

COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 26 FÉVRIER 2021

Après-midi

BIJZONDERE COMMISSIE BELAST MET HET ONDERZOEK NAAR DE AANPAK VAN DE COVID-19-EPIDEMIE DOOR BELGIË

van

VRIJDAG 26 FEBRUARI 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.03 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 03 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met:

- **Dr. Lotta Coenen en Dr. Karen De Mol, vertegenwoordigsters van 't HOP, Overlegplatform van de huisartsen in opleiding;**

- **Dr. Yves Ledent, Dr. Florence Devuyt en Dr. Benjamin Michel, vertegenwoordigers van de huisartsen in opleiding, verbonden aan het Centre de Coordination francophone pour la Formation en Médecine générale.**

Audition:

- **du Dr. Lotta Coenen et du Dr. Karen De Mol, représentantes du 't HOP, Plateforme de consultation des médecins assistants généralistes;**

- **du Dr. Yves Ledent, du Dr. Florence Devuyt et du Dr. Benjamin Michel, représentants des médecins assistants généralistes au Centre de Coordination francophone pour la Formation en Médecine générale.**

De **voorzitter**: Ik heet een aantal personen van harte welkom in onze commissie. De dokters Coenen en De Mol vertegenwoordigen het Overlegplatform van de huisartsen in opleiding.

Je souhaite la bienvenue aux docteurs Ledent, Devuyt et Michel, qui sont les représentants du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale.

Ik wil u bedanken dat u de tijd wil nemen om ons te woord te staan over de aanpak van de coronacrisis. Ik ben ervan overtuigd dat u ons heel veel waardevolle input kunt geven.

Karen De Mol: Mijnheer de voorzitter, dames en heren, Lotta Coenen en ikzelf zijn van het HOP.

Ik geef een kort overzicht van de presentatie. We zullen ons eerst kort voorstellen. Daarna zullen we het hebben over onze studie over het effect van COVID-19 op onze opleiding. Dan volgt een korte samenvatting en is het tijd voor de vragen.

Wij zijn HAIO's, huisartsen in opleiding. Wij volgen een huisartsenopleiding. Dat is een master-na-masteropleiding die interuniversitair wordt georganiseerd. Alle verschillende universiteiten van Vlaanderen verenigen zich in het ICHO, ons onderwijsorgaan. Het betreft een driejarige opleiding, waarvan 2,5 jaar in een huisartsenpraktijk en 6 maanden in een ziekenhuis. Naast onze stages hebben wij ook nog lessen, seminars en een masterproef te vervolledigen.

Het HOP is eigenlijk een spreekbuis voor de HAIO's. We hebben ook een ombudsfunctie, als er problemen zijn proberen wij die voor hen op te lossen. Daarnaast vertegenwoordigen wij de HAIO's in ons onderwijsorgaan. Wij proberen hen ook zo goed mogelijk te informeren over nieuwe ontwikkelingen.

Wie zijn wij? Naast mij zit Lotta Coenen. Ze zit in haar tweede jaar en werkt zelf als HAIO in Halle. Zij heeft meegewerkt aan een studie over de impact van covid op onze opleiding. Ikzelf ben Karen De Mol. Ik werk in Moerbeke en zit in mijn laatste jaar, fase 3. Voorts zit ik in het bestuur van het HOP.

De studie die we hebben uitgevoerd, gaat uit van ons onderwijsorgaan, het ICHO, van het HOP en van Overstag, de vereniging van onze praktijkopleiders. De studie werd ook gevoerd vanuit de universiteiten van Antwerpen en Leuven. Het ging eigenlijk om een elektronische bevraging over 4 pijlers, namelijk de opleiding, de praktijkorganisatie, de workload en de rol van de

huisarts in de maatschappij. De bevraging werd naar de Nederlandstalige HAIO's gestuurd die werkzaam waren tussen maart en september 2020. Er kwam respons van 216 HAIO's en 311 praktijkopleiders.

Mijn collega vertelt u nu wat meer over de inhoud van de studie.

Lotta Coenen: Ik zal even de inhoud van de studie met u overlopen. De demografische gegevens zijn beschikbaar maar lijken mij voor u wat minder relevant.

Ten eerste, is er nagegaan wat de impact van COVID-19 op de opleiding was.

Daarbij geven zowel HAIO's als PO's aan dat die nieuwe leerkansen heeft geboden. We denken dan vooral aan de telefonische consultaties, die nieuwe communicatieskills eisen van de huisartsen. Er was ook veel meer aandacht voor praktijkorganisatie, iets waarmee HAIO's anders veel minder in contact kwamen. Dat kwam nu echter heel pertinent aan bod door de steeds wijzigende richtlijnen. Er was ook meer aandacht voor hygiëne en er was heel wat flexibiliteit nodig, evenals crisismanagement natuurlijk. Anderzijds gaf 75 % van de HAIO's ook aan dat er minder kwalitatieve opleidingsmomenten waren. We denken dan vooral aan de formele overlegmomenten met hun praktijkopleiders maar ook aan lessen die online georganiseerd werden. Ook de seminars, intervisiegesprekken met mede-HAIO's onder begeleiding van een stagecoördinator, STACO, gebeurden online. De HAIO's geven wel aan dat de STACO, voor hen een belangrijke vertrouwenspersoon, even bereikbaar was als voor de coronapandemie. Voor de opleiding is het heel belangrijk te weten dat door de prioriteit op COVID-19 te leggen, er weinig of veel minder aanbod aan reguliere huisartsenpraktijken was, waardoor de HAIO's daarin minder leerervaringen hadden.

Op basis van de kwalitatieve data van onze studie kunnen wij de volgende aanbevelingen formuleren.

Wij vragen om de telefonische consultaties, die nieuw zijn en nu ook worden vergoed door het RIZIV, net als de praktijkorganisatie te includeren in de opleiding geneeskunde en/of huisartsen-geneeskunde. De *online learning* heeft wel een praktische meerwaarde, maar livesessies blijven ook belangrijk, dus wij zijn dan ook heel blij dat het vanaf 15 maart opnieuw mogelijk zal zijn om live les te volgen.

Een ander belangrijk aspect is de praktijkorganisatie, die ik daarnet al even aanhaalde.

In dat verband kan ik enkele interessante cijfers meegeven. 79 % van de HAIO's werd, naast de covidzorg in de eigen praktijk, ook buiten de praktijk ingeschakeld, bijvoorbeeld in triageposten of extra wachtdiensten. 93 % van de PO's en 88 % van de HAIO's hebben effectief telefonische consultaties uitgevoerd, wat echt nieuw is in België. Vanwege de covidpandemie werd er daartoe een RIZIV-code ingevoerd.

Soms veranderden de richtlijnen letterlijk wekelijks. De teststrategie, de communicatie ten aanzien van patiënten en de organisatie van de praktijk moesten constant aangepast worden, wat wel wat organisatieskills vergt.

In de eerste golf, in maart en april 2020, werd alle niet-urgente zorg uitgesteld en die moest daarna ingehaald worden. Wij merken bij patiënten nog altijd een angst om langs te komen, als het om een niet-urgente raadpleging gaat. Als huisarts in opleiding en praktijkopleider moeten wij ook die twee paden, de covidpatiënten of infectieuze patiënten en de niet-infectieuze patiënten, scheiden. Dat vergt wel wat qua organisatie, wachtzaal, toegang et cetera.

Belangrijk is ook te weten dat er niet alleen angst leeft bij de patiënten. Ook bij de HAIO's en de PO's leeft er angst, meer bepaald om belangrijke diagnoses te missen. Ik geef een voorbeeld. Kortademigheid is een belangrijk symptoom van covid, waardoor er getest moet worden. Kortademigheid is echter ook een heel belangrijk symptoom van enkele andere levensbedreigende aandoeningen. Dat evenwicht kan als HAIO of als PO soms moeilijk gevonden worden en dat creëert de angst om belangrijke diagnoses te missen. Een interessante feitje is dat PO's spontaan toegeven dat ze geneigd zijn om de covidzorg op hun HAIO af te schuiven, wat nog meer impact heeft op de leerkansen van de HAIO.

Welke aanbevelingen willen wij daaruit formuleren?

Wij bevelen aan om de zorgprioriteit samen met de huisartsen of andere zorgverleners te bepalen. Er moet een antwoord komen op de vraag hoe wij patiënten op langere termijn de beste zorg kunnen bieden en daarbij is het misschien niet altijd de beste oplossing om een bepaalde tak volledig uit te sluiten van de zorg.

Men zou ook taken waarvoor geen huisartsenopleiding nodig is, ik denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van testen, aan contacttracing, aan testen voor asymptomatische mensen om op reis te gaan, door te geven aan mensen die daarvoor opgeleid zijn, zodat dat niet door de huisarts moet

worden uitgevoerd. Dat vergt immers heel veel van de praktijkorganisatie.

De workload is toegenomen. 42% van de HAIO's werkte meer uren tijdens de covidpandemie. U moet weten dat wij daarvoor niet vergoed worden. Dat is vrijwillig. Wij krijgen daarvoor ook geen verloning. 17% van de HAIO's werkte ook minder uren. 71% van de HAIO's en de PO's ervoer meer stress. 72% van de HAIO's ervoer de wachten als meer intensief.

Waarom is de workload toegenomen? Dat kwam in de eerste plaats door de administratie. Er bestaan tientallen ziekteattesten. Men moet voor iedereen het juiste attest schrijven. Een quarantaineattest schrijven vraagt heel veel tijd.

Artsen moesten ook continu bereikbaar zijn. Patiënten hadden vaak ook minder geduld, wat het als HAIO of PO moeilijker maakt om de planning te maken. Richtlijnen moesten opnieuw en opnieuw worden uitgelegd door de voortdurende wijzigingen en de moeilijke communicatie vanuit de overheid.

In het begin hadden wij zeker onvoldoende beschermmateriaal. Wij moesten daar zelf voor zorgen of met behulp van patiënten. HAIO's en PO's hadden vaak ook angst, niet om zelf besmet te geraken, maar vooral om naasten te besmetten.

Onze studie werd uitgevoerd in september, terwijl de tweede golf aan het opkomen was. Heel veel respondenten hadden toen het gevoel dat er een tweede golf aankwam en hoopten dat er iets zou worden gedaan, terwijl er dan net versoepelingen werden ingevoerd. Dat was heel frustrerend voor onze respondenten.

Waar haalden onze respondenten dan hun energie uit? Vooral uit humor, ontspanning en informele gesprekken met collega's, contact met naasten en vrienden, een goede praktijkorganisatie en administratieve of verpleegkundige ondersteuning voor de taken waarvoor niet specifiek een huisartsenopleiding nodig is.

Wij hebben daaruit ook afgeleid dat het belangrijk is om de werklast aanvaardbaar te houden. Een goede *work-lifebalance* is belangrijk.

Wij zijn dan ook tot de volgende aanbevelingen gekomen.

Wij vragen een administratieve vereenvoudiging, zowel in het algemeen voor de ziekteattesten als voor de huidige teststrategie. Het duurt op dit moment minstens drie minuten om een test voor een patiënt aan te vragen en daartoe alle formulieren in te vullen. Dat heb ik vanmorgen even

getimed.

Verder vragen wij ook digitale oplossingen, zowel voor de administratieve vereenvoudiging als voor de bevordering van de communicatie tussen de eerste en tweede lijn, en een financiële compensatie voor de administratieve en paramedische ondersteuning in de huisartsenpraktijk, om die taken in de eigen praktijk te kunnen doorgeven.

Ik kom nu tot de rol van de huisarts in de maatschappij.

Jammer genoeg vonden 91 % van de HAIO's en 81 % van de PO's dat zij onvoldoende ondersteund werden door de overheid. Als HAIO denken wij daarbij ook specifiek aan de premie die op de een of andere manier aan alle zorgverleners is uitgekeerd, behalve aan de HAIO's.

Daarnaast denken wij ook aan de steeds veranderende richtlijnen. Die veranderden soms letterlijk om de week. Soms werden ze eerst in de media gecommuniceerd, waardoor wij om 7.05 uur een telefoontje kregen van patiënten om te vragen hoe het zat en wij aan het consulteren waren en hoopten het 's avonds om 21 uur eens te kunnen opzoeken, als we daarvoor de tijd vonden.

Wij hadden het gevoel dat wij heel weinig invloed of inspraak hadden bij het beleid, zowel wat de maatregelen als de richtlijnen betreft. Zoals ik al aanhaalde, waren de communicatie naar de huisartsen en de maatregelen en richtlijnen voor de patiënten vaak onduidelijk.

Wij vragen ook een constructief en permanent overleg, zowel met de huisartsen in het algemeen als met ons, de HAIO's, zowel preventief als tijdens een crisissituatie, zoals nu. Wij zijn heel blij dat wij hier uitgenodigd werden om mee te werken aan een plan voor een beter crisismanagement voor de volgende keer. Ik hoop dat die nog lang uitblijft.

Onze respondenten zijn ook van mening dat patiënteneducatie en *patient empowerment* kunnen helpen om de richtlijnen en maatregelen voor de patiënten duidelijker te maken, zodat zij die ook beter kunnen opvolgen en wij als huisartsen er minder energie in moeten steken om die uit te leggen. Verder vragen wij in het algemeen nog een betere communicatie van de richtlijnen en maatregelen, zowel voor de zorgverleners als voor de bevolking.

Karen De Mol: Mijnheer de voorzitter, ik geef nog even een korte samenvatting, want er is al veel gezegd.

Waarom staan wij hier, welke boodschap willen wij

brengen?

Wij zien dat er nog een groot verschil is tussen de eerste en de tweede lijn. Er is al een goede samenwerking, maar zij kan altijd nog beter. Ook een gelijke verloning is belangrijk. Wij hebben pijnlijk duidelijk gezien dat dat niet zo is op het vlak van de premies: de assistenten zijn ondertussen al aan hun derde premie toe, het zorgpersoneel heeft een premie gehad, het personeel van de woon-zorgcentra heeft een premie gehad, maar de HAIO's hebben nog niets gezien van premies. Daarnaast is het begrip assistenten in een ziekenhuis bij de algemene bevolking bekend is, maar als men spreekt over een HAIO of huisarts in opleiding is dat blijkbaar nog niet het geval. Er werd bijvoorbeeld in een persartikel gezegd dat de teststrategie van artsen en verpleegkundigen kon worden uitbesteed aan logopedisten, vroedvrouwen en huisartsen in opleiding, terwijl wij al van in maart mee aan het testen waren.

Voorts zouden wij graag ons statuut verbeteren. Het werd ook duidelijk tijdens de pandemie dat het begrip technische werkloosheid bij ons niet bestaat: HAIO's die in quarantaine moesten gaan na een hoogrisicocontact, kregen geen loon. Als men in quarantaine zat, kreeg men niets.

Wij streven ook naar een verbetering van de workload door, zoals meermaals aangehaald, administratieve vereenvoudiging en extra financiële ondersteuning, die wij nodig hebben onder andere voor de uitbouw van multidisciplinaire praktijken, verdere implementatie en financiering van de teleconsultaties – zij zijn er nu en zullen ook niet meer weggaan en zullen steeds belangrijker worden – en meer aandacht voor patiënteneducatie.

Ten slotte, streven wij ook naar inspraak in het beleid voor verdere veranderingen omdat wij in de praktijk begrijpen wat het belangrijkste en het beste is voor de zorg voor de patiënt.

Met deze samenvatting wil ik graag afronden. Er is heel veel info gepasseerd en het is nu tijd voor eventuele vragen.

De **voorzitter**: Ik dank u voor uw inleiding.

Ik stel voor dat wij nu eerst uw Franstalige collega's aan het woord laten en daarna het woord aan de leden geven.

Yves Ledent: Monsieur le président, je vous remercie de nous recevoir aujourd'hui.

Nous sommes trois représentants du CCFFMG, le Dr Michel, la Dr Devuyt et moi-même.

Dans cette présentation, nous vous décrivons les conditions de l'assistantat en médecine générale. Ensuite, nous parlerons des effets ducovid sur la formation que nous avons reçue, ce que nous avons vécu, et ce, au travers d'un sondage que nous avons fait. Nous vous donnerons nos conclusions intermédiaires de cette crise. Viendra alors le temps de vos questions et de leurs réponses.

L'assistantat en médecine générale est une formation de troisième cycle, ce qui signifie que nous sommes déjà médecins. Nous exerçons donc en parallèle de notre formation qui dure trois ans et qui est structurée par blocs de six mois qui peut être suivie soit entièrement à l'hôpital soit, de manière plus logique, cinq parties en cabinet et une partie en hôpital. La répartition de notre temps se fait entre la pratique que nous avons au jour le jour au cabinet de médecine, les cours et les séminaires que nous avons tous les quinze jours.

Nous avons un statut particulier assez important comme vu dans la présentation de nos collègues néerlandophones: un statut *sui generis* qui n'est pas un statut d'étudiant ni d'employé mais un statut particulier avec des avantages et des inconvénients.

Nous sommes rassemblés au sein du CCFFMG, le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale qui est une structure chapeautant les assistants en médecine générale des trois universités francophones, qui s'occupe de gérer les contrats avec les médecins et les universités et de verser les salaires des différents assistants.

Benjamin Michel: Monsieur le président, nous avons réalisé, suite à votre invitation, un sondage que nous avons posté sur les réseaux sociaux et que nous avons envoyé sur toutes les adresses mail des assistants francophones. En 48 heures, nous avons obtenu la réponse de 576 participants, ce qui correspond à un taux de participation d'un peu plus de 51 %. Nous avons essayé de présenter les conclusions de ce sondage. Vous pouvez consulter l'ensemble des résultats online ici :

https://docs.google.com/forms/d/1QC68iJUAnsflp_gUM_ER6yTYCpRRK7Owy7aLYbpEmBI/viewanalytics.

S'agissant du nombre d'assistants qui ont été infectés par le coronavirus, on peut constater que nous sommes particulièrement exposés puisque 43 % des assistants ont été infectés par la covid. Une majorité d'entre eux est restée à domicile,

mais dans plus de 60 % des cas, ils ont finalement dû continuer à travailler. On constate également que 37 % d'entre eux ont transmis le virus au sein de leur bulle familiale. Cela montre que ce virus nous a particulièrement affectés, et probablement beaucoup plus que la population en général.

Concernant le matériel de protection, il y a eu un grand manque de matériel, notamment lors de la première vague (63 %), mais pas seulement puisqu'un manque de matériel a été constaté pour un assistant sur cinq, lors de la deuxième vague. Des masques FFP2 et des visières ont manqué, en particulier durant la première vague. Cela dépendait énormément du bon vouloir du maître de stage qui décidait de fournir ou non l'assistant. Il arrivait donc parfois que ce dernier doive s'en procurer par lui-même.

Au niveau de la vaccination, nous sommes aussi pleinement engagés. Un tiers des assistants ont déjà participé à la campagne de vaccination, soit dans les maisons de repos, soit dans les centres prévus à cet effet. La plupart des assistants souhaitent y participer. Plus de 50 % d'entre nous ont déjà reçu une ou deux doses. On en parlera plus tard, mais il s'agit d'un des sujets au niveau desquels nous serons actifs en tant qu'assistants.

J'en arrive à un autre message important que nous souhaitions faire passer aujourd'hui.

Si nous voulons souligner l'impact des assistants sur la crise, nous souhaitons aussi montrer leur ressenti d'un point de vue psychologique. Nous nous sommes basés, pour essayer d'avoir la photo la plus objective possible, sur un questionnaire de dépistage qui est bien connu des professionnels de la santé, à savoir le questionnaire HAD qui pose quatorze questions avec quatre propositions de réponse et qui grade des symptômes à la fois d'anxiété et de dépression. Le but ici était de voir si les réponses traduisaient ou non des symptomatologies compatibles avec de l'anxiété ou une dépression.

Les réponses sont quand même assez marquantes: 26 % des répondants, soit un quart, répondent avec un stade de trois ou quatre points de symptômes compatibles avec une anxiété ou une dépression. Ainsi, 59 % des assistants se font beaucoup de souci, soit souvent soit la plupart du temps, 67 % sont très tendus, 12 % ont commencé ou majoré un traitement anxiolytique.

Au sujet de leur avenir, les assistants généralistes ont aussi été marqués par cette crise. Ainsi, 6 % envisagent sérieusement d'arrêter la médecine générale, 30 % y ont pensé, 2 % envisagent même carrément d'arrêter définitivement.

Florence Devuyst: Durant cette pandémie, nous avons rempli plusieurs rôles.

Lors de la première vague, tous les cabinets étaient fermés. C'était donc principalement de la téléconsultation pour tous les patients suspects ou avérés, même si nous ne pouvions pas encore les tester. La permanence téléphonique a fonctionné sept jours sur sept. Nous nous arrangeons pour laisser le téléphone ouvert le week-end pour éviter que les patients n'appellent tous la garde en médecine générale. Nous devions rappeler sans cesse les règles d'hygiène et de quarantaine et rédiger tous les certificats qui devaient être initialement imprimés, signés, scannés et envoyés par mail. Vu le nombre d'appels que nous recevions quotidiennement, vous imaginez le temps que cela prenait pour que tout soit mis en ordre. Ensuite, il fallait tracer les contacts, donner les informations relatives aux voyages, etc.

Au cours de la deuxième vague, nous avons pu traiter – grâce au matériel de protection – et voir plus de patients dont les symptômes étaient plus légers ou plus lourds. Nous avons ainsi gardé des patients à domicile, placés sous oxygène, corticoïde et anticoagulant, sans la surveillance prévue en hôpital. Le but était de soulager un maximum les hôpitaux.

Nous avons aussi beaucoup pensé aux patients en maison de repos que nous ne pouvions pas envoyer à l'hôpital, par crainte d'un encombrement, faute de places. Nous les avons accompagnés par téléphone pour traiter leur détresse respiratoire. Nous avons donc appris à gérer ainsi de la morphine, de l'oxygène, etc. C'était donc assez stressant et choquant de ne pas pouvoir être présent auprès de nos patients jusqu'à la fin de leur vie.

Dans une grande majorité, nous avons participé aux centres de tri. Autrement dit, les patients que nous ne pouvions pas voir en cabinet étaient référés à un centre de tri, où un médecin disposait de l'équipement complet de protection pour les examiner et décider s'ils devaient être envoyés aux urgences ou s'ils pouvaient rentrer chez eux. Ce fut aussi le cas ensuite, quand nous avons pu introduire le *testing* en avril-mai.

En avril-mai, nous avons pu reprendre les consultations habituelles ainsi que les visites à domicile, auxquelles s'ajoutaient tous les appels téléphoniques, de même que le risque de contaminer tous les patients quand ils venaient au cabinet ou bien en nous rendant chez eux avec notre matériel.

Il fallait à chaque fois désinfecter tout le cabinet et tout le matériel après chaque patient. Cela prend du temps. Il fallait aussi organiser des horaires différents pour pouvoir voir les patients à tester ou les patients suspects en dehors des plages de consultation des patients chroniques, plus fragiles, plus âgés. Comme disaient nos confrères flamands, il fallait insister pour que les patients reviennent en consultation pour suivre leur maladie chronique, et les convaincre.

Selon notre enquête, 88 % des assistants ont examiné et testé des patients suspects au cabinet. Ceci explique peut-être en partie le haut taux de contamination des assistants.

En parallèle, nous avons continué les consultations ONE et Kind en Gezin pour tout ce qui est vaccination de la petite enfance. Ceci ne pouvait absolument pas être arrêté non plus. Nous avons continué le planning familial et les centres d'IVG. Nous ne pouvions pas non plus reporter une IVG. Avec tout ceci, nous avons quand même continué nos implications habituelles.

En plus de nos journées assez remplies de téléphone, de consultations, nous devons toujours nous tenir nous-mêmes informés. Il y a eu le suivi de toutes les recommandations de Sciensano, qui changeaient très régulièrement; le suivi de tous les communiqués de médecine générale, qui nous donnaient les dernières informations disponibles; des conférences sur les vaccins, sur le traçage, sur tout ce que nous devons entreprendre pour le faire le plus correctement possible. Nous devons répondre à toutes les questions des patients (règles d'hygiène, de distanciation, de quarantaine), et à leurs inquiétudes. Et dernièrement, il y a eu la vaccination: quand, comment, par quel vaccin, etc.

Ceci a entraîné plusieurs difficultés. Une surcharge de travail en général et, en plus, administrative, avec tous les mails envoyés. Cela ne s'est débloqué que récemment avec la prescription de tests. Dès qu'on prescrit, cela donne un code par sms au patient. Mais avant, il fallait imprimer, envoyer, scanner.

Ensuite vient la charge psychologique. Beaucoup d'étudiants sont stressés. En plus de ceci, il y a la peur de rater des diagnostics en mettant tout sur le dos de la covid. C'est facile, un mal de gorge, une toux, on va dire que c'est le covid alors que cela pourrait être totalement autre chose.

Nous n'avons pas pu suivre tous les cours que nous voulions lors de la première vague. Beaucoup de cours ont été annulés. Pour la deuxième vague, depuis le mois d'octobre, énormément de choses

se font à distance.

Les patients deviennent de plus en plus stressés. Ils manquent de respect, aussi. Ils viennent parfois avec des symptômes covid en consultation alors que ce n'était pas prévu. Ou, par téléphone, ils ne sont pas toujours très patients.

Nous manquons souvent d'informations. Nous devons chercher des informations en plus. Il y a toujours ce changement permanent des règles de *testing*, de quarantaine.

Lors de la deuxième vague, on a eu un gros délai pour obtenir les résultats des tests. Les patients nous appelaient, ce qui a créé une surcharge par téléphone. Nous avons perdu beaucoup de contacts physiques avec les patients. Beaucoup de demandes d'ordonnances se font par mail, avec la difficulté de faire revenir les patients en consultation pour leur santé.

Les patients sont en stress psychologique. On pense beaucoup aux patients en télétravail qui n'en peuvent plus, à ces jeunes en secondaire ou en primaire qui ne peuvent continuer leurs activités comme d'habitude. On en parle vraiment beaucoup à la radio. Beaucoup de patients ont développé des stress post-traumatiques, des angoisses généralisées et ne savent plus sortir de chez eux. Nous gérons tout cela également.

Enfin, nous manquons quand même de reconnaissance par rapport à tout ce travail accompli.

Comme l'ont dit nos collègues flamands, il y a des primes qui ont été octroyées aux médecins et assistants hospitaliers pour leur travail alors que certains n'ont pas travaillé pendant la première vague suite à des reports d'opérations et compagnie. Il y a un dédommagement qui a été reçu par les médecins généralistes en compensant les pertes grâce à l'augmentation du tarif de DMG et en leur donnant un petit montant par rapport au matériel de protection en fonction des consultations qui ont été réalisées. Pour tout ceci, rien n'a été octroyé aux assistants alors que nous étions en première ligne, que nous étions envoyés au front par nos maîtres de stages plus âgés car nous étions quand même moins à risque si nous étions malades. Nous présentons un sentiment d'injustice par rapport à cela.

Yves Ledent: Nos conclusions par rapport à cette crise.

Nos recommandations urgentes sont qu'il faudrait une information officielle vers les médecins généralistes, des directives qui sont décidées concernant les protocoles de tests et les protocoles

de soins. Pour l'instant, on reçoit les informations la plupart du temps via la presse, quand ce n'est pas via les patients qui ont écouté les médias le matin car nous étions déjà au cabinet. C'est quand même assez problématique car cela remet en cause notre crédibilité.

On souhaiterait la création d'un centre d'appels pour les questions liées à la vaccination parce que nous recevons de plus en plus de questions sur les produits, sur où et quand ils pourront se faire vacciner, sur les prioritaires, sur les effets secondaires. On pense qu'un centre d'appels permettrait de décharger la médecine générale d'une tâche d'information administrative. Une centralisation serait tout à fait réalisable.

Il nous apparaît qu'il serait nécessaire de valoriser un peu mieux les prestations en centre de vaccination afin d'attirer plus de personnel médical, plus de médecins étant donné qu'ils seront obligés de délaisser leur cabinet pendant plusieurs jours durant la semaine ou le week-end pour vacciner. On s'est rendu compte, lors du *testing* au cours de la première vague, que dans un certain nombre de centres, on avait des difficultés à recruter des médecins parce qu'on avait besoin d'eux au cabinet. Outre une perte d'argent, c'est surtout une perte de contacts patients.

Nos recommandations sont pour la suite:

L'intégration de la téléconsultation dans la pratique médicale, car nous ne sommes pas formés (comme disaient nos collègues flamandes). Il faudrait des logiciels spécialisés permettant à la population d'avoir confiance dans le secret de la consultation via des logiciels et incluant un code de nomenclature pour réaliser des visites normales en télécommunication. Les nomenclatures actuelles permettant de faire une téléconsultation par semaine ne sont pas toujours appropriées pour le traitement de certains patients.

On demande une simplification administrative. Les demandes de *testing* pourraient être automatisées avec la production de certificats, car cela prend du temps. Trois minutes, comme disait notre collègue, mais trois minutes chaque fois et quand il y a une famille de trois à quatre personnes, cela fait un quart d'heure pour remplir uniquement des papiers.

Il faudrait uniformiser les certificats. On l'a déjà dit.

La valorisation des prestations intellectuelles et administratives en médecine générale dont on discute déjà depuis longtemps fait son grand retour avec la covid étant donné que, de par la structure des consultations, on a dû faire énormément de travail intellectuel à distance, se poser des

questions pour savoir ce dont souffre le patient, pour ensuite se lancer dans des tâches administratives qui ne sont absolument pas reconnues dans une médecine à l'acte.

On voudrait que soient intégrés les médecins généralistes dans les prises de décision parce que les décisions prises concernant les centres de vaccination, par exemple, ont été prises sans tenir compte de la réalité du terrain, ce dernier n'étant pas toujours connu des praticiens hospitaliers et des décideurs.

Comme le disait Florence, on voudrait enfin une reconnaissance du travail accompli par les assistants en médecine générale au même titre que celui des hospitaliers, ce qui permettrait d'éviter de donner une image moins importante de la médecine générale par rapport à la médecine hospitalière simplement parce que la structure est différente.

Nous arrivons au terme de cette présentation. Nous vous remercions pour votre invitation. Nous écouterons maintenant vos questions pour tenter d'y répondre le mieux possible.

De **voorzitter**: Bedankt voor de presentaties.

Ik stel voor dat ik nu alle leden eerst aan het woord laat. Een aantal vragen zal misschien terugkomen. Nadien kunnen jullie dan een globaal antwoord geven. Wij zullen wel zien hoe het verdeeld wordt tussen de Nederlandstalige en de Franstalige vertegenwoordigers.

Frieda Gijbels (N-VA): Dank aan de verschillende vertegenwoordigers van de huisartsen in opleiding.

Ik zal beginnen bij de presentatie van het HOP die wij zagen. In de eerste slide gaven jullie aan dat jullie ook een ombudsfunctie vervullen. Ik vroeg mij af in hoeverre er meer klachten of meer vragen zijn vanwege de artsen in opleiding. Kunnen jullie daar wat meer uitleg over geven? Jullie hebben zelf een bevraging gedaan, maar ik vroeg mij af in hoeverre jullie nu meer benaderd zijn door de huisartsen in opleiding?

Jullie gaven ook aan dat de reguliere huisartspraktijkactiviteiten verminderd zijn. Uiteraard, meen ik. Dat is inderdaad wat wij zagen gebeuren in de praktijk, dat de reguliere activiteiten teruggeschroefd moesten worden. Zal dit ook invloed hebben op jullie opleiding? Zijn er bepaalde criteria die jullie moeten halen, inzake de verschillende pathologieën die jullie gezien moeten hebben, bijvoorbeeld? Moeten daar oplossingen voor gezocht worden? Of zal dit volgens jullie uiteindelijk geen probleem zijn?

Ik wil nog een vraag stellen over het aantal besmettingen bij de huisartsen in opleiding, maar zij is al voor een deel beantwoord door jullie Franstalige collega's. Dat aantal is ontstellend bij jullie, vind ik. 57 %, dat is ongelooflijk veel. Jullie hebben bijna de groepsimmunitéit door jullie werk. Dat is ongelooflijk. Weten jullie in hoeverre de besmettingen opgelopen zijn tijdens jullie activiteiten als huisartsen in opleiding? Hebben jullie er zicht op of dat dan vooral tijdens de eerste golf gebeurd is? Of eerder tijdens de tweede golf? Kunnen jullie daar wat meer uitleg over geven?

Ik heb al verschillende keren gezegd dat ik het jammer vind dat er niet meer transparantie is geweest over het aantal besmettingen bij zorgverstrekkers. Ik meen dat het heel belangrijk is dat op te volgen, zodat het belang van de beschermmaterialen nog groter wordt.

Dat deze covidcrisis een impact zal hebben op de praktijkorganisatie, is wel duidelijk. Ik meen dat iedereen nu gezien heeft dat het ook voor huisartsen in opleiding belangrijk is bijvoorbeeld balieassistenten te hebben, iemand die de telefonie doet, of eventueel een verpleegkundige, zodat de praktijkhygiëne haalbaar blijft.

Er is ook het probleem van het uitschrijven van de attesten. Sommige huisartsen voelen zich meer 'attestoloog' dan huisarts. Ik hoop dat er lessen geleerd zijn voor de toekomst, zodat er meer aandacht kan gaan naar het medische, naar de huisartsgeneeskunde zelf.

We hebben hier al verschillende keren van verschillende groepen gehoord dat de communicatie vanuit de overheid beter kan. We moeten dat dus zeker opnemen in onze aanbevelingen.

Een laatste vraag gaat over de premie die niet is toegekend aan de huisartsen in opleiding. In hoeverre is er hierover door jullie al een gestoffeerd dossier opgemaakt? Is dat al doorgegeven aan de autoriteiten? Worden uw gepresteerde uren in een bepaald systeem geregistreerd?

Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen): Merci beaucoup pour cette présentation.

Cela rejoint ce que nous avons pu entendre de la part de vos collègues qui étaient également en formation. Il est relativement affligeant de voir comment vous avez vécu, en tout début de carrière, une crise sans précédent comme celle-ci, pour entrer dans la vie professionnelle. Cela doit forcément beaucoup secouer. Très rapidement, nous avons capté qu'un soutien psychologique et

concret allait être indispensable. Même si vous avez derrière vous déjà de longues années d'études, peut-être que, sans vouloir préjuger de votre maturité professionnelle, c'est un peu compliqué, effectivement, de débiter une carrière avec autant de responsabilités. Il a fallu faire des choix, trier les personnes, se demander si les choix sont judicieux et s'ils n'auront pas des conséquences en cas d'erreur de jugement. Tout cela devait être extrêmement stressant.

J'ai retenu aussi le fait de devoir travailler par téléphone. Ce n'est pas du tout une pratique simple, parce que tellement méconnue y compris de la part des superviseurs. On peut effectivement plus difficilement faire appel à leur expertise puisqu'ils n'en ont peut-être pas davantage.

Au sujet du travail de désinfection, si on fait mal les choses, les conséquences risquent d'être terribles. Dans votre profession, j'imagine que tout cela n'est pas nouveau, mais c'était royalement accentué depuis le début. J'imagine que cela a été compliqué.

J'aurais voulu explorer la question du coût de la supervision, qu'il s'agisse de pouvoir prendre des temps de recul et de retrait, de pouvoir se poser des questions, ou de pouvoir partager ses difficultés. Avez-vous l'impression qu'il y avait un espace pour faire état de ces difficultés, de ces angoisses, et de ces questions que vous aviez envie de poser et que vous n'osiez peut-être pas poser? En période de crise, tout le monde était sur le front et peut-être les gens n'avaient-ils pas le temps. Avez-vous le sentiment d'avoir pu faire état de cela? Avez-vous le sentiment que maintenant, les choses peuvent s'organiser, et pourquoi pas dans les semaines et les mois à venir? Lorsqu'on sera dans l'après crise aiguë, y aura-t-il moyen de travailler avec vous sur tout ce qui s'est passé et sur la manière dont les choses se sont produites? En fait, vous êtes rentrés directement dans une médecine de crise, une médecine de guerre parfois, comme on l'entend dire dans certains lieux. Voilà pour la supervision.

J'en viens à l'information liée à cette supervision. Vous l'aviez dit, vous deviez être surinformés, être mis à jour. Vous l'avez dit: "C'était parfois de la part de nos patients qu'on recevait l'information parce que nous n'avions pas eu le temps ni de lire la presse ni d'écouter la radio".

Peut-être par voie de circulaires. Mais vous aurait-il été possible de les lire, de prendre connaissance de l'information?

Vous avez évoqué les centres d'appel, des protocoles plus clairs, etc. Je me demande s'il ne

faudrait pas créer un dispositif d'open data avec des informations qui vous seraient accessibles en temps réel pour vous permettre d'avoir directement accès à ces informations. Les superviseurs avaient-ils un rôle à jouer à ce niveau?

Pour ce qui concerne la question de la reconnaissance, vous avez été très nombreux à penser à une réorientation de votre carrière professionnelle. À un moment donné, on a tous songé à abandonner nos études, mais, dans votre cas, il s'agit d'autre chose. Ce n'est pas juste un moment de découragement à la veille d'un examen, de la remise d'un TFE, en se disant qu'on n'y arrivera jamais. Cela va, à mon avis, bien au-delà.

Selon moi, la question de la motivation, surtout en début de carrière, est généralement liée à la reconnaissance, notamment par les pairs. Cela a-t-il été le cas? Vous avez parlé du fait de ne pas avoir accès au matériel mis à disposition pour les autres, du fait de ne pas avoir bénéficié suffisamment de primes, avec ce sentiment de ne pas être reconnu comme étant engagé dans la lutte contre cette pandémie. Ces éléments sont-ils apparus dans le cadre votre enquête? Avez-vous l'impression que ce sont peut-être ces éléments qui sont à l'origine de l'envie de certains d'abandonner la formation?

Il y a, par ailleurs, la question du statut – il s'agit d'une question sur laquelle nous réfléchissons beaucoup –, la question de savoir dans quoi vous vous engagez lors de vos stages, dans le cadre de votre formation continuée, etc. Avez-vous relevé que cela avait une influence sur la motivation? Cette question de reconnaissance est également liée à la supervision.

Je ne connais pas la formation en médecine. Avez-vous le sentiment que vous étiez préparés ou, en tout cas, un minimum préparés à devoir faire face, du jour au lendemain, à une situation de crise telle que celle qui nous occupe? Avez-vous pu identifier, à l'occasion de votre enquête, des éléments en termes de formation pour vos confrères à venir?

Avant de terminer mon intervention, je voudrais vous remercier pour tout ce que vous avez fait et vous souhaiter bon courage pour la suite.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je vais juste compléter l'intervention de ma collègue avec des questions assez précises.

Il est clair que la crise du covid a entraîné une modification des activités. Vous avez vous-mêmes aussi été touchés personnellement par la maladie. Très concrètement, estimez-vous qu'au terme de votre formation, il vous manque des éléments

d'expérience, de connaissances. Comment peuvent-ils être rattrapés? Globalement, comment cette crise a-t-elle pesé négativement sur votre formation de médecin? Cela rejoint un peu les questions de Mme Gijbels.

Je vous remercie également pour vos témoignages assez poignants et pour vos recommandations très précises qui nous aideront dans nos travaux futurs.

Hervé Rigot (PS): Chers intervenants, je vous remercie pour votre présentation et pour votre disponibilité aujourd'hui.

Il était important de vous entendre et c'était très prenant. Comme l'a indiqué Mme Leroy, vous avez dû faire face à une véritable épreuve mentale. C'est franchement terrible d'entendre la situation qui s'imposait à vous. Elle s'imposait à tous mais elle s'est imposée à vous avec des conséquences psychologiques désastreuses qui en découlent d'après vos enquêtes notamment. Je vous remercie vraiment pour votre motivation et pour votre engagement envers et contre tout, ai-je envie de dire. Cela démontre sans aucun doute que votre choix de devenir médecin est une vocation. Vous le prouvez à chaque instant.

Comme vous le savez, nous avons rencontré, il y a quelques semaines, les représentants de la médecine spécialisée. Je ferai souvent référence à leur témoignage pour mettre en relation votre vécu et le leur. À ce titre, lorsque nous les avons entendus, ils ont tiré la sonnette d'alarme sur l'impact du covid sur leur formation, comme vous l'avez fait aussi, et sur les heures de travail comme vous venez de le souligner d'ailleurs. Vous avez terriblement été mis au feu et vous avez presté énormément d'heures. Dans ce cadre, quel rôle les deux centres de coordination pour la formation en médecine générale ont-ils joué pour intervenir, sensibiliser les médecins, sensibiliser les institutions voire les autorités et pour essayer de mettre des limites à ce qui vous était demandé?

D'autre part, les médecins assistants généralistes qui étaient en stage au sein des hôpitaux ont-ils été amenés à être systématiquement dirigés vers les services où les besoins étaient plus grands (soins intensifs, unités covid, etc.) ou pas forcément?

Vous le disiez tout à l'heure, vous avez parfois assumé des tâches qui n'étaient pas forcément des tâches qui relevaient de la médecine et qui auraient pu être effectuées par des non-médecins.

À l'inverse, estimez-vous aussi avoir dû assumer des tâches en tant que médecins pour pallier une absence de réponse à des besoins d'un niveau supérieur. Vous évoquiez tout à l'heure la

problématique de maintenir des patients au réseau hospitalier. Estimez-vous avoir dû, par moments, poser des actes qui vous posaient vraiment problème pour pallier une urgence? Estimez-vous que vous n'auriez pas dû les poser? À l'inverse, estimez-vous que vous pourriez vous voir confier des missions qu'on ne vous confie pas aujourd'hui qui pourraient soulager aussi le personnel soignant à d'autres niveaux, que ce soit au niveau hospitalier ou des collègues infirmiers, médecins spécialisés ou autres? Vous dites-vous: "Cela, nous ne le faisons pas aujourd'hui mais nous pensons que nous sommes en mesure de le faire et cela pourrait être utile dans cette situation"?

Les MAC ont également évoqué un manque de supervision. Qu'en était-il pour vous? Estimez-vous avoir été aussi laissés un peu à l'abandon et avoir dû assumer des choses seuls, sans guide, sans être portés. J'entendais tout à l'heure que, quelquefois, certains médecins généralistes vous ont un peu laissé assumer des actes que vous n'auriez peut-être pas dû assumer. Pourriez-vous me confirmer ce que je crois avoir compris? Quelle est votre opinion sur le report des soins? On a entendu les médecins spécialistes, les centres hospitaliers et les médecins généralistes. Avez-vous de votre côté des pistes pour éviter ce report de soins à l'avenir dans le cadre d'une crise comme celle-ci? Cela a évidemment des conséquences dramatiques sur la santé des patients.

Avez-vous aussi vécu des problèmes dans le cadre de votre vaccination car vos collègues ont, eux, signalé qu'ils ont quelquefois rencontré des problèmes dus au fait qu'ils changeaient de lieu de stage ou de service de stage? Chez vous, la vaccination des candidats généralistes se met-elle en place et se passe-t-elle bien?

Quant aux équipements de protection, comme Mme Ingels, je suis ébahi par le taux élevé de contaminations dont vous faites part ainsi que par les conséquences terribles d'abord sur vous mais aussi sur vos familles. Comme vous l'avez indiqué, vous avez contaminé les familles. Ce doit être un choc terrible pour vous de vous sentir responsable de la contamination de vos proches. En outre, je lis dans ce rapport que vous avez aussi parfois dû continuer à travailler en étant contaminés, ce qui doit être terrible pour vous car vous pensez peut-être avoir contaminé des patients ou des collègues.

Le manque de matériel à disposition en est-il la cause première? Est-ce le manque de masques et de gants? Ou, selon vous, d'autres raisons ont-elles amené à cette contamination? Qu'en est-il du fait de vous faire poser des actes qui auraient pu ne pas être posés, ce qui vous aurait protégé?

Vous mentionnez aussi n'avoir jamais reçu aucun dédommagement et précisez que vous avez dû vous fournir en matériel, et même trop souvent, alors que les généralistes étaient livrés. Avez-vous interpellé les institutions universitaires, les autorités et avez-vous obtenu des perspectives de dédommagement pour avoir dû assurer des coûts qui, normalement, n'auraient pas dû vous incomber?

À l'avenir, comment estimez-vous qu'il faudrait organiser un stock ou un roulement de stock efficace?

Je ne reviendrai pas sur le *testing*.

En revanche, vous avez rappelé l'impact terrible sur la santé mentale de vos collègues, dont certains envisagent d'arrêter, ainsi que leur taux élevé de démotivation, de peur et d'anxiété. On le voit: le tsunami est là, même chez les plus vaillants et les plus forts - ceux qui, comme vous, savent qu'on peut être exposé chaque jour à la mort. Malgré tout, vous devez faire face à cette situation. À ce sujet, disposez-vous de comparaisons de l'étude que vous avez menée avec une autre qui aurait été conduite hors du contexte covid? De la sorte, nous pourrions savoir si c'est bien la situation actuelle qui a généré une explosion de ces conséquences mentales.

Comment permettre une prise en charge de la détresse psychologique de chacun d'entre vous, en ce moment, puisque vous êtes encore le nez dans le guidon, dans une situation pénible? Que pourrions-nous mettre en place maintenant? Que faut-il développer à plus long terme? Que manque-t-il dans nos structures pour vous soutenir et vous accompagner?

Et puis, nous connaissons les lacunes en communication, tant à l'égard des citoyens que des professionnels du terrain. Vous avez évoqué l'absence de protocoles et le manque de concertation. Vous avez indiqué la nécessité de créer un *helpdesk* d'information pour la population, qui vous permettrait de vous dégager de ce rôle téléphonique que vous avez rempli en répondant aux problèmes de stress des patients.

À votre égard, quelles pistes pour améliorer et fluidifier la communication des instances décisionnelles vis-à-vis des médecins? Quels rôles peuvent-ils jouer - vu qu'ils exercent sur le terrain de proximité - pour une communication vers les autres professions de soignants de première ligne, hors du milieu hospitalier? Pourraient-ils exercer une fonction de soutien des infirmiers à domicile, des services de première ligne, kiné et autres, qui pourraient aussi avoir besoin d'informations de

terrain?

Enfin, on l'a évoqué: nous avons eu une première vague, une deuxième vague. Voyez-vous une évolution en matière de communication entre la première et la deuxième vague? Entre le début et maintenant, aussi, puisque nous aujourd'hui nous pouvons dire que nous ne connaissons pas, contrairement à nos pays voisins, une troisième vague. Aujourd'hui, la situation s'est-elle améliorée ou pas, en termes de communication vers vous?

Constatez-vous un changement avec l'arrivée du nouveau commissaire covid? Cela change-t-il quelque chose dans votre métier chaque jour?

Voilà les questions que j'avais à vous poser aujourd'hui. Merci encore pour votre engagement. Bonne chance pour la suite de votre formation et bonne chance aussi pour votre vie professionnelle. Merci d'être là.

Dominiek Sneepe (VB): Bedankt aan de jonge mensen om hier te komen getuigen. Een zeer lastige periode, denk ik wel, in uw opleiding.

Zowel vorige week tijdens de hoorzitting met de ASO's als vandaag tijdens uw presentatie duikt altijd opnieuw dat statuut op. U wil duidelijk af van dat statuut *sui generis*. Ik vraag mij af hoe dat in het leven werd geroepen. Dat moet toch van ergens komen. Wie zijn idee was dat om u met zulk een statuut op te zadelen? Dat moet ergens een aanleiding hebben gehad. Ik heb wat gegoogled en heb er ondertussen weet van dat dit statuut reeds 35 jaar bestaat en eigenlijk tijdelijk was. Belgische politiek en tijdelijkheid... 35 jaar is dat al een blok aan het been. Waar komt dat in hemelsnaam vandaan? Dat is toch niet ontsproten aan één of ander politiek brein? Het moet toch ergens ook met de mensen vanop het terrein besproken zijn geweest? Ik weet het niet, maar u misschien wel.

Een daaraan gekoppelde vraag: hoe komt het dat het zo moeilijk is om dat aan te passen? Minister Vandenbroucke verklaarde dat het al aansleept sinds de jaren '80 dat de regering dat willen veranderen. Aangezien het tijdelijk was, moest er toch ergens perspectief zijn op verandering, maar die is er nooit gekomen. Hoe komt het dat dit nu zolang moet aanslepen om het te veranderen? Dat is uiteraard een algemene vraag.

Ik denk dat het de Franstalige mensen waren die zeiden dat het probleem ook is dat er weinig of geen respect is van de patiënten ten opzichte van u. Is dat iets wat u ervaart als Haio's? Of is dat ook iets algemeen in de zorg? Heeft de huisarts daar ook problemen mee? In de ziekenhuizen kan ik mij voorstellen dat dit ook een probleem is. Ziet u een

verschil in mentaliteit van de patiënten in de eerste golf en in de tweede golf, in het verloop van de crisis? Ik kan mij voorstellen dat het misschien wel erger wordt omdat mensen het beu beginnen te geraken, maar ik had graag uw praktijkervaring terzake vernomen.

De teleconsultaties zaten in de pijn en zijn nu door de coronapandemie in een stroomversnelling gekomen. Iets is nooit zo slecht dat het nergens goed voor is, wordt weleens gezegd. Die consultaties zijn dus iets goeds wat het coronavirus heeft gebracht. Ik hoorde echter ook een pleidooi om de teleconsultaties ook buiten de crisistijden te behouden. Wat is daarvan de meerwaarde buiten dergelijke sanitaire crisissen?

Ik heb ook een praktische vraag. Hoe moet ik mij die teleconsultatie voorstellen? Ik bel huisarts en ben ziek. De huisarts ondervraagt mij, raadt mij aan een Dafalgan te nemen en zegt dat het dan wel beter zal gaan. Indien het niet beter is, mag ik hem opnieuw bellen. Is dat de teleconsultatie die ik mij moet voorstellen en waarvoor u ook wordt vergoed of zit het anders in elkaar?

U wordt voor die teleconsultaties vergoed. Wat zijn de regels rond de vergoeding? Ik heb dat deeltje gemist.

Ook in de vaccinatiecentra wordt u ingezet, naar ik vermoed. Werd u dat gevraagd of hoort het bij de opleiding? Waarom wordt u ingezet? Zijn er niet genoeg vrijwilligers om dat werk te doen zodat u het niet hoeft te doen? Of vindt u dat u werk wel moet doen? Graag kreeg ik daar een woordje uitleg over.

De besmettingsgraad ligt heel hoog. Ik ben blij dat u ons het cijfer daarover hebt gegeven. Ik heb immers cijfers opgevraagd bij de minister over de besmettingsgraad in de verschillende sectoren van de zorg. Blijkbaar heeft de minister geen cijfers daarover. Ik stel dus voor om uw cijfers door te spelen aan de minister zodat hij een bestand kan opstellen en dat bestand globaal aan ons kan doorspelen. Dat zeg ik even terzijde.

U hebt een studie uitgevoerd. Bestaan er studies over grote griep epidemieën? Zijn desgevallend de besmettingscijfers te vergelijken? Er moet natuurlijk eerst een studie zijn vooraleer dergelijke cijfers kunnen worden vergeleken.

Dat de huisartsen overbevraagd zijn geweest, staat buiten kijf. Wij ontvingen vanochtend mevrouw Moykens in de commissie die meegaf dat nu meer zal worden ingezet op sneltests en zelftests.

Ziet u die sneltests en zelftests als een eventuele

verlichting? Of staat u daar sceptisch tegenover? Of ziet u meer heil in de PCR-tests? Graag had ik uw mening daarover gekend.

Wij weten allemaal dat er in het begin tekorten waren aan beschermingsmateriaal. U zegt dat u er zelf naar op zoek bent gegaan en zelf aankopen deed. Was de situatie dan zo dat de huisartsen wel beschermingsmateriaal hadden en u niet? Of hadden de huisartsen er ook geen en moesten zij ook op zoek gaan? Het zou immers heel straf zijn als de huisartsen wel maskers en dergelijke meer hadden en u zagezegd onbeschermd uw job moest doen.

Zeker in het begin was er een krapte, u kocht ze zelf. Hoe geraakte u aan de nodige beschermingsmaterialen, aangezien de overheid en de ziekenhuizen er niet aan geraakten? Als u een andere weg had, is het misschien goed om die even mee te delen.

Nathalie Gilson (MR): Monsieur le président, merci aux intervenants pour toutes leurs explications.

J'ai vu qu'encore hier soir très tard, ils ont envoyé des documents, que nous regarderons bien entendu attentivement.

Je ne vais pas reprendre une série de questions que mes collègues ont posées. Je suis aussi intéressée d'avoir les réponses à ces questions, notamment sur le statut, l'absence de matériel. Mais j'aurais voulu savoir, justement, sur cette question du matériel de protection, quelles raisons vous ont été données. Si vous étiez dans des hôpitaux, des centres médicaux, ces centres vous ont-ils dit qu'ils auraient dû avoir du matériel mais qu'ils n'en avaient pas? Quelles justifications ont-elles été données sur cette absence de matériel?

En ce qui concerne l'information, que pourriez-vous suggérer pour qu'il y ait un meilleur flux d'informations pour vous aider dans votre travail en cas de prochaine épidémie?

J'ai bien noté le problème de santé mentale. Là aussi, peut-être pouvez-vous nous donner plus de détails sur la manière dont cela pourrait être mis en place? Penseriez-vous à un réseau d'aide spécifique? Ou bien ce qui existe n'était-il pas suffisant? Je voudrais avoir un peu plus d'informations à ce sujet.

J'ai bien noté l'inégalité entre les assistants en spécialisation, les médecins généralistes en formation de spécialisation et vous-mêmes; et le fait que vous ne perceviez pas de prime pour la surcharge de travail et votre implication dans le

covid. Cette question sera sans doute aussi traitée en commission de la Santé. Mais en tout cas, c'est bien noté, ainsi que ce problème de santé mentale et de *sui generis*.

Vu que vous êtes vraiment en contact avec énormément de patients, et en première ligne, et que nous nous occupons aussi de cette deuxième vague, vous pourriez donner votre avis sur la stratégie de vaccination.

Pensez-vous que vous pourriez être vraiment utiles, avec les médecins généralistes et l'ABSyM, pour participer à cette stratégie de vaccination, et être davantage impliqués? C'est d'ailleurs ce que revendiquent les médecins de l'ABSyM.

Merci beaucoup, et bonne continuation.

Nawal Farih (CD&V): Ik hou het op een woordje van dank aan onze jong-specialisten, toch wel de toekomst van de zorgsector.

Ik vond het zeer aangenaam om u aan het woord te horen. Ik ben ook blij dat we dat hebben gedaan. Het is altijd goed om een nieuw geluid te horen. Hartelijk dank voor de toelichting en ik wens u uiteraard heel veel succes met de verdere uitbouw van uw carrière.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Bedankt voor de getuigenissen, insteek en aanbevelingen. Ik ben zelf ook huisarts. Voor mij is het nieuw dat u die premie niet krijgt. We zullen de minister daar zeker over aanspreken.

Ik was toch erg bezorgd over het feit dat 12 % van de gesondeerde Franstalige huisartsen in opleiding anxiolytica of antidepressiva heeft gestart of verhoogd. Dat is toch echt een aangrijpend cijfer. 47 % van hen is ook besmet. Dat is ook een zeer hoog cijfer. Het was dan wel positief dat een groot deel al gevaccineerd is. Dat is toch een klein lichtpuntje.

Mij greep ook aan dat nog 24 % beschermingsmateriaal te kort had in de tweede golf. Daar ben ik iets meer van verbaasd. In de eerste golf was dat gekend, maar hoe kwam het dat dat in de tweede golf nog was?

Merkten de HAIO's in bijvoorbeeld hun derde jaar, die vorig jaar een zeer zwaar covidjaar hadden, een zwaardere werkbelasting in de tweede golf dan in de eerste golf? Chronische zorg bleef immers doorgaan. Mij werd ook verteld dat een heel aantal seminars online gevolgd moet worden vóór een bepaalde datum en dat het eindwerk ook afgeleverd moet worden. Dat is toch een heel zwaar tweede jaar. Misschien is er niet genoeg

begrip voor alle inspanningen en de nood om een beetje te kunnen rusten in de vrije tijd, zonder al die opleidingen te moeten doen.

Het tekort aan informatie vanuit de overheid komt toch wel sterk naar voren. Ik vraag mij dus af er in uw opleidingsmomenten genoeg aandacht werd besteed aan covidzorg. Werden die richtlijnen besproken?

Jasper Pillen (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers voor hun inzet de laatste maanden tijdens hun opleiding en voor die van hun talrijke collega's, de mensen die zij vertegenwoordigen.

Het was een heel volledige presentatie. Ik heb bijzonder weinig vragen en de vragen die ik had genoteerd, werden al door de vorige sprekers gesteld. Ik vond de vraag van mevrouw Merckx over het gebrek aan beschermingsmateriaal tijdens de tweede golf wel heel pertinent. Hebt u daarvoor een verklaring? Heeft dat te maken met het feit dat u in opleiding bent? Dat zou natuurlijk heel erg zijn. Ziet u een link daarmee? Dit zou dan toch het moment zijn om dat met ons te delen.

Wat de informatie vanuit de overheid betreft, hebt u voldoende opleiding gekregen? U werd overal ingezet. U bent huisartsen in opleiding, maar ik weet dat bijvoorbeeld de specificiteit van longziekten en al wat te maken heeft met corona en virussen in het algemeen niet tot uw standaardkennis behoort. Hebt u doorheen deze maanden voldoende opleiding gekregen om te worden ingezet zoals u ingezet bent geweest?

Tot slot, ik apprecieer het altijd heel erg als sprekers met concrete aanbevelingen komen. U doet dat ook. Ik maak geen deel uit van de commissie voor Gezondheid, maar ik kijk naar de commissieleden die dat wel zijn om op korte termijn actie te ondernemen, bijvoorbeeld over de vaccinatiecentra. Wat u daaromtrent hebt aangehaald, is volgens mij heel pertinent.

Teleconsultatie is iets dat niet meer zal verdwijnen. Ik hoorde mevrouw Snelpe daarover wat kritisch zijn, maar ik denk toch dat dit zal blijven, dus ik vond uw aanbevelingen daaromtrent heel interessant en ook de vele informatie die u hebt gegeven over de druk die u voelt en de controles die nodig zijn op uw inzet tijdens crisissituaties. Voor artsen in opleiding is dat toch een dubbele druk. U hebt die ervaring nog niet, maar u wordt er onmiddellijk in gegooid.

Het is belangrijk om op korte, maar zeker op middellange termijn in het Parlement aan de slag te gaan met de informatie die u met ons hebt

gedeeld. Ik dank u voor uw uiteenzettingen en wens u verder veel succes.

Gitta Vanpeborgh (sp.a): Ik wil eerst en vooral mijn dank betuigen aan de beide organisaties. Ze hebben de knelpunten die zij in de afgelopen periode ervaren hebben, heel goed in kaart gebracht. Meer nog, dames en heren, u hebt de knelpunten niet alleen heel helder in beeld gebracht voor ons, beleidsmakers, u hebt ook heel duidelijke beleidsaanbevelingen gedaan, die we zeker kunnen, willen en zullen meenemen.

Ten eerste, ik wist niet dat u de premie niet ontvangen hebt. Die informatie is nieuw voor ons. U bent trouwens niet de enige groep die in de vuurlinie heeft gestaan maar die premie niet ontvangen heeft. Deze les moeten de beleidsmakers toch leren voor volgende crisissen of het vervolg van de huidige crisis, namelijk dat we bij de toekenning van een premie moeten nagaan wie er effectief in de vuurlinie staat. Daar moeten we voldoende aandacht voor hebben.

Ten tweede, u hebt de knelpunten heel goed in kaart gebracht en beleidsaanbevelingen gedaan, maar over twee aangelegenheden heb ik geen duidelijke beleidsaanbevelingen gehoord. Enerzijds gaat het om de impact op de algemene opleiding. Ik hoorde u zeggen dat patiënten met gewone pathologieën het lieten afweten en dat men niet alle opleidingen kon volgen. Ik kan mij voorstellen dat dat echt een behoorlijke impact heeft op de opleiding. Hoe ziet u de oplossing? Men moet de opleiding immers op een goede manier kunnen afronden of vervolmaken.

Ten derde heb ik nog een covidgebonden vraag, namelijk over de communicatie van de overheid. U was van 's morgens vroeg tot 's avonds laat aan het werk en u moest het nieuws soms van de patiënten vernemen. Ik hoorde ook op dat punt geen concrete beleidsaanbeveling.

Hoe communiceert de overheid met u eigenlijk? Hoe kan die communicatie beter? Hebt u ter zake denksporen voor ogen?

Mijn laatste vraag is eigenlijk niet covidgebonden, maar gaat over het fameus statuut *sui generis*.

De vertegenwoordiger van de Franstalige organisatie zei dat dat statuut nadelen heeft, wat ons bekend is. Ik hoorde u echter ook zeggen dat er voordelen zijn. Het statuut wordt al lang, terecht, ter discussie gesteld. Echter, bij een aanpassing moeten allicht ook de voordelen opgegeven worden. Welke zijn volgens u de voordelen aan het huidige statuut?

Voor het overige wens ik u allen heel veel moed en sterkte toe in de komende periode. Ik wil alleszins nog eens beklemtonen dat ik het belangrijk vind dat u uw uiteenzetting hebt gehouden. Als beleidsmakers moeten wij naar uw verhaal luisteren en vooral er lessen uit trekken.

Catherine Fonck (cdH): Mesdames, mesdemoiselles, messieurs, merci beaucoup pour votre présentation, mais surtout pour votre investissement au quotidien pour les patients. Vous avez été au front pendant tous ces mois et vous allez continuer à l'être dans les semaines et les mois qui viennent.

Les chiffres sont intéressants. Cela ne m'a pas du tout étonnée que vous ayez un taux de contamination élevé, puisque diverses études ont montré qu'effectivement il y avait un taux de contamination particulièrement élevé chez les soignants, avec un impact direct dans les cercles familiaux.

Vous avez présenté une série de recommandations que je trouve particulièrement intéressantes. J'ai eu l'occasion d'en discuter parce que j'ai renforcé les équipes comme médecin bénévole, que ce soit en maison de repos ou maintenant pendant la vaccination. Dans les mois qui viennent, on va sûrement beaucoup vacciner. Vous mettez des pistes très intéressantes sur la table.

Je voudrais vous poser quelques questions et voir votre position sur la télé médecine et les téléconsultations.

Cela peut apporter énormément de choses positives mais cela a aussi, reconnaissons-le, ses limites. Forcément, une consultation en ligne par rapport à une consultation en réel face au patient fait perdre une partie des informations non négligeable, et la clinique. On perd aussi, lors des téléconsultations en maison de repos, lors de situations plus particulières de personnes âgées, une série d'informations, même si les soignants peuvent en fournir. Il n'y a rien à faire, le contact humain et clinique apporte énormément.

J'aurais voulu avoir votre avis sur la manière de trouver le cadre de télé médecine qui permette à la fois d'avoir une plus-value, mais dans une utilisation qui soit appropriée, afin d'apporter en quelque sorte le meilleur et non le pire. Les mots sont un peu forts mais c'est pour bien me faire comprendre. Je voudrais avoir votre avis par rapport à cela. C'est un enjeu majeur de l'avenir, covid ou pas covid d'ailleurs: on continuera à faire de la télé médecine. La discussion du cadre est un enjeu par rapport à la qualité des soins de santé.

Là-dessus, je voudrais bien avoir votre avis.

J'ai une question sur la qualité de l'encadrement et de la formation pendant ces mois covid puisque, comme tout le monde était au front, à courir, à faire cinquante choses à la fois, l'encadrement, que ce soit au niveau des Max ou des assistants MG, n'a pas toujours été le même que hors covid. Est-ce qu'on a retrouvé une période, même si elle reste chargée, de plus grande stabilité? J'imagine qu'il y a une réalité qui est plurielle. Est-ce que par rapport à cela vous avez des recommandations particulières ou des points que vous pourriez mettre en avant?

Sur des choses que vous avez évoquées et qui ne sont peut-être pas en lien avec le covid, je voudrais savoir au niveau du statut. Il y a des aspects du statut qui doivent absolument être améliorés. Cela fait des années qu'on en parle et qu'on le dit. Il y a des discussions qui sont en cours. Est-ce que vos groupements sont associés à ces discussions? Je voudrais vraiment que vous puissiez me dire oui ou non. Là-dessus, la valorisation des prestations intellectuelles dans tout ce qui est révision de nomenclature me semble être une évidence. Cela fait aussi très longtemps qu'on en parle. J'ose espérer qu'on passera des paroles aux actes.

Sur les primes, à partir du moment où le gouvernement décide de faire une prime par DMG, tout le monde savait forcément que ça excluait les assistants en médecine générale. Et vous êtes, avec une série d'autres soignants, les oubliés de cette prime. Ce n'est pas le fait de ne pas avoir tenté de faire bouger les lignes, mais jusqu'à ce stade, ce n'est pas le cas. Je suis donc ravie que vous l'ayez dit de façon aussi claire, notamment pour les parlementaires de la majorité gouvernementale. J'ose espérer que ça va permettre un sursaut pour tous les oubliés des primes, dont vous êtes. Là-dessus, j'ose espérer que cela changera aussi les choses. On peut toujours corriger des dispositifs, y compris de manière rétroactive. Ce ne serait effectivement que justice et correction.

J'avais une série d'autres questions mais qui rejoignent celles qui ont été dites en partie. Pour éviter les redondances, je ne vais pas les répéter ici.

Merci et hauts les cœurs parce que la vaccination va être un marathon. C'est vrai que les médecins généralistes ainsi que les assistants vont être la cheville ouvrière majeure de cette vaccination.

Il est vrai que vous n'avez pas été associés à une série de discussions. J'ose espérer que les lignes bougeront. En matière de confiance avec les patients que vous connaissez bien, je pense que

les médecins généralistes devraient être associés pour un modèle mixte à la fois au niveau des centres de vaccination, mais aussi au niveau des cabinets. C'est d'autant plus vrai pour les malades plus âgés avec une série de difficultés ou ceux qui hésitent et qui n'iraient pas se faire vacciner en centre de vaccination. Ils pourraient se faire convaincre par les médecins généralistes. Je répète que j'espère que les lignes bougeront et vous serez ainsi un peu plus la cheville ouvrière de la campagne à venir. Bon courage et haut les cœurs pour tous ces mois qui sont devant nous!

De **voorzitter**: Dan geef ik het woord aan onze genodigden.

Ik wil ook mevrouw De Vocht, voorzitter van het HOP, welkom heten. Zij neemt ook deel aan onze Zoommeeting.

Florence Devuyst: Je vais revenir d'abord sur les contaminations

Nous vous avons présenté dans le PowerPoint les contaminations globales, mais nous avons aussi détaillé, dans notre enquête, la différence entre première et deuxième vague. Nous arrivons à 70 % de contaminations lors de la deuxième vague, d'octobre à décembre. Il faut souligner que c'était un chiffre assez élevé.

Il faut savoir qu'une grosse étude nationale est en cours actuellement, l'étude *Charming*, qui teste par le moyen d'anticorps rapides, par petits tests au bout du doigt, au sein des cabinets. On arrivait à peu près à 40 %, avant que la vaccination ne soit en cours. Ce n'est pas tout à fait le même chiffre. Nous avons peut-être été plus exposés en voulant être plus en première ligne, c'est-à-dire aller plus facilement dans les centres de test que nos maîtres de stage qui sont plus âgés que nous.

Je regarde s'il y a encore d'autres questions sur les contaminations. Il faut savoir que, dans notre sondage, on avait aussi mis les contaminations avérées et les contaminations suspectes, sachant que lors de la première vague, on ne pouvait pas tester tout le monde. Les assistants ont dû indiquer "suspect" quand ils avaient vraiment des symptômes grippaux.

On n'a pas de comparaison avec la contamination par la grippe. Il faut savoir que c'est une recommandation qu'on se fasse vacciner chaque année contre la grippe. On n'a pas de taux de vaccination antigrippale au sein des assistants. Il faudrait peut-être, dans les années à venir, essayer de voir qui est contaminé par la grippe ou pas.

On reparlait des obligations; je crois que c'est

Mme Merckx qui parlait de cela, des TFE et tout cela. L'année dernière, il y a eu des adaptations par rapport aux TFE. Les travaux de fin d'études ont été reportés d'un mois et il n'y a pas eu de défense orale. Par contre, pour les assistants actuellement en dernière année, il n'y a pas d'adaptation: on présente à la même date que d'habitude, on a notre défense orale. C'est quand même une grosse charge, ce covid, en plus de nos travaux.

Vous posez beaucoup de questions sur la qualité de la formation et s'il allait nous manquer d'expérience. On est passés récemment à trois ans de formation. Espérons que nous ne passions pas trois ans en covid. Je pense que nous pourrions mesurer l'impact dans un ou deux ans, sachant que les assistants en troisième année auront eu un an et demi de formation habituelle; en plus, maintenant, il y a quand même beaucoup plus de cas dits classiques. Au final, on aura perdu vraiment six gros mois à ne faire que du téléphone.

Nous aurons donc perdu six gros mois; à voir pour ceux qui se trouvent en première année si cela va changer quelque chose par rapport à ceux de deuxième année qui étaient déjà dans la pandémie.

S'agissant de la supervision, nous avons précisé, autant du côté flamand que francophone, que nous avions des séminaires d'accompagnement en pratique médicale. Depuis la première vague, ils sont organisés toutes les deux semaines par petits groupes de 15, en réunion Teams de 3 heures. Nous avons ainsi beaucoup discuté de la manière dont nos cabinets étaient organisés et de la façon dont nous vivions la situation. Il s'agissait de lieux de parole assez importants. Nous avons beaucoup parlé du covid, mais plus tellement des autres cas qui se présentaient à nous.

Depuis octobre, nous avons repris des consultations de manière plus classique. Les cas habituels en médecine générale reviennent. Personnellement, je ne pense pas que cela nuira à ma formation. Je suis en dernière année. J'aurai appris énormément dans le suivi des patients en fin de vie, en tout cas. Nous avons dû faire un bond dans les soins palliatifs, auxquels nous n'étions peut-être pas confrontés d'emblée. En tout cas, nous avons géré les détresses respiratoires de fin de vie. Ce sera un point positif à retirer. Cela nous aura ouvert les yeux sur l'importance des soins palliatifs. Pour ma part, une vocation se sera développée à cette occasion.

Pour les téléconsultations, il ne s'agissait pas simplement de maux de gorge ou de tête nécessitant de prendre un Dafalgan. Il était question d'une anamnèse complète: mal de gorge,

mal de tête, perte de l'odorat et du goût, diarrhée, difficultés respiratoires, douleurs. Nous avons aussi eu des cas d'infarctus au téléphone. Il fallait quand même le faire! Il n'y avait pas que le covid en téléconsultation. Le premier mois, nous n'avions vraiment pas de consultation, sauf pour un lumbago ou quelque chose d'aigu qu'il fallait examiner. Nous avons eu les suivis psychologiques toutes les deux semaines. Par téléphone, cela durait 45 minutes au lieu de 30, pour rassurer l'interlocuteur. Ces 45 minutes au téléphone rémunérées 20 euros, avec le code téléconsultation, ce n'est vraiment pas grand-chose. Ces patients avaient vraiment besoin d'être rassurés. Il n'y avait donc pas que le covid en consultation, mais aussi tout le reste.

Pour les demandes de médicaments, on demandait quand même si ça allait bien. On ne prescrivait pas leurs médicaments comme cela. On essayait aussi d'encourager l'usage du tensiomètre à la maison pour savoir si leur tension était régulière et on leur rappelait que dans tel délai, il faudrait revenir au cabinet pour contrôler leur diabète. C'était quand même proactif et non pas simplement une question de signer des ordonnances envoyées par mail. Cela prenait du temps, pour certains plus que pour d'autres, c'est sûr mais c'est comme pour tout patient en cabinet. Certains prennent plus de temps que d'autres.

Concernant notre rôle dans la vaccination, on l'a dit, on voudrait être acteurs soit dans les centres de vaccination soit au cabinet dès qu'on aura des vaccins qu'on peut garder au frigo. Je pense qu'on sera capable d'aller vacciner nos patients réguliers à domicile ou au cabinet où ils ont l'habitude de venir nous voir. On attend d'avoir des vaccins fiables qu'on pourra avoir au cabinet. La difficulté sera de nous approvisionner, je pense, pour qu'on puisse organiser tout cela avec nos patients.

Benjamin Michel: Mme Devuyst, avant que je n'intervienne, peut-être pourriez-vous dire un mot à propos du manque de matériel car je sais que vous avez été particulièrement touchée en tant qu'assistante de troisième année.

Florence Devuyst: Lors de la première vague, il manquait du matériel dans les hôpitaux également. Avec l'arrêt des contacts entre patients et médecine générale, tous les masques et tout le reste sont allés dans les hôpitaux. C'est ainsi que nous n'avions absolument rien. Plus tard, sont arrivés les packs du fédéral. Personnellement, j'ai reçu le mien en septembre. C'est quand même loin. On était plutôt dans le creux de la vague à ce moment-là et on a reçu des masques chirurgicaux et non pas des FFP2, des blouses et des gants.

L'approvisionnement en matériel n'était pas du ressort des assistants mais des maîtres de stage. Théoriquement, ce n'était pas à nous à aller le chercher et à payer de notre poche mais visiblement, certains l'ont fait. Le sondage que nous avons réalisé concernant le manque de matériel comportait une question ouverte où l'on demandait aux assistants de justifier pourquoi ils avaient eux-mêmes cherché du matériel. Vu le court délai puisqu'on a clôturé mercredi, on n'a pas encore eu le temps d'analyser toutes les questions ouvertes mais en tout cas, on vous a transmis le tableau Excel avec les réponses des assistants.

Florence Devuyst: Les maîtres de stage étaient-ils mieux protégés que nous? Franchement, je ne le pense pas. Les Médecins ou assistants des centres de tri disposaient d'une protection complète. Je pense qu'entre Médecins généralistes et assistants, il n'y a pas eu de différence ou de manque de considération. Nous étions soudés et égaux entre nous et là pour les patients.

Cela me rappelle une question de Mme Sneppe par rapport au respect des patients. C'est sûr qu'on reçoit une grande reconnaissance des patients actuellement pour tout ce que l'on a fait. On va dire qu'ils manquaient vraiment de respect dans les gros moments de stress où il y avait de gros délais pour les résultats et que du coup, leur quarantaine était prolongée, où finalement, on disait : "Cela fait sept jours qu'on n'a pas votre test, votre quarantaine est terminée, donc vous pouvez retravailler". Ou alors, ils trouvaient qu'on n'était pas assez rapides pour leur envoyer leur certificat. C'est plutôt dans ce sens là que je parlerais de manque de respect des patients, plutôt que dans le sens d'un manque de reconnaissance; je pense qu'ils sont tous assez reconnaissants de ce que l'on a fait. J'extrapole un petit peu.

Benjamin Michel: Je veux bien enchaîner et essayer de répondre à d'autres sujets ou à certains sujets qui ont déjà été évoqués mais pour lesquels je voulais aussi apporter quelque chose. Pour revenir sur la télémedecine, madame Fonck, merci pour votre question. Je pense que c'est un débat qui dépasse peut-être même un peu la pandémie du covid et qui va devoir probablement être encadré. Clairement, nous ne pourrions pas faire abstraction de cette télémedecine qui peut avoir des avantages dans certaines circonstances. Je pense que c'est un débat qui, je l'espère, sera mené en concertation avec les représentants des Médecins généralistes. Pour répondre à votre question, je crois personnellement, mais chaque médecin a son avis différent, qu'il faudra encadrer la chose et que la médecine reste avant tout un métier humain, en contact avec des patients. On

ne pourra pas tout faire par téléphone et on ne pourra pas diagnostiquer les infarctus par téléphone. En tout cas, ce n'est pas mon souhait.

Pour revenir sur la question de la formation qui revient souvent et sur la qualité des supervisions, il est important que vous sachiez aussi que tout dépend du maître de stage et du lieu de formation. Il n'y pas de formation uniforme pour tous les médecins assistants généralistes. Certains ont la chance d'avoir des supervisions deux heures par semaine, de pouvoir parler de leurs patients pendant de longs moments. D'autres par contre, ont des lieux de stage beaucoup moins formateurs où les assistants sont beaucoup plus utilisés comme un outil de rentabilité. Il ne faut pas croire que tous les assistants généralistes font leur journée et ont droit à des heures de supervision par semaine. Il y deux réalités à ce niveau-là et peut-être que des pistes peuvent être envisagées à plus long terme pour améliorer et uniformiser la formation de médecin généraliste.

À titre personnel, j'ai eu la chance d'avoir des supervisions régulières. Actuellement, mon statut est un peu différent de celui du Dr Devuyt, parce que je suis en première année d'assistanat. Pour le moment, je baigne dans cette médecine de crise. Je n'ai, malheureusement, pas le sentiment d'avoir été formé à la médecine générale. Je suis plutôt formé à une médecine d'urgence, de pandémie. Il y a clairement un manque dans ma formation qui, je l'espère, se résoudra avec les années avec la fin de cette pandémie.

Il faut aussi savoir qu'un médecin n'est pas formé en médecine générale en trois ans. On se forme toute sa vie. On continue à se former par la formation continue. Ce trou actuel dans ma formation sera probablement bouché au fur et à mesure des années. Tout dépend beaucoup des maîtres de stage.

Je voudrais aussi rebondir sur le statut qui est ici remis en cause. Je pense qu'il n'est pas tout à fait le même que celui des assistants néerlandophones. C'est une grande différence qui mérite d'être soulignée. Chez les francophones, le statut *sui generis* est, sans entrer dans les détails, particulier. Les maîtres de stage payent le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG) qui rémunère à son tour les assistants. Il n'y a pas de transfert direct. Les quarantaines n'ont donc pas impacté notre rémunération puisqu'elle est mensuelle.

Par contre, nous avons toute une série d'obligations notamment celle de répertorier nos heures de travail. Pour répondre à la question d'un des parlementaires, des données existent. On peut

donc tout à fait observer les heures prestées en tout cas du côté francophone.

On peut tout à fait observer les heures qui ont été prestées ou non, en tout cas du côté francophone. J'aimerais d'ailleurs profiter de cette occasion pour expliquer quelque chose qui me paraît important. Quand on va regarder ces données, je ne suis pas certain que le nombre d'heures supplémentaires prestées sera si criant que cela, tout simplement parce qu'à un certain moment, la médecine générale a été un peu à l'arrêt pour se protéger. On ne faisait pas venir les patients. Les heures de travail n'ont donc pas spécialement explosé.

Finalement, la surcharge de travail ne se calcule pas spécialement en termes d'heures, mais aussi et surtout en termes de pression psychologique et de moments formation en dehors des consultations au cabinet. On passe des heures à écouter des webinaires, à regarder les chiffres de Sciensano, à lire les procédures qui changent de semaine en semaine, à discuter entre nous, à informer les patients. S'ajoute à cela notre spécificité en tant qu'assistants généralistes. En effet, on doit se former. On a des séminaires une fois toutes les deux semaines. On a le TFE. On a le récit de cas critiques. On a toute une série d'obligations. On a des cours à option chaque année. En fait, la surcharge ne se situe pas tellement au niveau des horaires, elle est surtout d'ordre psychologique. On a une charge mentale importante et une pression énorme puisqu'on est des débutants et qu'on a pourtant la vie de personnes entre nos mains. On a, en plus, une évaluation. On est évalué par nos maîtres de stage qui sont en même temps nos collègues. Tout cela est très compliqué. Tout cela est très dur à vivre. Je crois que beaucoup d'assistants ont ce sentiment. Les chiffres des anxiolytiques consommés suite à des symptômes d'anxiété parlent d'eux-mêmes.

La question de savoir si le manque de reconnaissance était lié à l'envie de stopper la médecine a été posée. Je ne peux malheureusement pas vous répondre en vous donnant des chiffres car il aurait été trop compliqué de poser cette question dans un sondage réalisé aussi rapidement. Mais pour ce qui me concerne, j'en suis intimement convaincu. Je crois qu'un énorme manque de reconnaissance est ressenti par une majorité des assistants généralistes qui ont finalement l'impression que toute cette charge psychologique, tout le temps investi pendant et en dehors des heures de travail ne sont pas toujours bien reconnus. Cela l'est peut-être par nos patients. Et heureusement qu'ils sont là parfois pour qu'on puisse tenir le coup. Cela l'est aussi peut-être par certains maîtres de stage bienveillants, mais ce n'est malheureusement pas

le cas de tous. Cela ne l'est pas non plus forcément par le monde politique.

Pour conclure, je suis ravi d'entendre de chacun d'entre vous que vous êtes conscients de notre apport, de l'importance que nous avons eue dans ces soins de première ligne. Je suis hyper heureux de l'entendre mais j'aimerais peut-être que ce soit concrétisé par des actes après les paroles. Que cette reconnaissance ne soit pas uniquement aujourd'hui par Zoom mais peut-être à plus long terme, que ce soit notamment par cette prime à laquelle nous n'avons pas droit, de manière complètement absurde, mais même pour un investissement à plus long terme dans la médecine générale, dans notre formation.

Yves Ledent: Je reprends encore quelques points.

Vous nous interrogez au niveau du matériel. Certains assistants ont dû acheter du matériel du fait que le matériel est arrivé fort tard mais aussi du fait que le peu de matériel qui était disponible était rationalisé. Les médecins généralistes maîtres de stage avaient du matériel mais n'en avaient pas en suffisance. Ils devaient donc le rationaliser. Certains étaient prêts à aller en acheter par eux-mêmes. D'autres étaient un peu moins convaincus de son utilité. Tout cela dépendait donc fort du maître de stage. Moi-même, lors de cette période, je n'étais pas encore actif en tant qu'assistant mais j'étais stagiaire. J'ai dû faire des stages lors desquels on n'avait pas de matériel pour moi. J'ai dû moi-même acheter du matériel. Vous me demanderez où j'ai pu en trouver. Je suis allé sur des sites chinois. J'en ai acheté sur AliExpress, sur Alibaba. On se débrouillait comme on pouvait. Tout le monde n'a pas su en trouver. C'était malheureusement une situation inconnue pour beaucoup.

Pour ce qui est des pistes en vue d'améliorer la communication, je pense que c'est surtout une question de timing. Le fait que nous recevions l'information via les médias signifie que cette information était quand même connue des médias quelque temps avant qu'elle ne soit communiquée. Peut-être qu'une communication vers la 1^{ère} ligne de soins à côté du canal vers les médias permettrait au personnel de la première ligne de soins d'avoir l'information au minimum en même temps que les médias et de ne pas l'apprendre via la presse. Quand on arrive le matin à son cabinet, on a les informations officielles via notre programme informatique que nous sommes tous obligés d'avoir.

Au mois de décembre, nous avons notamment reçu une information relative à la vaccination, qui

annonçait d'autres informations ultérieurement. Or nous ne les avons pas obtenues par ce canal, mais via la presse.

Qu'implique le statut *sui generis*? Il présente certains inconvénients, mais aussi des avantages. Les raisons pour lesquelles il ne peut pas être supprimé, en tout cas aussi facilement, sont notamment que ce statut ne confère pas de droit à la pension. En tant qu'assistants en médecine générale et futurs indépendants, nous ne cotisons pas pour la pension. Les charges sociales sont donc moindres. C'est avantageux pour la CCFFMG et pour les maîtres de stage qui doivent rémunérer les assistants en s'acquittant de charges moins élevées, étant donné que nous ne cotisons pas pour certains pans de la sécurité sociale.

S'agissant de notre préparation aux cours, encore une fois, c'est quelque chose qui va se faire. Les universités vont s'adapter. Lors des attentats, nous avons reçu des formations sur la prise en charge des victimes. Cela prend du temps à être inséré dans le cursus et les étudiants prennent parfois le relais.

Lorsque je suivais les cours, cela ne figurait pas encore dans le cursus. Avec des associations d'étudiants, nous avons organisé nous-mêmes des formations pour la prise en charge de *damage control*. Nous pouvons très bien envisager que, dans un premier temps, des associations d'étudiants commencent à former d'autres étudiants et, à plus long terme, puissent intégrer les formations aux pandémies qui vont survenir dans le cursus universitaire. Ceci est la première grande pandémie que nous connaissions à l'époque moderne. Il y en aura d'autres. Ces problèmes seront intégrés dans le cursus, mais cela prendra du temps.

Florence Devuyt: Je souhaite rajouter une petite chose par rapport à la prime covid.

Mme Gijbels demandait par rapport au dossier. Actuellement, il y a une demande qui est faite conjointement entre les représentants flamands et francophones. En tant que représentants francophones, on vient de créer une carte blanche – on vient seulement d'avoir l'appui de nos facultés, des syndicats, du collège de médecine générale – qui va être envoyée très prochainement au ministre et à la presse. C'est grosso modo ce qui est prévu pour l'instant.

Il faut voir si vous avez besoin d'autres informations complémentaires qu'on pourrait rechercher.

Il y a des choses qui sont en cours.

Karen De Mol: Ik zal proberen chronologisch te antwoorden op de vragen zoals gesteld.

Eerste vraag die ik had gehoord, betrof onze ombudsfunctie.

Wij hebben inderdaad tijdens de covidperiode veel meer klachten ontvangen, wat eigenlijk ook de aanleiding was tot het opstellen van onze studie. Ik denk dat Lotta daar ook wel meer over wil vertellen.

Dan was de volgende vraag over competentie.

Onze Franse tegenhanger heeft eigenlijk al goed aangegeven dat wij natuurlijk als huisarts levenslang lerend zijn. Ik ben zelf nu in het derde jaar en ben eigenlijk heel blij dat ik nog een jaar en half ongeveer een normale opleiding heb gehad en dat ik gelukkig toen nog veel gewone huisartszaken heb gezien. Daarmee denk ik wel dat ik zelf in staat ben om een goede praktijk te leiden, maar ik kan mij voorstellen dat degenen die na mij zijn begonnen, het jaar na mij, twee jaar na mij, degenen die nu in oktober zijn begonnen, enkel nog maar covidsituaties gezien, die kennen op de duur bijna niets anders. Trouwens, ik moet bekennen dat ik toch ook, wanneer ik in mijn eerste maand van de herneming van de normale reguliere zorg een diabetespatiënt bij mij kreeg voor opvolging, even moest nadenken hoe ik een en ander nu weeral deed. Natuurlijk komt dat terug en wij krijgen daar wel ervaring in, maar er zullen soms toch nog hiaten vallen. Uiteindelijk studeren wij ook wel af op basis van een geslaagd examen, waarin onze competenties ook wel worden getest. Grote hiaten worden daar ook wel geïdentificeerd. Tijdens onze opleiding hebben wij ook examens via videoconsultaties moeten doen. Er is wel gebleken dat grote hiaten of HAOI's met problemen daar wel worden uitgefilterd. Ik denk dat dat met deze crisis ook niet veel anders zal zijn, maar de ervaring zal inderdaad wel minder zijn dan de jaren voor ons. Dat is niet echt te ontkennen.

Dan zag ik nog een vraag over de besmettingen van de HAIO's.

U had dat aan onze Franstalige collega's gevraagd. Wijzelf hebben dat nog niet gedaan, maar wij zien het wel zitten om te vragen naar besmettingen in de eerste en de tweede golf. Wij zijn nu ook gestart met meer bevestigingen bij onze achterban HAIO's. Wij hopen dat dat ook vlot verloopt.

Dan kom ik aan de vraag over de premies.

Ik heb vanochtend het recentste nieuws daarover gehoord. Voor zover ik weet, zijn er nu drie premies. De eerste is de UFFT-premie, die zou

250 euro bruto per maand bedragen. Die zou voor de maanden maart tot juni voornamelijk aan de assistenten van de ziekenhuizen worden gegeven en de maatregel werd verlengd. Er hebben ook HAIO's in de ziekenhuizen gewerkt. Zij zouden dus ook in aanmerking komen voor die premie. Ik heb vanochtend gehoord dat dat goedgekeurd is, dat die premei op termijn naar ons zou gaan. Het gaat dan alleen over de HAIO's die in een ziekenhuis hebben gewerkt, voor de HAIO's in een huisartsenpraktijk is er geen premie.

Voorts was er ook een aanmoedigingspremie voor het ziekenhuispersoneel. Die bedroeg 985 euro bruto, voor de maanden september tot en met november, dus drie maanden. Ik heb vanochtend ook gehoord dat die goedgekeurd is voor ons, dat wij daar ook toe behoren. Ook hier gaat het weer over de HAIO's die in een ziekenhuis hebben gewerkt.

Samen met het ICHO hadden wij opgevat om die premies voor de HAIO's in de ziekenhuizen te verzamelen en solidair over alle HAIO's te verdelen, ook degenen die toen niet in een ziekenhuis werkten maar in een huisartsenpraktijk.

Voorts werd er ook nog gesproken over een soort premie van 600 euro per maand, eveneens van maart tot december, vooral om in de ziekenhuizen de extra kosten van de extra wachten op te vangen. Dat zou dan blijkbaar voornamelijk naar het ziekenhuisbestuur gaan. Uiteindelijk hebben de HAIO's ook extra wachten gedraaid.

Als ik kijk naar mijn eigen stage, ik heb in mei, juni, juli, augustus, september zelf in een ziekenhuis gewerkt. Ik heb daar ook wachten gedraaid. In het begin ging het om gescheiden wachten, dat bijvoorbeeld de assistenten de covidzorg deden en ik de rest, de niet-covid. In juli verdween dat spoor, was het ineens wel covidzorg, werd ik ook ingezet, ben ik tijdens mijn wacht 's nachts verschillende keren naar een covidafdeling gegaan, terwijl mijn kennis over covidzorg in een ziekenhuis niet bijster goed is.

Uiteindelijk zou die premie ook naar de HAIO's of toch naar onze werkgever SUi moeten kunnen gaan. Ik denk dat daarover nog voort wordt gediscussieerd.

Er wordt ook gevraagd naar premies voor HAIO's in de huisartsenpraktijk, omdat wij niets hebben. De huisartsen worden al vergoed via de GMD-regeling, maar voor ons is er niets. Wij hebben nu per ongeluk premies gekregen, omdat wij in ons nieuwe curriculum zes maanden ziekenhuisdienst moeten verrichten. Wij hebben geluk dat wij zo aan premies geraken, anders hadden wij totaal niets

gehad tot nu toe.

Er was ook een vraag over de psychologische steun.

Wij hebben gemerkt dat de HAIO's het moeilijk hadden. Het systeem voor psychologische ondersteuning bestaat erin dat men in eerste instantie naar de PO gaat met het probleem. Het volgende niveau is de stagecoördinator of de STACO. Het probleem is dat die personen u op het einde van het jaar moeten beoordelen. Het kan dus een drempel zijn om zich tot hen te wenden.

Vanuit het ICHO is er ook wel erkend dat het probleem bestaat. Er wordt aan gewerkt om een onafhankelijke functie in het leven te roepen als aanspreekpunt voor de psychologische begeleiding, maar dat moet nog worden opgestart.

De meeste supervisie gebeurt door onze PO of onze ziekenhuisopleider. Ik denk dat de supervisie meestal wel goed verlopen is, al zijn er natuurlijk wel problemen geweest. Het is de bedoeling dat de HAIO samen met zijn PO de wachten doet, maar door veel extra wachten, door covid, door andere regelingen, kon het ook gebeuren dat twee HAIO's de wachten deden en dat er geen PO was. Normaal moet de PO telefonisch beschikbaar zijn, maar ik kan best geloven dat daar fouten zijn gebeurd.

Ook bij ziekenhuisopleiders kan dat gebeuren. Mijn eigen ziekenhuisopleider heb ik in die maanden niet gezien, want ik stond op andere diensten en ik werd naar andere mensen verwezen. Ik denk dat het dan aan de HAIO is om zelf naar supervisie te vragen en met het probleem naar een begeleider te gaan. De HAIO moet zelf de moeite doen om een supervisor te zoeken, als er een probleem is.

Onze Franstalige tegenhangers hebben al gezegd dat zij zichzelf geëduceerd hebben, door opzoeken, via Sciensano. Ik kan mij ook herinneren dat er een informele facebookgroep is van artsen, ik meen vooral Nederlandstalige artsen, waar er veel info uitgewisseld en gedeeld wordt. Die is natuurlijk niet altijd even wetenschappelijk, maar op die manier komt men ook soms nieuwe dingen te weten die men zelfs na uren van research niet onmiddellijk tegenkomt.

Wat de erkenning betreft, en de carrièreswitch, meen ik wel dat er in de studie iets naar boven gekomen is. Lotta kan dat eventueel uitleggen?

Lotta Coenen: Ik kan straks vergelijken met andere cijfers. Ik zal dat straks doen.

Karen De Mol: De teleconsultaties zijn inderdaad

iets wat vroeger niet bestond, of dat toch werd afgeraden. Ik kan mij nog herinneren dat zelfs de Orde der Artsen er indertijd niet zo'n voorstander van was, en dat het bijvoorbeeld tijdens wachten toch altijd aangeraden werd zelf te gaan kijken. Dat is wat ik in het eerste jaar van mijn praktijkopleiding gehoord heb: als ze u 's nachts bellen, ga dan toch zeker kijken; het zijn mensen die u niet kent; u kent hun voorgeschiedenis niet.

Wat kregen wij als opleiding voor teleconsultaties? Ons werd vooral geleerd hoe wij iets urgents moesten behandelen. Als wij bijvoorbeeld een telefoontje kregen van iemand met pijn op de borst, leerden wij welke vragen wij daarvoor moesten stellen. Wij hebben moeten leren te diagnosticeren aan de telefoon, zoals al aangehaald werd door onze Franstalige tegenhangers.

Wat is onze positie ter zake? Ik meen dat het zeker zijn nut kan hebben bij bepaalde ziekten. Ik zie nu bijvoorbeeld de opkomst van de videoconsultatie. In sommige gevallen kan die inderdaad wel nuttig zijn. Ik heb recentelijk in het nieuws gezien dat een thuisverpleegkundige met een slimme bril langs ging voor de wondzorg bij patiënten. Dermatologie, huidgeneeskunde, is inderdaad iets wat wij op zicht kunnen zien. Het is niet dat wij dan veel handelingen doen, wij kijken daarnaar en wij zien: het is ontstoken, enzovoort. Daar zit zeker een toekomst in, dat kan men verder uitbouwen.

Wij hopen dat de teleconsultaties, nu zij door corona vroeger zijn ingevoerd, blijven bestaan maar zij mogen natuurlijk de fysieke consultatie-beleving niet volledig vervangen. Dat is iets wat niet kan.

Er werd ook gevraagd of wij ons voorbereid voelden op de crisis. Dat kwam niet echt aan bod in de opleiding, maar er werd altijd wel gerekend op onze flexibiliteit om daarmee om te gaan. Het is ook een van de kenmerken van onze opleiding, zeker als huisarts in opleiding. Wij krijgen met veel verschillende situaties te maken. In de drie laatste jaren heb ik op vier plaatsen gestaan. Ik heb mij dus zeker moeten aanpassen. Flexibiliteit is een eigenschap van een huisarts, maar we hebben ons nu wel wat meer moeten aanpassen dan in een normale situatie.

Hoe zullen we de gemiste ervaring inhalen? Die vraag is al aan bod gekomen.

Wat de vaccinaties betreft, in mijn omgeving werden de vaccinaties voornamelijk uitgevoerd met restjes uit de woon-zorgcentra. Bij ons werden zo heel veel huisartsen gevaccineerd. Uiteindelijk heb ik via eBox wel nog een uitnodiging gekregen.

Worden wij betrokken bij de vaccinaties? Bij het beleid niet echt. Worden wij betrokken bij de bemanning van de vaccinatiecentra? Ja, dat werd aan ons gevraagd. Ik kreeg daarover meerdere mails. Voelen wij druk daarvoor? Ja, in onze beroepsgroep is er een zeker gevoel van solidariteit. Iedereen draagt zijn steentje bij. Ik heb van andere HAIO's wel al gehoord dat zij niet echt de neiging voelen om zich vrijwillig daarvoor op te geven, omdat het weer om een soort van taak gaat waaruit wij niet echt specifieke huisartsenzaken leren. Wij krijgen nu wel lessen over anafylaxie, die wij anders misschien niet zo doorgedreven zouden krijgen, maar de leerkansen daar zijn veel lager dan in de gewone praktijk. Als het niet moet, zou ik het liever ook niet doen. Ik zou liever de gewone huisartsenpraktijkzaken doen.

Hoe loopt het? Ik kan alleen spreken over mijn eigen regio. Daar loopt de oprichting wel vlot.

Lotta Coenen: Mijnheer de voorzitter, ik zal ook een beetje chronologisch de vragen beantwoorden en mij vooral focussen op data die wij uit onze studie hebben kunnen halen.

Zoals mevrouw De Mol al heeft gezegd, zowel van het HOP als van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) kwamen er vrij veel klachten en bezorgdheden van HAIO's en dat is de aanleiding van de studie geweest. Het is ook op basis daarvan dat de vier interessedomeneinen zijn bepaald.

Veel medevertegenwoordigers zeiden dat de interviewers heel afhankelijk is van hoe de stagemeester ertegenover staat, maar uit onze studie is toch gebleken dat 76 % van de HAIO's die van mindere kwaliteit vond, vooral omdat het minder formeel werd ingepland. Er was wel plaats voor kleine, informele vragen over wat men zou doen in een bepaald geval, maar voor grote besprekingen was er minder tijd. Dat wou ik graag even aanhalen.

Belangrijk is ook dat wij in onze studie niet specifiek hebben gevraagd of HAIO's of PO's – dat zijn huisartsen en zij zijn dus misschien niet representatief voor de algemene huisartsen, maar het kan toch een idee geven – erover dachten om hun carrière te stoppen, maar 4 % van de HAIO's gaf spontaan aan dat zij ermee zouden stoppen en voor de PO's was dat 11 %, terwijl dat toch artsen met ervaring zijn. Ik denk dus dat de erkenning en het nieuw zijn in het beroep niet de enige factoren zijn waarom het moeilijk wordt. Ervaring is zeker niet de enige factor die ervoor zorgde dat afgestudeerde huisartsen beter konden omgaan met de crisis.

Er bestaan hiervan gelijkaardige cijfers uit de nationale gezondheidsstudie, als ik mij niet vergis. Ik wil u de link naar de bron zeker bezorgen, maar ik heb hier geen internettoegang, dus ik kan de exacte cijfers niet raadplegen. Zij zijn echter wel significant toegenomen en zelfs verdubbeld, denk ik. De studie gaat niet specifiek over huisartsen, maar over alle zorgverleners, dus het is wel interessant om naar de hele eerstelijnszorg te kijken in dit kader.

Mentale gezondheid is inderdaad heel belangrijk. Wij hebben een open vraag gesteld, namelijk wat zijn de belangrijkste stressoren. Ik heb ze vrij duidelijk opgelijst in de presentatie. Zij waren heel gelijklopend voor HAIO's en PO's, net zoals wat ontspanning kon bieden, en dat was vooral het informeel contact, zowel onder directe collega's – tussen HAIO's, PO's of meerdere collega's in een groepspraktijk – als in seminars. Daar merkten heel veel HAIO's toch druk: als seminars online verlopen, zijn zij minder soepel, waardoor men minder persoonlijke interactie heeft, vandaar de vraag om ze weer fysiek te kunnen organiseren. Nochtans stellen de HAIO's zich nu dat weer kan, wel de vraag of zij het wel kunnen maken tegenover hun patiënten om elkaar in groep te zien. Dat is ook een wankel evenwicht.

Wij merken nu wel dat HAIO zich afvraagt of wij het wel kunnen maken tegenover de patiënten dat wij elkaar opnieuw in groep zien. Dat is een wankel evenwicht.

Ook is er de ontspanning buiten de praktijk, teneinde de geneeskundeknop even te kunnen uitzetten. Dat is heel belangrijk. Heel veel mensen haalden immers humor aan alsook kunnen lachen, sporten, vrienden zien, op vakantie gaan en rustmomenten inplannen. Dat waren de standaardzaken die terugkwamen. Het is belangrijk dat HAIO's en PO's daarvoor tijd hebben.

Het ICHO is nu ook zinnens een onafhankelijke specifieke ombudsdienst te ontwikkelen om vooral op die mentale klachten een antwoord te bieden.

Voorts zijn er nog initiatieven zoals Doctors4Doctors.

Echter, niet voor niets bestaat het gezegde dat verpleegkundigen, leerkrachten en vooral artsen de moeilijkste patiënten zijn. Het is heel moeilijk soms om als arts uit te komen voor het feit dat een arts ook wel ziek kan zijn. Dat is een belangrijke persoonlijke drempel, die misschien wat eigen is aan onze beroepsgroep. Ik zie mijn medevertegenwoordigers knikken. Dat doet mij plezier, nu ik dat aangeef.

Wij zijn nog niet erg veel ingegaan op het sui-generisstatuut, waarover nochtans heel veel vragen zijn gesteld. De reden waarom daarrond nog niet heel veel is gebeurd, is de volgende. Wij hebben nu in de huidige situatie gemerkt dat wij, het HOP, niet zozeer een politiek gerichte organisatie zijn. Wij zijn heel veel bezig met onze communicatie aan de universiteiten, aan de HAIO's en aan het ICHO. Het is voor ons een belangrijke stap in het proces. Binnen het HOP zijn wij ook bezig met de oprichting van een specifieke werkgroep om het statuut te verbeteren.

Het statut is opgericht, nadat ik daarover heb gepraat in een persoonlijk gesprek met mijn PO. Vroeger werd een HAIO immers niet betaald. De HAIO werkte, maar werd totaal niet betaald. Nu is dat veranderd. Wanneer een HAIO een bepaald aantal consultaties heeft gedaan, wordt hij of zij daar wel voor vergoed. Dat is een goede evolutie, maar het statuut is nooit vervolledigd.

Wat zijn de voordelen? Het belangrijkste is dat er tout court een statuut is dat toch enigszins sociale dekking biedt. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan zwangerschapsverlof en vaderschapsverlof. Ook omvat het een heel klein deeltje vergoeding voor transport. Het bevat ook een vakantieregeling. Dat zijn zaken die zonder statuut niet zouden bestaan.

Wanneer wij kijken naar het statuut van een bediende of een arbeider, dan merken wij dat zulke punten heel standaard zijn. Bovendien staan heel wat zaken die een arbeider of een bediende krijgen, er niet in. Ik denk bijvoorbeeld aan de verplichting om een auto of een rijbewijs te hebben. Dat is enigszins eigen aan de beroepsgroep, maar dat zijn zaken die er wel specifiek in staan.

Karen De Mol: Dit is niet zozeer eigen aan het statuut *sui generis*, maar het feit dat we een auto en een rijbewijs moeten hebben heeft meer te maken met ons contract. We zullen dat ook bespreken met het ICHO, zodat de contracten eventueel kunnen worden aangepast. Tegenover vroeger zijn er al veel stappen vooruit gezet, er zijn veel voordelen toegevoegd, zoals het zwangerschaps- en vaderschapsverlof. Er is ook een limitering van de wachturen, wat vroeger niet het geval was. Maar ondanks die nieuwe voordelen kan het toch nog altijd beter. Ons statuut is ook een voorbeeld voor de assistenten. Samen kunnen we er dan de hiaten uithalen en het statuut verbeteren. Op dat gebied is er nog werk, maar de voordelen mogen we zeker niet vergeten.

Lotta Coenen: Ik wil nog drie puntjes bespreken.

Er is al veel gesproken over de teleconsultaties. Uit de internationale literatuur blijkt dat die het meest

veilig, correct en efficiënt kunnen gebruikt worden voor de opvolging van chronische pathologie. Bijvoorbeeld de opvolging van psychologische klachten kan vaak ook telefonisch. Dat wil niet zeggen dat we die mensen niet meer in de praktijk willen zien. Maar een geruststelling op geregelde basis kan soms makkelijker telefonisch. Of de suikerwaarden die een chronische patiënt thuis meet en ons bezorgt, kunnen wel telefonisch besproken worden.

Acute pathologie op de lange termijn wordt toch beter besproken binnen de praktijk met een fysiek onderzoek, zo blijkt ook uit onderzoek. Dat staat dus eigenlijk haaks op hoe teleconsultaties nu, en zeker in het begin van de pandemie, ingezet werden.

Er is ook gevraagd hoe de communicatie vanuit de overheid naar de huisartsen en de HAIO's kan verbeteren. We hadden de richtlijnen altijd ter beschikking, want ze werden gepubliceerd op Sciensano. We werden echter niet op de hoogte gesteld van updates. We ontvangen soms wel andere communicatie. De overheid weet wie er huisarts en HAIO is, want ze hebben daar een overzicht van via de RIZIV-nummers.

Op die manier hebben zij ook onze contactgegevens. Ik vraag mij af of het mogelijk is om via die contactgegevens huisartsen te bereiken, al is het maar heel kort. Als er bijvoorbeeld een update is, kan worden gemeld waar de bronnen kunnen worden gevonden.

Er werd gevraagd of wij opleidingen kregen. Welnu, er vonden korte opleidingensessies plaats in de vrije tijd. Dat was niet ingeburgerd in de klassieke opleiding, behalve in de seminaries, waarin er vaak naar gepolst werd. Ook daar is er volgens mij weer een wankel evenwicht. Moeten wij alles leren over covid, maar schuiven wij al de andere lessen, nochtans ook heel belangrijk voor onze latere carrière, aan de kant, en worden die later nog ingehaald? Dat is een moeilijke balans. Het evenwicht bestond erin dat de lessen die altijd al worden gegeven, behouden werden, terwijl de bijkomende opleidingen binnen het keuze-onderwijs werden gebruikt om onze covidkennis bij te schaven. Dat is volgens mij wel een goed evenwicht.

Daarmee heb ik het belangrijkste uit de studie aangehaald.

Kimberley De Vocht: Heel veel dingen zijn al gezegd en besproken. Bij herhaling hoor ik dat veel zeggen nog niet gelijk staat met veel doen. Toch moeten we daar echt wel naartoe.

Sta me toe om de huidige cijfers erbij te nemen.

Tot nu toe zijn er in België 763.000 covidgevallen geweest, waarvan er 56.000 in het ziekenhuis werden opgenomen, wat betekent dat er in de huisartsenpraktijken 707.000 covidpatiënten opgevolgd werden. Het gaat dan niet enkel om de eenmalige afname van een covidtest, maar ook over de triagecentra, de opvolging, over wat te doen nadien, telefonisch contact, heel de familie nadien contacteren, al de mensen nadien met een hoogrisicocontact, de vraag of er al dan niet hoogrisicocontact heeft plaatsgevonden, al die bezorgdheden. Er is dus zoveel meer dan alleen het stukje covid. Ook in de woon-zorgcentra hebben overigens vooral de huisartsen gewerkt. Daarover is er al veel gesproken.

Ik meen dat ik samenvattend mag benadrukken dat wij heel hard hebben gewerkt in die moeilijke tijden, net zoals heel veel andere partners. We hebben dat met heel veel plezier gedaan, maar wij willen daarvoor wel ook het respect krijgen. Wij willen als gelijkwaardige partner gezien worden in heel het zorgsysteem.

De **voorzitter**: Mevrouw De Vocht, ik denk dat die boodschap bij de leden is aangekomen. Veel leden maken deel uit van de commissie voor Gezondheid, dus ik vermoed dat dit daar ook een gevolg zal krijgen.

Als niemand nog het woord vraagt, wil ik de vergadering afronden en vooral onze gasten bedanken. Ook dit was voor ons een heel waardevolle vergadering. U hebt ons heel wat elementen aangereikt waarmee we zeker iets moeten doen. Ik denk dat we allemaal die overtuiging hebben.

Ik wens iedereen een heel fijn weekend.

*De hoorzitting eindigt om 17.24 uur.
L'audition se termine à 17 h 24.*