespecialiseerde verpleegkundige of een verpleegkundig specialist en ik zie dat die ook wel het verlengstuk kan zijn naar de thuissituatie toe. Dat van daaruit bv. een thuisverpleegkundige, die een vraag heeft rond een patiënt die in een zorgprogramma zit, gewoon met de verpleegkundig specialist of in het zorgprogramma contact neemt en ik denk dat ze onder hun tweeën heel veel dingen kunnen oplossen en dingen afspreken. En als er dan een probleem is, ja, dan zal het wel doorstromen naar de arts. Maar dan hebt ge een coördinatie. En tegelijkertijd kunt ge dat elektronisch bij wijze van spreken dat de thuisverpleging toegang heeft bv. tot ons dossier, dat zou al een fantastische hulp zijn. Dan hebt ge een elektronisch dossier dat men kan consulteren.' [Citaat ZHS 4: SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 4]

'Wel ik denk dat het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt één van de aspecten is dat dat toch wel zal stimuleren denk ik, en een beter overleg en een betere samenwerking, ook de externe liaison met een ontslagmanagement functie die daarin gedefinieerd is, zal ook die samenwerking met de eerstelijnszorg toch wel verbeteren, dus ik denk dat dat wel in de lijn van de verwachtingen ligt. Dat daar beterschap gaat komen en het enige is dat er nog geen echte structurele financiering voor voorzien is momenteel vanuit de federale overheid naar dat zorgprogramma toe. (...) En dan denk ik ook de verwachtingen naar een screeningsinstrument als RAI waar dat in de thuiszorg mee geëxperimenteerd wordt, en in de residentiële zorg en waar

dat we nu ook binnen de ziekenhuissector mee gaan of het instrument gaan evalueren denk ik dat als er zo een uniform instrument komt over zorgsectoren heen en de informatie die erin zit is vlot toegankelijk voor iedereen en iedereen kan aanpassen, afhankelijk van de inschatting die gedaan wordt bij iemand, dat dat ook iets is dat inderdaad de samenwerking zal bevorderen. (...) Ik denk hetgeen dat wel gaat lukken is waarschijnlijk een elektronisch dossier waar dat je zegt van de thuiszorg heeft zijn versie waar dat ze mee werken thuis, maar er is een bepaalde basis van gegevens die nuttig is voor iedereen en het zijn die basisgegevens, zoals medicatie, welke zorg dat er nodig is, hoe dat ze functioneren enz., dat zijn allemaal aspecten die we zowel in de thuiszorg nodig hebben als, als in de zorg binnen de ziekenhuizen en als je daar in het ziekenhuis dan goed aan kan, aan die informatie, die je dan update, dan weet de thuisverpleegkundige, voor dat iemand terug thuis komt liefst, van kijk, zo is het geëvolueerd en dat is de zorgnood die er nu als het ware is, dan kunnen ze daarop beginnen anticiperen. Dus ik denk, dan gaat er geen informatie verloren en ik denk dat we toch wel moeten afstappen van papieren zaken en dat de evolutie er toch is en dat de continuïteit daardoor kan gegarandeerd worden zonder dat je inderdaad iets kwijt geraakt. Ik denk dat dat de toekomst moet zijn, dat we op die manier samenwerken.' [Citaat ZHS 3: SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 1 & 3; SW-belemmerende elementen vandaag, ref 4]

'Ik denk dat men in de toekomst op een bredere basis een patiënt gaat moeten kunnen inschatten dan op basis van een strikte techniciteit die moet geleverd worden en dat is natuurlijk hetgeen dat moeilijk is. Dus moet je een meer gespecialiseerde geriatrische zorg bv. kunnen leveren in de thuiszorg. Ik bedoel daarmee iemand die in de zorg voor ouderen een klein beetje een bredere functie op zich neemt naar een soort case manager of begeleider van een oudere persoon. De vraag is natuurlijk wie moet dat zijn, moet dat een verpleegkundige zijn? Ik denk dat een verpleegkundige zoals we hier in huis onze geriatrisch verpleegkundigen in bepaalde specifieke functies als een liaison functie kunnen laten werken, dat dat juist het interessante is, omdat zij vanuit een verpleegkundige achtergrond ook met een oog op andere aspecten als functionaliteit, geestelijke aspecten, medische zaken, zoals iemand die koorts maakt of die algemeen niet goed is of kort van adem is, die zaken worden dan ook ingeschat en er wordt ook gecommuniceerd. Dat zijn mensen die een brede kijk hebben op een aantal aspecten, die iemand kunnen inschatten en die dat ook aanreiken naar huisarts. Maar dan vraagt dat ook, denk ik, weer een juiste financiering. Het is veel gemakkelijker van een techniciteit te doen die geld opbrengt dan te zeggen van ja, dit vraagt continu aandacht of begeleiding naar ouderen toe, maar dat is wat moeilijk is, de vraag is wie moet dat doen he, zo'n case management. Ik denk dat dat in een zorgoverleg moet besproken worden, nu heeft dat een functie die niet specifiek bij iemand ligt, maar dat er wel iemand zich moet profileren, is dat een familielid die dat op zich wil nemen of kan nemen des te beter dan kan die die zaken mee coördineren, maar het kan zijn dat dat een thuisverpleegkundige moet zijn, dus misschien heb je die mensen die begeleiding en coördinatie van het zorggeheel doen dan meer nodig. Want ik heb ook de indruk dat de initiatieven die daar gebeuren weinig ingang vinden, overleg met SIT's en GDT's enz., mijn indruk is dat dat op zich weinig aarde aan de dijk brengt voor de individuele patiënt op zich en dat daar toch een andere manier van werken of structuur voor gaat nodig zijn.' [Citaat ZHS 3: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 4]

Verder halen enkele medisch specialisten aan dat de verdere specialisering van de thuisverpleegkundigen bevorderend is voor de patiënt, voor de thuisverpleegkundigen zelf en voor de multidisciplinaire samenwerking. Hierbij geven ze wel aan dat het belangrijk is dat deze gespecialiseerde verpleegkundigen daar ook naar worden gehonoreerd. Dit is immers een vorm van waardering voor de opgedane expertise en dit is ook belangrijk in het kader van het verhogen van de aantrekkelijkheid van de thuiszorg.

Een medisch specialist vindt het een goede evolutie dat er binnen de gezondheidszorg meer aandacht wordt besteed aan de intellectuele act dan aan de zuiver technische prestaties. Voornamelijk omdat deze evolutie de mogelijkheid biedt tot het inrichten van structuren waaraan een financiering kan worden gekoppeld.

Enkele medisch specialisten leggen uit dat er binnen het ziekenhuis enkele verpleegkundigen halftijds werkzaam zijn, die ook halftijds als zelfstandig thuisverpleegkundige werken. Het feit dat zij deze verpleegkundigen persoonlijk kennen, dat zij zicht hebben op de kennis, de competenties en de ervaring van deze verpleegkundigen, en dat zij gemakkelijk aanspreekbaar zijn, maakt dat zij voorstander zijn van een dergelijk systeem van werken.

2.5 Factoren die de samenwerking vandaag belemmeren/verhindere

2.5.1 Vanuit het perspectief van de thuisverpleegkundigen

Alle thuisverpleegkundigen in deze studie zijn ervan overtuigd zijn dat een goede en duidelijke communicatie dé basis vormt van een goed uitgewerkte en op elkaar afgestemde multidisciplinaire samenwerking, maar deze communicatie, alsook de samenwerking op zich blijkt vandaag de dag niet altijd even vlot te verlopen.

Een eerste voorwaarde om vlot en adequaat multidisciplinair samen te werken is dat men elkaar persoonlijk kent en dat men elkaars kennis, kunde en ervaring (h)erkent, en daar loopt het juist fout. Enerzijds kennen en (h)erkennen de verschillende disciplines elkaar onvoldoende, waarbij men het frustrerend vindt dat het merendeel van de hulpverleners, inclusief de collega's in het ziekenhuis, niet weten wat thuisverpleegkundigen precies doen en dit vaak ook nog minimaliseren tot het wassen van patiënten, en anderzijds is het moeilijk een samenwerking tot stand te brengen in een klimaat waar men het vragen van uitleg, informatie, opleiding en dergelijke gelijkstelt aan falen. Eén thuisverpleegkundige is van mening dat daarnaast ook de politieke situatie in België soms een belemmerende factor is in de samenwerking.

'Ja, ik moet niet zeggen bekend maken, want ik denk dat we wel al bekend zijn, maar echt het duidelijk maken aan de mensen wat dat wij juist doen. Als ge stagairs hoort en ge vraagt bij het begin van de stage: hoe zie je thuisverpleging? Die zien alleen ouderen wassen. Dat is echt soms frustrerend tot en met. En dan vraagt ge op het einde van de stage en dan zeggen sommigen: amai dat wist ik toch niet. En ik denk dat dat ook nog leeft, want ik voel wel als ze vragen van wat is uw beroep, en als ge zegt van ik ben verpleegkundige, en ze vragen verder, en ze vragen van waar werkt u, thuisverpleging. Ah ja thuisverpleging. Dat is precies geen verpleegster zijn en dat is wel verkeerd. Ik denk dat erkentelijkheid en weten wat wij specifiek doen. [Citaat TVP 13 (2): SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 2]

'Ik heb het laatste jaar, denk ik, met een paar mensen gepraat die in het ziekenhuis werken en die graag wat willen bijverdienen in de thuisverpleging, maar als ge daarmee praat, die hebben totaal geen inzicht van wat dat eigenlijk is.' [Citaat TVP 5 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 2]

'Ik denk een stukje het communautair gekibbel, dat dat er ook veel aan doet. Ik denk als er voldoende middelen zijn, dan kan er ook veel gerealiseerd worden, maar Vlaanderen-Wallonië daar lukt dat niet goed. Onderling in de provincies, iedereen doet zijn ding, maar er is geen centrale, allé, België is verdeeld op dat vlak en dat vind ik wel jammer eigenlijk. Ik denk dat er op ons niveau veel verpleegkundigen ook hun trots een beetje opzij moeten kunnen zetten en openstaan ook voor kritiek van andere mensen. Dat als ge het niet weet of niet kunt dat ge dan ook de kanalen moet gebruiken om het wel te kunnen weten, maar dat wordt dikwijls zo wat aanzien als falen, maar dat is geen falen. (...) De ziekenhuizen weten niet wat wij doen, wij weten dikwijls niet meer wat er in de ziekenhuizen gebeurt en artsen weten niet wat wij kunnen. Ik heb situaties gehad met een palliatieve patiënt dat die huisarts zei ja maar, ik ga een zelfstandige pakken want jullie kunnen dat niet. Dat is onbegrip en eigenlijk slechte informatiedoorstroming en het zou misschien eens niet slecht zijn dat we mekaar daarin een beetje vinden.' [Citaat TVP 15 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1,2,3,4,5]

Enkele thuisverpleegkundigen zijn van mening dat de concurrerende sfeer tussen thuisverpleegkundigen onderling soms belemmerend werkt op de samenwerking.

'In eerste instantie, de situatie in onze gemeente is duidelijk dat er hier geen overleg is tussen de verschillende disciplines, absoluut nul, daar is geen overleg geweest om problemen te bespreken wat achteraf ook niet herhaald is geweest. Anderzijds is er ook geen overleg tussen de disciplines zelf. Dus de kinesisten komen regelmatig samen, maar ook niet zo dikwijls, huisartsen wel, verpleegkundigen komen niet samen, de verschillende groepen van de poets- en bejaardenhulp komen ook niet samen, want dat zijn concurrenten. Ik kan u ook zeggen dat in feite de concurrentie in die groepen de reden is om niet samen te werken en dan moet ge niet gaan dromen van samenwerking tussen alle groepen in feite, interdisciplinair, om het nog te verbeteren. Ik denk dat daar een probleem is.' [Citaat TVP 3 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1]

Specifiek naar de huisartsen toe geven enkele thuisverpleegkundigen aan dat de samenwerking en communicatie niet altijd even gemakkelijk en evident is. Het lijkt een voortdurend afwachten te zijn hoe de individuele huisarts op de informatie en de contactname van de thuisverpleegkundige gaat reageren en de thuisverpleegkundigen geven de indruk dat ze hun benaderingswijze moeten wikken en wegen om te voorkomen dat ze de huisarts voor de borst stoten.

'(...) Ik zeg ook altijd van probeer zo veel mogelijk zelf te weten al, dat ge een basis hebt en als ge dan met een fatsoenlijke basis kunt stappen naar iemand dat die hoort van die weet toch wel waarover ze bezig is, ja, dan wordt ge onmiddellijk serieuzer genomen hè.' [Citaat TVP 11 (2): SW-bevorderende elementen vandaag, ref 4]

'(...) De huisartsen hebben liever dat je ze niet teveel belt, maar je moet weten welke huisarts: de ene huisarts heeft liever dat je tien keer belt en tien keer te veel, dan dat je ene keer te weinig belt, en ge hebt dan andere huisartsen, als je ene keer belt omdat een glycemie 400 staat, die je zou uitkafferen door de telefoon omdat je daarvoor belt en hem daarmee stoort. [Citaat TVP 9 (2): SW-bevorderende elementen vandaag, ref 1]

'De hiërarchie, die is geminderd, maar ge voelt toch nog goed van ik ben een dokter, gij zijt maar verpleegkundige. En dat vind ik soms erg. Ook zo van het gevoel van moet ik dat nu wel vragen aan die dokter, want ge weet dat die gevoelig is. Als dat niet van hem uit komt, is dat ook meestal neen. Dat vind ik spijtig, want dan gaat een deel van de verzorging verloren hè. [Citaat TVP 2: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 2]

Ook met betrekking tot het aanvragen van een palliatieve premie voor palliatieve patiënten loopt de samenwerking met de huisartsen soms stroef.

'Ge krijgt nu een palliatieve tegemoetkoming, maar daar vind ik dat de laksheid van de huisartsen heel groot is. Wij kunnen pas rekenen op een palliatieve tegemoetkoming als de dokter voor de patiënt de papieren ingevuld heeft voor zijn tegemoetkoming. Ik heb huisartsen die zeggen van neen, nu nog niet, ge weet op de achterkant van de aanvraag staat dat men ongeveer denkt een drietal maanden maar wie kan zeggen drietal maanden? Dus ik heb het al aan de hand gehad met een jonge vrouw, die huisarts wou niet, dat is altijd dezelfde huisarts, die wou ook niet, tot op een geven moment ik gezegd heb tegen hem, ik kom hier nu vijf tot zes keren per dag, ik zeg, ik mag toch ook iets eraan hebben? En dan heeft hij gezegd, goed, dan zal ik het invullen. En wat doe ik nu, ik ga dus de palliatieve papieren op de ziekenkas halen, ik breng ze naar de huisarts, hij vult ze in en ik doe ze naar de post. Want als hij zegt dat hij ze invult zijn ze nog niet op de post hé. (...) En ik heb het onlangs nog meegemaakt, een patiënt van mij die ik dus 17 jaar verzorgd heb, een forfait B, een CVA patiënt, die ook niks kon zeggen enzo, en die is op 31 maart gestorven en ik heb, de dochter heeft tegen mij gezegd, de week voordat die gestorven is, dus laat ons zeggen de vijf- zesentwintigste, heb ik het nog eens terug aan de huisarts gevraagd, heeft die dochter het zelf gevraagd en heeft die gezegd ja pa gaat toch achteruit ik zal hem klaarmaken. En ik de 30ste maart heb ik mijn aanvraag gedaan, ik denk dan zal die wel daar zijn, he, en ik heb dus vorige week bericht gekregen dat mijn palliatieve tegemoetkoming voor die patiënt geweigerd is, want de dokter zijn papier is de 4de april maar toegekomen. En ik kan daar dus niks aan doen. Dat vind ik zo'n zaken die, maar ik reageer daar dan ook op, ik reageer daar echt op.' [Citaat TVP 7 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1; Free nodes-belemmeringen thvp-vergoeding, ref 6]

Enkele thuisverpleegkundigen geven ook aan dat de samenwerking met huisartsen wordt belemmerd door het feit dat de huisartsen vaak zorgen uitvoeren die eigenlijk perfect zouden kunnen worden opgenomen door hen.

'De vingerprikken laat die doen door de verpleegkundige die er langs komt en geef dat dan door per mail of zo, gemakkelijk in feite. Maar ge botst dan duidelijk in feite op toch wel ja, het is moeilijk te zeggen, op het financieel aspect. Want voor ons levert dat helaas niks op, maar het is wel belangrijk voor de patiënt, in het kader van zijn gezondheidstoestand en wanneer ge dat regelmatig laat doen door een verpleegkundige hebt ge een betere opvolging van de patiënt naar de huisarts toe. Ik denk dat daar wel een probleem is.' [Citaat TVP 3 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 2]

'Ik heb het nu pas ook gehad met mijn palliatieve patiënt waar wij drie keer per dag komen, maar waar wel de huisarts de pijnmedicatie kwam geven en waar ik dan heb gevraagd, wij komen drie

keer per dag, laat ons de pijnmedicatie drie keer per dag toedienen, want die had echt pijn tussendoor, omdat de huisarts ook niet kan zeggen van om dat uur ben ik daar, zeker niet in het weekend en waar de huisarts echt op zegt ik vind dat een zorg voor de huisarts, dus ik doe die techniek.' [Citaat TVP 4 (2): Free nodes-redenen prestaties ha, even goed door vpk, ref 1]

Eén thuisverpleegkundige geeft aan dat hij/zij een website heeft geopend met als doel het voorzien van de huisarts van de nodige informatie over zijn/haar patiënt. Hierbij werden kaartjes overhandigd aan de huisartsen met inbegrip van een codewoord ter respectering van de privacy, maar er blijkt nog geen enkele arts de website te hebben bezocht. Ook worden er soms informatieavonden georganiseerd voor de huisartsen, bijvoorbeeld met betrekking tot de wondzorg, maar de opkomst blijkt niet groot te zijn.

Ook de flexibiliteit van enkele kinesisten en de continuïteit van zorg geleverd door andere disciplines werkt soms belemmerend op de samenwerking.

'Nu, iedereen heeft zijn mond vol van flexibiliteit, maar sommigen weigeren zich flexibel op te stellen. En dat is zowel bij ons als bij nadere diensten. Van de kinesist ook, als zij zeggen om negen uur, is het negen uur, ja. We hadden zo een kinesist, om elf uur dertig komt hij en om twaalf uur is hij nog niet geweest, maar gij moet u dus haasten om daar tegen dat uur te zijn, want dat is iemand die op uur zit, die dus terug in zijn bed moet gelegd worden met een tillift, dus wij kunnen het ons niet permitteren van te laat te zijn, want anders is meneer weer weg, want als hij dan ne keer op tijd is, is hij weg en komt hij niet meer terug. Ja, we moeten ons dan haasten en dan 's anderendaags hoor je dat hij niet geweest is en ze doen nog niet de moeite om ons te verwittigen.' [Citaat TVP 9 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1]

De thuisverpleegkundigen proberen zoveel mogelijk hun patiënten in het ziekenhuis op te volgen en hun gegevens achter te laten opdat ze zouden worden gecontacteerd bij ontslag uit het ziekenhuis, maar soms gebeurt het nog dat ze via via vernemen of bij toeval vaststellen dat de patiënt thuis is en er ondertussen een andere thuisverpleegkundige langsgaat. Ook het moment waarop de patiënt wordt ontslaan uit het ziekenhuis is vaak zeer ongunstig. Zo blijkt er vaak een terugstroom van patiënten te zijn op een vrijdagmiddag, voor een verlengd weekend of voor feestdagen. Dit bemoeilijkt het organiseren van de zorg, zeker wanneer er andere hulpverleners moeten worden ingeschakeld en er vanuit het ziekenhuis onvoldoende materiaal wordt meegegeven om het weekend of de feestdagen te overbruggen. Bovendien worden zij daardoor vaak genoodzaakt om taken uit te voeren die eigenlijk niet tot hun takenpakket behoren.

'Ik vind dat al onze patiënten, wanneer ze opgenomen worden, dat zij dus direct moeten melden dat wij daar komen. Ook de huisarts geeft dat vaak niet mee, want wij hebben al in het verleden en onlangs nog, patiënten verloren dus door opname, en ik vind dat verschrikkelijk. Dus patiënten waar wij jaren gaan, die worden opgenomen, de huisarts geeft niet mee dat wij daar komen en ze komen naar huis en er komt een privé. Dat zijn toestanden die echt niet mogen gebeuren. Wij moeten ook vechten voor onze patiënten. Als ze opgenomen worden in het ziekenhuis moeten wij heel vaak de stappen doen: bellen naar de kinderen, naar de huisarts. En uiteindelijk weten we het dan soms nog niet als zij in spoed opgenomen worden of we kunnen de kinderen niet bereiken, dan moeten wij beginnen bellen en zo komen we dan uiteindelijk bij onze patiënt terecht. En eigenlijk kan dat niet.' [Citaat TVP 13 (2): Free nodes-realiteit van thuiszorg, ref 1]

'Ik kan mij moeilijk inbeelden dat alle dokters op een vrijdagmiddag beslissen dat die patiënt naar huis mag. Of voor een verlengd weekend, voor Nieuwjaar of voor Kerstdag weten we dat we weer een toeloop krijgen van mensen die naar huis komen. Ik kan mij dat niet inbeelden dat elke arts op dat moment juist beslist van ze gaan naar huis. Een dag of twee zou voor ons veel beter zijn, ook al, alle dan kunnen wij nog stappen ondernemen naar mantelzorg, naar andere disciplines, naar warme maaltijden. Wij moeten vaak dingen doen die echt niet behoren tot ons takenpakket, maar waar dat we dan als mens niet kunnen zeggen van het is onze taak niet. En dat is soms wel frustrerend. Want ge moet soms brood gaan halen, want ze hebben geen brood in huis, of ze hebben het wel in huis, maar ze kunnen het niet zelf nemen, en dan kunt ge moeilijk zeggen van hier is water en ik ben nu weg. Allez ja, ik heb maandag nog een verpleegkundige gehad die bij een patiënt geweest was van het weekend en ze heeft er dus echt een ontbijt klaargemaakt, maar ja, ik kan mij heel goed inbeelden dat ge op dat moment niet kunt zeggen van ik doe dat niet. Ik heb het in het verleden ook al gedaan, ik ben ook naar de bakker en de apotheker

geweest. En dat heeft vaak te maken met het tijdstip van ontslag. [Citaat TVP 13 (2): SW-ZH-organisatie, ref 4]

Verder geven de thuisverpleegkundigen daarbij aan dat de patiënt vaak nog niet is langsgeweest bij de apotheker om het benodigde materiaal te halen, waardoor zij op een later tijdstip nog eens dienen terug te komen. Soms is het benodigde materiaal ook van die aard dat het binnen de lokale apotheek niet voorhanden is, waardoor het uitvoeren van de zorg vertraging oploopt en men door de grote verpakkingen met een hoeveelheid aan materiaal zit, die de patiënt niet nodig heeft.

De medische voorschriften zijn vaak ook een bron van ergernis voor de thuisverpleegkundigen. Deze voorschriften zijn vaak niet alleen onduidelijk in de zin van niet leesbaar of onduidelijke instructies, maar ook onvolledig. Wanneer ze dan contact opnemen met het ziekenhuis dan hebben ze het gevoel dat ze van hier naar daar worden gestuurd, waardoor het niet altijd even evident is om de juiste informatie te pakken te krijgen.

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie vindt het ook frustrerend dat zij vanuit het ziekenhuis zo weinig informatie meekrijgen rond de zorgen die zijn gebeurd bij de patiënt en rond de toestand en aandoening van de patiënt. Dergelijke informatie is onontbeerlijk met betrekking tot een adequate opvolging, begeleiding en ondersteuning van de patiënt. Zij vinden het dan ook aangewezen dat er naast de verwijfsbrief voor de huisarts ook een verwijfsbrief met de patiënt wordt meegegeven voor de thuisverpleegkundige, eventueel met inbegrip van een kopij van het verpleegkundig verslag.

'Wij hebben onlangs nog iemand naar huis gekregen met MRSA en ik vind het toch heel belangrijk dat we dat weten. We zijn dat van de patiënt zelf te weten gekomen op de manier van hé, jullie doen geen schort aan, in het ziekenhuis hadden die allemaal een schort aan en handschoenen en een masker, goh, die deden nog erger of ik was 1 of ander stuk vuil. En toen zei ik van hoe lang heeft dat geduurd? Oh nog voor ik naar huis kwam, in de ambulance hebben die ook nog allemaal schorten aan gehad. En dan hebt ge zoiets van allez, en in de papieren gekeken en het staat nergens op vermeld. Dus eigenlijk is die patiënt hoogstwaarschijnlijk nog positief voor MRSA, gij komt daar binnen onwetend, gij gaat naar uw volgende patiënt en dat vind ik dan zoiets van, ja dan moogt ge nog zo proper en nog zo goed oppassen, dan hebt ge automatisch, want ge weet het ook niet. Anders als ge een MRSA patiënt hebt, dan verschuif je die naar het laatste van uw ronde, ge zet daar iets speciaals voor uw handen te wassen, zo weet ge, van die dingen die ge dan eigenlijk als maatregel moet nemen die kunt ge dan niet doen omdat ge het niet weet.' [Citaat TVP 2: SW-ZH-verloop, ref 1]

De verpleegkundigen zijn van mening dat het heel belangrijk is om prestaties uit te voeren volgens de gangbare richtlijnen en protocollen. Sommige verpleegkundigen geven echter aan dat dit niet altijd even evident is, gezien zij patiënten verzorgen uit verschillende ziekenhuizen en dat ieder ziekenhuis zo zijn/haar eigen richtlijn of protocol heeft om éénzelfde prestatie uit te voeren. Enkele thuisverpleegkundigen hebben ook het gevoel dat sommige medisch specialisten bij het uitschrijven van een behandeling te weinig rekening houden met de thuissituatie van de patiënt of gewoon geen zicht hebben op hoe de patiënt woont/leeft.

Twee thuisverpleegkundigen zijn van mening dat de SIT's te beschouwen zijn als een belangrijke basis om te komen tot een (h)echte multidisciplinaire samenwerking, maar tegelijk geven ze aan dat het oprichten van de SIT's niet gepaard gaat met het op een centrale wijze verzamelen, verwerken en verdelen van gegevens over de verschillende disciplines. Verder geven enkele thuisverpleegkundigen aan dat de werking van de SIT's of GDT's vaak wordt belemmerd door de regelmatige afwezigheid van de huisarts, waardoor dan ook de vergoeding niet wordt uitgekeerd.

'Stimulans, financieel eigenlijk ook, want daar staat niks tegenover. Bv. als wij nu teamoverlegs hebben, dan bestaat er een vergoeding maar dan moeten er drie zuilen aanwezig zijn, dus de huisarts, de verpleegkundige, de kine of Familiehulp. Meestal is Familiehulp en de kine er wel, maar is er geen huisarts. Dus ik doe dat nu toch al een tweektal jaren dat ik weet dat die vergoedbaar zijn, wel ik heb nog nooit een vergoeding gehad, omdat er nog nooit een huisarts

aanwezig was. Dus het zijn zo die zaken die eigenlijk demotiverend werken (...)' [Citaat TVP 7 (2): Toekomst-noden thuis ontw TP, ref 2]

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen geeft aan dat het in het belang van de patiënt is om in probleemsituaties multidisciplinaire overlegmomenten te organiseren, maar dat de werkdruk/tijdsdruk daar vaak een belemmerende rol in speelt.

'Soms is het ontzettend moeilijk om mensen op hetzelfde moment op dezelfde plaats samen te krijgen, zowel kiné als huisartsen als verpleging ook. We hebben eigenlijk wel een drukke agenda, thuiszorg ook, maar die staan meestal mooi vast, maar het is soms heel moeilijk om inderdaad zo eens een keer een spoedvergadering bij een patiënt bij de patiënt thuis of bij de huisarts thuis vast te leggen.' [Citaat TVP 6 (2): SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1]

Enkele thuisverpleegkundigen geven aan dat het huidige financieringssysteem, gekoppeld aan de hoge werkdruk, soms belemmerend werkt op de samenwerking met andere disciplines en op het eigen functioneren.

'Ook met de scores, dus dat is wat ge heel dikwijls merkt als de mensen thuis zijn dan moogt ge nog niet scoren, want dat is geen forfait, en de week erop moeten ze naar een rusthuis en wat blijkt dan: ons ma heeft een forfait C, en gij zit die dan zo te 'frotten' tegen alles in en ge kunt die niet hoger scoren want ze was niet incontinent of ge moest die niet helpen om te eten want dat ze deed dat alleen, dus ge komt er niet aan, en dan gaan ze naar een rusthuis en dan hebben ze direct een heel andere score. Dat vind ik ook zoiets tegenstrijdig en dat hebben we heel dikwijls voor. Ofwel nu onlangs kregen we iemand thuis via de sociale dienst: ge moet zeker twee keer per dag gaan, want die heeft dat nodig en eigenlijk is het niet verantwoord, maar ze wil wel proberen, want ze wil niet naar een rusthuis en ze heeft ook een wondzorg. Ik zeg van, ja, dat is goed en ik ga naar die mevrouw en wat blijkt, die heeft dan een Katz-score van twee, twee en de rest alles 1. Daar mag ik niet alle dagen een toilet gaan doen, daar mag ik maar twee keer per week naartoe en ik zou twee keer per dag moeten gaan?! Dat is zo onlogisch hè. Dus ik denk dat er betere afspraken onderling moeten komen zo van ja hoe zit dat eigenlijk. Want dat loopt dikwijls mis.' [Citaat TVP 2: Toekomst-noden thuis ter ontw TP, ref 1 & 2]

'Maar dus, daar zit ge van, wat moet ik nu pakken, B, A, maar op de duur zit ge. Ik ben dus eigenlijk op drie weken van ne B naar ne A en van ne A terug naar ne B gegaan. Als het nu terug vrij goed gaat en ik ga binnen veertien dagen terug naar A gaan, of ik laat de B nog lopen, en ik krijg controle, waarom kan die controle niet in overleg met ons samen zijn. Wij krijgen dus dikwijls achteraf op papier van wij scoren die mevrouw van B naar een gewoon toilet. Ik ken mensen die ziek zijn en er komt een vreemd gezicht, die gaan zich altijd beter voordoen.' [Citaat TVP 7 (2): Free nodes-belemmeringen thvp-vergoeding, ref 3]

Een thuisverpleegkundige geeft aan dat men pas aandacht mag geven aan de psychosociale ondersteuning en begeleiding van patiënten wanneer het gaat om palliatieve patiënten. Hij/zij heeft het gevoel dat men zwaar zieke patiënten of patiënten die een zwaar ongeval hebben gehad onvoldoende kan ondersteunen in hun verwerkingsproces, daar men bij deze patiënten de broodnodige psychosociale ondersteuning en begeleiding niet vergoed krijgt.

2.5.2 Vanuit het perspectief van de huisartsen

Het merendeel van de huisartsen in deze studie is van mening dat zij de centrale figuur zijn in de thuissetting voor de patiënt en dat zij meestal diegenen zijn die het initiatief nemen om een multidisciplinair overleg te organiseren.

Met de psychiatrische ziekenhuizen verloopt de samenwerking volgens de huisartsen in deze studie minder vlot dan met de algemene en universitaire ziekenhuizen. De informatie verloopt nog maar zeer recent elektronisch en meestal ontvangen ze de informatie wanneer de patiënt reeds enkele dagen thuis is. Dit bemoeilijkt het opstellen van een adequate zorg voor psychiatrische patiënten, aangezien men niet tijdig op de hoogte is van de afspraken die werden gemaakt met de patiënt in het ziekenhuis.

In het algemeen hebben de huisartsen het gevoel dat de communicatie met de ziekenhuissetting soms te wensen overlaat. Hierbij hebben ze het over het feit dat de patiënt

vaak gewoon met een zakje vol pillen naar huis komt zonder een degelijk opgesteld medicatieplan, waarbij de patiënt geen bron van informatie is en men bijgevolg zelf moet gaan uitzoeken hoe het medicatieplan in elkaar zit. Recentelijk wordt men daarbij ook nog eens geconfronteerd met de verwarring inzake generische geneesmiddelen, waarbij de patiënt in het ziekenhuis niet uitgelegd krijgt of geen informatie krijgt over de veranderingen in hun medicatiebeleid noch over welke producten om welke redenen werden vervangen door generische medicatie.

'Mensen staan op een thuismedicatie, gaan naar een ziekenhuis, komen terug met medicatie, eigenlijk net hetzelfde, maar een ander merk. Ze hebben thuis nog een heel deel liggen en dan begint de verwarring ... de ene pakt ze dan dubbel en de andere zegt, ik pak voorlopig niks, totdat de dokter hier geweest is, en dan hebben ze een weekend niks gepakt he.' [Citaat R1 FG1]

Verder zijn de huisartsen van mening dat er heel wat vergissingen gebeuren in de transmissie van informatie vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg.

'De patiënten komen thuis met hun medicatie en hun schema klopt niet en als ge dan belt naar de verpleegster die zegt het zo en achteraf krijgt ge een verslag van de specialist en dan is het dikwijls nog anders. Ofwel heeft hij het dus ondertussen nog eens veranderd. Da's ook niet zo eenvoudig eigenlijk.' [Citaat R3 FG1]

Enkele huisartsen geven ook aan dat men bij het opstellen van een behandelingsplan in het ziekenhuis te weinig rekening houdt met de thuissituatie.

'Een ander, dat ik nu de laatste tijd aan de hand gehad heb, dat gaat over een jejunostomie en dat is een voeding via een jejunostomie en een pomp, maar in 't ziekenhuis hadden ze de pomp dusdanig ingesteld dat de mensen, dat de familieleden 's nachts moesten opstaan om de pomp te verwisselen, of om de zak te verwisselen en men er dus geen rekening mee gehouden had en dus 's nachts ging de pomp in alarm en de zak was leeg en moest vervangen worden, ja...' [Citaat R1 FG1]

Enkele huisartsen geven aan dat zij zich door het medisch klimaat in het ziekenhuis opzij geschoven voelen. Vanuit de ziekenhuizen worden er, volgens hen, steeds meer initiatieven genomen om enerzijds ziekenhuisverpleegkundigen prestaties te laten uitvoeren bij de patiënt thuis en anderzijds om patiënten vaak onnodig voor prestaties naar het ziekenhuis te laten komen, waardoor ze het gevoel hebben dat de ziekenhuizen op hun terrein komen.

Alle huisartsen geven aan dat een zwakke verpleegkundige leidt tot een zwakke samenwerking en dat een sterke verpleegkundige leidt tot een sterke samenwerking. In de samenwerking met thuisverpleegkundigen halen de huisartsen ook enkele belemmerende factoren aan. Hierbij hebben ze het over het feit dat sommige thuisverpleegkundigen de behandeling van een patiënt veranderen over het hoofd van de huisarts heen of dat ze rechtstreeks contact opnemen met de medisch specialist in het ziekenhuis zonder eerst de huisarts te contacteren. Sommige huisartsen geven expliciet aan dat zij zich soms gepasseerd voelen door de thuisverpleging en dat dat absoluut geen manier van werken is.

'Een aantal verpleegkundigen sluiten ons met graagte tekort en het is niet plezierig wanneer je de briefjes krijgt met daar een handtekening onder en daar staat al ingevuld hoelang ze gaan verzorgen, met wat gaan ze 't verzorgen, en wij moeten verantwoordelijkheid nemen, wij moeten ons handtekening zetten. Die wonde wordt verzorgd en daarna hoort ge dat die mensen naar een of andere specialist gaan, want dat is gesuggereerd geweest. Dat is geen manier van samenwerken. (...) Als die wonde niet goed gaat, daar is uw huisarts voor, dat is de logische manier van doen, denk ik, maar dat gebeurt niet, of je wordt gewaar dat daar al dingen gebeuren.' [Citaat R3 FG2]

Verder halen enkele huisartsen aan dat het werken met thuisverpleegkundigen in dienstverband soms belemmerend werkt omwille van het grote aantal verpleegkundigen dat bij de patiënt aan huis komt. Voornamelijk wanneer deze verschillende verpleegkundigen tegenstrijdige informatie geven aan de patiënt. Ze hebben soms het gevoel dat thuisverpleegkundigen de problemen thuis te lang laten aanslepen. De huisartsen in deze studie vinden het belangrijk dat de drempel

laag wordt gehouden voor de thuisverpleegkundigen, zodat ze de telefoon opnemen om problemen te bespreken of de stand van zaken door te geven. Vandaag de dag gebeurt dit naar hun gevoel nog veel te weinig. Enkele huisartsen zijn van mening dat de privacy van de mensen niet altijd wordt gerespecteerd door de thuisverpleegkundigen en dat ze te pas en te onpas uit de biecht klappen. Langs de andere kant geven enkele huisartsen aan dat de thuisverpleegkundigen meer moeten opkomen voor zichzelf, in die zin dat ze de patiënt duidelijk moet maken waar de grens ligt van hun zorgverlening en waar de zorg door andere zorgverleners begint.

'Ik zie bij sommige mensen dat de verpleegster ook wordt gezien als boodschappenjongen: ze moeten brood meebrengen en dat mag niet van die bakker zijn, maar moet van die bakker zijn. Dus het is belangrijk om te zeggen tegen de verpleegster, van ken uw grenzen, daar bestaan andere diensten voor, als de zorg zo complex wordt, moet er iemand anders ingeschakeld.' [Citaat R4 FG1]

Sommige huisartsen vinden dat er een groot verschil is in de kennis, de competentie en de vaardigheden van thuisverpleegkundigen. Ook sommige gespecialiseerde thuisverpleegkundigen blijken niet altijd even competent te zijn, wat belemmerend werkt op de samenwerking in de eerste lijn. Vooral wanneer het gaat om palliatieve situaties is er geen plaats voor onzekere thuisverpleegkundigen. Verder zijn enkele huisartsen van mening dat de basiskennis van sommige thuisverpleegkundigen te wensen overlaat en dat het verschil in basisopleiding aan de basis hiervan ligt.

'Hoe moet ik dat zeggen, ze maken soms interpretaties van zaken waar je u van afvraagt, hoe kun je dat nu zo stellen, soms wat paniekerig met doorligwonden, het is al te laat, het is al ditte. Ge hebt er van beroeps tussen, hé, bij die verpleegkundigen, zo simpel is dat, dat haalt uw niveau naar beneden, hé.' [Citaat R3 FG1]

'En dat ge dus ook als ge als arts wat uitleg wilt geven, de anatomie wordt niet altijd begrepen, de pathologie wordt niet altijd begrepen, ik denk dat er daar, alhoewel dat er dus, allé ja, qua opleiding A1 weet ik dat dat behoorlijk gegeven wordt, maar bij een A2, ik weet niet wat dat die krijgen eigenlijk he.' [Citaat R1 FG1]

'Dat zijn ook allemaal dokters die mensen. Kijk, veel van die meisjes, waren vroeger goed voor een rustoord: de pillekes gaan gereedzetten en dit en dat. Nu geven ze die allemaal een diploma, ge moogt al in het onderwijs gaan staan als ge een D cursus volgt, als ge ne loodgieter zijt en ge volgt ne D-cursus moogt ge wiskunde geven, dus die mensen die kunnen dat niet aan. Die zouden psychologisch eens moeten wakker geschud worden van, hou uw mond, heb je een probleem, bel mij dan op. Ze denken dat 't allemaal zo simpel is.' [Citaat R4 FG1]

Andere huisartsen ervaren soms problemen met verpleegkundigen die eerst hebben gewerkt op een dienst spoed of intensieve. Ze hebben het gevoel dat deze mensen hun eigen kennis en competentie overschatten en de rollen omkeren, waardoor ze de huisarts onder druk zetten. Ze hebben er geen probleem mee dat de thuisverpleegkundige er een andere mening op na houdt, maar dan moeten ze die eerst communiceren naar de huisarts toe en niet eerst naar de patiënt, daar het niet evident is om scheve situaties weer recht te trekken.

'Ge hebt zo'n aantal mensen die een tijd op spoed gewerkt hebben of op intensieve die dan in de thuisverpleging gaan en die, die als een dokter communiceren met hun patiënten en ook heel vaak paniek zaaien, die dus ergens iets zien waarvan dat ze denken dat ze weten wat het is, maar, maar wat het eigenlijk helemaal niet en dat ge, dat ge echt merkt dat die een stuk van het medische in handen nemen maar helemaal op een verkeerd spoor zitten of paniek brengen bij de patiënten.' [Citaat R5 FG1]

'Maar dat ze onzeker zijn en dat ze het niet uiten naar de patiënt, maar naar ons vind ik geen probleem, maar ge hebt, het, ik vind het ook een probleem als verpleegkundigen, en dat ziet ge veel meer bij zelfstandigen, té zelfzeker zijn, dat ze echt zo zeggen van dat ze hun grens niet kennen en dat ze zeggen van, ik heb ooit gehad iemand, daar moest een port à cath gespoeld worden en, 's anderendaags kwam ik daar terug en daar lag een papier van palliatieve aanvraag en de verpleger had gezegd, ge moet tegen de dokter zeggen dat die dat moet invullen want gij zijt palliatief, dat zijn zo van die dingen, en ik, ik vind dat ge dat, zeker bij mensen die een tijd in 't ziekenhuis gewerkt hebben en dan in thuisverpleging komen dat ge zegt van allé, hier zijn ze echt

dokterke aan het spelen... Of zeg eens tegen de dokter dat ze dit moet voorschrijven, dat ze dat moet voorschrijven, dat is hun taak eigenlijk niet he.' [Citaat R6 FG1]

Een huisarts geeft aan dat huisartsen het ook niet altijd gemakkelijk vinden om toe te geven dat een thuisverpleegkundige het soms inderdaad beter weet. Ook de netwerken palliatieve zorgen worden daar soms mee geconfronteerd, waardoor hun werk uiteraard wordt bemoeilijkt. Verder geven de huisartsen ook aan dat de werkdruk en het gebrek aan tijd belemmerende factoren zijn in de samenwerking.

'Wij hebben allemaal ons eigen werk, ons eigen werkschema, onze eigen agenda, en 't is heel moeilijk om dat precies op mekaar te doen afstemmen. Heel vaak, als ge bv. rond een wonde eens wilt samenkomen, is het heel moeilijk om dat te doen. Dat vergt extra tijd, dat vergt moeite, en de grote schuldige hiervan is in feite de overheid, die geen enkele moeite doet om eigenlijk het kader waarin dat huisartsen en verpleegkundigen samen moeten werken, om dat kader eigenlijk op een goede manier te vormen en ook te verlonen. Dat is de schuld van de overheid.' [Citaat R7 FG2]

Op de vraag welke rol zij zich zien spelen in het vinden van een oplossing voor het probleem van de confrontatie met verschillende protocollen/richtlijnen naargelang het ziekenhuis van waaruit de patiënt is ontslaan, halen enkele huisartsen aan dat sommige specialisten toch openstaan voor hun werkwijze en daar ook respect voor hebben. Eén huisarts is van mening dat het probleem juist ligt bij het feit dat de thuisverpleging werkt met de protocollen/richtlijnen van het ziekenhuis en niet met die van de huisartsen.

Ook op financieel vlak blijken er soms enkele belemmerende factoren op te treden. Zo geven enkele huisartsen aan dat wanneer een patiënt wordt ontslaan uit het ziekenhuis, dat de patiënt en/of familie verwacht dat de huisarts diezelfde dag nog eens langskomt. Op zich is dat ook perfect mogelijk, maar het probleem is dat dit huisbezoek niet wordt vergoed door het ziekenfonds, omdat die patiënt die dag nog staat ingeschreven in het ziekenhuis. Verder halen enkele huisartsen aan dat de thuisverpleging wettelijk gezien geen voorschrift moet hebben voor bepaalde prestaties, zoals een toilet, maar dat hier toch individuele verschillen zijn: sommige verpleegkundigen vragen voor alles een voorschrift, ook voor zaken die sowieso niet terugbetaald worden, zoals het klaarzetten van medicatie, en andere verpleegkundigen zijn bij wijze van spreken al een jaar met zorg bezig waar je totaal niet van op de hoogte bent. Enkele huisartsen geven ook aan dat zij vaak geen zicht hebben op welk forfait er door de thuisverpleging wordt toegepast bij de patiënt of welke Katz-score er wordt gehanteerd, waardoor ze soms uit de lucht vallen wanneer blijkt dat de score van een patiënt is afgekeurd wegens overscoring. Enkele huisartsen geven aan dat de thuisverpleegkundigen werken via een derdebetalersregeling, waardoor zij geen remgeld moeten vragen aan de patiënt. Dit vergemakkelijkt het de verpleegkundigen om de huisarts voorbij te lopen, aangezien hun bezoeken steeds gratis zijn, terwijl ze die van de huisarts steeds moeten betalen. Verder zijn enkele huisartsen van mening dat de geneeskunde teveel wordt gereduceerd tot het verrichten van een opvolging van prestaties die beschreven staan en waaraan men dan een nomenclatuurnummer koppelt. Op die manier vergeet men veel te vaak dat men te maken heeft met patiënten, wiens problemen niet altijd te vatten zijn in één van deze nummers. Sommige huisartsen in deze studie halen inderdaad aan dat er soms moeilijkheden worden ondervonden met de aanvraag van palliatieve premies, waarbij zij aangeven dat ze het gevoel hebben gepusht te worden door de thuisverpleging om deze premie aan te vragen, wanneer zij dit nog niet de moment vinden. Vaak worden ze dan geconfronteerd met het feit dat de verpleegkundige of de sociaal werkster dit reeds heeft gecommuniceerd naar de familie toe en dan wordt het moeilijk om de situatie onder controle te houden. Het merendeel van de huisartsen is van mening dat een gebrek aan kennis bij de thuisverpleegkundigen aan de basis hiervan ligt, alsook een financiële incentive, daar ze dan een hoger forfait mogen aanrekenen. Verder is het merendeel van de huisartsen van mening dat het multidisciplinair overleg moet worden vergoed, wat nu nog onvoldoende het geval is. Bovendien geven enkele huisartsen aan dat het overleg op zich efficiënter dient te worden georganiseerd. Namelijk, ze zijn bereid overleg te plegen wanneer er meerdere patiënten worden besproken, maar nog teveel wordt er vanuit de thuisverpleging een overlegmoment gepland om één patiënt te bespreken.

'Het is duidelijk, als wij voor elke patiënt, demente patiënt, die wij hebben, ene keer in de maand een uur moeten vergaderen, dat dat niet haalbaar is. Ge krijgt een verloning van een consultatie, maar ge zijt niet op een uur buiten en dan moet ge nog eens kijken wat de efficiëntie is van zo'n vergadering.' [Citaat R2 FG2]

Enkele huisartsen geven ook aan dat het telefonisch overleg zou moeten worden vergoed voor zowel de thuisverpleegkundigen als de huisartsen.

'Sommigen springen binnen in mijn consultaties en blijven daar voor mijn deur staan in de gang om dat en dat te vragen, terwijl dat de andere patiënt buiten gaat.' R5: 'Ja, dat is, die volgende patiënt, die is daar en je geeft dan wat richtlijnen en doe dit en doe dat, maar in feite is dat ook geen manier van doen. Zij moeten bij mij komen en in feite zou dat een consult moeten zijn, want zij komen in de plaats van die patiënt een consult doen bij mij, wat niet kan.' [Citaat R13, R5 FG2]

Tenslotte geeft een huisarts aan dat de thuisverpleegkundigen van vandaag omwille van welke reden ook, tijd, financieel, te weinig oog heeft voor het bevorderen van de zelfredzaamheid van de patiënt. Nog te vaak worden CVA patiënten onvoldoende gestimuleerd om zelf hun verzorging in handen te nemen of nog te vaak komen de verpleegkundigen de insuline injecties geven, terwijl de patiënt perfect in staat is om dit zelf uit te voeren. Deze huisarts haalt hierbij aan dat de thuisverpleegkundigen dan wel naar behoren moeten worden verloond voor deze educaties.

2.5.3 Vanuit het perspectief van de medisch specialisten

Ondanks het feit dat de medisch specialisten van mening zijn dat er hard wordt gewerkt aan het bevorderen van de samenwerking, bevestigen ze dat de communicatie de kern is van een goede multidisciplinaire samenwerking en dat er in deze communicatie en samenwerking nog heel wat mank loopt. Het merendeel van de medisch specialisten in deze studie is overtuigd van het belang van het elkaar kennen en (h)erkennen en dat daar toch nog werk aan de winkel is.

Enkele medisch specialisten vinden dat men te vaak naast elkaar bezig is: iedereen heeft zijn/haar domein en is daar ook heel correct mee bezig, maar er vindt te weinig overleg plaats of er gebeurt te weinig afstemming wanneer het gaat om de zone waarin de domeinen elkaar overlappen. Volgens een medisch specialist heeft dit te maken met het feit dat artsen in opleiding de thuiszorg onvoldoende kennen en dat de samenwerking daarbij nog eens wordt bemoeilijkt door het feit dat patiënten vaak meerdere artsen raadplegen in verschillende ziekenhuizen.

'Er zijn verschillende factoren. Ik denk in eerste instantie, de werkbelasting van beide sectoren, waarbij door de dagelijkse drukte de kwaliteit van de zorg dreigt wat minder te worden. Dat is eerder een neiging, dan misschien de regel, maar dan ook het gebrek aan communicatie. Als gevolg van de dagelijkse drukte, goed, ik ga zorgen dat mijn taak in orde is, als ik er vandaag niet geraak om te telefoneren zal ik het morgen doen, maar als je dat vergeet morgen dan komt het er nooit van, men zou een soort verplichting moeten inbouwen eigenlijk dat er een verplichte communicatie is op bepaalde ogenblikken, ik zeg maar bv. bij opname, bij verandering van afdeling binnen het ziekenhuis, (...) ik denk dat dat verplichte momenten moeten zijn van communicatie naar de thuissector. Wat wij in het ziekenhuis als tekortkoming ervaren is dat de thuissector ook, hoe zou ik zeggen, niet iedere verandering in de situatie van de patiënt communiceert. De patiënt heeft meerdere artsen, de thuissector weet niet altijd wie de arts is die ze moeten contacteren. De patiënt gaat dikwijls voor verschillende problemen naar verschillende ziekenhuizen en dat bemoeilijkt zeker de communicatie. Zodanig dat je soms parallelle circuits hebt. Dus ziekenhuisverzorgers communiceren ook niet altijd met elkaar. Ik heb daarnet iemand gezien die in een ander ziekenhuis opgenomen was, dan komt die naar hier, goed, ik ben nu van plan om de collega op te bellen, om een beetje op elkaar aan te sluiten, maar dat gebeurt niet altijd. Dat leidt ook tot herhaling van onderzoeken en ook ja, voor de patiënt is het niet altijd transparant genoeg. (...) Het is schamelijk om te zeggen, maar je hebt in bepaalde disciplines jonge mensen in opleiding die niet echt bewust zijn van de potentiële meerwaarde van de thuissector. En dat leidt dan tot de onnodige terugkomst van de patiënt naar de raadpleging of naar het dagziekenhuis of gelijk wat, terwijl dat perfect zou kunnen worden opgevangen in de thuissector. [Citaat ZHS 8: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 4,5]

Een andere medisch specialist bevestigt dit naast elkaar werken door aan te geven dat er vandaag de dag teveel werk dubbel gebeurt dat zou kunnen worden vermeden door een goede en duidelijke interdisciplinaire en multidisciplinaire communicatie en samenwerking. Dit wordt volgens deze medisch specialist nog extra bemoeilijkt door het feit dat iedere discipline zijn eigen dossier heeft en als de patiënt sectoren doorkruist dat er dan nauwelijks informatie wordt uitgewisseld.

'Ik denk uiteindelijk dat het de hele maatschappelijke context is waar zorg voor oudere mensen meer en meer tijd en energie van alle zorgsectoren op zich gaat nemen en ik denk dat een goede verstandhouding waarbij mensen en middelen zeer efficiënt gebruikt worden en zeer gericht gebruikt worden en dus inderdaad ook die communicatie die tussen die sectoren moet geoptimaliseerd worden, is daar ook een aspect in. Ik denk dat dat allemaal zaken zijn die samenwerking nodig maken en menselijk maken en ik denk dat het zo is dat we daar van elkaar heel wat kunnen leren nog en heel wat informatie en zelfs dubbel werk zouden kunnen besparen. Als iemand inderdaad met de goede informatie en met de juiste aanduiding van welke personen betrokken zijn in de zorg, met telefoonnummer en naam erbij enz. verwezen wordt, dan vindt ge onmiddellijk de mensen die belangrijk zijn in de zorg, terwijl nu is het altijd opnieuw beginnen zoeken wie doet dat, en wat is er allemaal voorzien, terwijl als die aspecten alleen al zouden ter beschikking staan dan zou je al een hele stap vooruit zijn. Maar ieder moet op zich beginnen en dat vind ik juist het probleem, wij gaan een patiënt ook beginnen terug inschatten en we gaan een kinesist en een ergotherapeut laten hun functionaliteit inschatten en een sociaal assistente moet documenteren hoe het thuis was en wie er thuis betrokken was, dus we beginnen opnieuw en op het moment dat die patiënt thuiskomt zal waarschijnlijk de thuisverpleegkundige ook met een intake gesprek terug beginnen en opnieuw beginnen, en de vraag is, waarom moet het altijd opnieuw beginnen, zou het niet continu kunnen? [Citaat ZHS 3: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 2]

'Het probleem is nog altijd binnen de thuiszorg gebruiken ze dit dossier, wij gebruiken ons dossier. Verhuist die patiënt naar een residentiële instelling dan gaan ze hun dossier gebruiken en ja, ge weet niet waar dat je moet gaan zoeken om welke informatie te vinden, maar het is zo dat hetgeen dat ik altijd doe bij een nieuwe patiënt die ergens komt van thuis of van een residentiële instelling, is dus zoeken is er informatie van zorgverleners buiten een verwijsbriefje van een huisarts. Is er nog iets anders aanwezig en een medicatielijst kunnen we soms nog terugvinden maar daar stopt het dikwijls bij. En dan moet je inderdaad vragen aan verpleegkundigen van contact te nemen met hun collega's in de thuiszorg om eens te horen hoe dat dat ging. Dikwijls moet ge een huisarts ook nog bellen om te horen wat dat juist de vraag of 't probleem was en de familie ook nog eens zien om bepaalde aspecten duidelijk te krijgen, dus, terwijl waarschijnlijk die informatie al voorhanden is in een dossier, maar ge moet daaraan geraken he? [Citaat ZHS 3: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 6]

Een andere medisch specialist geeft in dit kader aan dat er vanuit de ziekenhuissector zelf vaak verwarring wordt gecreëerd door het feit dat de patiënten vaak de indruk hebben dat alles dient te worden uitgevoerd zoals dat in het ziekenhuis wordt gedaan, maar dat men daarbij onvoldoende stilstaat bij het feit dat op die manier de thuissetting wordt geconfronteerd met verschillende richtlijnen die elk verbonden zijn aan een specifiek ziekenhuis.

'Nu het is gemakkelijk in een ziekenhuis, daar voert ge een richtlijn uit en ge zegt zo doen we dat hier en dat is onze huisregel, maar die thuisverpleegkundige die wordt geconfronteerd met mensen die uit ziekenhuis A en uit ziekenhuis B en uit ziekenhuis C komen en daar wordt dan de verwarring groot, want het zou kunnen zijn dus dat die drie verschillende richtlijnen krijgt voor eenzelfde soort technische zorg, dat betekent dan dat zij op dat ogenblik zou moeten alarm slaan en zeggen hier zitten we met een probleem in onze regio. We krijgen mensen uit verschillende ziekenhuizen en da's drie keer anders en daar gaan we dus moeten zorgen dat er ja, een soort gelijklopende protocollen in de mate van het mogelijke komt en dat het eigenlijk niet meer kan overgelaten worden aan de individuele goesting van de huisdokter, of de individuele goesting van een ziekenhuisspecialist, maar dat men eigenlijk zou moeten streven naar wat is in dit soort situaties nu het beste voor de patiënt. En da's een gigantische opdracht, want de verwarring in de thuiszorg, hoor ik altijd, wordt groter door dit soort verschillen, dit soort richtlijnen en (...) ge zijt, denk ik, als verpleegkundige in de thuiszorg heel eenzaam, want de huisdokter kan daar heel dikwijls niet op antwoorden, die zegt ja maar hoe doet ge dat gewoonlijk, doe maar en dan komt de patiënt individueel in het ziekenhuis terug klagen dat die thuisverpleegkundige dat niet doet zoals in het ziekenhuis, heel heel moeilijk, dus, voor thuisverpleegkundigen.' [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1]

De medisch specialisten zijn van mening dat het belangrijk is om de noden en de behoeften van de zorgvrager correct en adequaat in te schatten. Dit wordt vandaag echter bemoeilijkt door het feit dat de hulpverleners elkaar onvoldoende kennen en (h)erkennen. Eén medisch specialist geeft hierbij aan dat de thuiszorg zich meer dient te profileren, maar dat het hierbij wel moet gaan om een éénduidige profilering, wat vandaag niet altijd het geval is.

'Dikwijls wordt er gedacht van kom, we laten een thuisverpleegkundige komen, maar de vraag is inderdaad één, is dat nodig en ik denk dat dat ook meer onze taak moet zijn om echt noden te gaan inschatten en ten tweede kan dat geboden worden vanuit de situatie thuis, dus ik denk dat dat toch nog wel wat belemmerend werkt, dat men niet goed weet welke mensen er allemaal actief zijn, wie dat er allemaal van verpleegkundige thuisorganisaties en privé verpleegkundigen allemaal ter beschikking zijn, wat dat hun mogelijkheden daarin zijn en dat het inderdaad op dat vlak beter zou kunnen. [Citaat ZHS 3: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 3]

'De praktische ervaring leert dat als we iemand naar huis sturen, dat men dan toch ook regelmatig fouten maakt, en dus dat men denkt dat men de competentie heeft, of dat we zeggen van kunt gij dat doen, neen, dat heb ik nog nooit gedaan... Dus we horen altijd tegenstrijdige dingen, algemeen van wij kunnen dat wel, maar als ge dan praktisch zegt van bij deze patiënt, kunt gij dat overnemen?, oei, dat heb ik nog nooit gedaan. (...) Het gebeurt ook dat ze zeggen 'daar heb ik gene tijd voor'... Ik hoor heel goed thuisverpleegkundigen die zeggen 'meneer, wat wij moeten doen en rond hossen, om rond te komen, tegelijkertijd zeggen de verantwoordelijken van 'we zijn er klaar voor, laat maar komen'. Maar als we laten komen zeggen ze 'zeg, die hebben ze wel veel te vroeg naar huis gestuurd he.' Dus we horen de hele tijd tegenstrijdige berichten van 'dat is toch en schande wat ze nu naar huis gestuurd hebben, zeg, zó'n ingewikkelde situatie, dat is toch niet te doen meneer. Ik krijg tien minuten voor die patiënt te verzorgen en bij de deze ben ik een half uur binnen. Ik kom niet rond en krijg het niet gedaan.' [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 16]

Verder benadrukken zij het belang, alsook het ontbreken, van een verwijsbrief voor de thuisverpleegkundige, maar er wordt hierbij wel benadrukt dat de thuisverpleegkundigen ook de kennis moet hebben om naar deze informatie te handelen.

'Het is inderdaad zo dat we inspanningen gedaan hebben voor rusthuizen en de rusthuissector inzake het MRSA verloop en alle screenings die gebeurd zijn en of ze positief en negatief waren, dat wordt meegegeven, er is een standaard formulier voor, dus dat zou een mogelijkheid zijn om te zeggen van kijk we gaan dat formulier voor iedereen en elk ontslag verplichtend maken. (...) Binnen de rusthuissector, RVT's, zijn er nu richtlijnen, nationale richtlijnen en lokale richtlijnen die zeggen van kijk, dat en dat moet gebeuren of niet gebeuren naar isoleren en dragen van schorten, handschoenen bij verzorgend personeel enz. in het geval dat iemand met MRSA terugkomt uit het ziekenhuis. Maar dat betekent ook dat de thuiszorgorganisatie moet weten wat te doen op het moment dat zo iemand terugkomt, dus dat betekent dat zij ook richtlijnen moeten hebben hoe ze met zo iemand moeten omgaan en wat voor beschermende maatregelen enz. er nodig zijn, dus dan is dat pas nuttig van die informatie te krijgen. Het weten op zich is één ding, maar je moet ook weten wat dat je moet doen om spreiding te voorkomen naar andere patiënten enz. op dat moment. Ik weet niet of dat in de thuiszorg daar op zich al richtlijnen rond bestaan.' [Citaat ZHS 3: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 7]

Eén medisch specialist is van mening dat er vanuit zijn/haar specialisatie extra op wordt toegezien dat er geen patiënten worden ontslaan op een vrijdagnamiddag, voor een verlengd weekend of voor feestdagen. De andere medisch specialisten geven aan dat dit inderdaad vaak het geval is en dat daar meer aandacht dient te worden aan besteed. Ook de onduidelijke voorschriften, het gebrek aan materiaal of medicatie dat wordt meegegeven met de patiënt om feestdagen of weekends te overbruggen, wordt herkend door de medisch specialisten in deze studie. Hierbij geeft een medisch specialist aan dat deze kritiek terecht is, maar dat de nood aan duidelijke communicatie in beide settings aanwezig is. Bovendien is deze medisch specialist van mening dat er nog nooit zoveel middelen waren om met elkaar te communiceren, namelijk via vaste telefoon, via GSM, via fax, via internet, en toch is de kwaliteit van de communicatie nog nooit zo slecht geweest.

'Ik zeg heel dikwijls naar de huisdokters toe, jullie sturen de patiënt binnen en jullie hebben met moeite zo een voorschrift, een briefke vol geschreven, daar staan drie regels op, 'graag opname', daar staat zelfs niet bij wat de patiënt heeft, welke medicatie dat de patiënt neemt, wat de

doelstelling is van de opname, 'graag een verdere zorg'. Moesten wij de patiënt naar bij u thuis sturen vanuit het ziekenhuis met zo'n briefke, 'graag verdere zorg', dan zoudt gij terecht geweldig reclameren. Ik zeg, maar naar ons toe doen jullie het wel zo. Dus eigenlijk krijgen de ziekenhuizen terecht een heel deel kritiek, omdat ze de communicatie met de thuiszorg niet goed doen, maar omgekeerd is er evenveel nood aan goede communicatie. Heel dikwijls moeten wij aan de patiënt vragen 'wat neemt ge', 'ah 't is zo'n klein wit pilleke' en dan weet ge 't. En dan moogt ge beginnen te raden welk dat het is, en dan zeggen de mensen 'het begint met een F, eu, hoe is het weer' en dan, dan zoekt ge 't op, ah ja, dan is 't Loramet he. En da's dan de F van Loramet. Zo worden wij dus geïnformeerd ...' [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 10]

Eén medisch specialist geeft aan dat hij/zij eerder terughoudend is om rechtstreeks contact op te nemen met de thuisverpleging, wegens zijn/haar ervaring in het verleden dat huisartsen dit niet appreciëren en hem/haar contacteerden met de vraag om op zijn/haar terrein te blijven. Het contacteren van de thuisverpleging laat deze medisch specialist dan ook liever over aan de sociale dienst.

Eén medisch specialist is van mening dat er betere afspraken moeten worden gemaakt over de te bereiken doelstellingen bij palliatieve patiënten. Wanneer een palliatieve patiënt naar huis gaat om thuis te sterven dan wordt de patiënt nog te vaak op een bepaald moment terug naar het ziekenhuis gestuurd, terwijl dit niet de bedoeling was en dit ook niet door de patiënt is gewenst. Bovendien is het belangrijk de doelstellingen vooraf duidelijk te stellen zodat de therapeutische hardnekkigheid zich niet verplaatst van het ziekenhuis naar de thuiszorg of zodat men de thuiszorg niet ongevraagd omvormt tot mini-ziekenhuizen.

'Dat men ook bij terminale patiënten maar blijft technische zorg doen (...) en men blijft zich maar vastpinnen in die technische zorg. Dat is heel goed, zolang de patiënt nog een perspectief heeft, maar men moet op tijd durven stoppen en ik ben soms bang dat wat er in de ziekenhuizen gebeurt van het technisch blijven doorgaan totdat de patiënt doodgaat, dat we nu een verplaatsing zien in de thuiszorg en dat dat eigenlijk miniziekenhuizen zijn. En de patiënt die wil thuis sterven, dat is niet in huis sterven, maar daar waar hij een thuis heeft en als ik ga voordrachten geven voor palliatieve zorg, dan hoor ik 'ja maar die technische zorg dat kan allemaal thuis' en dan zeg ik het is niet verplicht om als palliatieve patiënt thuis te sterven in en ziekenhuisbed met daarnaast een WC stoel, met op het bed een pijnpomp, met nog drie keren het bezoek van een verpleegkundige, met ook nog wekelijks het bezoek van een palliatief deskundige en een psycholoog en een sociaal werker, want dan is die patiënt omgeven door nog eens vrijwilligers en nachtwakers, dan is die absoluut niet meer thuis, dan hebben we van die thuis een mini ziekenhuis gemaakt met professionele hulpverleners die daar allemaal hun technisch ding komen doen. En eigenlijk was het dat niet wat de patiënt wilde. Die wilde in de privacy van zijn huis in zijn thuis sterven.' [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 3]

Verder geeft deze medisch specialist aan dat er nog onvoldoende feedback wordt gegeven over de patiënt naar het ziekenhuis toe, éénmaal de patiënt thuis is. Een andere medisch specialist is van mening dat iedereen zijn best wel doet, maar dat dikwijls de tijd ontbreekt om te overleggen, ondanks het feit dat dergelijk overleg cruciaal is wanneer het gaat om complexe zorgsituaties. Deze medisch specialist pleit er dan ook voor dat de geïnvesteerde tijd in overleg wordt vergoed.

Een medisch specialist vindt het verschil in opleiding vaak belemmerend. De ene verpleegkundige heeft vaak niet dezelfde basis als de andere verpleegkundige, daar dit vaak afhangt van de school waar ze de opleiding hebben genoten. Hij/zij vindt het dan ook belangrijk dat de specifieke opleidingen tot referentieverpleegkundige en tot diabeteseducator inhoudelijk op elkaar worden afgestemd, wat nu niet altijd het geval is. Verder geeft hij/zij aan er moeite mee te hebben dat medische voorschriften niet strikt worden opgevolgd.

'(...) Waar ik het ook moeilijk mee heb, is als de verpleegkundige bv. niet de hygiënische zorg toepast voor dat ze de wond reinigt, bv. de patiënt niet helpt, die hulpbehoevend is, om het been en de voet te wassen. Als de patiënt het zelf kan doen, moedigen we de patiënt aan om klaar te zijn met een gewassen been en een gewassen voet, maar sommige patiënten kunnen dat niet en keer op keer, ook als we het voorschrift aanpassen, bv. specifieke wondzorg, meer dan 60

vierkante centimeter enz. plus hygiënische zorgen erbij schrijven plus wassen, hebben we het heel vaak nog niet en dan weet ik niet wat in mijn macht ligt om dat toch te vragen. Dat is een probleem. [Citaat ZHS 2: SW-bevorderende elementen vandaag, ref 7]

Deze medisch specialist geeft ook aan dat het wijzigen van een behandeling door een thuisverpleegkundige, zonder daarover vooraf eerst contact te hebben opgenomen, een punt van wrevel is. Tenslotte is hij/zij van mening dat het engagement en de medewerking van de patiënt een niet te onderschatten rol spelen in een goed functionerende samenwerking.

'Engagement en samenwerking vanwege de patiënt. Want ik denk als het mis gaat, is het voor de helft van de tijd gelegen aan onervarenheid of niet goed kennen van een bepaalde techniek bij de thuisverpleegkundigen (...) en de helft van de tijd is het de patiënt die altijd maar afdingt. Ik heb daar geen illusies over: niet aan mijn schoenen, niet aan mijn voeten een windel, geen twee lagen, dat is genoeg, niet zoveel materiaal, dat is te duur, zulke dingen. Of, ik zal dat aandoen als ik terugga naar X, maar tussendoor doe dat... jaja, ik heb daar absoluut geen illusie over, dat het heel vaak vanwege de patiënt is, die proberen de verpleegkundigen tegen mekaar op te zetten soms, dat weten we ook wel.' [Citaat ZHS 2: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 4 & 10]

Enkele medisch specialisten zijn van mening dat het multidisciplinair werken toeneemt en dat er veel inspanningen voor worden gedaan, maar dat het vaak nog fout loopt omwille van een gebrek aan coördinatie in de thuissetting.

'Er is nood aan een verlenging van het multidisciplinair werk in een ziekenhuis naar het multidisciplinair werk in de thuissituatie. En theoretisch kan dat allemaal, maar (...) in het ziekenhuis als ge multidisciplinair werkt, hebt ge elke week minstens formeel overleg en wordt er bijgestuurd. Stuur ge iemand naar huis, (...) die verzorgingsstrategie die kan thuis even goed, maar het overleg is soms moeilijk. En dan zeg je, ja, wie moet dat dan coördineren thuis, misschien de huisarts, maar de huisarts is niet gespecialiseerd dikwijls om die zware pathologieën goed te coördineren, omdat het gaat om een multidisciplinair toch vrij zware pathologie, omdat we meer en meer zware pathologieën naar huis sturen, en om dat beleid van het ziekenhuis verder te zetten, dat is soms moeilijk. (...) Er is meer thuisverpleging beschikbaar dan vroeger, denk ik, dus dat is een positief element, maar naar structurele zaken, organisatie, toe, dat overleg van de tweede, derde lijn naar het multidisciplinair verder volgen dat gebeurt toch te weinig denk ik. En daar zie ik niet veel gebeuren. En ik denk dat, omdat ja, politiek gezien, de huisarts claimt de coördinatie van de patiënt en daar is nog altijd een tweestrijd vind ik tussen de eerste lijn en de volgende lijnen, en ik vind dat een steriele discussie en die niet goed is, omdat iedereen in zijn stellingen terug kruipt en het is niet inhoudelijk bepaald. Dus ik denk dat men daar meer naar inhoud moet gaan kijken dan naar posities.' [Citaat ZHS 4: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1,6,7]

Enkele medisch specialisten geven aan dat de belemmerende factor niet bij de kennis en de competentie ligt van de thuisverpleegkundigen, maar bij het huidig terugbetalingssysteem, bij de afwezigheid van een sociaal netwerk rond de patiënt en bij het gebrek aan mankracht.

'Dikwijls is het patiënt gerelateerd, moeilijke patiënten, die nooit tevreden zijn, of moeilijke thuissituaties, mensen die helemaal alleen zijn, en waar de thuisverpleegkundige al veel meer doet dan alleen het verpleegkundige takenpakket bij manier van spreken, en die dat dan niet ziet zitten om nog eens een aantal taken erbij te nemen. (...) En ook de mankracht. Dus het zijn vaak arbeidsintensieve, complexe prestaties en de belangrijkste benzine eigenlijk voor de motor om dat te onderhouden is de mankracht en dat thuisverpleegkundigen daarop vaak kunnen afhaken, dus dat ze zeggen van ja maar wij zijn gewoon niet met genoeg mensen om te doen wat jullie vragen, wij kunnen dat niet. Dus dat, ik denk dat dat de belangrijkste pitfall is eigenlijk. (...) Wat ik ook weet is dat we voor een aantal antibiotica moeilijkheden hebben om ze terugbetaald te krijgen, dus dat de nomenclatuur voor terugbetaling van antibiotica in de thuiszorg een probleem is. En dan contacteren we de adviseur op voorhand, dus dan proberen we dat maar te anticiperen wat niet altijd mogelijk is of wat niet altijd positief beantwoord wordt.' [Citaat ZHS 5: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 1 & 3; Free nodes-financieel, ref 1]

Een medisch specialist haalt hierbij aan dat men evolueert van zuiver technische prestaties naar intellectuele prestaties, waar de psychosociale begeleiding van de patiënt belangrijker wordt dan de zuiver technische acties, maar het huidig financieringssysteem is daar echter niet op voorzien.

Eén medisch specialist geeft ook aan dat de kennis van de huisarts mee bepaalt of een patiënt al dan niet thuis verder kan worden opgevolgd. Tenslotte geeft een medisch specialist aan dat het grote verloop van hulpverleners ontzettend belemmerend werkt.

'Het grote probleem is een beetje dat in heel veel teams er een heel groot verloop is van hulpverleners, dat heel veel mensen in onze maatschappij parttimers aan het worden zijn en het leuk vinden om te veranderen van werk en dan heet het van 'ik heb een nieuwe uitdaging nodig' en dat is waarschijnlijk een beetje het gevolg van onze maatschappij. We willen altijd maar nieuwe dingen. Het moet nieuw zijn, het moet uitdagend zijn. Vroeger startte men in een beroep en dat deed men tot aan zijn pensioen. Dat doet men nu niet meer. Men verandert de hele tijd zodanig dat mensen een keer als ze vertrouwd zijn in die situatie, dat goed kennen, er plots niet meer zijn. En dat ge dan weer helemaal opnieuw moet beginnen met iemand in hetzelfde team en dat ge die weer helemaal van vooraf aan moet opleiden. Dat is frustrerend. Dat ge zegt, ik moet nu de vijfde keer in die equipe dat gaan uitleggen en ze hebben dus eigenlijk aan elkaar niks doorgegeven, namelijk bij het vertrek van die persoon is een heel stuk competentie weer mee verdwenen. [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen vandaag, ref 12]

2.6 Factoren die de samenwerking in de toekomst gaan belemmeren/verhinderen

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie zien niet direct elementen die in de toekomst de multi- en interdisciplinaire samenwerking gaan verhinderen of belemmeren.

Zowel de thuisverpleegkundigen als de medisch specialisten in deze studie geven aan dat het elektronisch verpleegdossier bevorderend kan werken op de multidisciplinaire samenwerking, maar enkele thuisverpleegkundigen zijn van mening dat het nut van het uitwisselen van informatie via een elektronisch dossier afhankelijk is van het feit dat deze informatie ook daadwerkelijk wordt gelezen. Ook enkele medisch specialisten uit hun twijfels bij het toekomstig gebruik van zowel telematica als het elektronisch verpleegdossier.

'Telemedecine, dat gebeurt ook al een beetje. Maar we kunnen daar niet echt gestructureerd op ingaan, want ten eerste, ge moet een oordeel vellen over een patiënt die ge soms niet kent, die ge niet gezien hebt. Als het een patiënt is die wij regelmatig zien, die we kennen, zou ik daarop ingaan, maar een totaal vreemde patiënt, waar ik alleen maar een wond krijg op een beeld, dat goed of niet goed is, ik weet het niet, ik kan het niet beoordelen, dus het is ook niet gestructureerd in België, juridisch dan, dus wie is verantwoordelijk dan? Ik zie een wond op mijn computer, doorgestuurd door een thuisverpleger en die vraagt mij, wat moet ik doen, ik kan daar eigenlijk niet op ingaan want dat is niet voorzien, als er iets gebeurt heb ik het voorschrift zagezegd gemaakt en ben ik medisch verantwoordelijk, maar ik heb de patiënt niet gezien, dus het is niet helemaal juist. [Citaat ZHS 2: SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 1]

'Dat (elektronisch) dossier heeft nog niet veel bewezen, dus ik zou dat toch wel eerst willen afwachten hoe dat effectief verloopt en ik denk dat ge daar zeer sterk afhankelijk zijt van uw input van uw verpleegkundigen natuurlijk, en dat zal in een aantal gevallen wel een extra steun zijn, maar ik zou toch eerst dat systeem algemeen willen geëvalueerd zien voordat we het totaal in die specifieke settings gaan toepassen eigenlijk.' [Citaat ZHS 5: SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 2]

'Dat is nog niet zo duidelijk voor mij of dat een verbetering gaat zijn, want dat betekent dat iedereen elektronisch het moet invoeren en daar zijn nog heel veel mensen, ook in de thuiszorg, die elektronisch nog niet onderlegd zijn of dat durven gebruiken. En ik denk ook dat dit nog niet klaar is. Als ik zie hoe dat in het ziekenhuis wij nu toch al een redelijke traditie hebben met een elektronisch dossier, en dat er eigenlijk nog altijd fundamentele dingen zijn die niet gerealiseerd worden, of waar iedereen zijn eigen invulling aan geeft. Mensen weten het ook allemaal zo goed tegenwoordig. Dus men luistert ook niet naar elkaar en dus als men zegt, bv., de onderzoekskamers hier hebben allemaal een rood lampke, als ge binnen zijt en ge zijt ne patiënt aan 't onderzoeken doet ge 't rood lampke aan...Awel, ik daag u uit om te komen kijken hoeveel dagen per week dat er hier mensen bezig zijn die hun rood lampke niet aandoen of als ze buiten gaan en de cabine is leeg het rood lampke niet uitdoen. Dat is nu zo simpel, (...) en daar houdt men zich dus niet aan. Dus iets invullen in een elektronisch dossier, ik denk dat een heel deel mensen zich daar niet aan gaan houden. En het nadeel ook van een elektronisch dossier zou kunnen zijn, (...) ge moet inloggen, awel, als ik zie hoe dat ik papieren moet invullen van

Europese, van Belgische, van het RIZIV en al, en óveral moet ge ne log-in hebben die overal op een andere manier werkt. Met allemaal slotjes en knopkes verspreid die allemaal anders zijn. Als ik zie bv., vroeger, stuurde ge iemand naar een radiografie en die kwam terug met ne foto en ge hing die op ne lichtbak en ge kon al die foto's bekijken. Nu komen de mensen met een CD, ik vind het onwaarschijnlijk hoe dat men erin slaagt dat alle ziekenhuizen een verschillende software hebben met allemaal verschillende sturingsprogramma's. Bij het ene moet ge daar klikken om naar de volgende foto te gaan, bij ne andere moet ge dat, en ge moet dat zelf allemaal uitvinden, waar dat dat staat. (...) En zo gaat het in de gezondheidszorg ook, men gaat dus het elektronisch dossier maken en het elektronisch dossier zal dus weer bij de ene thuiszorg equipe anders zijn dan bij de andere. En als ge 't dan goed kent, verandert het om de haverklap. En niet alle veranderingen zijn verbeteringen. Als ik hier drie weken in verlof ben en ik kom terug, dan zijn er God weet hoeveel dingen veranderd op die drie weken tijd dat ge 't niet voor mogelijk houdt. Dat ge zegt, ik heb twee dagen nodig vooraleer ik het weer terug ken.' [Citaat ZHS 6: SW-bevorderende elementen in toekomst, ref 2]

Eén thuisverpleegkundige geeft expliciet aan dat het belangrijk is, om multidisciplinair gezien, betere afspraken te maken, maar dit vraagt tijd, waarbij hij/zij aangeeft dat een deel van de tijd naar overleg gaat, een deel gaat naar administratie, een deel gaat naar het up-to-date houden van de kennis en kunde en dan moet de patiënt nog steeds centraal staan en blijven staan, terwijl dit niet meer zo evident gaat zijn.

Enkele thuisverpleegkundigen vrezen dat de verdere professionalisering en specialisering in de thuisverpleging de samenwerking met sommige huisartsen zal bemoeilijken. Sommige huisartsen beschouwen dit volgens de thuisverpleegkundigen immers als een terreinoverschrijding.

Eén thuisverpleegkundige geeft expliciet aan dat het vragen van remgeld een evolutie is die niet in het voordeel is van de patiënt, daar sommige patiënten eerder geneigd zullen zijn de zorg als niet nodig te bestempelen dan ervoor te betalen. Verder zijn enkele thuisverpleegkundigen van mening dat ook naar de toekomst toe de samenwerking zal worden belemmerend door de aanhoudende concurrentie binnen de thuisverpleging zelf.

Enkele huisartsen in deze studie beschrijven zichzelf als het ware als een uitstervend ras: de solo huisarts gaat volledig evolueren naar een groepspraktijk, waarbij het persoonlijk overleg totaal verloren zal gaan.

'Binnen 10 jaar hebben wij een totaal andere situatie en binnen 20 jaar, ja, gaat er nooit geen sprake meer zijn van persoonlijk overleg, maar van groepspraktijken tot en met (...) Dan spelen natuurlijk de middelen en de omkadering een veel grotere rol dan nu. De verpleegkundigen die ik ken, die kennen mij en daar heb ik geen enkele omkadering van plaats, tijd, geld en ik weet ik niet wat bij nodig. Een telefoon van er is een probleemke, we gaan dat bekijken en dat wordt opgelost. Maar dat is natuurlijk nu nog haalbaar, maar binnen tien jaar niet meer en binnen twintig jaar totaal gepasseerd. Als u ziet naar de leeftijden die we hier allemaal hebben en ik kijk naar de gemiddelden, dan zult ge wel zien dat er binnen 10 jaar niet veel meer moet vergaderd worden met ons.' [Citaat R11 FG2]

Verder vinden enkele huisartsen dat er een apart budget zou moeten komen voor de huisartsgeneeskunde. De beleidsmakers van vandaag houden te weinig rekening met het beroep van huisartsgeneeskunde, waardoor zij het gevoel hebben dat zij naar de toekomst toe als solohuisarts zullen verdwijnen uit het medisch klimaat. Volgens sommige huisartsen zal deze evolutie nefast zijn voor de communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen, terwijl dit voor anderen niet noodzakelijk iets zal veranderen in de relatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen. Tenslotte zijn enkele huisartsen van mening dat de verzuiling een toenemend probleem gaat vormen: thuisverpleegkundigen zouden, volgens hen, veel meer ten dienste moeten staan van de patiënt en de huisarts in plaats van het ten dienste staan van een organisatie of een ziekenhuis.

Een medisch specialist geeft aan dat het grote verloop van hulpverleners niet alleen vandaag een belemmerende factor is, maar dat dit ook in de toekomst de multidisciplinaire samenwerking negatief zal beïnvloeden. Ook enkele huisartsen geven aan dat in het kader van

de palliatieve zorgnetwerken het niet evident is om deskundige verpleegkundigen te vinden, die geschikt zijn om dit soort van werk te doen. Het vraagt inderdaad veel tijd en energie om deze mensen op te leiden.

Verder geven enkele medisch specialisten duidelijk aan dat de werkdruk en het tijdsgebrek ook in de toekomst de samenwerking zullen beïnvloeden.

'Meer samenwerking wil dus ook gewoon zeggen meer werk. Ik bedoel het is niet zo dat ge gaat zeggen vanaf nu gaat ge 1 uur per dag of ene namiddag per week samen zitten met de verpleegkundige, thuisverpleegkundige kring van X of mensen die daarin geïnteresseerd zijn en dan gaat ge niet zeggen van het ander deel van uw werk, dat ge dan normaal zou doen, dat gaat dan iemand anders voor u komen doen, dat zal niet zijn. Ik bedoel dat is gewoon meer werk. Dus in dat opzicht, als ik eerlijk ben, zit ik daar niet om te springen. Maar het zou wel kunnen natuurlijk, het zou wel goed zijn dat ge een soort van gestructureerde overlegmomenten hebt.'
[Citaat ZHS 7: SW-belemmerende elementen in toekomst]

Eén medisch specialist geeft hierbij aan dat er ook steeds meer wordt gevraagd van de hulpverleners, waardoor ze steeds meer van het bed van de patiënt worden weggehaald.

'Vroeger hadden we héél veel tijd voor de patiënt, als ik zie hoeveel uren dat ik nu per week afgepakt krijg van patiëntenzorg, dat is per dag drie, vier uur. Omdat nu Jan, Piet en Klaas een thesis moet maken, er wordt heel veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, zagezegd, er worden héél veel questionnaires rondgestuurd die wij allemaal moeten invullen waar dat de ene of de andere dat weer allemaal in een computer stopt, dat analyseert en al of niet daar een besluit uit maakt. De hoeveelheid papier die we per jaar naar Brussel versturen waar nooit feedback van komt, het aantal papieren dat we voor het ziekenhuis moeten invullen van hoeveel prestaties hebt ge gedaan, wat zijn uw toekomstplannen, beleidsplannen, dertig jaar geleden was dat niet nodig allemaal en waren er geen vergaderingen. Nu zitten we soms tot vier, vijf vergaderingen per dag te doen, uren te vergaderen, maar dat zijn allemaal uren die de patiënt kwijt is en heel laconiek, zegt men, ja, dat er toch veel meer communicatie moet zijn met de patiënt, maar vroeger communiceerden we met de patiënt en nu communiceren we met onderzoekers, die onderzoeken waarom de patiënt niet meer tevreden is. Maar die is niet meer tevreden omdat wij nu met de onderzoekers aan het praten zijn in de plaats van met de patiënten. Dat is het probleem. Als ik zie met hoeveel mensen per week dat ik hier moet spreken over nieuwe onderzoeksprojecten, onderzoeken waarom dat de patiënt niet begrepen wordt, waarom dat er niet gecommuniceerd wordt, waarom dat er geen tijd is voor de patiënt, omdat iedereen met van alles bezig is behalve met de patiënt. En daardoor komt de patiënt in de problemen.' [Citaat ZHS 6: SW-belemmerende elementen in toekomst, ref 2]

Een medisch specialist haalt aan dat de sociale zekerheid in België de mensen zodanig in de watten legt dat de mensen er vandaag de dag steeds meer van uitgaan dat professionele zorgverleners, of de overheid of instellingen moeten instaan voor de zorg van ouderen. Vandaag de dag wordt er volgens deze medisch specialist om diverse redenen alsmaar minder zorg voor de oudere opgenomen door familieleden, terwijl dit alsmaar belangrijker gaat worden in het kader van de steeds ouder wordende, chronische populatie.

'Zorg opnemen voor oudere familieleden. Ik denk hoe meer dat je naar het zuiden gaat hoe meer dat dat nog cultureel ingebakken is om ook voor oudere familieleden uw verantwoordelijkheid op te nemen, hoe meer dat je naar het noorden gaat en wij hebben daar ook al van, hoe minder dat men het zelf een taak vindt, maar meer een taak van zorgverleners of van de overheid of instellingen om voor ouderen te zorgen dan dat mensen dat zelf als een taak zien, dus ik denk dat daar toch wel een belangrijke taak voor responsabilisering van familieleden zelf is weggelegd, maar dat is natuurlijk wat de keerzijde denk ik van onze sociale zekerheid, dat (...) ze denken van wij hebben ons gans leven bijdragen betaald, we moeten nu maar de zorg krijgen die we wensen. Ik denk dat dat inderdaad een van de moeilijke punten is om in België mensen te overtuigen van ook actief in zorg voor ouderen te participeren. [Citaat ZHS 3: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 5]

Een andere medisch specialist vreest voor een verder doordrijven van de privatisering van de zorg, daar dit zal leiden tot een gezondheidszorg met twee snelheden. De financiële mogelijkheden van een patiënt zullen dan bepalend zijn voor de zorg die hij/zij krijgt.

Tenslotte geeft het merendeel van de medisch specialisten aan dat het huidig financieringssysteem de toekomstige noden en behoeften onvoldoende dekt.

'Waarschijnlijk gaat er toch heel wat druk komen op de mensen die je nodig hebt om die zorg in te vullen en hetgeen dat we zien is dat er naar hospitalisatie nog altijd de tendens bestaat naar een inkorten van de hospitalisatieduur, maar dat betekent ook, denk ik, dat er mensen in de zorg, thuiszorg gaan verschijnen die zwaardere en meer complexe zorg gaan nodig hebben, dus die evolutie is, denk ik, nog altijd iets dat de druk gaat verhogen, zowel naar aantal als naar zorginhoud naar de thuiszorg toe. Dus dat is zeker iets dat een probleem gaat opleveren en dat vraagt, denk ik, inderdaad goed verdelen en herverdelen van middelen (...).' [Citaat ZHS 3: SW-belemmerende elementen in toekomst]

3. TOEKOMSTIGE TECHNISCHE PRESTATIES

Lot 2: Deliverable 6: 'Identificatie van beïnvloedende factoren voor de verdere ontwikkeling van technische prestaties in de thuiszorg'

3.1 Voorbeelden van toekomstige technische prestaties in de thuisverpleging

Zowel de thuisverpleegkundigen als de medisch specialisten en de huisartsen in deze studie zijn van mening dat naar de toekomst toe er meer palliatieve patiënten sneller naar huis zullen komen vanuit het ziekenhuis, waardoor de palliatieve situatie thuis complexer en intensiever zal worden en er meer aandacht zal dienen te worden besteed aan pijn- en symptoomcontrole. Een thuisverpleegkundige geeft hierbij aan dat men als thuisverpleegkundige discipline ook meer zal worden geconfronteerd met de vraag naar euthanasie. Het merendeel van de medisch specialisten, van de thuisverpleegkundigen en van de huisartsen in deze studie zijn van mening dat de uitdaging van de toekomst de chronisch zieke patiënten zijn, waarbij er een verschuiving zal gebeuren van zuiver technische prestaties naar intellectuele prestaties, zoals het begeleiden en ondersteunen van patiënten en het educeren van patiënten met betrekking tot wondzorg, diabetes, voeding, hygiëne, enzovoort. Daarnaast hebben de drie disciplines het over meer porth-a-cathzorg, meer monitoring met inbegrip van het gebruik van telematica, meer PCA-pompen, meer infuustherapie, waaronder ook langdurige antibioticatherapie, meer totale parenterale nutritie, meer aandacht voor de psychosociale begeleiding van patiënten, meer nadruk op het medicatiebeleid, begeleiding van en het medicatiebeleid bij psychiatrische patiënten, meer aandacht voor preventie van, bijvoorbeeld depressie en CVA, nierdialyse, een verschuiving van oncologie van dagziekenhuizen naar de thuiszorg, meer zorg bij kinderen, meer dementerende zorgen en chemotherapie.

Met betrekking tot de bovenstaande opsomming dient te worden vermeld dat het gaat om een samenvatting van voorbeelden van toekomstige technische prestaties, die werden aangehaald door de respondenten in deze studie, dus niet alle bovenstaande voorbeelden werden aangehaald door alle respondenten in de studie, maar wel door meerdere respondenten. Met betrekking tot één aangehaalde technische prestatie zijn niet alle respondenten het erover eens dat deze prestatie in de toekomst zal worden uitgevoerd binnen de thuissetting: chemotherapie. Enkele thuisverpleegkundigen in deze studie zijn van mening dat het aankoppelen van chemotherapie altijd zal plaatsvinden in het ziekenhuis, omdat de intensiteit en frequentie waarmee de patiënt de eerste 24 uur moet worden opgevolgd, niet kan worden gegarandeerd thuis. Sommige thuisverpleegkundigen zijn van mening dat chemotherapie in de toekomst wel zal worden toegepast thuis, maar onder zeer strikte voorwaarden, die nu nog dienen te worden vastgelegd. Andere thuisverpleegkundigen zijn van mening dat chemotherapie meer in de ziekenhuizen zal blijven omwille van de opstartfase die steeds intramuraal moet plaatsvinden, omwille van de vereiste deskundigheid rond de bereiding van chemotherapie, rond de mogelijke nevenwerkingen van producten en rond het risico op complicaties en omwille van het probleem van de afvalverwerking thuis van deze producten. Dezelfde verdeeldheid is ook aanwezig bij de medisch specialisten en de huisartsen in deze studie. Eén thuisverpleegkundige verwacht dat een aantal technische prestaties, die nu worden uitgevoerd door thuisverpleegkundigen, zoals een toilet, zullen worden uitgevoerd door bejaardenhelpsters, waarbij deze bejaardenhelpsters de prestaties zullen uitvoeren onder toezicht van een thuisverpleegkundige. Deze evolutie zal

plaatsvinden in het kader van het tekort aan thuisverpleegkundigen, zodat kan worden gegarandeerd dat het echt verpleegkundig werk ook wordt uitgevoerd door verpleegkundigen. Eén medisch specialist is van mening dat er niet zoveel nieuwe technische prestaties in de thuissector van toepassing zullen zijn, maar dat er binnen het ziekenhuis meer informatisering zal plaatsvinden van technische onderzoeken, waardoor dit naar de toekomst toe misschien zal worden vertaald naar meer telemedicine in de thuiszorg. Op die manier zal het in de eerder verre toekomst mogelijk worden om de situatie thuis verder op te volgen via monitors. Een andere medisch specialist vindt dat men meer gebaat is met een goed uitgewerkte multidisciplinaire communicatie met het oog op een optimale continuïteit van zorg, dan met het introduceren van nieuwe technische prestaties in de thuiszorg. Deze medisch specialist geeft aan dat met betrekking tot zijn/haar specialisme er meer zal worden geëvolueerd van infuustherapie naar het subcutane, waarbij de nadruk dan komt te liggen op de educatie van de patiënt tot zelfzorg in al haar aspecten.

3.2 Toekomstige technische prestaties waarvoor men zich niet wil engageren

De thuisverpleegkundigen geven aan dat het merendeel van de bovenstaande prestaties reeds wordt uitgevoerd in de thuisverpleging. Het engagement van de thuisverpleegkundigen naar toekomstige technische prestaties is groot, waarbij ze duidelijk te kennen geven dat ze alle prestaties willen uitvoeren wanneer dit in het belang van de patiënt is. Enkele thuisverpleegkundigen geven expliciet aan dat het niet in de mogelijkheden van de thuiszorg ligt om prestaties uit te voeren die een continue nazorg vragen, die een toezicht vereisen van 24 uur op 24 uur of die de infrastructuur vragen van een ziekenhuis of instelling. Hierbij geven enkele thuisverpleegkundigen aan dat het 24 uur op 24 uur toezicht enkel mogelijk is indien daar een financiële vergoeding tegenover staat, die in het huidige financieringssysteem niet aanwezig is, en wanneer er voldoende mankracht is om dit toezicht uit te voeren. Eén thuisverpleegkundige geeft expliciet aan dat hij/zij zich liever niet engageert voor complexe prestaties die een intensieve bijscholing vereisen, één thuisverpleegkundige doet liever geen stervensbegeleiding bij kinderen daar hij/zij dit emotioneel te zwaar vindt en één thuisverpleegkundige vindt dat er naar de toekomst toe meer onderscheid moet worden gemaakt tussen zorg die nodig is en de zorg die eerder wordt uitgevoerd uit luxe, zoals sommige 'luxe' toiletjes van éénmaal in de week. De thuisverpleegkundigen in deze studie geven wel aan dat zij door de brede waaier aan pathologieën niet alles even goed kennen en even frequent uitvoeren, waardoor het normaal is dat zij zich soms onzeker voelen wanneer ze iets moeten uitvoeren dat al een hele tijd geleden is. Maar dat is voor hen eerder een aanleiding om een kijkje te gaan nemen in het ziekenhuis of om bijscholing daar rond te volgen, dan om aan te geven dat ze zich daar niet voor willen engageren. Daarnaast geven thuisverpleegkundigen aan dat er niet echt prestaties zijn die ze niet willen uitvoeren.

'Ik vind, ge zijt verpleegkundige, in dit geval in de thuiszorg, dus ge weet dat ge in de thuiszorg met alle technische zorgen, met alle specifieke zorgen kunt in aanraking komen. Dat is nu zo. Als ik dat werk niet wil doen en als ik bijvoorbeeld alleen wonden wil verzorgen, ok dan ga ik op een heilkundige afdeling werken. Dus dan maakt ge die keuze. Ik heb die keuze gemaakt van ik wil in de thuiszorg werken, ok dan moet ik mij daarvoor engageren, anders kunt gij geen fatsoenlijke thuisverpleegkundige zijn, hè. Als ik alleen maar wondjes wil verzorgen en inspuitingen wil geven, dan houdt het op, dan zijt ge eigenlijk hier niet op uw plaats hé.' [Citaat TVP 11 (2): Toekomst-toekomstige TP thuis-welke liever niet uitvoeren-redenen, ref 2]

3.3 Toekomstige technische prestaties: voorwaarden

De thuisverpleegkundigen, de medisch specialisten en de huisartsen zijn van mening dat er een aantal belangrijke voorwaarden dienen te worden voldaan opdat de aangehaalde toekomstige technische prestaties niet alleen kunnen worden gedelegeerd naar of toevertrouwd aan de thuissetting, maar ook opdat ze met succes kunnen worden uitgevoerd in de thuiszorg.

Een eerste vereiste is dat de thuisverpleegkundigen de nodige kennis, competentie en ervaring hebben om de bovenstaande prestaties uit te voeren. Een systeem van continu leren en bijscholen is voor de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten van fundamenteel belang om bovenstaande prestaties met succes te kunnen uitvoeren. Daarbij vinden de

thuisverpleegkundigen het belangrijk dat er op regelmatige tijdstippen gezamenlijke bijscholingen worden georganiseerd voor thuisverpleegkundigen en huisartsen, die aangepast zijn aan de noden en de behoeften van de thuiszorg, zodat er steeds kort op de bal kan worden gespeeld. Enkele thuisverpleegkundigen vinden het nadelig dat de bijscholingen steeds vrijwillig dienen te worden gevolgd en dat de bijscholingen, die ze wel betaald krijgen, vaak niet zijn aangepast hun noden en behoeften.

'Ik vind dat wel goed. Ik vind alleen zo'n beetje hier het nadeel dat wij dat allemaal, allé, vrijwillig moeten doen en dan de bijscholingen die wij dan eigenlijk betaald krijgen dat wij zoiets van hebben van pff, daar zijn we niets mee. Hier in het ziekenhuis worden heel goede bijscholingen gedaan, daar gaan wij meestal ook met heel veel naartoe, maar dat is dikwijls ook een avond en het is dikwijls zo omdat dat dat vrijwillig is, dat er daar heel veel van afvalt, dus ik heb zoiets van, misschien naar X (organisatie) toe dat ze daar misschien wat meer mogen investeren in bijscholingen die misschien wel nuttig zijn. (...) Nu ook met die bijscholing van palliatieve, dat is bij ons een jaar beloofd (...) en wij hebben dat ook nog altijd niet gehad. Ik weet dat zo een bijscholing die kost heel veel geld voor X (organisatie), maar ondertussen hebben we al diabetes gehad, we hebben al rug gehad, we hebben al wondzorg gehad, terwijl we dat allemaal eigenlijk al gehad hebben en waar iedereen zo iets heeft van achteraf van dekke, we hebben daar eigenlijk niets mee bijgeleerd, en dan vind ik dat soms wel, allé, zonde. [Citaat TVP 4 (2): Free nodes-bijscholingen, ref 1 & 2]

Enkele thuisverpleegkundigen halen ook het belang aan van een goede basisopleiding. Zij hebben vandaag de dag het gevoel dat de basisopleiding soms te wensen over laat.

'Ik vind dat goed als het peil van verpleging ook vordert. Ik weet niet of u mij begrijpt, maar ik zie meer en meer mensen afstuderen en dat is niet pretentius bedoeld, helemaal niet, maar God, als ik zie van hoe dat die ingesteld is en hoe die basiskennis is, dan denk ik van ja. (...) Verpleging is meer dan een toiletzorg hé, allé dat hoop ik toch. (...) Dat vind ik jammer dat die drempel naar die studie van verpleging dat die zo laag is hé. Want uiteindelijk kunt ge als ge 's avonds wat bijscholing wilt volgen, dan kunt ge verpleger of verpleegkundige worden hé. En dat vind ik dan jammer. En als er dan specifieke zorgen zijn, want de thuisverpleging neemt heel veel van die mensen op, dat is zo, en ja, als dat niveau dan niet opgekrikt wordt dan denk ik dat ge problemen gaat krijgen. (...) Ik vind de competentie is de laatste jaren fel gedaald.' [Citaat TVP 5 (2): Toekomst-Toek TP thuis-voorw real, ref 5]

'Dat is echt heel erg, ja, van zelfs gewoon een basis technische prestatie, een intramusculaire inspuiting en dergelijke dat we echt wel merken dat mensen het niet kennen. Nu, natuurlijk, dat is een stuk onze verantwoordelijkheid om die er dan ook in te begeleiden, maar het valt wel op dat zelfs derdejaarsstudenten er toch in slagen daar minimaal in te presteren, dus ik weet niet hoe dat in de scholen momenteel zijn gang gaat, ik heb daar geen zicht op, maar ik vind het toch wel beangstigend.' [Citaat TVP 15 (2): Free nodes-opleiding, ref 1]

Sommige medisch specialisten halen hierbij aan dat de mogelijkheid dient te worden voorzien voor thuisverpleegkundigen om stages te lopen in het ziekenhuis. Ook het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie zijn bereid langs te gaan in het ziekenhuis vóór het ontslag van de patiënt om de zorg te bekijken en in te oefenen. Enkele thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat het aangewezen is om na het afstuderen eerst een aantal jaren te werken binnen een ziekenhuis, alvorens de overstap te maken naar de thuisverpleging. Deze thuisverpleegkundigen zijn van mening dat dit de beste voorbereiding is op het werken in de thuiszorg.

'(...) In een ziekenhuis specialiseert ge u op één pathologie of één discipline, terwijl in de thuissituatie gaat ge van borelingen tot dementerende bejaarden, tot palliatieve patiënten, alle soorten pathologieën eigenlijk. Onze kennis is veel, moet veel breder zijn, wat ook het gevaar inhoudt dat ge niet diepgaand op een probleem kunt focussen en dat vind ik wel een beetje een risico, dat mensen direct van 't school bij ons beginnen, die dan eigenlijk niet bekwaam genoeg zij om die complexe en die technische zorgen te geven aan de patiënten. Nu, dat wordt een stuk opgevangen door de algemene cursus rond specifieke technische handelingen, binnen het X (organisatie), maar ik vraag mij af of dat dat ook afgetoetst wordt of dat wel volstaat.' [Citaat TVP 15 (2): Free nodes-meerwaarde vroegere werkervaringen, ref 3]

Samen met de thuisverpleegkundigen zijn de medisch specialisten overtuigd van het belang van gespecialiseerde thuisverpleegkundigen, die in hun kennis, competentie en werking worden ondersteund en begeleid door het ziekenhuis en relevante firma's. Een medisch specialist haalt hierbij het belang aan van het vinden van een manier om het grote verloop van gespecialiseerde verpleegkundigen een halt toe te roepen, zeker in tijden van een tekort aan verpleegkundigen. Ook de thuisverpleegkundigen zelf vinden het aangenamer werken met een referentieverpleegkundige in de buurt waarop ze beroep kunnen doen voor uitleg, voor informatie of om zorgen eens in te oefenen die niet frequent worden uitgevoerd of die nieuw zijn.

'(...) Ze bellen vanuit het ziekenhuis van die komt naar huis met die en die zorg. En dan is dat een zorg die ge meer dan 10 jaar niet meer hebt gedaan en waar ge niks van weet, dan vind ik niet dat ge iemand daar kunt naartoe sturen en zeggen van: en nu gaat gij naar daar en ge gaat dat doen. Dat kan niet. Dus daarom proberen wij op voorhand ook, dus bijvoorbeeld mensen die van het ziekenhuis naar huis komen, dat wij al weten van wat wordt daar eigenlijk van ons gevraagd? (...) Een techniek gelijk een porth-a-cathspoeling bijvoorbeeld heb ik juist aangehaald, ik doe er wekelijks. Maar ik kan mij voorstellen dat er collega's van mij zijn die meer dan een jaar of nog nooit een porth-a-cath spoeling gedaan hebben. Ge moet die voeling eens even hebben, ge moet dat eens aangeprikt hebben.... Dan verlang ik ook dus niet van iemand van ja gij moet die gaan doen daar. (...) Die belt mij en die zegt van ze hebben mij gezegd dat ik daar een porth-a-cathspoeling moet gaan doen, komt ge mij niet helpen? Dus die luxe hebben we nu: we hebben die referentiedomeinen die ge eigenlijk 24u op 24u kunt aanspreken en waar ge altijd iemand hebt die u kan komen helpen.[Citaat TVP 11 (2): Free nodes-interne organisatie (werkverdeling), ref 3]

Een medisch specialist is wel van mening dat de opleiding van verpleegkundigen, die patiënten educeren, gestructureerd moet zijn en dat die opleiding erkend moet zijn en gevalideerd, waarbij er ook rekening moet worden gehouden met het persoonlijk profiel van de educator, want niet elke verpleegkundige is in staat om zich in een bepaalde problematiek of pathologie in te leven (bv. de psychiatrische problematiek is niet voor iedereen weggelegd).

Een tweede vereiste is multidisciplinaire samenwerking en overleg waarin de patiënt blijvend centraal staat en waarin de betrokken partijen worden vergoed voor de gespendeerde tijd, gezien het steeds gaat om tijd die de disciplines van het bed/huis van de patiënt haalt. De bovenstaande prestaties kunnen enkel met succes thuis worden uitgevoerd wanneer de betrokken disciplines nauw samenwerken, op regelmatige tijdstippen overleggen, wanneer er een coördinerende persoon aanwezig is in de thuissetting en wanneer er hierbij steeds wordt uitgegaan van de wens (eventuele bezwaren) van de patiënt met inbegrip van de draagkracht van de familie/mantelzorg. De thuiszorg moet in eerste instantie haalbaar zijn en de patiënt/familie moet er voor de volle 100% achter staan. Hierbij geeft een medisch specialist aan dat dit ook een mentaliteits- of visiewijziging vraagt van de patiënt en de familie zelf.

'Waarschijnlijk ook, de mentaliteit moet ik misschien niet zeggen, maar de zienswijze van de patiënt en de omgeving van de patiënten. Het is soms, ik kan mij inbeelden als ge als kinderen ver woont en uw moeder ergens in Zussenbolder wordt ziek en valt elke dag enzo, dat ge maar gerust zijt als ze eventjes, ja, opgenomen wordt zodanig dat ze ne keer helemaal nagekeken wordt en waarom plaatsen mensen hun ouders, omdat ze ze niet zelf kunnen opvangen. Hetzelfde met zieke mensen, waarom willen patiënten of mantelzorgers, familieleden en vrienden enzo, waarom willen ze dat de patiënten opgenomen worden, omdat zij vinden dat het thuis niet meer kan. En dus die zienswijze zal met de tijd moeten veranderen, dat ze beseffen dat het toch wel thuis kan en ja, dat vergt toch wel een heel paradigma hé. Waarom zijn de spoedgevallen overspoeld met mensen die daar eigenlijk niet thuis horen, om dezelfde reden, van dat de mensen zeggen dat kan niet meer, er moet opgenomen worden. De spoedgevallen zijn alle dagen overspoeld met mensen die daar niet horen. Dus de burger zelf moet ook mee evolueren.'
[Citaat ZHS 2: Toekomst-elementen mbt falen ontwikkeling TP, ref 2]

De bevroegde disciplines in deze studie zijn van mening dat er werk moet worden gemaakt van een laagdrempelige communicatie. Dit wil zeggen dat iedere discipline weet wie hij/zij kan bereiken bij het optreden van eventuele problemen en bij vragen en dat hij/zij weet dat de betrokken disciplines openstaan voor vragen. Verder is men ook van mening dat er voldoende en duidelijke informatie moet worden uitgewisseld tussen de betrokken disciplines: vanuit het

ziekenhuis worden er duidelijke voorschriften geschreven en wordt er voldoende, en liefst dezelfde, informatie/richtlijnen/protocollen (ziekenhuisonafhankelijk) gegeven aan de thuiszorg en vanuit de thuiszorg wordt er bij opname van de patiënt eveneens duidelijke voorschriften meegegeven en wordt de nodige informatie doorgegeven aan het ziekenhuis.

Een medisch specialist in deze studie geeft aan dat het, zowel naar huidige als naar toekomstige prestaties toe, belangrijk is dat er wordt samengewerkt in de echte betekenis van het woord: thuisverpleegkundigen handelen volgens de voorschriften, bij twijfel of suggesties naar alternatieven toe wordt er eerst contact opgenomen met de medisch specialist om de zorg/behandeling te bespreken, de thuisverpleegkundigen lichten de medisch specialist in over eventuele nieuwigheden en omgekeerd, en de thuisverpleegkundigen vragen uitleg/opleiding wanneer het gaat om zaken waar ze minder ervaren in zijn. Deze medisch specialist is er zich wel van bewust dat een dergelijke samenwerking enkel mogelijk is binnen een sfeer van wederzijds vertrouwen, waarbij de thuisverpleegkundige zich niet geremd voelt om contact op te nemen met de medisch specialist.

Een medisch specialist is van mening dat men inderdaad meer als team moet samenwerken, waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt, maar zodanig dat iedere discipline zijn eigenheid behoudt zonder te vrezen voor terreinverlies.

Een andere medisch specialist is van mening dat men naar de toekomst toe, en zeker wanneer het gaat om palliatieve situaties, meer gaat moeten werken met duidelijk afgelijnde doelstellingen, waarbij iedereen weet waar men naartoe werkt, inclusief de patiënt, en waarbij men goed voor ogen houdt dat het niet de bedoeling is de therapeutische hardnekkigheid te verschuiven naar de thuiszorg toe.

'Dat iedereen naar dezelfde doelstelling aan het werken is en voor ogen heeft van wat moeten we doen om dat doel te bereiken. Het doel is de patiënt thuis te verzorgen en thuis te laten sterven. Is dat duidelijk voor iedereen en is iedereen daarmee akkoord? Niet dat als er ene zegt van jaja, maar ze hebben u naar huis gestuurd voor pijncontrole, maar nu zijt gij wel achteruit aan 't gaan, dus terug. Dus dat men dus alles ook goed benoemt. Heel duidelijk, en voor de hulpverlener maar ook voor de patiënt. Wat is de doelstelling die we nu willen nastreven en wat zijn de situaties waarin we van deze doelstelling af gaan wijken? En met wie gaan we dat overleggen? En als er een heropname in het ziekenhuis moet gebeuren, dan gaan we u niet meer langs spoedgevallen laten komen, maar dan belt ge eerst naar ons en zeggen wij wanneer dat ge waar kunt komen zodanig dat ge rechtsreeks in een bed terechtkomt en niet nog tussen de toeters en de bellen op spoedgevallen moet liggen. Dat moet goed afgesproken worden.' [Citaat ZHS 6: SW-bevorderende elementen vandaag, ref 1]

De medisch specialisten in deze studie pleiten voor een meer doorgedreven profilering van de thuiszorg, zodat men binnen het ziekenhuis weet wie te contacteren voor welk specialisme. De medisch specialisten vinden het immers belangrijk een gezicht te kunnen klevan op iemand en te weten wie waarin is gespecialiseerd. Enkele medisch specialisten vinden het dan ook aangewezen dat de thuiszorg zich komt voorstellen in het ziekenhuis. Een medisch specialist geeft hierbij aan dat de meerwaarde en de verdienste van de thuiszorg meer moet worden gepromoot en dat de overheid daar via informatiecampagnes een belangrijke rol in kan spelen.

'Hoe gaan wij het standpunt van de thuiszorg kennen daarin, hoe gaan wij daarin geïnformeerd worden. Zijn er initiatieven die de thuisverpleegkundigen, kom, moeten zij zich niet meer verkopen, moeten zij niet meer het veld opgaan en reclame maken. en zich profileren. Firma's meer bezoeken, dat zij mogen bezocht worden en dat zij meer naar congressen gaan, en met alle respect, misschien is dat in andere domeinen beter, stomaverpleegkundigen en zeker oncologische verpleegkundigen, doen dat schitterend, maar wondzorgverpleegkundigen, behalve een paar uitzonderingen, op congressen, nog niet veel tegengekomen uit België hoor. Ja, altijd dezelfde. (...) Ik denk wel dat ze moeten gestimuleerd worden om met meer zelfzekerheid, want Belgen zijn goed he, maar met meer zelfzekerheid zich profileren, zich verkopen en niet alleen naar hun, rond de patiënt gebouwde, team maar zeker ook nationaal en zeker ook internationaal. Want ze zijn goed en we moeten als Belgen ons meer verkopen. Dat denk ik wel. (...) De brochures worden, denk ik, en de tijdschriften zijn goed he, gelijk die nursing enzo, dat is prima, maar dat verlaat niet het veld 'nursing', thuiszorg, hé, dus transmurale affichering, dus dat jullie iets zouden schrijven in een medisch tijdschrift, dat jullie iets zouden schrijven in een podologen tijdschrift, zulke dingen. Dus dat daar kruisbesmetting is, dat de podologen ne keer in uw tijdschrift iets schrijven, maar ik denk dat dat wel belangrijk is, dus kruisbestuiving zodanig dat ge u profileert, hé.' [Citaat ZHS 2: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 2]

Ook enkele thuisverpleegkundigen zijn van mening dat het thuisverpleegkundig beroep nood heeft aan personen die een voortrekkersrol op zich willen nemen en die het beroep promoten en daarbij spreken voor de hele thuisverpleegkundige sector.

Eén medisch specialist haalt aan dat het werken met een provider, gekoppeld aan een aangepast terugbetalingssysteem, een belangrijke bijdrage kan leveren aan het succesvol uitvoeren van de aangehaalde toekomstige technische prestaties in de thuiszorg. Enkele medisch specialisten zijn van mening dat het werken met één gemeenschappelijk dossier, zoals het elektronisch dossier, waarbij iemand de coördinerende rol op zich neemt, een belangrijke bijdrage kan leveren aan het succes van de ontwikkeling van technische prestaties in de thuiszorg.

'Wel, ik zou zeggen, het ideale zou zijn, maar dat is nu dromen he, dat ge op internet, ik zou zeggen, één medisch dossier hebt, waar de huisdokter en alle specialisten in één gezamenlijk dossier elektronisch werken, maar ook de verpleegkundigen en dat ge op internet via een speciale toegangscode, waarbij dat ge uzelf moet inloggen, toegang hebt tot bepaalde delen van het dossier. Gelijk we dus nu in het ziekenhuis, de verpleging kan erin, de mensen van het labo, van de radiologie, iemand die een bronchusscopie moet doen, die kan erin, in dat stuk wat die nodig heeft, sociaal werk kan erin, de psychiater kan erin en we moeten ons, als we inloggen, moeten we ons kenbaar maken in de computer, ge tikt het in, onmiddellijk zegt de computer die heeft dat erin getikt, op die moment, nadat die dat en dat en dat bekeken heeft en dan hebt ge één gemeenschappelijk dossier waar iedereen ten alle tijden aan kan.' [Citaat ZHS 6 reference: Toekomst-toekomstige TP thuis-voorw real, ref 4]

Een andere medische specialist heeft het over medische centra voor huisartsgeneeskunde. Een andere medisch specialist suggereert het oprichten van een wachtdienst door thuisverpleegkundigen naar analogie met de wachtdienst voor specialisten en huisartsen. Enkele thuisverpleegkundigen geven het belang aan van een persoonlijke begeleiding en ondersteuning, zeker wanneer het gaat om emotioneel zware zorgsituaties. Naast de debriefings onder collega's, vinden deze thuisverpleegkundigen het belangrijk dat zij als professionals bij iemand terecht kunnen voor emotionele ontlasting en ondersteuning. Iemand die hen helpt om zware zorgsituaties, zoals het overlijden van een palliatieve patiënt, te verwerken. Hierbij denken ze eerder aan een psycholoog of een onafhankelijk persoon, dan aan collega's of een hoofdverpleegkundige.

Een *derde vereiste* is de beschikbaarheid van het benodigde materiaal. De thuisverpleegkundigen in deze studie geven aan dat het vandaag soms moeilijk is om bepaald materiaal te verkrijgen via de locale apotheek. De patiënt komt soms thuis van het ziekenhuis met een bepaalde sonde, die dan moeilijk en in sommige gevallen niet te verkrijgen is via de locale apotheek, waardoor men moet wachten tot het bestelde materiaal is geleverd of men in het slechtste scenario alternatief materiaal moet gebruiken dat minder geschikt is voor de individuele patiënt. Een thuisverpleegkundige suggereert hierbij een systeem te ontwikkelen naar analogie met de palliatieve koffer. Met het oog op de toekomstige prestaties is het dan ook cruciaal dat men binnen de thuissetting over het benodigde materiaal beschikt, in aangepaste verpakkingen en gekoppeld aan de nodige vergoedingen.

'Moesten we geen tillift hebben, bij veel patiënten zouden die patiënten dag in dag uit moeten in hun bed zitten. Moest je geen geschikt materiaal hebben, moest je geen altemnerende matras hebben thuis, zo met die doorligwonden, en al zo'n dingen. Soms heb je ook materiaal dat ze in het ziekenhuis wel hebben, maar dat wij niet kunnen bekomen via de apotheek, gelijk met die suprapubische sondes, degene die die meneer heeft is een hele speciale, en we hebben hem dan via het ziekenhuis kunnen krijgen, en ze hadden dan geprobeerd via de apotheek en iedere keer was een verkeerde en dat verstopte dan en nu zou dat toch moeten geregeld zijn dat dat via de apotheek kan. (...) En we hadden zo eens een patiënt met hele grote buikwonden, en we hadden zo echt van die grote wattés, maar die hele grote heb je niet. In het ziekenhuis daar hebben ze maar met hopen te pakken en ik vind dat sommige materialen ook thuis zou moeten kunnen verkregen worden. Soms kun je er echt niet aan geraken, bij de apotheker kun je er niet aan geraken. (...) Dus eigenlijk zou je altijd hetzelfde materiaal moeten kunnen krijgen thuis gelijk in 't ziekenhuis. Maar wat we ook hebben is dat wij minder materiaal kunnen verspillen. Wij gaan dus niet moeten zeggen van we hebben zo één nodig en we leggen er toch een grotere op, neen, we gaan hem moeten in twee snijden, want de patiënt moet het allemaal zelf betalen. Terwijl in het ziekenhuis is het in de ligdagprijs inbegrepen en zij moeten het maar pakken. En ze pakken

een pakje van 5 kompressen en ze hebben er 3 over, poef weg. Dat kunnen wij niet maken.'
[Citaat TVP 9 (2): Toekomst-elementen mbt succes ontwikkeling TP thuis, ref 3,4,5]

'Het meest bizarre, belachelijke voorbeeld wat ik ooit gehad heb dat was een patiënt die een lime artritis doet, dus een borelia infectie doet, en die moest behandeld worden met een product, dat moet je dus intraveneus geven, dat kunt ge ook intramusculair geven en qua farmacologie is dat idem. En die patiënt was een man die aan het werk was en die zei ja, ik wil dat wel thuis doen he, twee keer per week, twee keer per dag een inspuiting en dat gaat wel he, ja maar dan werd het niet terugbetaald, het werd alleen maar terugbetaald intraveneus in het ziekenhuis. Ziet ge, dus dat soort belachelijke regeltjes en dan, de adviseur van het ziekenfonds dat we zeggen van kunt ge daar toch geen uitzondering toestaan want die man wil gewoon blijven werken enzo en anders moet ik die opnemen, nee, dat gaat niet, de regels zijn de regels. [Citaat ZHS 4: Toekomst-elementen mbt falen ontwikkeling TP thuis, ref 1]

Een vierde vereiste is een aangepast financieel kader waarin, zoals eerder aangehaald, de overlegmomenten worden vergoed, en waarin toekomstige prestaties worden vergoed. De thuisverpleegkundigen hebben het hierbij enerzijds over de Katz-score en daarmee gepaarde gaande afkeuringen van scores, zoals reeds eerder aan bod kwam (belemmerende factoren in de samenwerking). Anderzijds hebben ze het, net zoals enkele medisch specialisten, over het feit dat sommige toekomstige prestaties momenteel niet worden vergoed, waardoor er een herziening dient te gebeuren van de huidige nomenclatuur of van het financieringsstelsel in het algemeen, zodat alle uitgevoerde prestaties ook worden vergoed.

'Uiteindelijk is het zo dat een nieuwe techniciteit maar ingang vindt van het ogenblik dat er financiering voor is. En dus binnen een universitair ziekenhuis worden heel wat nieuwe technische zaken ontwikkeld waar lang geen financiering voor is en die worden in een soort onderzoeksfase of pilootfase geïnitieerd. Dus ik denk dat het ook naar de thuiszorg zo zal zijn ja, als je een bepaalde techniciteit gaat doen, moet er dan ook wel natuurlijk een bepaalde nieuwe vorm van financiering rond bestaan, want anders gaat dat snel een verlieslatende activiteit worden en niet interessant en dus ik denk dat ook naast de nieuwe uitdagingen om iets nieuws te doen of iets technisch te doen dat er ook een goede honorering voor moet zijn en dat het dan pas kans heeft om toegepast te worden. (...) Plus natuurlijk ja, je moet mensen hebben die die nieuwe zaken leren of er moet dus in opleiding geïnvesteerd worden, misschien hebt ge ook extra mensen nodig om dat te kunnen invullen, dus er moet ook naar extra personeelsleden gezocht worden dus dat zijn zaken die denk ik de implementatie van zaken die zouden moeten verhuizen van in huis naar uit huis zeker belemmeren.' [Citaat ZHS 3: Toekomst-elementen mbt falen ontwikkeling TP thuis, ref 1]

'En dus een technische prestatie, men wil dat heel dikwijls wel doen en ik zie in het ziekenhuis, technische prestaties zijn in ziekenhuizen zwaar overgefinancierd naar mijn gevoel, in verhouding tot de niet technische prestaties. Wij mogen raadplegingen doen en daar zoveel psychosociale ondersteuning geven die de patiënt nodig heeft, daar wordt geen rekening mee gehouden, maar doet ge een of andere technische prestatie dan rinkelt de kassa, ik weet niet hoe dat in de thuisverpleging gebeurt, of dat ook zo is dat technische prestaties vergoed worden waardoor dat er soms de neiging bestaat van meer technische prestaties te doen en minder zorgzame aanwezigheid, terwijl gewoon een gesprek, of nog beter, een luisterend oor eigenlijk veel meer waard is en ik merk dus in ziekenhuizen, en ik denk ook in de thuiszorg dat men heel veel spreekt over technische zorg en prestaties en alles wordt op het einde van het jaar geteld, hoeveel activiteit hebben we gehad en dan bedoelt men al hoeveel financieel honoreerbare technische prestaties hebben we gehad, zijn we gestegen t.o.v. de vorige keer, maar wat heel moeilijk is om te meten is of mijn kwaliteit van zorg verbeterd is, en ben ik zorgzaam aanwezig geweest, ben ik bereikbaar, maak ik mij niet kwaad als de patiënt nog eens belt en heb ik tijd nog om met de patiënt bezig te zijn want heel dikwijls zie ik dat men zich verschuilt achter technische zorg terwijl dat eigenlijk absoluut niet meer aan de orde is.' [Citaat ZHS 6: Toekomst-elementen mbt falen ontwikkeling TP thuis, ref 1]

'Om het dan heel concreet te maken, dat is wat er denk ik in de gezondheidszorg mis gaat, dat als het een technische prestatie is dan wordt het goed georganiseerd en terugbetaald, maar is het een complexe situatie, waarbij mensen moeten overleggen en denken, dan hebt ge geen nummertje. Complex wondverband, een telefoon en een overlegmoment (...) dat wordt niet betaald. En daar vind ik dat het tekort komt.' [Citaat ZHS 4: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 1]

'Ik denk dat het moeilijker en moeilijker gaat worden, tenzij we afstappen van budgetteringssilo's. En wat we besparen in het ziekenhuis, wat we besparen door mensen minder lang in het ziekenhuis te houden, moet eigenlijk ten goede komen van de thuiszorg, maar die budgetten moeten over en weer kunnen gaan. Nomenclatuur hetzelfde probleem. Iemand moet de politieke moed hebben om de nomenclatuur zowel van de kine als van de verpleegkundigen, van artsen volledig te justifiëren, te herzien, correct te maken. Maar dat gaat zoveel stof doen opwaaien dat niemand dat durft doen. Maar die staan ook haaks op mekaar, waardoor dat er een heleboel dingen ontsporen. (...) Wij worden ook niet betaald voor het advies dat we telematisch geven. (...) Als ge een advocaat belt, hij rekent u dat ook aan, dus als iemand u opbelt voor advies moet gij ook betaald worden, als ik gemaild wordt voor advies moet ik ook eigenlijk betaald worden daarvoor, vermits ik daar dan verantwoordelijk voor ben. En dat moet gestructureerd uitgebouwd worden, dat zou een groot verschil zijn, de telematica, daar, daar gaan we heel veel mee veranderen, dat gaat er toch aan komen. (...)' [Citaat ZHS 2: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 1; Free nodes-impact van nieuwe of buitenlandse initiatieven op thuisvp, ref 1]

Een medisch specialist, meer bepaald een oncoloog, geeft hierbij aan dat het huidige financieringssysteem enkel gericht is op het uitvoeren van zuiver technische prestaties, die de intellectuele acties, zoals begeleiding en ondersteuning van de patiënt uitsluiten. Hij/zij is dan ook van mening dat een dergelijk financieringssysteem niet geschikt is om aan de noden en behoeften van de toekomstige chronische, hulpbehoevende en palliatieve patiëntenpopulatie thuis te voldoen. De huidige financiering werkt de palliatieve hardnekkigheid thuis in de hand, want de palliatieve patiënt thuis, die ervoor opteert thuis te sterven, is meer gebaat met ondersteuning en begeleiding tijdens het stervensproces dan met zuiver technische prestaties.

'En de vraag is altijd, als we technische middelen aanwenden, is dat om ons eigen geweten te sussen en bewijzen we daar de patiënt wel de grootste dienst mee. En ik zie dat dat niet altijd het geval is. En de thuiszorg is terecht fier dat ze de technische zorg kan aanbieden en de ziekenhuizen bejiveren elkaar in de media om het meest reclame te maken met hun nieuwste machine en hun nieuwste CT scan en hun nieuwste niersteen verbrijzelbaar en hun nieuwste bestralingstoestel en ik hoor ze nooit zeggen 'wij hebben iemand aangenomen die eens gewoon naar de mensen luistert'. En dat is hetgeen dat mensen nodig hebben wanneer dat het slecht gaat, 'meneer, wat denkt gij dat er met mij gaat gebeuren, ga ik nog veel afzien?' Maar daar is er eigenlijk niemand deskundig in. (...) Ik denk dat die hele gebeurtenis van palliatieve zorg, want de mensen die willen zoveel mogelijk thuis sterven, daar zijn heel veel meer chronische zieken, door het ouder worden, gaan er heel veel meer chronische zieken zijn. En dat is een geweldige uitdaging, waar gaan we onze chronische hulpbehoevende zieken, ouder wordende mensen, de hele geriatrie, hoe lang kan een koppel of een individueel wonende mens die zorgen nodig heeft, thuis blijven? En welke systemen van ondersteuning maken we? Zijn we bereid om meer poetsdienst en meer Familiehulp en meer dagopvang voor die mensen te organiseren, en zijn we meer bereid om daghospitalisatie voor eenvoudige technische ingrepen en voor geriatrische patiënten die niet zo mobiel zijn, dat we die 's morgens laten binnenkomen en dat we die in de voormiddag een paar radiologie onderzoeken laten doen en in de namiddag nog ergens een EKG of een EEG en tegelijkertijd nog een advies van een diabetesverpleegkundige of een borstverpleegkundige of een diëtiste en dat die dan om vijf uur terug kan afgehaald worden. Dat zijn de zaken waar we moeten naar toegaan zodanig dat die niet naar het hospitaal moeten, maar dat die gepland op een dag hospitalisatie vier, vijf verschillende adviezen en onderzoeken kunnen gegroepeerd krijgen waar dat dat, ik zou zeggen, mooi kan afgewerkt worden en dat die 's avonds terug naar huis kunnen en dat dan dat terug doorgegeven wordt als een advies aan de thuiszorg, dat die weer verder kunnen. Zonder dat we die mensen gaan hospitaliseren. En dat we zoveel mogelijk zorg terug aan de eerste lijn geven, en dat de ziekenhuizen en de diagnostische middelen ter ondersteuning zijn van de thuiszorg. Dat zou perfect kunnen in de zogenaamde medische centra voor huisartsgeneeskunde, die daar eigenlijk voor een stuk op inspelen, maar dat zou dan eigenlijk goed moeten gecoördineerd worden door een huisdokter. [Citaat ZHS 6: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 4 & 6]

Zoals eerder aangegeven zijn de bevraagde disciplines in deze studie overtuigd van het belang van gespecialiseerde thuisverpleegkundigen, maar zij vinden het cruciaal dat deze verpleegkundigen ook worden vergoed naar hun expertise en dat er dus vanuit het RIZIV naast de referentieverpleegkundigen diabetes en wondzorg ook andere beroepstitels worden toegekend en erkend. Naast gespecialiseerde verpleegkundigen vinden de medisch specialisten het belangrijk dat alle verpleegkundigen zich continu laten bijscholen. Enkele medisch specialisten hebben het hierbij over het in het leven roepen van een

accrediteringssysteem voor thuisverpleegkundigen waar ook een rehonorering tegenover staat of een titel of erkenning van deskundigheid.

'(...) Wij verwijzen patiënten door naar een podoloog voor een diabetische voet, niet naar een pedicure, maar een podoloog, waarom, omdat die drie jaar opleiding gevolgd heeft en omdat die een dossier bijhoudt en omdat die een brief schrijft naar ons. Daarom, ja. En dat doet een pedicure niet. Het verschil is hetzelfde bij gespecialiseerde verpleegkundige. Dat zal dan te vergelijken zijn met de podologen, die hebben bijscholing gevolgd, die hebben een accreditering, die hebben een titel, die hebben een deskundigheid en die houden een dossier bij en die communiceren, die rapporteren. Terwijl een klassieke thuisverpleegkundige dat misschien niet gaat doen. Dat is het verschil.' [Citaat ZHS 2: Toekomst-toekomstige TP thuis-voorw real, ref 4]

Een vijfde vereiste is het scheppen van een juridisch kader, waarin een systeem wordt toegepast van shared responsibility.

'Iedereen is verantwoordelijk voor wat men doet. Als ik zeg dat ik competent ben om die port-a-cath af te koppelen en ik slaag erin om die te laten tromboseren, ja, dan is de verantwoordelijkheid wel bij degene die hem afkoppelt he, dan kan het ziekenhuis niet verantwoordelijk gesteld worden. Dus iedereen is juridisch verantwoordelijk voor wat men doet en men moet alleen maar zaken doen die men kent, niet alleen die men mag doen, maar men alleen maar dingen doen waarin men zich competent voelt. Dat is een enorme, ik zou zeggen, verantwoordelijkheid die men laat op de schouder van de individuele hulpverlener om voor zichzelf te beslissen wat kan ik wel en wat kan ik niet, waar zijn mijn grenzen?' [Citaat ZHS 6: Toekomst-toekomstige TP thuis-voorw real, ref 3]

Een medisch specialist vindt dat iedereen zijn verantwoordelijkheid moet kunnen nemen op zijn/haar niveau van scholing, waarbij de thuiszorg verantwoordelijk is voor het herkennen van de acute problematiek met een directe terugkoppeling naar de huisarts en een makkelijke bereikbaarheid van de specialist (laagdrempelige samenwerking). Hierbij wordt ook het belang aangehaald van een coördinerend persoon, hetzij vanuit de thuissetting, hetzij vanuit het ziekenhuis, waarbij wordt voorkomen dat iedereen naar iedereen kijkt bij problemen. Een medisch specialist haalt hierbij het belang aan van het werken met zorgprogramma's. In een zorgprogramma wordt gewerkt met een multidisciplinair team, waarbij de coördinatie meestal wordt opgenomen door een gespecialiseerd verpleegkundige, die het verlengstuk kan zijn naar de thussituatie toe. Zo kan een thuisverpleegkundige die een vraag heeft rond een patiënt, die in een zorgprogramma zit, met de verpleegkundig specialist in het zorgprogramma contact opnemen om problemen op te lossen of vragen te beantwoorden.

'Juridisch, juridisch, ja, juridisch. Ik weet niet of er juridisch veel moet veranderen. Juridisch is ook altijd, ja, waar men zich soms achter verschuilt om dingen niet te doen of niet te moeten doen. Zolang het allemaal ethisch en met respect voor de privacy en met respect voor alle gangbare principes gebeurt, zie ik daar niet het grootste probleem in. En het is toch een verantwoordelijkheid als ik iets naar een thuisverpleging doorstuur, heb je toch altijd een zekere verantwoordelijkheid daarin denk ik, (...) een gedeelde verantwoordelijkheid, ja.' [Citaat ZHS 4: Toekomst-toekomstige TP thuis-voorw real, ref 2]

In het kader van telemedicine zal een goed uitgewerkt juridisch kader ook belangrijk zijn: wie is verantwoordelijk voor het proces van opvolging en begeleiding?

Een andere medisch specialist vraagt zich af of er juridisch zoveel moet veranderen. Soms wordt het juridische ook gebruikt om zich achter te verschuilen: er dient steeds te worden gehandeld vanuit ethisch oogpunt en met respect voor de privacy en voor de gangbare principes.

Een zesde vereiste is het aanpakken van het tekort aan (thuis)verpleegkundigen, waarbij enkele medisch specialisten aangeven dat dit mede te maken heeft met de slechte verloning van thuisverpleegkundigen. Enkele thuisverpleegkundigen en enkele medisch specialisten zijn van mening dat er een mentaliteitswijziging dient te gebeuren om de uitdagingen in de toekomst adequaat op te vangen.

'Overall is er een tekort momenteel van verpleegkundigen en er komen er dan solliciteren in de thuisverpleging van, ja, ik wil werken van acht tot vijf en niet in het weekend, maar dan moeten ze

geen verpleging doen, hé. Wat je ook ziet dat zijn die pas afgestudeerden waar dus niks maar aan mag gezegd worden. (...)En als je zegt van ik doe dat zo of ik doe dat zo, nee, ik heb een diploma, ik kan het en ge moet niks meer zeggen. Terwijl als ik begon, ik werkte ook samen met een oudere collega en zij heeft mij enorm veel geleerd van ik zou dat zo doen, of ik doe dat zo, ik heb ondervonden dat dat gemakkelijker gaat en als je dat dan volgt ondervind je wel dat dat gemakkelijker gaat. Maar als ze het niet meer willen gezegd worden.' [Citaat TVP 9 (2): Free nodes-wat komt er af op de thvp, ref 4]

'Waar wij mee zitten in het ziekenhuis, dat we een gebrek hebben aan verpleegkundigen. Ik denk dat dat gebrek aan verpleegkundigen in de thuiszorg er ook is. (...)En nu zitten we te zeggen over kwaliteit enzo, ik denk dus dat we gaan moeten verpleegkundigen uit het buitenland halen en dan gaat het probleem met communicatie immens groot zijn, want die gaan ons zelfs niet verstaan. En dan spreken we nog niet over de kwaliteit van een opleiding. Want de gemiddelde Belg voelt dat hij beter ingenieur of informaticus wordt of burgerlijk ingenieur of dokter of human resources of onderzoeker dan verpleegkundige of huisdokter. Als ge kijkt naar de geneeskunde studenten, er is een absolute minderheid die nog huisdokter wil zijn. Er is een absoluut gebrek aan verpleegkundigen die gewoon in de thuiszorg willen werken, ze willen allemaal harttransplantatie, longtransplantatie, de nieuwe uitdagingen, de hightechs, ze willen de NMR bedienen in de plaats van een röntgenfoto pakken (...), 'ik mag vandaag een lavement zetten', daar is niemand in geïnteresseerd.' [Citaat ZHS 6: Free nodes-algemene visie op zaken, ref 7]

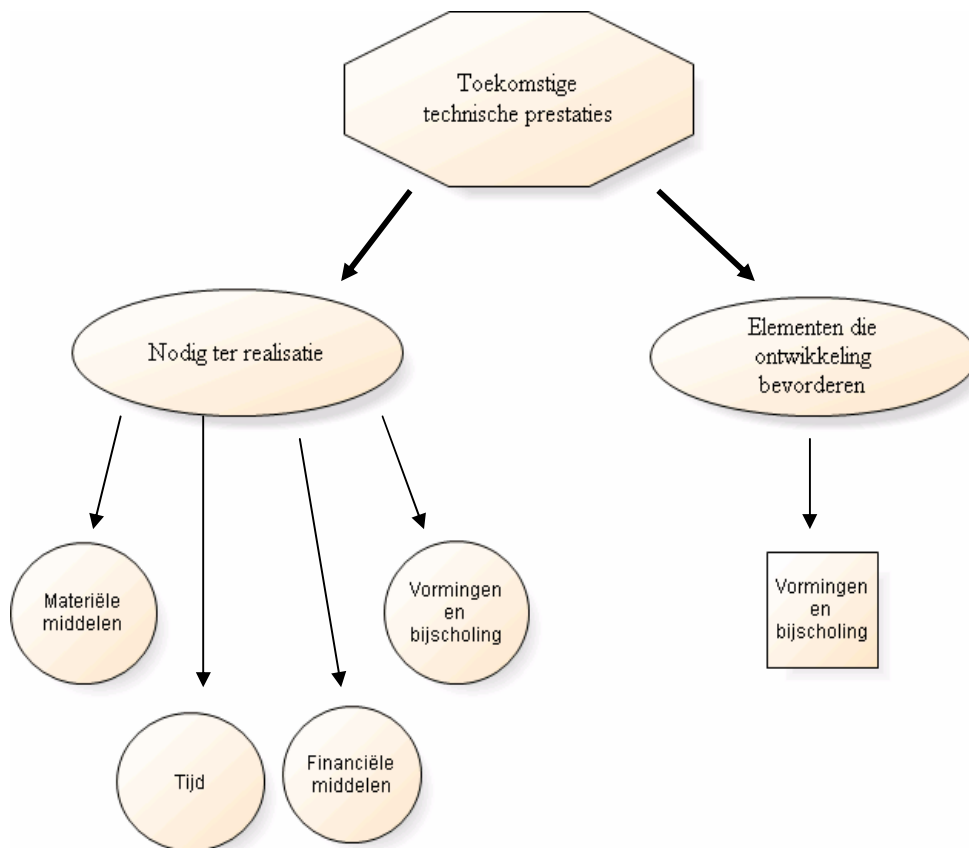
De vraag welke elementen het falen van de ontwikkeling van nieuwe technische prestaties in de thuiszorg in de hand kan werken, wordt door de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten unaniem beantwoord met de afwezigheid van bovenstaande vereisten of succesfactoren. Deze elementen worden door enkele medisch specialisten nog aangevuld met de huidige mentaliteit en levensvisie of levenshouding van de mensen en de tegenstrijdige boodschappen vanuit de thuiszorg.

'Onze wereld wordt anoniemer en minder en minder persoonlijke contacten en we hebben voortdurend te maken met collega's die parttime werken. En dat is mijn probleem. In het ziekenhuis ook, ge belt met iemand, 'ha , die is juist vandaag niet hier', 'die is juist op congres', 'die is juist op verlof', 'die is juist in weekend', 'die is juist uit weekend, die kan niet weten wat er gisteren gebeurd is'. Er is geen continuïteit. En vroeger was er een vakantieperiode in de vakantie en nu is het het héle jaar door. In oktober is men op vakantie, maar ook in maart en in april en in mei; er is geen continuïteit. Dat is het probleem. En iedereen heeft recht op zijn persoonlijk leven en op verlof, maar het persoonlijk contact gaat verloren ondanks de hoeveelheid aan communicatiemiddelen.' [Citaat ZHS 6: Toekomst-elementen mbt falen ontwikkeling TP thuis, ref 4]

'Als ik met thuisverpleegkundigen spreek, zeggen die allemaal 'wij zijn overwerkt meneer', 'we zijn overwerkt' en toch roept men tegelijkertijd 'stuur maar, stuur maar', dus dat is een beetje koud en warm blazen tegelijk en ik weet niet goed welk van de twee boodschappen nu de juiste is. En dus men vraagt naar meer technische zorg thuis, terwijl men eigenlijk al voortdurend zegt van 'we kunnen het werk niet aan', wetende dat het aantal mensen dat de thuiszorg zal nodig hebben in de kleiner wordende gezinnen waar dat er minder en minder mantelzorg is, dat die mensen in talrijke getallen zullen toenemen, en er is een gebrek aan verpleegkundigen. Wie gaat ervoor zorgen? Wie gaat zorg dragen voor ons als we oud zijn?' [Citaat ZHS 6: Toekomst-elementen mbt falen ontwikkeling TP, ref 5]

Op basis van de toekomstperspectieven van de thuisverpleegkundigen en de medisch specialisten in deze studie werd een samenvattend schema (schema 4) opgesteld. In dit schema wordt weergegeven dat vormingen en bijscholingen, alsook materiële middelen, tijd en financiële middelen de belangrijkste voorwaarden zijn om toekomstige technische prestaties te kunnen uitvoeren in de thuissetting en dat vormingen en bijscholingen een bevorderende factor zijn in de ontwikkeling van nieuwe technische prestaties in de thuissetting. Namelijk, de competentie van de zorgverleners thuis is medebepalend voor intramurale zorgverleners om prestaties door te schuiven naar de thuissetting. Dit schema werd voorgelegd en bevestigd door het merendeel van de huisartsen in de focusgroepen.

Schema: Toekomstige technische prestaties



III. INTERNATIONALE REFLECTIE

Lot 2: Deliverable 4: 'Benchmarking technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg in Europa'

De internationale reflectie is opgebouwd uit twee delen. Het gezondheidszorgbeleid in het buitenland wordt in een eerste deel besproken vanuit het perspectief van de medisch specialisten in de studie en in een tweede deel wordt dit besproken op basis van de beschikbare internationale literatuur.

1. PERSPECTIEF VAN DE MEDISCH SPECIALISTEN

Het merendeel van de medisch specialisten in deze studie hebben niet echt zicht op het gezondheidszorgbeleid in het buitenland, noch op initiatieven of vernieuwende technieken, die een mogelijke impact kunnen hebben op de gezondheidszorg in ons land of op de thuiszorg in het bijzonder. Het merendeel van de medisch specialisten in deze studie zijn van mening dat België één van de koplopers is op het vlak van gezondheidszorg en dat een bepaald gezondheidszorgbeleid de weerspiegeling is van de cultuur en de politiek van een land wat het onmogelijk maakt om zomaar een beleid of aspecten van een beleid uit een ander land over te nemen.

'Ik denk dat wij hier in België qua gezondheidszorg zeer goed zijn en alles tezamen toch nog zéér veel tijd besteden aan de patiënten. Ik zie dat de dokters in België gaan lopen naar Nederland, omdat ze daar veel minder uren moeten werken en veel meer verdienen en omgekeerd zie ik de Nederlandse patiënten in grote horden de grens oversteken naar hier omdat ze zeggen 'nou, hoeveel tijd dat jullie aan mij besteden, dat heb ik in mijn hele leven nog nooit meegemaakt, meneer, en zó klare informatie, dat heb ik nog nooit gekregen.' (...) Dus ik denk dat we op het vlak van gezondheidszorg goed staan in vergelijking met de ons omringende landen. Zowel wat service naar de patiënt toe betreft als informatie, als behandelingsmogelijkheden, als terugbetalingmogelijkheden. Ik denk dat we sociaal gezien, ziekenfondsen enzo, dat we daar goed staan.' [Citaat ZHS 6: Free nodes-inzicht in situatie in buitenland, ref 2]

'Ik denk dat ge niks kunt overnemen uit een ander gezondheidsstelsel. Nederland heeft sommige dingen beter dan wij en andere dingen slechter dan wij, omdat ze in Nederland alles moeten negotiëren en een Nederlandse patiënt is een ongelofelijk brave patiënt die maanden heeft moeten wachten om bij de arts te komen en heel content is en niet piept, maar de Belgische patiënt is een consument, en als gij het niet wilt doen, uw gebuur zal het doen. Want wij hebben overschotten van artsen. En dus de concurrentie is bikkkelhard en tot tien uur 's avonds zitten specialisten te werken omdat er shopping is, en korte wachtlijsten enzo, dus ge kunt niets overnemen. (...) [Citaat ZHS 2: Free nodes-inzicht in situatie in buitenland, ref 6]

Enkele medisch specialisten geven een korte toelichting van de situatie in het buitenland zoals zij die percipiëren.

1) Engeland:

- Het Engelse gezondheidszorgsysteem is het omgekeerde van het Belgische. In België is er een overschot aan artsen en een tekort aan verpleegkundigen en in Engeland is er een overschot aan verpleegkundigen en een tekort aan artsen. Daar gaat alles via de verpleegkundige. Het is de verpleegkundige die bepaalt of een patiënt een arts ziet of niet. Deze medisch specialist vindt een dergelijk systeem eerder angstwekkend, daar dit geen garantie inhoudt dat er tijdig een diagnose wordt gesteld en dat de patiënt op het juiste tijdstip een arts ziet. Verder geeft deze medisch specialist aan dat er een groot verschil is tussen de zaken die terugbetaald worden in een ziekenhuis en in de thuiszorg. Zo kunnen bepaalde verbandmiddelen wel verkregen worden in het ziekenhuis, maar niet in de thuiszorg. In Engeland is er ook een gespecialiseerde verpleegkundige voor elk domein van zorg te vinden, waardoor een patiënt wel tot vier verschillende verpleegkundigen aan zijn bed kan krijgen. (ZHS 2)
- De verpleegkundigen in Engeland mogen zelf voorschrijven aan patiënten. Hierbij geeft de medisch specialist aan dat er een spanningsveld zal worden gecreëerd tussen de disciplines indien de verpleegkundigen in België ook het recht krijgen om voor te schrijven.

Hij/zij benadrukt dat een dergelijk systeem van werken enkel mogelijk is indien iedereen de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheid opneemt. (ZHS 2)

- In Engeland loopt er een project waarin de thuisverpleegkundigen de pre-operatieve evaluatie uitvoeren. Bijvoorbeeld, in geval er een heupprothese dient te worden geplaatst, gaat een thuisverpleegkundige of een verpleegkundige met een specifieke opleiding aan huis bij de patiënt en wordt er een checklist overlopen om eventuele cardiologische, pulmonaire of anesthesie problemen op te sporen. Tegelijkertijd wordt de patiënt geïnformeerd over de operatie en de nazorg. (ZHS 4)
- In Engeland hebben ze een jaar nodig om een transplant uit te werken, omdat je als patiënt eerst onderzoek X moet ondergaan, dan is er een wachttijd van drie maanden voor onderzoek Y en zo komen ze snel op een jaar. Terwijl de hele evaluatie in feite op twee weken tijd kan gebeuren, maar daar vinden ze dat normaal, omdat het altijd zo is geweest. (ZHS 1)

2) Nederland

- De reumatologische zorgprogramma's in Nederland worden volledig gecoördineerd door verpleegkundig specialisten met een transmurale functie. Zij coördineren de zorg voor de reumapatiënt zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Het verschil met België is echter dat er in Nederland zorgpakketten worden gefinancierd die aan bepaalde kwaliteitseisen moeten voldoen, terwijl er in België wordt gewerkt met een prestatiegerichte financiering. (ZHS 4)
- In Nederland werkt men met een zeer strikt doorverwijsbeleid vanuit de eerste lijn, terwijl in België de tweede lijn nog gemakkelijk wordt geraadpleegd zonder doorverwijzing vanuit de eerste lijn. (ZHS 3)
- In Nederland worden artsen betaald voor het geven van advies via telematica. In Nederland werken artsen van negen tot vijf. Ze hebben een beperkt aantal patiënten en daar is alles veel meer gestructureerd. (ZHS 2)
- In Nederland bestaat er een systeem waarbij patiënten, die continu zorgbehoevend zijn, beroep kunnen doen op een thuisverpleegkundige die, in het geval van complexe prestaties, een 24-uurszorg op zich neemt en dus ook bij de patiënt blijft inslapen. Er wordt dan in een ploegensysteem gewerkt en de verpleegkundige doet dan ook alles: koken, infuusbeleid, wondzorg, enzovoort. Dit systeem wordt vooral gebruikt bij ouderen. (ZHS 5)

3) Duitsland

- In Duitsland wordt er Pflege-geld gegeven. Naargelang de score van de patiënt wordt er een bepaald bedrag voorzien en met dat bedrag kan de patiënt een verpleegkundige aan huis vragen ofwel de kinderen betalen om hulp te bieden. (TVP 7)

4) Amerika

- In Amerika is het mogelijk dat een patiënt voor één dag wordt opgenomen in het ziekenhuis. Vervolgens verlaat hij/zij het ziekenhuis en steekt bij wijze van spreken de straat over naar het verzorgingshotel waar hij/zij dan wordt gerevalideerd alvorens naar huis terug te keren. Deze medisch specialist is van mening dat dit systeem niet noodzakelijk beter is dan het onze, want enkel de Amerikanen die goed verzekerd zijn, kunnen het zich permitteren om langer in het ziekenhuis te blijven. Dit wil zeggen dat het merendeel van de Amerikanen om financiële redenen gemotiveerd is om het ziekenhuis snel te verlaten, ook al is dit niet altijd in het belang van de gezondheid van de patiënt. (ZHS 7)
- Infuustherapie en chemotherapie heeft in Amerika al meer ingang gevonden in de thuiszorg dan in België. (ZHS 3)

5) Italië

- In Italië heeft men een soort geriatrische assessment unit opgericht in de eerste lijn om complexe zorgvragen of zorgnoden en zorgbehoeften efficiënter te laten verlopen. Dit resulteert blijkbaar in 25% minder hospitalisaties en rusthuisopnames. (ZHS 3)

6) Scandinavië

- In Scandinavië is bijna alles gratis zolang de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis. Eénmaal de patiënt terug thuis is, moet hij/zij veel zelf betalen. (ZHS 2)

7) Frankrijk

- In Frankrijk wordt er veel nadruk gelegd op de specialisatie van verpleegkundigen, waarbij universitaire cursussen worden gevolgd. (ZHS 2)

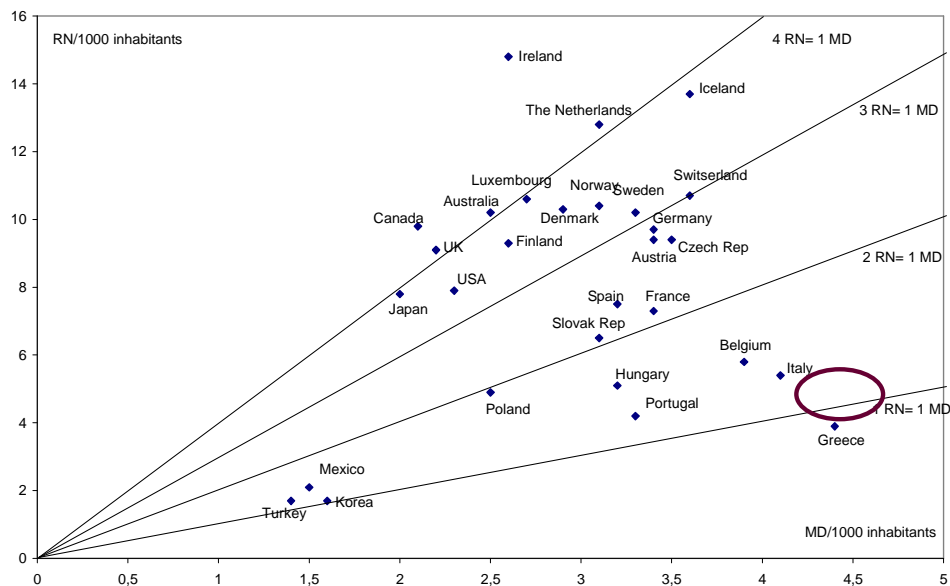
2. VANUIT DE INTERNATIONALE LITERATUUR

Vanuit de internationale contacten die de onderzoekers hebben en vanuit de internationale literatuur kan informatie gehaald worden die een zicht kunnen geven over prestaties die verpleegkundige in de thuiszorg in andere landen van Europa uitvoeren. Een belangrijke kanttekening bij dit gegeven is dat er bij de interpretatie van de gegevens steeds dient stilgestaan te worden bij enerzijds het gezondheidszorgsysteem in de desbetreffende landen, en anderzijds bij een aantal structurelementen, zoals aantal verpleegkundigen en aantal artsen.

Globaal genomen kan er in Europe een onderscheid worden gemaakt tussen twee gezondheidszorgsystemen: Bismarck en Beveridge. Het Bismarck systeem is gebaseerd op de idee van de verplichte ziekteverzekering en wordt voornamelijk toegepast in België, Duitsland, Frankrijk en Nederland. Toch wordt vastgesteld dat Nederland recent meer in de richting gaat van de privatisering van de gezondheidszorg. Het Beveridge systeem is gebaseerd op de idee van een nationaal geleverde gezondheidszorg en wordt voornamelijk toegepast in Groot-Brittannië, Ierland, Denemarken, Italië, Portugal en Spanje. Een belangrijk onderscheid tussen beide systemen is dat het Beveridge systeem voor de patiënt grotendeels gratis is, terwijl het Bismarck systeem toch nog bijdragen (=remgeld) van de patiënten verwacht. De grootte van de voorziene remgelden bepaalt in vele gevallen de mate waarop patiënten beroep doen op de gezondheidszorg, i.c. de thuisverpleegkundigen, en de rol die thuisverpleegkundigen toebedeeld krijgen.

Naast het aspect van het gezondheidszorgsysteem, zijn een aantal structurelementen van doorslaggevende aard in het bepalen wat verpleegkundigen, en meer specifiek thuisverpleegkundigen, kunnen en mogen doen. Op basis van de gegevens van de OECD kan bepaald worden hoeveel artsen en verpleegkundigen er in elk land zijn per 1000 inwoners zijn. Het is evident dat landen met een hoog aantal verpleegkundigen en een laag aantal artsen per 1000 inwoners meer taken naar verpleegkundigen schuiven dan in landen met een relatief laag aantal verpleegkundigen en een hoog aantal artsen (figuur 1).

Figuur 1: Situering van een land naar de verhouding artsen – verpleegkundigen



Uit figuur 1 kan worden afgeleid dat er in België voor 1000 inwoners ongeveer 4 artsen ter beschikking staan en 6 verpleegkundigen. Wat het aantal artsen betreft, behoort België hiermee tot de koplopers, en wordt enkel voorgedaan door Italië en Griekenland. Wat het aantal verpleegkundigen per 1000 inwoners betreft, hinkt België eerder achterop. Het relatieve tekort aan verpleegkundigen en het hoge aantal artsen in België maakt dat heel wat tendensen, die wij in het buitenland observeren, meer bepaald in Nederland, Verenigd Koninkrijk, of Scandinavië, in ons land hoegenaamd geen kans op slagen hebben. Heel specifiek kunnen we dan denken aan nurse practitioners.

Een Nurse Practitioner is een verpleegkundige met zeer sterk doorgedreven klinische vaardigheden. In vele gevallen wordt de nurse practitioner ingezet in de eerstelijnsgezondheidszorg. Zijn/haar taken zijn niet zozeer verpleegkundig van aard, maar bestaan er wel uit taken van de huisarts over te nemen. Zo doen nurse practitioners eigenstandig raadplegingen voor bijvoorbeeld kleine letsels of mineure aandoeningen, follow-up van astma (inclusief het gebruik van een inhaler), PAP smear, emergency contraceptie, vaccinaties, gezondheidsinformatie, voorschrift medicatie, behandeling van infecties, eczema, oor- en oogproblemen, pijnstillers, nicotinevervangende therapie, contraceptie, etc. In sommige landen hebben de Nurse Practitioners voorschrijfbevoegdheid. Omwille van de verpleegkundige vooropleiding wordt ervan uitgegaan dat deze nurse practitioners meer aandacht hebben voor preventie. Onderzoek heeft aangetoond dat nurse practitioners in staat zijn betere outcomes te genereren op het vlak van patiëntentevredenheid en kosten. Betere resultaten op het vlak van mortaliteit, morbiditeit of kwaliteit van leven zijn niet aangetoond. Niettegenstaande sommige landen expliciet kiezen voor nurse practitioners, zou dit voor België geen goede keuze zijn, daar een eventueel tekort aan artsen minder scherp is dan in andere landen, en omdat er niet zonder meer verpleegkundigen kunnen opgeleid worden tot nurse practitioner zonder het tekort aan verpleegkundigen groter te maken.

2.1 Literatuurstudie

Vooraan in dit rapport werden de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek beschreven. Van de 14 studies, die werden geïnccludeerd, waren er slechts 4 uit Europa, waaronder 2 uit Nederland, 1 uit Denemarken, 1 uit het Verenigd Koninkrijk, en 1 uit België.

Precies deze studie uit België was de enige studie in Europa die zich heeft toegespitst op interventies van thuisverpleegkundigen. De andere studies richtten zich op psychiatrische thuiszorg of post-hospitaalzorg.

2.2 Chronic Disease Management

Zoals ook in de literatuurstudie werd aangehaald lijkt de nieuwe rol voor thuisverpleegkundigen wel weggelegd te zijn op het vlak van Chronic Disease Management. Daar waar het traditionele paradigma in de gezondheidszorg vaak is dat patiënten pas op het 'radarscherm' van de gezondheidszorgwerkers komen op het ogenblik dat zich gezondheidsproblemen stellen, is er meer en meer evidentie dat een proactieve aanpak veel problemen kan voorkomen. De kracht van verpleegkundigen blijkt er in te bestaan dat zij meer aandacht hebben voor preventie dan artsen, daar deze voornamelijk curatief geschoold zijn. Zonder in dit overzicht exhaustief te willen zijn, kunnen we een paar voorbeelden aangeven waarin verpleegkundigen de leiding nemen in het Chronic Disease Management ten huize van de patiënt: bij hartfalenpatiënten (Jaarsma et al., 2006), patiënten met respiratoire problemen (Upton et al., 2007), ,incontinentie (Wagg et al., 2007), of obesitas (Brown et al., 2007)

DISCUSSIE

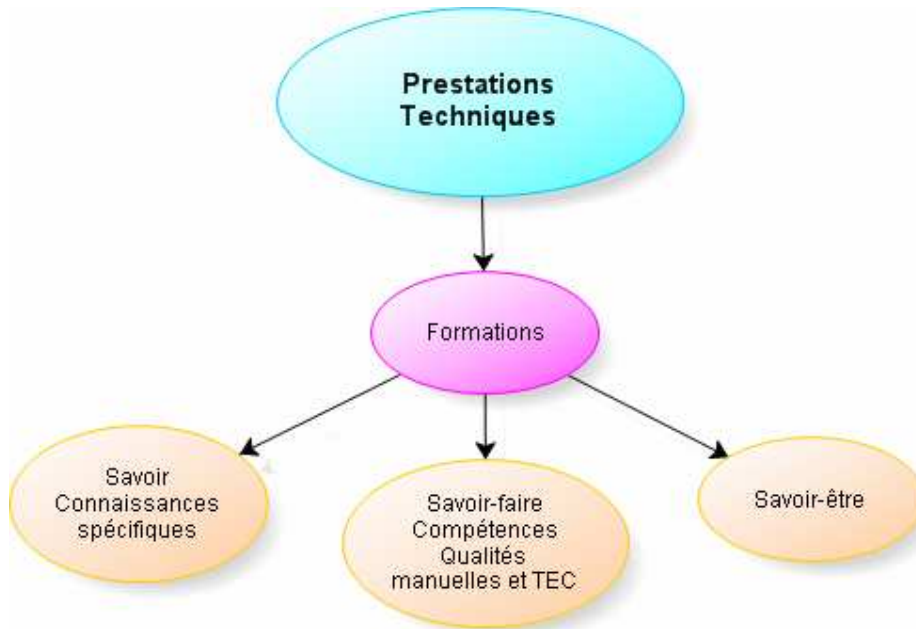
Dit onderzoek werd uitgevoerd onder de titel 'inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg'. Het onderzoeksopzet beoogde meer dan enkel een inventaris en inzicht in de toekomstmogelijkheden van technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg. De inventaris werd namelijk verruimd naar complexe prestaties in de thuiszorg met de bedoeling inzicht te krijgen in de perceptie van de respondenten met betrekking tot de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie'. Daarnaast werd, met het oog op het verwerven van inzicht in de samenwerkingsverbanden en in de toekomstmogelijkheden van technische en complexe verpleegkundige prestaties in de thuiszorg, de doelgroep van thuisverpleegkundigen verruimd naar medisch specialisten en huisartsen. Dit resulteerde in enkele belangrijke en opmerkelijke bevindingen en inzichten, die in de onderstaande discussie verder worden uitgediept. Hierbij wordt geen opsplitsing gemaakt tussen Vlaanderen en Wallonië, daar de discussie voor de beide landsdelen als één geheel kan worden gerapporteerd: de globale bevindingen blijken immers niet verschillend te zijn in de twee landsgedeelten.

Ten eerste wordt er ingegaan op de verduidelijking van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie'. Ten tweede wordt er stilgestaan bij de 24-uursregistratie. Ten derde worden de knelpunten besproken die in dit onderzoek naar voren kwamen. Ten vierde wordt er dieper ingegaan op toekomst van de thuisverpleging en ten vijfde worden de methodologische sterktes en beperkingen van dit onderzoek toegelicht.

1. BEGRIPPEN 'TECHNISCHE PRESTATIE' EN 'COMPLEXE PRESTATIE'

De deelnemers in deze studie zijn van mening dat de financiering van de gezondheidszorg in België gebaseerd is op een systeem dat zich zuiver richt op technische prestaties en dat de complexiteit van de thuisverpleegkundige zorg de laatste jaren is toegenomen. Doch, nagenoeg alle deelnemers in deze studie vonden het niet evident tot zelfs zeer moeilijk om een definitie te geven van de begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie'. Zoals sommige deelnemers zelf hebben aangegeven, kan hieruit worden afgeleid dat zij tot nu toe niet echt hebben stilgestaan bij de inhoudelijke betekenis van deze begrippen. Ook uit de literatuurstudie kon worden vastgesteld dat er in de geïnccludeerde artikels geen definitie terug te vinden was van de gebruikte begrippen 'technische prestatie' en 'complexe prestatie': werd er ook hier niet bij stilgestaan of ging men ervan uit dat deze begrippen een éénduidige betekenis hadden. Uit deze studie kan worden afgeleid dat beide begrippen niet op een éénduidige manier werden omschreven door de deelnemers: bepaalde prestaties worden door sommige deelnemers bestempeld als 'technisch', terwijl deze door anderen dan weer bestempeld werden als 'niet technisch'. Een opmerkelijke bevinding is het feit dat intellectuele prestaties voornamelijk door de medisch specialisten in de studie werden aangehaald als – in het huidige financieringssysteem – ondergewaardeerde technische en complexe prestaties. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat de thuisverpleegkundige nomenclatuur niet is gekend door de medisch specialisten en dat de huisartsen en thuisverpleegkundigen in deze studie zich in de omschrijving van beide begrippen moeilijk konden losmaken van het financieringssysteem in de thuiszorg. Daarnaast is het wel opmerkelijk dat de karakteristieken, die werden verleend aan technische en complexe prestaties, zeer gelijklopend waren voor alle deelnemers. Het was in deze studie eerder de bedoeling inzicht te krijgen in de betekenis van beide begrippen dan te komen tot dé definitie van een technische prestatie en dé definitie van een complexe prestatie. Uit dit onderzoek kan een aanzet worden gegeven tot een samenvattend model waar de karakteristieken en dimensies van technische en complexe prestaties zijn in opgenomen.

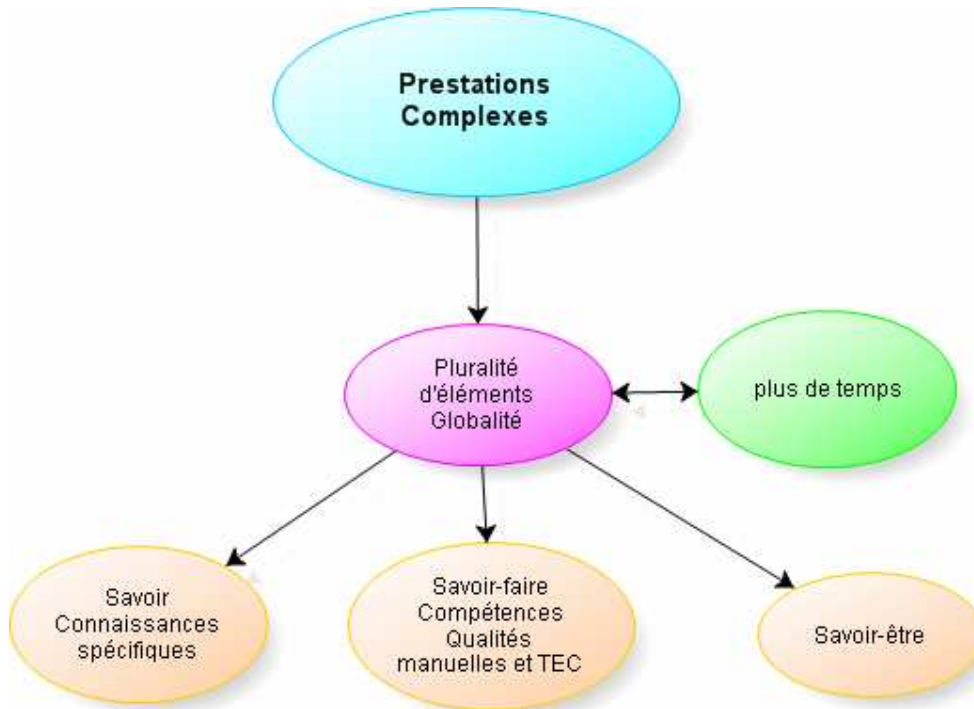
Le « savoir », « savoir-faire », « savoir-être » et les « formations » sont les dimensions qui sont notamment relevées par les disciplines interrogées pour caractériser les prestations techniques. Ces dimensions pourraient être reliées entre elles de telle sorte que la formation soit le moyen permettant la transmission des différents savoirs énoncés.

Modèle: Dimensions des prestations techniques

Une prestation technique infirmière pourrait correspondre à une prestation nécessitant des formations du fait du savoir, savoir-faire et savoir-être qu'elle requiert pour la prise en charge.

Les savoir, savoir-faire, savoir-être sont également mis en évidence pour caractériser la prestation complexe de même que le temps. Cette dimension du temps semblerait liée au fait que la complexité est créée par une pluralité d'éléments qui apparaissent au moment de la prise en charge : plusieurs actes, problèmes, conditions ou spécialités et qui requiert davantage de temps pour l'infirmier. Pour Clemens-Carpiaux, la notion de soins est de plus en plus extensive et ne concerne pas uniquement les maladies et les pathologies. Le vieillissement de la population engendre en effet un accroissement naturel des besoins en soins (2005).

Modèle: Dimensions des prestations complexes



Une prestation complexe pourrait correspondre à une prestation pour laquelle une pluralité d'éléments apparaît, ce qui nécessite plus de temps pour la prise en charge de même qu'une sollicitation des différents savoirs. Michaud définit d'ailleurs la pratique exemplaire comme un art au quotidien composé des différents savoirs (Benhaberou-Brun, 2007). Elle nécessite une spécialisation de l'infirmier. Au Québec, l'infirmier spécialisé est d'ailleurs défini comme celui qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille (Allard et Durand, 2006).

2. 24-UURSREGISTRATIE

Op basis van de 24-uursregistratie kan worden gesteld dat de bevindingen uit de literatuurstudie worden bevestigd. Namelijk, het werk van de thuisverpleegkundigen wordt inderdaad niet bepaald door zuiver technische prestaties, maar door technische prestaties die onlosmakelijk verbonden zijn met en bijgevolg gecombineerd worden uitgevoerd met intellectuele prestaties, zoals de educatie van de patiënt en de familie, informatie verschaffen aan de patiënt en de familie, het stimuleren van preventief gedrag, observatie en monitoring, het onderhouden van samenwerkingsverbanden met andere disciplines, het contacteren van andere disciplines en het multidisciplinair overleggen. Allemaal activiteiten die via de huidige thuisverpleegkundige nomenclatuur niet (kunnen) worden vergoed.

3. KNELPUNTEN

Het engagement van de thuisverpleegkundigen in deze studie om zorgen uit te voeren bij de patiënt thuis is zeer groot. De patiënt en de familie staan steeds centraal in de zorg die ze leveren, waardoor ze van mening zijn dat de werkdruk en tijdsgebrek geen excuus mogen zijn om bepaalde zorgen niet uit te voeren: in het belang van de gezondheid en het welzijn van de patiënt en zijn/haar mantelzorger/familie moet er altijd tijd worden gemaakt. Uit deze studie komen echter enkele belangrijke knelpunten naar voor, die adequaat dienen te worden aangepakt om de huidige en de toekomstige zorgen op een effectieve, efficiënte en optimale wijze te kunnen uitvoeren.

3.1 Knelpunten op organisatorisch vlak

3.1.1 *Manpower & profilering*

De deelnemers in deze studie geven aan dat men in de bespreking van huidige en zeker van toekomstige prestaties niet mag en kan voorbijgaan aan het probleem van schaarste in de verpleegkunde. Alles staat of valt immers met het beschikken over voldoende mankracht om de huidige en de toekomstige vraag naar zorg te kunnen opvangen. In het kader van schaarste in de verpleegkunde en van de verschuiving van een acuut naar een chronisch gezondheidszorgmodel dient er ook meer aandacht te worden besteed aan het maken van een onderscheid tussen noodzakelijke zorg en luxezorg: dit onderscheid wordt vandaag de dag nog onvoldoende gemaakt, maar is noodzakelijk om de huidige schaarste en de toekomstige verschuiving van meer complexe en chronische zorgen naar de thuissetting toe adequaat te kunnen opvangen. Verder zijn alle deelnemers in deze studie van mening dat de thuiszorg en de thuisverpleging in het bijzonder zich meer moet profileren naar de buitenwereld toe. De medisch specialisten en de huisartsen in deze studie vinden het belangrijk een gezicht te kunnen klevan op de thuisverpleegkundigen waar ze (on)rechtstreeks mee samenwerken en vandaag de dag blijkt dat onvoldoende het geval te zijn. De medisch specialisten en de huisartsen zijn ook van mening dat de gespecialiseerde verpleegkundigen niet alleen een belangrijke meerwaarde hebben naar de te leveren zorg en naar de patiënt toe, maar dat ze ook een meerwaarde betekenen voor het thuisverpleegkundig beroep en de aantrekkingskracht van het beroep vergroten. Doch, de medisch specialisten en de huisartsen geven aan dat zij vandaag de dag onvoldoende op de hoogte zijn van de bestaande specialisaties in de thuisverpleegkunde, waarbij ze pleiten voor een ver doorgedreven profilering en promotie.

3.1.2 *Kennis*

Zowel de medisch specialisten en de huisartsen, als de thuisverpleegkundigen zelf, zijn van mening dat elke thuisverpleegkundige over de vereiste (zelf)kennis, vaardigheden en attitude moet beschikken bij het uitvoeren van zorgen of prestaties. Het merendeel van de deelnemers in deze studie is van mening dat de thuisverpleegkundige van vandaag competent is om de te leveren zorg uit te voeren en op zich te nemen. Er blijken echter een aantal vraagtekens te worden geplaatst bij de basisopleiding en de bijscholing en vormingen. Enkele deelnemers in deze studie geven aan dat de verschillen in de basisopleiding van verpleegkundigen dienen te worden aangepakt: bij het afstuderen blijken de verpleegkundigen niet over dezelfde bagage te beschikken. Bovendien zijn enkele respondenten van mening dat de basisopleiding van vandaag de lat te laag legt. Zij zijn van mening dat de pasafgestudeerden van vandaag bepaalde basisprincipes van de verpleegkunde niet meer beheersen en dat dit naar de toekomst toe, wanneer er meer complexe zorgen op de thuissetting afkomen, moet worden herzien. In dat kader zijn de deelnemers in deze studie van mening dat er blijvend initiatieven moeten worden genomen naar bijscholingen en vormingen toe, die adequaat inspelen op de bestaande noden en behoeften. Het merendeel van de thuisverpleegkundigen in deze studie geeft ook aan dat zij voor de idee zijn van levenslang leren, maar ze vinden het ook belangrijk om daarin gestimuleerd te worden en initiatieven aangeboden te krijgen die ze niet steeds zelf dienen te bekostigen. Verder is het merendeel van de deelnemers in deze studie zich bewust van het feit dat het voor een thuisverpleegkundige onmogelijk is om alles te weten over alle pathologieën en zorgen, maar ze vinden het dan ook belangrijk dat zij enerzijds over voldoende

zelfkennis beschikken om contact op te nemen met de behandelende arts en dat zij anderzijds beroep kunnen doen op gespecialiseerde thuisverpleegkundigen, die zich uiteraard ook op hun beurt op regelmatige basis laten bijscholen. In dat kader pleit het merendeel van de deelnemers in deze studie voor een uitbreiding van de specialisatie domeinen, die nu enkel wettelijk zijn vastgelegd voor wondzorg en diabetes. Ook met betrekking tot de netwerken palliatieve zorg is het merendeel van de deelnemers van mening dat dit dient te worden uitgebreid naar andere domeinen, gezien hun efficiënte werking als bron van informatie en uitleg in de thuissetting.

3.1.3 Samenwerking

Ondanks het feit dat alle deelnemers in deze studie van mening zijn dat er op individuele basis goed wordt samengewerkt, kunnen er uit hun verhaal toch enkele duidelijke knelpunten worden afgeleid.

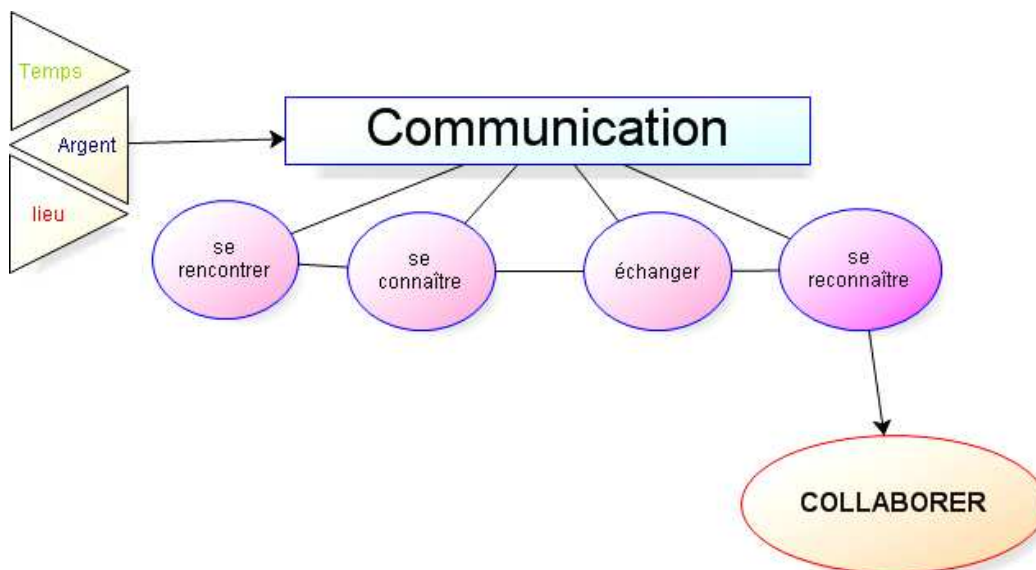
Alle deelnemers in deze studie geven aan dat een open communicatie en een communicatie die gebaseerd is op wederzijds vertrouwen en respect dé basis is voor een goede samenwerking, maar dit omzetten naar de praktijk blijkt minder evident te zijn. Zo vindt men het, zeker naar de toekomst toe, belangrijk dat de thuisverpleegkundigen tijdig en op regelmatige basis contact opnemen met de behandelende arts om twijfels of problemen te bespreken en om een stand van zaken door te geven. De medisch specialisten en de huisartsen in deze studie vinden dat de thuisverpleegkundigen dit vandaag onvoldoende doen. Sommige huisartsen zijn van mening dat de thuisverpleegkundigen al te vaak over hun hoofd heen contact opnemen met een gespecialiseerde verpleegkundige of met de medisch specialist in het ziekenhuis, waardoor ze zich gepasseerd voelen. De thuisverpleegkundigen op hun beurt geven aan dat er sprake moet zijn van een wederzijds laagdrempelig contact: wanneer de thuisverpleegkundigen contact opnemen met de behandelde arts, dient deze arts op zijn/haar beurt ook open te staan voor de vragen, twijfels en problemen van de thuisverpleegkundige, wat vandaag de dag niet altijd het geval blijkt te zijn. Verder zijn de thuisverpleegkundigen en de huisartsen van mening dat bepaalde prestaties of zorgen momenteel in het ziekenhuis worden uitgevoerd, terwijl deze perfect thuis zouden kunnen worden opgenomen. De thuisverpleegkundigen geven in dat kader ook aan dat bepaalde prestaties onnodig en onterecht uitgevoerd worden door de huisartsen. De SIT's en GDT's worden door een aantal deelnemers in deze studie aangehaald als bevorderend voor de multidisciplinaire samenwerking, maar tegelijk is men van mening dat deze onvoldoende centraal werken en dat de actoren die moeten aanwezig zijn om een vergoeding te kunnen krijgen, vaak verstek laten gaan. Ook het werken met protocollen, procedures of richtlijnen wordt beschouwd als bevorderend voor de samenwerking en voor de kwaliteit van de zorg, maar vandaag is het zo dat er binnen de ziekenhuizen, de huisartsen en de thuisverpleging (om het dan nog niet te hebben over individuele ziekenhuizen, huisartsen en thuisverpleegkundigen of thuiszorgorganisaties) eigen procedures, protocollen of richtlijnen worden ontwikkeld, waardoor het niet evident is, en soms zelfs onwerkbaar wordt, om deze individuele ontwikkelingen toe te passen in de praktijk. Ook naar verslaggeving toe zijn de deelnemers zich bewust van het feit dat er nood is aan één gezamenlijk dossier en dat er vandaag de dag teveel dubbel werk wordt uitgevoerd door het feit dat er onvoldoende informatie wordt uitgewisseld tussen de disciplines. De medisch specialisten in deze studie pleiten voor de aanwezigheid van een coördinerend persoon in de thuiszorg, maar geven tegelijk aan dat deze persoon momenteel niet aanwezig is in de thuiszorg, terwijl de huisartsen aangeven dat zij die coördinerende persoon zijn. De thuisverpleegkundigen van hun kant geven in één adem aan dat de huisarts, naast de patiënt, de centrale figuur en de spilfiguur is in de thuissetting, maar dat zij vaak de coördinatie van de zorg op zich moeten nemen. Dit zijn allemaal voorbeelden waaruit duidelijk kan worden afgeleid dat er nood is aan duidelijke(re) taakafspraken. De bestaande concurrentie tussen thuisverpleegkundigen onderling, de vrees voor terreinverlies, zeker wanneer men vanuit het ziekenhuis verpleegkundigen gaat uitsturen naar de thuissetting, zijn bedreigende elementen die ook in deze studie naar voor komen en niet kunnen worden genegeerd. De wens en de nood om interdisciplinair en multidisciplinair samen te werken is er, maar het kader waarbinnen die samenwerking dient te gebeuren is onvoldoende duidelijk en onvoldoende afgelijnd. Niemand van de deelnemers is op zoek naar nieuwe initiatieven of naar nieuwe instanties of organisaties, maar wel naar een duidelijker en een adequater gebruik van de bestaande instanties en organisaties.

De deelnemers in deze studie hebben het niet alleen over de nood aan een betere en duidelijkere professionele samenwerking en communicatie, maar ook over de nood aan een goede samenwerking met de patiënt/familie. Het merendeel van de deelnemers in deze studie is van mening dat de medewerking van de patiënt en de familie onontbeerlijk is om te komen tot een kwalitatief hoogstaande zorg en om de toekomstige complexe en chronische zorg blijvend te kunnen opvangen. Sommige deelnemers in deze studie zijn van mening dat er moet worden gewerkt aan een mentaliteitswijziging bij de patiënt/familie. Sommige patiënten gaan er te vaak van uit dat professionele hulp een must is. Rekening houdend met het huidig maatschappelijk landschap, waarin het niet meer evident is dat de kinderen de zorg voor de ouders op zich nemen, en het toekomstige chronische gezondheidszorgmodel, waarin de thuissetting een steeds belangrijkere rol gaat spelen, is het noodzakelijk een evenwicht te zoeken tussen de professionele hulp/zorg en de hulp/zorg die wordt opgenomen door mantelzorgers of andere zorgorganisaties, met inbegrip van het uitwerken van een netwerk om een overbelasting van de mantelzorger tegen te gaan.

Daarnaast worden opleiding, bijscholing en vormingen ook gezien als bevorderende factoren in de samenwerking. Si la formation permet une transmission de différents savoirs, elle semble également pouvoir jouer un rôle en matière de collaboration. Dès lors que l'infirmier dispose de compétences, la communication et la collaboration semblent se dérouler de manière favorable. On peut d'ailleurs se demander si la formation, telle qu'elle est envisagée par certaines des personnes interviewées, ne pourrait pas également constituer un vecteur d'échange. « *Faire des formations ensemble (médecins-infirmières) et même que quand on serait arrivé à l'hôpital, qu'ils nous disent : venez un peu voir, il y a ceci, il y a cela, et que nous on dirait : venez un peu voir chez nous* ».

Elle consisterait en une rencontre entre différentes disciplines destinée à faire connaissance, à échanger et à se reconnaître et permettrait par la même occasion une transmission de savoirs, savoir-faire et savoir-être « *Parfois on se rencontre. ça s'est passé il y a quelque temps, le généraliste aussi bien que les infirmières étaient présents et se faire connaître comme ça* ». Ce manque de reconnaissance est d'ailleurs relevé par les infirmiers par rapport aux médecins et paramédicaux (Clemens-Carpiaux, 2005).

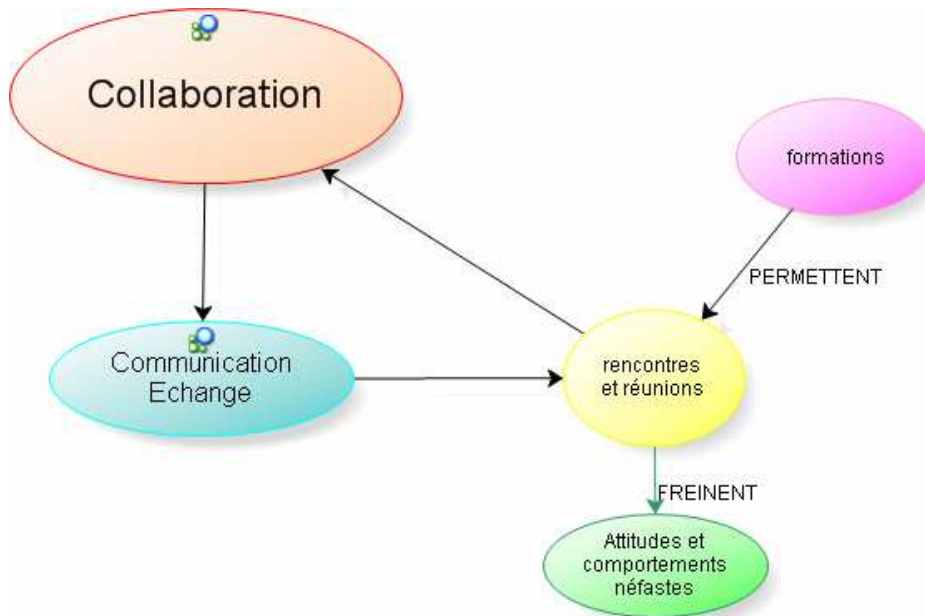
Modèle: Communication et éléments constitutifs



On peut également se demander si la réunion de formation ne permettrait pas de jouer un rôle au niveau des attitudes qui sont défavorables à la collaboration « *Je crois que chacun à envie*

de garder ses poules. Je pense qu'il y a une rivalité qui en fait n'existe pas. La rivalité médecin-infirmière, ça, je trouve que ce n'est pas constructif. Chacun a sa place ».

Modèle: Impact des rencontres sur les attitudes néfastes à la communication

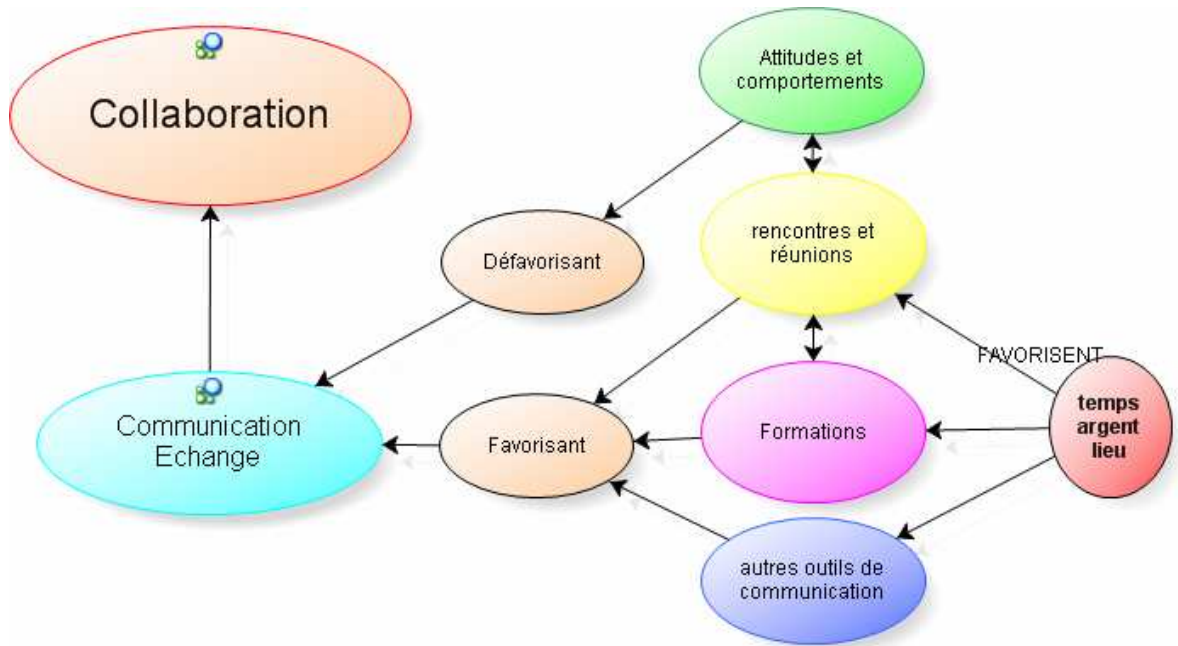


Outre la formation et les rencontres, d'autres éléments peuvent favoriser la collaboration comme les outils de communication : le cahier de coordination et de liaison, l'infirmier relais, l'internet, le téléphone et le GSM, un dossier patient complet et commun, les SISDS, etc. Des modalités de collaboration devront inévitablement se renouveler (Ducharme, 2007).

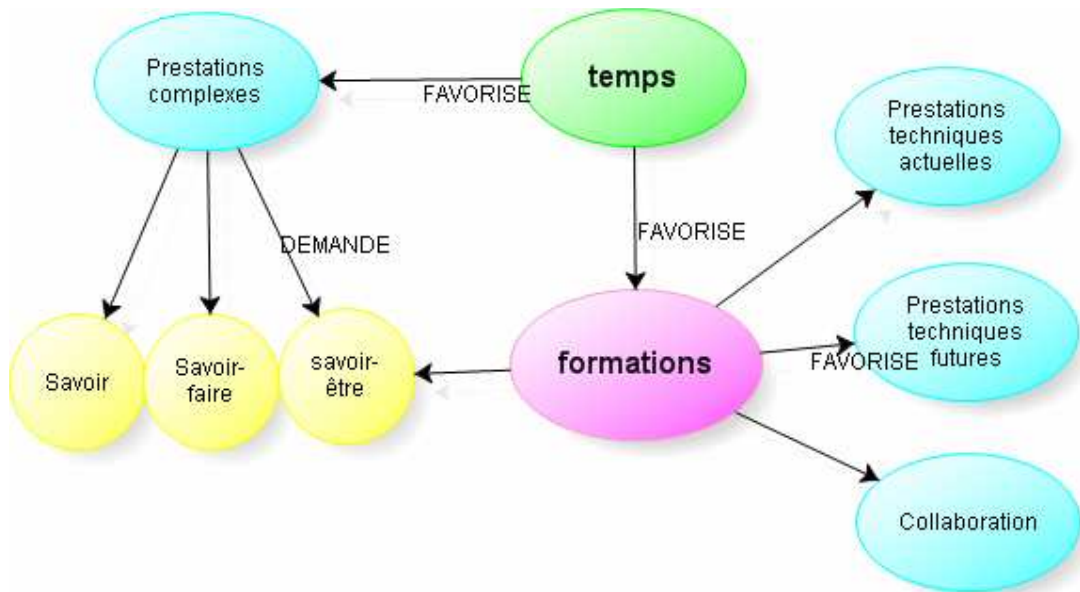
Pour développer les réunions, les outils de communication et les formations, il est à nouveau nécessaire de donner du temps aux infirmiers de même que d'envisager un financement de ce temps consacré à ces moyens de communication. *« Qu'il y ait donc un vrai carnet de liaison. Un truc qui vit. Et ce n'est pas le cas. C'est un document standard. Mais il faut travailler avec des outils. Mais il faut quelqu'un qui soit à temps plein. Parce que nous, on nous demande de travailler mais c'est en plus de notre travail, on n'est pas payé pour ça ».*

Il est également nécessaire de trouver un lieu pour que les rencontres – formations puissent se mettre en place *« Je sais que les infirmières indépendantes, ça ne fait pas longtemps maintenant qu'on se réunit de temps en temps pour échanger certaines choses... ben, on apprend toujours forcément. Si on pouvait avoir un terrain d'échange avec les milieux hospitaliers, ce serait chouette ».*

Modèle: Collaboration, communication et éléments d'influence



Modèle: Général et liens entre les différentes dimensions



3.2 Knelpunten op financieel vlak

Uit deze studie kan worden afgeleid dat zowel de huidige als de toekomstige activiteiten/prestaties van de thuisverpleegkundigen niet worden gedekt door het financieringssysteem in de thuisverpleging. Hierbij kan het niet de bedoeling zijn dat de thuisverpleegkundigen vandaag de dag herhaaldelijk prestaties uitvoeren waarvoor ze niet worden vergoed. Ook naar de toekomst toe zijn alle deelnemers in deze studie ervan overtuigd dat er niet alleen meer complexe prestaties naar huis zullen komen, maar ook meer complexe zorgen, zoals de zorg voor psychiatrische patiënten, voor chronische patiënten en palliatieve patiënten, met inbegrip van nachtprestaties, frequentere bezoeken, een grotere nadruk op het medicatiebeleid, op een multidisciplinaire samenwerking en uitwisseling van informatie onder welke vorm dan ook en op de educatie van patiënten. Kortom, zorgen die via de huidige thuisverpleegkundige nomenclatuur niet kunnen worden vergoed. Hierbij zijn de thuisverpleegkundigen in deze studie geen voorstander van het feit dat de toekomstige prestaties financieel worden gedragen door de patiënt, daar zij van mening zijn dat de patiënt eerder de zorg zal weigeren dan ervoor te gaan betalen. Verder dient het verschil tussen de ziekenhuissetting en de thuissetting inzake de terugbetaling van producten en materiaal voor de patiënt te worden aangepakt: sommige therapieën/producten/materiaal zijn opgenomen in de ligdagprijs van het ziekenhuis, terwijl deze in de thuissetting volledig ten kosten vallen van de patiënt en soms onbetaalbaar blijken te zijn voor de patiënt. Ook de beschikbaarheid van materiaal is vaak een probleem voor de thuisverpleegkundigen. Het komt frequent voor dat de thuisverpleegkundigen via de lokale apotheek of de thuiszorgwinkels niet aan het materiaal geraken waarmee de patiënt uit het ziekenhuis naar huis komt of dat in het ziekenhuis werd gebruikt en bijgevolg ook werd voorgeschreven naar de thuissetting toe. Wanneer het materiaal via omwegen toch ter beschikking wordt gesteld, blijkt het vaak te gaan om verpakkingen op maat van het ziekenhuis, maar duidelijk niet op maat van de individuele patiënt, waardoor de patiënt niet alleen met een overschot aan materiaal zit, maar ook een hoge kostprijs dient te betalen.

4. PERSPECTIVES FUTURES

Compte tenu du vieillissement de la population, les besoins en soins vont s'accroître dans le futur (Clemens-Carpiaux, 2005). Ce vieillissement, caractérisé par une augmentation de l'espérance de vie et un accroissement du nombre de personnes de plus de 85 ans, va engendrer une problématique de soins spécifique vu la perte d'autonomie liée au vieillissement (FNIB, 2007). Les personnes âgées seront probablement moins hébergées dans des centres de soins mais vivront plus longtemps à domicile (Ducharme, 2007). Elles souhaiteront en effet rester le plus longtemps possible chez elles en maintenant leur autonomie et leur identité (Kinna et Cherbonnier, 2002).

Si certaines prestations techniques risquent d'augmenter dans le futur, il est probable que la prise en charge à domicile va également se complexifier compte tenu de la diversité des prestations à prendre en charge et de la haute technicité qu'elles requièrent. Dans leur rapport, Lehoux et Law (2004) notent que des formes plus complexes de traitements cliniques à domicile commencent à voir le jour et que ces dernières correspondent à des soins spécialisés qui relèvent de technologies de pointe. Ducharme (2007) soulève quant à lui le fait que les infirmiers devront prendre en compte le vieillissement de la population et adapter leurs interventions à la complexité croissante des besoins d'une clientèle vieillissante. Pour cet auteur, les professionnels devront non seulement offrir des services instrumentaux et fonctionnels, mais surtout des services tenant compte des dimensions relationnelles. La globalité de la prise ⁴⁶en charge de même que le savoir-être sont d'ailleurs des dimensions qui ont été relevées par les différentes personnes interviewées pour caractériser la complexité. Cette situation sera d'autant plus probable que les soignants sont moins nombreux pour prendre en charge davantage de besoins (FNIB, 2007) mais également que les familles sont moins disponibles à aider un parent âgé. Les familles modernes sont plus fréquemment

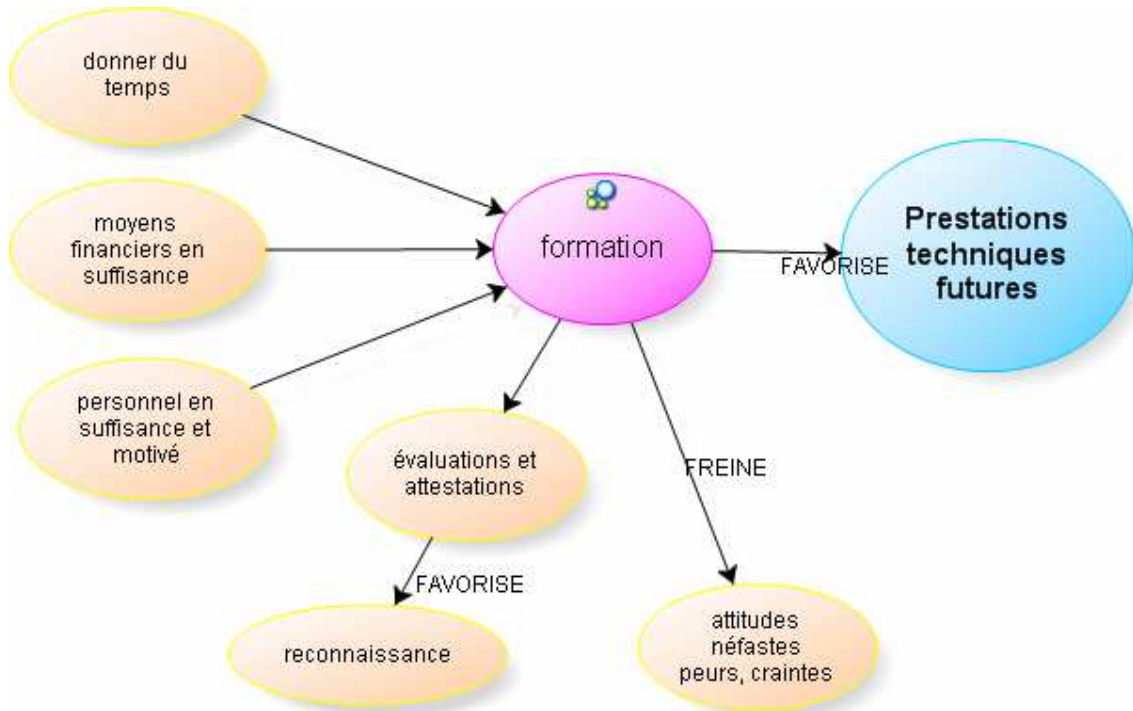
⁴⁶ Globalité= plusieurs problèmes à résoudre, plusieurs soins à réaliser, plusieurs spécialités concernées ou plusieurs conditions à remplir.

caractérisées par la monoparentalité et la reconstitution, variables qui affectent la capacité de soutien aux parents âgés (Ducharme, 2007). Pour Kinna et Cherbonnier (2002), l'offre de services professionnels se définit comme une aide aux aidants. La solidarité intrafamiliale ne semble pas en voie de disparition.

L'organisation de formations complémentaires et continues semble être un élément indispensable pour la prise en charge des prestations techniques futures. Si l'on s'en réfère aux dimensions mises en évidence pour les prestations techniques par les disciplines interrogées, ces formations devraient être davantage axées sur le savoir-faire et le savoir-être. Par l'intermédiaire des formations, les infirmiers pourraient acquérir un certain nombre de compétences et développer certaines attitudes favorables à la collaboration. L'évaluation des compétences transmises par l'intermédiaire de ces formations serait également un gage de qualité. L'attestation qui serait délivrée à l'issue de l'évaluation permettrait quant à elle une reconnaissance des compétences de l'infirmier. Au Québec, les infirmiers ont la possibilité de suivre une formation universitaire de deuxième cycle de manière à les préparer à l'exercice d'activités infirmières de pratique avancée et d'activités médicales. Ceux qui ont terminé leur formation avec succès doivent par la suite réussir un examen donnant droit à un certificat de spécialiste (Allard et Durand, 2006). Dès lors que l'infirmier se sent formé et que ses compétences sont reconnues, celui-ci peut développer une attitude sereine et positive vis-à-vis du patient ainsi qu'avec les divers intervenants du domicile et de l'hôpital.

Pour que ces formations puissent prendre de l'ampleur, différentes conditions doivent être remplies. Il est nécessaire que le personnel infirmier dispose de temps pour participer à ces formations de même que prévoir un financement. Le personnel devrait être en nombre suffisant. Les soignants sont d'ailleurs plus difficiles à recruter à domicile et quittent plus tôt leur emploi (Ducharme, 2007). Ils devraient également être motivés au préalable pour le suivi des formations. On peut toutefois se demander si les deux premières conditions ne seraient pas favorables à la motivation. Une revalorisation des soins et opportunités de carrières stimulantes pourraient peut-être être offertes (Ducharme, 2007).

Même si les formations semblent nécessaires, il est intéressant de noter que la spécialisation des infirmiers n'est pas toujours utile pour les infirmiers qui n'ont pas l'habitude de réaliser ces prestations techniques. C'est notamment ce qui est relevé par l'informateur clé de Suisse. Le manque d'habitude entraînerait en effet une perte des compétences acquises en formation. D'où l'intérêt d'organiser la prise en charge et d'avoir à disposition des personnes référentes qui peuvent soutenir le personnel de première ligne en cas de nécessité. Si les besoins en soins risquent d'augmenter, la prise en charge va probablement concerner différentes disciplines. Cela nécessitera que les activités soient clairement identifiées et définies pour toutes les catégories de professionnels (Clemens-Carpiaux, 2005) mais correctement réparties également.

Modèle: Perspectives futures et éléments d'influence

Tenslotte kan worden gesteld dat initiatieven zoals het werken met zorgprogramma's, met transmurale zorgpaden, met een gemeenschappelijk elektronisch verpleegdossier en het ontwikkelen van samenwerkingstrajecten, vandaag reeds hun ingang beginnen te vinden, maar dat deze projecten en initiatieven verder dienen te worden ondersteund in hun uitwerking, hun bekendmaking en hun adaptatie naar andere disciplines toe.

5. METHODOLOGISCHE BEMERKINGEN

5.1 Methodologische sterktes

Een *eerste* methodologische sterkte heeft betrekking op de steekproef. Met betrekking tot de steekproeftrekking kan worden gesteld dat er sprake is van een realistische geografische spreiding, alsook van een realistische verdeling naar geslacht, leeftijd, loontrekkende versus zelfstandige thuisverpleegkundigen, gediplomeerde versus gegradueerde thuisverpleegkundigen, en specialisatiedomeinen van de medisch specialisten. Verder werden niet alleen thuisverpleegkundigen bevroegd, maar ook medisch specialisten en huisartsen. Ook de steekproefgrootte kan worden beschouwd als een sterkte, namelijk 15 thuisverpleegkundigen, 8 medisch specialisten en 23 huisartsen. Een *tweede* methodologische sterkte heeft betrekking op het feit dat er maatregelen werden genomen om de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de resultaten te garanderen en om de authenticiteit van de gegevens te bewaren: de interviews werden letterlijk uitgetypt en er werd op regelmatige basis overleg gepleegd binnen het team van onderzoekers, waarbij binnen de beide landsdelen ook beroep werd gedaan op de expertise van externen, die het analyseproces kritisch hebben opgevolgd en geëvalueerd. De regelmatige terugkoppeling van feedback heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het correct interpreteren van de resultaten. Een *derde* methodologische sterkte is het bereiken van het punt van saturatie.

5.2 Methodologische beperkingen

Een *eerste* methodologische beperking heeft betrekking op het feit dat in kwalitatief onderzoek de methoden en technieken relatief minder uitgekristalliseerd, meer variabel, en meer open zijn voor persoonlijke invulling. Dit punt krijgt methodologisch belang waar het de controleerbaarheid van een onderzoek betreft. Het is een algemene norm, te stellen dat een onderzoek controleerbaar moet zijn, hetgeen bij kwalitatief onderzoek niet steeds gegarandeerd kan worden. L'étude qui était proposée aux chercheurs se voulait uniquement qualitative et proche de la réalité du terrain du domicile. La méthodologie mise au point à cet effet a permis de récolter un grand nombre d'informations, mais il faut toutefois rappeler que l'échantillon abordé est resté relativement limité. Issues d'une étude qualitative, les informations collectées et analysées permettent de formuler des hypothèses qui pourront faire l'objet d'une recherche quantitative par la suite.

Een *tweede* methodologische beperking heeft betrekking op de steekproef. Si la sélection des infirmiers a été proposée par une entité extérieure telle que les services intégrés de soins à domicile (SISD) pour la partie francophone du pays, cette méthode a toutefois favorisé une sur-représentation des infirmiers travaillant au sein des structures de soins à domicile. Les réponses apportées à certaines questions relatives à la collaboration peuvent, de ce fait, présenter certains biais. Bien que cette méthode visait une représentation sur l'ensemble du territoire wallon, aucune interview n'a par contre été réalisée au sein de la province de Namur. Si l'interview réalisée auprès d'un informateur clé de Suisse a permis de récolter des informations intéressantes relatives aux initiatives développées dans ce pays, elle n'a donné qu'un aperçu limité de la structuration de la prise en charge à domicile. Les interviews auprès des infirmiers et spécialistes ont apporté des informations relatives à différents pays tels que les Pays-Bas, l'Angleterre, l'Allemagne, le Canada, la France et le Danemark, mais celles-ci étaient cependant succinctes et décontextualisées de leur système de santé spécifique. Er dient dan ook te worden vermeld dat de resultaten van de diepte-interviews en de focusgroepen afhankelijk zijn van de werking en de organisatie binnen een provincie, een thuiszorgorganisatie, een ziekenhuis, ... wat mede een invloed kan hebben gehad op de antwoorden van de deelnemers.

Een *derde* methodologische beperking heeft betrekking op de 24-uursregistratie. Même si la méthode du rappel des 24 heures a permis de donner un aperçu exhaustif des prestations réalisées par un échantillon restreint d'infirmiers du domicile pendant une journée de travail, elle n'a toutefois pas permis de renseigner parfaitement sur l'ensemble des prestations possibles à domicile. Bien que les infirmiers aient reçu la directive de noter tous les actes réalisés au cours de leur tournée, il est parfois arrivé que certains actes ne soient pas notés alors qu'ils étaient prestés. Le remplissage de la grille représentant un travail important a parfois eu lieu à l'issue de la tournée, ce qui pouvait engendrer une perte d'information. Daarnaast zijn er grote verschillen op te merken in de wijze waarop de registratie werd uitgevoerd. Sommige thuisverpleegkundigen zijn heel gedetailleerd te werk gegaan, gaande van het registreren van een 'goedemorgen' tot het registreren van 'tanden poetsen, washandjes nemen in de kast, gezicht wassen met water, voeten wassen, rug wassen', terwijl andere thuisverpleegkundigen enkel 'toiletzorg', 'wondzorg', hebben geregistreerd, wat beperkingen inhoudt naar de vergelijkbaarheid van de uitgevoerde 24-uursregistraties. L'interview en face à face a toutefois permis à l'infirmier d'apporter des précisions ou de nouveaux éléments par rapport à l'ensemble des actes prestés à domicile.

RECOMMANDATIONS

Les grands changements de demain, qu'ils touchent au vieillissement de la population, à l'accroissement des besoins ou à la diminution des moyens humains, représentent déjà des sources de tension, mais ils représentent également d'intéressants défis à relever.

1. Elaborer de nouvelles modalités de collaboration

Uit deze studie kan worden geconcludeerd dat er geen behoefte is aan nieuwe initiatieven of instanties, maar aan een verfijning van de reeds bestaande instanties, zoals SIT's, GDT's, waarbij er ook aandacht wordt besteed aan het promoten en het verduidelijken van het doel en het opzet van deze instanties.

Une politique globale de soins devrait comprendre des mesures incitatives organisationnelles visant à promouvoir la collaboration et les rapports de confiance entre les institutions et entre les différents prestataires de services (Lehoux, Law et al., 2004). L'avenir est au partage des savoirs et des expertises (Ducharme, 2007). Toutefois, le manque de temps, le manque d'habiletés et le manque de ressources constituent des obstacles à la diffusion de l'information. D'où la nécessité d'élaborer des stratégies efficaces pour diffuser et partager l'information susceptible de guider les pratiques (Benhabrou-Brun, 2007). L'organisation de rencontres pourrait être un élément permettant aux différents professionnels d'échanger, d'apprendre à se connaître et de se reconnaître en vue de collaborer par la suite autour du patient. Ces réunions devraient toutefois bénéficier d'une organisation et être valorisées financièrement. Les bons rapports à eux seuls ne suffisent en effet pas, et la coordination efficace des services exige des communications interorganisationnelles (Lehoux, Law et al., 2004). Le temps consacré à ses réunions serait donc reconnu comme un temps de travail nécessaire pour assurer une prise en charge de qualité. Des mesures visant à promouvoir l'utilisation d'outils de communication divers pourraient également être utiles.

De respondenten in deze studie zijn vragende partij naar een laagdrempelige communicatie en samenwerking, waardoor het belangrijk is dat dit vanuit het beleid ook wordt gestimuleerd. Tenslotte dienen er naar de thuiszorg toe meer initiatieven te worden aangereikt rond een betere en efficiëntere uitwisseling van informatie, rond duidelijke en volledige medische voorschriften en rond de profilering van het thuisverpleegkundig beroep.

2. Repenser la formation

Uit dit onderzoek kan worden afgeleid dat de basisopleiding 'verpleegkunde' vaak niet is afgestemd op de reële noden en behoeften van het werkveld. Bijgevolg is het aangewezen de huidige basisopleiding te herevalueren, alsook initiatieven te voorzien in het kader van 'levenslang leren', zoals bijscholingen en vormingen die inspelen op de actuele noden en behoeften, die multidisciplinair worden georganiseerd en die financieel aantrekkelijk worden gemaakt voor de deelnemers.

La mise sur pied de formations semble pouvoir inciter à davantage de collaboration. La simple diffusion de connaissances ne suffit pas à modifier réellement les pratiques. Il faut qu'un transfert des connaissances ait lieu dans les pratiques (Benhabrou-Brun, 2007) et que leur accès soit favorisé par une série de mesures incitatives. Outre le fait qu'elle freine la collaboration, la non-compétence représente en effet un risque opérationnel important qui entraîne des coûts élevés autant pour l'individu que pour l'organisation (Benhabrou-Brun, 2007). Si un transfert de différents savoirs doit avoir lieu, il doit se mettre en place de manière continue. La compétence possède en effet un cycle de vie de plus en plus court tandis que le travail consomme de plus en plus de compétences. Les spécialisations devraient être financées et valorisées (FNIB, 2007). Même si la formation apparaît comme une réponse incontournable à la non-compétence, les activités de formation n'ont qu'une action limitée. Il convient donc de trouver des nouvelles formes d'apprentissage en favorisant notamment l'autoformation et en repensant l'organisation du travail pour la rendre plus qualifiante (Benhabrou-Brun, 2007).

3. Changer les mentalités

Het is belangrijk blijvend aandacht te hebben voor de draagkracht en de draaglast van de mantelzorger en de familie van de patiënt, daar deze personen, zeker naar de toekomst toe, cruciaal zijn in het behoud van de thuissituatie.

Pour favoriser le maintien du patient à domicile, il est nécessaire de changer les mentalités des professionnels mais également celles des patients. Bon nombre de disciplines travaillent de manière isolée de même que bon nombre de patients préfèrent envisager l'hospitalisation. Une sensibilisation des professionnels à l'importance d'une mise en commun des savoirs permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge à domicile. Une information du patient quant aux ressources à domicile permettrait également une véritable alliance thérapeutique. Les attitudes et comportements, ainsi que la distance qui peut s'installer entre les infirmiers et leurs patients font partie des défis individuels (Benhaberou-Brun, 2007).

Un changement des mentalités doit nécessairement passer par une série de mesures visant à mettre en avant les compétences des infirmiers et à amener leur reconnaissance. A ce niveau, on retrouve également la formation, l'évaluation des compétences et l'attribution de certificats reconnus.

4. Valoriser certaines prestations d'hier, d'aujourd'hui et de demain

Une réelle valorisation du maintien à domicile doit se mettre en place. Comme le relève également la FNIB en 2007, cela doit passer par une adaptation de la nomenclature à la liste légale des prestations techniques de l'art infirmier. Cela doit également passer par l'intégration d'un certain nombre de prestations actuellement réalisées à domicile et non valorisées financièrement, et ce, qu'elles soient techniques ou non. C'est notamment le cas de l'administration de collyres ophtalmiques ou la thérapie de compression, de la préparation et de l'administration des médicaments, de la prise de la tension, du contrôle de la glycémie mais aussi du travail administratif (dossier infirmier, coups de téléphone), de prévention et d'éducation. Une valorisation des prestations qui pourraient prendre de l'ampleur dans le futur devrait également avoir lieu. Si un financement du rôle de l'infirmier doit avoir lieu, un financement du matériel requis devrait également être prévu. Les effectifs infirmiers doivent également augmenter. La FINB (2007) a d'ailleurs fait ce même constat dans son mémorandum politique.

Pour favoriser une valorisation de la prise en charge infirmière, le système du financement par forfait devrait également être reconsidéré. Le système d'évaluation est loin de répondre aux attentes et aurait tendance à générer des effets contradictoires comme l'ont déjà soulevé Kinna et Cherbonnier (2002). Un infirmier dira d'ailleurs : « *Bon, les gens autonomes, ça prend peu de temps, les gens alités, des forfaits B et C, ça prend un peu plus de temps et des forfaits A, ça prend beaucoup de temps. En général, ce sont des gens qui sont encore en partie mobiles, les forfaits A. On arrive là, les gens sont habillés et ils savent encore se déplacer en général, avec des moyens ... Donc, ils doivent déjà venir à la salle de bain, jusqu'à ce qu'ils viennent à la salle de bain, ça prend beaucoup de temps. Il faut les déshabiller, enfin soit* ». Un autre dira également dans le même sens : « *A ce train là, même un forfait A peut prendre bien plus de temps qu'un forfait C et dans ce cas je fais du bénévolat* ».

Valoriser le travail presté par les infirmiers à domicile n'est toutefois pas une mince affaire. Comme l'a relevé Clemens-Carpiaux (2005), il est en effet difficile de mesurer globalement la charge de travail des infirmiers car les tâches sont multiples, complexes, indéfinies ... et passent d'une mesure objective (temps pour un pansement) à une mesure subjective (relationnel).

Naast een herziening van het huidige financieringssysteem en van de beschikbaarheid van materiaal in de thuiszorg, dient er ook werk te worden gemaakt van een uitbreiding van de huidige referentiedomeinen en van een aangepaste erkenning en honorering van gespecialiseerde verpleegkundigen. Naar de toekomst toe is het belangrijk dat er een

vergoeding wordt voorzien voor het telefonisch en persoonlijk overleg of het geven van advies en dat er een duidelijk juridisch kader wordt gecreëerd dat gebaseerd is op shared-care en shared responsibility, waarin onder meer de verantwoordelijkheid wordt uitgewerkt met betrekking tot het proces van opvolging en begeleiding wanneer het gaat om telemedicine.

5. Manpower

In het kader van schaarste in de verpleegkunde dienen er meer initiatieven te worden genomen om de thuiszorg in het algemeen en het thuisverpleegkundig beroep in het bijzonder te promoten en te profileren naar de buitenwereld toe. Ook de aantrekkingskracht van het beroep dient te worden vergroot door, onder meer, te voorzien in een uitbreiding van de referentiedomeinen in de thuiszorg, in een aangepaste honorering en erkenning van gespecialiseerde verpleegkundigen, alsook in een adequate verloning van de verpleegkundigen. Verder vinden de thuisverpleegkundigen in deze studie het belangrijk dat ook zij psychologisch worden ondersteund, zeker in palliatieve zorgsituaties.

Tabel 9: Samenvattend overzicht van de aanbevelingen naar het beleid toe

Kennis
<ul style="list-style-type: none"> - het niveau van de huidige basisopleiding wordt als te laag ervaren, waardoor het aangewezen is de basisopleiding te herevalueren en aan te passen aan de noden en behoeften van het terrein - initiatieven voorzien ter ondersteuning van 'levenslang leren' - bijscholingen aantrekkelijk en multidisciplinair maken - specialisaties in de thuisverpleegkunde ondersteunen en promoten, alsook de bestaande netwerken uitbreiden
Samenwerking
<ul style="list-style-type: none"> - bestaande instanties/ organisaties en initiatieven verfijnen en uitdiepen - aandacht voor de draagkracht en de draaglast van de mantelzorger in de thuiszorg - stimuleren van laagdrempelige communicatie - initiatieven rond een betere en efficiëntere informatie uitwisseling - initiatieven rond duidelijke en volledige medische voorschriften - initiatieven ter profilering van de thuiszorg
Financieel/materiaal
<ul style="list-style-type: none"> - honorering en erkenning van gespecialiseerde thuisverpleegkundigen - vergoeding voorzien voor telefonisch en persoonlijk overleg of advies - beschikbaarheid en financiering van materiaal in de thuiszorg - financiering van intellectuele prestaties en prestaties die momenteel frequent worden uitgevoerd in de thuiszorg, maar die niet vergoed worden via het huidige financieringssysteem - telemedicine: vergoeding voor het proces van opvolging en begeleiding
Juridisch
<ul style="list-style-type: none"> - een duidelijk kader creëren, gebaseerd op shared-care - telemedicine: uitwerken van de verantwoordelijkheid inzake het proces van opvolging en begeleiding
Manpower
<ul style="list-style-type: none"> - initiatieven om de thuiszorg te promoten en te profileren - initiatieven stimuleren om de aantrekkingskracht van het beroep te vergroten: uitbreiding, honorering, en erkenning van gespecialiseerde thuisverpleegkundigen, verloning - psychologische ondersteuning van thuisverpleegkundigen (palliatieve situaties)

CONCLUSIONS

Afin d'obtenir une description du terrain en ce qui concerne la collaboration et les prestations techniques de soins infirmiers à domicile, des méthodes qualitatives ont été privilégiées. Un recueil d'informations a tout d'abord été réalisé auprès des infirmiers travaillant à domicile. L'entretien individuel s'est imposé comme méthode de recueil de données afin d'offrir un cadre où l'expression et la saisie des croyances étaient rendues possibles. Vingt-deux infirmiers ont ainsi été rencontrés pour la partie francophone du pays et 15 pour la partie flamande. La méthode du rappel des 24 heures a, quant à elle, permis de toucher de plus près à la réalité du terrain en ayant une description d'une tournée réalisée par chaque infirmier.

Pour contextualiser le cadre de travail des infirmiers et pour cerner la réalité de terrain sous de multiples aspects, il a également été fait appel à d'autres disciplines telles que des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Pour 9 des 10 spécialistes de la partie francophone du pays et pour les 8 de la partie flamande, l'interview en face à face a été privilégiée. Le dixième spécialiste francophone a quant à lui été interviewé par téléphone compte tenu de la distance géographique (Suisse). Pour les médecins généralistes, c'est la méthode du Focus group qui a par contre été choisie. Celle-ci a permis d'exposer et de commenter largement les modèles obtenus à partir des données recueillies auprès des infirmiers. Deux focus groups ont été réalisés dans chaque partie du pays. En partie francophone, le premier focus a rassemblé un groupe de médecins indépendants, le second des médecins travaillant dans des maisons médicales.

Ces méthodes de récolte de données ont permis d'étudier les prestations techniques en soins infirmiers actuelles et futures de même que la collaboration. Par l'intermédiaire du logiciel « Nvivo 7 », l'ensemble des interviews a fait l'objet d'un codage. Les données ont été sorties de leur contexte de manière à chercher du sens et à pouvoir formuler des hypothèses en toute objectivité. Ces dernières ont été analysées de manière inductive par l'intermédiaire d'outils spécifiques (Queries) et ont donné lieu à des modèles empiriques. L'ensemble des données a alors été rassemblé en un tout intelligible qui a permis la formulation de défis à relever en matière de formation, de collaboration, de changement des mentalités et de reconnaissance de certaines prestations.

Peu d'informations ont cependant été récoltées par rapport aux prestations ou initiatives développées à l'étranger. Une seconde étude de la littérature devrait à ce niveau être envisagée de manière à pouvoir mettre en liens les prestations et initiatives citées avec le contexte spécifique à chaque pays. Par ce biais, la faisabilité des prestations serait également envisagée. En ce qui concerne la collaboration, elle semble évaluée plus positivement à domicile qu'avec les intervenants de l'hôpital. Il serait intéressant de se pencher davantage sur cette observation de manière à élaborer des solutions dans le futur. Il pourrait également être envisagé de soumettre les éléments apportés par les infirmiers du domicile comme favorables à la collaboration avec les intervenants de l'hôpital. C'est notamment le cas des réunions et rencontres, des différents outils papiers et des formations.

Si un certain nombre de prestations techniques peuvent se développer dans le futur et être prises en charge par les infirmiers du domicile, il serait utile d'évaluer le rapport coût/ bénéfice d'une telle prise en charge par rapport à celle de l'hôpital. Il serait également important d'évaluer si les conditions (les formations, le matériel, le personnel en suffisance, le temps) qui ont été émises par les infirmiers pour la prise en charge de telles prestations peuvent être remplies à domicile.

Si cette recherche a permis une récolte de nombreuses données, elle reste qualitative et exploratoire. Elle offre des nouvelles pistes de recherche et met en évidence un certain nombre d'hypothèses. Des modèles empiriques ont également pu voir le jour et fournissent un éclairage des dimensions qui pourraient influencer le développement des prestations techniques futures de même que la collaboration à domicile ou avec les intervenants de l'hôpital. Il serait intéressant de les étudier dans le cadre d'un volet quantitatif.

REFERENTIES

Adams, T. (1996). A descriptive study of the work of community psychiatric nurses with elderly demented people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1177-1184.

Allard, M., Durand, S. (2006). L'infirmière praticienne spécialisée: un nouveau rôle de pratique infirmière avancée au Québec. *Perspective infirmière*, Mai/juin, 10-16.

Benhaberou-Brun, D. (2007). Les pratiques exemplaires : un défi de l'infirmière au quotidien. *Perspective infirmière*, janvier /février, 35-40.

Blegen M.A., Goode C.J., & Reed L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47 (1), 43-50.

Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., van den Heuvel, W. (1999). Nursing interventions in Crisis-oriented and Long-term Psychiatric Home Care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13, 41-48.

Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (4), 329-341.

Campbell, R.L., Banner, R., Konick-McMahan, J., Naylor, M.D. (1998). Discharge planning and home follow-up of the elderly patient with heart failure. *Nursing Clinics of North America*, 33 (3), 497-513.

Clemens-Carpiaux, A. (2005). La gestion du soin dans un management hospitalier : approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers*, 81, 6-20.

De Geest, S. (2007). *Chronicity of cardiovascular diseases; A challenge for nurses*. 26th Annual Meeting of the Belgian Society of Cardiology, Brussels.

De Vlieghe, K., Paquay, L., Grypdonck, M., Wouters, R., Debaillie, R., Geys, L. (2005). A study of core interventions in home nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 513-520.

De Wit, R., van Dam, F. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (6), 742-754.

Deschenaux F. Ph. D., Bourbon S. Ph. D. *Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 2.0*. Québec : Association pour la recherche qualitative, 2005 : 45 p.

Deschenaux F. ph. D., Fattore G. *Guide d'introduction au logiciel QSR Nvivo 7*. Québec : Association pour la recherche qualitative, 2007 : 32 p.

Department of General Practice, University of Glasgow. (n.d.). Retrieved February, 2007, from http://www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/systematic_review.PDF, and http://www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/qualitative_research.PDF

Ducharme, F. (2007). Synthèse des éléments clés d'une communication présentée au VIII^e Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie, tenu à Québec en octobre 2006, sous le thème « Vieillesse, santé et société – acquis, défis et perspectives ». *Perspective infirmière*, juillet/août, 11-16.

Dunt, D.R., Temple-Smith, M.J., Johnson, K.A. (1991). Nursing outside hospitals: the working experience of community nurses: job characteristics. *International Journal of Nursing Studies*, 28 (1), 27-37.

FNIB. Mémoire politique – Juin 2007. [en ligne]. Adresse URL: [http:// www.fnib.be](http://www.fnib.be). Consulté le 29/10/2007.

FNIB. Dialogues santé. Conclusions sectorielles infirmières. [en ligne]. Adresse URL: [http:// www.fnib.be](http://www.fnib.be). Consulté le 29/10/2007.

Frich, L.M. (2003). Integrative literature reviews and meta-analysis: Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 137-153.

Hamner, J.B. (2005). State of the science: Posthospitalization nursing interventions in congestive heart failure. *Advances in Nursing Science*, 28 (2), 175-190.

Hercberg, S., Dupin, H, Papoz, L., Galan, P. *Nutrition et Santé Publique. Approche épidémiologique et politiques de prévention*. Paris: Technique et documentation – Lavoisier, 1985, 710 pages.

Hughes, L.C., Robinson, L.A., Cooley, M.E., Nuamah, I., Grobe, S.J., McCorkle, R. (2002). Describing an episode of home nursing care for elderly postsurgical cancer patients. *Nursing Research*, 51 (2), 110-118.

Jaarsma, T., Strömberg, A., De Geest, S., Fridlund, B., Heikkila, J., Martensson, J., Moons, P., Scholte op Reimer, W., Smith, K., Stewart, S., Thompson, D.R. (2006). Heart Failure management programmes in Europe. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 197-205.

Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., & Van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (4), 407-421.

Keller, L.O., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B., Schaffer, M. (1998). Population-based Public Health Nursing Interventions: A model from practice. *Public Health Nursing*, 15 (3), 207-215.

Kinna, F., Cherbonnier, A. (2002). Les soins et l'aide à domicile. *Bruxelles Santé*, 26, 10-19.

Kirk, S., Glendinning, C. (1998). Trends in community care and patient participation: implications for the roles of informal carers and community nurses in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 370-381.

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000). *Focus groups, 3rd Edition: A practical guide for applied research*. Sage Publications, Inc., London, New Dehli.

Lehoux, P., Law, S. et al. *Les technologies de soins à domicile: enjeux dans l'organisation des services au Québec*. Montréal, AETMIS, 2004, 131p.

Lorraine, S. (2000). Analyse des données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD. IST. *Recherches qualitatives*, 21, 99-123.

Martin, K.S., Scheet, N.J., Stegman, M.R. (1993). Home health clients: Characteristics, outcomes of care, and nursing interventions. *American Journal of Public Health*, 83 (12), 1730-1734.

McBride, K.L., White, C.L., Sourial, R., Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 192-200.

McClorkle R., Strumpf N.E., Nuamah I.F., Adler D.C., Cooley M.E., Jepson C., Lusk E.J., & Torosian M. (2000). A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *Jags*, 48 (12), 1707-1713.

Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., de Bont, M., Veeger, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1233-1240.

Phillips, E.K., Cloonan, P., Irvine, A., Fisher, M.E. (1990). Nonreimbursed home health care: Beyond the bills. *Public Health Nursing*, 7 (2), 60-64.

Pruitt, S.D., Epping-Jordan, J.E. (2005). Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*, 330, 637-639.

Quivy, R., Van Campenhoudt, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, 1995, 287 p.

Robinson, L., Dugger, K., Fong, G., Heintzman, T., Hnizdo, S., Libby, J., McDaniels, J., Miles, J., Rempel, H., Taylor, A., Warshaw, M. (2006). Palliative home nursing interventions for people with HIV/AIDS: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 17 (3), 37-46.

Ryan, S.J., Wassenberg, C. (1980). A hospital-based care program. *Nursing Clinics of North America*, 15 (2), 323-338.

Schumacher, K.L., Marren, J. (2004). Home care nursing for older adults: state of the science. *Nursing Clinics of North America*, 39, 443-471.

Séraphin, M.A. Nursing data, la suisse n'est pas à la traîne. [en ligne]. Adresse URL: http://www.sixi.be/Nursing-data,-la-Suisse-n-est-pas-a-la-traine-_a111.html, 2005, consulté le 29/10/2007.

Slim, K., Nini, E., Forestier, D., Kwiatkowski, F., Panis, Y., Chipponi, J. (2003). Methodological index for non-randomized studies (minors): development and validation of a new instrument. *ANZ Journal of Surgery*, 73, 712-716.

Upton, J., Madoc-Sutton, H., Sheikh, A., Frank, T.L., Walker, S., Fletcher, M. (2007). National survey on the roles and training of primary care respiratory nurses in the UK in 2006: are we making progress? *Primary Care Respiratory Journal*, 16 (5), 284-290.

Wagg, A.R., Barron, D., Kirby, M., Stott, D., Corlett, K. (2007). A randomised partially controlled trial to assess the impact of self-help vs. structured help from a continence nurse specialist in women with undiagnosed urinary problems in primary care. *International Journal of Clinical Practice*, 61 (11), 1863-1873.

**INVENTAIRE ET POSSIBILITES FUTURES DE PRESTATIONS TECHNIQUES DE SOINS
INFIRMIERS A DOMICILE**

**INVENTARIS EN TOEKOMSTMOGELIJKHEDEN VAN DE TECHNISCHE VERPLEEGKUNDIGE
PRESTATIES IN DE THUISZORG**

Annexes - Bijlagen

ANNEXE 1: FICHE DE CONTACT - SISD

Fiche de Contact – SISD

Par téléphone: Nom:
Responsable du SISD de:.....
Date premier contact:...../date deuxième contact:.....

Présentation de l'enquêteur et de l'institution

Je m'appelle
 Je travaille au Département des Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège.

Présentation de l'étude

Je me permets de vous contacter dans le cadre d'une étude initiée par le SPF (Ministère de la Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement).
 Le SPF souhaite, à l'issue de cette recherche, faire un inventaire des prestations techniques de soins infirmiers à domicile, actuelles et futures.

L'étude est menée conjointement par l'ULG pour la partie francophone du pays et par la KUL pour la partie flamande.

Dans un premier temps, cette étude se veut essentiellement qualitative et nous souhaitons interviewer des personnes ressources de formation infirmière et médicale.

1) Profil des infirmières et infirmiers

- Expérience des soins à domicile.
- Niveau A1 ou A2.
- Vision large de la profession d'infirmière.
- Qui, dans leur activité professionnelle, rencontrent toutes les situations de terrain (service du matin, soir, week-end, etc.).
- Connaissance générale de la nomenclature INAMI.
- Travaillant sous le statut d'indépendant ou de salarié dans un service intégré de soins à domicile.

NOM..... (Indépendant)

Tél :.....

NOM.....(ASD) Tél :.....

NOM..... (CSD) Tél :.....

2) Profil des médecins généralistes

- médecins qui ont l'habitude de travailler en pluridisciplinarité et notamment en étroite collaboration avec les infirmières et infirmiers du domicile.
- qui peuvent, si possible, être impliqués dans soit l'organisation soit la coordination des soins
- à domicile.
- qui ont une bonne connaissance générale de la nomenclature infirmière de l'INAMI.

NOM..... Tél :.....

ANNEXE 2: INTERVIEW DES MEDECINS SPECIALISTES**GUIDE D'ENTRETIEN**

Interview des médecins spécialistes

SECTION 1: Renseignements généraux

Date de la rencontre : / / 2007

1) **IDENTIFICATION:** N°.....2) **AGE:**.....(ans)3) **SEXE:**

- Féminin
 Masculin

4) **PROFESSION:**

Quelles sont vos spécialités ?

5) **EXPERIENCE:**

Depuis combien d'années pratiquez-vous comme spécialiste ?années

SECTION 2 : Représentation des prestations techniques et complexes1. Que signifie pour vous « **prestations techniques** » ?- Pouvez-vous me donner des **exemples** de prestations **techniques infirmières** ?

Parmi ces exemples,

- **Quelles prestations techniques** sont actuellement **déléguées/préscrites** aux infirmières du **domicile** ?**Sous quelles conditions ?**- Quelles sont les prestations techniques qui sont **actuellement** réalisées à **l'hôpital** mais **pourraient** être réalisées par le **domicile** ?**Pour quelles raisons** ne le sont-elles pas ?Quelles **conditions** doivent être remplies pour qu'elles puissent l'être ?- Quelles sont les **prestations techniques** qui ne sont actuellement **pas déléguées/préscrites** aux infirmières du **domicile** ?**Pour quelles raisons** ne le sont-elles pas ?Cette situation pourrait-elle être possible à **l'avenir** ? **oui / non****Si oui**, quels **changements** devraient avoir lieu ?**Si non**, **pour quelles raisons** ?2. Que signifie pour vous « **prestations complexes** » ?- Pouvez-vous me donner des **exemples** de **prestations infirmières complexes** ?- Parmi ces exemples, **Quelles prestations complexes** sont actuellement**déléguées/préscrites** aux infirmières du **domicile** ?**Sous quelles conditions ?**- Quelles sont les prestations complexes qui sont **actuellement** réalisées à **l'hôpital** mais **pourraient** être réalisées par les infirmières du **domicile** ?**Pour quelles raisons** ne le sont-elles pas ?Quelles **conditions** doivent être remplies pour qu'elles puissent l'être ?- Quelles sont les **prestations complexes** qui ne sont actuellement **pas déléguées/préscrites** aux infirmières du **domicile** ?**Pour quelles raisons** ne le sont-elles pas ?Cette situation pourrait-elle être possible à **l'avenir** ? **oui / non****Si oui**, quels **changements** devraient avoir lieu ?**Si non**, **pour quelles raisons** ?

3. Quelle(s) **différence(s)** faites-vous entre une prestation **technique** et une prestation **complexe** ? Quelles sont les **caractéristiques** ?
Certaines prestations **techniques** peuvent-elles **également** être considérées comme **complexes** ? **oui / non**
 Si oui, **lesquelles** ?
 et **pourquoi** ?
4. Vous arrive-t-il de **prescrire** des prestations qui ne soient **pas reprises** dans la nomenclature **INAMI** ? **Oui / non**
 Si oui, **lesquelles** ?
5. En général, quelles **conditions** exigez-vous pour que le patient puisse être soigné à **domicile** ?
 Ces **conditions** sont-elles habituellement **remplies** ? **oui / non**
Si non, d'après vous, qu'est-ce qui doit **changer** pour que ce soit possible ?

SECTION 3 : Modèles de collaboration

A. Généralités

1. Vous arrive-t-il de **collaborer** avec les infirmières du **domicile** ? **oui / non**
2. Comment **s'organise** la collaboration avec celles-ci ?
3. Utilisez-vous des **outils de communication** dans le cadre de cette collaboration ?
oui / non
 Si oui, **lesquels** ?
 Si non, **pourquoi** ?
 Pensez-vous que cela soit **souhaitable** ?
4. **Comment** qualifiez-vous la **collaboration** avec les infirmières du domicile en général ?
 - quels sont les **éléments** qui sont **favorables** à la **collaboration** avec les infirmières du domicile ?
 - quels sont les **éléments** qui sont **défavorables** à la **collaboration** avec les infirmières du domicile ?
 - quels sont les **éléments** qui pourraient, à l'avenir, **favoriser** le **développement** de la **collaboration** avec les infirmières du domicile ?
 - quels sont les **éléments** qui pourraient, à l'avenir, **empêcher** le **développement** de la **collaboration** avec les infirmières du domicile ?

B. Suite à une vingtaine d'interviews des infirmiers et infirmières francophones à domicile

Nous avons relevé certaines de leurs **observations**.

Pourriez-vous me donner **votre avis** sur ces observations ?

Éventuellement me donner des **solutions** pour résoudre certains **problèmes** ?

La **collaboration** avec les **hôpitaux** est différente d'un hôpital à l'autre. Mais la plupart du temps on observe un **manque** de **communication** et de **collaboration**.

Les patients quittent souvent l'hôpital un **vendredi** après-midi **sans** matériel et sans médicaments pour le **week-end**.

Le patient retourne souvent à domicile avec une **prescription illisible** et/ou **incomplète** et/ou **inexistante**.

Lorsqu'un patient est hospitalisé, les infirmières à domicile seraient d'accord de **transmettre des informations** (comme au minimum la liste des **médicaments**), par fax éventuellement mais elles ne savent pas toujours si le document est **pris en compte**.

Nous ne sommes pas tentés de faire accompagner le **dossier** lorsque le patient est hospitalisé car souvent nous ne le **revoyons plus**.

L'hôpital fait habituellement un courrier au médecin généraliste. L'infirmière, par contre, ne reçoit que très rarement un document et quand elle le reçoit il ne contient que quelques informations sur la dépendance et l'hygiène.

Par contre les informations essentiels pour sa pratique (comme la présence de MRSA, le dosage d'insuline à injecter, ou les problèmes médicaux) ne lui sont jamais communiqués

Certaines infirmières se demandent pourquoi certaines prestations (comme le rinçage de porth-à-cath, chimiothérapie, la mise au point de traitements diabétiques, le placement de perfusions, certains soins de plaies, certains soins aux patients en soins palliatifs) se font à l'hôpital alors que ces prestations pourraient très bien être réalisées à domicile.

L'infrastructure à domicile et/ou les compétences des infirmières du domicile ne seraient-elles pas adaptées à ces soins ?

Les infirmières citent des prestations techniques qui à l'avenir, d'après elles, sont amenées à se développer à domicile (chimiothérapies, placement de perfusions, accompagnement de patients psychiatriques), des prestations donc qui ne nécessitent pas une infrastructure hospitalière et qui ne nécessitent pas une surveillance 24h sur 24.

Quelles prestations techniques, à votre avis, voyez-vous se développer dans les prochaines années?

Est-ce que ces prestations pourraient être déléguées aux infirmières du domicile ?

Si oui,

Pour quelles raisons?

Sous quelles conditions ?

Comment envisagez-vous la répartition de la responsabilité ?

Si non, pour quelles raisons?

Un des éléments qui favorise le développement des prestations techniques à domicile est une bonne communication avec l'hôpital (concernant les soins continus entre autre).

Quels sont à votre avis les éléments qui sont favorables au développement des prestations techniques à domicile ?

Quels sont à votre avis les éléments qui sont défavorables au développement des prestations techniques à domicile ?

SECTION 4: Perspectives futures

1. Avez-vous connaissance de ce qui se passe dans d'autres pays ? oui / non

Comment se déroule le transfert de l'hôpital au domicile ?

Comment se déroule le transfert du domicile vers l'hôpital ?

Pouvons-nous suivre l'exemple ? oui / non

si oui, qu'est-ce qui devrait être changé dans notre système ?

Et comment ?

si non, comment voyez-vous notre système actuel ? Qu'est-ce qui devrait changer ? Qu'est-ce qui devrait être maintenu ?

2. Avez-vous connaissance d'initiatives/ techniques/ prestations novatrices qui se seraient développées dans d'autres régions belges ou à l'étranger ? Oui / non

Si oui, lesquelles ?

Ces initiatives pourraient-elles avoir une influence sur les soins à domicile ?

3. Voyez-vous aussi des prestations non techniques qui à l'avenir pourraient être déléguées à domicile ?

Si oui, lesquelles ?

Sous quelles conditions ?

ANNEXE 3: GRILLE 1 & 2 & 3

**Grille d'activités
GRILLE 1**

-- Quels sont tous les actes/ gestes/ soins que vous avez réalisés à domicile **ces 24 dernières heures** ?

Temps consacré au déplacement En minutes	Heure d'arrivée chez le patient	Heure de départ chez le patient	N° patient	N° prestation soin geste	DESCRIPTION de la prestation de l'activité du soin du geste (un par ligne)	Temps presté pour cette prestation cette activité, ce soin, ce geste (En minutes)	Cette prestation est reprise dans la nomenclature NSP= ne sais pas	Prestation reprise dans un forfait. Si oui, noter le type FA, FB, FC, PA, PB, PC, PP, PN, Diabète Si non, faire un trait.
min						min	Oui / Non / NSP	
min						min	Oui / Non / NSP	
min						min	Oui / Non / NSP	
min						min	Oui / Non / NSP	
min						min	Oui / Non / NSP	

Grille d'activités
GRILLE 2

N° patient	N° pres. t. act. vit. soins gest. e	1) Prestation technique Oui / Non	Justifications	2) Prestation complexe Oui / Non	Justifications Ex : profil lourd du patient	3) Avez-vous fait appel à une autre discipline, firme Oui/non	Justifications (Laquelle et pourquoi)
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	
		Oui / Non		Oui / Non		Oui/non	

Grille d'activités

GRILLE 3

N° Patient	N° prestation. activité. soins gestés	4) Temps min/ max pour cette prestation	Justifications	5) La demande de la prestation, émane de:	Justifications	6) Fréquence	7) Cet te prestation nécessite une formation complémentaire Oui / Non	Justifications (Laquelle et pourquoi)
		Min					Oui/non	
		Max						
		Min					Oui/non	
		Max						
		Min					Oui/non	
		Max						
		Min					Oui/non	
		Max						
		Min					Oui/non	
		Max						
		Min					Oui/non	
		Max						
		Min					Oui/non	
		Max						

ANNEXE 4: FOCUS GROUP DES MEDECINS GENERALISTES**GUIDE D'ENTRETIEN**

« Focus group des médecins généralistes »

A. Renseignements généraux1) **Âge** ans**2) Sexe**

- féminin
 masculin

3) Type de pratique

- seul
 en groupe type (ex. duo, maison médicale).....
 nombre

4) Milieu d'activité

- rural
 urbain
 autre :

5) Environnement

A combien de kilomètres se situe l'hôpital le plus prochekm.

6) Expérience professionnelle

- Depuis combien d'années pratiquez-vous comme médecin généraliste ?

..... années (seul)

..... années (en groupe)

- Avez-vous suivi des formations complémentaires ? oui / non

Si oui lesquelles ?

7) Volume d'activité

- Quel est le volume de vos activités par semaine ?

- Moins de 50 patients
 Entre 50 et 100 patients
 Plus de 100 patients

B. Présentation de l'étude (5 min)

À tout le monde, bienvenue et nous vous remercions d'avoir accepté de collaborer à notre étude.

Je me présente, X je suis assistante du Professeur X, département des sciences de la santé publique de l'ULg et voici ma collaboratrice X

Comme annoncé dans notre courrier,

- Cette étude est initiée par le Service Public Fédéral – Santé publique – Direction Générale: Soins de santé primaires et gestion de crise.
- Le SPF souhaite, à l'issue de cette recherche, faire un inventaire des prestations Techniques de soins infirmiers à domicile, actuelles et futures.
- Elle est menée conjointement par l'ULg et par la KUL.
- Donc aussi bien en Flandre qu'en Wallonie.
- Cette étude se veut essentiellement qualitative et est réalisée à titre exploratoire. Les résultats issus de cette étude vont permettre de formuler des hypothèses qui pourraient toutefois déboucher sur une seconde étude qualitative.
- Nous, en Wallonie, avons interrogé :
 - 22 infirmiers et infirmières du domicile ainsi que
 - 10 spécialistes

Il est prévu, aujourd'hui :

- que nous ayons un échange sur les prestations techniques et complexes effectuées par les infirmières du domicile mais aussi sur la collaboration existante (des différents intervenants du domicile ?) ainsi que sur les perspectives futures des soins infirmiers à domicile.
- Si vous le permettez, nous allons enregistrer vos propos de manière à pouvoir respecter l'entièreté du contenu de vos propos.
- Le non verbal ne pouvant être enregistré, ma collègue Ingrid prendra des notes complémentaires.
- Vous pouvez être assurés que toutes les données seront traitées en toute confidentialité, les enregistrements seront détruits après la retranscription. Aucun nom ne figurera non plus dans l'étude.

Quelques recommandations:

- Mon rôle dans cette réunion se limite à :
 - poser les questions utiles à notre étude.
 - recadrer l'entretien si nécessaire.
- Je vais donc, autant que possible, ne pas intervenir dans vos interactions.
- J'interviendrai uniquement pour :
 - poser une nouvelle question,
 - demander un éclaircissement,
 - donner l'occasion à chacun de s'exprimer,
- Il est, en d'autres termes, important que vous meniez la conversation entre vous. Vous ne devez donc pas absolument vous adresser à nous. Je dirais adressez vous librement à la personne de votre choix ou qui vous a fait réagir.
- Je vous demande toutefois de ne pas parler tous en même temps.
- Notre objectif est :
 - d'obtenir votre point de vue sur certains sujets (il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses).
 - il ne s'agit pas, pour nous, de tirer des conclusions, de prétendre quelque chose. mais bien de comprendre, de savoir comment vous, généraliste voyez les prestations infirmières et leur environnement à domicile.
 - Si quelqu'un devait avoir un avis contraire à un de ses confrères, svp, exprimez-le, car notre but n'est pas d'arriver à un consensus mais plutôt d'obtenir les avis différents et de les commenter.

C. Questions

1. Introduction (5 min)

Je propose que: - chacun note son nom sur le carton déposé devant lui.
- que nous fassions ensuite un tour de table, je vous demande:

- de vous identifier,
- de donner votre âge,
- depuis combien d'années vous pratiquez comme généraliste,
- si vous pratiquez en ville ou à la campagne.
- et si éventuellement vous êtes spécialisé dans une autre discipline ou si vous avez une autre caractéristique.

2. Le focus group

SECTION 1 : Collaboration (30 le min)

- 1) Comment s'organise généralement la collaboration à domicile.
- 2) Avec qui collaborez-vous ?
- 3) Comment qualifiez-vous la collaboration avec ces intervenants ?
a. Et comment s'organise la collaboration avec l'hôpital ?
- 4) Comment qualifiez-vous la collaboration avec les infirmiers et infirmières du domicile ?
- 5) Quels sont les points forts dans la collaboration avec les infirmières du domicile ?
a. Quels sont les éléments favorables à la collaboration avec les infirmières du domicile ?
b. Comment peut-on conserver ces points forts ?
- 6) Quels sont les points faibles dans la collaboration avec les infirmières du domicile ?
a. Comment peut-on améliorer ces points faibles de la collaboration ?
- 7) Présentation :
- du schéma
- des explications de ce que les infirmiers et spécialistes ont en évidence.
a. est-ce que vous vous reconnaissez dans ces schémas ?
b. souhaitez-vous ajouter des éléments ? si oui, lesquels ?

SECTION 2 : Prestations infirmières

- 1) Dans quelles situations faites-vous appel aux infirmiers du domicile ?
- 2) Quelles sont les prestations pour lesquelles vous faites le plus souvent appel aux infirmières du domicile ?
a) Est-ce que ces différentes prestations sont pour vous des prestations techniques ?
b) Lesquelles sont techniques et lesquelles ne le sont pas ?
c) En quoi sont-elles techniques? (pour celles qui le sont)
- 3) Que signifie pour vous prestations complexes ?
a) Quelles sont les prestations complexes pour lesquelles vous faites
b) appel le plus souvent aux infirmières du domicile ?
c) En quoi sont-elles complexes ?
- 4) Présentation des deux schémas des caractéristiques des prestations techniques

- a) et complexes
 - a. Est-ce que vous vous reconnaissez dans ces schémas ?
 - b. Souhaitez-vous ajouter d'autres dimensions à ces prestations ?
 - b) techniques et complexes ?
- 5) Avez-vous l'impression que ces conditions sont remplies actuellement ?
- 6) Si nous devons créer une définition des prestations techniques, quelles sont les
- 7) trois dimensions qui devraient absolument apparaître ?
- 8) Si nous devrions créer une définition des prestations complexes, quelles sont les
- 9) trois dimensions qui devraient absolument apparaître ?

SECTION 3 : perspectives futures

- 1) Quelles sont les prestations techniques que vous verriez se développer dans le futur ?
- 2) De quoi a-t-on besoin pour prendre en charge ces prestations à domicile ?
- 3) Présentation du schéma. Est-ce que vous vous reconnaissez dans ce schéma ?
- Quelles conditions ?
 - Quels éléments favorables au développement des prestations techniques ?
- 5) Avez-vous éventuellement d'autres éléments à apporter qui n'auraient pas été abordé ?

D. Conclusion (10 min)

En résumant ce qui a été dit :

- a.) pour le futur, quel est le facteur le plus favorable (le plus important) au développement des prestations en soins infirmiers à domicile ?
- b.) De quoi l'infirmière a-t-elle le plus besoin pour être soutenue dans ses soins à domicile ?
- c.) Y a-t-il d'autres questions que je n'ai pas posées mais qui d'après vous auraient dû l'être ?

C. Clôture (1 min) : Nous avons obtenu des informations très intéressantes, nous espérons que vous aussi avez trouvé cette réunion enrichissante.
Nous vous remercions pour votre participation

ANNEXE 5

		Regroupement des prestations des 22 infirmiers francophones par thèmes																							
24h recall																									
		légende: le chiffre sur fond jaune indique le nombre de fois où le soignant a effectué cette prestation sur sa journée																							
SECTIONS	Prestations	Détails	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
COMMUNIQUER COLLABORER <i>chez le patient, oralement</i>																									
		dire bonjour																			1	6			
		dire aurevoir																			1				
		parler		1			1							4											
		prendre arrangement entretien	pour passage du lendemain																			1			
		s'informer auprès du patient	sur l'accident du patient																						1
			de ce qu'a dit le médecin sur les plaies																			1			
			des nouvelles de ses examens																			1			
			questionnement pourquoi cuisse gonflée																			1			
			sur récits des chutes du we								1														
		patient raconte	son hospitalisation de 12 jours									1													
			l'histoire du tableau sur le mur									1													
			déchainé sur sœur et raconte									1													

		dernières aventures																	
		sa fièvre acheteuse, chaque semaine																	
		problèmes de succession, décès du conjoint																	
		n'en finit pas de raconter sa vie, je recule vers la sortie																	
	entretien avec le patient	discussion/entretien avec le patient		2															1
		entretien patient et famille																	1
		échanges avec l'enfant (patient) et la famille		1															
		entretien sur point de vue efficacité du traitement																	2
		sur suite traitement/le patient trouve que c'est long																	1
		sur sa maladie																	1
		sur l'éducation à l'autonomie pour le soir																	1
		sur le diagnostic																	1
		sur les effets secondaires du produit injecté																	1
		demande de matériel																	1
		sur le traitement aux hormones																	1
		pour fixer nouveau rendez-vous avec l'assistante sociale																	2
		discussion sur myrtilles, cassis, chat																	1
		conversation sur nos méthodes de jardinage																	1
		n'a plus confiance en son médecin, demande mon avis																	1
		discussion préalable aux soins, patiente est infirmière retraitée																	1
		monter, prévenir le patient de son arrivée																	1

	explications données sur le matelas anti-escarres		1																
expliquer à la famille	expliquer à la famille					1													
	expliquer au fils					1													
	différentes démarches suite à décès du patient		1																
	de la manutention pour manipuler sujet alité, essai, évaluation											1							
	comment brancher l'alimentation entérale		1																
répondre aux questions		3															1		
éducation	du patient	8	1				1			1									
	du patient à faire la sous-cutanée à l'utilisation correcte des médicaments, frigo, fractionner									1									1
	écolage pour insuline																		1
conseiller	nourriture d'après glycémie/ conseils diététiques, patient diabétique						1											1	
	conseils alimentaires																		2
	pour réduire diarrhée	3								1	2								
	conseils minceur																		2
	conseils au fumeur																		1
	pour améliorer circulation sanguine																	1	
	pour bien être																	1	
	pour soins du pansement																	1	
	hygiène soins de peau																		1
	pour mobilisation / patient hémiplegique																		1
	pour éviter fuites de poche de stomie																	1	1
	proposition de matériel adapté										1								1
	insister à mettre bas de contention		1																1
	conseils pour prévention																		1

SOINS	Toilette /laver		7	2	0	1	2	5	4	1	5	4	9	1	4	7	6	6	5	1		
D'HYGIENE	toilette/laver - palliatif					2	3			1					5			1				
TOILETTE	bain		4		1														1			
	douche/savonner rincer		2			3	2		3	1	3		1			1			1		1	2
	toilette à l'évier / lavabo							3	2					3		2				1		1
	au lavabo sur chaise roulante					1																
	toilette bassin								1													
	toilette dans cuisine		1																			
	toilette au fauteuil											1										
	toilette au lit				3	3	1		1				3									2
	toilette au lit	et oxygène dès que nécessaire														1						
	toilette simple au lit et lavabo					1																
	toilette simple au lavabo + bain de pieds					1																
	toilette complète			1	2			8					2									1
	toilette complète à l'évier				4																1	
	toilette complète au lit				1			2														3
	toilette complète	patient pas en forme car retour d'hôpital						1														
		d'une personne hémiplegique																			1	
		d'une personne désorientée																			1	
		d'une personne Alzheimer								1												
	toilette complète	toilette du haut du corps, sécher, habiller, puis toilette cuisses, jambes, pieds, siège, changer linge								3												
	toilette + collecte matériel + soins annexes														4							
	petite toilette	partielle	1										2								4	
		partielle au lit																				1

		siège / intime / siège, urines, selles				1				1	3	1				1			2			4
		intime + siège / non facturée				3										1						
		thorax, jambes, pieds									1											
		dos																	2			
		thorax									2											
		pieds / bain de pieds									3	2			1	2						1
		jambes													1							
		toilette du soir																				3
		rafraîchir				1																
		toilette mortuaire et préparation du corps				1					1											
		aider à faire la toilette à l'évier									1					1						
		soins d'hygiène				5										1						
		essuyer soigneusement									1	1	1									
		envelopper dans grand essuies										1										
PRESTATIONS COMPLETES A LA TOILETTE																						
soins annexes																						
		dents / laver dents				1						3			4	2					1	
		laver dentier										1									2	
		bouche laver / bain de bouche										2										
		oreilles / laver / soins										1				2						
		cheveux				2						2	2		3	2		1		1		
		peigner / coiffer										1										
		démêler										1										
		brushing				1																

	Laver / shampooing	4			1	3	5	2	1	1			1	1
	sécher					1								
	raser / barbe	1			1	1	2				1		1	2
	ongles/nettoyer/soins/cooper			1		1	2	1	2		1			1
	dents/mettre/enlever	1												
	lunettes/mettre/enlever	2												
soins annexes liés spécifiquement à la peau et à l'activation de la circulation														
	huiler			1										
	crème/lait corps/hydrater	7		1			2		3		1	1		
	crème/pommade						4						2	
	crème/pommade/friction	1		1			1	1	5				1	
	soins de siège pendant la toilette					1								
	jambes, talons						1							
	siège (daktozin)	2					1	3						
	car risque escarres/crème spéciale escarre						1						1	
	visage								1					
	friction	3		1										
	friction dos/ friction à l'eau de cologne			2			3						2	
	frictionner dos et siège		1				1							
	friction points d'appuis						2			3				
	talc						1	5						
	massage					1								

	étui pénien/placer	1									1									
	placer sur panne			2							1								1	
	enlever panne																		1	
	sac à urine/collecteur d'urine										1									2
	changer poche de jour/nuit										1									
	raccorder	1										1								
	vidanger									2	1	1	1		2				1	
	amener, conduire, mettre au wc/toilette	3		2	3			1						2	1				1	
	mettre sur chaise percée	2				4			1		1				1	1				
	attendre que élimination finie (10 min)								1										1	
	réessuyer après élimination								1											
	vider chaise percée	1		1										1						
soins annexes liés spécifiquement à la manutention et la mobilisation																				
	manutention																			3
	remonter lit/ajuster lit/abaisser dossier			1					2										2	
	mobilisation	1																	3	1
	mobilisation à but d'autonomie																			1
	mobilisation avec difficultés														1					
	redresser la personne								1											
	lever la personne					1		3	1											
	lever du lit	1																		1

		du fauteuil, de la chaise	1					1										
		avec palan, lève personne, utiliser palan			1					4	1			2				
	aide pour se lever/béquille							3						1				
	aide pour se lever	et s'asseoir sur chaise roulante						1										
	aider au déplacement	tribune											1					
		donner canne	1															
		déplacement de chambre vers salle de bain						3	1		1							
		rolator du fauteuil à salle de bain/rolator vers fauteuil, chaise							4									
		descendre, accompagnement obligatoire						4	1									
		accompagner vers cuisine/vers table de déjeuner						3	1									
		soutenir pour déplacement vers cuisine, risque chute escalier										1						
		monter						3										
		conduire à la salle de bain						3										
	transfert	chaise roulante/lit			2				1									
		lit/chaise roulante/fauteuil/fauteuil roulant			1					1					2			
		lit/évier	1															
		wc/chaise roulante	1															
		transfert dans le salon avec tabouret							1									
	mettre dans chaise roulante				1				1									
	déplacer	en chaise roulante/descendre/vers salle de bain/table							3									
	installer/réinstaller	au fauteuil/fauteuil roulant/chaise/chaise roulante	1			3		1	2		3	2	1			4		
		au lit	4	1		2		1	2	4						3		
		installation du patient en position		1				1										

	pansement escarre	talon	1	1																
		siège				1														
	pansement ulcères					1											1			
	pansement ulcères	pieds									1									
		ulcère variqueux/ préparer la jambe + soins de l'ulcère		1																
		ulcère jambe	1	2		3						2								
	pansement/soins sur	oculaire															1			
		gorge										1								
		gorge trajectoire (essais non réussi)										1								
		sternum (suite triple pontage)																		1
		plaie abdominale		1		1														
		siège		1													1			
		hanche droite									1									
		du pli de l'aîne gauche/ 2x/jour																		2
		genou		1																
		plaie jambe/ jambe post op/ jambe droite					2													2
		ped															1			
		plante ped		1																
		talon, nécrose					1													
		orteils, emballés 1 à 1 (7 petites poupées)									1									
		gros orteil/orteil/ orteil gauche		1							1									1
	soins liés à stomies	trachéostomie																		1
		canule, entretien + soins	1																	
		gastrostomie		1		1					1	1								
		changer trousse gastrostomie									1									
		faire couler alimentation entérale									1									
		néphrostomie (drain)					1													
		cystocath																		1
		soins, poche de stomie urinaire																		1

		Injection de Litan, rincer, injection de Hexiam 50cc, rincer LP 20cc, héparine IVD				1														
	accès parentéral					1														
		brancher perfusion sérum physiologique				1														
	pompe à morphine	renouveler le produit					2													
	administrer O²													1						
	puff														1					
	patch	coller/mise en place (analgésique/nitroderm)	2	5						1										1
		oter	1	1																
	traitement ophtalmique	traitement cataracte	1																	
		œil/yeux (nettoyer, goutte(s), collyre(s), onguent(s))	8	2	1	1	1			4	2							1		1
	traitement auriculaire	oreille(s) /traitement	1		1															
	traitement buccal	traiter la bouche			1				1											
	topiques	application pommade												1						
	classé d'après organe + produit	genou (crème/Nifuril)	1		1															
		épaule (Hirudoïd)			2															
		nuque (Flector)			1															
		colonne (Fastum gel)			2															
		hanche (Fastum gel)			1															
		poignet (Fastum gel)			2															
		anus (préparation magistrale)			1															
		plis interfessiers (poudre Prurisédine)							1											
		Daktar solution sur ongles			1															
		Daktar spray dans plis, dans plis inguinaux			6				3											
		Daktar sous les seins			3															
		Daktarin sur siège			1															
		éosine (badigeonner sur siège)			1															

		Isobétadine solution entre les orteils							1											
		massage genou avec gel Voltaren																		1
	d'après problème	traiter eczéma (pommade)																		1
		traiter psoriasis (préparation)							1				1							
		traiter zona dans le dos							1											
	suppositoire	introduction				1														
		rappel à 21h30 pour administrer antidouleur							1											
	injection intrarectale	Depakine																		
	gestion des médicaments	ranger médicaments	1																	
		médecin demande triage médicaments							1											
		inventaire et liste pour commande/vérifier stock médicaments	2					1	3			1			4					
		changer traitement, suivre ordre médical, mettre en pratique							2											
		analyse et précision concernant son nouveau traitement											1							
VOIR AUSSI	<i>rubriques</i>	<i>Communication+Observat.+Organis at.+Rapport+Problèmes</i>																		
TRAVAIL	consulter le rapport	de(s) jour(s) précédents							2											
ADMINISTRATIF	lire prescription																			1
	lire fiches patients, collecte données	nom, prénom, âge, DN, patho, traitement, situation familiale																		1
	"	Au médecin traitant, ce que patient et famille savaient de la maladie																		3
	"	actes infirmiers à réaliser																		3
	lire rapport écrit de l'infirmière du soir	éléments m'interpellent, petits soins à faire en plus																		1
	lire rapport infirmier de																			1
																				2

	préparer chez le patient	matériel de soin, préparer, installer, ranger	5					3												
		préparer matériel stérile et chambre stérile	1																	
	vérifier que tout le matériel est là	pour changer la sonde vésicale et noter ce qui manque					1													
	préparer patient et matériel	coucher patient, masque, oter pansement, compresse alcool	2																	
	préparer matériel stérile	et chambre implantable stérile	1																	
	préparer le patient		2																	
	préparer matériel/bassin/préliminaires	essuies, gant, bassin, linge, lange, culotte filet, draps				1		5 6										6		
	aller chercher matériel à l'étage													1						
	aller chercher chaise percée		1																	
	préparation des vêtements (sortie)							1												
	faire chauffer eau		1																	
	ouvrir robinet d'eau chaude							2												
	prendre eau chaude		1											1						
	prendre bouilloire cuisine, verser dans bain							1												
	faire couler eau dans baignoire							1												
	chauffer salle de bain		1																	
	chauffer, vérifier chauffage		1																	
	jeter	jeter lange, dans poubelle extérieure	4					1												
		jeter eau, vider bassin/vider à la rue	2					1												
		jeter linge sale à la cave						1												
	ranger	ranger	2					3 1										1		

		prendre/rendre clefs									1	1		1	3				
		bien fermer à clef									1								
		mettre en charge la <u>voiturette électrique</u>									1								
		<u>transport</u> prise de sang vers labo																	1
		recherche différents trajets + rapides																	1
	programmer hospitalisation										1								
	Garde infirmière	de 21h à 8h du matin, pas été réveillée																	1
VOIR AUSSI	rubriques	Communication+Observer+AVQ+So ins d'hyg.+Administratif																	
AVQ	repas, préparations	préparer eau/lait																	1
AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE		préparer café/déjeuner	3																1
		préparer pour plus tard	1																
		préparer pour lendemain	1																
		préparer pour omelette + tartine, verser eau + jus																	1
		mettre table, placer repas	2																1 1
		mettre café dans thermos	1																
		installer pour manger	1																
		débarrasser la tablette																	1
		laver légumes																	2
		faire vaisselle																	1
	alimenter	donner à boire eau/café	3																2
		donner à manger	1																
		donner déjeuner, souper	2																
		aider à achever repas																	1
	courses	aller à la poste	1																
		petite course/cramique, fleurs,	1																1

ANNEXE 6

Thèmes	Prestations techniques	Justifications individuelles des infirmiers
Communication/ collaboration	Téléphoner au médecin	Contact pour la prescription
	Prendre rendez-vous chez le diabétologue	Il faut savoir transmettre les résultats au diabétologue
	Transmission de l'information à l'infirmière chef	Prévoir augmentation de la glycémie car dame paniquée, inquiète
	Problème avec le drain du dos qui s'enlève, sonner au docteur	Le drain s'est détaché de la peau. Hospitalisation du monsieur. Il a fallu gérer le problème.
Education/ conseiller	Ecouter messages GSM + répondre	Problèmes et temps
	Explications au patient	Le patient a le droit de savoir comment évolue la plaie
	Conseil de soins par rapport au pansement	Car conseiller fait partie du soin et tout le monde n'est pas censé savoir
	Eduquer le patient à faire l'injection sous-cutanée	Car demande apprentissage et éduquer c'est technique, transmettre son savoir sinon le patient ne le ferait pas correctement
Observation/ surveillance/ prévention	Pansement de gastrostomie + expliquer, éduquer le branchement de l'alimentation entérale	Rôle éducatif en vue de l'autonomie du patient
	Conseils diététiques. Transmissions au médecin traitant	Ca s'apprend
	Brancher l'alimentation entérale	Rôle éducatif en vue d'autonomie du patient
		Nécessite un apprentissage
Observation/ surveillance/ prévention	Observation pieds, vérifier	C'est obligatoire 1x/sem. pour les diabétiques, c'est dans la nomenclature
	Mettre tenue (tablier, masque) stérile car MRSA	Car il faut mesurer les conséquences d'un MRSA respiratoire
	Surveillance de la diurèse	Car faut savoir ce qu'est une diurèse, un bilan hydrique + une procédure. Patiente a tendance aux infections urinaires (avec sonde on voit bien la couleur, flocons alors que dans le linge on ne voit rien et urines abîment les fesses)
	Mesures des paramètres et rédaction du dossier infirmier	C'est basique pour l'infirmière. Faut juste savoir utiliser l'appareil pour la prise de la tension, faut savoir faire un bilan hydrique
	Vérification de la sonde gastrique	Car demande des manipulations

	Evaluation, vérifier matériel, communication au médecin point de vue évolution de la plaie. Entretien médecin pour avis.	Vérifier c'est le métier, fait partie de l'évaluation d'une plaie. Entretien médecin, cela fait partie de la technique
	Prévention escarres (examens)	Nécessite un apprentissage et une observation
	Soins de siège - prévention - (pendant toilette)	Nécessite des études
	Application pommade 3x /jour	Car patient très raide
	Placer un morceau de manche à brosse pour empêcher les barreaux de tomber quand le patient remue de trop. Descendre le lit au plus bas. Remonter les barreaux	Elémentaire + prévention
	Descendre le lit au plus bas (risque chute)	Prévention chute
	Réajuster les protections de mousse sur les barreaux	Prévention, pour que le patient ne se blesse pas
	Habillage stérile de l'infirmière (charlotte, masque, tablier, gants)	C'est une technique infirmière. Il faut l'avoir apprise
	Peser	C'est obligatoire 1x/15 jours pour les diabétiques, c'est dans la nomenclature
	Prise de tension artérielle à sa demande	Nécessite une capacité à interpréter les valeurs et à évaluer l'état d'urgence
	Prise de la tension artérielle	Car en fonction de la tension artérielle, on peut cerner un problème, devoir donner un traitement en fonction de l'acte médical. Si thrombose. Il faut savoir interpréter les résultats
		Technique pas remboursée
	Glycémie	Technique apprise à l'école et donc d'office c'est une technique. Un non infirmier ne peut le faire
		Demande matériel médical et procédure, difficile à utiliser par patient vu l'âge, baisse de vue
		Fait appel au savoir +savoir faire + repris dans la nomenclature. Acte autorisé de la liste d'actes infirmiers
		Apprentissage à l'école. Règles d'hygiène (laver mains sinon chiffres faussés), règles pour localisation, éducation au patient
		Soins aux diabétiques
		C'est un acte infirmier (qui n'est pas reconnu). C'est de l'écolage. Fait partie de la formation infirmière, parfois il y a l'âge du patient, parfois le patient est rassuré quand c'est fait par une infirmière
	Test glycémie, Sonner docteur pour dosage si hypoglycémie	Il faut l'avoir vu, l'avoir appris. Il faut pouvoir interpréter le résultat
		Machine +acte posé

	Changer aiguilles, cartouche	Car propre aux soins infirmiers
Soins d'hygiène / toilette		Lié à pathologie + parce qu'elle a une sonde vésicale et une gastrostomie très difficile à gérer, Alzheimer, agressive, car surveillance car diabétique et toilette permet d'observer éraflures (désorientée)
	Toilette, essuier, habiller	
	Toilette au lit, habillage, douche, habillage, ongles mains, gluco et analyse des résultats, injection d'insuline, soins des jambes, Préparation d'un pilulier hebdomadaire, pour la semaine	Pas de justification
	Toilette	Nécessite des études, fait appel au savoir +savoir faire + repris dans la nomenclature
	Toilette siège - dos + massage + linge - lever + habillage	Technique de manutention, de toilette, de massage + savoir mettre linge
	Toilette, toilette intime, toilette siège	Parce qu'il y a beaucoup de choses à surveiller (antécédents de phlébites, prévenir escarres, allergies aux médicaments) Parce que lourde pathologie. C'est surtout la surveillance qui est technique. C'est plus important si handicapé, Alzheimer
	Toilette	Patient peut être bien mais peut avoir un tas de trucs auxquels il faut être attentif. Si accident vasculaire cérébral, manipulation délicate, il faut avoir l'habitude. Faut lire le dossier
	Toilette au lavabo. Raser	Acte posé sur patient, qui ne sait plus faire seul
	Toilette	Car soin d'hygiène important car observation, surveillance pour bien être
	Toilette complète	Nécessite observation quotidienne car œdèmes, médecin a demandé bilan hydrique et transmission
	Toilette complète au lit + réinstaller	Il faut une procédure, un ordre dans les actions (exemple: laver les pieds après les mains)
	Toilette complète, toilette complète au lit, rasage, mise sur chaise percée	Technique à respecter, une démarche. C'est parfois un gros cas. Pas mal de choses à observer, des problèmes à résoudre (ex.: si rougeur, chercher origine, faire démarche). Mon observation et ma démarche autour de la toilette, nécessite formation
	Toilette complète	Car personne sous O ² avec douleur, œdèmes. Personne qui est lavée dans salle de bain, faire suivre matériel, la toilette demande un effort pour le patient. Surveillance ++
	Toilette siège, changer la linge.	Surveillance
	Toilette, douche, laver pieds, cheveux laver, raser, habiller	Car permet d'observer (diabétique, personne désorientée) éraflures

	Toilette au lavabo, toilette dos - pieds, mettre crème spéciale (visage/bras) pour psoriasis (patient diabétique) + mobilisation + transferts lit/lavabo/ + installer au fauteuil	Acte posé, est dans liste des actes paramédicaux et dans notre listing, c'est pour cet acte que nous sommes appelés. Apport manuel, pour soin que le patient ne peut plus réaliser. En attente prise en charge par aide familiale
	Toilette	Car patiente confuse et soin demande pragmatisme, actions séquentielles
Soins annexes	Douche + laver les cheveux	Car pathologie demande une aide, c'est nécessaire
	Cheveux laver, raser, habiller	Car permet d'observer (diabétique, personne désorientée) éraflures
	Douche	C'est une technique infirmière
	Laver dents	Il n'ouvre pas la bouche, parfois il mord (souvenirs négatifs de dernière hospitalisation)
	Lavage de cheveux. Préparation d'un verre d'eau et de lait	Soin appliqué au patient. Le patient ne peut pas le faire lui-même
Soins annexes/ soins de peau/ et activation de la circulation	Frictionner dos - siège	Base d'une toilette
	Massage jambes	Technique pour manipuler
	Massage talon (prévention)	Pour prévenir les escarres, ai du demander matelas alternating
	Talc (plis aines et seins), Daktozin fesses, crème hydratante (jambes, talons)	Talc aussi sinon ça reste humide, c'est de la prévention on a déjà eu des plaies
	Crème spéciale escarres. Mettre coussins sous les coudes	Prévention
	Isobétadine solution entre les orteils	Surveillance
Soins annexes/ habillement	Déshabiller la patiente qui crie, s'agite et frappe. Laver partie supérieure du corps (sécher) habiller. Laver jambes et pieds	Technique pour manipuler hémiplegique, grabataire
	Habiller	Car demande ordre dans les gestes, procédure pour aller plus vite (pour le patient et pour moi)
Soins annexes/ manutention/ mobilisation	Redresser patient. Enfiler pyjama. Enfiler chaussettes	Bras paralysés + méthode
	Installation au fauteuil, mise sur chaise percée et au fauteuil	Car techniques de manutention à respecter pour préserver son dos et pour le patient, qu'il soit installé correctement pour la journée.
	Remonter patient dans le lit	Technique élémentaire
	Installation pour la nuit - Réinstaller au lit	Impossible à faire seule - recentrer, installer les coussins
	Lever la patiente manutention	Car s'il n'y a pas de manutention on se casse le dos et la patiente peut tomber si elle ne se sent pas sûre
	Lever du lit - Mettre au WC - Jeter protection incontinence	Lever = technique, marcher WC, savoir la prendre = technique = suivre

		procédure
	Installer au fauteuil avec souper et médicaments + Thermomètre	Procédure
Traitements/ injections	Injection d'insuline en sous cutanée	Prestation infirmière, fait partie de notre nomenclature
		Nécessite réflexions + compétences
		Connaître le site, la procédure, connaître les insulines
		C'est un acte précis, acte infirmier, il y a un dosage, l'âge du patient et sa vue qui baisse
		Car en plus il y a la glycémie, les insulines qui évoluent
		Beaucoup d'éducation et patients en souffrance car peur des piqûres
		Technique apprise à l'école et donc d'office c'est une technique. Quelqu'un de non infirmier ne peut le faire
		Demande du matériel médical et une procédure
		Machine + acte posé
		Car l'insuline est un acte important même si les patients savent se prendre en charge eux mêmes. Importance de l'éducation, infos données concernant l'importance des risques encourus (dosage,...)
		S'apprend , acte infirmier, fait appel au savoir + savoir faire + repris dans la liste des actes.
		Soins aux diabétiques
	Injection sous-cutanée	Surveillance, famille épuisée, suivi du patient et de la prise des médicaments
		S'apprend, acte infirmier, fait appel au savoir + savoir faire + repris dans la liste des actes
		Faut savoir piquer. Nécessite une surveillance (bleus)
		Il faut savoir réaliser l'injection et connaître le produit
	Injection intramusculaire	Demande matériel médical et procédure
		S'apprend , acte infirmier, fait appel au savoir + savoir faire + repris dans la liste des actes.
		L'acte en lui-même est technique
		Il faut avoir appris à piquer. Minimum de stérilité + patient douillet
		Demande du médecin. Prescription médicale

		Parce qu'il faut savoir où l'on injecte, le mode de conservation, suivre les paramètres + évaluation de la toux. Education point de vue tabac, voir si la patiente prend bien ses médicaments
	Injection intrarectale	Besoin de matériel médical et nouveau
Traitements/ soins de plaies	Pansement	Parce que c'est un ulcère, très fibrineux, qu'il faut débrider et vu que personne assez forte qui mange tout et n'importe quoi, très indisciplinée, il faut faire un minimum d'éducation, on lui répète toujours la même chose
		Demande du médecin. Prescription médicale
		Fait appel au savoir + savoir faire + repris dans la nomenclature, étude
		Car prescription médicale + surveillance
	Pansement simple	C'est surtout la surveillance qui est technique
		Surveillance quotidienne. Exemple: au niveau orteils, Problèmes cardiaques. A nouveau des œdèmes et des démangeaisons et risque de prendre des proportions importantes
	Pansement complexe	Faut savoir manipuler mais surtout apporter une aide psychologique. Méchage demande savoir faire, suivi
		Nécessite spécialisation soins de plaie
		Matériel médical + directives longues de l'hôpital qui prennent beaucoup de temps
		Technique apprise, procédure à suivre, chaque pansement a sa technique, ordre, procédure, règles d'hygiène, impossible si pas d'apprentissage
	Pansement spécifique	Car ulcère, faut être très rigoureux
	Pansement de néphrostomie,	Cela fait partie de ce que l'on apprend
	Pansement d'ulcères	Acte demandé par le médecin de protéger la plaie. Acte légal de nature infirmier
		C'est une technique infirmière où il faut enlever le pansement d'une manière à ne pas contaminer. Il faut savoir observer et juger
		Matériel spécifique au soin d'ulcère de jambe
	Pansement du sternum après triple pontage	Car prescription médicale + surveillance car triple pontage
	Pansement de gastrostomie	Ce n'est pas une bête désinfection il faut connaître la théorie de la sonde gastrique

	Pansement de protection	Il faut avoir appris à faire les pansements et il faut pouvoir évaluer (infection), si cors, rappel pédicure
	Déballer bandages jambes (ulcères). Réfection des pansements. Toilette des pieds. Remise des bandages + petits bas +essuie tout partout	Soins infirmiers
	Pansement du sternum après triple pontage	Car prescription médicale + surveillance car triple pontage
	Evaluation de la plaie + écrit / écoute	Une personne qui n'est pas du métier ne peut remplir l'évaluation, ne sait évaluer une plaie
Traitements/ autres techniques infirmières		
	Alimentation entérale	Il faut savoir connecter, mettre le débit et tout ce qui va avec
	Soins aseptiques de vulve	Notions d'hygiène, de stérilité
	Aspiration	Quand il n'y a pas une trachéostomie je trouve que c'est encore plus technique
	Renouveler le produit dans pompe à morphine	Besoin de matériel médical + connaissances machine, produit
	Déconnexion de l'alimentation parentérale	Technique car appareillage
	Mise en place d'un nouvel Aquapack (système d'humidification pour personnes oxygénodépendantes): problèmes...	Car certaines collègues ne savent pas le faire, parfois elles ne pratiquent pas souvent cette technique
	Préparations du matériel. Préparation de la nutrition parentérale. Placer la poche de nutrition parentérale sur la pompe et réglage	C'est une technique infirmière
	Rincer chambre implantable au LP. Connecter la nutrition parentérale sur la chambre implantable et réfection du pansement. Connecter l'alimentation parentérale.	Ne pas stériliser, c'est un apprentissage infirmier
	Mise en route de la pompe volumétrique	Car il faut connaître le fonctionnement des pompes
	Préparation de la chambre stérile + matériel stérile	Fait partie de la technique infirmière
	Mise de bas de contention	Pas compliqués mais faut les mettre convenablement Savoir les mettre
	Bandage de compression	Rentre dans traitement préventif parfois curatif. Difficile à un certain âge de les mettre ou même les enlever
	Brancher l'alimentation entérale. Vérification sonde vésicale. Vider cystoflo + mesurer – évaluer	Techniques infirmières
	Placer la minerve	Normalement, c'est un acte médical
	Changer trousse gastrostomie	Technique infirmière

	1jour/2	
	Brancher les pompes volumétriques	Car il faut connaître le fonctionnement des pompes
	Lavage de vessie 1x /sem.	Parce que hier la patiente poussait pour que ça n'entre pas et donc il faut être attentive il faut faire attention à la percussion et donc si on ne le fait pas on passe à côté de plein de choses importantes
	Sondage chez un homme. Préparation médicaments pour la journée.	Prescription médicale
	Sac diurèse vider 3x /jour	Car il faut regarder la couleur de l'urine, si elle est floconneuse. Avant c'était vidé par l'aide familiale mais il n'y avait pas l'observation
	Désinfection Sonde vésicale 1x /jour	Car surveillance, voir si pas de rougeur
Traitements/ médicaments autres que injections	Préparation des médicaments pour toute la journée 1x /jour	Car suivant son état de santé il faut donner plus ou moins de médicaments
	Administration des médicaments (alimentation entérale) et ajouter un peu d'eau	Par la sonde de gastrostomie, il faut les écraser et ne pas boucher la sonde
	Préparation des médicaments pour toute la journée	Car il ne faut pas se tromper entre matin, midi, le 4h, le soir et le coucher
	Préparer le pilulier de la semaine + commander pour prescription médicale	Procédure + pas se tromper + responsabilité
	Inventaire des médicaments pour le médecin et pharmacie	Il y en a 16
	Changement patch analgésique	Car polyopathologies. Surveillance, éducation, peur de la mort, besoin d'être rassuré si patch ne tient pas
	Puff	Difficulté de manipuler
	Donner gouttes Risperdal	Demande jugement, appréciation
	Gouttes, application collyres	Connaître règles: nettoyer œil, tirer paupière vers le bas, mettre produit partout
	Pommade sur psoriasis sur tout le corps	Technique à respecter (mettre goutte dans l'oeil, bien fermer l'œil, pas frotter les yeux)
	Mettre crème spéciale pour psoriasis (patient diabétique)	Dans nomenclature
		Acte posé, est dans liste actes paramédicaux et dans notre listing, c'est pour cet acte que nous sommes appelés. Apport manuel, pour soin que le patient ne peut plus réaliser. En attente prise en charge par aide familiale
Administration/ transmissions	Rapport quotidien et réclamer certificat médical	Car le médecin, je lui fait un petit rapport sur l'évolution de la maladie sur 1 semaine, combien on a donné de scopolamine etc.

	Noter dans le cahier	Car demande apprentissage et éduquer c'est technique, transmettre son savoir sinon le patient ne le ferait pas correctement
	Rédaction du dossier infirmier	C'est basique pour l'infirmière. Faut juste savoir utiliser l'appareil pour la prise de la tension, faire un bilan hydrique
	Dossier infirmier	C'est important et obligatoire. C'est un acte infirmier. Le patient ne peut le faire seul.
	Communication à chef	Prévoir augmentation de la glycémie car patiente paniquée, inquiète
Gestion de l'environnement/organisation	Recherche matériel dans réserve pour le patient	Continuité des soins
	Donner instructions à la dame qui la garde en journée	Continuité des soins
	Programmer l'hospitalisation de journée + organisation + sonner ambulance + prévenir fille	Nécessite organisation, savoir gérer situation, calmer madame, préparer hospitalisation, faire liste traitements, penser commander ambulance, prévenir médecin,...
	Installation du nécessaire à pansement	Préparer c'est le travail d'une professionnelle
	Préparation du soin	Car préparations, laver mains, utiliser matériel stérile correctement, lire dossier fait partie du soin, de la toilette
	Préparation d'un traitement	Traitement important (car risque d'infection urinaire, ...)
	Préparation matériel	Nécessaire pour la toilette, l'injection
	Préparation du matériel stérile	Car il faut disposer le matériel nécessaire sans stériliser. Il faut l'avoir appris
	Lavage des mains + préparation du matériel	C'est basique mais parfois c'est vital
	Préparation patient (coucher, masque, ouvrir ancien pansement +mettre compresse + alcool sur chambre)	C'est basique mais ici c'est vital. Il faut prendre le temps, écouter le patient, mesurer les paramètres
Aides à la vie quotidienne	Remonter le volet de sa chambre	Elémentaire, mais il y a le besoin de bien être et la lumière est importante
	Aérer la pièce	Elémentaire mais il faut penser au besoin de respirer
	Nettoyer matelas au Detol. Sécher le matelas. Refaire le lit (trempé)	Demande une technique car la personne reste au lit pendant cet acte et bouge
	Changer couvertures - taies. Evacuer le linge sale dans poubelle extérieure	Elémentaire, car personne ne le ferait et bonjour les odeurs
	Hydratation per-os	C'est à la portée de tout le monde
	Réfection du lit	Si patient est alité et agressif, il y a une technique
Gestion des problèmes	Les appareils auditifs du patient sifflent. Le patient ne sait pas les éteindre	Appareils sont tous différents et répond aussi à un besoin des patients

	Patiente obèse et psychiatrique, difficultés de mobilisation	Nécessite une formation
--	---	-------------------------

ANNEXE 7

Thèmes	Prestations complexes	Justifications individuelles
Communication/ collaboration	Discuter avec la famille car l'état général de la patiente diminue - donner conseils pour le futur	Si problèmes
	Discussion avec la famille	C'est la situation qui est complexe
	Téléphoner au médecin traitant	Car il y a des choses importantes à discuter, des décisions importantes à prendre
	Téléphoner avec collègue pour le rapport, infos avant la tournée et pendant le soin/ Tél. pour commander (rechercher) le matelas anti-escarre	Complexe = qui dit de prendre le patient dans son ensemble
	Explications données à la famille	
	Téléphoner à la famille et informer sur la plate forme, 2 ^{ème} ligne	
	Entretien patient et famille + conseils prévention	
	Entretien avec le patient et l'assistante sociale pour fixer un nouveau rendez-vous	
Observations/ surveillances/ préventions	Ecouter, parler	Point de vue relationnel et explications (je dois répéter 10 fois, rassurer)
	Téléphoner à l'équipe palliative	Car il y a des choses importantes à discuter, des décisions importantes à prendre
	Cuisse gonflée, questionnement	Questionner parce que ce n'est pas mon métier à la base, trouver l'origine est médical
	Entretien avec le médecin pour avis point de vue évolution de la plaie	Fait partie du soin
	Discussion sur la suite du traitement - le patient trouve que c'est long	Tout est important, je ne suis pas aidée par le médecin, difficultés pour le choix du traitement
	Explications au patient	Fait partie du soin
	Conseils de soins par rapport au pansement	Pour que le patient n'attrape pas d'infection au travail
	Toilette - Habillage + soins d'hygiène - Education	Patient se mobilise bien mais éducation devient complexe
	Conseiller autre bandage + noter le nom	Car conseils pas facilement acceptés
	Glycémie	Agressivité
		Si problèmes et qu'il faut parler avec la patiente et le médecin
		Complexe = qui dit de prendre le patient dans son ensemble point de vue complexité.

		Par rapport à l'interprétation du glucomètre
		Glycémie + interprétation + conseil de nourriture. Car il y a plus de réflexion. De plus, était en hypo d'où il faut questionner pour comprendre
		Oui si hypo ou hyperglycémie
		Agressivité
		Si le régime n'est pas suivi
		La glycémie en elle-même n'est pas complexe mais l'interprétation et l'action le sont, tout le monde ne sait pas interpréter la glycémie
	Prise de tension artérielle	Si problèmes
	Prendre la tension artérielle car vertiges	Demande peu de temps si normal, complexe si problèmes
	Surveillance de la diurèse	Car quand le mari dit qu'elle a bien bu, c'est quoi « bien bu » ? Que fait l'entourage pendant notre absence ? A l'hôpital on peut mieux contrôler la quantité de liquide ingéré
	Surveillance pieds 1x /sem	Car risque coups de pieds
	Peser	Risque agression
	Evaluation de la situation	C'est la situation qui est complexe, trouver des solutions à gros problèmes physiques et psychologiques
	Evaluation diurèse (cystocath)	Abstrait mais important car je fais boire en fonction de la diurèse
	Sac diurèse vider 3x /Jour	Pas complexe pour vider, complexe pour l'observation
	Lavage des mains + préparation du matériel	Car il faut le faire correctement, ne pas stériliser le matériel et ne pas infecter le patient
	Habillage stérile de l'infirmière (charlotte, masque, tablier, gants)	Car il faut le faire correctement et pas infecter le patient
	Lavage des mains	Car il faut le faire correctement, le patient est fragile, la technique n'est pas sans risque
Soins d'hygiène / toilette	Toilette/douche	Surtout si crise, si patient agité, perte d'équilibre, faut prendre le temps
		Savoir gérer crises, coups, être attentive
		Car patiente est toute repliée sur elle-même et il faut essayer de la déplier, elle referme ses mains après que je les dépie, il faut à nouveau les déplier pour sécher, c'est très lourd
		Etat général décline, problèmes de tension, œdèmes, diarrhée
		Toilette = évaluer l'état général, observer, prévention
		Tout est important

		<p>Si plaie, patient pas rassuré</p> <p>Nécessite compétences d'infirmier (Oui mais pas nécessairement tous les jours) Car beaucoup de choses à faire</p> <p>Car en plus il y a les cheveux</p> <p>Car il y a beaucoup de choses à surveiller pendant la toilette (œdème, douleur, ...)</p> <p>Long si est allé à selles. Il faut tout surveiller au niveau de l'état de la peau d'où cela devient un soin complexe. Lourd physiquement</p>
		<p>Personne Alzheimer qui frappe, fort agitée, 1,80 m et des grandes mains s'il vous attrape il vous casse la main, il faut avoir le truc (il tangué quand il est debout, donc pas en sécurité donc on est tranquille, donc on le lave debout)</p> <p>Car patient Alzheimer et ne comprend pas bien et pas nécessairement ce qu'on lui veut</p> <p>Plus complexe car agressivité de la patiente</p> <p>Complexe = qui dit de prendre le patient dans son ensemble point de vue complexité. Le mot me dérange, me trouble, me rend hésitante</p> <p>Parce qu'on fait de tout, dame ne peut sortir seule du lit, on regarde fesses, plis</p> <p>Tout à fait grabataire, incontinent, porteur d'un cystocath et évaluer diurèse, installation au lit correctement</p> <p>Lavages des pieds 1x /jour parce que la personne n'est pas propre du tout et on ne pourrait faire un pansement sans laver à l'Isobétadine pour dégraisser tout</p>
Soins annexes	Bain de bouche et laver les dents	Car elle mord sur la brosse
	Cheveux 1x /sem.	C'est la croix et la bannière, c'est lié à pathologie; là, tout est technique, il faut être très patient, très doux
		c'est même des prouesses et agressivité
	Ongles 1x /15 jours	Là tout est complexe, il faut être très patient, très doux
	Raser	Ne pas couper
		Risque agression
Soins annexes/ habillage	Déshabiller la patiente qui crie, s'agite et frappe	Savoir gérer crises, coups, être attentive

	Enfiler pyjama, chaussettes	Résiste fort
Soins annexes/ soins de peau/ et activation de la circulation	Application pommade 3x /jour	C'est du talc + de la crème + du Visicor car allergies, Daktozin pour les fesses, crème hydratante
	Talc (plis aines et seins), Daktozin fesses, crème hydratante (jambes, talons)	Car patiente est toute repliée sur elle-même et il faut essayer de la déplier, elle referme ses mains après que je les déplie, il faut à nouveau les déplier pour sécher, c'est très lourd
	Massage jambes	Savoir gérer crises, coups, être attentive
	Isobétadine solution entre les orteils	Si agitée
	Frictionner dos - siège	Si agitée
	Crème spéciale escarres	Si agitée
	Crème car risque escarre	Complexe = qui dit de prendre le patient dans son ensemble point de vue complexité.
Soins annexes/ élimination	Changement linge	Complexe = qui dit de prendre le patient dans son ensemble point de vue complexité.
Soins annexes/ manutention / mobilisation	Lever la patiente/ manutention	Complexe à l'opposé de simple, c'est une technique particulière, il y a un risque
	Passage au fauteuil et mise à la toilette	Elle pourrait l'être car pas de prises ergonomiques; l'environnement rend l'opération complexe
	Redresser patient	Si agitée
	Lever du lit - Mettre au WC	Forfait C + 102 ans + 38 kg + 1, 50 m = fragilité de la patiente
	Accompagner vers cuisine	Mobilisation réduite
Traitements/ injections	Insuline	Car jouer avec les doses, je ne suis pas à l'aise
		Si changement de doses
		Suite du néo gorge
		Manipulation + procédure. Si les connaissances sont acquises, il n'y a pas de problèmes.
		Oui, non peut le devenir
		Si problèmes
		Complexe = qui dit de prendre le patient dans son ensemble point de vue complexité.
	Injection intramusculaire	Education + il faut gérer l'épouse qui s'épuise + surveillance de la prise des médicaments + prise des paramètres
	Injection sous-cutanée	On ne sait plus où piquer, il a beaucoup maigri, donc il faut bien réfléchir avant de piquer
		Si on l'a fait trop tard
		Parce que souvent des allergies

Traitements/ pansements/ soins de plaies	Pansement	Je suis de sexe masculin et ici c'est un abcès dans le pli inguinal et la dame n'est pas très âgée. Il faut faire preuve de discrétion, de
		<p>tact: savoir être</p> <p>Nécessite du savoir être, savoir faire + savoir en même temps</p> <p>Réfection des pansements, tout est important</p> <p>Car diabétique et est très mal, il s'équilibre très mal, il a une alimentation très inadaptée, donc on adapte notre traitement à son hygiène de vie sinon on n'arrive à aucun résultat</p>
	Pansement simple	Je dirais non mais peut le devenir si pas de surveillance. Ex: si observation de rougeurs ++++ desquamations +++ douleurs +++ difficulté de mettre des bas. Donc cette surveillance est finalement complexe
	Pansement complexe	Car pansement avec pommade, tulle, plus de produits que pour un pansement simple
		<p>Car directives d'hôpital longues, plusieurs choses en une. Jeune garçon qui avait peur d'enlever son pansement (pour prendre bain de pieds) donc c'est à nous d'attendre les 10 min.</p> <p>Application de pommade, tout un dossier à remplir pour noter l'évolution régulière, régression. Demande plus de temps que plaie simple</p> <p>Complicé, ulcères qui vont et qui reviennent. Le patient est fort seul</p>
	Pansement spécifiques	Dame très âgée, rien ne va, problème d'artères, de veines, rien ne guérit
	Pansement de gastrostomie	Ces pansements évoluent beaucoup. Les techniques ont tendance à changer en fonction du chirurgien
		Car souvent petites hémorragies, il faut connaître la théorie de la sonde gastrique

	Pansement de gastrostomie + expliquer, éduquer le branchement de l'alimentation entérale	Car beaucoup de pathologies différentes chez cette patiente
	Pansement orteil gauche	Simple mais complexe si infection
	Pansement au niveau du sternum (triple pontage)	Oui si infection, rester vigilante et alors appeler médecin, téléphoner à chirurgien
	Soin d'ulcères aux jambes	C'est un PANSEMENT complexe car multiples plaies et sur 2 jambes. C'est une PRESTATION complexe car bandage, crème, bain de pieds, temps en +.
	Pansement de la jambe droite	Plaie qui était fermée s'est ré ouverte car infection et diabétique. Patient têtu à qui il faut beaucoup expliquer
	Soins de l'ulcère variqueux	Il faut être formée en soins de plaies, savoir cureter une plaie, nettoyer une plaie, enlever la fibrine; il faut savoir prendre des initiatives
	Préparer la jambe + soins de l'ulcère variqueux	Il faut être formée en soins de plaies
	Déballer bandages jambes (ulcères)	problème récurrent, ulcère dure depuis plus d'un an ½
	Remise des bandages + petits bas +essuie tout partout	Tout est important chez ce patient
	Réfection du pansement Broviac	Ne pas stériliser
	Evaluation de la plaie + écrit / écoute	Plaie peut aller bien comme mal, on ne sait jamais dire du jour au lendemain
	Evaluation, vérifier matériel, communication au médecin point de vue évolution de la plaie	C'est le rôle de l'infirmière
Traitements/ techniques infirmières	Alimentation entérale	Car si mal raccordée, elle ne coule pas. Le problème au domicile on n'est pas là tout le temps pour surveiller
	Déconnexion de l'alimentation parentérale	Risque d'infection si mauvaise manipulation
	Préparation de la chambre stérile + matériel stérile	Faut connaître, prestation qui a demandé un apprentissage
	Rincer le Broviac au LP après ouverture du pansement	Il faut connaître, a demandé un apprentissage. C'est toute une technique l'alimentation parentérale, ce n'est pas simple.
	Connecter les 2 (alimentation parentérale + plasmolytes)	Ne pas stériliser. C'est une base scolaire mais il faut le faire correctement et ne pas infecter le patient
	Mise en route de la pompe volumétrique	C'est la prestation qui rend la chose complexe. Parce qu'il y a des étapes différentes à suivre et à ne pas louper
	Placer la poche de nutrition parentérale sur la pompe et réglage	Il faut connaître, a demandé un apprentissage
	Rincer chambre implantable au LP	Ne pas stériliser

	Renouveler le produit dans pompe à morphine	Manipuler plusieurs produits, dosage, expliquer, rassurer, se concentrer, plusieurs choses ensemble
	Bandes de compression	Connaître la bonne pression
	Lavage de vessie 1x /sem.	Patient anxieux
	Désinfection Sonde vésicale 1x /Jour	Assez catastrophique, il faut écarter les jambes mais elle se replie
	Aspiration	La patiente est forte
Traitements/ médicaments autres que injections	Préparation des médicaments pour toute la journée 1x /J	Il y a la scopolamine, puis le Lysomucil puis le Dafalgan puis 16 médicaments de base et du temps pour les observations et parce qu'il faut être vigilant
		Parce qu'il faut des médicaments toutes les heures
	Préparation d'un pilulier hebdomadaire	C'est complexe, pour surveillance, modifications d'après prescription médicale
		Prend du temps et surtout nous ne sommes pas payées
		A domicile il faut souvent fouiller, chercher les boîtes, gérer le stock. Parfois le patient perd la feuille de traitement. Parfois il faut sonner au médecin pour avoir une prescription. Parfois, si personne ne sait y aller, il faut aller à la pharmacie. Cela dépend aussi du nombre de médicaments
	Préparation de médicaments pour 5jours	patiente hémiplegique, ne peut faire seule
	Vérifier stock de médicaments + faire liste pour le médecin traitant	Prend du temps
	Inventaire des médicaments pour le médecin et pharmacie	16 médicaments différents
	Administration des médicaments 4x /jour et ajouter un peu d'eau (gastrostomie)	Soins palliatifs et grand mal épileptique, il faut regarder ce que l'on injecte
	Administration des médicaments 2x/jour	Ne pas se tromper
	Donner médicaments	Car il faut vérifier le traitement, préparer le semainier 1x/sem., prend du temps
Administration/ transmission	Rapport des soins	Pour se faire comprendre, être diplomate
	Remplir dossier, dire qu'elle avait été à selle, le poids, noter dans carnet la glycémie, un petit mot au diabétologue, un mot pour le médecin traitant et profiter pour réclamer un certificat médical	Parce qu'on ne dirait le temps que cela prend mais il faut noter dans notre dossier puis dans le carnet pour le médecin
	Rapport écrit	Un rapport peut être ou non efficace, il faut une formation
	Décorrage du sujet de PB à PA vu l'amélioration de son état général	Oui pour les nouvelles infirmières, non pour moi

	Nouvelle patiente (contact - administration)	Car patient lourd, compliqué
Gestion de l'environnement/organisation	Préparation du matériel	Quand on est bien entraînée cela est simple d'où l'importance des formations
	Préparation du matériel pour les soins (alimentation parentérale)	Il faut connaître, la prestation a demandé un apprentissage. C'est toute une technique, l'alimentation parentérale, ce n'est pas simple.
	Préparation du soin	Suite infections, gros problème qui a nécessité une prothèse. Maintenant phase terminale post opératoire, ai retrouvé petit fil qui provoquait suppuration, d'où je suis attentive, c'est un germe nosocomial
	Préparation patient (coucher, masque, ouvrir ancien pansement +mettre compresse +alcool sur chambre)	C'est une base scolaire, mais quand on est bien entraînée cela est simple, d'où l'importance des formations
	Préparer la salle de bain pour la douche	Si pas d'eau chaude
	Remise en ordre de la table des soins	Tout est important
	Ranger la chambre, aérer	Non techniquement mais oui car patient psy, compliqué
	Installation pour la nuit	Difficile à manipuler, demande réflexion, pour que patient ne tombe pas sur les barreaux
	Changer le lit 1x/ sem.	Vu son état
	Refaire le lit (trepé)	Si seule
	Nettoyer matelas au Detol	Si seule
	Sécher le matelas	Si seule

BIJLAGE 1A: BEGELEIDENDE BRIEF THUISVERPLEEGKUNDIGEN**Onderwerp: 'Inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg (TTVP)'**

Geachte collega,

Naar aanleiding van ons telefonisch gesprek vindt U bijgevoegd de formulieren met betrekking tot de 24-uur registratie, de geïnformeerde toestemming en het formulier met betrekking tot de vergoeding.

Kort samengevat wordt dit onderzoek uitgevoerd door de Katholieke Universiteit Leuven en l'Université de Liège in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer). Het onderzoek kadert binnen de steeds kortere verblijfsduur in de ziekenhuizen, waardoor u als thuisverpleegkundige wordt geconfronteerd met steeds zwaardere verzorgingen, die vaak meer intensieve en meer technisch complexe verpleegkundige prestaties vereisen. Om deze tendens van overheidswege te kunnen opvangen en adequaat te kunnen ondersteunen stelt dit onderzoek zich tot doel de technisch verpleegkundige prestaties in de actuele thuishouding te identificeren en analyseren, alsook de samenwerkingsmodellen en toekomstmogelijkheden in relatie met de technisch verpleegkundige prestaties thuis.

Zoals telefonisch reeds besproken, werd ervoor geopteerd dit doel te bereiken aan de hand van een kwalitatief onderzoek dat is opgebouwd uit twee delen:

- een 24-uur registratie, waarbij het de bedoeling is dat u de dag vóór ons interview/gesprek plaatsvindt, noteert welke handelingen/prestaties/zorgen u heeft uitgevoerd gedurende uw hele werkdag. Gelieve alles te noteren wat u heeft uitgevoerd en gelieve bijgevoegde formulieren te gebruiken om uw werk te registreren. Hierbij is het belangrijk voor ogen te houden dat wij niet de bedoeling hebben om de hoeveelheid handelingen die u uitvoert in kaart te brengen, maar wel om inzicht te krijgen in de verscheidenheid aan handelingen/prestaties/zorgen die worden verricht en de frequentie waarmee ze worden uitgevoerd.
- een interview/gesprek dat zal plaatsvinden op **om ... te** Dit gesprek zal maximum twee uur in beslag nemen. Voor dit soort van onderzoek is het gebruikelijk een toestemmingsformulier in te vullen (cf. bijgevoegd) en het gesprek op te nemen op geluidsband, zodat er geen informatie verloren gaat. Alle informatie, die u ons geeft, wordt anoniem verwerkt. Dit wil zeggen dat het gesprek letterlijk wordt uitgetypt, waarna de geluidsband wordt vernietigd, en dat de uitgetypte versie van het gesprek geen namen zal bevatten.

Voor de kostbare tijd en energie, die u aan dit onderzoek besteedt, hebben wij een vergoeding voorzien. Gelieve bijgevoegd het rekeningnummer te vermelden waarop deze vergoeding kan worden gestort.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking en met vriendelijke groeten,

Kristel De Vliegheer
Wetenschappelijk Medewerker

Professor Philip Moons
Projectleider KUL

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij geef ik, (naam invullen a.u.b),
te kennen dat ik mijn toestemming tot deelname aan dit onderzoek verleen. Ik begrijp dat de
deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik begrijp dat de gegevens strikt vertrouwelijk
zullen behandeld worden en dat ik niet geïdentificeerd zal worden in het onderzoeksrapport.

Datum:

Naam + handtekening:

Verklaring van de onderzoeker:

Hierbij geef ik mijn woord als onderzoeker, dat uw deelname aan het onderzoek totaal vrijwillig
is, dat ik uw naam aan niemand zal bekend maken en dat ik alle gegevens, die u mij heeft
toevertrouwd, anoniem en met respect zal behandelen.

Datum:

Onderzoeker: Kristel De Vliegheer

Handtekening:

Deze overeenkomst werd in tweevoud opgesteld, waarbij één exemplaar voor u is bestemd en
één exemplaar voor de onderzoeker (dat door de onderzoeker op de dag van het interview zal
worden meegenomen). Beide exemplaren worden gedateerd en ondertekend door beide
partijen.

VERGOEDING

De vergoeding kan worden gestort op rekeningnummer:

.....

Met vermelding van:

.....

Naam en adres gerelateerd aan rekeningnummer:

.....

.....

.....

BIJLAGE 1B: VRAGENLIJST DIEPTE-INTERVIEWS MET THUISVERPLEEGKUNDIGEN**DEEL 1: PERSOONLIJKE GEGEVENS****Identificatie:** N°.....**Leeftijd:** (in jaren)**Geslacht:**

- Vrouw
 Man

Statuut:

- Verpleegkundige in dienstverband
 Zelfstandig verpleegkundige

Praktijkvorm:

- Alleen
 In groep
 Dienst voor thuisverzorging

Omgeving waarin de activiteit wordt uitgevoerd:

- Platteland
 Stad
 Semi-stad

Opleiding:

- Over welk verpleegkundig diploma beschikt u?

- A1
 A2

- Heeft u een specialisatie gevolgd?

- Ja,

in :.....
.....

- Neen

- Heeft u bijkomende diploma's of getuigschriften behaald?

- Ja

in :.....
.....

- Neen

Ervaring:

- Hoelang werkt u reeds als thuisverpleegkundige ?jaar

- Heeft u naast de thuisverpleging nog in een andere setting gewerkt ?

- Ja

- Welke?.....

- In geval van in de ziekenhuissetting : in welke discipline?
.....

- Neen

Het 24-uurverslag heeft betrekking op

- Voormiddag
 Namiddag
 Avond
 Voormiddag en namiddag
 Voormiddag en avond

- Namiddag en avond

DEEL 2: PRESTATIES IN DE THUISVERPLEGING

Per post werd het raamwerk, samen met de begeleidende brief, bezorgd aan de deelnemers.

Uitleg bij 24-uur verslag:

- Verplaatsingstijd = de tijd die nodig is om bij de patiënt te geraken (privé-tijd niet inbegrepen)
- Uur van aankomst en uur van vertrek = we willen graag een idee krijgen van de tijd die nodig is om de prestatie uit te voeren. Het gaat hier niet om na te gaan of u voldoende efficiënt werkt.
- N°patiënt = gemakshalve kan u best elke patiënt nummeren, eerste patiënt = 1, tweede patiënt = 2, enz.
- N°prestatie = nummeren van elke prestatie per patiënt, dus eerste prestatie bij patiënt nummer 3 = nummer 1

Verslag activiteiten : afgelopen 24 uur

Welke activiteiten/handelingen/prestaties heeft u **de afgelopen 24 uur** uitgevoerd als thuisverpleegkundige?

Tijd die werd besteed aan verplaatsing in minuten	Uur van aankomst bij patiënt	Uur van vertrek bij patiënt	N° Patiënt	N° Activiteit	BESCHRIJVING van de activiteit handeling prestatie (één per lijn)	Tijd besteed aan deze activ/hand/ prestatie in minuten	FORFAIT <u>Indien ja, noteer het type :</u> FA, FB, FC, PA, PB, PC, PP, PN, Diabeet <u>Indien neen, noteer 'neen'</u>	Deze prestatie is opgenomen in de nomenclatuur Ja/Neen
								Ja/neen/weet niet
								Ja/neen/weet niet
								Ja/neen/weet niet
								Ja/neen/weet niet
								Ja/neen/weet niet
								Ja/neen/weet niet
								Ja/neen/weet niet

DEEL 3: EIGENLIJK INTERVIEW

1. Verduidelijking van enkele belangrijke begrippen:
 - a. Hoe definieert u het begrip 'technische prestatie'? Wat is er zo typisch (karakteristiek) aan een technische prestatie?
Kan u mij 3 prestaties opnoemen die voor u het meest technisch zijn? Waarom deze drie?
 - b. Hoe definieert u het begrip 'complexe prestatie'? Wat is er zo typisch (karakteristiek) aan een complexe prestatie?
Kan u mij 3 prestaties opnoemen die voor u het meest complex zijn? Waarom deze drie?
 - c. Wat is voor u het verschil tussen een technische en een complexe prestatie? (Wat maakt dat u de ene prestatie als technisch benoemt en de andere als complex?)
Kunnen sommige technische prestaties ook worden beschouwd als complex? Welke en waarom?
2. Bespreking activiteitenverslag (vóór bespreking uitleggen dat bij elke prestatie dezelfde vragen worden gesteld, maar dat het belangrijk is bij elke vraag goed na te denken en niet te snel te zeggen 'hetzelfde als bij de vorige prestatie')

N° patiënt	N° Activ/hand / prestatie	1) Technische prestatie Ja /Neen	Verklaring	2) Complexe prestatie Ja/Neen	Verklaring Bv: zwaar profiel van patiënt	3) Van wie gaat de vraag uit? (Voorschrijver?)	4) Heeft u beroep gedaan op andere disciplines om de prestatie uit te voeren? Ja/ Neen	Verklaring (Welke disciplines ; waarom)
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	
		Ja /Neen		Ja /Neen			Ja /Neen	

N° patiënt	N° Activ/hand/prest	5) Min/ max tijd nodig voor activ/hand / prestat	Verklaring (reden verschil tussen min en max tijd)	6) Frequentie	Verklaring	7) Vraagt dit een bijkomende opleiding Ja / Neen	Verklaring (welke ; waarom)
		Min Max					
		Min Max					
		Min Max					
		Min Max					
		Min Max					
		Min Max					
		Min Max					
		Min Max					

Bijhorende vragen per lijn in het verslag:

1. Beschouwt u deze activiteit/handeling/prestatie (dan wordt afgesproken om altijd 'prestatie' te zeggen in plaats van steeds de drie begrippen te vermelden) als technisch?

Indien ja,

Wat maakt deze prestatie technisch? (De patiënt, de context, de activiteit op zich?)

2. Beschouwt u deze prestatie als complex?

Indien ja,

Wat maakt deze prestatie complex? (De patiënt, de context, de activiteit op zich?)

3. Van wie gaat de vraag uit voor deze prestatie?

4. Heeft u beroep gedaan op andere disciplines (huisarts, kiné, diëtist, firma's, collega's, ...) om deze prestatie uit te voeren?

Indien ja,

Welke disciplines en om welke redenen?

Indien neen,

Waarom niet?

5. Welke is de minimum en maximum tijd die nodig is om in normale omstandigheden deze prestatie uit te voeren?

6. Met welke frequentie wordt deze prestatie algemeen gezien gerealiseerd?

7. Vraagt de realisatie van deze prestatie een bijkomende opleiding?

Indien ja,

Welke en waarom?

Bijkomende vragen:

8. Wanneer u nu globaal terugkijkt naar de afgelopen 24 uur :

a. Is het u overkomen dat u een zorg/prestatie niet heeft kunnen uitvoeren?

Indien ja,

- welke zorg/prestatie, aan wie, om welke redenen en hoe frequent komt dit voor?

Indien neen,

- is het u ooit al eens overkomen dat u een zorg/prestatie niet heeft kunnen uitvoeren? Welke, aan wie, en waarom?

b. Is het u ooit overkomen dat u een zorg niet heeft uitgevoerd uit schrik voor de bijhorende verantwoordelijkheid? Welke zorg/prestatie?

c. Zijn er prestaties, zowel in als buiten het 24-uur verslag, die u graag opgenomen ziet in de RIZIV-nomenclatuur?

Indien ja,

Kunt u zeggen welke en waarom?

d. Zijn er zorgen waarvoor u zich niet wil engageren? (*Juridische verantwoordelijkheid*)

Indien ja, welke en waarom?

9. Welke belangrijke voorwaarden moeten, algemeen gezien, zijn voldaan opdat u prestaties kan uitvoeren in thuis?

- Wanneer het gaat om technische prestaties, moeten dezelfde voorwaarden worden voldaan?

Indien neen, welke andere?

- Wanneer het gaat om complexe prestaties, moeten dezelfde voorwaarden worden voldaan?

Indien neen, welke andere?

10. Nu dat we samen uw activiteiten van de afgelopen 24 uur hebben overlopen en besproken, zou u nog steeds dezelfde definitie hanteren van een

a.) technische prestatie?

Indien neen, waarom niet, en welke elementen zou u toevoegen of aanpassen?

b.) een complexe prestatie?

Indien neen, waarom niet, en welke elementen zou u toevoegen of aanpassen?

DEEL 4: SAMENWERKINGSVERBANDEN

1. Welke andere personen komen bij de patiënt aan huis?
 - a. Hoe wordt de samenwerking georganiseerd met deze personen?
 - b. Hoe verloopt de samenwerking met deze personen doorgaand?
 - c. Worden er communicatie-middelen gebruikt?
Indien ja, welke?
Indien neen, om welke redenen niet?
2. Hoe wordt de samenwerking georganiseerd met het ziekenhuis?
 - a. Met welke personen in het ziekenhuis werkt u het meest frequent samen?
 - b. Hoe verloopt de samenwerking doorgaand?
- c. Maakt u gebruik van bepaalde communicatie-middelen met het ziekenhuis?
Indien ja, welke?
Indien neen, waarom niet?
- d. Welke technische prestaties worden momenteel uitgevoerd in het ziekenhuis, die eigenlijk thuis zouden kunnen gebeuren? Hoe komt het dat dit momenteel niet thuis wordt uitgevoerd?
- e. Welke complexe prestaties worden momenteel uitgevoerd in het ziekenhuis, die eigenlijk thuis zouden kunnen gebeuren? Hoe komt het dat dit momenteel niet thuis wordt uitgevoerd?
3. Welke elementen/factoren (zorgen ervoor dat die samenwerking goed verloopt) dragen momenteel bij aan een goede samenwerking met andere disciplines (huisarts, ziekenhuis)?
4. Welke elementen/factoren werken momenteel nogal eens belemmerend op de samenwerking met andere disciplines (huisarts, ziekenhuis)?
5. Naar de toekomst toe: welke elementen/factoren zullen de samenwerking met andere disciplines versterken / verbeteren?
6. Naar de toekomst toe; welke elementen/factoren zullen de samenwerking met andere disciplines verminderen / verslechteren?

DEEL 5: TOEKOMSPERSPECTIEVEN

1. Welke technische prestaties zullen volgens u de komende jaren hun toepassing vinden in de thuisverpleging?
Aan welke voorwaarden zullen moeten voldaan om dit mogelijk te maken?
2. Welke technische prestaties, waarvan u denkt dat ze in de toekomst zullen worden uitgevoerd in de thuisverpleging, voert u liever niet uit.
Waarom niet?
Zijn er buiten de technische en complexe prestaties nog andere prestaties die u liever niet uitvoert? Waarom niet?
3. Welke factoren kunnen bijdragen aan het welslagen van de ontwikkeling van technische prestaties in de thuisverpleging?
4. Welke factoren kunnen de ontwikkeling van technische prestaties in de thuisverpleging verhinderen?
5. Toekomstgericht bekeken, wat heeft de thuisverpleging nodig opdat technische prestaties tot ontwikkeling kunnen komen of kunnen worden uitgevoerd?

BIJLAGE 2A: BEGELEIDENDE BRIEF MEDISCH SPECIALISTEN**Onderwerp: 'Inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg (TTVP)'**

Geachte,

De Katholieke Universiteit Leuven en l'Université de Liège voeren een onderzoek uit in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer). Dit onderzoek kadert binnen de steeds kortere verblijfsduur in de ziekenhuizen, waardoor thuisverpleegkundigen worden geconfronteerd met steeds zwaardere verzorgingen, die vaak meer intensieve en meer technisch complexe verpleegkundige prestaties vereisen. Om deze tendens van overheidswege te kunnen opvangen en adequaat te kunnen ondersteunen stelt dit onderzoek zich tot doel de technisch verpleegkundige prestaties in de actuele thuissituatie te identificeren en analyseren, alsook de samenwerkingsmodellen en toekomstmogelijkheden in relatie met de technisch verpleegkundige prestaties thuis.

Er werd voor geopteerd dit doel te bereiken aan de hand van een kwalitatief onderzoek, opgebouwd uit 15 diepte-interviews met thuisverpleegkundigen, enkele focusgroepen met huisartsen en enkele diepte-interviews met ziekenhuisspecialisten. Zoals telefonisch besproken zal ons interview/gesprek plaatsvinden op **om ... te ...**. Dit gesprek zal maximum twee uur in beslag nemen. Voor dit soort van onderzoek is het gebruikelijk een toestemmingsformulier in te vullen (cf. bijgevoegd) en het gesprek op te nemen op geluidsband, zodat er geen informatie verloren gaat. Alle informatie, die u ons geeft, wordt anoniem verwerkt. Dit wil zeggen dat het gesprek letterlijk wordt uitgetypt, waarna de geluidsband wordt vernietigd, en dat de uitgetypte versie van het gesprek geen namen zal bevatten.

Voor de kostbare tijd en energie, die u aan dit onderzoek besteedt, hebben wij een vergoeding voorzien. Gelieve op bijgevoegd formulier het rekeningnummer te vermelden waarop deze vergoeding kan worden gestort.

Alvast hartelijk dan voor uw medewerking en met vriendelijke groeten,

Kristel De Vliegheer
Wetenschappelijk Medewerker

Professor Philip Moons
Projectleider KUL

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij geef ik, (naam invullen a.u.b),
te kennen dat ik mijn toestemming tot deelname aan dit onderzoek verleen. Ik begrijp dat de
deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik begrijp dat de gegevens strikt vertrouwelijk
zullen behandeld worden en dat ik niet geïdentificeerd zal worden in het onderzoeksrapport.

Datum:

Naam + handtekening:

Verklaring van de onderzoeker:

Hierbij geef ik mijn woord als onderzoeker, dat uw deelname aan het onderzoek totaal vrijwillig
is, dat ik uw naam aan niemand zal bekend maken en dat ik alle gegevens, die u mij heeft
toevertrouwd, anoniem en met respect zal behandelen.

Datum:

Onderzoeker: Kristel De Vliegheer

Handtekening:

Deze overeenkomst werd in tweevoud opgesteld, waarbij één exemplaar voor u is bestemd en
één exemplaar voor de onderzoeker (dat door de onderzoeker op de dag van het interview zal
worden meegenomen). Beide exemplaren worden gedateerd en ondertekend door beide
partijen.

VERGOEDING

De vergoeding kan worden gestort op rekeningnummer:

.....

Met vermelding van:

.....

Naam en adres gerelateerd aan rekeningnummer:

.....

.....

.....

BIJLAGE 2B: VRAGENLIJST DIEPTE-INTERVIEWS MET MEDISCH SPECIALISTEN**DEEL 1: PERSOONLIJKE GEGEVENS****Identificatie:** N°.....**Leeftijd:** (in jaren)**Geslacht:**

- Vrouw
- Man

Opleiding:

Waarin bent u gespecialiseerd?

Ervaring:

Hoelang werkt u reeds als specialist?jaar

DEEL 2: PRESTATIES

1. Wat verstaat u onder een 'technische' prestatie?

- a.) Kan u mij enkele voorbeelden geven van technisch verpleegkundige prestaties?
- b.) Welke technische prestaties worden momenteel gedelegeerd/ voorgeschreven naar de thuisverpleging toe? Welke voorwaarden moeten zijn voldaan opdat dit mogelijk is?
- c.) Welke technische prestaties gebeuren momenteel in het ziekenhuis, maar zouden eigenlijk moeten kunnen gebeuren door de thuisvpk? Hoe komt het dat dit momenteel niet gebeurt? Welke voorwaarden moeten zijn voldaan opdat dit zou kunnen?
- d.) Welke technische prestaties worden momenteel niet gedelegeerd/ voorgeschreven naar de thuisverpleging toe? Hoe komt dat? Zou dit in de toekomst wel mogelijk moeten/kunnen worden? Indien ja, wat moet er dan veranderen opdat dit zou kunnen? Indien neen, waarom?

2. Wat verstaat u onder een 'complexe' prestatie?

- a.) Kan u mij enkele voorbeelden geven van complexe verpleegkundige prestaties?
- b.) Welke complexe prestaties worden momenteel gedelegeerd/ voorgeschreven naar de thuisverpleging toe? Welke voorwaarden moeten zijn voldaan opdat dit mogelijk is?
- c.) Welke complexe prestaties gebeuren momenteel in het ziekenhuis, maar zouden eigenlijk moeten kunnen gebeuren door de thuisvpk? Hoe komt het dat dit momenteel niet gebeurt? Welke voorwaarden moeten zijn voldaan opdat dit zou kunnen?
- d.) Welke complexe prestaties worden momenteel niet gedelegeerd/ voorgeschreven naar de thuisverpleging toe? Hoe komt dat? Zou dit in de toekomst wel mogelijk kunnen worden? Indien ja, wat moet er dan veranderen opdat dit zou kunnen? Indien neen, waarom?

3. Wat is voor u het verschil tussen een technische en een complexe prestatie? (Wat maakt dat u de ene prestatie als technisch benoemt en de andere als complex?) Kunnen sommige technische prestaties ook worden beschouwd als complex? Welke en waarom?

4. Gebeurt het dat u prestaties voorschrijft die niet zijn opgenomen in de thuisverpleegkundige nomenclatuur? Zo ja, welke?

5. Wat zijn in het algemeen belangrijke voorwaarden waaraan moet zijn voldaan opdat er wordt gezegd 'de patiënt kan verder thuis wordt verzorgd door de thuisvpk'? Zijn deze voorwaarden meestal vervuld? Indien neen, hoe komt dat volgens u (wat moet er veranderen opdat dit wel zo is)?

DEEL 3: SAMENWERKINGSMODELLEN**A. Algemeen**

1. Werkt u samen met thuisverpleegkundigen?
2. Hoe wordt die samenwerking georganiseerd?
3. Wordt er in jullie samenwerking gebruik gemaakt van bepaalde communicatie-middelen?
Indien ja, welke?
Indien neen, waarom niet? Vindt u dat wenselijk?
4. Hoe verloopt de samenwerking doorgaand?
 - Welke elementen/factoren (zorgen ervoor dat die samenwerking goed verloopt) dragen bij aan de goede samenwerking?
 - Welke elementen/factoren werken momenteel nogal eens belemmerend op die samenwerking?
 - Naar de toekomst toe: welke elementen/factoren zullen de samenwerking versterken / verbeteren?
 - Naar de toekomst toe; welke elementen/factoren zullen de samenwerking verminderen / verslechteren?

B. Vanuit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen

Volgende aspecten werden door de thuisverpleegkundigen aangehaald: hoe staat u tegenover deze aspecten of percepties van thuisverpleegkundigen? Ook vragen naar oplossingen om eventueel aangehaalde belemmeringen aan te pakken.

- De samenwerking met het ziekenhuis is afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis, maar algemeen is er een gebrek aan communicatie en aan georganiseerde samenwerking.
 - o Patiënten worden vaak ontslaan op een vrijdagmiddag en vaak ook zonder materiaal en/of medicatie om het weekend door te komen.
 - o Vaak wordt de patiënt ontslaan uit het ziekenhuis met een onvolledig en/of onduidelijk voorschrift.
 - o Het is de bedoeling te komen tot het meegeven van informatie, (minimum de medicatielijst) met de patiënt wanneer deze wordt opgenomen in het ziekenhuis.
 - o We zijn niet geneigd het patiëntendossier mee te geven bij opname in het ziekenhuis, want dan zien we het meestal niet meer terug.
 - o Het is wenselijk dat er bij ontslag van de patiënt ook een brief wordt meegegeven met informatie voor de verpleegkundige, daar het niet kan dat een patiënt met MRSA naar huis komt en wij daar niet van op de hoogte zijn.
- De belangrijkste reden waarom bepaalde prestaties, zoals het spoelen van een porth-a-cath, chemotherapie, het op punt stellen van (diabetes)medicatie, afkoppelen van infusen, wondzorg, palliatieve patiënten...., blijven hangen in het ziekenhuis, terwijl deze prestaties perfect kunnen worden uitgevoerd in de thuisverpleging, is de beperkte kennis van de zorgverleners in het ziekenhuis met betrekking tot de kennis en de mogelijkheden van de thuisverpleegkundigen.
- Technische prestaties die in de toekomst tot ontwikkeling komen in de thuisverpleging: chemotherapie, afkoppelen infuustherapie, begeleiding van psychiatrische patiënten, alle prestaties die geen specifieke ziekenhuisinfrastructuur vragen en die geen 24-uur toezicht vereisen.
 - o Welke technische prestaties ziet u de komende jaren tot ontwikkeling komen?
 - Welke van deze prestaties kunnen worden gedelegeerd naar de thuisverpleging? Waarom wel, waarom (de andere) niet?
 - Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan opdat dit wel zou kunnen?
 - Hoe ziet u de verdeling van de verantwoordelijkheid?
- Een element dat de ontwikkeling van technische prestaties in de thuisverpleging bevordert, is een goede communicatie met het ziekenhuis (rond uit te voeren of over te nemen verzorging).
 - o Welke factoren kunnen volgens u bijdragen aan het welslagen van de ontwikkeling van technische prestaties in de thuisverpleging?

- Welke factoren kunnen volgens u de ontwikkeling van technische prestaties in de thuisverpleging verhinderen?
- Wij thuisverpleegkundigen kunnen precies hetzelfde als ziekenhuisverpleegkundigen, wij zijn er klaar voor, dus laat maar komen.

DEEL 4: TOEKOMSPERSPECTIEVEN

1. Wat ziet u gebeuren in andere landen: hoe gebeurt de transfer van ziekenhuis naar thuisverpleging? Hoe gebeurt de transfer van thuisverpleging naar ziekenhuis? Dienen we daar een voorbeeld aan te nemen?
 - a. Indien ja, wat dient er te worden aangepast aan ons systeem? En hoe?
 - b. Indien neen, hoe ziet u ons huidig systeem? Wat dient er te worden gewijzigd? Wat dient er te worden behouden?
2. Heeft u zicht op nieuwe of vernieuwende initiatieven/technieken/prestaties die zich hebben ontwikkeld in het buitenland of in andere regio's in België?
 - a. Ja, welke?
 - b. Gaat het hier om initiatieven die mogelijk een invloed zullen hebben op het werk van thuisvpk?
3. Zijn er ook niet-technische prestaties die in de toekomst zullen kunnen worden gedelegeerd naar de thuisverpleging toe? Zo ja, welke en wat moet er veranderen opdat dit zou kunnen?

BIJLAGE 3A: BEGELEIDENDE BRIEF HUISARTSEN**Onderwerp: 'Inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg (TTVP)'**

Geachte,

De Katholieke Universiteit Leuven en l'Université de Liège voeren een onderzoek uit in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer). Dit onderzoek kadert binnen de steeds kortere verblijfsduur in de ziekenhuizen, waardoor thuisverpleegkundigen worden geconfronteerd met steeds zwaardere verzorgingen, die vaak meer intensieve en meer technisch complexe verpleegkundige prestaties vereisen. Om deze tendens van overheidswege te kunnen opvangen en adequaat te kunnen ondersteunen stelt dit onderzoek zich tot doel de technisch verpleegkundige prestaties in de actuele thuissituatie te identificeren en analyseren, alsook de samenwerkingsmodellen en toekomstmogelijkheden in relatie met de technisch verpleegkundige prestaties thuis.

Er werd voor geopteerd dit doel te bereiken aan de hand van een kwalitatief onderzoek, opgebouwd uit 15 diepte-interviews met thuisverpleegkundigen, 8 diepte-interviews met ziekenhuisspecialisten en 2 focusgroepen met huisartsen. Zoals telefonisch besproken hadden wij graag een focusgroepgesprek uitgevoerd binnen de vergadering van uw LOK-groep. Dit gesprek zal plaatsvinden op ... **om ... te ...**. Het gesprek zal ongeveer twee uur in beslag nemen. Voor dit soort van onderzoek is het gebruikelijk een toestemmingsformulier in te vullen (cf. bijgevoegd en opgemaakt in het dubbel) en het gesprek op te nemen op geluidsband, zodat er geen informatie verloren gaat. Alle informatie, die ons wordt gegeven, wordt anoniem verwerkt. Dit wil zeggen dat het gesprek letterlijk wordt uitgetypt, waarna de geluidsband wordt vernietigd, en dat de uitgetypte versie van het gesprek geen namen zal bevatten.

Ten laatste in de week voorafgaand aan de LOK-bijeenkomst mag u per mail enkele kernvragen verwachten die de rode draad vormen doorheen het focusgesprek.

Bijgevoegd vindt u deze brief, alsook het toestemmingsformulier, voor de deelnemende huisartsen (15).

Voor bijkomende informatie kan u ons steeds contacteren via onderstaand telefoonnummer.

Alvast hartelijk dan voor uw medewerking en met vriendelijke groeten,

Kristel De Vliegheer
Wetenschappelijk Medewerker

Professor Philip Moons
Projectleider KUL

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij geef ik, (naam invullen a.u.b),
te kennen dat ik mijn toestemming tot deelname aan dit onderzoek verleen. Ik begrijp dat de
deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik begrijp dat de gegevens strikt vertrouwelijk
zullen behandeld worden en dat ik niet geïdentificeerd zal worden in het onderzoeksrapport.

Datum:

Naam + handtekening:

Verklaring van de onderzoeker:

Hierbij geef ik mijn woord als onderzoeker, dat uw deelname aan het onderzoek totaal vrijwillig
is, dat ik uw naam aan niemand zal bekend maken en dat ik alle gegevens, die u mij heeft
toevertrouwd, anoniem en met respect zal behandelen.

Datum:

Onderzoeker: Kristel De Vliegheer

Handtekening:

Deze overeenkomst werd in tweevoud opgesteld, waarbij één exemplaar voor u is bestemd en
één exemplaar voor de onderzoeker (dat door de onderzoeker op de dag van het interview zal
worden meegenomen). Beide exemplaren worden gedateerd en ondertekend door beide
partijen.

VERGOEDING

De vergoeding kan worden gestort op rekeningnummer:

.....

Met vermelding van:

.....

Naam en adres gerelateerd aan rekeningnummer:

.....

.....

.....

BIJLAGE 3B: VRAGENLIJST FOCUSGROEPEN MET HUISARTSEN**DEEL 1: PERSOONLIJKE GEGEVENS****Leeftijd:** (in jaren)**Geslacht:**

- Vrouw
 Man

Praktijkvorm:

- Alleen
 In groep

Omgeving waarin de activiteit wordt uitgevoerd:

- Platteland
 Stad
 Semi-stad

Omgeving

Op hoeveel km, ongeveer, bevindt zich het dichtstbijzijnde ziekenhuis? km

Ervaring

- Hoelang werkt u al als huisarts?
 jaar (alleen)
jaar in groepspraktijk
 - Heeft u bijkomende opleidingen gevolgd?
 Indien ja, welke?

Activiteitsvolume

Hoeveel patiënten ziet u, ongeveer, per week?

- Minder dan 50 Tussen 50 en 100
 Meer dan 100

A. VOORSTELLING EN SITUERING VAN HET ONDERZOEK DOOR DE ONDERZOEKER (5 MIN)

Voorstelling onderzoekers.

Zoals in de begeleidende brief werd aangegeven, wordt dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en dit zowel in Vlaanderen als in Wallonië, waarbij er langs Vlaamse zijde reeds 15 diepte-interviews werden uitgevoerd met thuisverpleegkundigen en 8 diepte-interviews met medisch specialisten.

Vandaag zouden wij graag een gesprek met jullie voeren rond technische en complexe prestaties in de thuiszorg, alsook rond de bestaande samenwerking en de toekomstperspectieven in relatie met technische verpleegkundige prestaties thuis.

Zoals jullie zullen hebben opgemerkt, wordt dit gesprek opgenomen. Dit is gebruikelijk voor dit soort van onderzoek, daar het voor ons onmogelijk is om tegelijk vragen te stellen – te luisteren naar jullie visies, antwoorden – alles op te schrijven – overzicht te bewaren dat iedereen zijn zeg kan doen. Nadien wordt het gesprek letterlijk uitgetypt, zodat er geen informatie verloren gaat. Het nadeel van een bandrecorder is dat de non-verbale communicatie en de wijze waarop jullie op elkaar inspelen niet kunnen worden geregistreerd. Daarom is het ook belangrijk dat er een tweede onderzoeker het gesprek bijwoont. Met betrekking tot de bandopname garanderen wij U dat de gegevens anoniem zullen worden verwerkt, wat wil zeggen dat de uitgetypte versie geen namen zal bevatten en dat de bandopnames na het uittypen zullen worden vernietigd.

Enkele concrete afspraken:

- Jullie hoeven niet persé naar de microfoon toe te leunen wanneer jullie iets willen zeggen: de bandopnemer heeft een goede reikwijdte, dus daar moeten jullie niet naar kijken.
- Wij garanderen jullie anonimiteit, maar ik zou toch willen vragen dat jullie naar elkaar toe dit ook beschouwen als vertrouwelijke informatie.
- Mijn rol in deze gesprekken beperkt zich tot het stellen van vragen om ons doel te bereiken en om het gesprek op het juiste spoor te houden. Ik ga dus zoveel mogelijk jullie aan het woord laten om interactie mogelijk te maken. Ik ga enkel tussenkomen om een nieuwe vraag te stellen, verduidelijking te vragen of om ervoor te zorgen dat iedereen de kans krijgt aan het woord te komen. Het is, met andere woorden, belangrijk dat jullie het gesprek met elkaar voeren: jullie hoeven zich dus niet steeds naar mij te richten, maar eerder naar elkaar wanneer jullie willen reageren op iets dat een ander heeft gezegd.
- Ik zou wel willen vragen om 1 voor 1 het woord te nemen. Indien iedereen door elkaar gaat beginnen praten, is het moeilijk om het gesprek nog te volgen en ook moeilijk naar de bandopnemer toe, namelijk bij het uittypen van het gesprek.
- Dit gesprek is er op gericht jullie mening en visie te weten te komen, dus goede of foute antwoorden bestaan niet. Het gaat hier niet om het trekken van conclusies, maar om te begrijpen; niet om iets te beweren, maar om inzicht te bieden hoe jullie een bepaalde situatie zien.
- Wanneer iemand het gevoel heeft een tegengestelde mening te hebben, hou die a.u.b. niet achter, want het is hier niet de bedoeling tot een consensus te komen, maar om verschillende standpunten te weten te komen en deze toe te lichten.

B. VRAAGSTELLING

1. Openingsvraag (5 min)

Ik stel voor dat we even de cirkel rond gaan, zodat iedereen zich kan voorstellen: wie jullie zijn, hoelang jullie reeds werkzaam zijn als huisarts, en welke jullie eventuele specialisaties of vakgerelateerde interesses zijn.

2. Kernvragen / focusvragen

2.1 Samenwerking (30 min)

1. Hoe wordt de samenwerking, algemeen gezien, georganiseerd thuis?
2. Met wie werken jullie samen?
3. Hoe verloopt (beoordelen jullie) de samenwerking met deze disciplines?
 - a. Hoe wordt de samenwerking georganiseerd met het ziekenhuis? (beoordeling?)
4. Hoe verloopt de samenwerking met thuisverpleegkundigen? (Hoe ervaren/beoordelen jullie deze samenwerking?)
5. Kunnen jullie mij een voorbeeld geven van een sterk punt in de samenwerking met thuisverpleegkundigen? Nog andere sterke punten?
 - a. Welke zaken ondersteunen deze sterke punten? (zaken die ervoor zorgen dat er sterke punten zijn) Hoe kunnen deze sterke punten worden behouden?
6. Kunnen jullie mij een voorbeeld geven van een zwak punt in de samenwerking met thuisverpleegkundigen? Nog andere zwakke punten?
 - a. Hoe kunnen deze zwakke punten worden verbeterd?
7. Op basis van de resultaten uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen en specialisten hebben wij een schema (schema 1) gemaakt dat weergeeft hoe zij de samenwerking met andere disciplines zien.
 - a. Is dit voor jullie herkenbaar?
 - b. Hebben jullie hier nog zaken aan toe te voegen? Ja, welke?

2.2 Prestaties (30 min)

1. In welke gevallen of situaties doen jullie beroep op de thuisverpleging?
2. Welke zijn de prestaties waarvoor jullie het frequentst beroep doen op de thuisverpleging?
 - a. Zijn deze prestaties in jullie ogen te bestempelen als technische prestaties? Welke wel? Wat maakt deze prestaties zo technisch (karakteristieken)?

Welke niet en waarom niet?

3. Wat verstaan jullie onder het begrip 'complexe prestaties'?
 - a. Welke zijn de complexe prestaties waarvoor jullie het frequentst beroep doen op de thuisverpleging? Wat maakt deze prestaties zo complex (karakteristieken)?
4. Op basis van de resultaten uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen hebben we een schema (schema 2) opgemaakt rond karakteristieken van technische en complexe prestaties.
 - a. Is dit voor jullie herkenbaar?
 - b. Zijn er kenmerken die jullie graag willen toevoegen?
 - c. Hebben jullie het gevoel dat deze voorwaarden/karakteristieken momenteel vervuld of aanwezig zijn bij de thuisverpleging?
5. Indien we een definitie ontwikkelen van het begrip 'technische verpleegkundige prestatie', welke 3 dimensies moeten dan zeker deel uitmaken van deze definitie?
6. Indien we een definitie ontwikkelen van het begrip 'complexe verpleegkundige prestatie', welke 3 dimensies moeten dan zeker deel uitmaken van deze definitie?

2.3 Toekomst (15 min)

1. Welke technische prestaties zien jullie in de toekomst tot ontwikkeling komen in de thuisverpleging? (Overwaaien uit andere landen? Situatie in buitenland?)
2. Wat heeft de thuiszorg/thuisverpleging nodig om deze prestaties te kunnen uitvoeren?
 - a. Op basis van de resultaten uit de diepte-interviews met thuisverpleegkundigen hebben we volgend schema opgesteld (schema 3): is dit voor jullie herkenbaar?

3. Slotvragen (10 min)

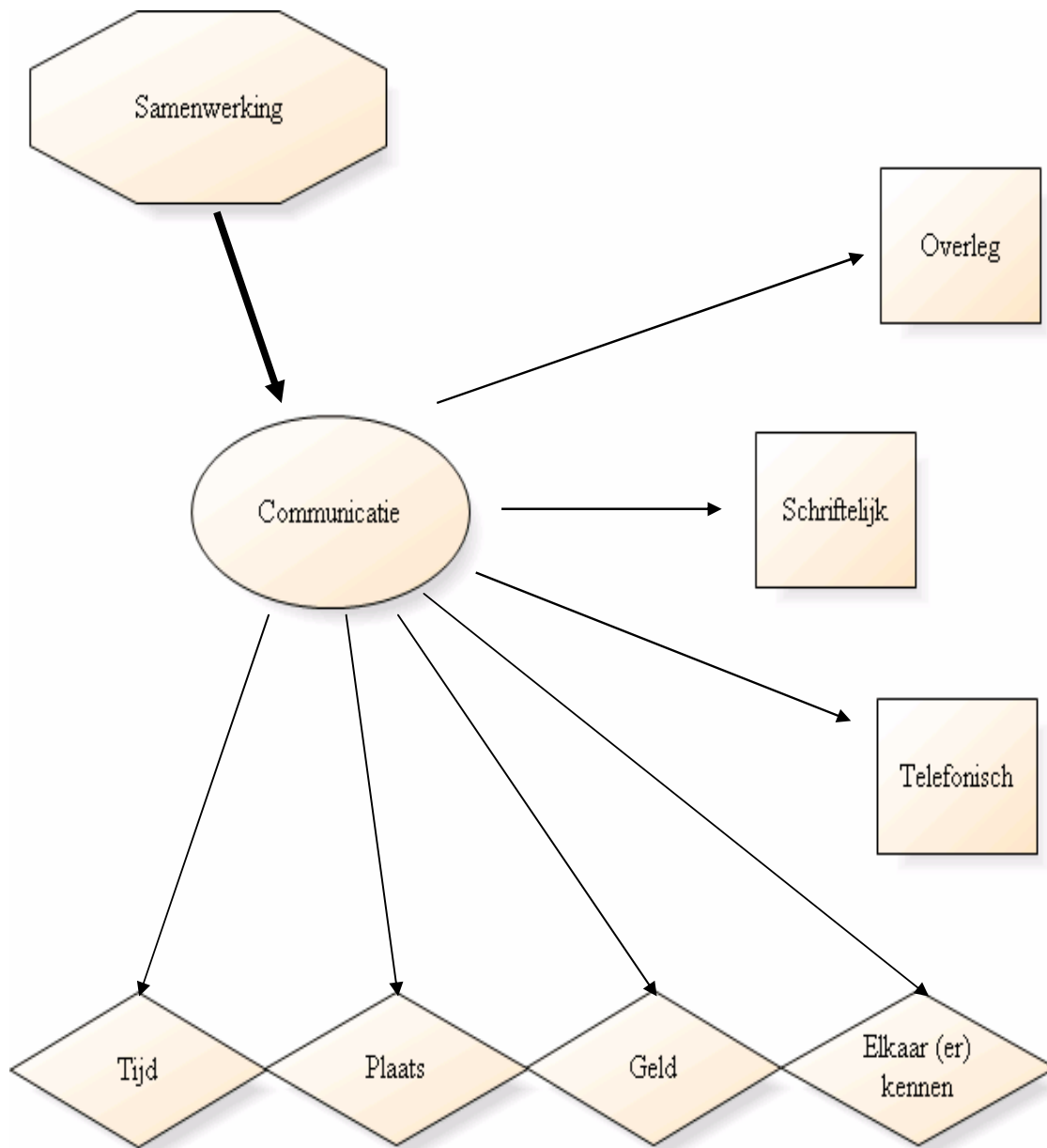
1. Terugkijkend op ons gesprek,
 - a.) welk element is het meest fundamenteel om als thuisverpleging en als thuiszorg in het algemeen voorbereid te zijn op de toekomst?
 - b.) wat heeft de thuisverpleging en de thuiszorg in het algemeen het meest nodig om daarin te worden ondersteund?
 - c.) nog zaken aan te brengen die ik niet heb gevraagd, maar had moeten vragen?

C. Afronding (1 min)

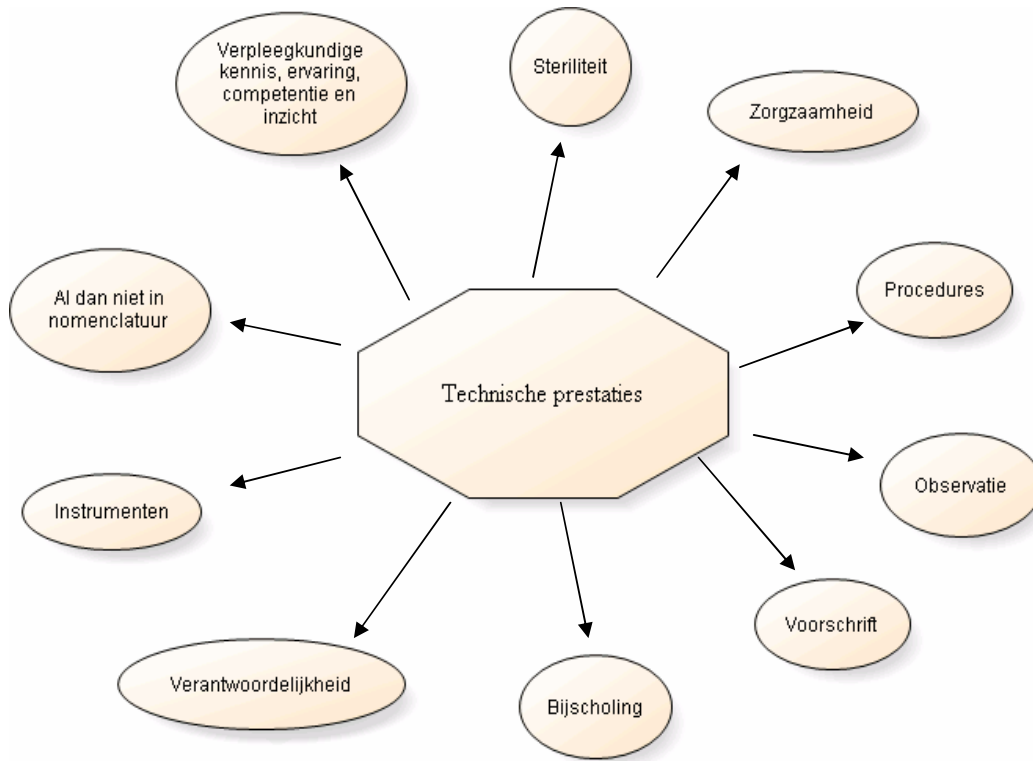
We hebben zeker nuttig en bruikbare informatie bekomen. We hopen dat jullie er zelf ook iets aan hebben gehad. Hartelijk dank voor jullie tijd en medewerking aan ons onderzoek.

Totaal: 1u.36

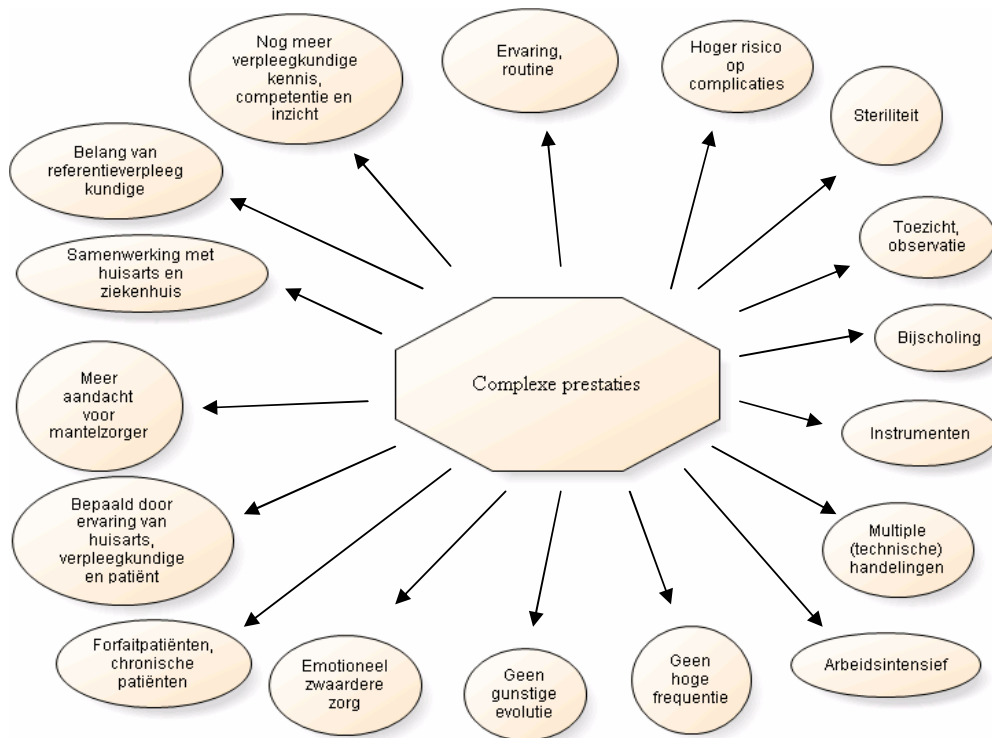
SCHEMA 1: SAMENWERKING



SCHEMA 2A: KARAKTERISTIEKEN TECHNISCH VERPLEEGKUNDIGE PRESTATIES



SCHEMA 2B: KARAKTERISTIEKEN COMPLEXE VERPLEEGKUNDIGE PRESTATIES



SCHEMA 3: TOEKOMSTIGE TECHNISCHE PRESTATIES

