

Eerstelijnsgezondheidszorg in **het hart van de gemeente**

Als we de eerstelijnsgezondheidszorg beschouwen als een teamsport waarin verschillende zorgverstrekkers nauw samenwerken in het belang van de patiënt, dan is de lokale overheid binnen het lokale gezondheidsbeleid promotor, coach, trainer, scheidsrechter én medespeler.

Het klassieke patroon van de solo-huisarts, met de praktijkruimte in de eigen woonst, hard werkend en vrijwel constant beschikbaar voor de patiënten, is langzaam aan het verdwijnen. Gedurende vele decennia hebben deze mensen bijgedragen aan hoogstaande en goed bereikbare eerstelijnszorg, en zo de huisartsgeneeskunde tot een volwaardige academische discipline gemaakt. Waarvoor respect. Nu staan tal van veranderingen op stapel, zowel zorgwekkende als hoopgevende. In een groeiend aantal gemeenten zijn er jonge huisartsen nodig. Bestaande praktijken, vaak van een (verouderend) huisartsenkorps dat in de meeste gevallen solo opereert, kunnen het toenemende aantal gezinnen dat op zoek is naar een huisarts nauwelijks aan. Patiëntenstops zullen we vaker zien. En meer en meer mensen zullen genooddaakt zijn hun toevlucht te zoeken tot de spoeddienst van ziekenhuizen omdat ze geen vaste huisarts meer hebben.

Aan de andere kant is er sinds een paar jaar een groeiende belangstelling bij studenten geneeskunde voor het prachtige vak van de huisartsgeneeskunde, dicht bij de mensen. Het gaat om een geïnformeerde keuze van jonge gemotiveerde professionals, in meerderheid vrouwen – in lijn met de uitgesproken trend van vervrouwelijking van het artsenkorps.

Vandaag is er toenemend inzicht, gestoeld op internationale ervaringen en wetenschappelijk onderzoek, dat eerstelijnsgezondheidszorg niet alleen een zaak van artsen mag zijn. Het louter

biomedische moet plaats maken voor een multidisciplinaire aanpak. De patiënt is meer dan iemand met een ziekte. Een belangrijk deel van de problemen waarmee hij zich aanbiedt op de eerste lijn, begint bij de persoonlijke, familiale, professionele en maatschappelijke levenssfeer. De oplossingen horen daarom het louter medische te overstijgen en zich eveneens te richten op de psychologische en sociale dimensies. Dit is zeker aangewezen bij de snel groeiende groep van mensen met chronische aandoeningen, zoals hoogbejaarden. De uitdaging is deze mensen 'te leren leven' met hun vele gezondheidsproblemen, op een manier die de patiënt zelf bepaalt, in relatie met de sociale context waarin hij leeft.

Hiervoor moeten gestructureerde samenwerkingsverbanden van huisartsen ontstaan met eerstelijnsprofessionelen uit andere sectoren. De huisarts zal een spilfiguur blijven, maar werkt in de toekomst intenser samen met gezondheids- en welzijnswerkers uit andere disciplines en met andere professionele vaardigheden: verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, diëtisten, kinesisten of psychologen. Eerstelijnszorg zal meer en meer een kwestie van georganiseerd teamwerk worden.

Primary care is a team sport, schreef het gezaghebbende tijdschrift *The Lancet* in 2015.

Natuurlijk werken huisartsen en andere zorgverstrekkers nu al samen, maar meestal gebeurt dit nog op een ad-hocbasis en hangt het af van de goodwill van de individuele gezondheidswerkers. Almaar meer zal dit

gebeuren in multidisciplinaire groepspraktijken, gevestigd op centrale locaties in de lokale leefgemeenschap. Patiëntenoverleg zal er makkelijker verlopen, binnen de muren van de groepspraktijk of het gezondheidscentrum. Werken in groep levert ook voordelen op in termen van schaal zoals een centraal secretariaat en een efficiënter gebruik van de praktijkruimtes.

Zo'n organisatie is niet alleen goed voor de kwaliteit van de verstrekte zorg, maar ook voor het welbevinden van de professionelen. Inderdaad, een aanbod van eerstelijnszorg in teamverband, op een plek waar een heleboel menselijke middelen geconcentreerd zijn, kan bijdragen tot een gezonde balans tussen werk en privéleven. Taken worden verdeeld, problemen samen besproken, met meer ruimte voor vrije momenten in drukke weekagenda's. Dit is een bekommernis voor veel artsen, vooral voor de groeiende groep vrouwelijke huisartsen. In die zin was de aanvankelijke reserve van minister van Volksgezondheid Maggie De Block ten opzichte van wijkgezondheidscentra – een van de modellen van multidisciplinaire eerstelijnsgroepspraktijken in ons land – op zijn minst verbazingwekkend. Gelukkig heeft ze haar houding ter zake bijgesteld. Jonge, net afgestudeerde huisartsen willen zich niet meer solo vestigen. Ze gaan steeds meer op zoek naar praktijken waar in teamverband gewerkt wordt. Als die er niet zijn, gaan ze elders kijken. Gemeenten die niet in die





L. VLAARIS

Het is mijn overtuiging dat het in het belang van de lokale bevolking en dus ook de verantwoordelijkheid van democratisch verkozen lokale besturen is goede en bereikbare basisgezondheidszorg op een duurzame manier te verankeren in de gemeenschap.

richting evolueren, kunnen wel eens de boot missen en met een nijpend huisartsentekort geconfronteerd raken. Lokale besturen kunnen in deze ontwikkelingen een rol spelen. Ze kunnen sturend optreden en, bijvoorbeeld, dergelijke groepspraktijken promoten en kansen geven. Dit past mooi in de filosofie van het lokaal sociaal beleid, en in de huidige dynamiek in Vlaanderen aangaande samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg en thuiszorg: zie de evolutie van de thuiszorg op provinciaal niveau, gevolgd door de plaatselijke samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg (SIT), en nog later door de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg (SEL). Aansluitend op de conferentie eerstelijnszorg van februari 2017 georganiseerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid was er een oproep door de overheid tot vorming

van de eerstelijnszones (ELZ) waarvoor voorstellen konden worden ingediend tot 31 december 2017. Deze politieke maatregel ligt mooi in de lijn – en is er allicht ook door geïnspireerd – van de hervorming van onze eerstelijnszorg voorgesteld in het boek *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!*, dat vier Vlaamse professoren huisartsgeneeskunde eind 2014 publiceerden. Deze blauwdruk benadrukte het evenwicht tussen persoonsgerichte en geïntegreerde zorg voor individuele patiënten enerzijds, en een specifieke bevolkingsgerichte zorgplanning voor een welomschreven populatie anderzijds. Mijn tropenervaring heeft me trouwens geleerd dat zo'n benadering sinds vele decennia de leidraad vormt voor de opbouw van basisgezondheidszorgsystemen in ontwikkelingslanden. Er zijn dus dingen

die we kunnen leren van het Zuiden – ook in onze gezondheidszorg! Kortom, het politieke en bestuurlijke kader is er vandaag. Op het door OA-SeS in december 2017 georganiseerde colloquium over sociaal beleid en armoedebestrijding op lokaal niveau werd gesteld dat lokale besturen vandaag verantwoordelijkheid en beleidsruimte hebben, maar (nog) te weinig capaciteit om die adequaat in te vullen. Is samenwerking voor gezondheidszorg op het lokale niveau een eenvoudige zaak? Zeker niet. Er komen veel en vaak verschillende mensen en organisaties aan te pas, zowel publieke, private als non-profit. Zoals professor bestuurskunde Ellen Wayenberg onlangs aanhaalde (*VIEWWZ*, okt.-nov.-dec. 2017) is ondersteuning en samenwerking voor lokaal gezondheidsbeleid vrij nieuw in Vlaanderen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Groot-Brittannië, waar gezondheid volop op de lokale beleidsagenda staat. Allicht staat de 'liberale' traditie en geschiedenis van ons artsenkorps (u weet wel, 'vrije beroepen') overheidsinterventie nog een beetje in de weg. Mijn persoonlijke ervaring als OCMW-voorzitter leerde me dat gestructureerde samenwerking tussen de sociale diensten van het lokale bestuur en plaatselijke huisartsen niet altijd van een leien dakje loopt. Ik

heb ooit geprobeerd een trimestrieel overleg tot stand te brengen tussen het OCMW en een vertegenwoordiging van de lokale huisartsenkring, maar dat was geen onverdeeld succes. Meer recent werd het verzoek van een lokale groepspraktijk om maandelijks binnen haar muren ruimte te bieden aan een sociaal assistente van het OCMW om er (decentraal) spreekuur te houden door de lokale mandatarissen van de hand gewezen. Aan de andere kant zijn we er wel in geslaagd iedereen van het lokale zorg- en welzijnslandschap samen te brengen in het Welzijnsforum: een platform voor kennismaking, informatie-uitwisseling, en aanzet tot gezamenlijke planning tussen de soms zeer verscheidene spelers in het lokale zorgsysteem.

Tijden veranderen en geesten kunnen rijpen. En, zoals ook Ellen Wayenberg met klem stelt, lokale besturen zijn uniek geplaatst om de regie aan lokaal gezondheidsbeleid op te nemen. Ze kunnen op zijn minst vier functies vervullen: kadersteller, designer, uitbouwer van lokale netwerkcapaciteit en arbiter bij conflicten, en ten slotte participator.

Het is mijn overtuiging dat het in het belang van de lokale bevolking en dus ook de verantwoordelijkheid van democratisch verkozen lokale besturen is goede en bereikbare basisgezondheidszorg op een duurzame manier te verankeren in de gemeenschap voor de volgende dertig tot veertig jaar. En dit te bewerkstelligen via de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Misschien wordt degelijke, bereikbare en duurzame eerstelijnszorg wel een thema in de komende gemeenteraadsverkiezingen? Ik zou het in ieder geval zeer toejuichen. ■

**BART CRIEL IS HOGLERAAR DEPARTEMENT VOLKSGEZONDHEID
INSTITUUT TROPISCHE GENEESKUNDE ANTWERPEN,
EX-OCMW-VOORZITTER GEMEENTE KRUIBEKE, EN ECHTGENOOT
VAN EEN HUISARTS**

Sociaal contact belangrijker dan oogst

Volkstuin of zorgtuin? In het concept Warme Tuin combineert de Landelijke Gilden het beste van beide werelden. Ruimte voor tuinieren, ook door bewoners van zorgvoorzieningen, en sociaal contact tussen tuiniers en bewoners.

Een warme tuin is een volkstuin in een zorgvoorziening. Het is geen klassieke volkstuin en ook geen klassieke zorgtuin. Het is een mix van beide. Het sociale contact is er belangrijker dan de grootte van de oogst. Er zijn in Vlaanderen veel volkstuinten waar mensen hun eigen stukje grond bewerken, maar tegelijk sociale contacten leggen met andere tuiniers. Daarnaast bestaan er ook al zorgtuinen: tuinen in zorgvoorzieningen waar medewerkers en vrijwilligers samen met bewoners tuinieren. Landelijke Gilden combineert beide soorten tuin en doopt dit concept 'warme tuin': een volkstuin binnen de 'muren' van een zorgvoorziening, zoals een woonzorgcentrum. Een warme tuin biedt de bewoners de kans actief bezig te zijn, of gewoon te genieten van het kijken naar tuinierende mensen. Het idee is eenvoudig en origineel: een zorgvoorziening stelt grond ter beschikking waarop mensen uit de buurt komen tuinieren. Ook scholen of verenigingen kunnen er een tuintje onderhouden. Bewoners van de zorgvoorziening komen kijken of werken mee. In deze volkse tuin (waar mensen uit het dorp samen tuinieren) en zorgende tuin (waar tuinieren een therapeutische waarde aanbrengt) ontstaat een verbinding tussen de bewoners en de buitenwereld – dorpsbewoners, bezoekers, vrijwilligers – op een spontane en laagdrempelige manier, omdat de tuiniers niet het gevoel hebben dat ze een maatschappelijk engagement opnemen. Ze bewerken immers gewoon hun tuintje. De warme tuin brengt mensen op een spontane manier in contact met de niet-evidente of onbekende context van een zorgvoorziening. Door de inzet van de vrijwilligers blijft de personeelsinzet vanuit de voorziening beperkt.

Welkom in warme tuin Brecht

Onder impuls van Annemie Van Dyck, OCMW-voorzitter en schepen van Landbouw, en ergotherapeute Inge Rombouts werkte het OCMW van Brecht het warme-tuinconcept uit op de terreinen achter het woonzorgcentrum Sint-Maria. Er werd al eerder getuinierd met één groentebak, maar op 11 mei 2017 kreeg