

# LES CAHIERS DE LA CONFÉRENCE BELGE DE LA PREMIÈRE LIGNE

## ABSTRACTBOEK BELGISCHE CONFÉRENTIE VOOR DE EERSTELIJN

28-29 | 11 | 2023





ISBN : 978-2-9602995-1-9

Graphisme : Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

# INTRODUCTION



## Conférence des deux chaires interdisciplinaires de la première ligne

Grâce au Fonds Dr. De Coninck, géré par la Fondation Roi Baudouin, les deux chaires de la première ligne, Be.Hive et l'Academie Voor de Eerste lijn, réalisent des recherches scientifiques et contribuent à l'amélioration de l'enseignement avec la première ligne.

L'objectif est de rendre la première ligne plus forte, plus structurée, plus visible et plus résiliente face aux défis démographiques et technologiques, en ayant une attention particulière pour les personnes les plus vulnérables.

Les deux chaires incluent des chercheurs et enseignants des universités et hautes écoles. Pour Be.Hive, il s'agit des hautes écoles HE Vinci, Henallux et HELB et de trois universités francophones : Liège, ULB et UCL, mais aussi des représentants des usagers des services de santé (LUSS), de leurs aidants (ASBL Aidants proches) et des professionnels de la première ligne (PPLW et PPLB-BELZ).

Les **28 et 29 novembre 2023**, les deux chaires ont organisé une conférence commune sur la thématique de la **pérennité des interventions et innovations en santé**.

Comment nous engager vers une recherche socialement et socialement responsables à l'heure où les politiques soutiennent l'organisation de la première ligne et l'intégration des soins via des projets divers, tels la création des Zones de première ligne (Flandre), le Plan Social Santé Intégré (Bruxelles) et le Décret première ligne (Wallonie) ?

Les deux journées d'échanges et de réseautage ont permis au public d'être inspiré, de se connecter, de partager et d'apprendre.

Des sessions plénières ont alterné avec des workshops et des moments plus conviviaux.

Les sessions étaient articulées autour de quatre thématiques suivantes :

### 1. **Inclusivité et équité** dans les soins primaires

Pratiques, modes d'organisation, modes d'enseignement, de recherche qui soutiennent l'inclusivité et l'équité dans les soins primaires. L'inclusivité signifie l'inclusion de différents types de personnes en situation de vulnérabilité : socio-économique, culturelle, de genre, de langue, d'alphabétisation, d'âge, de morbidité, de handicap, parmi d'autres.

### 2. **L'échange de connaissances** dans le domaine des soins primaires : relier la recherche, l'enseignement et la pratique

Comment la recherche peut-elle soutenir la pratique et l'enseignement, et comment la pratique est-elle utile à la recherche ? Quelles expériences et outils à partager ?

### **3. La résilience et les soins primaires**

La résilience est la capacité de tout système à s'adapter aux crises (aiguës) et au stress (à long terme). Comment les soins primaires peuvent-ils s'adapter à la rareté du nombre d'infirmières et de médecins généralistes dans un contexte démographique changeant et aux défis posés par une société évoluant vers un individualisme accru ? Comment mieux financer les soins primaires ? Quelle est la responsabilité des soins primaires, de la recherche et de l'enseignement dans la résilience de l'individu ou du groupe (y compris l'autogestion, l'autonomisation, etc.) ?

### **4. Nouveaux rôles et nouveaux accords en matière de soins primaires**

Innovations (sociales) dans les soins primaires (p. ex. développement des équipes multidisciplinaires), création de liens et de partenariats, nouveaux rôles et fonctions dans la pratique (p.ex. case managers, référents de proximité)... et leur valeur ajoutée au système de soins?

L'équipe organisatrice et scientifique est convaincue que cette conférence comble en partie un vide existant dans les connaissances de la première ligne belge et vous souhaitons deux journées aussi agréables qu'inspirantes.

# INLEIDING



## Conferentie van de twee leerstoelen van de eerste lijn

Met dank aan het Fonds Daniël De Coninck en de Koning Boudewijnstichting verrichten twee leerstoelen, de Academie Voor De Eerste Lijn en Be.Hive al meer dan vier jaar lang innovatief wetenschappelijk onderzoek. Ze ontwikkelen ook belangrijke onderwijsactiviteiten en dragen bij aan een aanzienlijke verbeteringen in de eerstelijnszorg. De netwerkfunctie van de leerstoelen is ook van groot belang.

In beide leerstoelen werken onderzoekers en docenten van universiteiten en hogescholen intensief samen. Voor de Academie voor de eerste lijn betreft het Universiteit Antwerpen, KU Leuven, Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Gent, UCLL, Karel de Grote Hogeschool, Vives, Thomas More, Arteveldehogeschool, Hogeschool Gent. Daarnaast zijn voor de Vlaamse leerstoel ook het Vlaams Instituut Voor de Eerstelijnszorg (VIVEL), het Vlaams Patiëntenplatform en het Wit-Gele kruis vaste partner.

Op **28 en 29 november 2023** organiseren de twee leerstoelen een gezamenlijke conferentie waarbij we ook onderzoekers (ook van buiten het consortium!), hulpvragers en hun omgeving, beleidsmensen, zorgverleners en – organisaties en ook commerciële partners samenbrengen. Iedereen met een warm hart voor onze eerstelijnszorg is welkom.

Dit jaar ligt de nadruk op het verankeren van interventies en innovaties in zowel gezondheid als welzijn. In tijden waarin het beleid de organisatie van de primaire en geïntegreerde zorg door verschillende projecten, zoals de eerstelijnszones (Vlaanderen), het Integrated Social Health Plan (Brussel) en Proxisanté ondersteunt, is het doel van deze conferentie om samen te onderzoeken hoe we ons hierbij kunnen inzetten op een sociaal en maatschappelijk verantwoorde wijze.

We zijn er van overtuigd dat tijdens twee dagen van uitwisseling en netwerken er enorme kansen zijn om te verbinden, delen en leren. Plenaire sessies worden afgewisseld met workshops en er zijn ook veel informele contactmomenten.

De sessies zijn gericht op de volgende vier thema's:

### **1. Inclusiviteit en rechtvaardigheid in de eerstelijnszorg**

Nieuwe praktijk en organisatievormen, onderwijsmethoden en onderzoek die inclusiviteit en rechtvaardigheid in de eerstelijnszorg ondersteunen. Met inclusiviteit bedoelen wij de inclusie van kwetsbare personen, waaronder sociaal-economische, culturele, taal-, geletterdheids- en leeftijdsgroepen.

### **2. Kennisuitwisseling in de eerstelijnszorg: het verbinden van onderzoek, onderwijs en praktijk**

Hoe kan onderzoek de praktijk en het onderwijs ondersteunen? Hoe kunnen praktijkinzichten op hun beurt onderzoek voeden? Welke ervaringen en instrumenten kunnen we delen?

### **3. Veerkracht en de eerstelijns**

Veerkracht is het vermogen van elk systeem om zich aan te passen aan crisissituaties en langdurige stress. Hoe kan de eerstelijnszorg zich aanpassen aan het groeiende tekort aan verpleegkundigen en huisartsen in een veranderende demografische context in een samenleving die steeds meer gericht is op het individu? Hoe kunnen we met onderzoek en onderwijs in de eerstelijnszorg bijdragen aan de veerkracht van individuen en groepen? Wat is de rol van zelfmanagement en empowerment?

### **4. Nieuwe rollen en afspraken in de eerstelijns**

Er ontstaan snel multidisciplinaire teams. Deze samenwerkingsverbanden met vaak nieuwe rollen en functies, zoals casemanagers en buurtcontactpersonen, hebben hun toegevoegde waarde voor het eerstelijnsstelsel. Maar hoe organiseren we dat best?

Het organiserend en wetenschappelijk team is er van overtuigd dat we met dit colloquium een belangrijke leegte vullen in het bestaande eerstelijnslandschap. We wensen u twee boeiende en betekenisvolle dagen!

# PROGRAMME GÉNÉRAL DES DEUX JOURNÉES

## ALGEMEEN PROGRAMMA OVER TWEE DAGEN

28-11-2023

09:00	Gerrit Rauws	Membre du comité de direction du Fonds Dr. De Coninck • Lid van het bestuurscomité van het Fonds Dr. De Coninck	Accueil • Welkom
09:15	Emily Verté Roy Remmen Thérèse Van Durme	Coordinateurs des deux chaires • Coördinatoren van de twee leerstoelen	Défis pour la recherche et l'enseignement en première ligne • Uitdagingen voor onderzoek en onderwijs in de eerste lijn
09:30	Cassandra Dermience	Chargée de projets à la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), membre de Be.Hive • Projectverantwoordelijke van de Franstalige patiëntenvereniging	Valoriser l'expertise patient au sein de la formation des professionnels de la santé : l'exemple du projet patients-formateurs • Hoe kunnen we de meerwaarde verhogen van patiëntexpertise in de opleiding van professionals in de gezondheidszorg: het voorbeeld van het patiënt-trainers project
10:00	Koen Hermans	Professeur à LUCAS, KU Leuven • Professor aan LUCAS, KU Leuven	L'importance d'une approche sociale de la santé en première ligne • Het belang van een sociale benadering van gezondheid in de eerste lijn
10:30	Hilde Crevits	Viceminister-president van de Vlaamse Regering   Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Visserij • Vice-ministre président du Gouvernement flamand   Ministre flamande du Bien-être, de la Santé Publique de la Famille et de la Pêche.	Visie en toekomstplannen voor de eerstelijns in Vlaanderen (video) • Vision et plans pour l'avenir de la première ligne en Flandre (vidéo)
10:45	Pause café • Koffiepauze		
11:00	Session parallèles • Parallelsessies		
12:30	Lunch break		
13:15	David Hercot	Conseiller pour les compétences action sociale et santé, COCOF et COCOM des cabinets des Ministres Maron et Trachte • Adviseur voor sociale en gezondheidsbevoegdheden, COCOF en COCOM van de kabinetten van Ministers Maron en Trachte	Renforcer la première ligne d'aide et de soins en région bruxelloise, pourquoi et comment ? • De eerste lijn van zorg en welzijn versterken in regio Brussel, waarom en hoe?
13:30	Session parallèles • Parallelsessies		
15:00	Tea break		
15:30	Remise du prix du meilleur abstract • Uitreiken van de prijs voor het beste abstract		
15:31	Remise du prix BELRAI • Uitreiking BELRAI prijs	Pedro Facon	Administrateur général adjoint de l'INAMI • Adjunct-administrateur-generaal van het RIZIV
15:45	Table Ronde Panelgesprek	Modérateur • Moderator: Pedro Facon	
17:15	Fin de la première journée • Einde van de eerste dag		

# 29-11-2023

09:00	Emily Verté Roy Remmen Thérèse Van Durme	Coordinateurs des deux chaires • Coördinatoren van de twee leerstoelen	Bienvenue et lien avec la journée précédente • Welkom en link met de vorige dag
09:15	Frank Vandembroucke	Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique • Vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	Investeren en hervormen in de eerste lijn: een dwingende opdracht • Investir et réformer en première ligne : une mission impérieuse
09:30	Sibyl Anthierens	Professeure à l'Université d'Anvers, membre de Academie Voor De Eerste Lijn et du comité directeur du Fonds Dr. De Coninck • Professor Universiteit Antwerpen, lid van de Academie Voor De Eerste Lijn en van het bestuursorgaan van het Fonds Dr. De Coninck	Onderzoek voor de dagelijkse praktijk: evidentie met impact? • La recherche pour la pratique quotidienne : des données factuelles pour un impact ?
10:00	Marlène Karam	Professeure • Professor à l'Université de Montréal	Défis, enjeux et complémentarité des nouveaux rôles au sein de la première ligne • Uitdagingen, vragen en complementariteit van nieuwe rollen in de eerstelijnszorg
	Jean-Luc Belche	Professeur à l'Université de Liège, membre de Be.Hive	
10:45	Pause café • Koffiepauze		
11:15	Session parallèles • Parallelsessies		
12:45	Lunch break		
13:30	Annet Wauters	Chargée de projets à la Vlaams Patiëntenplatform (VPP) • Projectmanager aan het Vlaamse Patiëntenplatform (VPP)	Participation des patients : entends-tu aussi la voix du patient ? • Patiëntenparticipatie : hoor jij ook de stem van de patiënt?
14:00	Session parallèles • Parallelsessies		
15:30	Tea break		
16:00	Professeures Isabelle Aujoulat (UCLouvain) et Josefien Van Olmen (UAntwerpen)	Symposium : La formation des professionnels de la première ligne de soins à la Promotion de la santé et la Prévention. Résultats de deux recherches interuniversitaires et transdisciplinaires, soutenues par la Fondation Roi Baudouin (Fonds Van Mulders-Moonens) et menées en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Flandre : REFORM P2 & PROPELLER. Les résultats des deux recherches seront présentés et discutés en présence de spécialistes belges et internationaux	Symposium : Opleiding van eerstelijnsprofessionals. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie. De resultaten van twee interuniversitaire en transdisciplinaire onderzoeksprojecten, ondersteund door de Koning Boudewijnstichting (het Fonds Van Mulders-Moonens) en uitgevoerd in de Federatie Wallonië-Brussel en Vlaanderen: REFORM P2 en PROPELLER. De resultaten van de twee onderzoeksprojecten zullen worden gepresenteerd en bediscussieerd in de aanwezigheid van zowel Belgische als internationale gastsprekers.
18:30	Fin de la deuxième journée • Einde van de tweede dag		



# TABLE DES MATIÈRES

## INHOUDSOPGAVE

<b>Introduction</b> Inleiding	3
<b>Programme général des deux journées</b> Algemeen programma over twee dagen	7
<b>Table des matières</b> Inhoudsopgave	9
<b>Session 1 — Nouveaux rôles et nouveaux accords</b> Sessie 1 — Nieuwe rollen en overeenkomsten	15
Un nouvel accord pour les médecins généralistes belges : collaboration interprofessionnelle et méthode de paiement mixte : une recherche qualitative	16
New Deal for Belgian general practitioners : interprofessional collaboration and a mixed method of payment - a qualitative research	17
Stratégies des médecins généralistes pour la référence en termes de déterminants sociaux de la santé : une analyse de réseau ego-centrée	18
General Practitioners' Referral Strategies with Regards to Social Determinants of Health: an Ego-centric Network Analysis	19
Pratiquer la responsabilité sociale en médecine : de la théorie à la pratique. Résultats d'une enquête internationale Delphi	20
Practicing social responsibility in medicine: from theory to practice. Results of an international Delphi survey	21
Comment intégrer le genre dans l'accompagnement de jeunes vivant avec une maladie chronique ?	22
How to integrate gender in care of young people living with chronic disease?	23
<b>Session 2 — Nouveaux rôles et nouveaux accords</b> Sessie 2 — Nieuwe rollen en overeenkomsten	25
Nieuwe rollen en samenwerkingen voor de apotheker: psychosociale zorg, suïcidepreventie en medicatiebeheer in woon- en zorgcentra	26
New roles and collaborations for the pharmacist: psychosocial care, suicide prevention and medication management in nursing homes	27

**Session 3 — Nouveaux rôles et nouveaux accords****Sessie 3 — Nieuwe rollen en overeenkomsten****29**

Vers un modèle de case management à Bruxelles	30
Towards a case management model in Brussels	31
Prestataires de soins primaires, coordinateurs ou case managers : qui pour assurer le rôle de référent ?	32
Primary care providers, coordinators, or case managers: who should assume the role of referent?	33

**Session 4 — Inclusion et équité****Sessie 4 — Inclusiviteit en rechtvaardigheid****35**

Evaluatietool voor de maturiteitsmeting van de officina-apotheker	36
Assessment tool for the maturity measure of the community pharmacist	37
Het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg voor socio-economisch kwetsbare groepen: samenwerkingen tussen 'community health workers' en eerstelijnszorgorganisaties	38
Improving access to healthcare for socio-economic vulnerable groups: collaboration between community health workers and primary care organisations	39
Iedereen mee in een zorgzame buurt	40
Everyone participates in a caring neighborhood	41
Zorgzame buurten – bruggen in plaats van schotten	42
Caring neighborhoods – bridging capital	43

**Session 5 — Nouveaux rôles et nouveaux accords****Sessie 5 — Nieuwe rollen en overeenkomsten****45**

Brainstorm over verpleegkundige rollen in de eerstelijns	46
Nurses in primary care: revisited	47

**Session 6 — Nouveaux rôles et nouveaux accords****Sessie 6 — Nieuwe rollen en overeenkomsten****49**

Utilisation d'outils spécifiques en vue de la mise en place de soins intégrés au départ de l'hospitalisation chez les patients chroniques à profil complexe : impacts médico-économiques	50
Use of specific tools to implement integrated care from hospitalisation for complex chronic patients: medico-economic impacts.	51
Perceptions des utilisateurs à long terme de benzodiazépines et de Z-drugs concernant leurs objectifs de traitement lors de leur sevrage	52
Long-term benzodiazepines and Z-drugs user's perceptions regarding their treatment goals during their withdrawal	53
Guide de pratique clinique «Red Flags» en podologie : feuille de route et résultats préliminaires	54
Podiatric guideline "red flags": roadmap and preliminary outcome	55
Intégration de l'ostéopathie dans les milieux de soins interdisciplinaires : obstacles et facilitateurs	56
Integration of osteopathy in interdisciplinary medicine: obstacles and facilitators	57

## Session 7 — Inclusion et équité

### Sessie 7 — Inclusiviteit en rechtvaardigheid

59

Born in Belgium Professionals, une plateforme partagée proposant des soins intégrés	60
Born in Belgium Professionals, A shared platform for integrated care	61
Guide pour les professionnels impliqués dans l'accompagnement de grévistes de la faim dans un contexte non-carcéral	62
Gids voor zorgverleners die hongerstakingen begeleiden in een niet-vrijheidsberovende omgeving	63
Guide for professionals involved in accompanying hunger strikers in a non-custodial setting	64
Les déterminants de la participation du public au sein d'activités collectives déployées parmi les services de la première ligne de soins et de santé en Belgique francophone : focus sur les émotions	65
Determinants of public participation in collective activities conducted within the primary care services in French-speaking Belgium: a focus on emotions	66
TOOLINE1, Renforcer l'accès aux soins pour les personnes exclues du système : un projet pour et avec la première ligne	67
Betere toegang tot zorg voor mensen die uitgesloten zijn van het systeem: een project voor en met eerstelijns gezondheidswerkers	68

## Session 8 — Partage des connaissances

### Sessie 8 — Kennisuitwisseling

69

Curriculum d'apprentissage de la communication patient – médecin en master de spécialisation en médecine générale	70
Curriculum for Patient-Doctor Communication in a Master's Specialization in General Medicine	71
De la Pratique à la Recherche... et Retour ! Enjeux de la Participation dans la Recherche en Médecine Générale	72
From Practice to Research... and Back! Challenges of Participation in General Medicine Research	73
Explorer les pratiques d'évaluation dans les équipes pluridisciplinaires de soins primaires en Belgique francophone	74
Exploring evaluative practice in multidisciplinary primary care teams in French speaking Belgium	75
Un suivi rapproché avec un-e patient-e ayant un trouble lié à l'usage de substances a-t-il un impact sur les représentations des futur-es médecins ?	76
Does close follow-up with a patient with a substance use disorder have an impact on the perceptions of future doctors?	77

## Session 9 — Nouveaux rôles et nouveaux accords

### Sessie 9 — Nieuwe rollen en overeenkomsten

79

Aide et Soins centrés sur les objectifs de la personne (Ascop) : leçons tirées pour la mise en œuvre en soins primaires	80
Doelgerichte zorg: lessons learned voor de implementatie in de eerste lijn	81
Goal Oriented care: lessons learned for implementation in primary care	82

## Session 10 — Partage de connaissances

### Sessie 10 — Kennisuitwisseling

83

De implementatie van complexe richtlijnen in de eerste lijn	84
The implementation of complex guidelines in primary care	85
Implementatie van evidence-based handelen: hoe kunnen we wie wil implementeren ondersteunen?	86
Implementation of evidence-based practice: How to support implementers?	87

**Session 11 — Inclusion et équité****Sessie 11 — Inclusiviteit en rechtvaardigheid****89**

Collaborer en social-santé pour faire face aux situations de vulnérabilité et lutter contre les inégalités sociales de santé ?	90
Collaborating in social health to address situations of vulnerability and fight against social inequalities in health?	91

**Session 12 — Partage de connaissances****Sessie 12 — Kennisuitwisseling****93**

De route door de gezondheidszorg van mensen met complicaties van diabetes type 2: een kwalitatief onderzoek naar hun ervaringen	94
Journey through healthcare of people with complications of Type 2 Diabetes: a qualitative study of lived experiences	95
De eerstelijnsactoren als versterkende kracht voor het werken aan zorgzame buurten: een verkenning van de praktijk	96
The primary care actors as an empowering force in working toward caring neighbourhoods	97
Naar een beter begrip van 'Integrated Community Care' of 'Geïntegreerde Buurtzorg'. Een systematische literatuurstudie	98
Towards a conceptualisation of Integrated Community Care (ICC). A systematic literature review	99
Ergotherapie in een interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn in België, de toegevoegde waarde voor cliënt en professional	100
Occupational therapy in an interdisciplinary collaboration in primary care in Belgium, the added value for client and professional	101

**Session 13 — Résilience****Sessie 13 — Veerkracht****103**

D'un état des lieux à une coordination, résilience de la première ligne namuroise en contexte de pandémie	104
From an inventory to coordination, resilience of the primary care of Namur in the context of a pandemic	105
Le programme Bien Chez Moi 2.0 (Ergo2.0 et connectivité) pour les personnes âgées fragiles	106
Living well at home with occupational therapy (Ergo2.0 and Connectivity) for Frail Older People	107
Obstacles et leviers liés à la mise en œuvre et au maintien d'enseignements pédagogiques innovants pour répondre aux besoins des travailleurs et des patients en première ligne. Recherche qualitative descriptive	108
Obstacles and levers related to implementing and sustaining innovative pedagogical teachings to meet the needs of primary care and support workers and patients. Descriptive qualitative research	109
Terugkeer naar werk – Het belang van de eerstelijnszones	110
Return to work – The importance of primary care zones	111

**Session 14 — Nouveaux rôles et nouveaux accords****Sessie 14 — Nieuwe rollen en overeenkomsten****113**

Les Communautés de Pratiques (CoPs) : un outil pour renforcer l'approche en santé communautaire (SC) ou soutenir l'intégration social-santé sur le territoire	114
Communities of Practice (CoPs): a tool for strengthening Community Health (CH) and local social-health Care integration (CI)	115

## Sessie 15 — Partage de connaissances

### Session 15 — Delen van kennis

117

Van SCUBY-evidentie over implementatie van geïntegreerde zorg naar het coachen van huisartsenpraktijken bij de organisatie van chronische zorg: het overbruggen van de kenniskloof als onderdeel van een samenwerkingsproject	118
From SCUBY evidence on integrated care implementation to coaching GP practices on chronic care organization: bridging the know-do gap as part of a collaborative project	120

## Sessie 16 — Inclusion et équité

### Session 16 — Inclusiviteit en rechtvaardigheid

123

Toegankelijkheid in de samenleving	124
Accessibility in the community	125

## Session par affiche 1 — Evikey

### Poster sessie 1 — Evikey

127

Evikey, de sleutel tot evidence-based practice in de 1ste lijn gezondheidszorg	128
Evikey, the key to evidence-based practice in primary healthcare	129
Gezondheid en Wetenschap als hefboom om burgers kritisch te leren omgaan met gezondheidsnieuws	130
Gezondheid en Wetenschap as levers to help citizens read wisely health information	131
Resultaten van de evidence-based practice cultuurmeting bij zorgverleners uit de eerste lijn	132
Results of the measure of evidence-based culture in primary healthcare providers	133
Richtlijnontwikkeling in de eerstelijnsgezondheidszorg	134
Development of guidelines in primary healthcare	135
De CAPOCI-tool: ontwikkeling van een tool voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van evidence-based point-of-care-informatie voor zorgverleners	136
The CAPOCI-tool: development of a tool to assess the trustworthiness of evidence-based point-of-care information for health care professionals	137
Evaluatie van de betrouwbaarheid van point-of-care-informatie voor Belgische zorgverleners: een kader	138
To evaluate trustworthiness of point-of-care information for Belgian health care professionals: a framework	139
Minerva: pour la promotion et la diffusion de l'évidence-based practice	140
Minerva : voor de promotie en disseminatie van evidence-based practice	141

## Session par affiche 2 — Implémentation

### Poster sessie 2 — Implementatie

143

Implementatie van doelgerichte zorg: van een theoretisch concept naar een praktijkinterventie	144
Implementing goal-oriented care: from a theoretical concept towards a practice-based intervention	145
Obstacles et facteurs facilitant l'ergothérapie pour les personnes âgées fragiles dans le cadre des soins primaires en Belgique	146
Barriers and facilitators to occupational therapy for the frail older person within primary care in Belgium	147

## Session par affiche 3 — Nouveaux rôles et nouveaux accords

### Poster sessie 3 — Nieuwe rollen en overeenkomsten

149

AiDiDom, un système d'assistance digitale	150
AiDiDom, a Digital Assistance System	151
Développement conjoint de la compétence collaborative des étudiants de Master en médecine, pharmacie, kinésithérapie et sciences infirmières (pratique avancée)	152
Joint development of collaborative competence of Master students in medicine, pharmacy, physiotherapy and nursing (advanced practice)	153
Het ondersteunen van apothekers in de eerste lijn	154
Support of the primary care pharmacist	155
Persoonlijke en publieke betrokkenheid bij de ontwikkeling van een gezondheidsvaardige website voor littekenbehandeling	156
Personal and Public Involvement in developing a health literate scar treatment website	157

## Session par affiche 4 — Inclusion et équité

### Poster sessie 4 — Inclusiviteit en rechtvaardigheid

159

Baisse ton seuil ! La concertation «pratiques inclusives» sur l'accessibilité : un trait d'union entre social et santé et entre services généralistes et services dédiés aux plus vulnérables	160
Lower your threshold! Fostering accessibility through consultations on "inclusive practices": linking health and social care services, and services dedicated to the most vulnerable to generalized services	161
Side.Care, un projet d'accompagnement mobile pour améliorer la continuité des soins des personnes détenues	162
Side.Care, a mobile support project to improve the continuity of care for incarcerated individuals	163
Translation, un projet de littératie organisationnelle en santé en milieu carcéral	164
Translation, a pilot project on organizational health literacy in a prison setting	165

## Session par affiche 5 — Résilience

### Poster sessie 5 — Veerkracht

167

Naissance d'une pandémie : enjeux en périnatalité	168
Birth of a pandemic: perinatal issues	169
Les attitudes des prestataires de soins de santé primaires belges à l'égard d'un vaccin de rappel périodique contre la COVID-19 pour eux-mêmes et leurs patients	170
Attitudes of Belgian primary healthcare providers towards a periodic COVID-19 booster vaccine for themselves and their patients	171
La résilience face au stress : les stratégies d'adaptation des personnes atteintes de maladies chroniques respiratoires dans le contexte actuel de changement climatique et de pollution de l'air. Une recherche qualitative exploratoire	172
Resilience to stress: Coping strategies of individuals with chronic respiratory diseases (COPD) in the current context of climate change and air pollution. An exploratory qualitative study	173
En tant que médecin généraliste, désirez-vous faire avancer l'étude et la surveillance des problèmes de santé en Belgique ?	174
Wilt u als huisarts het onderzoek naar en de opvolging van gezondheidsproblemen in België bevorderen?	175

# SESSION 1. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 1. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

28-11-23

11:00-12:30

Modérateur • Moderator: **Professor Birgitte Schoenmakers**, KU Leuven

Un nouvel accord pour les médecins généralistes belges : collaboration interprofessionnelle et méthode de paiement mixte : une recherche qualitative	16
New Deal for Belgian general practitioners : interprofessional collaboration and a mixed method of payment - a qualitative research	17
Stratégies des médecins généralistes pour la référence en termes de déterminants sociaux de la santé : une analyse de réseau ego-centrée	18
General Practitioners' Referral Strategies with Regards to Social Determinants of Health: an Ego-centric Network Analysis	19
Pratiquer la responsabilité sociale en médecine : de la théorie à la pratique. Résultats d'une enquête internationale Delphi	20
Practicing social responsibility in medicine: from theory to practice. Results of an international Delphi survey	21
Comment intégrer le genre dans l'accompagnement de jeunes vivant avec une maladie chronique ?	22
How to integrate gender in care of young people living with chronic disease?	23

# Un nouvel accord pour les médecins généralistes belges : collaboration interprofessionnelle et méthode de paiement mixte : une recherche qualitative

Hubert Jamart, Dajana Tare, Isabelle Heymans, Ann Van den Bruel, Jean-Luc Belche

**Introduction.** Les soins de première ligne en Belgique sont confrontés à de nombreux défis. On note : la pénurie de médecins généralistes (MG), la multimorbidité et pathologies chroniques, une population vieillissante, la fonction de triage et la gestion (ressources humaines, campagne de vaccination, promotion à la santé etc.) à effectuer en dehors du contact direct avec les patients. Après la crise du COVID qui a particulièrement impacté la médecine générale, le ministre de la santé a proposé un New-Deal avec la profession. La première ligne est encore majoritairement composée de MG qui travaillent en solo ou en pratique monodisciplinaire ; les pratiques émergentes vont plus vers des organisation multidisciplinaires et des maisons médicales. Le mode de financement varie lui des pratiques à l'acte aux pratiques financées au forfait à la capitation.

**Méthode.** Onze focus-groupes (FG) ont été organisés en Belgique avec des MG travaillant dans différents modes de pratiques et de financement. Chaque FG a été interrogé deux fois en automne 2022. La première question de recherche (FG1) explorait les professionnels avec lesquels ils voulaient travailler, les tâches que ceux-ci feraient et les conditions pour y arriver. La deuxième question (FG2) explorait leur perception et changements possibles des différents modes de financement.

**Résultats.** FG1 a montré l'importance de collaborer dans la pratique avec une infirmière, un accueil et éventuellement un assistant de pratique. D'autres professions sont en collaboration externe : kinésithérapie, assistant social, psychologue etc. FG2 a montré une possibilité d'augmenter la part forfaitaire des paiements notamment pour répondre aux consultations complexes, les tâches effectuées en dehors des consultations et pour favoriser la délégation. Le paiement à l'acte reste attractif pour stimuler une certaine forme de productivité.

**Discussion.** Les pratiques multidisciplinaires avec des modes de paiement alternatifs semblent une piste d'amélioration dans le paysage des soins ambulatoires en Belgique.

Lien avec le thème principal. Les pratiques de soins primaires doivent trouver une place durable dans le système de santé. En Belgique, une part très importante du budget des soins est laissée aux hôpitaux et aux soins spécialisés ; pour renforcer les services de soins de première ligne belges, les collaborations et le travail d'équipe autour des MG est un moyen de mettre en évidence la place centrale que ces pratiques devraient avoir pour les personnes/patients.

<b>Auteurs</b>	Hubert Jamart <sup>1,2</sup> , Dajana Tare <sup>3</sup> , Isabelle Heymans <sup>1</sup> , Ann Van den Bruel <sup>3</sup> , Jean-Luc Belche <sup>1,2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Unité de recherche soins primaires et santé, Département universitaire de médecine générale, Université de Liège 2 Be.Hive 3 Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
<b>Adresse de contact</b>	hjamart@uliege.be



# New deal for Belgian general practitioners: interprofessional collaboration and a mixed method of payment - a qualitative research

Hubert Jamart, Dajana Tare, Isabelle Heymans, Ann Van den Bruel, Jean-Luc Belche

**Introduction.** Primary care in Belgium faces many challenges. These include: the shortage of general practitioners (GPs), multimorbidity and chronic conditions, an ageing population, the triage function and management tasks (human resources, vaccination campaigns, health promotion, etc.) to be carried out outside direct contact with patients. Following the COVID crisis, which had a particular impact on general practice, the Minister for Health proposed a New Deal with the profession. The healthcare landscape is still predominantly made up of GPs working solo or in mono-disciplinary practices, but more and more emerging practices are moving towards multidisciplinary organisations and community health centres. Furthermore, the method of payment varies from practices working on a fee-for-service basis to practices financed on a capitation system.

**Method.** Eleven focus groups (FG) were organised throughout Belgium with GPs working in different practice and funding models. Each FG was interviewed twice in autumn 2022. The first research question (FG1) explored the professionals with whom they thought it would be useful to work, the tasks they would do and the conditions necessary to achieve this. The second question (FG2) explored their perceptions of possible changes to the different ways in which their practice is funded.

**Results.** FG1 showed the importance of collaborating within the practice with a nurse, receptionist and possibly a practice assistant. Other professions were mentioned as collaborating outside the practice: physiotherapy, social worker, psychologist, etc.

FG2 showed that it would be possible to increase the flat-rate portion of payments, in particular to meet the challenges raised by complex consultations, tasks carried out outside consultations and to encourage the delegation of tasks. Nevertheless, fee-for-service payment remains attractive as a means of stimulating a certain form of productivity.

**Discussion.** The introduction of multidisciplinary practices with alternative methods of payment would appear to be an area for improvement in Belgium's outpatient care landscape.

Link to the main theme. Primary care practices must find a sustainable place in the health system. In Belgium, a lot of space and budget is left to hospitals and specialized care : in order to reinforce Belgian PC services, building collaboration and team work around GP's seems a way to highlight the central place these practices should have for the people/patients.

<b>Authors</b>	Hubert Jamart <sup>1,2</sup> , Dajana Tare <sup>3</sup> , Isabelle Heymans <sup>1</sup> , Ann Van den Bruel <sup>3</sup> , Jean-Luc Belche <sup>1,2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Unité de recherche soins primaires et santé, Département universitaire de médecine générale, Université de Liège
	2 Be.Hive
	3 Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
<b>Contact</b>	hjamart@uliege.be

# Stratégies des médecins généralistes pour la référence en termes de déterminants sociaux de la santé : une analyse de réseau ego-centrée

Margot Van Kerckhove et Vincent Lorant

**Introduction.** Les médecins généralistes (MG), en tant que prestataires de soins primaires, rencontrent un grand nombre de patients ayant des problèmes sociaux qui affectent fortement leur santé et entraînent des inégalités de santé au sein de la population. Les problèmes sociaux sont les composantes défavorables des déterminants sociaux de la santé, qui sont définis par l'OMS comme *"les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne"*. La littérature montre que les MG ne dépistent les problèmes sociaux que lorsqu'ils savent à qui référer leurs patients. Par conséquent, afin d'identifier et de traiter efficacement les problèmes sociaux, les MG socialement responsables devraient s'appuyer sur un solide réseau de référence sociale – à savoir, les professionnel-le-s et/ou institutions vers lesquelles ils orientent leurs patients socialement vulnérables – qui n'a pas encore été décrit à ce jour. L'objectif de cette recherche est donc de mieux connaître les réseaux d'orientation sociale des MG et leurs stratégies pour les développer.

**Méthode.** Notre recherche se déroulera à Schaerbeek (Bruxelles) avec un échantillon de 120 MG. Tout d'abord, nous effectuerons une analyse de réseau égocentrée, qui consistera à dresser la cartographie des réseaux de référence sociale des MG en leur demandant à qui ils adressent leurs patients socialement vulnérables. Ensuite, nous procéderons à des entretiens en face à face, en présentant une visualisation aux MG de leur réseau afin de mieux comprendre leurs perceptions et leurs stratégies de développement du réseau.

**Résultats attendus & discussion.** Cette recherche fournira une description, une visualisation, une classification et une analyse structurelle approfondies des réseaux de référence sociale des MG, complétées par des informations qualitatives qui apporteront un sens plus précis à ces données structurelles.

**Conclusion.** La compréhension de la nature des réseaux d'orientation sociale des MG permettra d'agir plus précisément sur le soutien social apporté par les MG à leurs patients et d'adapter les politiques publiques à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

<b>Auteurs</b>	Margot Van Kerckhove <sup>1,2</sup> et Vincent Lorant <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain 2 Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain
<b>Adresse de contact</b>	margot.vankerckhove@uclouvain.be

# General Practitioners' Referral Strategies with Regards to Social Determinants of Health: an Ego-centric Network Analysis

Margot Van Kerckhove and Vincent Lorant

**Introduction.** General Practitioners (GPs), as primary care providers, meet a large number of patients with social problems that strongly affect their health and result in health inequities within the population. Social problems are the unfavourable components of the social determinants of health, which are defined by the WHO as *“the conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and the wider set of forces and systems shaping the conditions of daily life”*. Literature shows that GPs only screen for social problems when they are aware of referral resources. Hence, in order to effectively identify and tackle social problems, socially responsible GPs should rely on a strong social referral network – i.e. the professionals and/or institutions they refer socially vulnerable patients to –, which hasn't been described to this day. The aim of this research is therefore to gain more knowledge about GPs' social referral networks and their strategies for developing them.

**Method.** Our research will take place in Schaerbeek (Brussels) with a sample of 120 GPs. First, we will conduct an egocentric network analysis, meaning that we will map out GPs' social referral networks by asking them to whom they refer socially

vulnerable patients. Then, we will proceed with face-to-face interviews, presenting GPs with a visualisation of their network in order to gain a better insight into their network perceptions and development strategies.

**Expected results & discussion.** This research will provide thorough description, visualisation, classification and structural analysis of GPs' social referral networks, supplemented by qualitative information that will add finer sense to these structural data.

**Conclusion.** Understanding the nature of GPs' social referral networks will enable more precise action to be taken on the social support provided by GPs to their patients and to adapt public policies in addressing the social determinants of health.

<b>Authors</b>	Margot Van Kerckhove <sup>1,2</sup> et Vincent Lorant <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain 2 Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain
<b>Contact</b>	margot.vankerckhove@uclouvain.be

# Pratiquer la responsabilité sociale en santé: de la théorie à la pratique. Résultats d'une enquête internationale Delphi.

Ségolène de Rouffignac, Naji Mokaddem, Robin Treutens, Maud Robert, Maxime Sasseville, Bernard Millette, Paul Grand'Maison, Josette Castel, Janie Giard, Marie-Dominique Beaulieu

**Introduction.** Bien que la responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine soit définie depuis 1995, la RS des professionnels de la santé eux-mêmes reste un concept complexe, qui nécessite une interprétation claire. La RS est un concept multidimensionnel et global. Il est donc difficile de le traduire en compétences, de l'enseigner et de le mettre en œuvre concrètement dans la pratique professionnelle. Cette étude, menée par le Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS), vise à développer un profil de compétences d'un médecin pratiquant la responsabilité sociale.

**Méthode.** Une méthode de consensus Delphi à trois tours a été utilisée, le premier tour étant ouvert, et les deuxième et troisième tours étant fermés. Trente-quatre experts en éducation médicale ont répondu à l'étude : doyens, chefs de département, enseignants, superviseurs et étudiants. Le logiciel Mesydel a été utilisé pour gérer l'organisation et faire l'analyse qualitative du premier tour. SPSS a été utilisé pour l'analyse du consensus. Le consensus a été défini par un intervalle interquartile d'une unité autour de la médiane.

**Résultats.** Au cours du premier tour, 62 codes ont émergé, regroupés en 13 thèmes. À partir de l'analyse initiale, 40 éléments ont été soumis au deuxième tour Delphi. Sur ces 40 éléments, 23 ont fait l'objet d'un consensus après le deuxième tour, et 13 sur les 18 éléments soumis à nouveau après le troisième tour. Cinq éléments n'ont pas fait l'objet d'un consensus. L'éco-responsabilité, le plaidoyer, la défense du bien commun, l'analyse critique de sa pratique, le leadership collaboratif sont des exemples d'items qui ont émergé comme consensuels.

**Discussion/conclusion.** La présente étude représente un effort indispensable pour définir concrètement le profil de compétences d'un médecin engagé dans la responsabilité sociale. Un tel profil doit être utilisé à la lumière du contexte de la société à laquelle il s'applique et de ce qui est déjà enseigné dans les programmes de médecine. Il devrait permettre de mieux former les médecins de demain à répondre aux besoins prioritaires de la société en matière de santé dans un monde en profonde mutation.

<b>Auteurs</b>	Ségolène de Rouffignac, Naji Mokaddem, Robin Treutens, Maud Robert, Maxime Sasseville, Bernard Millette, Paul Grand'Maison, Josette Castel, Janie Giard, Marie-Dominique Beaulieu
<b>Affiliation</b>	Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain
<b>Adresse de contact</b>	segolene.derouffignac@uclouvain.be

# Practicing social responsibility in medicine: from theory to practice. Results of an international Delphi survey

Sécolène de Rouffignac, Naji Mokaddem, Robin Treutens, Maud Robert, Maxime Sasseville, Bernard Millette, Paul Grand'Maison, Josette Castel, Janie Giard, Marie-Dominique Beaulieu

**Introduction.** Although the social accountability (SA) of faculties of medicine has been defined since 1995, the SA of health professionals themselves remains a complex concept, which requires clear interpretation. SA is a multidimensional and comprehensive concept. It is thus difficult to be translated in competencies, to be taught and to be concretely implemented in the field of professional practice. This study, conducted by the Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS), aims to develop a competency profile of a physician whose activities are consistent with SA.

**Method.** A three rounds Delphi consensus method was used, the first round being opened, and the second and third round being closed. Thirty-four experts in medical education responded to the study: deans, heads of department, teachers, supervisors and students. The Mesydel software was used to manage the organization and to do the qualitative analysis of the first round. SPSS was used for the consensus analysis. The consensus was defined by an interquartile range of one unit around the median.

**Results.** During the first round, 62 codes emerged, grouped into 13 themes. From the initial analysis, 40 items were submitted for the Delphi round two. Of these 40 items, 23 came out consensual after the second round, and 13 on the 18 resubmitted items after the third. Five items did not find consensus. Eco-responsibility, advocacy, defence of the common good, critical analysis of one's practice, collaborative leadership are examples of items that emerged as consensual.

**Discussion/conclusion.** The present study represents a much-needed effort to concretely define a competency profile of a socially responsible physician. Such a profile must be used in the light of the context of the society it is applied to and of what is already taught in MD programs. It should help better train tomorrow's physicians to meet priority health needs of society in a profoundly changing world.

<b>Authors</b>	Sécolène de Rouffignac, Naji Mokaddem, Robin Treutens, Maud Robert, Maxime Sasseville, Bernard Millette, Paul Grand'Maison, Josette Castel, Janie Giard, Marie-Dominique Beaulieu
<b>Affiliation</b>	Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain
<b>Contact</b>	segolene.derouffignac@uclouvain.be

# Comment intégrer le genre dans l'accompagnement de jeunes vivant avec une maladie chronique ?

Tyana Lenoble, Marie Dauvrin et Thierry Samain

**Introduction.** Si le genre et le sexe sont souvent confondus, ils font références à des notions différentes. Le sexe correspond aux caractéristiques biologiques, anatomiques, chromosomiques, physiologiques. Le genre, englobant les identités et rôles de genre, est un construit social qui définit les caractéristiques des personnes en fonction de leur sexe mais est encore trop peu pris en compte lorsqu'il s'agit de maladie chronique. Or, un tiers de la population bruxelloise vit avec une maladie chronique, dont 13,2 % concerne des jeunes de 15 à 24 ans. La recherche IMaGe (2021-2023) vise à comprendre le vécu des jeunes bruxellois avec un intérêt porté sur le genre dans leur accompagnement.

**Méthode.** 24 entretiens qualitatifs ont été réalisés, dont 10 avec des jeunes vivant avec une maladie chronique et 14 avec des professionnels de la santé et du social, et ayant pour but d'identifier les expériences et besoins de jeunes vivant avec une maladie chronique au regard du genre.

En plus des analyses thématiques, un groupe de travail collaboratif, constitué de jeunes interviewés, a participé aux analyses.

**Résultats.** Les jeunes, absents de la première ligne de soins, sont pris en charge par la médecine spécialisée. Leurs parents les accompagnent dans la gestion de la maladie et leur apportent un espace d'écoute mais ils sont demandeurs d'être accompagnés sur le plan psychologique par un professionnel. Le genre ne semble pas être la préoccupation première des jeunes mais témoignent de préjugés et stéréotypes de la part de certains professionnels.

Les professionnels sont intéressés par le genre mais certains le confondent avec le sexe. Ils observent des différences de comportements des jeunes selon le genre mais les mettent en lien avec l'âge.

**Discussion.** Un accompagnement pluridisciplinaire et personnalisé est une piste pour tenir compte des préférences des jeunes. Sans être spécialistes du genre, améliorer la communication envers les jeunes permet d'éviter des préjugés et stéréotypes. La formation continue est une piste avancée par les professionnels.

---

**Auteurs** Tyana Lenoble, Marie Dauvrin et Thierry Samain

**Affiliation** Haute École Léonard de Vinci

**Adresse de contact** tyana.lenoble@vinci.be

---

# How to integrate gender in care of young people living with chronic disease ?

Tyana Lenoble, Marie Dauvrin and Thierry Samain

**Introduction.** Although gender and sex are often confused, they refer to different concepts. Sex corresponds to biological, anatomical, chromosomal and physiological characteristics. Gender, which encompasses gender identities and roles, is a social construct that defines people's characteristics according to their sex, but it is still too little considered when it comes to chronic illnesses. One third of the population of Brussels lives with a chronic illness, 13.2 % of whom are young people aged 15 to 24. The IMAge research project (2021-2023) aims to understand the experiences of young people in Brussels, with a focus on gender in the support they receive.

**Method.** 24 qualitative interviews were conducted, 10 with young people living with a chronic illness and 14 with health and social care professionals, with the aim of identifying the experiences and needs of young people living with a chronic illness from a gender perspective.

In addition to the thematic analyses, a collaborative working group made up of the young people who were interviewed took part in the analyses.

**Results.** Young people, who are not part of the primary care, are cared for by specialist doctors. Their parents help them to manage their illness and provide a place where they can be listened to, but they need psychological support from a professional.

Gender does not seem to be a primary concern for young people, but some professionals are prejudiced and stereotypical.

Professionals are interested in gender, but some confuse it with sex. They observe differences in young people's behaviour according to gender, but link them to age.

**Discussion.** Multidisciplinary and personalized health care is one way of taking account of young people's preferences. Without being gender specialists, improving communication with young people helps to avoid prejudice and stereotypes. Ongoing training is one of the approaches put forward by professionals.

<b>Authors</b>	Tyana Lenoble, Marie Dauvrin et Thierry Samain
<b>Affiliation</b>	Haute École Léonard de Vinci
<b>Contact</b>	tyana.lenoble@vinci.be





# SESSION 2. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 2. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

---

**28-11-23**

11:00-12:30

Symposium

Modérateur • Moderator: **Professor Sibyl Anthierens**, Universiteit Antwerpen

Nieuwe rollen en samenwerkingen voor de apotheker: psychosociale zorg, suïcidepreventie en medicatiebeheer in woon- en zorgcentra	26
New roles and collaborations for the pharmacist: psychosocial care, suicide prevention and medication management in nursing homes	27

# Nieuwe rollen en samenwerkingen voor de apotheker: psychosociale zorg, suicidepreventie en medicatiebeheer in woon- en zorgcentra

Eva Rens, Aline Ghijselings, Amber Damiaens en Barbara Verboven

De rol van de apotheker als eerstelijnszorgverlener gaat verder dan alleen het verstrekken van medicatie. In dit licht werden de voorbije jaren verschillende nieuwe structurele samenwerkingsverbanden met andere zorg- en welzijnsactoren opgezet. In dit symposium bespreken we drie Vlaamse projecten waarin de apotheker een nieuwe rol opneemt.

**1.** #CAVAsa is een samenwerking tussen het Vlaams Apothekers Netwerk (VAN) en de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), wetenschappelijk ondersteund door UAntwerpen en KU Leuven. Het is gekend dat veel mensen met een psychosociaal probleem geen hulp zoeken of niet weten waar ze de juiste hulp kunnen vinden. Apothekers worden daarom opgeleid en ingezet om psychosociale problemen met hun patiënten te bespreken en hen indien nodig door te verwijzen naar een CAW. #CAVAsa startte in 2021, en momenteel doen ca. 250 apotheken in heel Vlaanderen mee en zijn al honderden patiënten geholpen. Focusgroepen en online registraties door deelnemende apothekers geven inzicht in de barrières en motivatoren die apothekers ervaren, en met welke kwetsbare patiënten en psychosociale noden ze het vaakst geconfronteerd worden.

**2.** Een samenwerking tussen VAN en het Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP) werd opgericht in 2022 en heeft als doel te onderzoeken hoe apothekers een rol kunnen spelen in suicidepreventie door suïciderisico's in te schatten. De apotheker is een bijzonder waardevolle partner aangezien medicatie vaak wordt gebruikt bij suïcidepogingen. Na een eerste verkenning met een enquête en literatuuronderzoek loopt

momenteel de pilotfase van het project met ca. 50 apotheken die een training hebben gekregen in het herkennen, bespreken en doorverwijzen van suïcidaliteit.

**3.** Het woonzorgdecreet in 2019 introduceerde het concept van de coördinerend en adviserend apotheker (CAA) in woonzorgcentra. Het was echter onduidelijk wat deze functie precies inhoudt en welke opleiding vereist is. De KU Leuven ontwikkelde daarom een opleidingsprogramma op basis van eigen en internationaal onderzoek, waarna het werd getest met 10 gemeenschapsapothekers en woonzorgcentra. De opleiding werd geëvalueerd en de rol werd verkend aan de hand van focusgroepen en registratiegegevens. De CAA bleek onder andere van grote waarde bij het uitvoeren van een kwaliteitsbeoordeling en het optimaliseren van medicatieprocessen.

Voor elk project worden de opzet, wetenschappelijke evaluatie, belangrijkste bevindingen, conclusies en aanbevelingen besproken. Ze hebben allemaal een uniek hoofdthema, maar delen een aantal kenmerken. Naast de nieuwe rol voor de apotheker die is ingebed in een samenwerkingsverband, gaan alle projecten ervan uit dat het opbouwen van kennis en vaardigheden door middel van training een cruciale basis is voor de succesvolle implementatie. Ook richten alle projecten zich op kwaliteitszorg voor kwetsbare groepen. Het symposium bespreekt de duurzaamheid van dergelijke projecten en breidt de discussie uit naar het hele veld van de eerstelijnszorg. We bespreken de voordelen, uitdagingen en randvoorwaarden van innovatieve samenwerkingen binnen de apotheekpraktijk.

<b>Auteurs</b>	Eva Rens <sup>1</sup> , Aline Ghijselings <sup>3</sup> , Amber Damiaens <sup>2</sup> en Barbara Verboven <sup>3</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 Universiteit Antwerpen 2 KU Leuven 3 Vlaams Apothekersnetwerk
<b>Contactadres</b>	eva.rens@uantwerpen.be

# New roles and collaborations for the pharmacist: psychosocial care, suicide prevention and medication management in nursing homes

Eva Rens, Aline Ghijselings, Amber Damiaens en Barbara Verboven

The pharmacist's role as a primary care provider has in recent times increasingly evolved beyond medication dispensing. In this light, various new structural collaborations with other healthcare and wellbeing settings were set up in the last years. In this symposium, we will discuss three Flemish study projects in which the pharmacist is taking on a new role.

**1.** #CAVAsa is a collaboration between the Flemish Pharmacists' Network (VAN) and the Flemish Centers for General Wellbeing (CAW), scientifically supported by the universities UAntwerpen and KU Leuven. It is known that many people with a psychosocial problem do not seek help or do not know where to find the right help. Community pharmacists are therefore trained (using an e-learning) to discuss psychosocial problems with their patients, and to refer them to a CAW if necessary. #CAVAsa started in 2021, and currently approx. 250 pharmacies throughout Flanders are participating and hundreds of patients have already been helped. Focus groups and registration data give insight in the barriers and motivators pharmacists experience, and with which vulnerable patients and psychosocial problems they are most commonly confronted.

**2.** A collaboration between VAN and the Flemish Centre of Expertise in Suicide Prevention (VLESP) was set up in 2022 and aims to explore how community pharmacists can play a role in suicide prevention by actively assessing suicide risk. The pharmacist is an especially valuable partner in suicide prevention given that medication overdose is a common suicide method. After a first

exploration with a survey and literature review, the pilot phase of the project is currently running with pharmacists who followed an e-learning about the recognition, discussion and referral of suicidality in the pharmacy.

**3.** The residential care decree in 2019 introduced the concept of the residential care pharmacist (CAA) in nursing homes. However, it was unclear what exactly this position entails and what training is required. KU Leuven therefore developed a training program based on its own and international research, after which it was piloted with 10 community pharmacists and nursing homes. The training was evaluated and the role was explored using focus groups and registration data. Among other things, the CAA proved to be of great value in performing a quality assessment and optimization of medication processes.

The design, scientific evaluation, key findings, conclusions and recommendations are discussed for each project. They all have their unique main theme, but share some core characteristics. Besides the new role for the pharmacist that is embedded through a partnership, all projects start from the premise that knowledge and skills building through training is a crucial foundation for taking on a new role. Also, all projects focus on quality care for vulnerable groups: the elderly and people with mental or psychosocial problems. The symposium will discuss the sustainability of such projects, and extend the discussion to the entire primary care sector field. We will discuss the benefits, challenges and preconditions of innovative collaborations within pharmacy practice.

<b>Authors</b>	Eva Rens <sup>1</sup> , Aline Ghijselings <sup>3</sup> , Amber Damiaens <sup>2</sup> en Barbara Verboven <sup>3</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Universiteit Antwerpen 2 KU Leuven 3 Vlaams Apothekersnetwerk
<b>Contact</b>	eva.rens@uantwerpen.be



# SESSION 3. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 3. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

---

**28-11-23**

11:00-12:30

Symposium

Modérateur • Moderator: **Professor Jean Macq**, UCLouvain

Vers un modèle de case management à Bruxelles	30
Towards a case management model in Brussels	31
Prestataires de soins primaires, coordinateurs ou case managers : qui pour assurer le rôle de référent ?	32
Primary care providers, coordinators, or case managers: who should assume the role of referent?	33

# Vers un modèle de case management pour Bruxelles

Julie Cardon, Floriane Deboisse et Nadeige Struyf

**Description de la problématique de départ.** Des professionnels rencontrent des personnes en situation complexe, avec des problématiques multiples et intersectorielles qui ne trouvent pas de ressources suffisantes au sein de l'organisation social santé bruxelloise. Il est nécessaire d'accompagner ces personnes selon leurs besoins dans une approche holistique et de proximité.

**Contexte du projet.** Le case manager est une fonction émergente à Bruxelles, actuellement endossée par une multitude d'acteurs et de structures selon des modalités d'intervention diverses, pour des publics spécifiques, sans réelle reconnaissance ni modèle établi.

Nous constatons différents besoins dans ce contexte :

- Un besoin important de renforcer l'accès à cette offre, vu la complexité des situations (social-santé) rencontrées par une partie de la population bruxelloise, tout profil confondu.
- Un besoin de modélisation, de reconnaissance et de soutien pour les professionnels qui souhaitent accompagner des situations complexes.

**Méthode.** Nous avons composé une équipe de case managers généralistes, exerçant par ailleurs leurs professions à différents postes dans le secteur social-santé. Nos case managers partagent des outils, méthodes et formations afin de mieux appréhender cette fonction complémentaire à leur métier de base.

Le public cible est défini par des éléments de complexité et non par type de problématique, ce qui sous-tend une compréhension transversale de la situation et une nécessité de travailler en collaboration interdisciplinaire, avec l'intégration de tous les secteurs social-santé.

Nous avons opté pour un financement mixte (à l'acte et au forfait) correspondant mieux à l'accompagnement de cette grande diversité de profils de bénéficiaires aux besoins variés et complexes.

**Résultats attendus de l'innovation.** Les objectifs attendus sont la modélisation de la fonction du case manager dans la première ligne, un renfort de son accessibilité et une place définie dans le paysage social-santé.

<b>Auteurs</b>	Julie Cardon, Floriane Deboisse et Nadeige Struyf
<b>Affiliation</b>	Brusano ASBL
<b>Adresse de contact</b>	julie.cardon@brusano.brussels

# Towards a case management model for Brussels

Julie Cardon, Floriane Deboisse and Nadeige Struyf

**Description of the initial problem.** Professionals encounter people in complex situations, with multiple and intersectoral problems, who do not find sufficient resources within the Brussels social health organisation. These people need to be supported according to their needs, using a holistic, local approach.

Background to the project. The case manager is an emerging function in Brussels, currently being taken on by a multitude of players and structures, using a variety of intervention methods, for specific groups, without any real recognition or established model.

We have identified a number of needs in this context:

- A major need to improve access to this service, given the complexity of the situations (social-health) encountered by part of the Brussels population, whatever their profile.
- A need for modelling, recognition and support for professionals wishing to work with complex situations.

**Method.** We have put together a team of generalist case managers, who also work in various positions in the social and health sector. Our case managers share tools, methods and training to help them better understand this function, which complements their core business.

The target group is defined by complexity rather than by type of problem, which implies a cross-disciplinary understanding of the situation and the need to work in interdisciplinary collaboration, integrating all the social and health sectors.

We have opted for mixed funding (on a fee-for-service and fixed-price basis), which is better suited to supporting this wide range of beneficiary profiles with varied and complex needs.

**Expected results of the innovation.** The expected objectives are to model the function of the case manager in the front line, to make it more accessible and to define its place in the social-health landscape.

<b>Authors</b>	Julie Cardon, Floriane Deboisse et Nadeige Struyf
<b>Affiliation</b>	Brusano ASBL
<b>Contact</b>	julie.cardon@brusano.brussels

# Prestataires de soins primaires, coordinateurs ou case managers : qui pour assurer le rôle de référent ?

Anne-Sophie Lambert, Lucia Alvarez Irusta, Thérèse Van Durme, Isabelle Heymans et Jean Macq

**Introduction.** Le case management est une fonction qui reste au cœur des discussions dans la réorganisation des soins primaires au niveau fédéral en Belgique, mais aussi aux niveaux régionaux Wallons et Bruxellois.

De nombreux travaux ont été réalisés, notamment dans le cadre de l'évaluation des projets P3, des projets «integro», mais aussi par Brusano en région Bruxelloise. Malgré cela, cette fonction est encore sujette à des interprétations multiples, notamment en lien avec les prestataires de soins primaires généralistes, et les coordinateurs d'aide et soins à domicile.

L'objectif de ce workshop est de clarifier les différentes options du futur pour assurer une complémentarité entre les case managers professionnels et les acteurs existants de la première ligne.

**Méthode.** Une revue non structurée de la littérature, a été combinée avec l'expérience acquise par les auteurs de cet abstract au travers de leurs recherches, leur enseignement et leurs interactions avec des acteurs de la première ligne en Wallonie et à Bruxelles.

**Résultats.** Le rôle de référent apparaît comme transversal dans la réflexion. Le référent est un professionnel de la santé ou du social. Quand cela s'avère nécessaire, il aide la personne à trouver le meilleur compromis entre ses objectifs de vie et la réponse à ses besoins en santé. Tant les prestataires de soins primaires généralistes, que les coordinateurs d'aides et soins à domicile et les cases managers semblent vouloir assurer ce rôle avec des durées et des intensités différentes.

**Discussion et conclusion.** Le rôle de référent requiert des ressources telles que la continuité relationnelle sur le long cours, Le temps pour la coordination ou l'expertise technique. Il semble évident qu'aucun des acteurs ne possède ces ressources pour assurer seul à tout moment de la vie de la personne bénéficiaire ce rôle. Des stratégies tenant compte des interactions existantes entre ces acteurs doivent donc être trouvées pour faire évoluer ce rôle et probablement mieux définir la fonction de case manager.

<b>Auteurs</b>	Anne-Sophie Lambert <sup>1,2</sup> , Lucia Alvarez Irusta <sup>1,2</sup> , Thérèse Van Durme <sup>1,2</sup> , Isabelle Heymans <sup>3</sup> et Jean Macq <sup>1,2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain, 2 Be.Hive 3 Unité de recherche soins primaires et santé, Département universitaire de médecine générale, Université de Liège
<b>Adresse de contact</b>	jean.macq@uclouvain.be



# Primary care providers, coordinators, or case managers: who should assume the role of referent?

Anne-Sophie Lambert, Lucia Alvarez Irusta, Thérèse Van Durme, Isabelle Heymans et Jean Macq

**Introduction.** Case management remains a central topic in the reorganization of primary care at the federal level in Belgium, as well as at the Walloon and Brussels regional levels. Numerous studies have been conducted, including evaluations of the P3 projects, "integreo" projects, and work by Brusano in the Brussels region. Despite this, the role of case management still faces various interpretations, particularly in connection with primary care general practitioners and home care coordinators. The objective of this workshop is to clarify the various future options to ensure complementarity between professional case managers and existing actors in primary care.

**Method.** An unstructured literature review was combined with the authors' experience gained through their research, teaching, and interactions with primary care actors in Wallonia and Brussels.

**Results.** The role of the referent appears to be central in the discussion. The referent is a healthcare or social professional who, when necessary, helps individuals find the best balance between their life goals and their healthcare needs. Both primary care providers and home

care coordinators, as well as case managers, seem interested in assuming this role with varying durations and intensities.

**Discussion and conclusion.** The role of the referent requires resources such as long-term relational continuity, time for coordination, or technical expertise. It seems clear that none of the actors possess these resources to independently fulfill this role throughout a beneficiary's life. Strategies that take into account the existing interactions between these actors must be found to evolve this role and probably better define the function of the case manager.

<b>Authors</b>	Anne-Sophie Lambert <sup>1,2</sup> , Lucia Alvarez Irusta <sup>1,2</sup> , Thérèse Van Durme <sup>1,2</sup> , Isabelle Heymans <sup>3</sup> et Jean Macq <sup>1,2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain, 2 Be.Hive 3 Unité de recherche soins primaires et santé, Département universitaire de médecine générale, Université de Liège
<b>Contact</b>	jean.macq@uclouvain.be



# SESSION 4. INCLUSION ET ÉQUITÉ

## SESSIE 4. INCLUSIVITEIT EN RECHTVAARDIGHEID

28-11-23

11:00-12:30

Modérateur • Moderator: **Dr. Hilde Vandenhoudt**, Thomas More Hogeschool

Evaluatietool voor de maturiteitsmeeting van de officina-apotheker	36
Assessment tool for the maturity measure of the community pharmacist	37
Het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg voor socio-economisch kwetsbare groepen: samenwerkingen tussen 'community health workers' en eerstelijnszorgorganisaties	38
Improving access to healthcare for socio-economic vulnerable groups: collaboration between community health workers and primary care organisations	39
Iedereen mee in een zorgzame buurt	40
Everyone participates in a caring neighborhood	41
Zorgzame buurten – bruggen in plaats van schotten	42
Caring neighborhoods – bridging capital	43

# Evaluatietool voor de maturiteitsmeting van de officina-apotheker

Simon Boonaert, Marie Van de Putte, Barbara Verboven, Hilde Deneyer, Karolien Smets

Het Brabants Apothekers Forum (BAF) helpt de leden-apothekers, na te denken over een duurzame toekomst. Het beroep van apotheker kent een grote diversiteit aan (kern)taken die alleen maar toenemen, vooral op het gebied van farmaceutische zorg, preventie en doorverwijzing. Als laagdrempelige zorgverlener komt de apotheker in contact met een breed publiek en kan men helpen bij het opsporen van burgers met sociale en/of zorgbehoeften. Om dit te ondersteunen wordt er steeds meer vergoeding voorzien voor de dienstverlening van de apotheker. Zo werd in 2017 het concept 'huisapotheker' in het leven geroepen. De huisapotheker is de officina-apotheker die chronische patiënten vrij kunnen kiezen om hen bij hun geneesmiddelengebruik te begeleiden en op te volgen. In principe kan elke patiënt een huisapotheker kiezen, maar het RIZIV betaalt die prestatie enkel terug voor een specifieke doelgroep, namelijk: iedere ambulante patiënt aan wie de voorbije 12 maanden in dezelfde apotheek minstens 5 verschillende terugbetaalde geneesmiddelen werden verstrekt, waarvan ten minste 1 chronisch geneesmiddel.

Om als apotheker te kunnen voldoen aan de veranderende zorgomgeving, met toenemende taken, meer multidisciplinaire samenwerking en een buurtgerichte aanpak, is de motivatie om te evolueren noodzakelijk. Binnen het project 'Mijn apotheek in evolutie' wordt geprobeerd de apotheker te ondersteunen bij dit transitieproces. De eerste stap binnen dit project is de

ontwikkeling van een beoordelingstool om de huidige maturiteit te bepalen.

De beoordelingstool is ontwikkeld door het Brabants Apothekers Forum in samenwerking met een werkgroep van apothekers die actief zijn in de openbare officina. De volgende onderwerpen worden besproken: rol als huisapotheker, basis- en voortgezette farmaceutische zorg, preventie, specifieke diensten, gevolgde opleidingen, multidisciplinaire samenwerking, apotheekinrichting en kwaliteit.

Na het invullen ontvangt elke apotheker een individueel rapport, waarmee inzicht kan worden verkregen over hoever men momenteel staat in het uitvoeren van bepaalde (kern)taken en hoe dit zich verhoudt tot collega's. Deze tool kan individuele apothekers motiveren om verder te reflecteren en actie te ondernemen. Door jaarlijkse herhaling kan de apotheker zijn of haar evolutie volgen.

De algemene resultaten kunnen daarenboven, worden gekoppeld aan de huidige initiatieven van het Brabants Apothekers Forum en mogelijks zorgen voor de ontwikkeling van nieuwe dienstverleningen om apotheken nog beter te ondersteunen.

Vanaf april 2023 werd deze tool binnen een pilootproject verspreid onder apothekers in Vlaams-Brabant. Bij een positieve evaluatie in gebruiksvriendelijkheid en impact, kan dit worden uitgebreid naar de rest van Vlaanderen.

<b>Auteurs</b>	Simon Boonaert, Marie Van de Putte, Barbara Verboven, Hilde Deneyer, Karolien Smets
<b>Affiliation</b>	Brabants Apothekersforum
<b>Adresse de contact</b>	simon.boonaert@baf.be

# Assessment tool for the maturity measure of the community pharmacist

Simon Boonaert, Marie Van de Putte, Barbara Verboven, Hilde Deneyer, Karolien Smets

The Brabants Apothekers Forum (BAF) helps member pharmacists think about a sustainable future. The pharmacy profession has a great diversity of (core) tasks that are only increasing, especially in the areas of pharmaceutical care, prevention and referral. As a low-threshold healthcare provider, pharmacists come into contact with a broad public and can help identify citizens with social and/or healthcare needs. To support this, increasing reimbursement is being provided for pharmacist services. In 2017, for example, the concept of "huisapotheker (family pharmacist)" was created. The huisapotheker can freely choose to guide and follow up with them in their drug use. In principle, every patient can choose a family pharmacist, but the NIHDI reimburses this benefit only for a specific target group, namely: every ambulatory patient to whom at least 5 different reimbursed drugs have been dispensed in the same pharmacy in the past 12 months, of which at least 1 was a chronic drug.

To meet the changing healthcare environment as a pharmacist, with increasing tasks, more multidisciplinary collaboration and a neighborhood-oriented approach, the motivation to evolve is necessary. Within the project "My pharmacy in evolution" an attempt is being made to support the pharmacist in this transition process. The first step within this project is the development of an assessment tool to determine current maturity.

The assessment tool was developed by the Brabants Apothekers Forum in collaboration with a working group of pharmacists active in community pharmacies. The following topics are discussed: role as a general pharmacist, basic and continuing pharmaceutical care, prevention, specific services, training received, multidisciplinary collaboration, pharmacy design and quality.

After completion, each pharmacist receives an individual report that provides insight into the current status of performing certain (core) tasks and how this compares with colleagues. This tool can motivate individual pharmacists to further reflect and take action. Annual repetition allows the pharmacist to track his or her evolution.

In addition, the overall results can be linked to the current initiatives of the Brabants Apothekers Forum and potentially lead to the development of new services to support pharmacies even better.

From April 2023, this tool was distributed within a pilot project to pharmacists in Flemish Brabant. In case of a positive evaluation in user-friendliness and impact, this can be extended to the rest of Flanders.

<b>Authors</b>	Simon Boonaert, Marie Van de Putte, Barbara Verboven, Hilde Deneyer, Karolien Smets
<b>Affiliation</b>	Brabants Apothekersforum
<b>Contact</b>	simon.boonaert@baf.be

# Het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg voor socio-economisch kwetsbare groepen: samenwerkingen tussen ‘community health workers’ en eerstelijnszorgorganisaties

Hanne Apers, Deborah Alcime, Karen Mullie, Mathias Neelen en Caroline Masquillier

Het integreren van ‘community health workers’ (CHWs) in nationale gezondheidssystemen is een beloftevolle manier om de toegang tot gezondheidsdiensten te verbeteren, gezondheidsongelijkheden aan te pakken en gezondheidsresultaten te verbeteren (Mupara *et al.* 2022; Scott *et al.* 2018). CHWs zijn vertrouwde leden van de bevolkingsgroepen die een moeilijke toegang tot de gezondheidszorg ervaren, en fungeren als brugfiguur tussen het gezondheidssysteem en hun gemeenschap (Capotescu *et al.* 2022; Mupara *et al.* 2022). Tijdens de Covid-19-pandemie hebben het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Nationaal InterMutualistisch College (Intermut) in opdracht van de Belgische federale regering een CHW-project opgezet om de barrières in de toegang tot het gezondheidssysteem te overwinnen. Het project helpt mensen die zich in socio-economisch kwetsbare situaties bevinden bij hun toegang tot de eerstelijnszorg door samen te werken met individuele zorgverleners, diensten en instellingen. Het onderzoek heeft als doel om de succesfactoren en mogelijke obstakels van deze samenwerkingen te identificeren.

We pasten een ‘mixed-methods’ aanpak toe: we voerden in-depth interviews uit met CHWs en lokale partnerorganisaties, we brachten de samenwerkingen op lokaal, regionaal en federaal niveau van het project in kaart, en analyseerden gegevens in het registratiesysteem van het project. De resultaten tonen aan het verloop van samenwerkingen afhankelijk zijn van de lokale context en de werkstructuur van de eerstelijnszorgverlener. Succesfactoren in een samenwerking zijn onder andere: duidelijke en gemakkelijke communicatie; het prioriteren van patiëntgerichte zorg op een menselijke manier; wederzijds vertrouwen en respect voor elkaars vaardigheden en kennis. Barrières die uit dit onderzoek bleken, zijn onder andere: uitdagingen bij het vaststellen van duidelijke rollen in de samenwerking; onduidelijkheid over de implementatie van het CHW-project; en de tijdelijkheid van het CHW-project. Het aanpakken van deze uitdagingen is noodzakelijk om productieve samenwerkingen te behouden en toegang tot passende zorg voor mensen in kwetsbare posities te waarborgen.

<b>Auteurs</b>	Hanne Apers <sup>1</sup> , Deborah Alcime <sup>2</sup> , Karen Mullie <sup>2</sup> , Mathias Neelen <sup>2</sup> en Caroline Masquillier <sup>1</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 Centre for Population, Family and Health, University of Antwerp 2 Community health worker project, Intermut
<b>Contactadres</b>	hanne.apers@uantwerpen.be

# Improving access to healthcare for socio-economic vulnerable groups: collaboration between community health workers and primary care organisations

Hanne Apers, Deborah Alcime, Karen Mullie, Mathias Neelen en Caroline Masquillier

Integrating community health workers (CHWs) into national healthcare systems has shown promise to improve access to services, address health inequalities and improving health incomes (Mupara *et al.* 2022; Scott *et al.* 2018). CHWs are trusted community members who bridge the gap between the healthcare system and underserved populations (Capotescu *et al.* 2022; Mupara *et al.* 2022). During the Covid-19 pandemic, the National Institute for Sickness and Disability Insurance (NIHDI) and the National InterMutualist College (Intermut) installed a CHW-program to overcome barriers in access to the healthcare system, commissioned by the Belgian Federal government. The project helps people living in socio-economically vulnerable situations in their access to primary care through collaborations with individual care providers, services and institutions. The research aims to identify the success factors and potential barriers of these collaborations, in bridging the health inequality gap. We applied a mixed-methods approach: we conducted in-depth interviews with CHWs

and local partner organisations, we mapped the collaborations on the local, regional and federal level of the project, and analysed data registered through the project's registration system. Results show that collaborations depend on the local context and the work structure of the primary care provider. Successful factors in a collaboration include: clear and easy communication; prioritising patient-centred care in a humane way; mutual trust and respect for each other's skills and knowledge. Barriers found in this study are: challenges in establishing clear roles; unclarity about the implementation of the CHW-project; and temporality of the CHW-program. Addressing these challenges is necessary to maintain productive collaborations and ensuring access and appropriate care for people in vulnerable positions.

<b>Authors</b>	Hanne Apers <sup>1</sup> , Deborah Alcime <sup>2</sup> , Karen Mullie <sup>2</sup> , Mathias Neelen <sup>2</sup> en Caroline Masquillier <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Centre for Population, Family and Health, University of Antwerp 2 Community health worker project, Intermut
<b>Contact</b>	hanne.apers@uantwerpen.be

# Iedereen mee in een zorgzame buurt

Ilse Van Dessel en Elke Plovie

We schetsen het verhaal van een concrete praktijk van zorgzame buurt en laten zien hoe we elke dag aan de slag gaan om iedereen mee te krijgen in het samen zorg dragen in en voor de buurt. We richten ons op professionals in praktijken van zorgzame buurten of professionals die dergelijke projecten ondersteunen, bijv. vanuit een eerstelijnszone of lokaal bestuur.

In Vlaanderen zien we een hele dynamiek rond 'zorgzame buurten' op gang komen die sterk ondersteund wordt door het Vlaamse welzijnsbeleid. Er is een grote verscheidenheid aan projecten en experimenten met als gemeenschappelijk doel om de zorg terug te brengen in de gemeenschap en om burgers mee verantwoordelijkheid te laten nemen binnen de gemeenschap. Het betrekken van burgers, het verbinden van formele en informele zorg en het aansluiten op noden van de meest kwetsbare buurtbewoners zijn centrale aandachtspunten in die zorgzame buurten.

Iedereen mee laten participeren in een zorgzame buurt is echter niet evident. We vertrekken vanuit een concreet project dat van de buurt een zorgzame buurt wil maken en daarin een diversiteit aan buurtbewoners mee wil krijgen. In de buurt ontstaat er een tweerichtingsverkeer tussen het lokaal dienstencentrum dat is ingebed in de nabijheid van het woonzorghuis en de buurt. Doelstelling is dat iedereen, ongeacht leeftijd of zorgbehoefte, zo lang mogelijk comfortabel thuis of in de vertrouwde omgeving kan blijven wonen EN een betekenisvolle bijdrage kan leveren aan de samenleving. Hiervoor werken we nauw samen met buurtbewoners maar ook verschillende partners die actief zijn in de wijk.

---

**Auteurs** Ilse Van Dessel<sup>1</sup>, Elke Plovie<sup>2</sup>

**Affiliatie** 1 Emmaüs ouderenzorg

2 Hogeschool UCLL

**Contactadres** elke.plovie@ucll.be

---



# Everyone participates in a caring neighborhood

Ilse Van Dessel en Elke Plovie

We outline the story of a concrete practice of a caring neighborhood and show how we work every day to get everyone involved in taking care of the neighborhood together. We focus on professionals in practices of caring neighborhoods or professionals who support such projects, e.g. from a primary care zone or local government.

In Flanders we see a whole dynamic developing around 'caring neighbourhoods', which is strongly supported by Flemish welfare policy. There is a wide variety of projects and experiments with the common goal of bringing care back into the community and allowing citizens to take responsibility within the community. Involving citizens, connecting formal and informal care and meeting the needs of the most vulnerable local residents are central points of attention in those caring neighborhoods.

However, allowing everyone to participate in a caring neighborhood is not easy. We start from a concrete project that wants to turn the neighborhood into a caring neighborhood and get a diversity of local residents involved. In the neighborhood, two-way traffic is created between the local service center that is embedded in the vicinity of the residential care home and the neighborhood. The aim is that everyone, regardless of age or care needs, can continue to live comfortably at home or in their familiar environment for as long as possible AND can make a meaningful contribution to society. To achieve this, we work closely with local residents, but also with various partners who are active in the neighborhood.

---

**Authors** Ilse Van Dessel<sup>1</sup>, Elke Plovie<sup>2</sup>

---

**Affiliation** 1 Emmaüs ouderenzorg

---

2 Hogeschool UCLL

---

**Contact** elke.plovie@ucll.be

---

# Zorgzame buurten – bruggen in plaats van schotten

Elise Pattyn

De filosofie van Zorgzame Buurten vertrekt vanuit het samenspel tussen informele en formele partners, binnen en buiten de eerstelijnszorg.

We lichten een aantal goede praktijken uit de poule van 132 Zorgzame Buurten toe die kleine stappen vooruit hebben gezet op vlak van het creëren van bruggen:

- tussen buurtbewoners
- tussen informele partners en formele partners
- tussen formele partners uit diverse sectoren

Dit is de opstap naar vervolgonderzoek om enerzijds de cruciale hefboomen in het proces te detecteren (via diepte-interviews) en anderzijds de duurzaamheid te evalueren door de langere termijn-impact na te gaan (via outcome harvesting).

De Zorgzame Buurten-projecten worden gefinancierd vanuit het Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en worden ondersteund vanuit de Koning Boudewijnstichting met coaching en vorming.

---

<b>Auteur</b>	Elise Pattyn
<b>Affiliatie</b>	Arteveldehogeschool
<b>Contactadres</b>	<a href="mailto:elise.pattyn@arteveldehogeschool.be">elise.pattyn@arteveldehogeschool.be</a>

---

# Caring neighborhoods – bridging capital

Elise Pattyn

The philosophy of Caring Neighborhoods starts from the interplay between informal and formal partners, within and outside primary care.

We will highlight a number of good practices from the 132 Caring Neighborhoods with regard to their bridging-role:

- between local inhabitants
- between informal partners and formal partners
- between formal partners from various sectors

In follow-up research, we will (a) detect the crucial levers in the process (via in-depth interviews) and (b) evaluate the sustainability in the longer run (via outcome harvesting).

The Caring Neighborhoods projects are financed by the Flemish Department of Welfare, Public Health and Family and are supported by the King Baudouin Foundation by means of coaching and training.

---

<b>Author</b>	Elise Pattyn
<b>Affiliation</b>	Arteveldehogeschool
<b>Contact</b>	<a href="mailto:elise.pattyn@arteveldehogeschool.be">elise.pattyn@arteveldehogeschool.be</a>

---



# SESSION 5. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 5. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

---

**28-11-23**

13:30 - 15:00

Symposium

Modérateur • Moderator: **Dr. Isabelle Heymans**, Université de Liège

Brainstorm over verpleegkundige rollen in de eerstelij	46
Nurses in primary care: revisited	47

# Verpleegkundigen in de eerstelijnszorg: revisited

Leen Roobaert, Kristel De Vliegheer, Elsie Decoene, Sam Cordyn, Tom Meeus, Thérèse Van Durme, Eva Goossens, Sylvie Ackaert en Ann Van Hecke

**Context.** De eerstelijnszorg kent vele reeds gekende uitdagingen. Versterkt door de schaarste aan zorgprofessionals worden huisartsen, verpleegkundigen en andere eerstelijnsprofessionals sterk uitgedaagd.

Verpleegkundigen zijn dankzij hun kerncompetenties dé professionals om bij te dragen aan meer kwaliteitsvolle en efficiënte eerstelijnszorg. De noodzaak aan meer erkenning, een duidelijker kader, een beter omschreven rol en een zichtbare plaats als cruciale partner in de eerstelijnszorg van vandaag en morgen, dringt zich op.

Doel. Brainstorm met focus op:

- Hoe kunnen we eerstelijnsverpleegkundigen voorbereiden en ondersteunen in het licht van een veranderende en snel evoluerende eerstelijnszorg?
- Hoe kijken we naar de verschillende (nieuwe) verpleegkundige rollen en functies die we zien in de eerstelijnszorg? Hoe verhouden deze zich tot de klinische ladder voor verpleegkunde?
- Welke good practices kennen we van (nieuwe) verpleegkundige rollen in de eerste lijn?

**Doelpubliek.** Professionals uit de eerstelijnszorg, academici, onderwijzend personeel, stakeholders met kennis of interesse over de verpleegkundige in de eerste lijn.

Patiënten en mantelzorgers zijn bijzonder welkom om ervaringen en ideeën te delen in de discussie.

## Programma

Deel 1 (30') – Setting the scene

- Framework: De klinische ladder voor verpleegkunde van de toekomst
- Good practice 1: Verpleegkundige rollen in wijkgezondheidscentra
- Good practice 2: Verpleegkundige rollen in de thuiszorg

Deel 2 (60') – Groepsdiscussie rond 3 topics

- Wat is de rol en positie van de verpleegkundige in de eerste lijn in een model van geïntegreerde eerstelijnszorg?
- Good practices om te delen?
- De klinische ladder voor verpleegkunde: hoe te vertalen naar de eerste lijn?

<b>Auteurs</b>	Leen Roobaert <sup>1,2,3</sup> , Kristel De Vliegheer <sup>4</sup> , Elsie Decoene <sup>5</sup> , Sam Cordyn <sup>4</sup> , Tom Meeus <sup>6</sup> , Thérèse Van Durme <sup>7</sup> , Eva Goossens <sup>8</sup> , Sylvie Ackaert <sup>9</sup> en Ann Van Hecke <sup>10</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 Vlaamse Wijkgezondheidscentra 2 Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent 3 Hogent 4 Wit-Gele Kruis Vlaanderen 5 Universitair Ziekenhuis Gent 6 Community Health Centers 7 Institute of Health and Society, UCLouvain 8 Afdeling verpleegkunde en vroedkunde, Universiteit Antwerpen 9 Arteveldehogeschool 10 Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg, UGent
<b>Contactadres</b>	leen.roobaert@wgcnieuwgent.be

# Nurses in primary care: revisited

Leen Roobaert, Kristel De Vliegheer, Elsie Decoene, Sam Cordyn, Tom Meeus, Thérèse Van Durme, Eva Goossens, Sylvie Ackaert en Ann Van Hecke

**Context.** Today, primary care is confronted with many known challenges. Reinforced by the scarcity of healthcare professionals, general practitioners, nurses and other primary care actors are strongly challenged. However, based on their core competencies, nurses can contribute to qualitative and efficient primary care. Their skills and competencies deserve more recognition, a framework and a clear visible place as a crucial partner in the primary healthcare of today and tomorrow.

**Aim.** Brainstorm session with the focus on:

- How to prepare and support nurses in primary care in relation to the changing and fast evolving care needs and organisation of care?
- How do we think about different nursing functions and roles in primary care, e.g. the new function model for nursing in the future?
- What are the best practices we know regarding these functions?

**Target population.** Healthcare professionals in primary care – academics/ teachers/ stakeholders with knowledge of nursing in primary care.

We strongly welcome patients and informal caregivers to share their experiences and good practices with us.

## Programme.

Part 1 (30') – Setting the scene

- Framework: Function model for nursing in the future
- Good practice 1: Nursing roles in community health centers
- Good practice 2: Nursing roles in home nursing

Part 2 (60') – Group interaction around 3 questions

- What is the role and position of the primary care nurse in the model of 'integrated primary healthcare'?
- Good practice to share with us?
- The function model for nursing: how to translate this to primary care?

<b>Auteurs</b>	Leen Roobaert <sup>1,2,3</sup> , Kristel De Vliegheer <sup>4</sup> , Elsie Decoene <sup>5</sup> , Sam Cordyn <sup>4</sup> , Tom Meeus <sup>6</sup> , Thérèse Van Durme <sup>7</sup> , Eva Goossens <sup>8</sup> , Sylvie Ackaert <sup>9</sup> en Ann Van Hecke <sup>10</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Vlaamse Wijkgezondheidscentra
	2 Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent
	3 Hogent
	4 Wit-Gele Kruis Vlaanderen
	5 Universitair Ziekenhuis Gent
	6 Community Health Centers
	7 Institute of Health and Society, UCLouvain
	8 Afdeling verpleegkunde en vroedkunde, Universiteit Antwerpen
	9 Arteveldehogeschool
	10 Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg, UGent
<b>Contact</b>	leen.roobaert@wgcnieuwgent.be





# SESSION 6. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 6. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

28-11-23

13:30 - 15:00

Symposium

Modérateur • Moderator: **Dr. Pierre D'Ans**, Haute École Libre de Bruxelles, Université libre de Bruxelles

Utilisation d'outils spécifiques en vue de la mise en place de soins intégrés au départ de l'hospitalisation chez les patients chroniques à profil complexe : impacts médico-économiques	50
Use of specific tools to implement integrated care from hospitalisation for complex chronic patients: medico-economic impacts.	51
Perceptions des utilisateurs à long terme de benzodiazépines et de Z-drugs concernant leurs objectifs de traitement lors de leur sevrage	52
Long-term benzodiazepines and Z-drugs user's perceptions regarding their treatment goals during their withdrawal	53
Guide de pratique clinique «Red Flags» en podologie : feuille de route et résultats préliminaires	54
Podiatric guideline "red flags": roadmap and preliminary outcome	55
Intégration de l'ostéopathie dans les milieux de soins interdisciplinaires : obstacles et facilitateurs	56
Integration of osteopathy in interdisciplinary medicine: obstacles and facilitators	57

# Utilisation d'outils spécifiques en vue de la mise en place de soins intégrés au départ de l'hospitalisation chez les patients chroniques à profil complexe : impacts médico-économiques

Eric Adam

**Introduction.** La mise en place d'un réseau de soins intégrés au départ d'une hospitalisation relève de la gageure, tant les outils à disposition reflètent peu l'ensemble des besoins (et notamment psychosociaux) des malades chroniques à profil complexe. Par profil complexe, nous entendons les patients à besoins multiples. Nous avons mis en place une nouvelle stratégie pour organiser le retour à domicile. Ce projet répond à la thématique «Nouveaux rôles et nouveaux accords dans le domaine des soins primaires».

**Méthode.** Les travailleurs sociaux du CHU de Liège ont utilisé une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide de la personne évaluée (Outil ELADEB), à laquelle ils ont couplé l'intervention d'un case manager de première ligne pour mettre en place les prestataires réseau pouvant répondre aux besoins qui découlaient de cette analyse.

Nous avons mesuré les résultats de cette intervention en comparant le nombre d'hospitalisations, ainsi que leur type (programmée, non programmée), un an avant l'intervention et un an après. Nous nous sommes également intéressés aux consultations et aux décès.

Nous avons également comparé cette population à deux populations contrôle.

**Résultats.** Cette intervention a un impact significatif sur le nombre d'hospitalisations en général et plus particulièrement sur les hospitalisations non programmées.

**Discussion.** Le fait que le nombre d'hospitalisations non programmées diminue significativement avec une évaluation plus holistique des besoins, et la mise en réseau qui en découle, peut faire penser que ce type de stratégie est efficace en termes de solidité du système de soins intégrés dans le milieu de vie.

**Conclusion.** Ces résultats encouragent à plus de recherche dans le domaine pour la mise en place de soins intégrés au départ de l'hôpital et en collaboration avec la première ligne.

<b>Auteur</b>	Eric Adam
<b>Affiliation</b>	Service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale, CHU de Liège
<b>Adresse de contact</b>	eric.adam@chuliege.be

# Use of specific tools to implement integrated care from hospitalisation for complex chronic patients: medico-economic impacts

Eric Adam

**Context. Introduction.** Setting up an integrated care network at the end of a hospital stay is a challenge, given that the tools available do not reflect the full range of needs (particularly psychosocial) of chronically ill patients with complex profiles. By complex profile, we mean patients with multiple needs. We set up a new strategy to organize the return back home. This project is linked with the theme "New roles and agreements in primary care".

**Method.** Social workers at the University Hospital of Liège used a scale to assess subjective difficulties and the need for help (ELADEB tool), to which they coupled the intervention of a front-line case manager to set up network provider to meet the needs arising from this analysis.

We have measured the results of this intervention by comparing the number of hospitalizations, and their type (scheduled, unscheduled), one year before and one year after the intervention. We also focus on consultations and deaths.

We also compared this population to two control populations.

**Results.** This intervention has a significant impact on the number of hospitalizations in general, and more specifically on unscheduled hospitalizations.

**Discussion.** The fact that the number of unscheduled hospitalizations decreases significantly with a more holistic assessment of needs, and the resulting networking, may suggest that this type of strategy is efficient in terms of the strength of the care system integrated into the living environment.

**Conclusion.** These results encourage further research in the field, with a view to implementing integrated care from the hospital and in collaboration with the front line.

<b>Author</b>	Eric Adam
<b>Affiliation</b>	Service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale, CHU de Liège
<b>Contact</b>	eric.adam@chuliege.be

# Perceptions des utilisateurs à long terme de benzodiazépines et de Z-drugs concernant leurs objectifs de traitement lors de leur sevrage

Pauline Van Ngoc, Jean-Luc Belche, Melissa Ceuterick, Beatrice Scholtès

L'usage prolongé de benzodiazépines et de Z-drugs (BZD/Z) engendre des effets secondaires psychologiques, cognitifs et physiques. Le sevrage peut s'avérer traumatisant pour les patients. Les prestataires de soins de santé primaire, en raison de leur relation thérapeutique de proximité et de première ligne avec les patients, sont idéalement positionnés pour les accompagner. Peu d'études se penchent sur la perspective du patient. Ainsi, cette recherche explore l'expérience vécue des patients dans la définition des objectifs de soins lors de leur prise en charge.

Dix-neuf entretiens semi-structurés ont été menés avec des utilisateurs à long terme de BZD/Z ayant réduit, stabilisé ou cessé leur traitement. Les participants ont retracé leur parcours de la première prescription jusqu'à la réduction, la stabilisation ou l'arrêt des BZD/Z. Une analyse interprétative phénoménologique a été réalisée.

Nos résultats soulignent que les patients ne partagent pas forcément les mêmes objectifs que les professionnels de la santé. Certains estiment que leur prescripteur ne comprend pas leurs besoins et préférences. Ils souhaitent une approche personnalisée lors du sevrage, tandis que d'autres préfèrent le gérer de manière autonome.

Ces conclusions mettent en avant l'importance de prendre en compte les attentes, besoins et préférences des patients dans la définition des objectifs, qu'il s'agisse d'une diminution ou de stabilisation de la dose de BZD/Z. L'approche de soins axée sur les objectifs pourrait être très utile pour aider les utilisateurs de BZD/Z à long terme à bénéficier d'un meilleur soutien et pour aider les professionnels à faire face à ce défi.

<b>Auteurs</b>	Pauline Van Ngoc <sup>1</sup> , Jean-Luc Belche <sup>1</sup> , Melissa Ceuterick <sup>2</sup> , Beatrice Scholtes <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Research Unit of Primary Care and Health, Department of General Medicine, Faculty of Medicine, University of Liège, Liège, Belgium 2 Hedera, Department of Sociology, Faculty of Political and Social Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium
<b>Adresse de contact</b>	beatrice.scholtes@uliege.be

# Long-term benzodiazepines and Z-drugs user's perceptions regarding their treatment goals during their withdrawal

Pauline Van Ngoc, Jean-Luc Belche, Melissa Ceuterick, Beatrice Scholtès

Long-term use of benzodiazepines and Z-drugs (BZD/Z) can lead to side effects such as psychological, cognitive, and physical effects. BZD/Z tapering off can prove to be long, traumatic and very painful for patients. Given their front-line therapeutic relationship that primary care providers have with their patients, they are well placed to support the patient's tapering off. Few studies focus on the patient's perspective in the management of benzodiazepines. Therefore, this study is interested in the lived experience of long-term benzodiazepines patients regarding their goal of treatment during their BZD/Z tapering off.

19 semi-structured interviews were conducted with long-term benzodiazepines users who have reduced, stabilized or stopped taking benzodiazepines. Participants were asked to tell their story from the first prescription to the reduction, stabilization or discontinuation of benzodiazepines. Interpretative phenomenological analysis was performed.

Our results show that patients may not always share the same treatment objectives as those recommended by their healthcare provider. Some participants feel that their prescriber lacks a comprehensive understanding of their needs and preferences. They seek a more individualized approach when initiating the process of tapering off medication, whereas others prefer to handle it independently.

These findings highlight the importance of starting with the patient's expectations, needs, and preferences when defining treatment goals, whether they are for tapering off or stabilizing the dose of BZD/Z. The goal-oriented care approach could be of significant value in helping long-term BZD/Z users receive better support and providing assistance to professionals facing this challenge.

<b>Auteurs</b>	Pauline Van Ngoc <sup>1</sup> , Jean-Luc Belche <sup>1</sup> , Melissa Ceuterick <sup>2</sup> , Beatrice Scholtes <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Research Unit of Primary Care and Health, Department of General Medicine, Faculty of Medicine, University of Liège, Liège, Belgium 2 Hedera, Department of Sociology, Faculty of Political and Social Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium
<b>Contact</b>	beatrice.scholtes@uliege.be

# Guide de pratique clinique «Red Flags» en podologie : feuille de route et résultats préliminaires

Sara Martin-Scherrens, Joris De Schepper, Leen Bouckaert, Leen De Coninck, Pierre D'Ans (et les membres du Guideline Development Group)

**Contexte.** Les maladies systémiques comme le diabète, les pathologies vasculaires et neurologiques sont des facteurs de risque pouvant entraîner des problèmes de santé majeurs parmi lesquels des problèmes podologiques. Une prise en charge coordonnée et optimale du pied peut réduire l'incidence des morbidités liées aux infections, la nécessité et la durée de l'hospitalisation, ainsi que l'incidence de l'amputation d'un membre. Les podologues ont donc besoin de ressources leur permettant d'identifier correctement les personnes à risque et de mettre en œuvre des stratégies pour prévenir les conséquences irréversibles.

**Objectif.** L'objectif de ce travail est d'élaborer un guide de pratique clinique fondé sur des données probantes, permettant au podologue de décider, dans le cas de patients présentant des signaux d'alarme («red flags»), s'il peut effectuer lui-même les prestations techniques ou s'il doit plutôt rediriger ces patients vers d'autres professionnels de la santé.

**Méthode.** Le guide de pratique clinique suit les étapes décrites dans le manuel du WOREL (Working Group Guideline Development in Primary Care). Un groupe interprofessionnel d'élaboration des recommandations et un comité mixte de parties prenantes (comprenant des patients et des cliniciens concernés) ont garanti à la fois l'expé-

tise scientifique, le caractère centré sur le patient et l'adéquation contextuelle du guide. Pour définir les recommandations, des revues systématiques de la littérature et des méthodes de consensus ont été appliquées. Les recommandations préliminaires sont adaptées au contexte en fonction des commentaires des parties prenantes et chaque recommandation se voit attribuer une valeur.

**Résultats.** Quatre sous-questions cliniques ont été formulées. Chaque sous-question est basée sur un schéma patient/examen/résultat, ce qui donne les questions suivantes : «En présence de quels éléments de l'anamnèse et de l'examen unguéal/cutané/neurologique/vasculaire réalisé par le podologue le patient doit-il être redirigé vers un médecin ou un spécialiste ?»

Pour chaque question, une ou plusieurs recommandations fondées sur des preuves sont proposées. Des outils pour faciliter la mise en œuvre du guide sont fournis.

**Conclusion.** Ce guide vise à aider tous les podologues à se concentrer sur des stratégies fondées sur des données probantes dans le cadre des relations professionnels-patients et interprofessionnelles. Les recommandations fondées sur des données probantes devraient également contribuer à renforcer le podologue dans sa position de prestataire de soins primaires.

<b>Auteurs</b>	Sara Martin-Scherrens <sup>1</sup> , Joris De Schepper <sup>2</sup> , Leen Bouckaert <sup>3</sup> , Leen De Coninck <sup>3</sup> , Pierre D'Ans <sup>1</sup> (et les membres du Guideline Development Group)
<b>Affiliation</b>	1 Haute École Libre de Bruxelles (HELB) 2 Arteveldehogeschool 3 SqaQel
<b>Adresse de contact</b>	pdans@helb-prigogine.be

# Podiatric guideline “red flags”: roadmap and preliminary outcome

Sara Martin-Scherrens, Joris De Schepper, Leen Bouckaert, Leen De Coninck, Pierre D’Ans (et les membres du Guideline Development Group)

**Background.** Noncommunicable diseases such as diabetes, vascular and neurological pathologies are risk factors which can lead to major health conditions among which podiatric problems. Coordinated and optimal foot management can reduce the incidence of infection-related morbidities, the need for and duration of hospitalization, and the incidence of limb amputation. Podiatrists therefore need resources that allow them to correctly identify people at risk and implement strategies to prevent irreversible consequences.

**Objective.** The objective of this clinical practice report is to develop an evidence-based clinical guideline which allows the podiatrist to decide, in the case of patients with red flags, whether they can perform the technical services themselves or whether they should instead redirect these patients.

**Method.** The guideline follows the steps described in the manual of WOREL (Working Group Guideline Development in Primary Care). An interprofessional guideline development group and a mixed stakeholders’ committee (including patients and relevant clinicians) guaranteed both the scientific, expertise, client centered, and

context driven component of the guideline. To define the recommendations, both systematic literature search and consensus methods are performed. The preliminary recommendations are context adapted based on stakeholders’ feedback and a value judgment is assigned on each recommendation.

**Results.** Four clinical sub questions have been formulated. Each sub question is based on a patient/examination/outcome scheme, resulting in following questions:

In the presence of which elements of the anamnesis and nail/skin/neurological/vascular examination performed by the podiatrist, should the patient be referred to the doctor urgently?

Each question is answered with one or more evidence-based recommendations. Tools to facilitate the implementation of this guideline are provided.

**Conclusion.** This guide intends to support all podiatrists focus on evidence-based strategies in the context of the professional-patient and interprofessional relationship. This evidence-based guideline should also contribute to the profile of the podiatrist as a valuable primary care provider.

<b>Authors</b>	Sara Martin-Scherrens <sup>1</sup> , Joris De Schepper <sup>2</sup> , Leen Bouckaert <sup>3</sup> , Leen De Coninck <sup>3</sup> , Pierre D’Ans <sup>1</sup> (et les membres du Guideline Development Group)
<b>Affiliation</b>	1 Haute École Libre de Bruxelles (HELB) 2 Arteveldehogeschool 3 SqaQel
<b>Contact</b>	pdans@helb-prigogine.be

# Intégration de l'ostéopathie dans les milieux de soins interdisciplinaires : obstacles et facilitateurs

Jessica Mellier, Mathilde Bichard, David Zarka, Walid Salem, Nadine Kacenenbogen, Ana Bengoetxea

**Introduction.** Le recours à l'ostéopathie par la population Belge ne cesse de croître, passant de 3,9 % en 2001 à 8,4 % en 2018. La collaboration des ostéopathes avec les autres acteurs de la santé se développe notamment grâce à leur intégration au sein de structures interdisciplinaires. L'objectif ici est d'identifier les facteurs qui freinent et facilitent l'intégration de l'ostéopathie dans les milieux interdisciplinaires, notamment au sein de la première ligne.

**Méthode.** Un échantillonnage raisonné a été réalisé nous permettant de mener 11 entretiens individuels et 5 focus groups. Des médecins généralistes, ostéopathes, kinésithérapeutes, infirmières, accueillant bénévoles, un neurochirurgien, un anesthésiste, une nutrithérapeute, un chirurgien orthopédique et un dentiste exerçant en Belgique francophone ont ainsi été interrogés à l'aide de grilles d'entretiens semi-directives. L'analyse a été réalisée grâce à la méthode inductive.

**Résultats.** Au total, 40 participants ont été interrogés. La confiance, la définition des compétences, le développement d'enseignements de qualités et interdisciplinaires, la participation à des congrès et séminaires, et les résultats cliniques rapportés, constituent des facilitateurs à l'intégration de l'ostéopathie. La création de modèles économiques innovants favorise la collaboration et l'accès à ces soins. Les principaux obstacles sont financiers,

organisationnels et collaboratifs : des compétences floues, un manque de communication et des lacunes dans l'enseignement des différents professionnels. Les mauvaises expériences des soignants ou leurs préjugés ainsi que le peu de preuves scientifiques ont aussi été rapportés comme étant des obstacles importants. Plusieurs avantages de l'intégration de l'ostéopathie ont émergé des récits. Cette intégration permet : une meilleure accessibilité pour les personnes vulnérables, une communication simplifiée, un enrichissement mutuel des professionnels, une meilleure qualité de diagnostic et de traitement ainsi qu'une réduction des coûts.

**Conclusion.** Actuellement en Belgique, l'ostéopathie s'intègre dans divers niveaux de soin malgré le manque d'une reconnaissance politique de la profession. Cette étude révèle à la fois l'intérêt de l'intégration de l'ostéopathie au sein des différentes lignes de soin ; les points d'attention à apporter afin que cette collaboration assure la qualité des soins ; ainsi que les leviers pratiques et organisationnels permettant cette coopération. Pour systématiser cette intégration, il est essentiel de poursuivre le développement de la recherche scientifique en ostéopathie, de développer un enseignement collaboratif dans l'ensemble des professions de santé et d'avoir une réelle volonté politique et organisationnelle.

<b>Auteurs</b>	Jessica Mellier <sup>1</sup> , Mathilde Bichard <sup>1</sup> , David Zarka <sup>1,2</sup> , Walid Salem <sup>1</sup> , Nadine Kacenenbogen <sup>3</sup> , Ana Bengoetxea <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Unité de recherche des Sciences de l'Osteopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles 2 Laboratoire de Neurophysiologie et Biomécanique du Mouvement, Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles 3 Département de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, Campus Érasme
<b>Adresse de contact</b>	Jessica.Mellier@ulb.be



# Integration of osteopathy in interdisciplinary medicine: obstacles and facilitators

Jessica Mellier, Mathilde Bichard, David Zarka, Walid Salem, Nadine Kacenenbogen, Ana Bengoetxea

**Introduction.** The use of osteopathy by the Belgian population continues to grow, rising from 3.9 % in 2001 to 8.4 % in 2018. Osteopaths' collaboration with other healthcare players is growing, notably through their integration into interdisciplinary structures. The aim here is to identify the factors that hinder and facilitate the integration of osteopathy into interdisciplinary settings, particularly within the 1st line.

**Method.** A purposive sampling was carried out, enabling us to conduct 11 individual interviews and 5 focus groups. General practitioners, osteopaths, physiotherapists, nurses, volunteer carers, a neurosurgeon, an anaesthetist, a nutritherapist, an orthopaedic surgeon and a dentist practising in French-speaking Belgium were thus interviewed using semi-directive interview grids. Analysis was carried out using the inductive method.

**Results.** A total of 40 participants were interviewed. Trust, the definition of skills, the development of quality and interdisciplinary teaching, participation in congresses and seminars, and published clinical results constitute the main facilitators for the integration of osteopathy. The creation of innovative business

models encourages collaboration and access to this care. The main obstacles are financial, organizational and collaborative: fuzzy skills, lack of communication and gaps in education between different professionals. Caregivers' bad experiences or prejudices, as well as the lack of scientific evidence, were also reported as significant obstacles. Several benefits of osteopathic integration emerged from the accounts. These include: improved accessibility for vulnerable people, simplified communication, mutual enrichment of professionals, better quality of diagnosis and treatment, and reduced costs.

**Conclusion.** Currently in Belgium, osteopathy is integrated into various levels of care despite the lack of political recognition of the profession. This study reveals the value of integrating osteopathy into the various care lines; the points of attention that need to be considered to ensure that this collaboration provides quality of care; and the practical and organizational levers that enable this cooperation. To systematize this integration, it is necessary to pursue the development of scientific research in osteopathy; to develop collaborative teaching in all healthcare professions; and to have a real political and organizational will.

<b>Authors</b>	Jessica Mellier <sup>1</sup> , Mathilde Bichard <sup>1</sup> , David Zarka <sup>1,2</sup> , Walid Salem <sup>1</sup> , Nadine Kacenenbogen <sup>3</sup> , Ana Bengoetxea <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Unité de recherche des Sciences de l'Osteopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles
	2 Laboratoire de Neurophysiologie et Biomécanique du Mouvement, Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles
	3 Département de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, Campus Érasme
<b>Contact</b>	Jessica.Mellier@ulb.be



# SESSION 7. INCLUSION ET ÉQUITÉ

## SESSIE 7. INCLUSIVITEIT EN RECHTVAARDIGHEID

28-11-23

13:30 - 15:00

Symposium

Modérateur • Moderator: **Professeure Céline Mahieu**, Université libre de Bruxelles

Born in Belgium Professionals, une plateforme partagée proposant des soins intégrés	60
Born in Belgium Professionals, A shared platform for integrated care	61
Guide pour les professionnels impliqués dans l'accompagnement de grévistes de la faim dans un contexte non-carcéral	62
Gids voor zorgverleners die hongerstakers begeleiden in een niet-vrijheidsberovende omgeving	63
Guide for professionals involved in accompanying hunger strikers in a non-custodial setting	64
Les déterminants de la participation du public au sein d'activités collectives déployées parmi les services de la première ligne de soins et de santé en Belgique francophone : focus sur les émotions	65
Determinants of public participation in collective activities conducted within the primary care services in French-speaking Belgium: a focus on emotions	66
TOOLINE1, Renforcer l'accès aux soins pour les personnes exclues du système : un projet pour et avec la première ligne	67
Betere toegang tot zorg voor mensen die uitgesloten zijn van het systeem: een project voor en met eerstelijns gezondheidswerkers	68

# Born in Belgium Professionals, une plateforme partagée proposant des soins intégrés

Emilie Saey, Marie Nihoul, Sabine Verschelde, Caroline Germanes, Bianca Eerens, Kim Decabooter, Kelly Amuli, Katrien Beeckman

**Introduction.** La grossesse est une période de la vie déterminante pour le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra. Mais c'est aussi une période vulnérable durant laquelle il est important d'accorder de l'attention au bien-être psychosocial de la future maman. C'est aussi l'occasion de cibler ses vulnérabilités et de fournir des soins sur mesure. L'INAMI vise à identifier les besoins psychosociaux de chaque femme et à offrir des soins intégrés. La première ligne joue un rôle important à cet égard.

**Méthode.** Une analyse de la littérature et une enquête ont permis d'élaborer un questionnaire qui permet d'identifier les besoins psychosociaux. Une centaine de prestataires de première et deuxième ligne se sont réunis afin de développer l'outil en co-création. Ils ont également contribué à la réflexion sur le contenu des parcours de soins personnalisés.

**Résultats.** Born in Belgium Professionals est une plateforme numérique partagée qui offre une vue d'ensemble des prestataires de soins impliqués dans une grossesse, une anamnèse psychosociale et des trajets de soins personnalisés. Celle-ci

facilite le référencement grâce à l'intégration des bases de données de l'INAMI, Bruxelles Social, Sociale Kaart Vlaanderen, FARES, ...

La plateforme permet une collaboration multidisciplinaire entre les organisations de soins primaires et secondaires. Elle peut être intégrée dans les dossiers médicaux informatisés ou être accessible via un lien web.

**Discussion.** Plus de 2500 femmes ont déjà été suivies par Born in Belgium Professionals. Moins de 1 % des femmes ont refusé de participer et plus de 87 % d'entre elles ont signalé au moins une vulnérabilité.

Entre-temps, la plateforme compte plusieurs utilisateurs qui peuvent partager leurs expériences ; celles-ci seront utilisées dans la suite de l'implémentation.

**Conclusion.** Il convient que la plateforme Born in Belgium Professionals reste disponible dans notre pays et que sa mise en œuvre soit analysée.

<b>Auteurs</b>	Emilie Saey <sup>1</sup> , Marie Nihoul <sup>2</sup> , Sabine Verschelde <sup>3</sup> , Caroline Germanes <sup>3</sup> , Bianca Eerens <sup>3</sup> , Kim Decabooter <sup>3</sup> , Kelly Amuli <sup>3</sup> , Katrien Beeckman <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 INAMI/RIZIV 2 Vrije Universiteit Brussel 3 ASBL Together we Care
<b>Adresse de contact</b>	katrien.beeckman@borninbelgiumpro.be

# Born in Belgium Professionals, A shared platform for integrated care

Emilie Saey, Marie Nihoul, Sabine Vershelde, Caroline Germanes, Bianca Eerens, Kim Decabooter, Kelly Amuli, Katrien Beeckman

**Introduction.** Pregnancy is a crucial time in life for the development of a child and the health of the adult he or she will become. Pregnancy is also a vulnerable period during which it is important to pay attention to the psychosocial well-being of the mother-to-be. It is also an opportunity to target vulnerabilities and provide tailored care. The RIZIV/INAMI aims to identify each woman's psychosocial needs and offer integrated care. Primary care plays an important role in this.

**Method.** A review of the literature and a survey were used to develop a questionnaire to identify psychosocial needs.

Several primary and secondary care providers were involved to co-create the tool. They also contributed to discussions on the content of personalised care pathways.

**Results.** Born in Belgium Professionals is a shared digital platform that provides an overview of care providers involved in pregnancy, a psychosocial anamnesis and the offering of personalised care pathways. It facilitates referrals by integrating databases from INAMI, Bruxelles Social, Sociale Kaart Vlaanderen, FARES, etc.

The platform enables multidisciplinary collaboration between primary and secondary care organisations. It can be integrated into electronic medical records or accessed via a web link.

**Discussion.** More than 2,500 women have already been monitored by Born in Belgium Professionals. Less than 1% of women have refused to participate and over 87% of them have reported at least one vulnerability.

In the meantime, the platform has several users who can share their experiences; these will be used in the further implementation.

**Conclusion.** The Born in Belgium Professionals platform should remain available in Belgium and its implementation should be analysed.

<b>Authors</b>	Emilie Saey <sup>1</sup> , Marie Nihoul <sup>2</sup> , Sabine Vershelde <sup>3</sup> , Caroline Germanes <sup>3</sup> , Bianca Eerens <sup>3</sup> , Kim Decabooter <sup>3</sup> , Kelly Amuli <sup>3</sup> , Katrien Beeckman <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 INAMI/RIZIV 2 Vrije Universiteit Brussel 3 ASBL Together we Care
<b>Contact</b>	katrien.beeckman@borninbelgiumpro.be

# Guide pour les professionnels impliqués dans l'accompagnement de grévistes de la faim dans un contexte non-carcéral

Noémie Graillet, Alice Lannoo

**Contexte.** Médecins du Monde et la Fédération des Maisons Médicales ont accompagné la grève de la faim entamée par plus de 350 personnes de mai à juillet 2021 sur trois implantations à Bruxelles. Ils ont soutenu les référents médicaux grévistes et les acteurs déjà présents au travers d'une coordination psycho-médico-sociale. Le cadre de l'accompagnement a été établi avec l'aide de médecins et d'intervenants sociaux ayant déjà accompagné des grèves et de la littérature disponible dont le [«Vademecum à l'usage des soignants pour l'accompagnement de grévistes de la faim»](#) (2004, FMM).

Le contexte actuel semble favoriser l'émergence de nouvelles grèves de la faim, à Bruxelles ou ailleurs. Presque 20 ans plus tard, il est apparu opportun de mettre à jour ce Vademecum, quelles que soient la capacité et la volonté d'intervenir à nouveau. Le processus vise une vérification de la littérature disponible, l'intégration de l'approche interdisciplinaire avec l'accent sur la santé mentale et l'implication d'usagers dans la construction du guide.

**Objectif.** L'objectif est d'élaborer un nouvel outil de référence utilisable à l'échelle européenne et à destination des professionnels de la santé et du social intervenants auprès de personnes en grève de la faim hors lieux de privation de liberté. Cet outil qui se veut le plus pratique possible au chevet du patient aura un rôle d'accompagnement et décrira les balises médicales, éthiques, logistiques et sociales pour les professionnelles.

Ces enjeux, comme par exemple la posture d'accompagnante professionnelle qui se retrouve propulsée au sein d'une action militante et

politique d'un groupe de personnes en situation de vulnérabilité, sont absents ou peu présents dans la formation de base des professionnels et relèvent classiquement d'un petit nombre de personnes engagées ou du milieu associatif. L'un des effets souhaités de ce guide est de permettre une transmission et une diffusion des savoirs afin que chaque professionnel de la première ligne classique soit en capacité d'appréhender cette problématique.

**Méthodologie.** La méthode utilisée est une revue de la littérature associée à une conférence Delphi (consensus d'experts) afin d'allier la rigueur scientifique et l'aspect pratique des expériences de terrain. Cinq tours thématiques ont été réalisés avec des panels mixtes (personnes ayant déjà accompagné ou effectué une grève de la faim, personnes expertes).

**Résultat.** Le document servira à l'échange d'expériences et à guider les transmissions interprofessionnelles pour travailler en meilleure synergie entre intervenantes et avec les grévistes et faciliter la compréhension des réalités de chacune.

**Discussion.** La version finale étant prévue pour fin 2023 nous souhaitons présenter une communication reprenant une brève explication de la méthodologie, les grandes lignes de son contenu et ouvrir le questionnement autour de certains points : quelle posture, quel cadre et quelles limites adopter en tant que soignante, quels défis dans l'accompagnement auprès des grévistes de la faim ?

<b>Auteurs</b>	Noémie Graillet, Alice Lannoo
<b>Affiliations</b>	Médecins du Monde Belgique, Fédération des Maisons Médicales, Vrije Universiteit Brussel (VUB), CPAS de 1000 Brussels
<b>Adresse de contact</b>	noemie.graillet@medecinsdumonde.be

# Gids voor zorgverleners die hongerstakers begeleiden in een niet-vrijheidsberovende omgeving

Noémie Graillet, Alice Lannoo

**Context.** Dokters van de Wereld en de Fédération des Maisons Médicales ondersteunden van mei tot juli 2021 een hongerstaking van meer dan 350 mensen op drie locaties in Brussel. Ze ondersteunden de stakende medische referenten en de reeds aanwezige hulpverleners door hen een psycho-medico-sociale coördinatie aan te bieden. Het ondersteuningskader werd opgesteld met de hulp van artsen en maatschappelijk werkers die al stakingen hadden opgevolgd, samen met informatie uit de beschikbare literatuur, waaronder het "*Vademecum à l'usage des soignants pour l'accompagnement de grévistes de la faim*" (2004, FMM).

Omdat de huidige context nieuwe hongerstakingen kunnen in de hand werken, leek het ons aangewezen, na bijna 20 jaar, dit vademecum te actualiseren. Dit staat los van het feit of wij tijdens een volgende hongerstaking terug dezelfde rol zullen opnemen. Het proces is erop gericht de beschikbare literatuur te herzien, een interdisciplinaire aanpak te integreren met een focus op geestelijke gezondheid, en de ex-hongerstakers ook te betrekken bij het opstellen van de gids.

**Doel.** Het doel is om een nieuw referentiedocument te ontwikkelen dat in heel Europa gebruikt kan worden en bedoeld is voor professionals in de gezondheidszorg en sociale sector die mensen begeleiden die in hongerstaking zijn buiten de gevangenis, het hospitaal of een opvangcentrum. Deze handleiding, die zo praktisch mogelijk geschreven wordt, biedt ondersteuning en beschrijft de medische, ethische, logistieke en sociale richtlijnen voor zorgverleners.

Deze richtlijnen, zoals de houding van de hulpverlener bij de begeleiding van een groep kwetsbare mensen die een militante en politieke actie organiseren, ontbreken dikwijls in de basisopleiding van hulpverleners. Ze worden wel opgenomen door een klein aantal geëngageerde personen of verenigingen. Een van de gewenste resultaten van deze gids is het mogelijk maken van kennisoverdracht en -verspreiding, zodat de hele traditionele eerste lijn deze thema's kan begrijpen.

**Methode.** De gebruikte methode is een literatuurstudie gecombineerd met een Delphi-conferentie (consensus van deskundigen) om wetenschappelijke nauwkeurigheid te combineren met het praktische aspect van praktijkervaring. Er werden vijf thematische rondes gehouden met gemengde panels (mensen die al een hongerstaking hadden begeleid of ondergaan en experts).

**Resultaten.** Het document zal gebruikt worden om ervaringen uit te wisselen en de interprofessionele communicatie te sturen, om zo meer synergie te bereiken tussen de hulpverleners en de hongerstakers en om elkaars realiteit beter te begrijpen.

**Discussie.** Aangezien de definitieve versie gepland is voor eind 2023, willen we een presentatie geven met een korte uitleg van de methodologie en de grote lijnen van de inhoud, en de vraagstelling openen rond bepaalde punten: welke houding, kader en grenzen moeten we aannemen als zorgverleners, en wat zijn de uitdagingen in het werken met hongerstakers?

<b>Auteurs</b>	Noémie Graillet, Alice Lannoo
<b>Affiliaties</b>	Dokters van de Wereld België (DvdW-MdM), Fédération des Maisons Médicales (FMM), Vrije Universiteit Brussel (VUB), OCMW van 1000 Brussel
<b>Contactadres</b>	noemie.graillet@medecinsdumonde.be

# Guide for professionals involved in accompanying hunger strikers in a non-custodial setting

Noémie Grailet, Alice Lannoo

**Context.** Doctors of the World and the Fédération des Maisons Médicales monitored a hunger strike of more than 350 people at three locations in Brussels from May to July 2021. They assisted the striking medical referents, and the professionals already present through psycho-medico-social coordination. The supportive framework was prepared with the help of doctors and social workers who had already monitored hunger strikes in the past and the available literature, including the "*Vademecum à l'usage des soignants pour l'accompagnement de grévistes de la faim*" (2004, FMM).

Since the current context may encourage new hunger strikes, we thought it appropriate to update this guideline after almost 20 years. This is regardless of whether we would return to perform the same role during a future hunger strike. The process aims to review the available literature, integrate an interdisciplinary approach with a focus on mental health, and involve the ex-hunger strikers in the preparation of the guideline.

**Purpose.** The aim is to develop a new reference document that can be used throughout Europe and is intended for healthcare and social workers who accompany people on hunger strike in a non-custodial setting. This manual, that is written as practically as possible, provides support and describes the medical, ethical, logistical and social guidelines for care providers.

These guidelines, such as the attitude of a professional while monitoring a group of vulnerable

people who organize a militant and political action, are often lacking in the basic training of care workers. They are now taken up by a small number of committed persons or associations. One of the desired results of this guide is to enable knowledge transfer and dissemination so that the whole traditional 1st line can understand these themes.

**Method.** The method used is a literature review combined with a Delphi conference (consensus of experts) to combine scientific knowledge with the practical aspect of hands-on experience. Five thematic rounds were held with mixed panels (people who had already supervised or underwent a hunger strike and experts).

**Results.** The document will be used to exchange experiences and guide interprofessional communication, in order to achieve more synergy between the care providers and the hunger strikers and to better understand each other's reality.

**Discussion.** Since the final version is planned for the end of 2023, we want to give a presentation with a brief explanation of the methodology and the broad outlines of the content, and open the question around certain points: what attitude, framework and boundaries should we adopt as caregivers, and what are the challenges in working with hunger strikers?

<b>Authors</b>	Noémie Grailet, Alice Lannoo
<b>Affiliations</b>	Médecins du Monde Belgique (Doctors of the World-MdM), Fédération des Maisons Médicales (FMM), Vrije Universiteit Brussel (VUB), CPAS of 1000 Brussels
<b>Contact</b>	noemie.grailet@medecinsdumonde.be



# Les déterminants de la participation du public au sein d'activités collectives déployées parmi les services de la première ligne de soins et de santé en Belgique francophone : focus sur les émotions.

Vincent La Paglia

Cette communication prend appui sur une étude quantitative réalisée par Kirkove (2021) portant sur les pratiques en santé communautaire auprès des professionnels des services de première ligne a mis en évidence comme difficultés prioritaires la participation des patients/usagers, tout en soulignant une plus grande prépondérance d'activités individuelles que d'activités collectives (rassemblant un/des professionnel/s avec divers patients/usagers).

En vue d'approfondir le volet quantitatif, cette recherche aspire à cerner derrière les conduites des individus, les tonalités émotionnelles qui facilitent ou freinent la contribution de chacun dans son engagement participatif.

Pour ce faire, après la construction d'un cadre théorique nourri par différentes définitions de la participation en santé communautaire, complété par des approches plus «micro-sociales», un modèle d'analyse proposant deux focales microsociologiques fut développé : une première qui se penche sur le contenu normalisé du cadre (Goffman 1974) d'une activité participative (Bergner & Charles., 2014), et une seconde qui se microscopise sur la dynamique des interactions.

Afin de tester ce modèle, la méthodologie de cette recherche propose une approche qualitative effectuée dans trois organisations servant de terrains de recherche situées en province de Namur, à savoir une maison médicale, un service œuvrant avec un public en mal-logement et un service lié à l'office de la naissance et de l'enfance. Parmi ces terrains, des entretiens individuels de type semi-directif (Kaufmann, 2013), des sessions d'observation (Arborio & Fournier 2015) ainsi que la lecture de la documentation interne aux organisations furent réalisés avec le public et les professionnels. Pour analyser les données recueillies, la méthode de l'analyse thématique est utilisée (Paillé & Muchielli, 2021).

Dans cette communication, seront présentés les résultats évoquant les conduites qui facilitent et/ou freinent la contribution personnelle (Goffman, 1974) des participants en abordant les logiques émotionnelles (Le Breton, 2021) de sécurité et de plaisir qui peuvent être déterminantes sur l'engagement du participant à l'instant «t», tout en démontrant les connexions entre les moments «ante» et «post» de l'activité et de mettre en lumière le rôle du professionnel du soin/de l'aide dans cette relation en arrière-scène de la participation (Breviglieri & Gaudet, 2014).

<b>Auteur</b>	Vincent La Paglia
<b>Affiliations</b>	Centre FoRS, Domaine des sciences politiques et sociales & Information et communication, Haute École Namur-Liège-Luxembourg (Belgique)
<b>Adresse de contact</b>	vincent.lapaglia@henallux.be

# Determinants of public participation in collective activities conducted within the primary care services in French-speaking Belgium: a focus on emotions

Vincent La Paglia

This paper is based on a quantitative study carried out by Kirkove (2021) on community health practices among professionals in front-line services, which highlighted patient/user participation as a priority issue, while emphasising the greater preponderance of individual activities than group activities (bringing together one or more professionals with various patients/users).

With a view to deepening the quantitative aspect, this research aims to identify, behind the behaviour of individuals, the emotional tonalities that facilitate or hinder the contribution of each individual in their commitment to participation.

To do this, after constructing a theoretical framework based on different definitions of participation in community health, supplemented by more 'micro-social' approaches, we developed an analytical model with two micro-sociological focuses: the first looks at the standardised content of the framework (Goffman 1974) of a participatory activity (Berger & Charles., 2014), and the second focuses on the dynamics of interactions.

In order to test this model, the methodology of this research proposes a qualitative approach carried out in three organisations serving as research

fields located in the province of Namur, namely a medical house, a service working with a public known/knew a problematic of homelessness, and a service of the "Office de la naissance & de l'enfance". Among these fields, individual semi-directive interviews (Kaufmann, 2013) with professionals & the public, and observation sessions (Arborio & Fournier 2015) of participatory activities have been carried out, as well as reading of the organisations' internal documentation. To analyse the data collected, the method of thematic analysis was used (Paillé & Muchielli, 2021).

This paper will present the results evoking the behaviours that facilitate and/or hinder the personal contribution (Goffman, 1974) of the participants by addressing the emotional logics (Le Breton, 2021) of security and pleasure that can be decisive for the participant's commitment at time 't', while demonstrating the connections between the 'ante' and 'post' moments of the activity and highlighting the role of the care/help professional in this behind-the-scenes relationship of participation (Breviglieri & Gaudet, 2014).

---

## Authors

Vincent La Paglia

## Affiliations

Centre FoRS, Domaine des sciences politiques et sociales & Information et communication, Haute École Namur-Liège-Luxembourg (Belgique)

## Contact

vincent.lapaglia@henallux.be

---

# TOOLINE1, Renforcer l'accès aux soins pour les personnes exclues du système : un projet pour et avec la première ligne

Catherine Filleul, Médecins du Monde Belgique, Projet TOOLINE1

Dans un contexte social et structurel où apparaissent des tensions entre des situations de vie toujours plus complexes et une offre de services de santé saturée, TOOLINE1 s'inscrit dans une dynamique d'amélioration des compétences et des outils en première ligne psycho-médicosociale pour favoriser l'inclusion des publics en situation de grande vulnérabilité et sans accès durable à cette première ligne de santé.

Perçu comme un morceau de musique, l'accompagnement de ces publics nécessite une partition qui met en mélodie les différents prestataires concernés avec des temporalités, des rôles et des enjeux variables et influencés par les contextes et les publics auprès desquels ils s'investissent.

La ligne 0.5 répond à la nécessité d'offrir des soins "sur mesure" aux personnes en situation de grande vulnérabilité, qui tiennent compte de leurs spécificités et visent leur réintégration dans le système de soins classique à travers l'abaissement du seuil d'accès. La fonction 0.5 ou fonction inclusive applique les principes de la ligne 0.5 à chaque niveau du système de santé et reprend des méthodes, approches et compétences mises en place par des structures, services et professionnels.

L'objectif de TOOLINE1 est de mettre en place et d'intégrer les principes de la fonction 0.5 au sein de la première ligne du système de santé traditionnel. Le projet développe des actions qui remodelisent l'accueil, l'accompagnement et le cas échéant l'orientation du public. Concrètement, il s'agit de fournir aux prestataires médicaux et psycho-sociaux des outils, des ressources, un réseau, pour permettre ou faciliter la prise en charge des personnes dont l'accès à la première ligne de soins est absent, réduit ou non optimal.

Différentes étapes sont mises en place : identification des problématiques, co-construction d'outils et de réseaux qui sont testés et améliorés pour aboutir à une modélisation de l'orientation des publics de la ligne 0.5 vers la ligne 1. Le projet est mené au sein de trois territoires : Bruxelles, Mons et Antwerpen.

Plusieurs résultats sont poursuivis : les partenaires renforcent leur capacité à réduire les barrières culturelles, administratives et financières d'accès aux soins, à gérer les questions de santé-mentale, d'assuétudes et les spécificités liées aux situations de précarité et à construire un réseau, s'y inscrire et y travailler.

<b>Auteur</b>	Catherine Filleul
<b>Affiliation</b>	Médecins du Monde Belgique, Projet TOOLINE1
<b>Adresse de contact</b>	catherine.filleul@medecinsdumonde.be

# Betere toegang tot zorg voor mensen die uitgesloten zijn van het systeem: een project voor en met eerstelijnsgezondheidswerkers

Catherine Filleul, Dokters van de Wereld België, Project TOOLINE1

In een sociale en structurele context waar spanningen ontstaan tussen steeds complexere levenssituaties en een verzadigd aanbod van gezondheidsdiensten, maakt TOOLINE1 deel uit van het streven naar verbetering van vaardigheden en tools in de eerstelijnspsycho-medico-sociale zorg, om de inclusie te bevorderen van mensen in zeer kwetsbare situaties die geen langdurige toegang hebben tot deze eerstelijnsgezondheidszorg.

Het bieden van ondersteuning aan deze groepen, kan gezien worden als een muziekstuk, dat een partituur vereist die de verschillende betrokken dienstverleners samenbrengt, met verschillende plannings, rollen en uitdagingen, beïnvloed door de context en de groepen waarmee ze werken.

De 0,5-lijn beantwoordt aan de behoefte om zorg "op maat" te bieden aan mensen in zeer kwetsbare situaties, rekeninghoudend met hun specifieke kenmerken. Met het doel om hen te re-integreren in het reguliere gezondheidszorgsysteem door de drempel voor toegang te verlagen. De 0,5 of inclusieve functie past de principes van de 0,5-lijn toe op elk niveau van het gezondheidszorgsysteem en omvat methoden, benaderingen en vaardigheden die worden toegepast door structuren, diensten en professionals.

Het doel van TOOLINE1 is om de principes van de 0,5de-functie te implementeren en te integreren binnen de eerste lijn van het traditionele gezondheidszorgsysteem. Het project ontwikkelt acties die een nieuwe vorm geven aan de manier waarop het publiek wordt ontvangen, ondersteund en, waar nodig, doorverwezen. Concreet is het doel om medische en psychosociale zorgverleners te voorzien van de tools, middelen en een netwerk om de zorg mogelijk te maken of te vergemakkelijken voor mensen van wie de toegang tot eerstelijnszorg afwezig, beperkt of niet optimaal is.

Er zijn verschillende fasen: identificatie van de problemen, gezamenlijke constructie van hulpmiddelen en netwerken die worden getest en verbeterd, culminerend in een model om mensen van lijn 0,5 naar lijn 1 te begeleiden. Het project wordt uitgevoerd in drie gebieden: Brussel, Bergen en Antwerpen.

Er worden een aantal resultaten nagestreefd: de partners versterken hun vermogen om culturele, administratieve en financiële barrières voor de toegang tot zorg te verminderen; om te gaan met geestelijke gezondheidsproblemen, verslavingen en de specifieke kenmerken van preciaire situaties; en om een netwerk uit te bouwen, zich erbij aan te sluiten en erbinnen te werken.

<b>Auteur</b>	Catherine Filleul
<b>Affiliatie</b>	Dokters van de Wereld België, Projet TOOLINE1
<b>Contact</b>	catherine.filleul@medecinsdumonde.be

# SESSION 8. PARTAGE DES CONNAISSANCES

## SESSIE 8. KENNISUITWISSELING

28-11-23

13:30 - 15:00

Symposium

Modérateur • Moderator: **Professeur Benoit Petré**, Université de Liège

Curriculum d'apprentissage de la communication patient – médecin en master de spécialisation en médecine générale	70
Curriculum for Patient-Doctor Communication in a Master's Specialization in General Medicine	71
De la Pratique à la Recherche... et Retour ! Enjeux de la Participation dans la Recherche en Médecine Générale	72
From Practice to Research... and Back! Challenges of Participation in General Medicine Research	73
Explorer les pratiques d'évaluation dans les équipes pluridisciplinaires de soins primaires en Belgique francophone	74
Exploring evaluative practice in multidisciplinary primary care teams in French speaking Belgium	75
Un suivi rapproché avec un-e patient-e ayant un trouble lié à l'usage de substances a-t-il un impact sur les représentations des futur-es médecins ?	76
Does close follow-up with a patient with a substance use disorder have an impact on the perceptions of future doctors?	77

# Curriculum d'apprentissage de la communication patient-médecin en master de spécialisation en médecine générale

Jean-Luc Belche et Valérie Massart

**Problématique.** La communication est indispensable aux soignants, particulièrement de la première ligne de soins, pour instaurer une relation de confiance et échanger de l'information avec les patients et leurs proches. Les compétences communicationnelles soutiennent l'adhésion au traitement dans les maladies chroniques de plus en plus fréquentes, et permettent une prise en charge personnalisée et inclusive. Un curriculum dédié à ces compétences a été jugé indispensable au sein du master de spécialisation en médecine générale.

**Contexte.** L'implantation débute en 1<sup>re</sup> année de spécialisation. Le curriculum complet associe cours magistraux interactifs, e-learning, ateliers en petits groupe pour appropriation du cadre théorique et jeux de rôles, et ateliers de simulation avec patient simulé formé et tuteur. Le patient simulé fournit un feedback à l'assistant sur base de son ressenti, le tuteur sur base d'une grille d'observation. Les thématiques ciblées sont la structuration de la consultation, la recherche de perspective du patient et l'entretien motivationnel.

Chaque étudiant dispose ainsi de près de 15 heures de formation centrée sur la communication.

Les assistants sont évalués sur leurs compétences, y compris communicationnelles, lors d'entretiens médicaux simulés sommatisés en fin de première année.

**Résultats attendus.** Le dispositif est évalué par prise d'avis des assistants, patients simulés, tuteurs et enseignant. Les premiers résultats montrent la satisfaction des assistants et leur prise de conscience de la nécessité de cet apprentissage et. Des données sur l'acquisition de la compétence sont issues de l'évaluation par Entretien Médical Simulé. Actuellement la compétence, particulièrement complexe et vaste, n'est pas acquise de tous les assistants au terme de la 1<sup>re</sup> année du master de spécialisation.

Le curriculum de développement des compétences communicationnelles devra être étoffé durant toute la spécialisation : thématiques de communication plus complexes, nouveaux ateliers de simulation, nouvelles séances d'e-learning pour acquérir des concepts plus théoriques, ajout des séances d'observation des compétences au cabinet via enregistrement vidéo et débriefing.

<b>Auteurs</b>	Jean-Luc Belche et Valérie Massart
<b>Affiliation</b>	Département de médecine Générale, Faculté de Médecine, Université de Liège
<b>Adresse de contact</b>	jibelche@uliege.be

# Curriculum for Patient-Doctor Communication in a Master's Specialization in General Medicine

Jean-Luc Belche et Valérie Massart

**Problem Statement.** Effective communication is essential for healthcare providers, especially those in primary care, to establish trust and exchange information with patients and their families. Communication skills support treatment adherence in increasingly prevalent chronic illnesses and enable personalized and inclusive care. A dedicated curriculum focusing on these skills has been deemed necessary within the Master's Specialization in General Medicine.

**Context.** Implementation begins in the first year of specialization. The comprehensive curriculum includes interactive lectures, e-learning modules, small group workshops for theoretical framework understanding, role-playing sessions, and simulation workshops with trained simulated patients and tutors. Simulated patients provide feedback to the trainees based on their experiences, while tutors use observation checklists. The targeted themes include consultation structuring, patient perspective exploration, and motivational interviewing. Each student receives approximately 15 hours of communication-focused training. Trainees are assessed on their skills, including communication skills, through summative simulated medical interviews at the end of the first year.

**Expected Outcomes.** The program is evaluated through feedback from trainees, simulated patients, tutors, and instructors. Initial results indicate trainee satisfaction and their realization of the importance of this learning. Data on skill acquisition are derived from the Simulated Medical Interview evaluation. Currently, the skill, which is particularly complex and extensive, is not acquired by all trainees by the end of the first year of the specialization.

The curriculum for developing communication skills will need to be expanded throughout the entire specialization, with more complex communication topics, new simulation workshops, new e-learning sessions for acquiring theoretical concepts, and the addition of observation sessions in clinics through video recording and debriefing.

---

<b>Authors</b>	Jean-Luc Belche et Valérie Massart
<b>Affiliation</b>	Department of General Medicine, Faculty of Medicine, University of Liège
<b>Contact</b>	<a href="mailto:jlbelche@uliege.be">jlbelche@uliege.be</a>

---

# De la Pratique à la Recherche... et Retour ! Enjeux de la Participation dans la Recherche en Médecine Générale

Grégory Dallemagne et Charlotte Bréda (premiers coauteurs), Bruno Verstraete, Cécile Ponsar, Michel De Jonghe, ainsi que les membres de la cellule recherche et les médecins généralistes du Centre Académique de Médecine Générale (CAMG) et des médecins et assistants de la première communauté apprenante du Luxembourg

**Introduction.** L'évolution rapide du paysage de la santé souligne l'importance d'une synergie entre recherche, enseignement et pratique. Cette vision holistique peut séduire par son évidence conceptuelle, mais sa transposition sur le terrain se révèle complexe. Pour la concrétiser, une implication active et intégrée des différents acteurs dans les trois secteurs est essentielle, notamment pour favoriser les interactions entre différents types de savoirs.

Les savoirs expérientiels et leurs potentiels à alimenter la recherche scientifique sont peu reconnus comme pouvant constituer une source de connaissances valide pour les médecins généralistes. Or, les savoirs pratiques peuvent largement favoriser la production de connaissances «situées», ancrées dans une réalité de terrain, et donc répondre à des besoins réellement vécus par les praticiens.

Afin de mieux cerner ces enjeux d'implication et de relations entre différents types de savoirs, deux projets de recherche-action ont été lancés en 2022 au CAMG.

**Méthode.** Le premier projet de recherche action a exploré les enjeux de participation des médecins généralistes à la recherche en santé. Quinze rencontres collaboratives ont rassemblé des enseignants, chercheurs, assistants, médecins

généralistes et anthropologues pour discuter de ces enjeux. En parallèle, un second projet de recherche-action, le projet "Communauté apprenante", a été mis en place avec onze médecins généralistes et assistants pour expérimenter de nouveaux dispositifs de coproduction de connaissances. Les données ont été obtenues par observation participante, entretiens individuels et réunions en intelligence collective, puis traitées selon une analyse de contenu.

**Résultats.** L'étude a permis de mieux comprendre et de repenser la participation des savoirs expérientiels des médecins généralistes dans les processus de recherche et de formation et, inversement, la place de la recherche et de la formation dans les pratiques en médecine générale. Un sentiment d'illégitimité à entreprendre des recherches, une perception hiérarchisée des savoirs scientifiques et des défis de collaboration entre les institutions et les pratiques ont été identifiés. Néanmoins, la "Communauté apprenante" s'est avérée être un dispositif efficace de co-production de savoirs pertinents pour la pratique.

**Conclusion.** Il est impératif d'adopter des approches innovantes de co-construction de savoirs pour orienter et alimenter une recherche ancrée dans les réalités vécues des soignants.

## Auteurs

Grégory Dallemagne, Charlotte Bréda (premiers coauteurs), Bruno Verstraete, Cécile Ponsar, Michel De Jonghe, ainsi que les membres de la cellule recherche et les médecins généralistes du Centre Académique de Médecine Générale (CAMG) et des médecins et assistants de la première communauté apprenante du Luxembourg.

## Affiliation

Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain, Bruxelles

## Adresse de contact

cecile.ponsar@uclouvain.be



# From Practice to Research... and Back! Challenges of Participation in General Medicine Research

Grégory Dallemagne and Charlotte Bréda (shared first co-authorship), Bruno Verstraete, Cécile Ponsar, Michel De Jonghe, members from the research unit and general practitioners from the Academic Centre for General Medicine (CAMG), as well as doctors and assistants from the first learning community of Luxembourg

**Introduction.** The rapid evolution of the health landscape underscores the importance of synergy between research, education, and practice. This holistic vision may be appealing due to its conceptual clarity, but its implementation in the field proves to be complex. To realize it, an active and integrated involvement of various stakeholders across the three sectors is essential, especially to enhance interactions among different types of knowledge. Experiential knowledge and its potential to inform scientific research are scarcely recognized as valid sources of understanding for general practitioners. Yet, practical knowledge can significantly foster the production of "situated" knowledge, rooted in real-world scenarios, and thus address the genuine needs experienced by practitioners. To better grasp these challenges of involvement and the relationships between different knowledge types, two action-research projects were initiated in 2022 at the Academic Centre for General Medicine.

**Method.** The first action-research project explored the challenges of involving general practitioners in health research. Fifteen collaborative meetings brought together educators, researchers, assistants, general practitioners, and anthropologists

to discuss these challenges. Concurrently, a second action-research project named "Learning Community" was established with eleven general practitioners and assistants to experiment with new co-production of knowledge mechanisms. Data were gathered through participatory observation, individual interviews, and collective intelligence meetings, then processed using content analysis.

**Results.** The study enabled a better understanding and rethinking of the participation of general practitioners' experiential knowledge in research and training processes and, conversely, the role of research and training in general medical practices. A feeling of illegitimacy in undertaking research, a hierarchical perception of scientific knowledge, and challenges in collaboration between institutions and practices were identified. However, the "Learning Community" proved to be an effective mechanism for co-producing knowledge relevant to practice.

**Conclusion.** It's imperative to adopt innovative approaches to co-construct knowledge to guide and nurture research grounded in the lived realities of caregivers.

---

## Authors

Grégory Dallemagne and Charlotte Bréda (shared first co-authorship), Bruno Verstraete, Cécile Ponsar, Michel De Jonghe, members from the research unit and general practitioners from the Academic Centre for General Medicine (CAMG), as well as doctors and assistants from the first learning community of Luxembourg.

---

## Affiliation

Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain, Bruxelles

---

## Contact

cecile.ponsar@uclouvain.be

---

# Explorer les pratiques d'évaluation dans les équipes pluridisciplinaires de soins primaires en Belgique francophone

Madeleine Capiou

**Introduction.** L'évaluation est essentielle à l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, malgré l'élaboration de lignes directrices pour l'évaluation de la qualité des soins primaires, la pratique de l'évaluation reste compliquée pour les professionnels y exerçant. De quoi ont-ils besoin pour (mieux) pratiquer l'évaluation ?

Cette recherche qualitative a pour objectif de dresser le portrait des pratiques d'évaluation dans les maisons médicales en Belgique francophone et d'identifier les barrières et facilitateurs à cette pratique. En obtenant une image claire de la façon dont l'évaluation est pratiquée, nous pouvons en apprendre davantage sur ce qui peut être fait pour mieux soutenir la mise en œuvre de l'évaluation.

**Méthode.** 22 entretiens semi-structurés ont été menés avec des professionnels exerçant en maisons médicales en Belgique francophone. Les participants ont été invités à rendre compte de plusieurs aspects relatifs à l'évaluation : 1) leurs pratiques d'évaluation, y compris leurs objets et objectifs, les types d'activités menées, les méthodes de collecte de données, les parties prenantes impliquées, etc., 2) les obstacles et les facilitateurs perçus pour mener ces évaluations. Nous avons choisi de ne pas définir explicitement le terme "évaluation" afin de recueillir un large éventail d'informations sur les pratiques des professionnels. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique.

**Résultats.** Les maisons médicales s'engagent dans une variété de pratiques d'évaluation. Nous avons également identifié une série d'obstacles et de facilitateurs. Le consensus entre les professionnels d'une même équipe s'est avéré essentiel pour une évaluation jugée de qualité par les professionnels, mais le plus souvent difficile à atteindre. Les obstacles perçus comprennent également l'inadéquation entre les lignes directrices en matière d'évaluation et la nature de la pratique multidisciplinaire dans les soins primaires.

**Discussion.** Cette étude met en lumière les pratiques et la capacité d'évaluation des équipes pluridisciplinaires en soins primaires. Elle met également en évidence les barrières et les facilitateurs qui influencent la pratique de l'évaluation, en accord avec les principaux cadres théoriques sur l'implémentation. Notre étude montre qu'il y a encore des progrès à faire dans la mise en œuvre de l'évaluation pour améliorer la pratique et la qualité des services.

**Conclusion.** En comprenant mieux la pratique de l'évaluation dans les maisons médicales et les facteurs qui y contribuent, les résultats de l'étude nous aident à développer des stratégies pour soutenir l'évaluation.

<b>Auteur</b>	Madeleine Capiou
<b>Affiliation</b>	Institut de Recherche Santé & Société (IRSS), UCLouvain
<b>Adresse de contact</b>	madeleine.capiou@uclouvain.be

# Exploring evaluative practice in multidisciplinary primary care teams in French speaking Belgium

Madeleine Capiou

**Introduction.** Evaluation is essential for quality improvement in primary care practice. However, despite the development of quality evaluation guidelines for primary care, the practice of evaluation is still complicated for primary care practitioners. What do they need to (better) practice evaluation?

In this qualitative study, we aimed to gain a comprehensive understanding of 'real world' evaluation practice in community health centres. By gaining a clear picture of how evaluation is practiced, we can learn more about what can be done to better support the implementation of evaluation.

**Method.** Semi-structured interviews were conducted with 22 practitioners from community health centres in French-speaking Belgium. Participants were asked to report on several aspects of evaluation: 1) their evaluation practices, including object of evaluation, types of activities, data collection, stakeholders involved, etc., 2) perceived barriers and facilitators to conducting evaluation. We chose not to explicitly define the term 'evaluation' in order to gather a broad range of insights into the practices of community health centre practitioners. Data were processed using thematic analysis.

**Results.** Community health centres engage in all types of evaluation practices. We also identified a range of barriers and enablers. Consensus among practitioners was found to be essential for effective evaluation, but mostly difficult to achieve. Perceived barriers also included the mismatch between evaluation guidelines and the nature of multidisciplinary practice in primary care.

**Discussion.** This study sheds light on the evaluation practice and capacity of multidisciplinary primary care teams. It also highlights the barriers and enablers that influence evaluation practice, according to the main frameworks of implementation research. It shows that there is still room for improvement in the implementation of evaluation to improve practice and service quality.

**Conclusion.** By better understanding the evaluation practice in community health centres and the factors contributing to the evaluation practice, the findings of the study help us to develop strategies to support evaluation.

<b>Author</b>	Madeleine Capiou
<b>Affiliation</b>	Institut de Recherche Santé & Société (IRSS), UCLouvain
<b>Contact</b>	madeleine.capiou@uclouvain.be

# Un suivi rapproché avec un·e patient·e ayant un trouble lié à l'usage de substances a-t-il un impact sur les représentations des futur·es médecins ?

Lou Richelle, Quentin Vanderhofstadt, Sarah Nouwynck & Lea Di Biagi

**Introduction.** Les représentations des soignant·es par rapport aux personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances (TUS) ont une influence sur la qualité des soins. Dans cette étude, nous avons voulu évaluer l'impact qu'un suivi rapproché de patient·es avec TUS pouvait avoir sur les représentations des étudiant·es en médecine.

**Méthode.** Une étude mixte prospective visant à comparer l'évolution de ces représentations au fil du temps et entre des étudiants exposés à ces patient·es ou non dans le cadre d'un projet de suivi longitudinal d'un·e patient·e chronique (N=27) a été menée à 1, 2 et 3 ans de suivi. Nous avons pour ce faire utilisé d'une part un questionnaire de représentations validé (bSAAS) et d'autre part mené quatre focus-group en parallèle.

**Résultats.** Nos premiers résultats révèlent qu'en début de projet, c'est-à-dire à mi-cursus, la plupart des étudiant·es étaient empathiques et bienveillant·es envers ce public. Hormis certain·es déjà positionné·es dans le cadre de leur sociabilisation primaire, une majorité montrait une certaine souplesse dans leurs représentations relatives aux TUS. En fin de suivi, nous avons pu noter qu'ils avaient progressivement forgé positivement ou négativement leurs représentations et les attitudes qui en découlaient surtout via leurs mentors et/ou modèles de rôle ainsi que leurs expériences cliniques et non cliniques, façonnant ainsi leur identité professionnelle.

**Conclusion.** À ce stade, il semble que l'exposition à des patient·es avec TUS dans le cadre de ce projet spécifique n'a eu majoritairement que peu d'impact en regard des autres expériences vécues, en ce compris les focus-groups. Cette étude, malgré quelques biais, nous a permis de mettre en lumière les éléments les plus impactants concernant les représentations et d'identifier nos moyens d'action afin d'assurer des soins de qualité pour cette population cumulant de nombreux facteurs de vulnérabilités.

## Auteurs

Lou Richelle<sup>1</sup>, Quentin Vanderhofstadt<sup>1</sup>, Sarah Nouwynck<sup>2</sup> & Lea Di Biagi<sup>3</sup>

## Affiliation

1 Département de Médecine Générale, Université libre de Bruxelles

2 Centre d'Appui Pédagogique, Université libre de Bruxelles

3 Centre d'Enseignement, Université libre de Bruxelles

## Adresse de contact

quentin.vanderhofstadt@ulb.be

# Does close follow-up with a patient with a substance use disorder have an impact on the perceptions of future doctors?

Lou Richelle, Quentin Vanderhofstadt, Sarah Nouwynck & Léa Di Biagi

**Introduction.** The perceptions of healthcare providers towards people with substance use disorders (SUD) have an influence on the quality of care. In this study, we wanted to assess the impact that close follow-up of patients with SUD could have on the perceptions and attitudes of medical students.

**Method.** A prospective mixed study was conducted to compare the evolution of these perceptions over time and between students exposed to these patients or not throughout a longitudinal patient follow-up project (N=27). We used a validated stigma questionnaire (bSAAS) and organized four focus groups in parallel. The study was carried out at 1, 2 and 3 years of follow-up.

**Results.** Our preliminary results reveal that at the beginning of the project, i.e., at mid-curriculum, most students were empathetic and benevolent towards this population. Except for some who were already positioned within the context of their primary socialization, a majority showed a certain flexibility in their perceptions related to SUD. At the end of the follow-up, we noted that they had gradually shaped their perceptions and the resulting attitudes positively or negatively, especially via their mentors and/or role models, as well as their clinical and non-clinical experiences, thereby shaping their professional identity.

**Conclusion.** At this stage, it appears that exposure to patients with SUD as part of this specific project has had little impact compared to other lived experiences, including the focus groups. This study, despite some biases, has allowed us to highlight the most impactful elements regarding perceptions and to identify our means of action in order to ensure better quality care for this population cumulating many vulnerability factors.

<b>Authors</b>	Lou Richelle <sup>1</sup> , Quentin Vanderhofstadt <sup>1</sup> , Sarah Nouwynck <sup>2</sup> & Léa Di Biagi <sup>3</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Département de Médecine Générale, Université libre de Bruxelles 2 Centre d'Appui Pédagogique, Université libre de Bruxelles 3 Centre d'Enseignement, Université libre de Bruxelles
<b>Contact</b>	quentin.vanderhofstadt@ulb.be



# SESSION 9. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 9. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

---

**29-11-23**

11:15 - 12:45

Workshop

Modérateur • Moderator: **Dr. Isabelle Heymans**, Université de Liège

Aide et Soins centrés sur les objectifs de la personne (Ascop) : leçons tirées pour la mise en œuvre en soins primaires	80
Doelgerichte zorg: lessons learned voor de implementatie in de eerste lijn	81
Goal Oriented care: lessons learned for implementation in primary care	82

# Aide et Soins centrés sur les objectifs de la personne (Ascop) : leçons tirées pour la mise en œuvre en soins primaires

Lotte Vanneste, Isabelle Heymans, Pauline Boeckxstaens, Jean-Luc Belche

**Intervenantes :** Lotte Vanneste et Isabelle Heymans, Lotte et Isabelle ont soutenu les 25 projets-pilotes de soins primaires orientés vers les objectifs de la personne en Belgique. Certains des partenaires du projet seront invités à partager leurs expériences.

**Introduction.** Le concept de l'Aide et des Soins centrés sur les Objectifs de la personne (Ascop, pour Goal Oriented Care GOC) et la préparation à sa mise en œuvre sont décrits dans la littérature académique. Cependant, peu d'études décrivent l'application pratique et l'implantation des soins centrés sur les objectifs de la personne. L'objectif de cette étude est d'obtenir des informations sur la mise en œuvre de l'Ascop aux niveaux professionnel et organisationnel à partir de l'expérience de 25 projets-pilotes de soins centrés sur l'objectif de la personne, en soins primaires en Belgique.

**Méthode.** De mars 2022 à mai 2023, 25 projets pilotes ont été financés par le Fonds Daniël De Coninck pour mettre en œuvre l'Ascop dans leurs pratiques de soins primaires. Chaque projet devait participer à 4 réunions pour partager ses expériences et devait rédiger un rapport de projet selon un canevas standardisé proposant des questions ouvertes en avril 2023. Au cours de cette année, différents types de données ont été collectés : des entretiens semi-structurés avec le(s) promoteur(s) des projets, les notes des réunions et les rapports finaux.

Ces données ont d'abord fait l'objet d'une analyse inductive. Dans un deuxième temps, une

analyse déductive a été réalisée pour mettre en correspondance les données avec les attributs identifiés dans l'analyse conceptuelle de Boeykens *et al.* et avec le Modèle Arc-en-ciel pour les soins intégrés développé par Valentijn *et al.*

**Résultats.** L'analyse a révélé plusieurs thèmes sur la manière de mettre en œuvre l'Ascop tant au niveau individuel de la relation de soins, qu'au niveau organisationnel. L'analyse est encore en cours. Ces résultats seront disponibles au moment de la conférence.

**Discussion et conclusion.** Les résultats de cette étude donneront des pistes concrètes sur la façon dont l'Ascop peut être mise en œuvre au niveau de l'intervention clinique. De même au niveau du système, ainsi qu'en tant que catalyseur pour les soins intégrés.

**Thème de l'atelier :** Mise en œuvre de l'aide et des soins orientés vers les objectifs de la personne dans la pratique : exemples, barrières, leviers, astuces.

**Objectif :** Stimuler l'échange sur la mise en œuvre des soins orientés vers les objectifs et des soins intégrés. Partager des exemples, des barrières, des leviers, des astuces...

**Format :**

1. Présentation de la recherche (15 minutes)
2. Témoignages de 1-2 projets concrets
3. Échanges entre les participants suivant quelques questions structurantes liées au modèle Arc-en-ciel pour les soins intégrés développé par Valentijn *et al.* et le cadre conceptuel de Boeykens.

<b>Auteurs</b>	Lotte Vanneste <sup>1</sup> , Isabelle Heymans <sup>2</sup> , Pauline Boeckxstaens <sup>1</sup> , Jean-Luc Belche <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent 2 Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège
<b>Adresses de contact</b>	lotte.vanneste@Ugent.be & Isabelle.heyman@uliege.be



# Doelgerichte zorg : lessons learned voor de implementatie in de eerste lijn

Lotte Vanneste, Isabelle Heymans , Pauline Boeckxstaens, Jean-Luc Belche

**Sprekers:** Lotte Vanneste and Isabelle Heymans. Lotte en Isabelle ondersteunden de 25 doelgerichte eerstelijnszorgprojecten in België. Enkele van de projectpartners zullen worden uitgenodigd om hun ervaringen te delen.

**Introductie.** Het concept doelgerichte zorg en de bereidheid om het te implementeren is reeds beschreven in academische literatuur. Er is echter beperkt onderzoek dat ook de praktische toepassing en implementatie van doelgerichte zorg beschrijft. Het doel van deze studie is om inzichten te verwerven in de implementatie van doelgerichte zorg op professioneel niveau en organisatorisch niveau, op basis van ervaringen van 25 projecten doelgerichte zorg in de eerstelijnszorg in België.

**Methode.** Van maart 2022 tot mei 2023 zijn er 25 pilootprojecten gefinancierd door het Fonds Dr. Daniël De Coninck om doelgerichte zorg in hun eerstelijnspraktijken te implementeren. Elk project moest deelnemen aan vier intervisiebijeenkomsten om ervaringen te delen. In april 2023 moesten de projecten een gestandaardiseerd eindverslag, met open vragen, schrijven over het verloop van het project. Doorheen de projecten werd verschillende data verzameld: semigestructureerd interviews met de projectleider, notities van intervisie bijeenkomsten en de eindverslagen. De data werden eerst inductief geanalyseerd. Vervolgens was er een deductieve analyse om de gegevens in kaart te brengen aan de hand van de kenmerken die zijn geïdentificeerd in de con-

ceptanalyse van Boeykens *et al.* en aan de hand van het Regenboogmodel voor Geïntegreerde Zorg dat is ontwikkeld door Valentijn *et al.*

**Resultaten.** Uit de analyse kwamen verschillende thema's naar voren over hoe doelgerichte zorg geïmplementeerd kan worden op professioneel niveau en op organisatieniveau. Geleerde lessen, uitdagingen en aanbevelingen zullen worden gepresenteerd. De resultaten zullen ten tijde van de conferentie beschikbaar zijn.

De resultaten van dit onderzoek leiden tot praktische strategieën voor de implementatie van doelgerichte zorg op klinisch niveau. Alsook op systeemniveau over hoe doelgerichte zorg kan dienen als een katalysator voor geïntegreerde zorg.

**Thema:** Implementatie van doelgerichte zorg in de praktijk: voorbeelden, barrières, hefboomen, tips.

**Doel:** Uitwisseling stimuleren over de implementatie van doelgerichte zorg en geïntegreerde zorg. Voorbeelden, barrières, hefboomen, tips delen...

**Format :**

1. Presentatie van het onderzoek (15 minuten)
2. Getuigenissen van 1-2 concrete projecten
3. Uitwisselingen tussen deelnemers aan de hand van vragen het regenboogmodel voor geïntegreerde zorg ontwikkeld door Valentijn *et al.* en Boeykens framework.

<b>Auteurs</b>	Lotte Vanneste <sup>1</sup> , Isabelle Heymans <sup>2</sup> , Pauline Boeckxstaens <sup>1</sup> , Jean-Luc Belche <sup>2</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent 2 Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège
<b>Contact</b>	lotte.vanneste@Ugent.be & Isabelle.heyman@uliege.be

# Goal Oriented care : lessons learned for implementation in primary care

Lotte Vanneste, Isabelle Heymans, Pauline Boeckxstaens, Jean-Luc Belche

**Speakers:** Lotte Vanneste and Isabelle Heymans, Lotte and Isabelle supported the 25 goal-oriented primary care projects in Belgium. Some of the project partners will be invited to share their experiences.

**Introduction.** The concept of goal-oriented care (GOC) and its readiness for implementation is described in academic literature. However there is limited research that describes practical application and implementation of GOC. The objective of this study is to gain insights in the implementing of GOC on a professional and organizational level from the experiences of 25 goal-oriented primary care projects in Belgium.

**Method.** From March 2022 to May 2023, 25 pilot-projects were financed by the Fonds Daniël De Coninck to implement GOC into their primary care practices. Each project had to participate to 4 meetings to share experiences and write a project-report in a standardised form with open questions in April 2023. During the course of this project, different types of data were collected: semi-structured interviews with the promotor(s) of the projects, the notes of the meetings and the final reports.

These data were first analysed inductive. In a second stage a deductive analysis was performed to map the data to the attributes identified in the concept analysis of Boeykens *et al.* and to the Rainbow model for Integrated Care developed by Valentijn *et al.*

**Results.** The analysis revealed several themes on how to implement GOC at the individual professional level and at the organisational level. The analysis is still in progress. The results will be available by the time of the conference.

**Discussion and conclusion.** The results of this study will develop hands on strategies for the implementation of GOC as an intervention at the clinical level as well as on the system level on how GOC can be implemented as a catalyst for integrated care.

**Theme:** Implementation of Goal-oriented care in practice: examples, barriers, levers, tips.

**Goal:** Stimulate exchange on the implementation of goal-oriented care and integrated care. Share examples, barriers, levers, tips...

**Format:**

1. Presentation of the research (15 minutes)
2. Testimonies of 1-2 concrete projects
3. Exchanges between participants following some structuring questions related to the Rainbow model for Integrated Care developed by Valentijn *et al.* and Boeykens'framework

<b>Authors</b>	Lotte Vanneste <sup>1</sup> , Isabelle Heymans <sup>2</sup> , Pauline Boeckxstaens <sup>1</sup> , Jean-Luc Belche <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent 2 Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège
<b>Contact</b>	lotte.vanneste@Ugent.be & Isabelle.heyman@uliege.be

# SESSION 10. PARTAGE DE CONNAISSANCES

## SESSIE 10. KENNISUITWISSELING

---

**29-11-23**

11:15 - 12:45

Symposium

Modérateur • Moderator: **Dr. Thomas Janssens**, coördinator implementation team  
EBPracticeNet

De implementatie van complexe richtlijnen in de eerste lijn	84
The implementation of complex guidelines in primary care	85
Implementatie van evidence-based handelen: hoe kunnen we wie wil implementeren ondersteunen?	86
Implementation of evidence-based practice: How to support implementers?	87

# De implementatie van complexe richtlijnen in de eerste lijn

Marleen Corremans, Herman Vandevijvere, Thomas Janssens, Nancy Durieux en Sanne Peters

**Beschrijving.** In de gezondheidszorg is er een aanzienlijke kloof tussen wat de wetenschap aantoonst (evidentie) en wat daadwerkelijk in de praktijk wordt geïmplementeerd. Zelfs met de bestaande theoretische modellen blijft het een uitdaging om medische richtlijnen op een duurzame manier toe te passen. Deze uitdaging wordt nog groter wanneer zorgverleners in diverse zorgomgevingen werken.

**Doel.** In een samenwerking tussen EBPracticenet, JBI Belgium en Zorg in Connectie, streven we ernaar om een geschikt model te ontwikkelen voor de implementatie van complexe richtlijnen. Dit project is gericht op het bevorderen van de duurzame integratie van onderzoeksresultaten in de gezondheidszorg. We zullen nauwkeurig definiëren hoe verschillende disciplines kunnen samenwerken om dit te bereiken.

**Planning en verwachte resultaten.** Tot en met oktober 2023 zullen we samen met belanghebbenden een definitie opstellen die de 'complexiteit in richtlijnen' omschrijft. Wat zijn de elementen die de complexiteit van de richtlijn of de implementatie ervan bepalen? Deze fase wordt uitgevoerd via een Delphi-procedure. Nadat we deze elementen hebben gedefinieerd, zullen we ze vergelijken met bestaande verklarende en vergelijkende determinantmodellen en evaluatietheorieën die recentelijk zijn gebruikt voor de implementatie van richtlijnen.

Op basis hiervan zullen we aanbevelingen formuleren over hoe deze concepten kunnen geïntegreerd worden in relevante determinant- en evaluatiemodellen.

Vanaf november 2023 zullen we de bruikbaarheid van onze definitie testen aan de hand van verschillende theoretische procesmodellen voor implementatie. We zullen deze modellen analyseren om te achterhalen hoe ze met de complexe elementen van richtlijnen omgaan. Voor de modellen die geschikt blijken te zijn, zullen we beschrijven waar en hoe ze deze complexiteit in de implementatie aanpakken. Samen met belanghebbenden zullen we aanbevelingen formuleren.

**Evaluatie.** Tijdens een workshop zal de definitie van 'complexiteit in richtlijnen' interactief worden geëvalueerd. We zullen de huidige status van het project presenteren en deelnemers in kleine groepen uitnodigen om hun inzichten te delen. Bij voorkeur zullen deze deelnemers eerstelijnszorgverleners zijn die betrokken zijn geweest bij implementatieprojecten of die dit in de toekomst zullen zijn.

De feedback van de workshop zal worden gebruikt om een pilot casestudy voor te bereiden. Deelnemers aan de workshop kunnen hun interesse om hieraan deel te nemen ter plaatse kenbaar maken.

<b>Auteurs</b>	Marleen Corremans <sup>1</sup> , Herman Vandevijvere <sup>2</sup> , Thomas Janssens <sup>3</sup> , Nancy Durieux <sup>4</sup> en Sanne Peters <sup>3</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 JBI Belgium: a JBI Affiliated Group 2 Zorg in Connectie, Karel de Grote Hogeschool 3 Ebpracticenet 4 Université de Liège
<b>Contactadres</b>	marleen.corremans@cebam.be

# The implementation of complex guidelines in primary care

Marleen Corremans, Herman Vandevijvere, Thomas Janssens, Nancy Durieux en Sanne Peters

**Description.** The gap between evidence and implementation presents a challenge within the healthcare sector. Despite the use of existing theoretical models, achieving sustainable implementation of guidelines often proves to be difficult. When healthcare providers operate in different settings, the process of implementation becomes even more complex.

**Goal.** In collaboration with EBPracticenet, JBI Belgium, and Zorg in Connectie, we are in the process of identifying a suitable model for implementing complex guidelines. This project aims to introduce research findings into healthcare in a sustainable manner. We will establish clear guidelines on how to foster interdisciplinary collaboration.

**Planning and Expected Results.** By October 2023, we will have defined the term 'complexity in guidelines' in consultation with stakeholders. What are the factors that contribute to the complexity of a guideline or its implementation? This phase will involve a Delphi procedure. Once the factors are defined, we will compare this definition with explanatory and comparative determinant frameworks and evaluation theories that have been recently employed in

guideline implementation. We will also provide recommendations on how to integrate these different concepts into the relevant determinant or evaluation models.

Starting in November 2023, we will assess the applicability of this definition across a range of theoretical process models for implementation. We will examine how these models address the constructs related to the complexity of guidelines. For each model selected, we will describe where and how these constructs are incorporated and how they manage complexity during the implementation process. Recommendations will be formulated in consultation with stakeholders.

**Evaluation.** During the workshop, we will conduct an interactive session to evaluate the definition of complexity in guidelines. We will present the current status of the project, and participants will engage in small group discussions to share their insights. Ideally, participants will be primary care providers with experience in past or future involvement in implementation projects.

Feedback from the workshop will be used to prepare a pilot case study. Participants are encouraged to express their interest in participating in the next steps of this project.

<b>Authors</b>	Marleen Corremans <sup>1</sup> , Herman Vandevijvere <sup>2</sup> , Thomas Janssens <sup>3</sup> , Nancy Durieux <sup>4</sup> en Sanne Peters <sup>3</sup>
<b>Affiliation</b>	1 JBI Belgium: a JBI Affiliated Group 2 Zorg in Connectie, Karel de Grote Hogeschool 3 Ebpracticenet 4 Université de Liège
<b>Contact</b>	marleen.corremans@cebam.be

# Implementatie van evidence-based handelen: hoe kunnen we wie wil implementeren ondersteunen?

Nathalie Pauwen, Leia Vrancken, Marleen Corremans, Anneleen Janssen en Thomas Janssens

Voor verschillende gezondheidsproblemen is de huidige zorg niet in overeenstemming met aanbevelingen uit onderzoek. In de Belgische eerste lijn zijn er verschillende initiatieven om zorgverleners te ondersteunen om aanbevelingen uit onderzoek te implementeren in hun praktijk.

In dit symposium staan we stil bij onderzoek over wat werkt om implementatie effectief te ondersteunen en wat de noden zijn van ondersteuners (T. Janssens, ebpracticenet & L. Vrancken, UCLL). Vervolgens presenteren verschillende organisaties kort hun recente initiatieven voor implementatieondersteuning (Ondersteuning aan richtlijnontwikkelaars, N. Pauwen, ebpracticenet; Opleiden van procesfacilitatoren, M. Corremans, JBI Belgium; Training en ondersteuning van local champions, A. Janssen; Domus Medica), en is er tijd voor discussie over de doelen en uitdagingen van implementatieondersteuning in de eerste lijn.

<b>Auteurs</b>	Nathalie Pauwen <sup>1</sup> , Leia Vrancken <sup>2</sup> , Marleen Corremans <sup>3,4</sup> , Anneleen Janssen <sup>5</sup> en Thomas Janssens <sup>1</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 EBPracticeNet 2 UCLL 3 JBI Belgium 4 Karel de Grote Hogeschool 5 Domus Medica
<b>Contactadres</b>	thomas.janssens@ebpracticenet.be

# Implementation of evidence-based practice: How to support implementers?

Nathalie Pauwen, Leia Vrancken, Marleen Corremans, Anneleen Janssen en Thomas Janssens

For many health problems, current practice is not in line with the best available evidence. At different policy levels, individuals are working to facilitate change in primary care, aiming to improve adoption of these evidence-based practices. This implementation support can take different forms and focus on structural as well as individual behavior change.

In this symposium, we will (1) summarize the evidence base of implementation support and report on a survey documenting current experiences and needs of implementers. (2) We will report on ongoing initiatives providing implementation support. These include support to developers of clinical practice guidelines, and initiatives training and supporting individuals to take up a role of practice facilitator or local champion within implementation projects. Finally (3) we will provide an opportunity to discuss common challenges and goals for implementation support in primary care.

<b>Authors</b>	Nathalie Pauwen <sup>1</sup> , Leia Vrancken <sup>2</sup> , Marleen Corremans <sup>3,4</sup> , Anneleen Janssen <sup>5</sup> en Thomas Janssens <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 EBPracticeNet 2 UCLL 3 JBI Belgium 4 Karel de Grote Hogeschool 5 Domus Medica
<b>Contact</b>	thomas.janssens@ebpracticenet.be





# SESSION 11. INCLUSION ET ÉQUITÉ

## SESSIE 11. INCLUSIVITEIT EN RECHTVAARDIGHEID

---

**29-11-23**

11:15 - 12:45

Symposium

Modérateur • Moderator: **Professeure Céline Mahieu**, Université libre de Bruxelles

Collaborer en social-santé pour faire face aux situations de vulnérabilité et lutter contre les inégalités sociales de santé ?	90
Collaborating in social health to address situations of vulnerability and fight against social inequalities in health?	91

# Collaborer en social-santé pour faire face aux situations de vulnérabilité et lutter contre les inégalités sociales de santé?

Céline Mahieu, Pierre D'Ans, Jennifer Foucart, Marco Schetgen, Ana Bengoetxea

Ce symposium a pour objectif d'initier avec les participants une réflexion sur les conditions pratiques de la collaboration dans les secteurs social-santé pour faire face aux situations de vulnérabilité.

L'amélioration de l'accès à la santé pour tous et plus largement la lutte contre les inégalités sociales de santé sont des enjeux majeurs. La collaboration entre prestataires de professions et d'organisations différentes ainsi que le partenariat effectif avec les personnes et groupes en situation de vulnérabilité sont nécessaires pour y parvenir. À travers trois initiatives impliquant des chercheurs et des intervenants de terrain, nous pointerons trois enjeux de ces collaborations :

- 1) les compétences des (futurs) professionnels;
- 2) l'orientation des publics vulnérables vers les différents prestataires;
- 3) la conciliation du bien-être au travail des professionnels et des innovations visant les publics vulnérables.

Le symposium se déroulera en trois temps :

- Bref exposé des enjeux du symposium et invitation à répondre à 3 questions en ligne
- Présentation des trois initiatives en lien avec les trois enjeux présentés ci-dessus (10 minutes par projet)
- Débats au sein du symposium sur les trois enjeux (sur base des réponses aux questions et des initiatives présentées)

Présentation de trois initiatives

- a. Le projet Equity Health Lab : acquisition en situation réelle de compétences à la collaboration interprofessionnelle visant les publics migrants (par le Collectif Equity Health Lab)
- b. TOOLBOX Fedasil : un projet d'orientation, de régulation des flux, de diffusion des compétences (par Léa Di Biagi et Noémie Grailet (Médecins du Monde))
- c. Accompagnement interdisciplinaire des personnes souffrant du syndrome de Diogène : recherche-action participative sur la commune de Forest (par Rachida Bensliman (ULB, Centre de recherche en Approches sociales de la santé) et Céline Mahieu).

<b>Auteurs</b>	Céline Mahieu <sup>1</sup> , Pierre D'Ans <sup>2</sup> , Jennifer Foucart <sup>3,4</sup> , Marco Schetgen <sup>1</sup> , Ana Bengoetxea <sup>5</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Centre de recherche en approches sociales de la santé et Unité de recherche en soins primaires, Université libre de Bruxelles
	2 Haute École Libre de Bruxelles
	3 Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles
	4 Unité de recherche en psychophysiologie de la Motricité, Université libre de Bruxelles
	5 Faculté des Sciences de la Motricité, Unité de Recherche en Sciences de l'Ostéopathie, Université libre de Bruxelles
<b>Adresse de contact</b>	celine.j.mahieu@ulb.be

# Collaborating in social health to address situations of vulnerability and fight against social inequalities in health?

Céline Mahieu, Pierre D'Ans, Jennifer Foucart, Marco Schetgen, Ana Bengoetxea

The aim of this symposium is to initiate with the participants a reflection on the practical conditions of collaboration in the social-health sectors to deal with situations of vulnerability.

Improving access to health care for all and, more broadly, the fight against social inequalities in health are major challenges. Collaboration between providers from different professions and organisations as well as effective partnership with people and groups in vulnerable situations are necessary to achieve this. Through three initiatives involving researchers and practitioners in the field, we will highlight three challenges of these collaborations:

- (1) the competences of (future) professionals;
- (2) referral of vulnerable groups to different providers;
- (3) reconciling the well-being of professionals at work with innovations aimed at vulnerable populations.

The symposium will take place in three phases:

- Brief presentation of the issues at stake and invitation to answer 3 questions online (5 minutes)
- Presentation of the three initiatives related to the three issues presented above (10 minutes per project)

- Debates within the symposium on the three issues (based on the answers to the questions and the initiatives presented) (55 minutes)

Presentation of three initiatives

- (1) The Equity Health Lab project: acquisition of skills in interprofessional collaboration in a real-life situation for migrant groups (by the Equity Health Lab Collective)
- (2) Fedasil TOOLBOX: a project for orientation, regulation of flows, dissemination of skills (by Léa Di Biagi, Noémie Graillet (Médecins du Monde))
- (3) Interdisciplinary support for people suffering from Diogenes syndrome: participatory action research in the municipality of Forest (by Rachida Bensliman (ULB, Centre for Research in Social Approaches to Health) and Céline Mahieu).

<b>Authors</b>	Céline Mahieu <sup>1</sup> , Pierre D'Ans <sup>2</sup> , Jennifer Foucart <sup>3,4</sup> , Marco Schetgen <sup>1</sup> , Ana Bengoetxea <sup>5</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Centre de recherche en approches sociales de la santé et Unité de recherche en soins primaires, Université libre de Bruxelles
	2 Haute École Libre de Bruxelles
	3 Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles
	4 Unité de recherche en psychophysiologie de la Motricité, Université libre de Bruxelles
	5 Faculté des Sciences de la Motricité, Unité de Recherche en Sciences de l'Ostéopathie, Université libre de Bruxelles
<b>Contact</b>	celine.j.mahieu@ulb.be



# SESSION 12. PARTAGE DE CONNAISSANCES

## SESSIE 12. KENNISUITWISSELING

29-11-23

11:15 - 12:45

Modératrice • Moderator: **Lise Switsers**, Thomas More Hogeschool

De route door de gezondheidszorg van mensen met complicaties van diabetes type 2: een kwalitatief onderzoek naar hun ervaringen	94
Journey through healthcare of people with complications of Type 2 Diabetes: a qualitative study of lived experiences	95
De eerstelijnsactoren als versterkende kracht voor het werken aan zorgzame buurten: een verkenning van de praktijk	96
The primary care actors as an empowering force in working toward caring neighbourhoods	97
Naar een beter begrip van 'Integrated Community Care' of 'Geïntegreerde Buurtzorg'. Een systematische literatuurstudie	98
Towards a conceptualisation of Integrated Community Care (ICC). A systematic literature review	99
Ergotherapie in een interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn in België, de toegevoegde waarde voor cliënt en professional	100
Occupational therapy in an interdisciplinary collaboration in primary care in Belgium, the added value for client and professional	101

# De route door de gezondheidszorg van mensen met complicaties van diabetes type 2: een kwalitatief onderzoek naar hun ervaringen

Stijn De Baets, Katrien Danhieux, Josefien Van Olmen, Roy Remmen, Edwin Wouters

**Achtergrond.** Ondanks de over het algemeen goede prestaties scoort het Belgische gezondheidszorgsysteem minder goed wat betreft het bieden van gelijke toegang tot gezondheidszorg vergeleken met andere Europese landen. Dit vergroot het risico dat specifieke groepen een late diagnose krijgen en meer kans hebben dat complicaties van hun chronische ziekte optreden.

**Methoden.** Deze studie heeft tot doel een dieper inzicht te krijgen in hoe mensen met complicaties van een chronische ziekte – diabetes type 2 – de zorg in het Belgische gezondheidszorgsysteem ervaren door middel van semigestructureerde interviews aan de hand van de “extreme cases sampling” methode bij personen met gevorderde diabetes.

**Resultaten.** Uit de resultaten blijkt dat de diagnose bij de meeste respondenten laat in het verloop van hun ziekte werd gesteld, toen er al duidelijke tekenen zichtbaar waren. Er zijn variaties in behandeling en type aanbieder. Mensen waarderen het persoonlijke en langdurige contact

met een arts, terwijl het contact met en de rol van paramedische zorgverleners minder onderkend werd. Ziektemanagement heeft een aanzienlijke impact op hun financiële budget. Sommige respondenten ervaren belemmeringen bij het verkrijgen van aanvullende financiële steun, vooral vanwege de complexe administratie.

**Discussie.** Niet-medische en indirecte kosten worden beperkt vergoed, wat een hoge last voor mensen betekent. Zelfmanagement is vervelend en wordt gehinderd door andere zorgen die mensen kunnen hebben, zoals financiële beperkingen en levensgebeurtenissen. Onze resultaten illustreren dat er patiënten zijn die uitdagingen ervaren op het gebied van diagnose, zorg en zelfmanagement, zelfs in gezondheidszorgsystemen waar veel middelen beschikbaar zijn.

<b>Auteurs</b>	Stijn De Baets <sup>1</sup> , Katrien Danhieux <sup>2</sup> , Josefien Van Olmen <sup>2</sup> , Roy Remmen <sup>2</sup> , Edwin Wouters <sup>2</sup>
<b>Affiliatie</b>	1 Onderzoeksgroep ergotherapie, Universiteit Gent 2 Universiteit Antwerpen
<b>Contactadres</b>	stijn.debaets@ugent.be

# Journey through healthcare of people with complications of Type 2 Diabetes: a qualitative study of lived experiences

Stijn De Baets, Katrien Danhieux, Josefien Van Olmen, Roy Remmen, Edwin Wouters

**Background.** Despite its overall good performance, the Belgium healthcare system scores less well in providing equal access to healthcare compared to other European countries. This increases the risk of people worse off to receive late diagnosis and to get complications of chronic diseases.

**Methods.** This study aims to achieve a deeper understanding of how people with complications of a chronic disease - diabetes type 2 - experience care in the Belgium health system through semi-structured interviews with extreme case study sampling of people with advanced diabetes, and inductive analysis.

**Results.** The results show that most respondents were diagnosed late in the course of their disease, when clear signs have already manifested. There are variations in treatment and type of provider. People appreciate the personal and long-lasting

contact with a medical doctor, while the contact with and role of paramedical providers was less recognized. Disease management has a significant impact on their financial budget. Some respondents experience barriers to obtain additional financial support, mainly due to complex administration.

**Discussion.** Non-medical and indirect costs are not reimbursed, presenting a high burden to people. Self-management is tedious and hampered by other worries that people may have, such as financial constraints and life events. Our results illustrate that there are patients experiencing challenges towards diagnosis, care and self-management, even in health systems in high-resource settings.

<b>Authors</b>	Stijn De Baets <sup>1</sup> , Katrien Danhieux <sup>2</sup> , Josefien Van Olmen <sup>2</sup> , Roy Remmen <sup>2</sup> , Edwin Wouters <sup>2</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Onderzoeksgroep ergotherapie, Universiteit Gent 2 Universiteit Antwerpen
<b>Contact</b>	stijn.debaets@ugent.be

# De eerstelijnsactoren als versterkende kracht voor het werken aan zorgzame buurten: een verkenning van de praktijk

Birthe Sels, Wim Wouters & Lise Switsers

Verschillende actoren zoals lokale overheden, welzijns- en zorgorganisaties, woonzorgcentra, buurt- en burgerinitiatieven, vrijwilligers zijn actief aan het werken aan zorgzame buurten. Deze zorgzame buurten beogen het realiseren van het versterken van sociale netwerken van kwetsbare inwoners; het realiseren van rechten en tegengaan van onderbescherming. Kwaliteitsvol leven voor iedereen staat centraal in een zorgzame buurt en voor elke buurt kan dit iets anders betekenen.

Niet alleen lokale actoren kunnen hierbij een rol opnemen. Sommige lokale uitdagingen vragen een bovenlokale aanpak. De eerstelijnszone, met al zijn actoren, kan hierin een rol opnemen. Via een ondersteuningstraject met de Eerstelijnszone Middenkempem verkennen we de rol van de eerstelijnszone in het werken aan zorgzame buurten.

In de eerste bijeenkomst brachten we 6 lokale besturen uit de Eerstelijnszone samen die werken aan zorgzame buurten. Een grondige buurtanalyse is een belangrijke stap: welke lokale uitdagingen en kansen zijn er? Vanuit de buurtanalyse die ze

elk uitvoerden in hun gemeente, verkenden we welke uitdagingen gemeenschappelijk zijn en zich situeren binnen de opdracht van eerstelijnszones. Verschillende gemeenschappelijke thema's kwamen naar voren zoals 'ageing in place', mentale gezondheid en eenzaamheid, kennis van het aanbod, digitale toegang tot diensten en gezondheidsgegevens en buurtgericht samenwerken. In de tweede bijeenkomst brengen we de diverse eerstelijnsactoren samen om uit te zoeken waar ze elkaar kunnen versterken in de gekozen uitdaging: wat is er nodig? In een laatste bijeenkomst werken we dit samen met de actoren concreet uit.

Op basis van de procesevaluatie van dit piloottraject, formuleren we antwoorden op volgende vragen: Welke randvoorwaarden zijn hier dan voor nodig? En hoe zien de zorgactoren hun rol op bovenlokaal niveau in het werken aan zorgzame buurten? Hoe verhoudt zich dit tot de rol van andere actoren? We verwerken dit in een leidraad met werkzame principes en concrete tips voor andere eerstelijnszones en eerstelijnsactoren.

<b>Auteurs</b>	Birthe Sels, Wim Wouters & Lise Switsers
<b>Affiliatie</b>	Thomas More Hogeschool Expertisecentrum Zorg en Welzijn
<b>Contactadres</b>	birthe.sels@thomasmore.be



# The primary care actors as an empowering force in working toward caring neighbourhoods

Birthe Sels, Wim Wouters & Lise Switsers

Various actors such as local governments, wellbeing and care organizations, residential care centers, neighborhood and civic initiatives, volunteers... are actively working on caring neighbourhoods. These caring neighborhoods aim to realize the strengthening of social networks of vulnerable residents; realizing rights and counteracting underprotection. Quality of life for everyone is central to a caring neighbourhood and for each neighbourhood this can mean something different.

Not only local actors can take a role in this. Some local challenges require a supralocal approach. We see that for some challenges forces can be better combined across neighborhood and municipal boundaries. In Flanders, the primary care zone, with all its actors, can play a role in this. Through a support trajectory with the Primary Care Zone Middenkempen, we explore the role of the primary care zone in working on caring neighbourhoods.

In the first meeting, we brought together 6 local governments from the Primary Care Zone working on caring neighbourhoods. They are the key

actors in working on caring neighbourhoods and conducted a thorough neighborhood analysis: what local challenges and opportunities exist? Following the neighborhood analysis they each conducted in their municipality, we explored what challenges are common. They chose 'ageing in place' as the common challenge for their primary care zone. In the second meeting we bring together the various actors, such as home care services, socio-cultural associations,... to find out where they can reinforce each other in the chosen challenge: what is needed? In a final meeting we will work this out concretely with the actors.

Based on the process evaluation of this pilot project, we formulate answers to the following questions: What preconditions are needed for this? And how do the care actors see their role at the supralocal level in working on caring neighbourhoods? How does this relate to the role of other actors? We incorporate this into a guide with working principles and concrete tips for other primary care zones and primary care actors.

<b>Authors</b>	Birthe Sels, Wim Wouters & Lise Switsers
<b>Affiliation</b>	Thomas More Hogeschool Expertisecentrum Zorg en Welzijn
<b>Contact</b>	birthe.sels@thomasmore.be

# Naar een beter begrip van ‘Integrated Community Care’ of ‘Geïntegreerde Buurtzorg’. Een systematische literatuurstudie

Manon Steurs, Dominique Verté, Emily Verté

**Introductie.** Overheden van vergrijzende populaties hanteren vaak het beleidsperspectief ‘ageing in place’ (‘ter plaatse ouder worden’), waarin mensen zorg ontvangen in hun persoonlijke omgeving. Uit onderzoek blijkt de leefomgeving waarin mensen leven, een uitdaging te vormen voor de organisatie van zorg en welzijn, waarbij ‘geïntegreerde buurtzorg’ of ‘integrated community care’ (ICC) een mogelijk organisatiemodel kan zijn. Er is echter geen consensus over wat ICC juist inhoudt, waardoor de focus van ons onderzoek zich richt op het verkrijgen van inzicht in de elementen waaruit ICC bestaat. Dit is een eerste stap richting conceptualisatie en implementatie van ICC.

**Methode.** Om tot een conceptualisatie van ICC te komen, werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Vijf elektronische databanken werden doorzocht met verschillende zoektermen omschreven als nauw gerelateerd aan, deel van of hetzelfde als ICC gebaseerd op de verkennende resultaten van de literatuurstudie. Dit resulteerde in 64 artikels, verdeeld in 2 groepen. De geïncludeerde artikels in de “concept-lijst” (n=19) vermelden een van de search strings in de titel of het abstract, de “contextlijst” (n=45) bestond uit artikels die zich richten op een ander onderwerp maar wel duidelijk gelinkt worden aan ICC. De artikels werden gecodeerd door het uitvoeren van een thematische analyse.

**Resultaten.** Hoewel er geen consensus gevonden werd over waaruit ICC bestaat, konden er wel 8 sleutelementen teruggevonden worden: (1) krachtgericht, (2) persoonsgericht, (3) co-ontwikkeling, (4) governance, (5) lokaliteit, (6) verbetering van de geestelijke en lichamelijke gezondheid, (7) verbeteren van het bestaande gezondheidszorgsysteem, (8) het aanpakken van de determinanten van gezondheid.

**Discussie en conclusie.** Deze studie biedt een conceptualisering van ICC aan, bestaande uit 4 hoofdelementen: ICC is een krachtgerichte en persoonsgerichte aanpak die een voorkeur geeft aan een gedecentraliseerde, collaboratieve, burgerlijke governance. ICC heeft als doel de gezondheidsgelijkheid in de gemeenschap te verbeteren.

---

## Auteurs

Manon Steurs<sup>1</sup>, Dominique Verté<sup>2</sup>, Emily Verté<sup>3</sup>

## Affiliatie

1 Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg, Vrije Universiteit Brussel,

2 Vakgroep Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Belgium

3 Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Bevolkingsgezondheid, Universiteit Antwerpen

---

## Contactadres

manon.steurs@vub.be

# Towards a conceptualisation of Integrated Community Care (ICC). A systematic literature review

Manon Steurs, Dominique Verté, Emily Verté

**Introduction.** The main policy perspective “ageing in place”, in which people receive care in their personal environment, is used by governments of ageing populations. However, research accentuates the influence of environment in which people live, deliver, and receive care on their care needs. This can be resolved by establishing locally, integrated and community-based health and social care: 'integrated community care' (ICC). However, there is virtually no agreement on what exactly ICC entails. Hence, this study aims to gain insight in the key elements of ICC and define its conceptualisation as a first step towards its implementation.

**Methods.** To define the conceptualisation, a systematic literature review was performed. Five electronic databases were searched with several search strings defined as closely related to, a part of or the same as ICC based on the preliminary results of the literature review. This resulted in 64 articles divided into two groups. The articles included in the “concept-list” (n=19) mentioned ICC or one of the search strings in the title or abstract, the “context-list” (n=45) contained articles focussing on a different topic or issue but clearly linked to ICC. To code the articles, thematic analysis was used.

**Results.** Despite not finding a consensus on what ICC entails, we identified 8 key elements: (1) asset-based, (2) person-centred, (3) co-development, (4) governance, (5) locality, (6) improvement of mental and physical health, (7) improvement of the existing health care system, (8) tackling determinants of health.

**Discussion and conclusion.** This study provides a conceptualisation of ICC consisting of four main elements: ICC is an asset-based and person-centred approach that favours decentralised, collaborative, citizen governance with the aim to improve health equity in the community. Nonetheless, more research is needed towards the geographical scope of ICC and its implementation, as its importance is academically recognised.

<b>Authors</b>	Manon Steurs <sup>1</sup> , Dominique Verté <sup>2</sup> , Emily Verté <sup>3</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Department of Family Medicine and Chronic Care, Vrije Universiteit Brussel, 2 Department of Adult Educational Sciences, Vrije Universiteit Brussel, 3 Department of family medicine and population health, University of Antwerp
<b>Contact</b>	manon.steurs@vub.be

# Ergotherapie in een interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn in België, de toegevoegde waarde voor cliënt en professional

Stijn De Baets, Anne Ledoux, Dominique Van de Velde, Patricia De Vriendt en de medewerkers 6 projecten ergotherapie

**Inleiding.** Personen met één of meer chronische aandoeningen en al dan niet aangeboren aandoeningen en beperkingen in het dagelijks leven worden vaak behandeld of begeleid in de eerste lijn. Een ergotherapeut wordt echter nog beperkt opgenomen in een eerstelijnssteam. Daarom financierde de Koning Boudewijn Stichting zes projecten die beoogden de zelfredzaamheid en autonomie van kwetsbare personen met functionele problemen in de samenleving te verbeteren door daar gericht in te zetten. Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen hoe ergotherapeuten bijdragen aan interdisciplinaire eerstelijnssteams in België.

**Methode.** De Koning Boudewijn Stichting financierde zes eerste lijn projecten waarbij de ergotherapeut in een interdisciplinaire context centraal stond. Gezien de variëteit aan deelnemers, interventies en settings werd een Realist Evaluation uitgevoerd om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen. Gegevens werden verzameld bij de personen met functionele beperkingen enerzijds, de ergotherapeuten en het interdisciplinaire team anderzijds. Verzamelde kwantitatieve gegevens uit de bio-psycho-sociale schaal en de bevraging van de doelstellingen (afgenomen bij de professionals), en de data uit de zelfredzaamheidsradar (afgenomen bij de deelnemers) worden getest op significante verschillen over de tijd. De kwalitatieve gegevens, uit diepte-interviews met de professionals, worden thematisch geanalyseerd. Alle geanalyseerde resultaten worden via context-mechanisme-uitkomstrelaties verwerkt tot een programmatheorie.

**Resultaten.** Wat betreft de betrokken cliënten die deelnamen aan de pilootprojecten, verkregen we vanuit de resultaten van de zelfredzaamheidsradar dat er een significante verbetering in de score op de realisatie van de doelstellingen bij het uitrollen van de interventie waarbij de ergotherapeut ingezet werd. Uit de kwalitatieve gegevens bleek dat doelgerichte zorg kwam duidelijk naar voor in de data-analyse. Dankzij de coaching van de ergotherapeut ging het team meer doelgericht aan de slag. Dit leverde in ieder project resultaten op voor het team, zoals meer motivatie, meer gedragenheid en meer zelfvertrouwen. De interviews met de professionals gaven ook aan dat er positieve effecten zoals betere kwaliteit van leven, meer betekenisgeving en een hoger gevoel van eigenwaarde, erkend werden.

**Conclusie.** Het onderzoek toonde aan dat ergotherapeuten van nature doelgerichte zorg hanteren als visie in de eerste lijn. Wanneer een ergotherapeut werd toegevoegd werkte het team, in ieder project, meer cliëntgericht met positieve gevolgen voor het team, de cliënt en de mantelzorg.

<b>Auteurs</b>	Stijn De Baets <sup>1,2,3</sup> , Anne Ledoux <sup>4,5</sup> , Dominique Van de Velde <sup>1</sup> , Patricia De Vriendt <sup>3,6</sup> en de medewerkers <sup>6</sup> van projecten ergotherapie
<b>Affiliatie</b>	1 Universiteit Gent 2 Ergotherapie Vlaanderen 3 Vrije Universiteit Brussel 4 HE Vinci 5 Union Professionnelle des Ergothérapeutes 6 Arteveldehogeschool
<b>Contactadres</b>	stijn.debaets@ugent.be

# Occupational therapy in an interdisciplinary collaboration in primary care in Belgium, the added value for client and professional

Stijn De Baets, Anne Ledoux, Dominique Van de Velde, Patricia De Vriendt and the collaborators of six projects of occupational therapy

**Introduction.** Persons with one or more chronic conditions and congenital or non-congenital conditions and limitations in daily life are often treated or guided in primary care. However, an occupational therapist is still included to a limited extent in a primary care team. That is why the King Baudouin Foundation financed six projects that aimed to improve the self-reliance and autonomy of vulnerable people with functional problems in society through targeted efforts. The aim of this research was to find out how occupational therapists contribute to interdisciplinary primary care teams in Belgium.

**Method.** The King Baudouin Foundation financed six primary care projects focusing on the occupational therapist in an interdisciplinary context. Given the variety of participants, interventions and settings, a Realist Evaluation was conducted. Data were collected from the persons with functional limitations on the one hand, the occupational therapists and the interdisciplinary team on the other. Quantitative data collected from the bio-psycho-social scale and the objective survey (administered to the professionals), and the data from the self-reliance radar (administered to the participants) are tested for significant differences over time. The qualitative data, from in-depth interviews with the professionals, is

analyzed thematically. All analyzed results are processed into a program theory via context-mechanism-outcome relationships.

**Results.** Regarding the clients involved who participated in the pilot projects, we obtained from the results of the self-reliance radar that there was a significant improvement in the score on the achievement of the objectives when rolling out the intervention in which the occupational therapist was deployed. The qualitative data showed that goal-oriented care was clearly evident in the data analysis. Thanks to the coaching from the occupational therapist, the team started working in a more targeted manner. This yielded results for the team in every project, such as more motivation, more support and more self-confidence. The interviews with the professionals also indicated that positive effects such as better quality of life, more meaning and higher self-esteem were recognized.

**Conclusion.** The research showed that occupational therapists naturally use goal-oriented care as a vision in primary care. When an occupational therapist was added, the team worked more client-oriented in each project, with positive consequences for the team, the client and the informal caregiver.

<b>Authors</b>	Stijn De Baets <sup>1,2,3</sup> , Anne Ledoux <sup>4,5</sup> , Dominique Van de Velde <sup>1</sup> , Patricia De Vriendt <sup>3,6</sup> en de medewerkers <sup>6</sup> van projecten ergotherapie
<b>Affiliation</b>	1 Universiteit Gent 2 Ergotherapie Vlaanderen 3 Vrije Universiteit Brussel 4 HE Vinci 5 Union Professionnelle des Ergothérapeutes 6 Arteveldehogeschool
<b>Contact</b>	stijn.debaets@ugent.be



# SESSION 13. RÉSILIENCE

## SESSIE 13. VEERKRACHT

29-11-23

14:00 - 15:30

Modératrice • Moderator: **Marlène Karam**, Professeure à l'Université de Montréal

D'un état des lieux à une coordination, résilience de la première ligne namuroise en contexte de pandémie	104
From an inventory to coordination, resilience of the primary care of Namur in the context of a pandemic	105
Le programme Bien Chez Moi 2.0 (Ergo2.0 et connectivité) pour les personnes âgées fragiles	106
Living well at home with occupational therapy (Ergo2.0 and Connectivity) for Frail Older People	107
Obstacles et leviers liés à la mise en œuvre et au maintien d'enseignements pédagogiques innovants pour répondre aux besoins des travailleurs et des patients en première ligne. Recherche qualitative descriptive	108
Obstacles and levers related to implementing and sustaining innovative pedagogical teachings to meet the needs of primary care and support workers and patients. Descriptive qualitative research	109
Terugkeer naar werk – Het belang van de eerstelijnszones	110
Return to work – The importance of primary care zones	111

# D'un état des lieux à une coordination, résilience de la première ligne namuroise en contexte de pandémie

Philippe Bonneels

**Introduction.** Durant la crise sanitaire, certains acteurs de la première ligne d'aide et de soins du Namurois ont construit un réseau informel pour assurer une continuité de soins et services. Ils ont pris conscience des forces du réseau pour s'emparer de cette réalité de fonctionnement et après le Lockdown, se rassembler autour d'une recherche qualitative: quel type de consensus entre «réalités Institutionnelles» et «réalité du prestataire» peut s'initier en contexte pandémique? Comment rendre résilient et accompagner le changement avec une surcharge de travail et un manque de personnel?

**Méthode.** La production des données est conçue selon des **démarches d'intelligence collective trois ateliers participatifs** [acteurs de terrain], pour explorer l'état de la première ligne du Namurois. Un chercheur en sciences sociales a réalisé l'analyse et la rédaction du rapport, selon la démarche et rigueur qualitative.

**Résultats.** Cette première ligne est caractérisée par 5 thématiques: identité collective, culture politique, collaboration - coordination, communication et reconnaissance, enjeux et défis.

Les données apportent le matériel pour une mise en lien entre :

Terrain(s) et entités fédérales/fédérées, Prestataires et bénéficiaires, Services aide-soins et population Pour établir le lien avec les niveaux micro, méso et macro de façon multidimensionnelle et intersectorielle.

**Discussion.** Comment un organisme officiel peut-il valoriser et accompagner un réseau informel pour améliorer le fonctionnement, se coordonner, renforcer sa résilience tout en gardant la souplesse de l'informel? Quelle en est la plus-value, atouts-faiblesses? Comment cartographier ces réseaux informels sans trop les formaliser?

**Conclusion.** La co-construction au départ des réalités de terrain facilite la vision territoriale et démographique.

Se connaître, mieux communiquer, mieux collaborer pour implémenter des soins intégrés et mettre en réseau des réseaux.

<b>Auteur</b>	Philippe Bonneels <sup>1,2</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Institute for the Analysis of Change in Contemporary and Historical Societies (IACCHOS), UCLouvain
	2 RESINAM
<b>Adresse de contact</b>	philippe.bonneels@uclouvain.be



# From an inventory to coordination, resilience of the primary care of Namur in the context of a pandemic

Philippe Bonneels

**Introduction.** During the health crisis, some actors of primary care and support in Namur built an informal network to ensure continuity of care and services. They became aware of the strengths of the network to seize this operating reality and after the lockdown, gather around qualitative research: what kind of consensus between ‘institutional realities’ and ‘reality of the provider’ can be initiated in a pandemic context? How to make it resilient and accompany change with an overload of work and a lack of staff?

**Method.** The production of data is designed according to collective intelligence approaches three participatory workshops [field actors], to explore the state of primary care of Namur. A social scientist carried out the analysis and writing of the report, according to the approach and qualitative rigor.

**Results.** Primary care is characterized by five themes: collective identity, political culture, collaboration – coordination, communication – recognition, issues – challenges. The data provides material for linking: Land(s) and federated entities, providers and beneficiaries, services assistance – care and population. To link micro, meso and macro levels in a multidimensional and intersectoral way.

**Discussion.** How can an official body value and support an informal network to improve functioning, coordinate, strengthen its resilience while keeping the flexibility of the informal? What is the added value assets weaknesses? How to map these informal networks without formalizing them too much?

**Conclusion.** Co-construction from the ground facilitates the territorial and demographic vision. Know each other, communicate better, collaborate better to implement integrated care and networks.

<b>Author</b>	Philippe Bonneels <sup>1,2</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Institute for the Analysis of Change in Contemporary and Historical Societies (IACCHOS), UCLouvain
	2 RESINAM
<b>Contact</b>	philippe.bonneels@uclouvain.be

# Le programme Bien Chez Moi 2.0 (Ergo2.0 et connectivité) pour les personnes âgées fragiles

Véronique Legrain, Béatrice Thében, Anne Ledoux, Lucia Alvarez-Irusta, Tatiana de la Croix, Véronique Manguette et Thérèse Van Durme

Pour les personnes âgées vivant une situation de fragilité, les soins de proximité sont associés à une meilleure qualité de vie, en particulier lorsque ces soins de proximité visent la prévention. Or, la plus-value des ergothérapeutes dans la prévention de fragilisation a été démontrée par plusieurs études, notamment grâce à leur approche ciblée sur les objectifs de vie de la personne, afin de soutenir son autonomie. Depuis 2016, l'ASBL Ergo2.0 a développé un réseau d'ergothérapeutes de quartier (une cinquantaine à ce jour) répartis sur l'ensemble du territoire wallon, travaillant chacun main dans la main avec les communes, leurs initiatives spécifiques et le réseau de professionnels de santé de proximité propre à chaque quartier.

Profitant d'un appel à candidatures de la part de la Région Wallonne, l'ASBL Ergo2.0 a élaboré un dispositif permettant d'allier l'accompagnement par des ergothérapeutes de proximité, articulé à des activités de prévention s'aidant d'objets connectés.

Lors de la session, nous proposons de présenter le dispositif innovant, qui inclut le dépistage de fragilités, l'accompagnement interdisciplinaire orienté vers les objectifs de vie et aidé par un-e ergothérapeute de quartier ancré-e dans la première ligne et aidé-e par des objets connectés.

<b>Auteurs</b>	Véronique Legrain <sup>1</sup> , Béatrice Thében <sup>1</sup> , Anne Ledoux <sup>2,3</sup> , Lucia Alvarez-Irusta <sup>3</sup> , Tatiana de la Croix <sup>1,3</sup> , Véronique Manguette <sup>1</sup> et Thérèse Van Durme <sup>3</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Ergo2.0 ASBL 2 HE Vinci 3 IRSS, UCLouvain
<b>Adresse de contact</b>	ergo2.0.vlegrain@gmail.com

# Living well at home with occupational therapy (Ergo2.0 and Connectivity) for Frail Older People

Véronique Legrain, Béatrice Thében, Anne Ledoux, Lucia Alvarez-Irusta, Tatiana de la Croix, Véronique Manguette and Thérèse Van Durme

For frail older people, community-based care is associated with a better quality of life, especially when this care focuses on prevention. The added value of occupational therapists in preventing frailty has been demonstrated by several studies, particularly through their targeted approach to the person's life goals to support their autonomy. Since 2016, the non-profit organization Ergo2.0 has developed a network of neighborhood occupational therapists (currently around fifty) spread across the entire Walloon territory, each working closely with municipalities, their specific initiatives, and the network of local healthcare

professionals in each neighborhood. Taking advantage of a call for applications from the Walloon Region, Ergo2.0 has developed a program that combines support from local occupational therapists with prevention activities aided by connected devices.

During the session, we propose to present the innovative program, which includes frailty screening, interdisciplinary support focused on life goals, and assisted by a neighborhood occupational therapist anchored in primary care, aided by connected objects.

<b>Authors</b>	Véronique Legrain <sup>1</sup> , Béatrice Thében <sup>1</sup> , Anne Ledoux <sup>2,3</sup> , Lucia Alvarez-Irusta <sup>3</sup> , Tatiana de la Croix <sup>1,3</sup> , Véronique Manguette <sup>1</sup> et Thérèse Van Durme <sup>3</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Ergo2.0 ASBL 2 HE Vinci 3 IRSS, UCLouvain
<b>Contact</b>	ergo2.0.vlegrain@gmail.com

# Obstacles et leviers liés à la mise en œuvre et au maintien d'enseignements pédagogiques innovants pour répondre aux besoins des travailleurs et des patients en première ligne. Recherche qualitative descriptive

Dan Lecocq, Delphine Kirkove, Pierre D'Ans, Benoit Pétré, Jennifer Foucart et Céline Mahieu

**Introduction.** Dans le cadre des travaux de la Chaire Be.Hive, une équipe de chercheurs s'est intéressée aux dispositifs pédagogiques innovants (DiPI) développés pour répondre aux besoins des acteurs de la première ligne d'aide et de soin. Il appert que les parties prenantes (professionnels et patients) soulignent l'importance de dispositifs orientés sur le développement des compétences relationnelles, comme la communication et la collaboration interprofessionnelle, qui favorisent le partenariat avec le patient et le bien-être de tous les acteurs. Les chercheurs ont exploré avec les participants les obstacles et les leviers relatifs à la mise en œuvre et à la pérennisation de tels DiPI au sein de programmes de formation initiale de professionnels de la santé et du social dans les établissements d'enseignement supérieurs qui mettent traditionnellement l'accent sur les savoirs biomédicaux et les habiletés techniques.

**Méthode.** Une approche qualitative descriptive a été utilisée : des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'enseignants responsables de neuf DiPIs. Leur contenu a fait l'objet d'une analyse thématique.

**Résultats.** Les chercheurs ont pu identifier huit thèmes qui décrivent ce qu'implique de faire exister un dispositif pédagogique innovant :

1/ s'appuyer sur d'autres initiatives pour se renforcer ; 2/ avoir les moyens de ses ambitions ; 3/ communiquer de façon transparente pour emporter l'adhésion ; 4/ pouvoir compter sur des personnes soutenant ; 5/ être porté par des valeurs et de l'enthousiasme partagés ; 6/ "faire son trou" dans le programme et être reconnu ; 7/ collaborer avec de nouveaux acteurs et 8/ résister aux impondérables.

**Discussion.** Ces résultats sont congruents avec la littérature scientifique à propos des innovations pédagogiques en général, avec cependant des facteurs plus spécifiques liés aux thématiques de la collaboration interprofessionnelle et du partenariat patient, qui impliquent des collaborations entre facultés au sein des universités et entre hautes écoles et universités, ainsi qu'avec les patients.

**Conclusion.** Cette étude met en lumière des points d'attention pour toutes les personnes désireuses de développer des DiPIs pérennes au sein des programmes de formation initiale des futurs professionnels de la santé et du social dans les établissements d'enseignement supérieurs.

<b>Auteurs</b>	Dan Lecocq <sup>1,2,3</sup> , Delphine Kirkove <sup>4,5</sup> , Pierre D'Ans <sup>1</sup> , Benoit Pétré <sup>4</sup> , Jennifer Foucart <sup>2</sup> , Céline Mahieu <sup>2</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine 2 Université libre de Bruxelles 3 Université du Luxembourg 4 Université de Liège 5 Université Sorbonne Paris Nord
<b>Adresse de contact</b>	dan.lecocq@uni.lu

# Obstacles and levers related to implementing and sustaining innovative pedagogical teachings to meet the needs of primary care and support workers and patients. Descriptive qualitative research

Dan Lecocq, Delphine Kirkove, Pierre D'Ans, Benoit Pétré, Jennifer Foucart and Céline Mahieu

**Introduction.** As part of the work of the Be.Hive Chair, a team of researchers, studied innovative pedagogical teachings (IPTs) developed to meet the needs of primary care providers and patients. Stakeholders (professionals and patients) emphasize the importance of training modules that focus on developing relational skills, such as communication and interprofessional collaboration, which promote the partnership with the patient and the well-being of all people involved. The researchers explored with the participants the barriers and levers to implementing and sustaining such IPTs in initial training programs for future health and social professionals in higher education institutions, traditionally focusing on biomedical and technical skills.

**Method.** A descriptive qualitative approach was used. Semi-directed interviews were conducted with teachers responsible for nine IPTs. A thematic content analysis was performed.

**Results.** Researchers were able to identify eight themes that describe what it takes to make innovative pedagogical training exist: 1/ to rely

on other initiatives to strengthen oneself; 2/ to have the means to achieve one's ambitions; 3/ to communicate transparently to gain support; 4/ to have supporting people; 5/ to be driven by shared values and enthusiasm; 6/ to "make one's mark" in the program and to be valued; 7/ to collaborate with new actors; and 8/ to withstand the imponderables.

**Discussion.** These results are consistent with the existing scientific literature on the barriers to and levers for educational innovation in general, with more specific difficulties linked to the topics of interprofessional collaboration and patient partnership, which involve collaboration between faculties within universities and between university colleges and universities, as well as with patients.

**Conclusion.** This study highlights some critical issues for all those interested in developing innovative and sustainable pedagogical arrangements within initial training programs for future health and social professionals in higher education institutions.

<b>Authors</b>	Dan Lecocq <sup>1,2,3</sup> , Delphine Kirkove <sup>4,5</sup> , Pierre D'Ans <sup>1</sup> , Benoit Pétré <sup>4</sup> , Jennifer Foucart <sup>2</sup> , Céline Mahieu <sup>2</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine 2 Université libre de Bruxelles 3 Université du Luxembourg 4 Université de Liège 5 Université Sorbonne Paris Nord
<b>Contact</b>	dan.lecocq@uni.lu

# Terugkeer naar werk – Het belang van de eerstelijnszones

Anke Deprez, Lisa Bels, Kevin Berben, Jochen Bergs, Alexandra Cloostermans, Theo Hamblok, Marie-Claire Lambrechts, Piet Stinissen, Bart Tirez, Anouk Tuinstra, Sharona Vonck, Lode Godderis

**Introduction.** Inleiding. Terugkeer naar werk (TNW) voor langdurig zieken is belangrijk voor zowel individu als maatschappij. Werkhervatting kan de gezondheid en kwaliteit van leven bevorderen. Bovendien is re-integratie van belang om de betaalbaarheid van de sociale zekerheid te garanderen en biedt het een antwoord aan de huidige krapte op de arbeidsmarkt. Ondanks de vele bestaande initiatieven om TNW te bevorderen, wordt de juiste weg naar deze hulp niet door iedereen gevonden. Dit project onderzoekt de potentiële rol van eerstelijnszones (ELZs) in het afstemmen van zorg- en TNW-actoren ten behoeve van de verschillende doelgroepen van langdurig zieken.

**Methoden.** Twee co-creatiesessies werden georganiseerd in twee ELZs (Leuven en Noord-Limburg) met de volgende doelstellingen: (1) het opstellen van een TNW 'programma' en (2) het formuleren van een implementatieplan om een succesvolle uitvoering te waarborgen. In het kader van mogelijke aanpassingen werden tussen beide sessies resultaten afgetoetst bij beleidsmakers, patiënten en andere relevante actoren. In een laatste fase werden de bevindingen samengebracht in een generiek plan van aanpak voor ELZs in Vlaanderen.

**Resultaten.** Drie grote noden werden geïdentificeerd op het domein van eerstelijnszorg en TNW: zorg-coördinatie en ownership, bevorderen van toegankelijkheid en het verminderen van blindheid tussen de actoren. Het aanpakken van deze blindheid werd een haalbare en zinvolle taak geacht voor ELZs. Een prototype interventie dat binnen een ELZ toegepast kan worden, werd opgesteld en geëvalueerd door de betrokken actoren.

**Discussie.** Ons onderzoek toont een mogelijke piste voor ELZs om TNW te helpen bevorderen. Niettemin is verdere afstemming op de lokale noden en mogelijkheden noodzakelijk om een succesvolle implementatie te garanderen.

**Conclusie.** ELZs kunnen een rol spelen als netwerkmedium voor lokale TNW- en eerstelijnszorgactoren, ten voordele van TNW voor langdurig zieke mensen.

<b>Auteurs</b>	Anke Deprez <sup>1</sup> , Lisa Bels <sup>2</sup> , Kevin Berben <sup>3</sup> , Jochen Bergs <sup>3,4</sup> , Alexandra Cloostermans <sup>3</sup> , Theo Hamblok <sup>5,6</sup> , Marie-Claire Lambrechts <sup>1</sup> , Piet Stinissen <sup>6</sup> , Bart Tirez <sup>2</sup> , Anouk Tuinstra <sup>6</sup> , Sharona Vonck <sup>4</sup> , Lode Godderis <sup>1</sup>
<b>Affiliaties</b>	<p>1 KU Leuven, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, Omgeving en gezondheid</p> <p>2 Eerstelijnszone Leuven</p> <p>3 UHasselt, THINK<sup>3</sup> simulation &amp; innovation lab</p> <p>4 PXL, expertisecentrum zorginnovatie</p> <p>5 Eerstelijnszone Noord-Limburg</p> <p>6 Centrum Eerste Lijn Limburg (CELL)</p>
<b>Contactadres</b>	anke.deprez@kuleuven.be

# Return to work – The importance of primary care zones

Anke Deprez, Lisa Bels, Kevin Berben, Jochen Berghs, Alexandra Cloostermans, Theo Hamblok, Marie-Claire Lambrechts, Piet Stinissen, Bart Tirez, Anouk Tuinstra, Sharona Vonck, Lode Godderis

**Introduction.** Return to work (RTW) for people with long-term illness is important for both the individual and society. RTW can improve health and quality of life. In addition, reintegration is important to ensure the affordability of social security and provides an answer to the current labor market shortage. However, despite the many existing initiatives to aid RTW, not everyone finds the right path to this help. This research explores the potential role of primary care zones (PCZ's) in aligning care providers and RTW-actors for the benefit of the various groups of people with long-term illness.

**Methods.** Two co-creation sessions were organized in two PCZ's (Leuven and Noord-Limburg) with the following objectives: (1) establish a RTW 'program' and (2) establish an implementation plan to ensure successful implementation. In between these sessions, results were discussed with policy makers, patients, and other relevant actors to enable potential adjustments. In a final phase, the findings were brought together in a generic plan of approach for PCZ's in Flanders.

**Results.** Three major needs were identified in the domain of primary care and RTW: care coordination and ownership, improving accessibility, and reducing blindness between actors. Addressing this blindness was deemed a feasible and useful task for PCZ's. A prototype intervention that can be applied within an PCZ was drafted and evaluated by the involved actors.

**Discussion.** Our research shows a possible path for PCZ's to help promote RTW. Nonetheless, further tailoring to local needs and capabilities is necessary to ensure successful implementation.

**Conclusion.** PCZ's can play a role as a networking medium for local RTW and primary care actors to benefit RTW for people with long-term illness.

<b>Authors</b>	Anke Deprez <sup>1</sup> , Lisa Bels <sup>2</sup> , Kevin Berben <sup>3</sup> , Jochen Berghs <sup>3,4</sup> , Alexandra Cloostermans <sup>3</sup> , Theo Hamblok <sup>5,6</sup> , Marie-Claire Lambrechts <sup>1</sup> , Piet Stinissen <sup>6</sup> , Bart Tirez <sup>2</sup> , Anouk Tuinstra <sup>6</sup> , Sharona Vonck <sup>4</sup> , Lode Godderis <sup>1</sup>
<b>Affiliations</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 KU Leuven, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, Omgeving en gezondheid</li> <li>2 Eerstelijnszone Leuven</li> <li>3 UHasselt, THINK<sup>3</sup> simulation &amp; innovation lab</li> <li>4 PXL, expertisecentrum zorginnovatie</li> <li>5 Eerstelijnszone Noord-Limburg</li> <li>6 Centrum Eerste Lijn Limburg (CELL)</li> </ol>
<b>Contact</b>	anke.deprez@kuleuven.be





# SESSION 14. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## SESSIE 14. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

---

**29-11-23**

14:00 - 15:30

Workshop

Modérateur • Moderator: **Lucia Alvarez-Irusta**, doctorante à l'UCLouvain

Les Communautés de Pratiques (CoPs) : un outil pour renforcer l'approche en santé communautaire (SC) ou soutenir l'intégration social-santé sur le territoire	114
Communities of Practice (CoPs): a tool for strengthening Community Health (CH) and local social-health Care integration (CI)	115

# Les Communautés de Pratiques (CoPs) : un outil pour renforcer l'approche en santé communautaire (SC) ou soutenir l'intégration social-santé sur le territoire

Lucia Alvarez Irusta\*, Delphine Kirkove\*, Vincent La Paglia\*, équipe de Brusano, Benoit Pétré

**Introduction.** Les CoPs sont des groupes d'individus qui partagent un domaine d'intérêt et qui cherchent à apprendre les uns des autres par des interactions régulières et l'expérience de leur pratique. Tant du côté de l'approche en SC ou de l'intégration social-santé par des nouveaux rôles (Référént de Proximité – RP-), les dispositifs de CoPs connaissent actuellement un intérêt manifeste. D'une part, la chaire BeHive en collaboration avec les Centres locaux de promotion de la santé soutient le déploiement de deux CoPs autour de la SC à Liège et à Namur. D'autre part, Brusano soutient en Région de Bruxelles-capitale quatre CoPs pour renforcer l'intégration social-santé. Mis sous l'angle des capacités, l'objectif de ces recherches menées sur ces CoPs est, dans un premier temps, de pouvoir identifier les conditions favorables à l'émergence ou à la réalisation de ces pratiques ainsi que les difficultés rencontrées dans leur exercice et, dans un second temps, de repérer leurs effets sur les individus et leurs environnements de pratique en termes de réceptions.

**Méthode.** Une approche qualitative a été empruntée pour l'étude des contenus des séances de CoPs dans les deux cas via une analyse thématique. En complément, une approche quantitative a été utilisée en vue d'évaluer la «santé» des CoPs et leur fonctionnement.

**Résultats.** Si ces différentes CoPs rassemblent des professionnels autour d'un intérêt commun,

leur développement demeure hétérogène. Les résultats préliminaires pointent des facteurs qui peuvent favoriser ou initier la mise en œuvre des pratiques en SC ou activer l'émergence du rôle de RP, comme par exemple, le lien de confiance et les contextes organisationnels plus favorables à ces pratiques. Également, les CoPs semblent produire des effets sur les professionnels par l'apprentissage mutuel, la réflexion sur les pratiques organisationnelles, ou d'une série d'actions identifiées comme porteuses pour l'intérêt du public cible.

**Discussion.** Les résultats mettent en évidence certains mécanismes agissant sur ces pratiques : tels que leur définition en tant que logique faisant face aux défis actuels de santé publique, le défi identitaire et de légitimité qui les accompagne et qui peut être généré par un certain flou conceptuel.

**Conclusion.** Malgré des contextes et des processus d'amorçage différents, ces retours d'expérience de CoPs mettent clairement en évidence des points de convergence où se rattachent à la fois la recherche, les pratiques de terrain et le partage de connaissance. Ces éléments viennent enrichir les pratiques individuelles et organisationnelles à la manière d'un chaînon manquant dans le développement de compétences et de savoirs plus expérientielles, facilitant leur transfert concret dans le système de santé.

<b>Auteurs</b>	Lucia Alvarez-Irusta <sup>1,2,3</sup> , Delphine Kirkove <sup>3,4</sup> , Vincent La Paglia <sup>3,5</sup> , équipe de Brusano <sup>2</sup> , Benoit Pétré <sup>3,4</sup>
<b>Affiliations</b>	1 IRSS - UCLouvain 2 Brusano ASBL, Bruxelles 3 Be.Hive 4 Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège 5 Centre FoRS, Domaine des sciences politiques et sociales & Information et communication, Haute École Namur-Liège-Luxembourg - Hénallux * Contribution équivalente des auteurs
<b>Adresse de contact</b>	lucia.alvarez@brusano.brussels

# Communities of Practice (CoPs): a tool for strengthening Community Health (CH) and local social-health Care integration (CI)

Lucia Alvarez Irusta\*, Delphine Kirkove\*, Vincent La Paglia\*, équipe de Brusano, Benoit Pétré

**Introduction.** CoPs are groups of individuals with a common field of interest and similar professional experiences, who seek to learn from each other through regular interaction within a defined framework. CoPs have generated a lot of interest, in terms of how they can strengthen both CH and CI - the latter currently focused on the new role of “Trusted Front Line Professional” -TFLP). The CoP tool has been deployed in two separate Belgian contexts. In the cities of Liège and Namur in Wallonia, the focus has been on CH. These COPs are supported by the BeHive Chair in collaboration with Local Health Promotion Centres (CLPS). Four CoPs are being supported within the Brussels-Capital Region by Brusano. The research on these CoPs has adopted a capabilities approach. Its aims are to identify the conditions that are conducive to the emergence or realization of the CH and TFLP practices, as well as the difficulties encountered in carrying them out, and identify their effects on the participants and their working environments as they participate in the CoPs.

**Method.** In both contexts we used a qualitative approach to study the CoPs’ content through thematic analysis. In addition, a quantitative approach was used to assess the 'health' of the CoPs and their functioning.

**Results.** The CoPs, while diverse, share the commonality of bringing together professionals around a common interest. Yet their development

remains heterogeneous. Preliminary results point to factors that can encourage the initiation and subsequent implementation of CH practices or activate the emergence of the TFLP role, such as the development of a care relationship grounded in trust, or the presence of an organizational context that is conducive to the adoption of new practices or roles. The CoPs also appear to have a positive impact on professionals thanks to the CoPs fostering mutual learning, group reflection on their organizations’ respective practices, and group discussion and problem-solving regarding various target groups.

**Discussion.** The results highlight certain mechanisms that affect the adoption of CH or CI practices, such as defining these practices as a way to address current public health challenges; including critical self-reflection on the participants’ professional identity and legitimacy generated by their adoption of activities and roles that live within a certain conceptual ambiguity.

**Conclusions.** Despite their different contexts and start-up processes, the feedback from both types of CoPs converge, both in terms of the research, field practice and experiential knowledge. The CoP dynamics enrich individual and organizational practices by providing a missing link in the development of more experiential skills and knowledge, facilitating their practical transfer to the healthcare system.

<b>Authors</b>	Lucia Alvarez-Irusta <sup>1,2,3</sup> , Delphine Kirkove <sup>3,4</sup> , Vincent La Paglia <sup>3,5</sup> , équipe de Brusano <sup>2</sup> , Benoit Pétré <sup>3,4</sup>
<b>Affiliations</b>	1 IRSS - UCLouvain
	2 Brusano ASBL, Bruxelles
	3 Be.Hive
	4 Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège
	5 Centre FoRS, Domaine des sciences politiques et sociales & Information et communication, Haute École Namur-Liège-Luxembourg - Hénallux
	* Equivalent contribution of three first authors
<b>Contact</b>	lucia.alvarez@brusano.brussels



# SESSION 15. PARTAGE DE CONNAISSANCES

## SESSIE 15. DELEN VAN KENNIS

---

**29-11-23**

14:00 - 15:30

Workshop

Modérateur • Moderator: **Professor Emeritus Roy Remmen**, Universiteit Antwerpen

Van SCUBY-evidentie over implementatie van geïntegreerde zorg naar het coachen van huisartsenpraktijken bij de organisatie van chronische zorg: het overbruggen van de kenniskloof als onderdeel van een samenwerkingsproject	118
From SCUBY evidence on integrated care implementation to coaching GP practices on chronic care organization: bridging the know-do gap as part of a collaborative project	120

# Van SCUBY-evidentie over implementatie van geïntegreerde zorg naar het coachen van huisartsenpraktijken bij de organisatie van chronische zorg: het overbruggen van de kenniskloof als onderdeel van een samenwerkingsproject

Katrien Danhieux, Monika Martens, Philippe Bos, Emy Kool

## Scale-Up van geïntegreerde zorg voor diabetes en hypertensie (SCUBY): stappenplan voor verandering

**Inleiding.** De implementatie van geïntegreerde zorg voor chronische ziekten staat al vele jaren op de agenda van het Belgische gezondheidszorgbeleid. Dit is belangrijk omdat chronische aandoeningen toenemen en veel patiënten niet worden opgespoord of slecht worden gecontroleerd. Terwijl er consensus bestaat over wat de barrières zijn om geïntegreerde zorg te implementeren, is het veel onzekerder hoe deze barrières overwonnen moeten worden. Daarom is de opschaling van geïntegreerde zorg complex. Het doel van het SCUBY-project was om bij te dragen aan het opschalen van geïntegreerde zorg door het ontwikkelen van lokale evidentie, dat als input diende voor stappenplannen en beleidsdialogen. Het doel van deze sessie is om te delen hoe we deze kloof tussen onderzoek, beleid en praktijk hebben benaderd en om in te zoomen op een van de elementen van het stappenplan, gericht op verandermanagement in eerstelijnsgezondheidszorgpraktijken.

**Methoden.** In een deelstudie werden 66 eerstelijnsgezondheidszorgpraktijken geselecteerd. Ze hadden verschillende organisatievormen en verschillende teamsamenstellingen. De Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) werd gebruikt om de dimensie structuur te meten. Gegevens van het intermutualistisch agentschap en laboratorium gegevens werden gebruikt om proces- en uitkomstindicatoren te meten.

**Resultaten.** Kijkend naar de dimensie structuur scoorden multidisciplinaire en fofaitaire praktijken aanzienlijk hoger op de algemene ACIC-score dan traditionele monodisciplinaire honorarium praktijken. Patiënten die praktijken bezochten met een hogere algemene ACIC-score hadden ook een betere follow-up van HbA1c. Dit werd echter niet weerspiegeld in de uitkomstindicator, controle van HbA1c.

**Conclusies.** Naast de aanwezigheid van een verpleegkundige of secretariaatsmedewerker, zijn ook multidisciplinair werken onder één dak en een forfaitair financieringssysteem belangrijke kenmerken van een systeem waarin geïntegreerd succesvol kan worden opgeschaald. In ons stappenplan werden Belgische beleidsmakers aangemoedigd om de rol van paramedici in de eerstelijnszorg te heroverwegen en het financieringssysteem meer geïntegreerd te maken. Praktijkondersteuners werden gecoacht om proactieve en geïntegreerde zorg te implementeren door hen de strategieën te leren die succesvolle praktijken gebruikten.

# Praktijkondersteuning voor chronische ziekten in eerstelijnspraktijken in België

**Achtergrond.** Belgische eerstelijnspraktijken willen hun organisatie van chronische zorg verbeteren naar een meer proactief en geïntegreerd systeem, maar het ontbreekt hen aan kennis en vaardigheden over hoe te veranderen. Daarom werd samen met Domus Medica - de Vlaamse wetenschappelijke beroepsorganisatie van huisartsen - en de Universiteit Antwerpen een veranderingsprogramma ontwikkeld.

**Beschrijving van het programma.** Het coachingprogramma volgde het ADKAR-veranderingsmodel (Awareness, Desire, Knowledge, Action, Reinforcement) en bestond uit 5 sessies. In de eerste sessie werd bewustzijn gecreëerd over potentiële verbetering. In de volgende sessies werd het verlangen om te veranderen en de kennis gestimuleerd, een actieplan ontwikkeld en opgevolgd. In de laatste sessie werd het plan en proces geëvalueerd en werden afspraken gemaakt over hoe de verbeteringen te versterken.

**Planning.** Er werden twee benaderingen gebruikt om dit programma te implementeren. Als onderdeel van de eerste, kleinschaligere aanpak werden 4 individuele eerstelijnspraktijken benaderd en bezocht door een coachingsteam voor meerdere

sessies waaraan alle behandelaars deelnamen. Als onderdeel van de tweede, grootschaligere aanpak werden vier studiedagen georganiseerd in België, waarmee in totaal 111 deelnemers werden bereikt: huisartsen en verpleegkundigen. De deelnemers leerden over de implementatie van geïntegreerde zorg voor chronische ziekten in plenaire sessies en interactieve workshops. Nadien kregen ze herinneringsmails toegestuurd zodat ze de verschillende ADKAR-stappen konden overlopen met hun eigen praktijkteam.

**Evaluatie.** De eerste aanpak werd geëvalueerd aan de hand van kwalitatieve interviews. Deelnemers waardeerden de nabijheid van de coaches, die hen aanspoorde om actie te ondernemen. Het tweede model werd geëvalueerd aan de hand van twee enquêtes. Deelnemers hielden van de interactieve aanpak tijdens de workshops. Beiden gaven aan dat het programma baat zou hebben bij meer praktische ondersteuning, zoals een kant-en-klaar protocol. Beide benaderingen zullen worden geïntegreerd in een nieuw programma en kunnen als voorbeeld dienen voor andere organisaties bij het implementeren van praktijkveranderingen.

<b>Auteurs</b>	Katrien Danhieux <sup>1,2,3</sup> , Monika Martens <sup>1,2</sup> , Philippe Bos <sup>1</sup> , Emy Kool <sup>4</sup>
<b>Affiliaties</b>	1 University of Antwerp 2 Institute of Tropical Medicine 3 Community Health Centre 'De Vlier' 4 Domus Medica
<b>Contactadres</b>	katrien.danhieux@uantwerpen.be

# From SCUBY evidence on integrated care implementation to coaching GP practices on chronic care organization: bridging the know-do gap as part of a collaborative project

Katrien Danhieux, Monika Martens, Philippe Bos, Emy Kool

## Scale-Up of integrated care for diabetes and hypertension (SCUBY): roadmaps for change

**Introduction.** Implementing integrated care for chronic diseases has been on the Belgian health care policy agenda for many years. This is important as chronic conditions are on the rise and many patients are not detected or controlled. While there is consensus on what the barriers are to implement integrated care, how these should be overcome is much more uncertain. Hence, scale-up of integrated care is complex. The SCUBY project aimed to contribute to scale-up of integrated care through development of local evidence, which fed into roadmaps and policy dialogues. The aim of this session is to share how we approached this research-policy-practice gap and to zoom into one of the elements of the roadmap, focusing on change management in primary health care practices.

**Methods.** In one sub-study, 66 primary care practices were sampled. They had different organizational types and different team compositions. The Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) was used to measure the dimension structure. Health insurance data and lab data were used to measure process and outcome indicators.

**Results.** When looking at the dimension structure, multidisciplinary and capitation-based practices scored considerably higher than traditional monodisciplinary fee-for-service practices on the overall ACIC score. Patients attending practices with a higher overall ACIC score also had a better follow-up of HbA1c. However, this was not reflected in the outcome indicator, control of HbA1c.

**Conclusions.** Besides the presence of a nurse or secretary, also working multidisciplinary under one roof and a capitation-based financing system are important features of a system wherein integrated care can be scaled-up successfully. In our roadmap, Belgian policymakers were encouraged to rethink the role of paramedics in primary care and make the financing system more integrated. Practitioners were coached to implement proactive and integrated care, by teaching them the strategies successful practices used.



# Practice facilitation for chronic diseases in primary care practices in Belgium

**Background.** Belgian primary care practitioners want to improve their chronic care organisation, towards a more proactive and integrated system, but they lack the knowledge and skills on how to change. Therefore a change program was cocreated with Domus Medica – Flanders’ scientific professional organisation of general practitioners – and the University of Antwerp.

**Description of the program.** The coaching program followed the ADKAR (Awareness, Desire, Knowledge, Action, Reinforcement) change model and consisted of 5 sessions. In the first session awareness on potential improvement was created. In the following sessions desire to change and knowledge was stimulated, an action plan was developed and followed up. In the last session the plan and process were evaluated and arrangements were made on how to reinforce improvements.

**Planning.** Two approaches were used to deliver this program. As part of the first smaller-scale approach, 4 individual primary care practices were reached out to and a coaching team visited them

for multiple sessions in which all practitioners participated. As part of the second, wider-scale approach, four study days were organised over Belgium, reaching a total of 111 participants: general practitioners and nurses. The participants were learning about implementation of integrated care for chronic diseases in plenary sessions and interactive workshops. Afterwards, they were send reminder e-mails so they could go over the different ADKAR steps with their own practice team.

**Evaluation.** The first approach was evaluated through qualitative interviews. Participants appreciated the proximity of the coaches, which urged them to take action. The second model was evaluated through two surveys. Participants liked the interactive approach during the workshops. Both mentioned that the program would benefit from more practical support, such as a ready-made protocol. Both approaches will be integrated into a new program and can serve as an example for other organizations on how to implement practice change.

<b>Authors</b>	Katrien Danhieux <sup>1,2,3</sup> , Monika Martens <sup>1,2</sup> , Philippe Bos <sup>1</sup> , Emy Kool <sup>4</sup>
<b>Affiliations</b>	1 University of Antwerp
	2 Institute of Tropical Medicine
	3 Community Health Centre 'De Vlier'
	4 Domus Medica
<b>Contact</b>	katrien.danhieux@uantwerpen.be



# SESSION 16. INCLUSION ET ÉQUITÉ

## SESSIE 16. INCLUSIVITEIT EN RECHTVAARDIGHEID

---

**29-11-23**

14:00 - 15:30

Workshop

Modérateur • Moderator: **Mark Van Assche**, stichter-voorzitter | fondateur - président vzw TolBo

Toegankelijkheid in de samenleving	124
Accessibility in the community	125

# Toegankelijkheid in de samenleving

Mark Van Assche

**Doelstelling.** Vzw. Tolbo wil een bijdrage leveren om te komen tot een ‘integraal toegankelijke’ samenleving. Hierbij zal ze optreden als een ‘verbindingsagent’ tussen de individuele burger, bestaande organisaties en structuren en de (lokale) overheden.

Om haar doelstelling te realiseren zal de vzw

- de haar bekende informatie zo ruim mogelijk delen,
- sensibiliserend optreden m.b.t. de haar bekende bestaande projecten en initiatieven,
- mogelijke ‘tekortkomingen’ onder de aandacht brengen en, rekening houdend met haar financiële en personele mogelijkheden, een voorstel van oplossing formuleren,

In de praktijk wil de vzw (a) Een ‘netwerkpartner’ zijn voor lokale besturen in hun streven naar een integraal toegankelijke samenleving en (b) Een ‘proeftuin’ zijn voor universiteiten en hoge scholen in de zoektocht naar oplossingen voor problemen die worden aangebracht door:

1. Individuele burgers
2. Lokale besturen
3. Privé- Partners (bv. VRN – Trein tram Bus – ...)
4. Bestaande structuren en organisaties

Door het aanbieden van een referentiekader en het geven van goede voorbeelden hoe een inclusief en toegankelijk beleid zou moeten zijn, hopen wij dat ieder van ons er zich van bewust is dat de zorg voor een toegankelijke samenleving een opdracht voor allen is.

Inmiddels heeft de vzw al een hele weg afgelegd. Rekening houdend met onze doelstellingen om op te treden als ‘verbindingsagent’ tussen lokale besturen en de bestaande structuren en organisaties, verschillende stakeholders gecontacteerd. Tijdens deze verschillende contacten bleek er interesse voor de aanpak van de vzw Tolbo en het voorstel om de ‘de keten van toegankelijkheid’ onder de aandacht te brengen. Wel gaven verschillende lokale besturen te kennen dat ze dit initiatief niet als een ‘éénmalig-project’ wensten zien. Voor hen diende het te kaderen in een ruimer perspectief van ‘integrale toegankelijkheid’ van de samenleving.

<b>Auteur</b>	Mark Van Assche
<b>Affiliatie</b>	VZW Tolbo
<b>Contactadres</b>	secretariaat@vzwtolbo.be

# Accessibility in the community

Mark Van Assche

**Objectives of the non-profit association.** Vzw Tolbo wants to contribute to an 'integrally accessible' society. It will act as a 'liaison agent' between the individual citizen, existing organisations and structures and the (local) authorities.

To achieve its objective, the NPO will

- share the information known to it as widely as possible,
- raise awareness of existing projects and initiatives known to it,
- highlight possible 'shortcomings' and, taking into account its financial and human resources, formulate a solution,

In practice, the association wants to (a) Be a 'network partner' for local administrations in their pursuit of an integrally accessible society and (b) Be a 'testing ground' for universities and high schools in the search for solutions to problems presented by:

1. Individual citizens
2. Local governments
3. Private Partners (e.g. VRN - Train Tram Bus - ...)
4. Existing structures and organisations

By offering a frame of reference and giving good examples of how inclusive and accessible policies should be, we hope that each of us is aware that caring for an accessible society is a task for all.

By now, the non-profit organisation has come a long way.

Considering our objectives of acting as a 'liaison agent' between local governments and existing structures and organisations, several stakeholders were contacted.

During these various contacts, there appeared to be interest in the approach of the non-profit organisation Tolbo and the proposal to highlight 'the chain of accessibility'. However, several local authorities indicated that they did not want to see this initiative as a 'one-off project'. For them, it needed to be part of a broader perspective of 'integral accessibility' of society.

<b>Author</b>	Mark Van Assche
<b>Affiliation</b>	VZW Tolbo
<b>Contact</b>	secretariaat@vzwtolbo.be



# SESSION PAR AFFICHE 1.

## EVIKEY

### POSTER SESSIE 1.

## EVIKEY

1	Evikey, de sleutel tot evidence-based practice in de 1ste lijn gezondheidszorg	128
1	Evikey, the key to evidence-based practice in primary healthcare	129
2	Gezondheid en Wetenschap als hefboom om burgers kritisch te leren omgaan met gezondheidsnieuws	130
2	Gezondheid en Wetenschap as levers to help citizens read wisely health information	131
3	Resultaten van de evidence-based practice cultuurmeting bij zorgverleners uit de eerste lijn	132
3	Results of the measure of evidence-based culture in primary healthcare providers	133
4	Richtlijnontwikkeling in de eerstelijnsgezondheidszorg	134
4	Development of guidelines in primary healthcare	135
5	De CAPOCI-tool: ontwikkeling van een tool voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van evidence-based point-of-care-informatie voor zorgverleners	136
5	The CAPOCI-tool: development of a tool to assess the trustworthiness of evidence-based point-of-care information for health care professionals	137
6	Evaluatie van de betrouwbaarheid van point-of-care-informatie voor Belgische zorgverleners: een kader	138
6	To evaluate trustworthiness of point-of-care information for Belgian health care professionals: a framework	139
7	Minerva: pour la promotion et la diffusion de l'évidence-based practice	140
7	Minerva : voor de promotie en disseminatie van evidence-based practice	141

# Evikey, de sleutel tot evidence-based practice in de 1ste lijn gezondheidszorg

Chantal Leirs

**Probleemstelling.** Sinds vele jaren zijn in België organisaties actief die evidence-based practice (EBP) in de 1ste lijn promoten. Voor de komst van het Evikey-netwerk ontbrak de samenhang tussen de verschillende initiatieven. Zo gebeurde er veel rond de ontwikkeling en verspreiding van EBP-informatie, terwijl gerichte acties om evidence-based handelen in de praktijk te bevorderen veelal uitbleven. Daarenboven waren vele van de initiatieven enkel gericht op huisartsen, terwijl een multidisciplinaire benadering van de zorg tegenwoordig de norm is.

**Verwachte resultaten.** De doelstellingen van het Evikey-netwerk zijn ambitieus, met name de verbetering van de kwaliteit van de zorg, zowel op vlak van effectiviteit als efficiëntie. Een zorg die daarenboven patiëntgericht is. Het middel daartoe is de verankering van een EBP-cultuur in de diverse disciplines van de eerste lijn.

Samenwerking is hierbij het sleutelwoord. De core partnerorganisaties van het netwerk en EBP-actoren (wetenschappelijke verenigingen, universiteiten en hogescholen, ...) werken intens samen tijdens de verschillende fasen van de EBP-levenscyclus. De prioritering van de onderwerpen

is hierin de eerste fase, gevolgd door fasen van ontwikkeling, validatie en disseminatie van EBP-content. De implementatiefase bevordert de toepassing van evidence-based handelen in de praktijk; samenwerking met en ondersteuning van de individuele zorgverstreker is hierbij cruciaal. Tijdens de evaluatiefase onderzoekt men de impact van de genomen initiatieven; deze fase is – afhankelijk van de behaalde resultaten – het sluitstuk of heropstart van de cyclus. De initiatieven van het Evikey-netwerk zijn gefinancierd door de overheid. Het samenwerkingsmodel waar wetenschappers, overheid en zorgverleners op gelijkwaardige basis streven naar eenzelfde doel, is vrij uniek.

Het Evikey-netwerk ontwikkelt zich gestaag tot een krachtig instrument om de kwaliteit in de zorg te optimaliseren en de organisatie van de zorg af te stemmen op de bestaande noden.

<b>Auteur</b>	Chantal Leirs
<b>Affiliatie</b>	Evikey – <a href="http://www.evikey.be">www.evikey.be</a>
<b>Contactadres</b>	<a href="mailto:chantal.leirs@evikey.be">chantal.leirs@evikey.be</a>



# Evikey, the key to evidence-based practice in primary health care

Chantal Leirs

**Research question.** For many years, various organisations in Belgium have been actively promoting evidence-based practice (EBP) in primary care. Prior to the arrival of the Evikey network, there was no coherence between the various initiatives. For example, there was a lot of activity around the development and dissemination of EBP information, but there were often no targeted actions to promote evidence-based action in practice.

In addition, many of the initiatives were aimed exclusively at general practitioners, whereas a multidisciplinary approach to care is now standard practice.

**Expected results.** The objectives of the Evikey network are ambitious, in particular the improvement of the quality of care, both in terms of effectiveness and efficiency. That care is also patient oriented. This can be achieved by instilling an EBP culture in the various disciplines of primary care.

Collaboration is the key word here. The core partner organisations of the network and EBP actors (scientific associations, universities and

colleges, etc.) work together intensively during the various phases of the EBP life cycle. Prioritisation of the topics is the first phase, followed by development, validation and dissemination of EBP content. The implementation phase promotes the application of evidence-based action in practice; cooperation with and support from the individual care provider is crucial for this stage. During the evaluation phase, the impact of the initiatives is examined; depending on the results, this phase is either the culmination or the relaunch of the cycle. The initiatives of the Evikey network have been funded by the government. The collaboration model in which scientists,

government and healthcare providers strive for the same goal on an equal basis, is quite unique.

The Evikey network is steadily developing into a powerful tool for optimising the quality of care and aligning the organisation of care with existing needs.

---

<b>Author</b>	Chantal Leirs
<b>Affiliation</b>	Evikey – <a href="http://www.evikey.be">www.evikey.be</a>
<b>Contact</b>	<a href="mailto:chantal.leirs@evikey.be">chantal.leirs@evikey.be</a>

---

# Gezondheid en Wetenschap als hefboom om burgers kritisch te leren omgaan met gezondheidsnieuws

Martine Goossens, Marleen Finoulst, Iona Vermet, Patrik Vankrunkelsven

**Beschrijving/motivering project.** Naar schatting verwerft 75 % van de mensen kennis over gezondheid via de media. Naast zeer nuttige informatie over medisch-wetenschappelijk onderzoek verschijnen er ook minder correcte commentaren en soms ronduit verkeerde adviezen. Mensen weten vaak niet wat ze nog moeten geloven. Daarnaast weten we dat een beperkte gezondheidsgeletterdheid in verband wordt gebracht met een slechte gezondheid, ongepast gezondheidsgerelateerd gedrag, ongepast gebruik van gezondheidszorg, gebrekkige therapietrouw en zelfzorg en hogere sterftecijfers.

Het verbeteren van de gezondheidsgeletterdheid ('health literacy') is één van de topprioriteiten van de WHO en een belangrijke manier om de gezondheidsongelijkheid te bestrijden.

**Doelstelling.** In 2013 ontstond Gezondheid en Wetenschap als project binnen het Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam), met als doel betrouwbare evidence-based gezondheidsinformatie aan te bieden en de gezondheidsgeletterdheid van de brede bevolking te verbeteren.

**Resultaten.** In hoofdzaak omvat het project 2 luiken: (1) gezondheidsinformatie in de media factchecken (3 tot 4 maal per week) en (2) gezondheidsgerelateerde topics (+/-950) op een wetenschappelijk onderbouwde manier kaderen voor een breed publiek, met speciale aandacht voor zelfzorg. Om deze topics nog toegankelijker te maken werd in 2023 de app 'ZoekGezond' gelanceerd in samenwerking met de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica. De app werd in de eerste maand reeds meer dan 35.000 keer gedownload.

Daarnaast ontwikkelde Gezondheid en Wetenschap, samen met Mediawijs, een educatief pakket voor secundair onderwijs met als doel de kennis, de vaardigheden en de attitudes van scholieren te bevorderen om kritisch met gezondheidsinformatie om te gaan. Het educatief pakket werd sinds lancering in november 2022 al zo'n 1500 keer gedownload.

De website Gezondheid en Wetenschap telt gemiddeld 1,2 miljoen bezoekers per maand.

<b>Auteurs</b>	Martine Goossens, Marleen Finoulst, Iona Vermet, Patrik Vankrunkelsven
<b>Affiliaties</b>	Gezondheid en Wetenschap, Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (Cebam)
<b>Contactadres</b>	martine.goossens@cebam.be

# Gezondheid en Wetenschap as levers to help citizens read wisely health information

Martine Goossens, Marleen Finoulst, Iona Vermet, Patrik Vankrunkelsven

**Problem definition.** Approximately 75 % of people acquire knowledge about health through the media. In addition to very useful information about medical-scientific research, they'll find less correct opinions and sometimes outright wrong advice. People often don't know what to believe.

In addition, we know that limited health literacy is associated with poor health, inappropriate health-related behavior, inappropriate use of health care, poor adherence and self-care, and higher mortality rates.

Improving health literacy is one of the WHO's top priorities and an important way to combat health inequalities.

**Context of the project.** In 2013 Gezondheid en Wetenschap was founded as a project within the Centre for Evidence-Based Medicine (Cebam), aiming at offering reliable evidence-based health information and improving health literacy.

**Results.** The project mainly consists of 2 parts: (1) fact-checking health information in the media (3 to 4 times a week), and (2) framing health-related topics (+/-950) in a scientifically based way for a wide audience, with special attention to self-care. To make these topics even more accessible, the 'Zoek Gezond' app was launched in 2023 in collaboration with Domus Medica, the Flemish professional association for General Practitioners. The app was downloaded more than 35,000 times in the first month.

Furthermore, Gezondheid en Wetenschap, together with Mediawijs, developed an educational package for secondary schools aiming at promoting the knowledge, skills and attitudes of students to deal critically with health information. The educational package has been downloaded about 1,500 times since its launch in November 2022.

The Gezondheid en Wetenschap website has an average of 1,2 million visitors per month.

<b>Auteurs</b>	Martine Goossens, Marleen Finoulst, Iona Vermet, Patrik Vankrunkelsven
<b>Affiliaties</b>	Gezondheid en Wetenschap, Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (Cebam)
<b>Contactadres</b>	<a href="mailto:martine.goossens@cebam.be">martine.goossens@cebam.be</a>

# Resultaten van de evidence-based practice cultuurmeting bij zorgverleners uit de eerste lijn

Carolien Strouwen, Deborah Seys, Anne-Catherine Vanhove, Patrik Van Krunckelsven

**Introductie.** Om kwaliteitsvolle zorg te kunnen leveren is het van belang dat zorgverleners Evidence-Based Practice (EBP) kennen en dit ook kunnen toepassen. Op basis van literatuur en een Delphi studie werd een vragenlijst opgesteld om na te gaan wat de EBP-cultuur is bij zorgverleners binnen de eerste lijn in België.

**Methode.** In mei 2022 stuurde Cebam een online bevraging uit die peilde naar de kennis en toepassingen van EBP bij zorgverleners van 11 disciplines uit de eerste lijn. Een deel van de vragen peilden naar de barrières en bevorderende factoren bij het uitvoeren van EBP waarvan een aantal vragen onrechtstreeks peilden naar veerkracht. Deze vragen kunnen ingedeeld worden in karakteristieken omtrent evidentie van EBP informatie, kenmerken van de individuele zorgverlener, sociale context van medisch werk, en kenmerken van de organisatie waarin de professional werkt.

**Resultaten.** In totaal vulden 2269 zorgverleners de vragenlijst in (1376 NL en 893 FR). In het algemeen vinden de respondenten dat EBP een positieve invloed heeft op hun dagelijks werk, dat het niet alleen helpt bij het nemen van beslissingen over patiëntenzorg maar dat de kwaliteit van zorg ook verbeterd wordt. Ongeveer 4 op 10 van de

respondenten bespreekt minstens 1 keer per maand EBP info met collega's (39,6%), 20,6% bespreekt minstens 1 keer per maand EBP info formeel binnen een multidisciplinair team, en 14,2% deelt EBP info met 2 of meer collega's door middel van een verslag of presentatie. Tot slot stimuleert 40,1% van de respondenten collega's om EBP uit te voeren.

**Discussie.** De gegevens zijn verzameld door middel van een online bevraging bij zorgverleners uit de eerste lijn. Gezien dit een mogelijke bias kan veroorzaken worden deze resultaten nog verder afgetoetst met zorgverleners in het werkveld, werkzaam binnen onderzoek en opleiding en werkzaam in beroepsverenigingen. Dit zal gebeuren door middel van focusgroepen.

**Conclusie.** Deze EBP-cultuurmeting geeft al een beter zicht op de huidige EBP-cultuur bij de Belgische zorgverleners in de eerste lijn. Er zijn reeds verschillende resultaten waar concreet mee aan de slag gegaan kan worden zoals met het betrekken van patiënten, waarmee de app "zoek gezond" een perfecte aanvulling kan zijn. Daarnaast kunnen er acties ondernomen worden om EBP actiever in het team aan bod te laten komen.

<b>Auteurs</b>	Carolien Strouwen, Deborah Seys, Anne-Catherine Vanhove, Patrik Van Krunckelsven
<b>Affiliatie</b>	CEBAM
<b>Contactadres</b>	deborah.seys@cebam.be

# Results of the EBP culture assessment among primary care providers

Carolien Strouwen, Deborah Seys, Anne-Catherine Vanhove, Patrik Van Krunckelsven

**Introduction.** In order to provide high quality care, it is important that healthcare providers know and can apply Evidence-Based Practice (EBP). Based on literature and a Delphi study, a survey was developed to assess the EBP culture among Belgian primary care providers.

**Methods.** In May 2022, Cebam sent out an online survey that assesses the knowledge and application of EBP among healthcare providers of 11 primary care disciplines. Part of the questions probed the barriers and facilitators in carrying out EBP, of which a number of questions indirectly gauged resilience. This questions can be divided into characteristics regarding evidence, characteristics of the individual healthcare provider, social context of medical work, and characteristics of the organisation in which the professional works.

**Results.** A total of 2269 healthcare providers completed the questionnaire (1376 NL and 893 FR). In general, respondents feel that EBP has a positive impact on their daily work and that it not only helps in making decisions about patient care

but also improves the quality of care. About 4 in 10 of the respondents discuss EBP info at least once a month with colleagues (39.6 %), 20.6 % formally discuss EBP info at least once a month within a multidisciplinary team, and 14.2 % share EBP info with 2 or more colleagues through a report or presentation. Finally, 40.1 % of respondents encourage colleagues to implement EBP.

**Discussion.** Data were collected through an online survey of primary care providers. As this may cause potential bias, these results will be further checked with healthcare providers in the field, working within research and training, and working in professional associations through focus groups.

**Conclusion.** This EBP culture measurement already provides more insight into the current EBP culture among Belgian primary care providers. There are already several results that can be tackled at the the moment, such as involving patients, for which the "Zoek Gezond" app can be a perfect complement. In addition, actions can be taken to ensure EBP is more actively discussed in the healthcare team.

<b>Authors</b>	Carolien Strouwen, Deborah Seys, Anne-Catherine Vanhove, Patrik Van Krunckelsven
<b>Affiliation</b>	CEBAM
<b>Contact</b>	deborah.seys@cebam.be

# Richtlijnontwikkeling in de eerstelijnsgezondheidszorg

Leen De Coninck, Martine Goossens, Anneleen Janssen, Inez Vanoverschelde & Paul Van Royen

**Achtergrond.** Sinds bijna een decennium ontwikkelt de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen in de Eerste Lijn (WOREL) richtlijnen. Terwijl de focus in de beginperiode lag op monodisciplinaire richtlijnen voor huisartsen, ligt die anno 2023 veel meer op multidisciplinaire eerstelijnsrichtlijnen. WOREL ontwikkelde de voorbije 10 jaar 22 richtlijnen. Naast het ontwikkelen van richtlijnen geeft WOREL ook methodologisch advies aan externe richtlijnontwikkelaars.

**Doel.** Evidence-based richtlijnen ontwikkelen die zijn aangepast aan de Belgische eerstelijnszorgcontext.

**Methode.** WOREL ontwikkelde voor de Belgische context een methodiek die voldoet aan de internationale standaarden voor richtlijnontwikkeling. De richtlijnen worden ontwikkeld volgens een 'de novo' of een ADAPTE-procedure. De preliminaire aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies verkregen via een systematische literatuurzoektocht, die kritisch zijn beoordeeld en waarvan de uitkomsten worden vertaald naar aanbevelingen. Waar geen literatuur voorhanden is, wordt een consensusprocedure toegepast. In beide situaties levert een stakeholderscommissie feedback en worden de preliminaire aanbevelingen in lijn gebracht met

de Belgische zorgcontext. Elke aanbeveling krijgt een waarde toegekend die de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs en de sterkte van de aanbeveling weerspiegelt. Richtlijnen worden ten slotte ter validatie voorgelegd bij het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (Cebam).

**Resultaten.** Tot op heden kregen 22 WOREL-richtlijnen (ontwikkeld in eigen beheer of met externe partners) het Cebam-kwaliteitslabel toegekend. In de zomer van 2023 werd WOREL als organisatie die richtlijnen ontwikkelt geaccrediteerd door Cebam.

Op dit ogenblik zijn vier richtlijnen in ontwikkeling en start WOREL met de methodiek van de 'living recommendations'. Van elke richtlijn wordt er een Point of Care synthese (POC) gemaakt, die ervoor zorgt dat de zorgverlener 'aan het bed van de patiënt' vlot de gewenste informatie met betrekking tot een behandeling kan terugvinden.

**Conclusie.** Klinische richtlijnen zijn evidence-based documenten die de eerstelijnsprofessionals ondersteunen in hun dagelijkse praktijk. WOREL heeft met zijn opgebouwde expertise de knowhow om kwaliteitsvolle richtlijnen te ontwikkelen en om beginnende richtlijnontwikkelaars te ondersteunen in het toepassen van de methodiek van richtlijnontwikkeling.

<b>Auteurs</b>	Leen De Coninck <sup>1</sup> , Martine Goossens <sup>1</sup> , Anneleen Janssen <sup>1,2</sup> , Inez Vanoverschelde <sup>1</sup> & Paul Van Royen <sup>1</sup>
<b>Affiliaties</b>	1 WOREL 2 Domus Medica
<b>Contactadres</b>	leen.deconinck@worel.be

# Guideline development in primary care

Leen De Coninck, Martine Goossens, Anneleen Janssen, Inez Vanoverschelde & Paul Van Royen

**Background.** The Working Group on Guideline Development in Primary Care (WOREL) has been developing clinical guidelines for nearly a decade. While in the early days the focus was on monodisciplinary guidelines for general practitioners, nowadays the focus is much more on multidisciplinary primary care guidelines. WOREL developed 22 guidelines over the past 10 years. Besides developing guidelines, WOREL also provides methodological advice to external guideline developers.

**Objective.** To develop evidence-based guidelines adapted to the Belgian primary care context.

**Methodology.** WOREL developed a methodology for the Belgian context that complies with international standards for guideline development. The guidelines are developed according to a 'de novo' or ADAPTE procedure. The preliminary recommendations are based on scientific studies obtained through a systematic literature search, which are critically assessed and the results of which are translated into recommendations. If no literature is available, a consensus procedure is applied. In both situations, a stakeholder committee provides feedback and the preliminary recommendations are aligned with the Belgian healthcare context. Each recommendation is assigned a value that

reflects the certainty of the scientific evidence and the strength of the recommendation.

Guidelines are finally submitted for validation to the Belgian Centre for Evidence Based Medicine (Cebam).

**Results.** To date, 22 WOREL guidelines (developed in-house or with external partners) have been awarded the Cebam quality label. In August 2023 Worel received the Cebam accreditation as Belgian guideline development organisation.

Currently, four guidelines are under development and WOREL is starting to implement the methodology of 'living recommendations'. A Point of Care synthesis (POC) of each guideline is being created, which ensures that the healthcare provider 'at the patient's bedside' can smoothly find the desired information related to the treatment.

**Conclusion.** Clinical guidelines are evidence-based documents that support front-line professionals in their daily practice. WOREL, with its accumulated expertise, has the know-how to develop quality guidelines and to support novice guideline developers in applying the methodology of guideline development.

<b>Authors</b>	Leen De Coninck <sup>1</sup> , Martine Goossens <sup>1</sup> , Anneleen Janssen <sup>1,2</sup> , Inez Vanoverschelde <sup>1</sup> & Paul Van Royen <sup>1</sup>
<b>Affiliations</b>	1 WOREL 2 Domus Medica
<b>Contact</b>	leen.deconinck@worel.be



# De CAPOCI-tool: ontwikkeling van een tool voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van evidence-based point-of-care-informatie voor zorgverleners

Gerlinde Lenaerts, Geertruida Bekkering, Martine Goossens, Leen De Coninck, Nicolas Delvaux, Sam Cordyn, Jef Adriaenssens, Bert Aertgeerts, Patrik Vankrunkelsven

**Achtergrond.** Point-of-care (POC)-informatie moet snel toegankelijk, beknopt en betrouwbaar zijn. Er bestond geen standaardinstrument om de betrouwbaarheid van POC-informatie te beoordelen.

**Doelstelling.** Het ontwikkelen en valideren van een instrument voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van POC-informatie.

**Methode.** De CAPOCI-tool ('Critical Appraisal of Point of Care Information') werd ontworpen op basis van criteria die belangrijk bleken voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van POC-informatie, gerapporteerd in een eerder gepubliceerde review. Een groep zorgverleners en methodologen definieerde criteria voor de CAPOCI-tool. Dit gebeurde in een iteratief proces van discussie en piloottesten, totdat consensus werd bereikt. Vervolgens werden alle criteria onderworpen aan een inhoudelijke validatie in een Delphi-studie met een internationaal panel van 10 experts. In een laatste stap werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de CAPOCI-tool berekend voor twee scoringssystemen om de overeenstemming tussen twee beoordelaars te kwantificeren.

**Resultaten.** Na validatie omvat de CAPOCI-tool 11 criteria die het auteurschap, het systematisch literatuuronderzoek, het gebruik van het beste bewijsmateriaal, de kritische beoordeling van bewijsmateriaal, expertopinie, peer review, tijdigheid en actualisering, belangenvermenging en commerciële steun beoordelen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid toonde een substantiële overeenstemming tussen twee beoordelaars voor het scoren met een ordinale schaal van 3 punten, en voor het scoren met een Likert-schaal van 7 punten.

**Discussie en conclusie.** De CAPOCI-tool kan validatieteams ondersteunen bij de beoordeling van de betrouwbaarheid van POC-informatie. De tool kan ook een leidraad bieden aan producenten van POC-informatie en kan zo bijdragen aan de verbetering van evidence-based practice.

<b>Auteurs</b>	Gerlinde Lenaerts <sup>1</sup> , Geertruida Bekkering <sup>1,2,3</sup> , Martine Goossens <sup>1</sup> , Leen De Coninck <sup>1</sup> , Nicolas Delvaux <sup>3</sup> , Sam Cordyn <sup>4</sup> , Jef Adriaenssens <sup>5</sup> , Bert Aertgeerts <sup>1,3</sup> , Patrik Vankrunkelsven <sup>1,2,3</sup>
<b>Affiliaties</b>	1 Belgian Centre for Evidence Based Medicine (Cebam) 2 Cochrane Belgium 3 Academic Centre of General Practice, KU Leuven, Belgium 4 Federation of the White and Yellow Cross of Flanders, Belgium 5 Belgian Health Care Knowledge Centre
<b>Contactadres</b>	gerlinde.lenaerts@cebam.be



# The CAPOCI-tool: development of a tool to assess the trustworthiness of evidence-based point-of-care information for health care professionals

Gerlinde Lenaerts, Geertruida Bekkering, Martine Goossens, Leen De Coninck, Nicolas Delvaux, Sam Cordyn, Jef Adriaenssens, Bert Aertgeerts, Patrik Vankrunkelsven

**Background.** Point-of-care (POC)-information should be rapidly accessible, comprehensive and trustworthy. There was no standard tool to evaluate the trustworthiness of POC-information.

**Objectives.** We aimed to develop and validate a tool for assessment of trustworthiness of POC-resources.

**Methods.** We designed the CAPOCI-tool ('Critical Appraisal of Point of Care Information') based on criteria important for assessment of trustworthiness of POC-information, reported in a previously published review. A group of healthcare professionals and methodologists defined criteria for the CAPOCI-tool in an iterative process of discussion and pilot testing, until consensus was reached. Next, all criteria were subject to content validation in a Delphi study with an international panel of 10 experts. In a last step, the inter-rater reliability of the CAPOCI-tool was calculated for two scoring systems to quantify the agreement between two users.

**Results.** After validation, the CAPOCI-tool consist of 11 criteria that assess authorship, literature search, use of pre-appraised evidence, critical appraisal of evidence, expert opinions, peer review, timeliness and updating, conflict of interest, and commercial support. Inter-rater agreement showed substantial agreement between two users for scoring with a 3-point ordinal scale, as well as for scoring with a 7-point likert scale.

**Discussion and conclusion.** The CAPOCI-tool may support validation teams in the assessment of trustworthiness of POC-resources. It may also provide guidance to producers of POC-resources and can add to evidence based practice.

<b>Auteurs</b>	Gerlinde Lenaerts <sup>1</sup> , Geertruida Bekkering <sup>1,2,3</sup> , Martine Goossens <sup>1</sup> , Leen De Coninck <sup>1</sup> , Nicolas Delvaux <sup>3</sup> , Sam Cordyn <sup>4</sup> , Jef Adriaenssens <sup>5</sup> , Bert Aertgeerts <sup>1,3</sup> , Patrik Vankrunkelsven <sup>1,2,3</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Belgian Centre for Evidence Based Medicine (Cebam) 2 Cochrane Belgium 3 Academic Centre of General Practice, KU Leuven, Belgium 4 Federation of the White and Yellow Cross of Flanders, Belgium 5 Belgian Health Care Knowledge Centre
<b>Contact</b>	gerlinde.lenaerts@cebam.be

# Evaluatie van de betrouwbaarheid van point-of-care-informatie voor Belgische zorgverleners: een kader

Gerlinde Lenaerts, Geertruida Bekkering, Martine Goossens, Anne-Catherine Vanhove, Patrik Vankrunkelsven

**Achtergrond.** Betrouwbare point-of-care (POC)-informatie is onmisbaar voor evidence-based practice (EBP). Er bestaan echter verschillende soorten informatie- en evaluatie-instrumenten.

**Doelstelling.** Het ontwikkelen van een kader om informatie te categoriseren en een overeenkomstige kwaliteitsbeoordeling van POC-informatie uit te voeren voor de Belgische eerstelijns gezondheidszorg.

**Methode.** POC-informatie werd geïnventariseerd voor 10 eerstelijns zorgberoepen. Naast richtlijnen werd ook andere (niet-richtlijnen) EBP-bronnen in kaart gebracht. Sommige van deze EBP-bronnen formuleren aanbevelingen. Vanuit methodologisch oogpunt verschillen aanbevelingen uit richtlijnen van aanbevelingen uit EBP-bronnen. Bijgevolg heeft de evaluatie van de wetenschappelijke kwaliteit en betrouwbaarheid van elke categorie van POC-informatie een andere aanpak nodig. We analyseerden bestaande evaluatie-instrumenten en ontwikkelden een stapsgewijs kader met een geschikt evaluatie-instrument voor elke informatie-categorie.

**Resultaten.** Het kader bestaat uit drie stappen: (1) categorisering van informatie, (2) ontvankelijkheid van informatie nagaan (3) kwaliteitsbeoordeling. De informatie is onderverdeeld in drie categorieën: (1) klinische praktijkrichtlijnen, (2) EBP-bronnen met aanbevelingen, en (3) EBP-bronnen zonder aanbevelingen. Alle informatie wordt eerst gescreend op ontvankelijkheid. Daarna wordt de kwaliteitsbeoordeling uitgevoerd met het AGREE II-instrument voor richtlijnen en de CAPOCI-tool voor EBP-bronnen. Wanneer de EBP-bron aanbevelingen bevat, worden drie aanvullende criteria toegepast.

**Discussie en conclusie.** Dit kader werd ontwikkeld voor het online platform 'ebpnet.be'. Alleen POC-informatie die aan alle criteria voldoet, wordt op ebpnet gedissemineerd. Belgische zorgverleners hebben gratis toegang tot ebpnet om snel betrouwbare informatie uit richtlijnen en EBP-bronnen te kunnen vinden.

<b>Auteurs</b>	Gerlinde Lenaerts <sup>1</sup> , Geertruida Bekkering <sup>1,2</sup> , Martine Goossens <sup>1</sup> , Anne-Catherine Vanhove <sup>1,2</sup> , Patrik Vankrunkelsven <sup>1,2,3</sup>
<b>Affiliaties</b>	1 Belgian Centre for Evidence Based Medicine (Cebam) 2 Cochrane Belgium 3 Academic Centre of General Practice, KU Leuven, Belgium
<b>Contactadres</b>	gerlinde.lenaerts@cebam.be

# To evaluate trustworthiness of point-of-care information for Belgian health care professionals: a framework

Gerlinde Lenaerts, Geertruida Bekkering, Martine Goossens, Anne-Catherine Vanhove, Patrik Vankrunkelsven

**Background.** Reliable point-of-care (POC) information is indispensable for evidence-based practice (EBP). However, different types of information and evaluation tools exist.

**Objectives.** Developing a framework to categorize information and perform a corresponding quality assessment of POC-information for the Belgian healthcare context.

**Methods.** POC-information was inventoried for 10 primary care professions. Beside guidelines also (non-guidelines) EBP-information was recorded. Some of these EBP-information formulate recommendations. From a methodological point of view, recommendations of guidelines differ from recommendations of non-guideline EBP-information. Therefore, the scientific quality and reliability of each category of POC-information needs a different evaluation approach. We analyzed existing evaluation tools and developed a stepwise framework with an appropriate tool for each information category.

**Results.** The framework consists of three steps: (1) categorization of information, (2) eligibility check, (3) quality assessment. The information is divided into three categories: (1) clinical practice guidelines, (2) EBP-information with recommendations, and (3) EBP-information without recommendations. All information was screened for eligibility. Tools for quality assessment are AGREE II for guidelines and the CAPOCI-tool for EBP-information, with three additional criteria if the EBP-information contains recommendations.

**Discussion and conclusion.** This framework was developed for the online platform 'ebpnet.be'. Only EBP POC-information that fulfils all criteria is added to this platform. Belgian health care professionals can access this platform to find trustworthy information from guidelines and EBP-sources.

<b>Authors</b>	Gerlinde Lenaerts <sup>1</sup> , Geertruida Bekkering <sup>1,2</sup> , Martine Goossens <sup>1</sup> , Anne-Catherine Vanhove <sup>1,2</sup> , Patrik Vankrunkelsven <sup>1,2,3</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Belgian Centre for Evidence Based Medicine (Cebam) 2 Cochrane Belgium 3 Academic Centre of General Practice, KU Leuven, Belgium
<b>Contact</b>	gerlinde.lenaerts@cebam.be

# Minerva : pour la promotion et la diffusion de l'évidence-based practice

**Missions et fonctionnement.** Minerva est une revue en ligne d'Evidence-Based Practice (EBP, pratique fondée sur des données factuelles), dont l'objectif est de diffuser des informations scientifiques indépendantes. Minerva fournit une analyse critique des publications pertinentes de la littérature internationale. La littérature est examinée de manière systématique, sélectionnée, analysée et résumée par un groupe d'experts francophones et néerlandophones, issus de différentes disciplines. Minerva fait partie d'Evikey et est financé par l'INAMI.

**Public-cible.** Les professionnels de santé en soins primaires qui souhaitent se tenir au courant de la littérature scientifique: médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, dentistes, orthophonistes, diététiciens et podologues.

Vous souhaitez faire partie des analystes de Minerva ? C'est possible !

- Soirée Portes Ouvertes (online) : 16/05/2024 (de 18h à 20h)
- Journée des écrivains (Gand) : 20 et 21/09/2024 (de 12h à 12h)



**ABONNEZ-VOUS AUX ALERTES DE MINERVA VIA CE LIEN:**  
<http://www.minerva-ebm.be/Home/Alert>

- Vous recevrez des liens vers des articles récents dans votre boîte mail.
- Tous ces articles sont accessibles **gratuitement** et forment une archive très riche.



**GLOSSAIRE DES TERMES EVIDENCE-BASED PRACTICE**  
<http://www.minerva-ebm.be/Home/Glossary>

- Une collection de termes épidémiologiques et statistiques couramment utilisés.
- Le glossaire est constamment mis à jour par les rédacteurs de Minerva.
- Téléchargeable au format .pdf à partir de notre site internet.



# Minerva: voor de promotie en disseminatie van evidence-based practice

**Missie en werking.** Minerva is een online tijdschrift voor Evidence-Based Practice (EBP) met als doel het verspreiden van onafhankelijke wetenschappelijke informatie. Minerva brengt een kritische duiding van relevante publicaties uit de internationale literatuur. De literatuur wordt systematisch gescreend, geselecteerd, geanalyseerd, samengevat en geduid door een groep Franstalige en Nederlands-talige experts uit verschillende disciplines. Minerva maakt deel uit van Evikey en wordt gefinancierd door het RIZIV.

**Doelpubliek.** Alle gezondheidswerkers in de eerste lijn die willen blijven met de wetenschappelijke literatuur: huisartsen, apothekers, verpleegkundigen, vroedkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, psychologen, tandartsen, logopedisten, diëtisten en podologen.

Duider worden bij Minerva ? Dat kan !

- Opendeuravond (online): 16/05/2024 (van 18u tot 20u)
- Schrijversdag (Gent): 20 en 21/09/2024 (van 12u tot 12u)



**SCHRIJF U IN OP DE NIEUWSBRIEF VAN MINERVA VIA DEZE LINK**  
<http://www.minerva-ebm.be/Home/Alert>

- U ontvangt een link naar de recente artikels in uw mailbox.
- Alle artikels zijn **gratis** raadpleegbaar en vormen een rijk archief.



**VERKLARENDE WOORDENLIJST EVIDENCE-BASED PRACTICE**  
<http://www.minerva-ebm.be/Home/Glossary>


- Verzameling van de belangrijkste epidemiologische en statistische termen.
- De woordenlijst wordt door de redactie van Minerva continu geüpdatet.
- Te downloaden als .pdf formaat van op de website.





# SESSION PAR AFFICHE 2. IMPLÉMENTATION

## POSTER SESSIE 2. IMPLEMENTATIE



Implementatie van doelgerichte zorg: van een theoretisch concept naar een praktijkinterventie	144
Implementing goal-oriented care: from a theoretical concept towards a practice-based intervention	145
Obstacles et facteurs facilitant l'ergothérapie pour les personnes âgées fragiles dans le cadre des soins primaires en Belgique	146
Barriers and facilitators to occupational therapy for the frail older person within primary care in Belgium	147

# Implementatie van doelgerichte zorg: van een theoretisch concept naar een praktijkinterventie

Ine Huybrechts, Anja Declercq, Emily Verté, Peter Raeymaeckers, Sibyl Anthierens

**Introductie.** In Vlaanderen is er een toenemende interesse voor de implementatie van doelgerichte zorg, zowel op beleidsniveau, organisatieniveau en op individueel niveau. Het is echter niet altijd duidelijk wat het precies betekent om doelgerichte zorg te implementeren, gezien het een eerder abstract concept is dat gelinkt is aan andere concepten zoals geïntegreerde zorg, persoonsgerichte zorg, positieve gezondheid, etc. In dit onderzoek trachten we te begrijpen hoe we van het theoretische concept van doelgerichte zorg kunnen gaan naar een praktijkinterventie en wat hier zoal bij komt kijken.

**Methoden.** Kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd waarbinnen 7 projecten (gefinancierd door de Koning Boudewijnstichting, Dr. Daniël De Coninck) gevolgd werden van organisaties die zich engageerden om doelgerichte zorg te implementeren binnen hun werking. Diepte-interviews werden uitgevoerd, in combinatie met niet-participatieve observaties en documentanalyse om de dynamieken binnen de specifieke setting van iedere organisatie te onderzoeken. Data-analyse gebeurde inductief en deductief met NVivo12 als ondersteunende software.

**Resultaten.** Voorlopige resultaten leerden ons dat doelgerichte zorg geïntroduceerd kan worden op verschillende wijzen. Het kiezen van een concrete benadering of tool die aansluit bij bestaande

praktijken binnen een organisatie blijkt een goed vertrekpunt te zijn. Verdere strategieën om doelgerichte zorg te introduceren zijn idealiter toegespitst op de specifieke context binnen een organisatie: hoe het concept aansluiting kan vinden bij wat er al in de organisatie gebeurt en de mate en manier waarop geëxperimenteerd kan worden verschilt sterk per setting.

**Discussie.** Het bepalen van een concrete interventie voor doelgerichte zorg helpt om te verhelderen “wat betekent het om doelgerichte zorg te verlenen binnen onze organisatie?” Het is van belang om rekening te houden met contextvariabelen voor het bepalen van implementatiestrategieën: wat zijn de huidige routines/praktijken en wat verandert er bij een doelgerichte benadering? Is er een algemene openheid tot verandering en op welke gebieden kunnen we weerstand verwachten?

**Conclusie.** Om doelgerichte zorg succesvol te implementeren dient het concept van doelgerichte zorg vertaald te worden naar een praktijkinterventie die afgestemd is op de specifieke setting waarin implementatie gebeurt. Onderzoek naar implementatieprocessen binnen real-life eerstelijnssettings versterkt het bewustzijn en de kennis naar hoe veranderingen succesvol geïntroduceerd en gefaciliteerd kunnen worden.

<b>Auteurs</b>	Ine Huybrechts <sup>1,2,3</sup> , Anja Declercq <sup>4</sup> , Emily Verté <sup>1,2,3</sup> , Peter Raeymaeckers <sup>5</sup> , Sibyl Anthierens <sup>1,3</sup>
<b>Affiliaties</b>	1 Universiteit Antwerpen 2 Vrije Universiteit Brussel 3 Academie Voor De Eerste Lijn 4 KU Leuven 5 Zorgnet Icuuro
<b>Contactadres</b>	ine.huybrechts@uantwerpen.be



# Implementing goal-oriented care: from a theoretical concept towards a practice-based intervention

Ine Huybrechts, Anja Declercq, Emily Verté, Peter Raeymaeckers, Sibyl Anthierens

**Introduction.** In Flanders, there is an increased interest in implementing goal-oriented primary care, both on policy level, organizational level and individual level. It is however not always clear what it means to implement goal-oriented care, as it is a rather abstract concept that highly relates to other concepts such as integrated care, person-centered care, positive health, etc. In this research, we aim to understand how to go from the theoretical concept of goal-oriented care towards a practice-based intervention.

**Methods.** Qualitative research was done in which 7 projects (funded by the King Baudouin Foundation, Dr. Daniël De Coninck) were followed from organizations that have committed themselves to implement goal-oriented care within their practices. In-depth interviews were conducted, combined with non-participatory observations and document analysis to understand the implementation dynamics within the specific setting of their organization. Data was analyzed inductively and deductively using NVivo 12.

**Results.** Preliminary results have learned us that goal-oriented care can be introduced in various forms. Choosing a concrete approach or tool that aligns with existing practices within an organization seems to be a good starting point.

Further strategies to introduce goal-oriented care are ideally tailored to the specific context of an organization: how the concept can tie in with the routines and practices within an organization and the way in which there can be experimented with a new approach differs throughout each specific setting.

**Discussion.** Defining a concrete intervention for goal-oriented care helps to clarify “*what does it mean to provide goal-oriented care within our organization?*” It is key to consider contextual variables in order to define implementation strategies: what are current routines/practices and how does a goal-oriented approach affect this? Is there overall openness to change and on what areas can we expect resistance?

**Conclusion.** To successfully implement goal-oriented care, the concept of goal-oriented care needs to be translated into a practice-based intervention that is targeted towards its specific setting. Research on implementation processes within real-life primary care settings strengthens the awareness and knowledge on how to successfully initiate and facilitate change and innovation.

<b>Authors</b>	Ine Huybrechts <sup>1,2,3</sup> , Anja Declercq <sup>4</sup> , Emily Verté <sup>1,2,3</sup> , Peter Raeymaeckers <sup>5</sup> , Sibyl Anthierens <sup>1,3</sup>
<b>Affiliations</b>	1 Universiteit Antwerpen 2 Vrije Universiteit Brussel 3 Academie Voor De Eerste Lijn 4 KU Leuven 5 Zorgnet Icuuro
<b>Contact</b>	ine.huybrechts@uantwerpen.be

# Obstacles et facteurs facilitant l'ergothérapie pour les personnes âgées fragiles dans le cadre des soins primaires en Belgique

Anne Ledoux, Stijn De Baets, Thérèse Van Durme, Dominique Van de Velde

**Introduction.** L'ergothérapie dans les soins primaires favorise le maintien à domicile des personnes âgées fragiles grâce à son action préventive sur la personne, l'environnement et/ou la tâche. Cependant, l'ergothérapie n'est pas bien implémentée dans les soins primaires belges. Nous avons cherché à étudier la mise en œuvre de l'ergothérapie, pour soutenir la personne âgée fragile vivant à domicile, dans le cadre des soins primaires en Belgique.

**Méthodes.** Nous avons réalisé une analyse thématique secondaire, basée sur les données collectées lors d'une étude d'implémentation d'un guide d'ergothérapie pour cette population. Les données ont été collectées par le biais de quatre focus group en ligne, de 16 entretiens individuels en ligne et d'un world café (N = 31 participants). Les participants étaient des parties prenantes pertinentes pour l'étude de mise en œuvre d'un guide d'ergothérapie. Nous avons recherché la diversité en termes de localisation géographique, de disciplines, de représentants d'aidants naturels, d'associations d'utilisateurs, d'universités et de hautes écoles, et d'autorités sanitaires.

**Résultats.** L'analyse permet d'identifier les barrières et les facilitateurs liés au système de financement, aux connaissances des professionnels, à la communication et à l'organisation territoriale

des soins de santé. Certaines barrières sont: un manque significatif (plus important pour l'ergothérapie) de modalités de remboursement existe dans les soins primaires belges. Les rôles et les interventions des ergothérapeutes dans les soins primaires sont largement méconnus par les professionnels de la santé. Le temps consacré à la communication fait défaut et les professionnels ne savent pas comment transmettre efficacement l'information. Enfin, il n'existe pas de moyens structurés pour joindre un ergothérapeute en soins primaires.

Pourtant, les ergothérapeutes qui travaillent dans les soins primaires font eux-mêmes la promotion de l'ergothérapie.

**Discussion.** L'ergothérapie est peu mise en œuvre dans les soins primaires en Belgique, mais elle pourrait être à un tournant. Des opportunités existent en Belgique: l'évolution actuelle des soins primaires vers une structuration territoriale devrait faciliter la mise en œuvre de l'ergothérapie à plus grande échelle. En outre, le cadre juridique de la formation et de la pratique de l'ergothérapie évolue d'un cadre biomédical à un cadre bio-psycho-social. Cependant, le financement doit être reconsidéré et évoluer.

## Auteurs

Anne Ledoux<sup>1,2</sup>, Stijn De Baets<sup>3</sup>, Thérèse Van Durme<sup>1</sup>, Dominique Van de Velde<sup>3</sup>

## Affiliations

1 Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

2 Haute École Léonard de Vinci

3 Universiteit Gent

## Adresse de contact

anne.ledoux@uclouvain.be

# Barriers and facilitators to occupational therapy for the frail older person within primary care in Belgium

Anne Ledoux, Stijn De Baets, Thérèse Van Durme, Dominique Van de Velde

**Objectives.** Occupational therapy (OT) in primary care (PC) favors the stay-at-home of frail older persons through its preventive action on the person, the environment, and/or the task. However, OT is not well implemented in Belgian PC. We aimed to investigate the implementation of OT, to support the frail older person living at home, within primary care in Belgium.

**Methods.** We performed a secondary thematic analysis, based on data collected during an implementation study of an OT guideline for this population. Data were collected via four online focus groups, 16 individual online interviews, and a world café (N = 31 participants). Participants were stakeholders relevant to the implementation study of an OT guideline. We searched for diversity regarding geographic location, disciplines, representatives of informal caregivers, users' associations, of universities and university colleges, and health authorities.

**Results.** The analysis enables to identify barriers and facilitators related to the financing system, the professionals' knowledge, the communication, and the territorial healthcare organization.

Some barriers are: a significant lack of reimbursement modalities (greater for OT) exists in Belgian PC. The occupational therapists' roles and interventions in PC are largely unknown by the healthcare professionals. Time for communication is missing and professionals do not know how to efficiently pass the information along. Finally, there are no structured ways to reach an occupational therapist in PC. Yet the occupational therapists working in PC themselves promote OT in PC.

**Discussion.** OT is poorly implemented in primary care in Belgium, but it may be at a turning point. Opportunities exist in Belgium: the current change in PC towards territorial structuration should facilitate OT implementation on a larger scale. Also, the legal framework for OT training and practice evolves from a biomedical to a bio-psycho-social framework. However, the financing needs to be reconsidered and evolve.

---

## Authors

Anne Ledoux<sup>1,2</sup>, Stijn De Baets<sup>3</sup>, Thérèse Van Durme<sup>1</sup>, Dominique Van de Velde<sup>3</sup>

## Affiliations

1 Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

2 Haute École Léonard de Vinci

3 Universiteit Gent

---

## Contact

anne.ledoux@uclouvain.be

---



# SESSION PAR AFFICHE 3. NOUVEAUX RÔLES ET NOUVEAUX ACCORDS

## POSTER SESSIE 3. NIEUWE ROLLEN EN OVEREENKOMSTEN

---

AiDiDom, un système d'assistance digitale	150
AiDiDom, a Digital Assistance System	151
Développement conjoint de la compétence collaborative des étudiants de Master en médecine, pharmacie, kinésithérapie et sciences infirmières (pratique avancée)	152
Joint development of collaborative competence of Master students in medicine, pharmacy, physiotherapy and nursing (advanced practice)	153
Het ondersteunen van apothekers in de eerste lijn	154
Support of the primary care pharmacist	155
Persoonlijke en publieke betrokkenheid bij de ontwikkeling van een gezondheidsvaardige website voor littekenbehandeling	156
Personal and Public Involvement in developing a health literate scar treatment website	157

# AiDiDom, un système d'assistance digitale

Alixé Evrard et Olivia Raskin

**Introduction.** Le maintien à domicile est un enjeu majeur et grandissant pour la population vieillissante et les personnes en situation de handicap. De nouveaux systèmes d'assistance digitale apparaissent sur le marché et représentent des opportunités d'amélioration de l'accompagnement au domicile (sécurisation, répit des proches, plans d'accompagnement optimisés, prévention...) de même que de nombreux questionnements.

AiDiDom (porté par 3 fédérations pluralistes – FEDOM, CODEF, ACCOORD – en réponse à un appel à projet de l'AViQ) a pour objectif de les analyser afin de développer un projet de digitalisation dans l'intérêt du bénéficiaire et en soutien au travail des prestataires.

Ces systèmes d'assistance digitale captent et analysent (apprentissage d'une intelligence artificielle) le rythme de vie de la personne. Ils lancent automatiquement une alerte en cas d'écart à la norme, pour la secourir si nécessaire.

**Méthodologie co-construite** (professionnels/université) :

Testing (3 mois) sur le terrain :

- Étude de marché
- Présélection des dispositifs (critères métier et techniques)
- Identification d'un panel test représentatif (50)
- Evaluation quantitative et qualitative pour chaque partie prenante

Selon les résultats: rédaction d'un cahier de charges et d'un modèle de prestation pour un déploiement.

**Questions auxquelles nous souhaitons répondre :**

- Existence et qualification des besoins pour les bénéficiaires et leur «écosystème» ?
- Systèmes existants : adéquation aux besoins et plus-value ?
- Renforcement du réseau de prestataires autour du bénéficiaire ?
- Taux d'acceptation ?
- Fiabilité ?
- Ethique ?
  - Droits de la personne âgée/handicapée
  - Prix/Accessibilité
  - RGPD

---

**Auteurs** Alixé Evrard et Olivia Raskin

**Affiliation** AiDiDom

**Adresse de contact** alixé.evrard@aididom.be

---

# AiDiDom, a Digital Assistance System

Alixé Evrard & Olivia Raskin

**Introduction.** Aging population and people with disabilities are facing a growing challenge in maintaining their independence at home. New digital assistance systems are emerging in the market, offering opportunities to enhance home-based care (ensuring safety, providing respite for caregivers, optimizing care plans, and preventive measures). However, they also raise numerous questions.

AiDiDom, initiated by three pluralistic federations (FEDOM, CODEF, ACCOORD) in response to a call for proposals from AViQ, aims to analyze these systems and develop a digitalization project in the best interest of the beneficiaries and in support of service providers' work.

These digital assistance systems capture and analyze the individual's daily routines using artificial intelligence. They automatically trigger alerts in case of deviations from the norm, ensuring timely assistance when needed.

**Co-constructed methodology** (involving professionals and academia):

Three-month field testing:

- Market research
- Preselection of devices (based on professional and technical criteria)
- Identification of a representative test panel (50 individuals)
- Quantitative and qualitative evaluation for all stakeholders

Based on the results: drafting of specifications and a service model for deployment.

**Key questions we aim to answer:**

- Identification and qualification of needs for beneficiaries and their "ecosystem"?
- Existing systems: alignment with needs and added value?
- Enhancement of the network of service providers around the beneficiary?
- Acceptance rate?
- Reliability?
- Ethical considerations?
  - Rights of the elderly/disabled individuals
  - Pricing/Accessibility
  - GDPR compliance

---

**Authors** Alixé Evrard et Olivia Raskin

---

**Affiliation** AiDiDom

---

**Contact** [alixe.evrard@aididom.be](mailto:alixe.evrard@aididom.be)

---

# Développement conjoint de la compétence collaborative des étudiants de Master en médecine, pharmacie, kinésithérapie et sciences infirmières (pratique avancée)

Laetitia Buret, Valérie Massart, Christophe Demoulin, Sébastien Wolfs, Sabrina Chevalier, Séverine Maucq, Anne Collard, Aurore Gaspar, Geneviève Philippe

**Introduction.** Les systèmes de santé actuels évoluent et accordent une importance croissante aux soins intégrés et centrés sur la personne et ses objectifs, à la pratique en équipe et aux soins coordonnés. Le «New Deals» est une opportunité de rencontrer l'objectif de collaboration interprofessionnelle pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des patients et de la population. La collaboration interprofessionnelle figure au sein des référentiels des professions de la santé, mais demeure trop peu entraînée durant les études. Les cursus restent assez cloisonnés et peu d'activités permettent aux étudiants des différentes filières de développer cette compétence. Il apparaît dès lors nécessaire de construire des dispositifs d'apprentissage interdisciplinaires mettant en situation d'apprentissage collaboratif les étudiants issus de plusieurs filières de santé afin de les initier à l'interdisciplinarité dès les études. Il a été démontré que cette façon de procéder améliore la compréhension des rôles et responsabilités de chacun, réduit les perceptions négatives et favorise la collaboration dans la pratique. Une journée de formation à l'interdisciplinarité en santé a été élaborée et mise en œuvre en Faculté de Médecine à l'ULiège dont l'objectif double était de renforcer la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiants de médecine, pharmacie, kinésithérapie et infirmiers en pratique avancée durant leurs études de Master et de développer les liens et collaborations entre ces quatre disciplines, pour partager et renforcer les expertises entre professionnels de soins.

**Méthode.** Concrètement, une première édition réunissant les étudiants de Master en Médecine, Kinésithérapie, Pharmacie et Infirmier-ère en pratique avancée a eu lieu le 06 avril 2023. Les modalités pédagogiques comprenaient des tables de discussions interprofessionnelles, des collaborations interdisciplinaires autour de situations cliniques et des activités réflexives. Le dispositif a été évalué par les étudiants participants, sur leur satisfaction et sur leur sentiment d'avoir rencontré les objectifs d'apprentissage.

**Résultats.** L'évaluation générale était positive, les étudiants interrogés (87,3 %) ont décrit une ambiance bienveillante et respectueuse. Ils ont aussi évoqué l'intérêt des échanges avec les autres disciplines à propos de leurs compétences et de leurs limites respectives. La coordination et l'organisation ont été félicitées. L'évaluation des apprentissages a révélé que les objectifs avaient bien été atteints. Pour l'avenir, les étudiants interrogés ont suggéré la mise en œuvre d'une activité dynamisante pour l'après-midi. Ils souhaitaient aussi que l'on intègre d'autres disciplines

Pour la deuxième édition, nous intégrerons les psychologues et nous remplacerons la gestion interdisciplinaire d'une situation clinique par un escape game.

<b>Auteurs</b>	Laetitia Buret, Valérie Massart, Christophe Demoulin, Sébastien Wolfs, Sabrina Chevalier, Séverine Maucq, Anne Collard, Aurore Gaspar, Geneviève Philippe
<b>Affiliation</b>	Université de Liège
<b>Adresse de contact</b>	laetitia.buret@uliege.be



# Joint development of the collaborative skills of Master's students in medicine, pharmacy, physiotherapy and nursing (advanced practice)

Laetitia Buret, Valérie Massart, Christophe Demoulin, Sébastien Wolfs, Sabrina Chevalier, Séverine Maucq, Anne Collard, Aurore Gaspar, Geneviève Philippe

**Introduction.** Today's healthcare systems are evolving and placing increasing emphasis on integrated, person-centred care, team practice and coordinated care. The "New Deals" are an opportunity to meet the goal of interprofessional collaboration to meet the increasingly complex needs of patients and the population. Interprofessional collaboration is included in the reference frameworks of the healthcare professions, but is still given too little training during studies. Curricula are still rather compartmentalised, and there are few activities that enable students in the various disciplines to develop this skill. It would therefore seem necessary to set up interdisciplinary learning systems that place students from several healthcare disciplines in a collaborative learning situation, in order to introduce them to interdisciplinarity from the outset of their studies. This approach has been shown to improve understanding of each other's roles and responsibilities, reduce negative perceptions and encourage collaboration in practice. A training day on interdisciplinarity in healthcare was developed and implemented in the ULiège Faculty of Medicine, with the dual aim of strengthening the interprofessional collaboration skills of medical, pharmacy, physiotherapy and advanced practice nursing students during their Master's studies, and developing links and collaboration between these four disciplines, in order to share and strengthen expertise between healthcare professionals.

**Method.** In practical terms, the first event, bringing together Master's students in Medicine, Physiotherapy, Pharmacy and Advanced Practice Nursing, took place on 6 April 2023. The teaching methods included interprofessional discussion tables, interdisciplinary collaboration on clinical situations and reflective activities. The system was evaluated by the participating students, in terms of their satisfaction and their feeling of having met the learning objectives.

**Results and discussion.** The overall assessment was positive, with the students surveyed (87.3 %) describing a caring and respectful atmosphere. Coordination were praised. The evaluation of learning revealed that the objectives had been achieved. For the future, the students interviewed suggested that a stimulating activity be set up for the afternoon. They also wanted other disciplines to be included.

For the second edition, we will include psychologists and replace the interdisciplinary management of a clinical situation with an escape game.

<b>Authors</b>	Laetitia Buret, Valérie Massart, Christophe Demoulin, Sébastien Wolfs, Sabrina Chevalier, Séverine Maucq, Anne Collard, Aurore Gaspar, Geneviève Philippe
<b>Affiliation</b>	Université de Liège
<b>Contact</b>	laetitia.buret@uliege.be

# Het ondersteunen van apothekers in de eerste lijn

Julie De Maré, Nico Carpriau, Pieter Mertens, Hilde Deneyer

**Achtergrond.** Het Departement Zorg kreeg de opdracht de beroepsgroepen die actief zijn in de eerstelijnszorg te ondersteunen opdat zij zich konden voorbereiden op en meewerken aan de organisatie van de eerstelijnszorg. Een eerste stap richting geïntegreerde zorg in de eerste lijn werd gezet met het oprichten van de 60 eerstelijnszones en zorgraden. Het Departement Zorg zette hiervoor in 2020 het project ‘ondersteuning zorgberoepen’ op. Op basis van een projectvoorstel kende de regering elke beroepsgroep een recurrente financiële ondersteuning toe om de doelstellingen te realiseren.

**Doelstellingen.** Binnen het project ‘ondersteuning zorgberoepen’ van het Departement Zorg zet het Vlaams Apothekers Netwerk (VAN), als vertegenwoordiger van de apothekers op Vlaams niveau, zich in voor de uitbouw van een professionele lokale werking van de apothekers in apothekerskringen, de verdere ondersteuning van de apothekers in de zorgraden, het bekomen van een grondige kennis bij elke zorgaanbieder van het zorgaanbod en het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking.

**Methoden.** Om de doelstellingen te bereiken, werkt het Vlaams Apothekers Netwerk met een stuurgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de (lokale) beroepsverenigingen in het netwerk, om dicht bij de lokale apotheker te

blijven. Het Vlaams Apothekers Netwerk beoogt dit projectjaar het bewustzijn bij de apothekers van de relevantie en de meerwaarde van eerstelijnszones, zorgraden, kringwerkingen en een multidisciplinaire samenwerking daarbinnen, te verhogen. Dit onder meer door hen verder vertrouwd te maken met de reorganisatie van de eerste lijn en de kringwerking, het optimaliseren van communicatie en uitwisseling, het ondersteunen van lokale netwerkmomenten en initiatieven van kringen, het aanreiken van concrete (multidisciplinaire) projecten en methodieken voor kringen en/of zorgraden, het promoten van de Vlaamse Sociale Kaart en het meewerken aan onderzoeken hoe naar een duurzame financiering.

**Resultaten en Discussie.** Gedurende de loop van het project werden de agenda's gedomineerd door de covid-crisis. Desondanks, maar ook dankzij, deze crisis werden reeds verschillende stappen genomen richting het behalen van de vooropgestelde objectieven. Vandaag bestaat in elke eerstelijnszone een (virtuele) apothekerskring en zijn de apothekers vertegenwoordigd in 58 van de 60 zorgraden. De omstandigheden voor de kringen zijn gunstig om zich verder te ontwikkelen. Via de apothekerskringen komen lokale apothekers met elkaar in contact en de kringen worden steeds vaker gemandateerd voor lokale opdrachten.

<b>Auteurs</b>	Julie De Maré, Nico Carpriau, Pieter Mertens, Hilde Deneyer
<b>Affiliatie</b>	Vlaams Apothekers Netwerk vzw (VAN)
<b>Contactadres</b>	julie.demare@vlaamsapothekersnetwerk.be

# The support of pharmacists in primary care

Julie De Maré, Nico Carpriau, Pieter Mertens, Hilde Deneyer

**Background.** Departement Zorg was mandated to support the healthcare professions active in primary care in order to prepare themselves for and participate in the organization of the first-line. A first step toward integrated care in primary care was taken with the establishment of the 60 primary care zones and care boards. To this end, in 2020, the VA set up the project 'ondersteuning zorgberoepen'. Based on a project proposal, the government allocated recurring financial support to each healthcare profession to achieve the objectives.

**Aims.** Within the project 'ondersteuning zorgberoepen' of Departement Zorg, Vlaams Apothekers Netwerk (VAN) is, as a representative of the Flemish pharmacists, committed to the development of a professional local functioning of pharmacist-circles, the further support of pharmacists in the care boards, the achievement of a thorough knowledge among each healthcare provider of the existing healthcare offer and the stimulation of multidisciplinary cooperation.

**Methods.** To achieve these objectives, Vlaams Apothekers Netwerk works with a steering committee, composed of representatives of the (local) professional associations for pharmacists

in the network, in order to stay close to the local pharmacists. This project year, Vlaams Apothekers Netwerk aims to further increase pharmacists' awareness of the relevance and added value of first-line zones, care councils, circles and a multidisciplinary collaboration within them. This will be done by, amongst others, raising familiarity with the reorganization of primary care and 'circles', optimizing communication and exchange, organizing and support local network activities and initiatives of the 'circles', providing concrete (multidisciplinary) projects and methodologies for circles and/or care boards, promoting the Vlaamse Sociale Kaart and cooperating in the examining of how to evolve towards sustainable financing.

**Findings and Discussion.** Over the duration of the project, the agendas were dominated by the covid-crisis. Yet despite, but also thanks to, the covid-crisis, several steps were taken toward achieving objectives. Today a (virtual) circle exists in each primary care zone and pharmacists are represented in 58 of the 60 care boards. The circumstances are favorable for the pharmacist-circles to further evolve. Through the circles, local pharmacists get in touch with each other and circles are often being mandated for assignments.

<b>Authors</b>	Julie De Maré, Nico Carpriau, Pieter Mertens, Hilde Deneyer
<b>Affiliation</b>	Vlaams Apothekers Netwerk vzw (VAN)
<b>Contact</b>	julie.demare@vlaamsapothekersnetwerk.be

# Persoonlijke en publieke betrokkenheid bij de ontwikkeling van een gezondheidsvaardige website voor littekenbehandeling

Evert De Rijcker, Jill Meirte, Mieke Anthonissen, Lisa Senepart, Peter Moortgat, Koen Maertens, Thibau Demarbaix, Ulrike Van Daele

**Invoering.** Onze doelstellingen zijn het ontwikkelen van een informatieve website 'hoebehandelje-littekens.be' voor zowel patiënten, die op zoek zijn naar behandelingsoptie(s) voor hun littekens, als hun zorgverleners, om de beste therapeutische oplossing(en) te vinden en om te evalueren of deze website voldoet aan de criteria van gezondheidsgeletterdheid. Dit sluit binnen het thema van de conferentie – inclusie en gelijkheid – aan bij gezondheidsgeletterdheid, empowerment van patiënten en doelgerichte zorg op het gebied van littekenbehandeling.

**Methode.** Patiënten en zorgverleners vulden 5 vragenlijsten in (2 vóór het websitebezoek en 3 na het websitebezoek), met betrekking op 3 subdomeinen: kennisoverdracht, overeenstemming over het behandelplan en aspecten van gezondheidsgeletterdheid. Deze vragenlijsten beoordeelden de kennisoverdracht over littekenbehandelingen, samen met de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van de website waarvoor de Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) werd gebruikt. Eén vragenlijst voor na het websitebezoek onderzocht specifiek het gebruik van gezondheidsvaardig taalgebruik.

**Resultaten.** Van de 20 respondenten heeft 66 % van de patiënten nooit een littekenbehandeling ondergaan in een gespecialiseerd nazorgcentrum. Bijna de helft (43 %) van de patiënten zocht op

internet naar behandelmogelijkheden voordat ze hun zorgverlener bezochten.

Alle respondenten kunnen als digitaal geletterd worden beschouwd op basis van een vragenlijst voorafgaand aan een websitebezoek, waarin de internettoegankelijkheid en het gebruik van digitale hulpmiddelen werden onderzocht.

Met betrekking tot kennisoverdracht merkten we een statistisch significante verbetering ( $p=.004$ ) van de kennisbeoordeling na bezoek aan de website vergeleken met de beoordeling vóór het bezoek.

De meeste patiënten en hun zorgverleners (91 %) waren het eens over de beste therapeutische oplossing(en). De PEMAT-score was 96 %, maar 15 % van de respondenten gaf aan dat er te veel medisch jargon werd gebruikt. Alle respondenten vonden de website goed ontworpen en gebruiksvriendelijk.

**Discussie.** De website induceerde kennisoverdracht, overeenkomst inzake het behandelplan, is gebruiksvriendelijk bevonden, goed ontworpen en kreeg een hoge PEMAT-score.

De opmerkingen over medisch jargon moedigden ons aan om op inhoudelijk niveau een 2.0-versie van onze littekenbehandelingswebsite te ontwikkelen, maar dit keer vooraf in co-creatie met patiënten en zorgverleners.

## Auteurs

Evert De Rijcker<sup>1</sup>, Jill Meirte<sup>1,2</sup>, Mieke Anthonissen<sup>1,2,3</sup>, Lisa Senepart<sup>1</sup>, Peter Moortgat<sup>1</sup>, Koen Maertens<sup>1,4</sup>, Thibau Demarbaix<sup>1</sup>, Ulrike Van Daele<sup>1,2</sup>

## Affiliaties

- 1 OSCARE, Nazorg- en onderzoekscentrum voor brandwonden en littekens, Antwerpen
- 2 Departement van Rehabilitatie Wetenschappen & Fysiotherapie, Onderzoeksgroep MOVANT, Universiteit Antwerpen
- 3 Departement van Rehabilitatie Wetenschappen, KU Leuven
- 4 Clinical and Lifespan Psychology, Vrije Universiteit Brussel

## Contactadres

evert.de.rijcker@oscare.be

# Personal and Public Involvement in developing a health literate scar treatment website

Evert De Rijcker, Jill Meirte, Mieke Anthonissen, Lisa Senepart, Peter Moortgat, Koen Maertens, Thibau Demarbaix, Ulrike Van Daele

**Introduction.** Our aims are to develop an informative website 'howtotreatscars.com' for both patients, who are looking for treatment option(s) for their scars, and their caregivers, to find the best therapeutic solution(s) and to evaluate whether this website meets health-literate criteria. This links within the conference theme - inclusion and equality - to health literacy, patient empowerment and goal oriented care on scar treatment.

**Method.** Patients and caregivers completed 5 questionnaires (2 pre website visit and 3 post website visit) including 3 subdomains: knowledge transfer, treatment-plan agreement and health-literacy aspects. These questionnaires assessed changes in scar-management knowledge, together with the accessibility and user-friendliness of the website for which the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) was used. One post website visit questionnaire specifically investigated the usage of health literate language.

**Results.** Out of 20 respondents 66 % of the patients never received scar treatment in a specialised aftercare centre. Almost half (43 %) of the patients performed a search for treatment options on the internet before visiting their caregiver.

All respondents can be considered digitally literate based on a pre website visit questionnaire that investigated internet accessibility and the usage of digital tools.

Related to knowledge transfer we noticed a statistically significant improvement ( $p = .004$ ) of the knowledge assessment after visiting the website compared with the pre-visit assessment. Most patients and their caregivers (91 %) agreed on the best therapeutic solution(s).

The PEMAT score was 96 %, but 15 % of the respondents indicated the usage of too much medical jargon. All respondents found the website well-designed and user-friendly.

**Discussion.** The website induced knowledge transfer, treatment-plan agreement, is user-friendly, well-designed, with a high PEMAT score. The remarks on medical jargon encouraged us to develop a 2.0 version of our scar treatment website on content level but this time beforehand in co-creation with patients and caregivers.

## Authors

Evert De Rijcker<sup>1</sup>, Jill Meirte<sup>1,2</sup>, Mieke Anthonissen<sup>1,2,3</sup>, Lisa Senepart<sup>1</sup>, Peter Moortgat<sup>1</sup>, Koen Maertens<sup>1,4</sup>, Thibau Demarbaix<sup>1</sup>, Ulrike Van Daele<sup>1,2</sup>

## Affiliations

- 1 OSCARE, Nazorg- en onderzoekscentrum voor brandwonden en littekens, Antwerpen
- 2 Departement van Rehabilitatie Wetenschappen & Fysiotherapie, Onderzoeksgroep MOVANT, Universiteit Antwerpen
- 3 Departement van Rehabilitatie Wetenschappen, KU Leuven
- 4 Clinical and Lifespan Psychology, Vrije Universiteit Brussel

## Contact

evert.de.rijcker@oscare.be



# SESSION PAR AFFICHE 4. INCLUSION ET ÉQUITÉ

## POSTER SESSIE 4. INCLUSIVITEIT EN RECHTVAARDIGHEID

---

Baisse ton seuil ! La concertation «pratiques inclusives» sur l'accessibilité : un trait d'union entre social et santé et entre services généralistes et services dédiés aux plus vulnérables	160
Lower your threshold! Fostering accessibility through consultations on "inclusive practices": linking health and social care services, and services dedicated to the most vulnerable to generalized services	161
Side.Care, un projet d'accompagnement mobile pour améliorer la continuité des soins des personnes détenues	162
Side.Care, a mobile support project to improve the continuity of care for incarcerated individuals	163
Translation, un projet de littératie organisationnelle en santé en milieu carcéral	164
Translation, a pilot project on organizational health literacy in a prison setting	165

# Baisse ton seuil ! La concertation «pratiques inclusives» sur l'accessibilité : un trait d'union entre social et santé et entre services généralistes et services dédiés aux plus vulnérables

Alice Lannoo, Léa Di Biagi, Maguelone Vignes

**Problématique.** À Bruxelles, les personnes les plus vulnérables n'accèdent pas toujours aux services de soins et d'accompagnement psycho-social généralistes. Ces personnes sont souvent accompagnées par des organisations "bas-seuil" spécialisées dans une problématique ciblée ou dans l'accompagnement d'un public spécifique tels que les assuétudes, les difficultés socio-économiques, le sans-abrisme ... Fondé sur un savoir expérientiel, ces structures ont progressivement développé une expertise dans l'accueil et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables engendrant des difficultés pour ces personnes à accéder ensuite aux services généralistes, moins formés aux spécificités de ces publics. Ce monopole d'expertises induisent de facto une saturation du secteur «bas seuil».

**Contexte du projet.** La concertation "pratiques inclusives" réunit des acteurs bruxellois du «bas-seuil», de première ligne, de l'hôpital, de la santé mentale et du psycho-social pour partager leurs expériences et travailler sur l'abaissement des seuils d'accès aux services plus généralistes. Les «pratiques inclusives» désignent tout ce qui permet une accessibilité élargie quels que soient le niveau, la ligne ou le secteur.

La concertation vise notamment à :

- Identifier les pratiques, constats partagés et ressources.
- Identifier les blocages et les pistes de solutions opérationnelles.

- Diffuser et favoriser la pérennisation structurelle des solutions et bonnes pratiques mises en pratique par les professionnels et les structures de terrain.

**Méthode.** La concertation se réunit 4 fois par an depuis 2021 et sera prolongée en 2024. Chaque séance aborde une ou plusieurs thématiques, selon une méthodologie participative. Une synthèse reprend les constats de blocages persistants et solutions évoquées.

**Résultats attendus de l'innovation.** En 2023, les thématiques traitent d'une part des représentations et expériences des professionnels sur leurs pratiques d'accueil, d'accompagnement et de collaboration interprofessionnelle et interstructurelle auprès des publics les plus vulnérables et d'autre part du développement de l'interconnaissance des différents contextes de travail. En reliant besoins, pratiques développées et initiatives existantes, il est possible de définir les dynamiques d'accrochage/décrochage.

À la fin de chaque concertation, un livrable à destination de l'ensemble des professionnels social-santé bruxellois est publié permettant de mettre en lumière les constats et les pratiques innovantes relevées par les participants et permettre ainsi leurs diffusions.

---

**Auteurs** Alice Lannoo<sup>1</sup>, Léa Di Biagi<sup>1,2</sup>, Maguelone Vignes<sup>1</sup>

**Affiliations** 1 Brusano ASBL

2 Médecins du Monde

---

**Adresse de contact** alice.lannoo@brusano.brussels



# Lower your threshold ! Fostering accessibility through consultations on "inclusive practices": linking health and social care services, and services dedicated to the most vulnerable to generalized services

Alice Lannoo, Léa Di Biagi, Maguelone Vignes

**Issue.** In Brussels, the most vulnerable people do not always have access to general, or "mainstream", psycho-social care and support services. These people are often supported by "low-threshold" organisations specialising in a targeted problem or in support of a specific target group, such as people with substance use disorders, people facing socio-economic difficulties, the unhoused population, etc. Based on their experiential knowledge, these organisations have gradually developed expertise in welcoming and supporting the most vulnerable people in society. However, this "monopoly" of expertise has led to a de facto saturation of the "low threshold" sector as well as made it difficult for vulnerable populations to then access mainstream services, which are less trained in the specific needs of these groups.

**Context of the project.** The "inclusive practices" consultation brings together Brussels stakeholders from the "low-threshold", front-line, hospital, mental health and psycho-social sectors to share their experiences and collectively work on lowering the thresholds for access to more generalist services. Inclusive practices refer to anything that enables wider accessibility regardless of the level of care or sector.

The chief aims of the consultation are to:

- Identify practices, shared observations and resources.

- Identify bottlenecks and possible operational solutions.
- Disseminate and promote good practices that have been developed on the ground, and advocate for long-term structural solutions.

**Method.** The consultation has met 4 times a year since 2021 and will be extended into 2024. Each session addresses one or more themes, using a participatory methodology. A written summary is produced following each meeting of the persistent bottlenecks and the solutions put forward.

**Expected results of the innovative practice.** In 2023, the themes have been twofold in nature: 1) the representations and experiences of professionals regarding the reception of and support to the most vulnerable members of society – including interprofessional and interorganizational collaborative practices; and 2) increased knowledge-sharing of the various working contexts.

It has been possible to identify the dynamics that lead to engagement or disengagement with generalized services by linking needs to good practices and existing initiatives.

At the end of each consultation, a report is published for all social-health professionals in Brussels, highlighting the findings and innovative practices identified by the participants and enabling them to be disseminated.

---

**Authors** Alice Lannoo<sup>1</sup>, Léa Di Biagi<sup>1,2</sup>, Maguelone Vignes<sup>1</sup>

**Affiliations** 1 Brusano ASBL

2 Médecins du Monde

---

**Contact** alice.lannoo@brusano.brussels

---

# Side.Care, un projet d'accompagnement mobile pour améliorer la continuité des soins des personnes détenues

Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette

**Le projet Side.Care** est né du constat selon lequel les consultations médicales hors de la prison ou intracarcérales sont souvent vécues de manière angoissante par les patient-es qui se sentent perdu-es face aux informations qui leur sont fournies. En effet, la présence d'agent-es de surveillance, le port de menottes, la barrière de la langue, la technicité des informations communiquées sont autant d'éléments qui nuisent au bon déroulé de ces consultations. Ce projet s'adresse aux hommes et femmes ayant un faible bagage socio-éducatif, aux personnes isolées, à celles en souffrance psychique et à tous ceux et toutes celles qui sont exclu-es du système de soins ou qui ont des difficultés particulières pour l'intégrer ou le ré-intégrer. Il vise à accompagner, à la demande, des personnes détenues en consultation médicale afin de faciliter celle-ci et aider à la compréhension de la problématique. Le projet vise aussi à favoriser l'accroche avec des structures d'aide et de soins en post-détention et la continuité des soins à la sortie de prison.

---

<b>Auteurs</b>	Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette
<b>Affiliation</b>	I.Care ASBL
<b>Adresse de contact</b>	r.rousseau@i-careasbl.be

---

# Side.Care, a mobile support project to improve the continuity of care for incarcerated individuals

Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette

**The Side.Care project** emerged from the observation that medical consultations inside and outside of prison are often experienced as distressing by patients who feel lost when faced with the information provided to them. Indeed, the presence of surveillance officers, the use of handcuffs, language barriers, and the technicality of the information communicated are all elements that hinder the smooth progress of these consultations. This project is aimed at men and women with a low socio-educational background, isolated individuals, those experiencing psychological distress, and all those who are excluded from the healthcare system or face particular difficulties in integrating or reintegrating into it. Its goal is to provide on-demand support for incarcerated individuals during medical consultations in order to facilitate those and enhance understanding of the issues. The project also aims at promoting connections with post-release support and healthcare facilities and ensure continuity of care upon release from prison.

---

<b>Authors</b>	Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette
<b>Affiliation</b>	I.Care ASBL
<b>Contact</b>	r.rousseau@i-careasbl.be

---

# Translation, un projet de littératie organisationnelle en santé en milieu carcéral

Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette

Bien que les services de soins de santé du monde libre s'engagent davantage à tenir compte du niveau de littératie en santé de leurs usager·ères, le milieu carcéral reste à la traîne. Pourtant, les prisons enferment en leurs murs une population particulièrement précaire en termes de littératie en santé, souvent en raison d'une superposition de vulnérabilités socio-économiques. En outre, la population carcérale présente souvent un état de santé plus dégradé que la population libre. Par conséquent, adapter les communications verbales, les documents et les procédures d'accès aux services d'aide et de soin au sein des prisons s'avère nécessaire pour permettre aux personnes détenues d'accéder à ces services, ainsi que pour permettre aux professionnel·les de la première ligne d'être outillé·es pour pouvoir s'adresser à cette population spécifique.

Dans le cadre de notre projet Translation, nous travaillons avec le personnel pénitentiaire pour repenser la manière dont l'organisation carcérale peut adapter son fonctionnement pour mieux tenir compte des capacités de littératie en santé de sa population. Il s'agit alors de réunir, autour de la table, tant les professionnel·les médicaux que d'autres représentant·es de la direction de la prison mais aussi des membres de l'administration pénitentiaire. Ensemble, nous travaillons spécifiquement à améliorer le dépistage et la prise en charge du VHC au sein de la prison et développons des outils et procédures de communication accessibles, compréhensibles et adaptés aux spécificités des personnes détenues. Nous espérons que ce projet permette une première sensibilisation des acteur·rices pénitentiaires au concept de littératie en santé et puisse être étendu plus largement au sein du milieu carcéral belge.

---

<b>Auteurs</b>	Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette
<b>Affiliation</b>	I.Care ASBL
<b>Adresse de contact</b>	r.rousseau@i-careasbl.be

---

# Translation: A pilot project on organizational health literacy in a prison setting (asbl I.Care)

Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette

Although health care services in the free world are becoming more committed to considering the health literacy levels of their users, prisons continue to lag behind. However, prisons confine within their walls a population that is particularly precarious in terms of health literacy, often due to overlapping socio-economic vulnerabilities. In addition, the prison population often has a more deteriorated state of health than the free population. Consequently, adapting verbal communications, documents and procedures for access to support and care services within prisons is necessary to allow incarcerated people to access these services, as well as to allow 1st line professionals to be equipped in order to be able to address this specific population.

As part of our Translation project, we are working with prison staff to rethink how the prison organization can adapt its operations to better take into account the health literacy skills of its population. It is then a question of bringing together, around the table, both medical professionals and other representatives of prison management but also members of the prison administration. Together, we work specifically to improve HCV screening and treatment within the prison and develop communication tools and procedures that are accessible, understandable and adapted to the specificities of prisoners. We hope that this project will raise awareness among prison staff about the concept of health literacy and can be extended more widely within the Belgian prison environment.

---

<b>Authors</b>	Rachelle Rousseaux, Marion Guémas, Camille Couette
<b>Affiliation</b>	I.Care ASBL
<b>Contact</b>	r.rousseau@i-careasbl.be

---



# SESSION PAR AFFICHE 5. RÉSILIENCE

## POSTER SESSIE 5. VEERKRACHT

---

Naissance d'une pandémie : enjeux en périnatalité	168
Birth of a pandemic: perinatal issues	169
Les attitudes des prestataires de soins de santé primaires belges à l'égard d'un vaccin de rappel périodique contre la COVID-19 pour eux-mêmes et leurs patients	170
Attitudes of Belgian primary healthcare providers towards a periodic COVID-19 booster vaccine for themselves and their patients	171
La résilience face au stress : les stratégies d'adaptation des personnes atteintes de maladies chroniques respiratoires dans le contexte actuel de changement climatique et de pollution de l'air. Une recherche qualitative exploratoire	172
Resilience to stress: Coping strategies of individuals with chronic respiratory diseases (COPD) in the current context of climate change and air pollution. An exploratory qualitative study	173
En tant que médecin généraliste, désirez-vous faire avancer l'étude et la surveillance des problèmes de santé en Belgique ?	174
Wilt u als huisarts het onderzoek naar en de opvolging van gezondheidsproblemen in België bevorderen?	175

# Naissance d'une pandémie : enjeux en périnatalité

Auriane Griveau, Yves Coppieters, Pierre Frémondrière et Emilie Stevens

**Introduction.** Les sages-femmes sont des actrices de premier plan en périnatalité. La pandémie de la Covid-19 a nécessité une restructuration rapide du monde des soins. Notre travail a pour objectif de mettre en évidence les différences de prise en charge périnatale sur la pratique des sage-femmes avant et après le premier confinement et de leur proposer des stratégies d'accompagnement.

**Méthodologie.** Ce travail est une revue de littérature. Nous avons effectué une recherche documentaire à l'aide de PubMed, ScienceDirect, Google Scholar et Cairn (mots-clés : COVID-19, grossesse, sage-femme, N=14) que nous avons couplé avec nos observations sur le terrain dans le service de maternité d'un hôpital bruxellois.

**Résultats.** Par son contexte anxiogène, la Covid-19 a eu des conséquences sur la période périnatale. Le sentiment de peur chez les femmes enceintes a augmenté de plus de 10 % lors du premier confinement par rapport à l'avant pandémie. Il y a une diminution de l'utilisation des services de soins prénataux proche de 87 % lors de cette même période. Les taux de dépression du post-partum sont passés de 15,0 % à 27,3 %

lors du premier confinement. La sage-femme a vu ses compétences s'élargir tant en matière de télémedecine et de vaccination qu'en matière de résilience.

Les soignantes soulèvent certains points positifs, comme les bienfaits de la restriction des visites en maternité ou encore la réduction des taux de ruptures prématurées des membranes grâce aux mesures d'hygiène hospitalière.

**Discussion.** Les informations concernant la Covid-19 se renouvelant rapidement, les recommandations pour la pratique clinique et la prise en charge des patientes ont été souvent changeantes. Cette pandémie bouleverse l'éthique médicale et les notions de consentement, de liberté individuelle et de secret professionnel. Nous avons répondu à notre questionnaire en proposant des recommandations pour la prévention, le dépistage et l'accompagnement de la sage-femme en période périnatale afin d'assurer des soins sécuritaires et optimaux dans les situations de pandémie. Ce travail illustre avec force la capacité du personnel soignant à faire preuve de résilience.

---

## Auteurs

Auriane Griveau<sup>1</sup>, Yves Coppieters<sup>1,2</sup>, Pierre Frémondrière<sup>3</sup> et Emilie Stevens<sup>1</sup>

## Affiliations

1 Haute École Libre de Bruxelles – Ilya Prigogine

2 École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles (ULB)

3 École de maïeutique de la faculté des Sciences Médicales et Paramédicales de Marseille

---

## Adresse de contact

agdu774@gmail.com



# Birth of a pandemic: perinatal issues

Auriane Griveau, Yves Coppieters, Pierre Frémondrière and Emilie Stevens

**Introduction.** Midwives are key players in perinatal care. The Covid-19 pandemic required a rapid restructuring of the primary health care system. The aim of our work is to highlight the differences in perinatal care by midwives before and after the first containment and to propose support strategies for them.

**Methodology.** We conducted a literature search using PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, and Cairn (keywords: COVID-19, pregnancy, midwifery, N=14) that we coupled with our field observations of a maternity in Brussels.

**Results.** The anxiety-provoking context of Covid-19 had an impact on the perinatal period. The feeling of fear among pregnant women increased by more than 10 % during the first containment compared to before the pandemic. There was a decrease in the use of prenatal care services of nearly 87 % during this same period. Postpartum

depression rates increased from 15.0 % to 27.3 % during the first containment. Midwifery skills have expanded in telemedicine, vaccination and resilience.

Caregivers point to some positives, such as the benefits of restricting maternity visits or reducing premature rupture of membranes rates through prophylactic measures.

**Discussion.** Due to fast evolving sanitary information, recommendations for clinical practice and patient management were frequently changing, upsetting medical ethics and the notions of consent, individual freedom and professional secrecy. We complete the work with recommendations for prevention, screening and support for the midwife in the perinatal period to ensure safe and optimal care in pandemic situations. This work is a powerful demonstration of the ability of caregivers to be resilient.

---

## Authors

Auriane Griveau<sup>1</sup>, Yves Coppieters<sup>1,2</sup>, Pierre Frémondrière<sup>3</sup> et Emilie Stevens<sup>1</sup>

## Affiliations

1 Haute École Libre de Bruxelles – Ilya Prigogine

2 École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles (ULB)

3 École de maïeutique de la faculté des Sciences Médicales et Paramédicales de Marseille

---

## Contact

agdu774@gmail.com

---

# Les attitudes des prestataires de soins de santé primaires belges à l'égard d'un vaccin de rappel périodique contre la COVID-19 pour eux-mêmes et leurs patients

Marina Digregorio, Pauline Van Ngoc, Julie Domen, Els Duysburgh, Samuel Coenen and Beatrice Scholtes

L'apparition de nouvelles souches du COVID-19 et la diminution de l'efficacité des vaccins ont motivé des initiatives à l'échelle mondiale visant à mettre en place des programmes de vaccination de rappel. Les prestataires de soins de santé primaires ("Primary healthcare providers" - PHCPs), en particulier les médecins généralistes (MG), jouent un rôle essentiel dans l'organisation des services de santé et la diffusion d'informations aux patients. Comprendre leur position concernant les vaccins de rappel périodiques contre le COVID-19 est donc essentiel pour la réussite des plans de vaccination et la confiance du public.

Les données ont été collectées grâce à un questionnaire en ligne complété par 1900 PHCPs belges, dont des MG et d'autres professionnels de la santé exerçant dans la même structure, entre le 17/02/2023 et le 07/03/2023. Le questionnaire portait sur la volonté de recevoir des vaccins de rappel périodiques contre la COVID-19, les raisons d'acceptation ou de refus, la confiance dans la sécurité et l'efficacité du vaccin, des informations démographiques et les opinions sur les recommandations de rappel. Des analyses statistiques ont identifié les facteurs influençant l'acceptation ou le rejet des rappels.

L'étude a révélé que 86 % des participants étaient disposés à recevoir des vaccins de rappel périodiques contre la COVID-19, invoquant des motivations telles que la protection personnelle, le bien-être des patients et la continuité des services de santé. Les niveaux de confiance étaient élevés en ce qui concerne la sécurité, l'importance et l'efficacité des rappels. Cependant, certains participants exprimaient des

doutes quant à leur efficacité pour prévenir l'infection et la transmission. Les facteurs influençant le refus comprenaient la région dans laquelle la pratique se situait, la profession, la confiance en la vaccination et des perceptions variables du rôle des PHCPs dans la promotion de la vaccination. Bien que 243 participants ne souhaitent pas recevoir un vaccin de rappel périodique, seuls 74 ne le recommanderaient pas. Les principales raisons du refus de recommander un vaccin périodique étaient que "l'approbation/le développement du vaccin et des rappels pourrait être trop rapide et insuffisamment testé", "ils estiment ne pas en savoir assez pour le recommander" et "le vaccin pourrait avoir des effets secondaires graves". En ce qui concerne la détermination des professions responsables de l'administration des rappels, la population interrogée avait des opinions mitigées sur la mesure dans laquelle elles soutiendraient l'administration du vaccin de rappel COVID-19 par les pharmaciens.

Cette étude apporte des informations essentielles sur les attitudes des PHCPs belges à l'égard des vaccinations périodiques de rappel contre la COVID-19. Elle met en évidence l'importance de la confiance en la vaccination, les disparités régionales et le rôle des professionnels de la santé dans l'administration et la promotion de la vaccination. Ces résultats peuvent éclairer les stratégies de santé publique et les efforts de communication, renforçant ainsi la confiance du public et l'acceptation des campagnes de rappel parmi les professionnels de la santé en Belgique.

**Auteurs** Marina Digregorio<sup>1</sup>, Pauline Van Ngoc<sup>1</sup>, Julie Domen<sup>2</sup>, Els Duysburgh<sup>3</sup>, Samuel Coenen<sup>2</sup> and Beatrice Scholtes<sup>1</sup>

**Affiliations**

- 1 Unité de Recherche Soins Primaires et Santé, Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Liège
- 2 Département de médecine générale et de santé de la population (FAMPOP), Centre de médecine générale, Université d'Anvers
- 3 Département d'épidémiologie et de santé publique, Sciensano, Bruxelles

**Adresse de contact** marina.digregorio@uliege.be

# Attitudes of Belgian primary healthcare providers towards a periodic COVID-19 booster vaccine for themselves and their patients

Marina Digregorio, Pauline Van Ngoc, Julie Domen, Els Duysburgh, Samuel Coenen and Beatrice Scholtes

The emergence of new COVID-19 variants and the declining efficacy of vaccines have prompted global efforts to launch booster vaccination programs. Primary healthcare providers (PHCPs), especially general practitioners (GPs), are pivotal in organizing healthcare services and disseminating information to patients. Understanding their position on periodic COVID-19 booster vaccines is therefore essential for successful vaccination plans and public confidence.

Data was collected through an online questionnaire completed by 1900 Belgian PHCPs, including GPs and other healthcare professionals practicing in the same facility, between 17/02/2023 and 07/03/2023. The questionnaire encompassed willingness to receive periodic COVID-19 boosters, reasons for acceptance or refusal, confidence in vaccine safety and efficacy, demographic information, and views on booster recommendations. Statistical analyses identified factors influencing booster acceptance or rejection.

The study found that 86% of participants were willing to receive periodic COVID-19 booster vaccines, citing motivations such as self-protection, patient well-being, and the uninterrupted delivery of healthcare services. Confidence levels were high in booster safety, importance, and effectiveness. However, some participants expressed doubts

about their efficacy in preventing infection and transmission. Factors influencing unwillingness included practice location, profession, vaccine confidence, and varying perceptions of PHCPs' roles in promoting vaccination. Although 243 participants would not take the booster periodically, only 74 would not recommend it. Main reasons for non-recommending a periodic booster were that "The approval/development of the vaccine and boosters may be rushed, and the vaccine may not have been sufficiently tested", "They consider they do not know enough to recommend it" and "the vaccine could have serious side effects". When it comes to determining which professions should be responsible for administering boosters, the surveyed population had mixed views about the extent to which they would support COVID-19 booster vaccine administration by pharmacists.

This research delivers vital insights into Belgian PHCPs' attitudes toward periodic COVID-19 booster vaccinations. It underscores the significance of vaccine confidence, regional disparities, and healthcare professionals' roles in vaccination promotion. These findings can inform public health strategies and communication efforts, ultimately enhancing public confidence in and acceptance of booster campaigns among healthcare professionals in Belgium.

## Authors

Marina Digregorio<sup>1</sup>, Pauline Van Ngoc<sup>1</sup>, Julie Domen<sup>2</sup>, Els Duysburgh<sup>3</sup>, Samuel Coenen<sup>2</sup> and Beatrice Scholtes<sup>1</sup>

## Affiliations

1 Research Unit of Primary Care and Health, Department of General Medicine, Faculty of Medicine, University of Liège, Liège, Belgium

2 Department of Family Medicine and Population Health (FAMPOP), Centre for General Practice, University of Antwerp, Antwerpen, Belgium

3 Department of Epidemiology and Public Health, Sciensano, Brussels, Belgium

## Contact

marina.digregorio@uliege.be

# La résilience face au stress : les stratégies d'adaptation des personnes atteintes de maladies chroniques respiratoires dans le contexte actuel de changement climatique et de pollution de l'air. Une recherche qualitative exploratoire

Aurélien Walry, Mélanie De Schepper et Thérèse Van Durme

**Introduction.** Depuis la révolution industrielle, les émissions de polluants et de gaz à effet de serre n'ont cessé d'augmenter, dégradant significativement la qualité de l'air et accentuant les changements climatiques. Les conséquences en sont particulièrement néfastes pour les personnes en insuffisance respiratoire. Au croisement de la problématique de dégradation de l'environnement et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques respiratoires (MCR), cette étude s'est intéressée au niveau de résilience de l'individu face aux sources de stress induites et influencées par les modifications de son environnement.

**Méthode.** Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs auprès de personnes en âge de travailler (25-65 ans) et atteintes d'une des pathologies respiratoires chroniques regroupées sous le terme de «bronchopneumopathie chronique obstructive (BCPO)». L'échantillonnage s'est fait via le réseau de l'association Esenca et par la sollicitation de groupes d'entraides sur les réseaux sociaux. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits verbatim et ont fait l'objet d'une analyse thématique guidée par le modèle théorique du stress et coping de Folkman et Lazarus.

**Résultats.** Au total, 13 entretiens ont été réalisés entre janvier et avril 2023. Les résultats d'analyse présentent un nouveau cadre pratique nommé

«La rosace du stress des MCR» présentant 6 stressseurs dominants, (l'essoufflement, l'incapacité physique, la fragilité, la pollution de l'air, le changement climatique et la dégradation de l'état de santé), ainsi que les stratégies d'adaptation et les ressources entretenant des liens possibles et hypothétiques avec les stressseurs. L'analyse démontre également l'effet modulateur des stressseurs environnementaux, la problématique des ressources individuelles et collectives insuffisantes ainsi que l'incompatibilité des MCR avec le monde professionnel.

**Conclusion.** Le cadre pratique «La rosace du stress des MCR» démontre l'omniprésence des sources de stress qui mobilisent et nécessitent de nombreuses ressources individuelles et collectives. Le manque fréquent de ressources contribue à l'aggravation de l'état de santé et des inégalités de santé par l'effet modulateur et accumulateur des sources de stress. Il s'agit d'un enjeu crucial, au vu des changements climatiques amorcés, de redonner «souffle» à cette population fragilisée. En interpellant les décideurs politiques de cette problématique de santé, en renforçant les aides financières, en élaborant des programmes de revalidation respiratoire plus complets et en offrant un accompagnement de proximité qui répond mieux aux besoins et aux attentes de cette population fragilisée.

<b>Auteurs</b>	Aurélien Walry <sup>1</sup> , Mélanie De Schepper et Thérèse Van Durme <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Faculté de Santé Publique, UCLouvain
<b>Adresse de contact</b>	aurelien.walry@hotmail.com

# Resilience to stress : Coping strategies of individuals with chronic respiratory diseases (COPD) in the current context of climate change and air pollution. An exploratory qualitative study

Aurélien Walry, Mélanie De Schepper et Thérèse Van Durme

**Introduction.** Since the industrial revolution, emissions of pollutants and greenhouse gases have continued to rise significantly, degrading air quality and exacerbating climate change effects. The consequences are particularly detrimental to individuals with respiratory insufficiency. At the intersection between the environmental degradation and the increasing prevalence of chronic respiratory diseases (CRD), this study focused on the resilience of individuals facing stressors induced and influenced by changes in their environment.

**Method.** We conducted semi-structured individual interviews with working-age individuals (25-65 years) suffering from one of the chronic respiratory pathologies referred to the inclusion criteria as a chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Participants were recruited through the Esenca association network and by reaching out to support groups on social media. The interviews were recorded, transcribed verbatim, and analyzed thematically guided by Folkman and Lazarus' stress and coping theoretical model.

**Results.** In total, 13 interviews were conducted between January and April 2023. The analysis results introduce a new practical framework called the "The rose window of chronic respiratory diseases

(CRD)," featuring six dominant stressors (dyspnea, physical incapacity, fragility, air pollution, climate change, and deterioration of health status), along with coping strategies and resources who have potential and hypothetical links with these stressors. The analysis also demonstrates the modulating effect of environmental stressors, the consequences of insufficient individual and collective resources, and the incompatibility of CRD with a professional activity.

**Conclusion.** "The rose window of chronic respiratory diseases (CRD)," shows the omnipresence of stressors which require and mobilize many individual and collective resources. Frequent resource deficits shows in our results contribute to the worsening of health conditions and health inequalities through the modulating and accumulating effects of stressors. Given the ongoing climate changes, it's crucial to help this vulnerable population so they can breathe well again. By raising awareness among policymakers about this health issue, by increasing financial support, by developing more comprehensive respiratory rehabilitation programs, and by offering close support that better meets the needs and expectations of this vulnerable population.

<b>Authors</b>	Aurélien Walry <sup>1</sup> , Mélanie De Schepper et Thérèse Van Durme <sup>1</sup>
<b>Affiliation</b>	1 Faculté de Santé Publique, UCLouvain
<b>Contact</b>	aurelien.walry@hotmail.com

# En tant que médecin généraliste, désirez-vous faire avancer l'étude et la surveillance des problèmes de santé en Belgique?

Floriane Rouvez et l'équipe des médecins vigie

**Le Réseau des Médecins Vigies** (SGP network) est un réseau de médecins généralistes sentinelles existant depuis 1979. Il comporte environ 100 cabinets de médecine générale à travers toute la Belgique et consiste à la collecte de données sur diverses thématiques de santé permettant de surveiller l'état de santé de la population belge et d'informer toutes les parties prenantes grâce aux différentes publications.

Afin de renforcer notre Réseau des Médecins Vigies, nous sommes à la recherche de nouveaux médecins généralistes.

Vidéo de présentation : <https://www.youtube.com/watch?v=Ki075o7VGMw&t=2s>

**Objectifs.** À travers vos transmissions de données sur les soins en médecine générale, vous allez améliorer le système de santé, la qualité des soins et la définition des priorités en santé.

Votre participation peut faire la différence car elle permettra d'aider le Réseau des Médecins Vigies à améliorer sa représentativité en couvrant au moins 1 % de la population belge au niveau de toutes les régions.

**Procédure.** Les données de santé sont collectées par un enregistrement hebdomadaire, par un enregistrement au cas par cas ou par une collecte d'échantillons virologiques. Vous pourrez réaliser un choix parmi les différents types d'enregistrements.

Depuis 44 ans, notre Réseau des Médecins Vigies fonctionne grâce à la collaboration de médecins généralistes. Rejoignez-nous, où que vous soyez en Belgique.

**Avantages du réseau.** Le réseau vous permettra de recevoir :

- Un rapport annuel individuel des données de votre cabinet
- Un bulletin d'information concernant les activités et les productions du réseau
- Un accès à des événements organisés par le réseau (webinaires scientifiques, séminaires)
- Une compensation financière de 300€/an avec une participation régulière
- Une possibilité d'être membre du comité d'accompagnement de notre réseau
- Vous serez mentionnés dans des publications scientifiques (groupe auteurs selon éligibilité)

Afin d'avoir plus d'informations sur notre Réseau des Médecins Vigies, vous pouvez consulter notre site web du Réseau des Médecins Vigies sur <https://www.sciensano.be/fr/reseau-des-medecins-vigies>

Souhaitez-vous rejoindre notre réseau ou avoir des informations complémentaires? Contactez l'équipe des Médecins Vigies : [PPMV@sciensano.be](mailto:PPMV@sciensano.be)

---

**Adresse de contact** PPMV@sciensano.be

**Site web** <https://www.sciensano.be/fr/reseau-des-medecins-vigies>

---



# Wilt u als huisarts het onderzoek naar en de opvolging van gezondheidsproblemen in België bevorderen?

Floriane Rouvez en het team van het netwerk van huisartsenpeilpraktijken

**Het netwerk van Huisartsenpeilpraktijken** (SGP Network) is een netwerk van huisartsen dat bestaat sinds 1979. Het omvat ongeveer 100 huisartsenpraktijken in heel België en verzamelt gegevens over een hele reeks gezondheidsthema's om de gezondheidstoestand van de Belgische bevolking op te volgen en alle belanghebbenden te informeren via verschillende publicaties.

Om ons netwerk van Huisartsenpeilpraktijken te versterken, zijn we op zoek naar nieuwe huisartsen.

Videopresentatie: <https://www.youtube.com/watch?v=5D9UjAfle0I>

**Doelstellingen.** Door gegevens over de eerstelijnszorg door te geven, verbetert u het gezondheidssysteem, de kwaliteit van de zorg en de definitie van gezondheidsprioriteiten.

Uw deelname kan een verschil maken, want ze zal het netwerk van Huisartsenpeilpraktijken helpen om zijn representativiteit te verbeteren door ten minste 1% van de Belgische bevolking in alle regio's te dekken.

**Procedure.** Gezondheidsgegevens worden verzameld door wekelijkse registratie, registratie per geval of door het verzamelen van virologische stalen. U kunt kiezen tussen de verschillende soorten registratie.

Al 44 jaar werkt ons netwerk van Huisartsenpeilpraktijken samen met huisartsen. Sluit u bij ons aan, waar u ook bent in België.

**Voordelen van het netwerk.** Via het netwerk kunt u het volgende ontvangen:

- Een individueel jaarverslag van de gegevens van uw praktijk
- Een nieuwsbrief over de activiteiten en resultaten van het netwerk
- Toegang tot door het netwerk georganiseerde evenementen (wetenschappelijke webinars, seminars)
- Financiële compensatie van €300/jaar bij regelmatige deelname
- Mogelijkheid om het netwerk te vertegenwoordigen in het stuurgroep: deelname aan de besluitvorming
- U wordt geciteerd in wetenschappelijke publicaties: auteursgroep

Bezoek de website van het netwerk van Huisartsenpeilpraktijken op <https://www.sciensano.be/nl/netwerk-van-huisartsenpeilpraktijken>

Wilt u lid worden van ons netwerk van Huisartsenpeilpraktijken of meer informatie ontvangen? Neem contact op met het team van het netwerk: [PPMV@sciensano.be](mailto:PPMV@sciensano.be)

---

## Contactadres

PPMV@sciensano.be

## Website

<https://www.sciensano.be/nl/netwerk-van-huisartsenpeilpraktijken>

---

