



GEÏNTEGREERDE ZORG OP WIJKNIVEAU

INTERVIEW MET BRUSSELSE STADSDOKTER LOUIS FERRANT

door Marleen Wynants

Voor Louis Ferrant was huisarts zijn ook een manier om zich sociaal te engageren. Vanuit die optiek bouwde hij als pas afgestudeerde arts mee een praktijk uit in Kuregem in Brussel, inmiddels Wijkgezondheidscentrum Medikuregem. In 1998 kreeg hij de Fonds Verhulst-Van Eeckhoven prijs waardoor hij van de gemeente Anderlecht ook een huis kreeg toegewezen om het Huis der Gezinnen onder te brengen waar gewerkt wordt rond taal, voeding en opvoeding. Vanuit dat Huis wordt ook aan zwangerschapsbegeleiding gedaan in samenwerking met Medikuregem. Vijf jaar na zijn officieel pensioen blijft Louis Ferrant zich toeleggen op de noden in de wijk en bouwt verder aan een sociaal en cultureel gericht bottom-up toekomstperspectief voor de gezondheid van de wijkbewoners.

Een geïntegreerde praktijk uitbouwen in een specifieke buurt, in Kuregem meer bepaald, vraagt tijd en vooral oog voor de bredere context waarin de medische problemen zich voordoen. Hoe is dat geëvolueerd?

Kuregem was eind jaren 70 een arbeiderswijk en precies dat heeft ons gemotiveerd om daar een praktijk op te starten. Via een lokale apotheker, Jean Delem, hebben we een huis gevonden. Delem was toen ook maatschappelijk assistent en stichtte een jeugdhuis in de buurt. Via hem kregen mijn collega Jo Butaye en ik onze eerste patiënten. Van Franstalige kant (Vie Féminine) kwamen er een intercultureel bemiddelaarster avant la lettre bij en in 1981 sloten twee tandartsen aan. In het begin kregen we vooral Zuid-Europese mensen over de vloer, Italianen, Spanjaarden, Grieken, snel gevolgd door Marokkanen en nadien Turken. Doordat wij een Marokkaanse bemiddelaarster hadden konden vrouwen komen zonder dat ze een kind of iemand van de familie moesten meebrengen om te vertalen. In 1986 is Claire Janssens erbij gekomen als derde huisarts; het beroep raakte toen stilaan vervrouwelijkt. We merkten dat sommige onderwerpen voor moslimvrouwen nog niet zo'n taboe waren als nu. Dat is pas gekomen nadat Ayatollah Khomeini in Iran aan de macht kwam en we echt een kloof voelden tussen mannelijke artsen en moslima's die hier patiënt waren.

Op zich heeft dat niet zoveel met religie te maken. Als vrouw ga je misschien op zoek naar zorgverstrekkers die hetzelfde lichaam hebben, als je de keuzevrijheid hebt natuurlijk.

Volledig akkoord. Maar toen ik afstudeerde aan de Universiteit Antwerpen waren we met 36 in totaal en er waren slechts 6 vrouwen. Nu is dat 65% vrouwen en 35% mannen. Die vervrouwelijking van het beroep is er gelukkig gekomen maar in de jaren 80 was de noodzaak om een vrouw in de praktijk te hebben groot. Claire Janssens was dan ook bedolven onder het werk. Toch heeft ze het 20 jaar volgehouden. Ik ben dan stilaan op twee sporen beginnen te werken: interculturele communicatie, waarbij we samen met Ri De Ridder een project rond interculturele bemiddeling in Vlaanderen en Brussel uit de grond gestampt hebben, een opleiding die in Vlaanderen helaas een stille dood is gestorven. De tweede focus was kansarmoede bij kinderen en de oprichting van het Huis der Gezinnen. Binnen de Universiteit Antwerpen was ik ook sinds 1986 binnen de huisartsgeneeskunde verantwoordelijk voor diversiteit en gezondheid. In het begin was dat vooral culturele diversiteit. Nu is dat veel breder natuurlijk, ook gender, socio-economische klasse, leeftijd... maken deel uit van die diversiteit. Ik heb in die jaren enorm veel gehad aan werkgroepen waarin medische antropologen zaten, psychiaters, psychologen, verpleegsters en huisartsen. We werkten rond wat we toen 'vage klachten' noemden. Vandaag zouden we dat somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten noemen. Is het iets organisch of een uiting van onwelzijn in het lichaam? Het heeft mij in ieder geval geleerd om te luisteren naar patiënten – het zogenaamde biopsychosociale model – en van daaruit zijn we breder beginnen te werken en wilden we een geïntegreerd model van geneeskunde aanbieden.

Hoe ziet u die geïntegreerde aanpak, want het gaat duidelijk om meer dan verschillende medische invalshoeken?

Ja, het is meer dan multidisciplinair werken of naar elkaar doorwijzen. Een geïntegreerd model vraagt dat zorgverleners anders denken en tegelijk de patiënten met een nood, een specifieke vraag, in het proces betrekken. Dat is niet zo evident en het vergt tijd. De arts moet moeite doen om te kijken en te luisteren, vooral bij patiënten met chronische klachten zoals pijn, vermoeidheid en depressie. De moeilijkheid als zorgverlener is het respect voor elkaars taal, elkaars kwaliteiten en kunde. Iedereen moet op hun niveau het maximum eruit halen. In het kader van die geïntegreerde zorg zijn we als groepspraktijk in 2007 overgeschakeld naar het 'forfaitair betalingssysteem' en op dat moment is de grote kwantitatieve doorbraak gekomen. We zijn nu met 30 medewerkers, goed voor zo'n 20 fulltime equivalenten – dat is veel maar het is goed. Wel heb ik heb nog altijd spijt dat we het model van de forfaitaire betaling niet vroeger ingevoerd hebben. De bedoeling is op wijkniveau te werken. In Kuregem gaat dat over een 30.000 tal inwoners, die over drie buurten verdeeld zijn: de Dauwwijk, de Barawijk en de Veeartsenijwijk. We proberen echt op wijkniveau te werken en een afgebakende groep te krijgen. Dat is moeilijk omdat een oudere populatie van patiënten inmiddels verhuisd is, of wat verder uit de buurt is gaan wonen. Maar wie in de wijk woont, kan een beroep doen op forfaitaire zorg. De patiënten schrijven zich in, meestal is dat voor hun hun volledige gezin, en ze tekenen drie documenten: één voor zichzelf, één voor het wijkgezondheidscentrum en één voor hun mutualiteit. Daarin staan de diensten waarop zij kunnen rekenen. Dat is naast huisartsgeneeskunde bijvoorbeeld ook verpleegkunde, maar kinesitherapie dan weer niet. Andere wijkgezondheidscentra bieden dat wel aan. We hebben nu ongeveer 4500 patiënten, voor wie we elk een forfaitair bedrag krijgen. Dat bedrag is voor elke patiënt gelijk, en wordt bepaald volgens specifieke indicatoren. Indien een groot aantal mensen met chronische ziekten of langere werkloosheid zijn ingeschreven, dan wordt het forfait iets hoger voor huisartsgeneeskunde en voor verpleegkunde. Je moet in dat geval wel voorzien in continue zorg, wat voor verpleegkunde niet evident is omdat die zorg ook in het weekend verleend moet worden. Als we dat intern niet georganiseerd krijgen, doen we een beroep op een extern verpleegteam.

De patiënten betalen dus zelf niets?

Neen, tenzij ze een beroep doen op wachtdiensten. Dan moeten ze het doktersbriefje met het honorarium aan ons geven en wij betalen hen terug. Wanneer iemand bijvoorbeeld naar een acupuncturist gaat, wordt dat ook niet terugbetaald. Dat soort van consultaties kan wel door de patiënt aangevraagd worden en binnen bepaalde limieten terugbetaald worden. Natuurlijk hebben we niet voor alle chronische klachten een oplossing maar we kunnen wel breed gaan doordat ons wijkgezondheids-

centrum een vzw is met naast 8 huisartsen (waarvan 2 in opleiding) en 3 verpleegkundigen, ook 2 vroedvrouwen, een maatschappelijk werker, een diëtiste, een psychologe... Dat is inderdaad allemaal mogelijk met het forfait waardoor we veel zorg kunnen besteden aan de meeste noden van onze patiëntenpopulatie. Wij bieden een diëtiste aan terwijl andere centra kiezen voor een ander profiel. Als je deel uitmaakt van de wijkgezondheidscentra is het wel verplicht om een educatief medewerker voor gezondheidspromotie te hebben die verantwoordelijk is voor initiatieven die het welzijn van de mensen verbeteren, zoals de goed-gevoel-stoel, wandelingen, zangactiviteiten, kooklessen... De bewegingscoach is dan weer een initiatief dat door de VGC gesteund wordt.

Het model is flexibel zegt u, hoe stemt het zich af op de reële noden van de wijkbewoners?

Niet iedereen heeft een diëtiste nodig, maar in onze wijk heeft 12% van de Noord-Afrikaanse bevolking tussen de 20 en de 75 diabetes. Dat is enorm, dus daar zetten we op in. Een kinesitherapeute hebben we daarentegen niet. Sommige groepen bieden ook sofrologie aan of yoga. Dat kan nog allemaal komen. Het is als huisarts met het forfaitsysteem vandaag mogelijk om toch al een jaarlijkse praktijkpremie van 6000 euro te bekomen. Je zou ook kunnen denken aan pay for quality maar dat is in België nog niet evident. Wij hebben de screening van borstkanker bijvoorbeeld kunnen optrekken van 35 naar 50% - de vraag of dat moet gebeuren op de manier zoals dat nu verloopt is dan weer een andere kwestie. We willen dat ook doen voor darm- en baarmoederhalskanker. Je zou kunnen stellen dat als iemand bepaalde doelstellingen bereikt, daar ook voor vergoed wordt. Ik zeg dus niet dat alles via het forfaitsysteem moet verlopen, maar het blijft een zeer interessant model, ook om het geleidelijk en structureel in te bedden in praktijken die de betaling per prestatie verkiezen.

Wat zijn dé uitdagingen qua gezondheid op dit moment vanuit het Kuregemse wijkperspectief?

Wij hebben een bijzondere aandacht voor het fysieke en mentale welzijn van de adolescenten want die komen niet altijd spontaan. Er is grote twijfel bij hen of het beroepsgeheim echt wel sluitend is naar de ouders toe. Die jongeren staan vaak onder grote druk en hun toekomstmogelijkheden worden vaak beperkt door de context waarin ze opgroeien. Je kunt niet alles oplossen door ouders te leren om in dialoog te gaan met hun kinderen dus polsen wij naar hoe wij jongeren vanuit hun vertrouwde omgeving kunnen helpen, door samen muziek te spelen, aan sport te doen, of door hun een rustige plaats aan te bieden om te kunnen studeren, of zelfs een coach. Zowel jongens als meisjes, en vooral die laatsten, moeten een veilige omgeving hebben om zich te kunnen uiten, om te kunnen ontwikkelen, los te komen van hun ouders, en vooral niet meteen op straat te belanden.

Vandaar het Plan Goujons, een nieuw geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum voor Kuregem en Biestebroek?

Dat nieuwe centrum in de Grondelstraat is een samenwerkingsproject tussen Wijkgezondheidscentrum Medikuregem, Dokters van de Wereld en Solidarimmo, met de steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO), toegekend door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het nieuwe centrum zit op de benedenverdieping van ca 1500 m², en het gebouw zou klaar moeten zijn tegen de lente van 2023. Katrien van Remortel is de coördinatrice van dat project. De Franstaligen spreken meestal van Centre Social Santé Intégré Kuregem waarbij Social staat voor welzijn. Ze zeggen niet *bien-être*. In dat centrum zou een kleine antenne van het wijkgezondheidscentrum Medikuregem werkzaam zijn, vooral gericht op de geestelijke gezondheid. Vertrekpunt is het uitbouwen van toekomstperspectieven, bottom-up vanuit de noden van jongeren waarbij gevraagd wordt naar wat ze nodig hebben om zich te kunnen uitleven: een worldcafé, een bibliotheek... Dat gaat beetje bij beetje in de richting van patiëntenparticipatie, al blijft echte participatie een heel grote uitdaging. We zullen letterlijk een hele benedenverdieping ter beschikking hebben waar mensen kunnen binnenstappen in een sfeer van vertrouwen, zonder al te veel stigma's rond mentaal welzijn. We merken ook dat dat model iets is waar jongeren zich als zorg- of hulpverlener voor willen engageren, een beetje zoals jongeren vroeger aangetrokken waren om in de ontwikkelingslanden te gaan werken. Als ik zie dat daar belangstelling voor is, dat jongeren zich daarvoor willen inzetten, dan zitten we waarschijnlijk goed.