WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM

De REGENT

Regentstraat 1, 2060 Antwerpen, Tel: 03/217 97 90, Fax: 03/667 79 13
info@wgcderegent.be, www.wgcderegent.be

JAARVERSLAG 2014

JAARVERSLAG DE REGENT 2014

JAARVERSLAG DE REGENT 2014 2
1. MISSIE EN VISIETEKST WGC DE REGENT 4
1.1 Missie 4
1.1.1. Baseline 4
1.2 Visie 4
1.2.1. Waarden en Normen 5
1.2.2. Kernwaarden 5
2. WERKING 7
2.1. Een wijkgerichte werking 7
2.2. Een multidisciplinaire aanpak 7
2.3. Toegankelijkheid 8
3. BELEIDSORGANEN 9
4. PERSONEEL 10
4.1 Samenstelling 10
4.2 Verschuivingen 11
4.3 Structureel overleg 11
4.3.1 Intern structureel overleg 11
4.3.2 Extern structureel overleg 12
4.4 Opleiding 13
4.5 Andere activiteiten 14
5. COMMUNICATIE 15
6. ONTHAAL & VRIJWILLIGERSWERKING 15
6.1 Taken onthaal 15
6.2 Onthaalmedewerkers 15
6.3 Aanpassing processen in 2014 16
6.3.1 Algemene tendensen 16
6.3.2 Opstart processen 16
6.4 Communicatie / teamwerking 18
6.5 Vaardigheden 18
6.6 Waardering 18
7. PATIENTEN 19
7.1 Evolutie inschrijvingen 19
7.1.1 Aantal 19
7.1.2 Besluit 20
7.2 Samenstelling 21
7.2.1 2014 in absolute cijfers 21
7.2.2 Samenstelling categorie mutualiteitpatiënten 21
7.2.3 Geslacht 22
7.2.4 Leeftijd 22
7.2.5 Nationaliteit 23
7.3 Consultatiegedrag medisch 23
7.3.1 Consultaties per discipline 23
7.3.2 Psychologische consultaties 24
8. MEDISCHE WERKING 26
8.1 Activiteiten 26
8.1.1 Algemeen 26
8.1.2 Opvolging zwangerschappen 26
8.1.3 Contraceptie-advies 26
8.1.4 Diabetesopvolging 27
8.1.5 Herhaalvoorschriften 31

8.1.6 Verpleegkundige zorgen 32
8.1.7 Coderen in het EMD (elektronisch medisch dossier) en Eénlijn 32
8.1.8 Spirometrie 34
8.1.9 EKG 35
8.2 Preventie 35
8.2.1 Griepvaccinatie 35
8.2.2 GMD+ 36
8.2.3 Rookstop 37
8.2.4 Gezondheidspromotie 37
8.3 Sociale begeleiding 37
8.3.1 Financiële moeilijkheden/ verblijfsstatuten 37
8.3.2 Werk/vrije tijd 38
8.3.3 Facturen/administratieve vragen 38
8.3.4 Sociale begeleiding tijdens zwangerschapsopvolging 39
8.3.5 Psycho-sociale ondersteuning/begeleiding 39
8.3.6 Sociale huisbezoeken 40
8.4 Noden binnen de wijk 2060 40
8.5 De Regent als opleidingspraktijk 40
8.5.1 Geneeskunde 40
8.5.2 Verpleging 41
8.5.3 Psychotherapie 41
8.5.4 Onthaal 41
8.5.5 Algemeen 41
8.6 Medische doelstellingen 2014-wat is verwezenlijkt? 42
8.6.1 Homologeren van het beleid bij courante huisartsgeneeskundige aandoeningen en technische onderzoeken 42
8.6.2 Koppeling patiënt-vaste arts 42
8.6.3 Continu kwaliteit verbeterend project : Elektronisch Medisch Dossier (Medidoc) en Eénlijn 44
8.6.4 Inscannen medische dossiers 46
9. GEZONDHEIDSPROMOTIE & PREVENTIE 47
9.1 Langlopende acties 47
9.2 Acties per thema 48
9.3 Besluit 51
10. SAMENWERKINGSVERBANDEN EN OVERLEG 52
11. INFRASTRUCTUUR 55
11.1 Intern 55
12. CONCLUSIE 2014 en DOELSTELLINGEN 2015 57
12.1 Conclusie 2014 57
12.2 Doelstellingen 2015 58
12.2.1 Medisch 58
12.2.2 Gezondheidspromotie 61
12.2.3 Algemene werking 62
12.2.4 Bouwproject 62
13. FINANCIEEL OVERZICHT 62

1. MISSIE EN VISIETEKST WGC DE REGENT

Onze eerste visie en de missie tekst dateert van juli 2009.
De organisatie is echter in de loop van de jaren fel gegroeid wat aantal patiënten en samenstelling van medewerkers en bestuurders betreft. Alsook hebben we tijdens deze periode veel ervaring kunnen op doen wat ons tot nieuwe inzichten bracht. Daarom werd er in het najaar van 2014 een nieuwe oefening rond visie en missie gepland.
Deze oefening werd gedaan door een groep van 10 mensen, samengesteld uit medewerkers en bestuursleden. We lieten ons hiervoor begeleiden door consultant Dirk Van De poel, die de oefening coördineerde.
Onze doelstelling was enerzijds, het uitschrijven van een gedragen visietekst en anderzijds het uitwerken van een krachtige missie.
We kwamen hiervoor 3 maal samen, met tussentijds ook terugkoppelingen aan het hele team.
We besloten deze oefening met het uitschrijven van kernwaarden die voor ons als medewerkers belangrijk zijn.

1.1 Missie

We maken het recht op integrale gezondheidszorg waar in Antwerpen Noord.

1.1.1. Baseline

" Gezondheidszorg scoort in Antwerpen Noord! "

1.2 Visie

We bieden een brede, generalistische zorg aan met extra aandacht voor de specifieke noden in de wijk Antwerpen Noord, postcode 2060. Binnen ons patiëntenbestand streven we een afspiegeling van de populatiemix van de wijk na.
De grenzen van het generalistisch kader zullen regelmatig afgetoetst worden aan onze opdracht. Er is immers geen zuivere grens te trekken tussen eerstelijnsgezondheidszorg en specialistische zorg. We streven echter naar een mooie, evenwichtige overgang tussen beide.
Voor ons betekent gezondheid een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en dus niet enkel de afwezigheid van ziekte. Daarom werken we multidisciplinair en passen we onze disciplines aan zowel volgens de noden van de wijk als volgens het biopsychosociaal model. Volgens dit gegeven is het geestelijk, sociaal en lichamelijk aspect onlosmakelijk met elkaar verbonden. Met de zorg die we aanbieden willen we op deze drie aspecten inspelen.
Naast onze curatieve werking, zijn we ook preventief actief en dit met een grote focus op gezondheidspromotie. We willen onze patiënten en andere inwoners van 2060 sensibiliseren om zelf een gezonde levensstijl aan te nemen. Door kleine aanpassingen in levensstijl kan vaak een enorme gezondheidswinst geboekt worden. Door hen inzicht te geven in dit proces

willen we hun verantwoordelijkheidsgevoel wat hun eigen gezondheid betreft stimuleren en hun zelfredzaamheid daarin versterken.
Deze zelfredzaamheid streven we ook na op sociaal vlak waardoor ze o.a. hun sociaal netwerk verstevigen en zo zelf meer kunnen ondernemen.
Om onze visie op gezondheidszorg voor elke inwoner in de wijk toegankelijk te maken kiezen we ervoor te werken met het forfaitair betalingssysteem en dit vanuit een sociaal oogmerk. Dit laat ons toe ook mensen zonder mutualiteit verder te helpen.
Door onze werking dragen we bij aan de sociale cohesie en de positieve dynamiek van de wijk. Om een hoger gezondheidspeil te bereiken, zowel op inwonersniveau als op wijkniveau, tracht het WGC aan beleids-beïnvloeding te doen.

1.2.1. Waarden en Normen

Zowel naar medewerkers als patiënten wil WGC De Regent een warm onthaal bieden binnen een professioneel kader. We zijn respectvol naar iedereen en kijken zonder vooroordelen en met open blik naar diversiteit en multiculturaliteit.
Als collega's werken we, binnen een overlegstructuur, constructief met elkaar samen en met een open geest naar nieuwe ideeën. Het zoeken naar aanpassingen en verbeteringen op organisatie niveau is immers een voortdurend proces. We stellen ons flexibel en loyaal op om de continuïteit van de werking te kunnen waarborgen.
Als werkgever streeft WGC De Regent naar een optimaal medewerkers-beleid wat zich vertaalt in verschillende aspecten zoals o.a. loonbeleid, extra legale voordelen en flexibele werkuren, waarbij er zorg wordt gedragen voor de balans tussen werk – en thuissfeer. Er is aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van de medewerkers door het vormings- en opleidingsbeleid.
Beslissingen die een gevolg voor de werking inhouden, worden steeds in teamverband besproken. Maar ook de participatie aan het beleid door de medewerkers wordt gestimuleerd en geapprecieerd. Alleen door de aangename wisselwerking tussen bestuursleden en medewerkers komen we tot een gedragen besluitvorming.
WGC De Regent gelooft in gemotiveerde medewerkers die zich goed voelen op hun werkplek en dientengevolge hun werk met liefde doen. De waardering van de patiënt is o.a. onze beloning.

1.2.2. Kernwaarden

Kernwaarden zijn diepgewortelde overtuigingen die aangeven welke kwaliteiten mensen belangrijk vinden.
Kernwaarden geven aan wat van wezenlijk belang is en wat niet.
Het zijn tijdloze principes die de grens tussen wat goed en wat slecht is markeren. Kernwaarden geven richting aan onze keuzes en handelingen.
Ze geven antwoord op de vraag hoe men zich zal gedragen wanneer men naar het hogere en gewaagde doel streeft.
Kernwaarden behoeven geen externe rechtvaardiging.
Ze hebben intrinsieke waarde voor hen die in de organisatie werkzaam zijn.
Ze zijn onafhankelijk van de heersende tijdgeest, de economische conjunctuur of van concurrentieperikelen. Ze geven aan waar mensen in

een organisatie zich aan willen houden, wanneer het goed gaat, maar ook wanneer de zaken minder voorspoedig verlopen.

Er bestaan drie soorten kernwaarden:

- de bestaande waarden (waarden die in de huidige cultuur verankerd zijn en die de organisatie graag wenst te behouden),
- de wenselijke waarden (waarden die nog niet aanwezig zijn in de huidige cultuur, maar waarvan de organisatie vindt dat deze gezien het hogere en gewaagde doel zonder meer onderdeel van de toekomstige organisatiecultuur moeten gaan uitmaken),
- de vereiste kernwaarden ('licence to operate-waarden') : waarden die typerend zijn voor de betreffende branche en die als het ware mogelijk maken dat men kan bestaan).

De optelsom van deze drie genoemde soorten mag niet meer dan zes kernwaarden bedragen.

Kernwaarden voor De Regent

	Bestaande waarden	Wenselijke waarden	Vereiste waarden
1	Zorgzaamheid	Efficiëntie	Veelzijdigheid
2	Enthousiasme	Loyaliteit	Verbinding

Omschrijving kernwaarden:

Zorgzaam: We zijn zorgzaam in al onze relaties, zowel naar patiënten, collega's als externe relaties. Zorgzaam betekent voor ons respectvol, behoedzaam, voorzichtig.
Enthousiast: We doen ons werk graag, we zijn overtuigd van de toegevoegde waarde en vinden de drijfveer voor wat we doen terug in de werking en bij de collega's. Dit proces werkt aanstekelijk en belonend.
Efficiënt: We streven ernaar onze werking zo efficiënt mogelijk te maken en daarbij het menselijk aspect zeker niet te vergeten. Efficiëntie betekent voor ons: kwaliteit, resultaat en professionalisme.
Loyaliteit: We zijn loyaal naar collega's en patiënten en streven hierbij naar een soepele werking. Loyaliteit betekent voor ons eerlijkheid, flexibiliteit en assertiviteit.
Veelzijdigheid: Het aspect veelzijdigheid komt terug in vele aspecten van onze werking: de veelheid aan nationaliteiten, de multidisciplinaire werking, het biopsychosociaal model waar we mee werken, en de overlegstructuur die we nastreven.
Verbinding: Een multidisciplinaire werking werkt enkel goed als er verbinding gecreëerd wordt tussen al deze disciplines, verbinding tussen zorgverstrekker en patiënt, verbinding tussen alle nationaliteiten in onze wachtkamer, verbinding tussen alle medewerkers.
Met deze kernwaarden gingen we ook aan de slag om een woordwolk te maken. Het resultaat zie je op het voorblad van dit document.

2. WERKING

Een wijkgezondheidscentrum is een zorgconcept op de eerste lijn waar multidisciplinair gewerkt wordt rond welzijn en gezondheid. In deze werking zijn een aantal principes essentieel.

2.1. Een wijkgerichte werking

- Een wijkgezondheidscentrum richt zich tot een duidelijk afgebakend geografisch werkgebied. Dit kan een wijk of een gemeente zijn. Als enig criterium voor inschrijving van een patiënt geldt zijn/haar verblijfplaats.
- Voor WGC De Regent is iedereen die in 2060 Antwerpen woont welkom.
  Deze wijk wordt gekenmerkt door een bonte multiculturele samenleving. Er is een grote aanwezigheid van illegalen, leefloontrekkers en kansarmen maar er zijn ook veel autochtone jonge gezinnen die er voor kiezen in deze wijk te wonen. Het is voornamelijk ook een wijk van nieuwkomers, dit wil zeggen dat de buurt ook veel migratie kent.
- Een WGC werkt niet alleen voor zijn ingeschreven zorgpopulatie maar heeft daarnaast ook aandacht voor het bevorderen van gezondheidsvoorwaarden in de buurt en dit in nauwe samenwerking met lokale gezondheids- en welzijnsorganisaties als de lokale overheid.

2.2. Een multidisciplinaire aanpak

In een wijkgezondheidscentrum werken verschillende disciplines onder één dak. Door deze multidisciplinaire werking kan de patiënt vanuit verschillende invalshoeken besproken worden en kan er een gecoördineerd behandelplan opgesteld worden.
Deze aanpak maakt bovendien de 3 pijlers, waarop ons model gebaseerd is , zichtbaar.

- Curatieve Geneeskunde: onze huisartsen
- Welzijn
  De sociaalverpleegkundigen zetten zich in voor vragen en begeleiding op maatschappelijk vlak, terwijl de psychologen een begeleiding aanbieden op het vlak van geestelijke gezondheid.
- Gezondheidspromotie en preventie
  Naast de curatieve aanpak is er aandacht voor gezondheidspromotie en preventie, zowel individueel als groepsgericht. Preventie uit zich in zaken zoals :
  - Griepvaccinatie
  - Rook stop
  - Preventieve screenings
  - GMD+

  Gezondheidspromotie gaat eerder over het promoten van een gezonde levensstijl. WGC De Regent werkt jaarlijks 3 gezondheidsthema's uit. Dit houdt in dat er per thema een aantal activiteiten worden voorgesteld waaraan de patiënten en

de bewoners uit de wijk kunnen deelnemen. Tevens zijn er ook projecten op jaarbasis. Deze projecten worden telkens voorgesteld in de nieuwsbrief.

Vermits deze pijlers onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, willen we ook op deze 3 domeinen inzetten. Daarom werken we in WGC De Regent momenteel samen met 5 huisartsen, 2 sociaal-verpleegkundigen en 3 psychologen.

2.3. Toegankelijkheid

Een WGC streeft ernaar zoveel mogelijk drempels, die de toegankelijkheid kunnen belemmeren, weg te halen.

- Financiële toegankelijkheid
  Financiële laagdrempeligheid wordt gerealiseerd door de toepassing van het forfaitair betalingssysteem. Concreet houdt dit in dat patiënten niet rechtstreeks betalen voor hun consultaties en bezoeken. Het WGC verrekend de prestaties rechtstreeks met de mutualiteit.
- Politiek, cultureel en sociaal
  Het WGC is een pluralistische, onverzuilde en onafhankelijke organisatie, m.a.w. : iedereen is welkom!
- Dienstverlening
  Het WGC is 5 dagen per week open van 8.30u 's morgens tot 19u 's avonds.
  Er is een uitgebreid onthaal en administratieve omkadering, wat bijdraagt tot een vlotte communicatie tussen zorgverstrekker en patiënt. Na 19u en tijdens de weekends kan men terecht bij de huisartsenwachtpost.

3. BELEIDSORGANEN

Wijkgezondheidscentrum De Regent is een vereniging zonder winstoogmerk.
De Raad van Bestuur bestaat uit 8 leden zijnde :

Advocaat	Wim Meuwissen	Voorzitter
Coördinator De Regent	Sofie Nicolay	Secretaris
APGA	Jan Maris	
Voorzitter Wijkcomité 2060	Paul De Vroey	
Voorzitter Cortina, bestuurslid Wijkcomité 2060	Johan Robijns	
Verpleegkundige WGC 't Spoor	Hendrik Roelandt	
Arts De Regent/ Zorgcoördinator	Koen Eeckhout	
Directeur Kind & Samenleving	An Piessens	
Arts De Regent	Annelies Lonnée	
Chief controller Alcopa	Emmanuel Lenaerts	

De Raad van Bestuur kwam 6 maal bijeen in 2014.
Jan Maris vroeg tijdelijk vrijstelling van aanwezigheid van september 2014 tot april 2015. Hij zou de RvB terug vervoegen eind april 2015.

De AV bestaat uit de bestuursleden aangevuld met Chris Van Eyken (psychotherapeute in De Regent) en Greet Erven (MDM).
Dhr. Danny Grillet is toegetreden lid en ook alle medewerkers van De Regent kunnen de AV bijwonen als toegetreden lid.
De Algemene vergadering werd gehouden op woensdag 14 mei 2014.

4. PERSONEEL

4.1 Samenstelling

Artsen :	Koen Eeckhout :	0.84 van jan-dec
	Annelies Lonnée :	0.75 van jan-aug
		0.84 van aug-dec
	Eva De Waele :	0.80 van jan-maart
	Afsaneh Najib :	0.50 van jan-dec
	Pieter Jan Monprofit :	0.86 van jan-dec
	Bart Vander Putten :	0.85 van sept-dec
Zorgcoördinatie :	Koen Eeckhout:	jan-dec
Verpleging :	Saar Keymeulen :	0.85 van jan-dec
	Griet Van Doren:	0.35 van sept-dec
Sociaal Assistent :	Griet Van Doren :	0.50 van jan-dec
Psychotherapeute :	Chris Van Eyken :	0.10 van jan-dec
	Kris Holemans:	0.10 van okt-dec
	Koen Lafaut:	0.05 van jan-juli
		0.05 van okt-dec
Onthaalbediende:	Tamara De Coen :	0.95 van jan-dec
	Karen Van Baelen :	0.50 van jan-okt
		0.75 van nov-dec
	Sana Boubouh :	0.75 van jan-sept
		1.00 van okt-dec
	Sara Suijs :	0.75 van jan-juni
		0.60 van juli-okt
	Kirenia Infante Diaz:	0.50 van febr-dec
Vrijwilligers :	Lutgart Broos	
	Roger Beels	
	Riet Geysen	
	Walter Lauriks	
	Greta Lauwerijs	
Administratie:	Luba Pak :	0.75 van jan-dec
Coördinatie :	Sofie Nicolay :	0.95 jan-dec

Totaal personeel in FTE voor 2014 : **10**
Totaal aantal koppen: **14** (zonder vrijwilligers)
22 met vrijwilligers

Arts	VP	M Ass.	Psy	Admin	Onth.	Coörd.	Vrijw.
3.5	0.85	0.60	0.17	0.75	3.3	0.95	1

Wat samenstelling betreft, is er weinig verandering t.o.v. vorig jaar. Er is een lichte toename in FTE door gewijzigde uurroosters van enkele medewerkers en door de extra personeelsbezetting aan het onthaal in het kader van deeltijds leren/deeltijds werken.

4.2 Verschuivingen

Artsen

- Dr. Eva De Waele verlaat De Regent in maart om dichter bij huis te kunnen werken. Zij zet zich voortaan in, in het WGC het Rabot te Gent.
- Dr. Bart Van Der Putten start zijn opleiding in de Regent als Haio in september 2014. Praktijkopleider is Dr. Annelies Lonnée.

Verpleging & Sociale dienst

- Vermits er een toename is aan zowel verpleegkundig als sociaal werk, wordt er in de RvB besloten in te zetten op de uitbreiding van de sociale dienstverlening. Griet gaat hier op in en haar tewerkstelling wordt verhoogd met 70%. Vanaf september is ze 32u/week aanwezig.

Psychologen

- Kris Holemans start in oktober met een consultatieblok van 4u/week. Zij neemt dit nu op als medewerker ipv vrijwilliger (in het kader van de studies) zoals daarvoor.

Onthaal

- Sara Suijs stopt aan het onthaal in oktober 2014.
- Haar talenpakket wordt tijdelijk door de andere onthaal-collega's overgenomen.

4.3 Structureel overleg

4.3.1 Intern structureel overleg

Teamvergaderingen :	Om de 2 weken op dinsdag van 13.30u -15.15u, Vanaf september van 11.20u – 13u: voltallig team
Multidisciplinair overleg:	Om de 2 weken op dinsdag van 13.30u-15.15u alle zorgverstrekkers + andere medewerkers naargelang onderwerp
Onthaalvergadering:	Om de 2 weken op dinsdag van 13.30u tot 14.30u Alle onthaalmedewerkers + coördinator
Onthaalbijeenkomsten:	Maandelijks : elke laatste vrijdag van de maand, Alle onthaalmedewerkers + vrijwilligers, één zorgverstrekker en soms coördinator.

Overleg coördinatie/Zorgcoördinatie: Om de 3 weken : Sofie &Koen

Werkgroepen : Naargelang het onderwerp, vergaderen werkgroepen rond een specifiek thema tussen de 5 à 8 keer op jaarbasis

Werkgroepen 2014:

- Gezondheidspromotie
- Inscannen van medische dossiers
- Koppeling patiënt- vaste arts
- Vernieuwing website

Functioneringsgesprekken : 1 keer op jaarbasis :

- Juni : het betreft afwisselend :
  - het ene jaar een groepsfunctioneringsgesprek op niveau van de verschillende disciplines: artsen/sociaalverpleegkundigen/onthaal + administratie
    Dit ter verbetering van het functioneren binnen elke discipline, maar ook interdisciplinair heeft dit veel opgeleverd.
  - Het andere jaar: persoonlijke functioneringsgesprekken

4.3.2 Extern structureel overleg

Coördinatorenoverleg:	Brussel, Koepelvereniging, 5/jaar: Sofie
Regiogroep:	Brussel, Koepelvereniging, 7/jaar: Sofie en Koen
RvB Koepelvereniging:	Brussel, Koepelvereniging 8/jaar: Sofie
Beleidscel Werkgeversmaterie :	Brussel, Koepelvereniging 5/jaar: Sofie
Studieclub Gezondheidspromotie:	Brussel : Koepelvereniging 3/jaar: Saar Keymeulen
Beleidscel Data & Kwaliteit	Brussel : koepelvereniging 3/jaar : Tamara
Werkgroep Forfait :	Brussel : Koepelvereniging 3/jaar: Luba
Regiegroep Ocmw:	Antwerpen, 3 /jaar : Sofie + soms iemand anders
Werkgroep toegankelijke zorg	Antwerpen, 3/jaar: Sofie

4.4 Opleiding

Vorming en opleiding zijn belangrijk. Er wordt dan ook heel wat aandacht besteed aan zowel het individuele leerpad als het collectieve.
Een greep uit de opleidingen, workshops en andere leermomenten die in 2014 door onze medewerkers gevolgd werden :

Gezamenlijke leermomenten

Agressie — In 2013 is er bewust gekozen om rond agressie te werken. Deze opleiding bestond uit 2 delen (gegeven door Kwadraet). Een eerste, theoretisch luik werd gegeven in november 2013. Het tweede, meer praktische luik volgde in januari 2014.

Studiedag — Op 18/10 werd er door de koepelvereniging een studiedag georganiseerd omtrent Gezondheids-promotie & ethiek.

Kwaliteitsdag VWGC — Studiedag georganiseerd door de koepelvereniging op 28 november.
Deze dag ging voornamelijk over het uitwisselen van Good Practises op het vlak van interdisciplinair overleg.

Gezondheidsenquête Antwerpen: Voorstelling van de grote gezondheidsenquête van het Ocmw Antwerpen op 19/6

Brainstorm sessie — Op 10/6 deden we met het team een gezamenlijke brainstormsessie omtrent onze werking. Hoe zien we onze toekomstige werking, op welke disciplines willen we inzetten?

Persoonlijke leertrajecten

Diabeteseducator — Saar Keymeulen startte in 2013 met de opleiding diabetes-educator. Zij rondde deze opleiding in 2014 succesvol af.

Leiden & adviseren van een organisatie — Langlopende opleiding bij Balans gevolgd door Sofie. Deze opleiding werd met succes afgerond in 2014.

Spirometrie — Griet volgde in 2014 een opleiding omtrent spirometrie

Accredtiteringsopleidingen

In het kader van hun accreditering, volgen de artsen alsook de sociaalverpleegkundigen tal van medische (en sociale)vormingen. Een aantal vormingen als voorbeeld:

- Antibioticagebruik in de huisartsenpraktijk
- Het onduidelijk overlijden: Een valkuil?
- Nucleaire onderzoeken in de huisartsgeneeskunde
- Bijscholing incontinentie en menopauze
- Opening psychiatrie
- De éénlijn- hervorming op het vlak v an E-health
- Burnout preventie bij artsen: opleiding gegeven door Dr. E. Boydens

Colloquia

8/11: colloquium met betrekking tot omschakeling klassieke praktijk naar forfaitair systeem

20/11: PANZA , Perinataal Antwerps netwerk Zwangerschap in armoede.

Voorstelling organisaties: Verschillende organisaties kwamen hun werking toelichten tijdens een teamoverleg, o.a. Dienst Vreemdelingen, Vagga, Samik, ATK.
Er werden ook werkbezoeken afgelegd bij andere organisaties, zoals ZNA bij de opening van hun nieuwe psychiatrie afdeling.

4.5 Andere activiteiten

Nieuwjaarsborrel — 10 januari/ voltallig team, vrijwilligers en bestuursleden

Quiz Wijkcomité 2060 — 16 maart / enkele teamleden

Quiz Rotary — 20 april / enkele teamleden

Wandeling in de wijk — 14 juli : wandeling in de wijk met Paul De Vroey, + bezoek aan nachtopvang "De Biekorf" , aansluitend etentje in Park Spoor Noord

Wisselbeker — 20 september: jaarlijkse bijeenkomst voor de medewerkers van alle WGC 's waar gespeeld wordt voor een wisselbeker.

Teambrunch	30 september : brunch in de Viggo's voor alle collega's
Cultuur	Toneelstuk van Tutti Fratelli in de Roma voor alle teamleden
Netwerking	Aanwezigheid op recepties, openingen enz.

5. COMMUNICATIE

- Nieuwsbrief : 3 keer op jaarbasis wordt er een nieuwsbrief gemaakt. De nieuwsbrief is altijd opgesteld rond één specifiek thema. Het doel is de patiënt te informeren alsook de band tussen patiënt en organisatie te versterken. De nieuwsbrief is een samenwerking tussen verschillende teamleden onder leiding van Saar Keymeulen.
- Website : www.wgcderegent.be Het behoorde tot de doelstellingen van 2014 om een nieuwe website te maken. Deze doelstelling is echter verschoven naar 2015.
- Zie ook extern structureel overleg

6. ONTHAAL & VRIJWILLIGERSWERKING

In 2014 waren er een aantal personeelswijzigingen, zowel bij onthaal als andere teamleden. Dit had uiteraard zijn directe invloed op de werking van onthaal.
Tevens werd in 2014 de nadruk gelegd op het uitwerken van een aantal processen, die een kwaliteitsvolle zorg en dienstverlening aan onthaal zullen waarborgen. De basis van deze processen wordt gelegd in 2014, en zal zich verder vertalen in 2015.

6.1 Taken onthaal

Zie jaarverslag 2013

6.2 Onthaalmedewerkers

In 2014 werkten 5 **onthaalvrijwilligers** en 5 **vaste medewerkers** aan onthaal. Elke medewerker neemt 1 of meerdere onthaalblokken voor zijn/haar rekening.

- In februari 2014 start Kirenia Infante Diaz als deeltijdse onthaalmedewerker, in een traject deeltijds leren, deeltijds werken.
- In oktober 2014 wordt de samenwerking met Sara Suijs beëindigd.
- Eind 2014 wordt de sollicitatie-procedure opgestart voor een nieuwe medewerker. In 2015 zal hieruit Veerle Matthys worden geselecteerd.

6.3 Aanpassing processen in 2014

6.3.1 Algemene tendensen

- **Wel/niet inschrijven van nieuwe patiënten, en hoeveel, vormt opnieuw de rode lijn doorheen 2014.**
  Ook in 2014 wordt de vinger op de pols gehouden wat betreft het aantal nieuwe inschrijvingen, i.f.v. wat we met de huidige werking aankunnen.
  Teneinde de workload van de inschrijvingen te beperken, worden de eerste stappen gezet om in de toekomst groeps-inschrijvingen te organiseren. Dit wordt nog niet concreet uitgevoerd in 2014, maar wordt in 2015 opnieuw opgenomen. In 2014 wordt wel reeds de aanzet gemaakt om sommige "eenvoudige" intakes en inschrijvingen door een nieuwe vrijwilliger (Tineke) te laten uitvoeren. Dit vermindert de workload van de sociaal verpleegkundigen.
  Tegelijkertijd is er een blijvende uitstroom (vooral omwille van verhuis), waardoor we moeten waken dat er niet meer uitschrijvingen zijn dan inschrijvingen. Teneinde tijdig te kunnen bijsturen, wordt er steeds meer gewaakt over de reden van uitschrijving en wordt het vanaf 2015 in detail opgevolgd.

- **Omgaan met instroom "zwaardere" patiënten / agressie ?**
  Bij de inschrijvingen en de daaruit volgende consultaties, valt op dat er (opnieuw) een instroom is van "zwaardere" patiënten. Er wordt zowel met het medisch als met het onthaalteam goed over gewaakt hoe we hiermee kunnen omgaan. Het VWO (VrijWilligersOverleg) vormt hiervoor een ideaal platform.

6.3.2 Opstart processen

Patiënten

- **Koppeling arts-patiënt (zie ook bij "medisch")**
  De huidige consultatie-cijfers tonen aan dat er teveel "geshopt" wordt. Er wordt een werkgroepje opgericht om de koppeling arts-patiënt beter uit te werken. In eerste instantie wordt dit betracht voor de chronische patiënten. Doel is om een betere opvolging te bewerkstelligen : 1 arts wordt aangeduid/ gekozen als vaste huisarts, een 2de huisarts in een "duo-traject". Dit zorgt voor een meer kwaliteitsvolle én efficiëntere patiënt-opvolging. Zowel de arts als de patiënt verliezen minder tijd met inwerken in een dossier. Koppeling met de patiënt geldt niet alleen voor de artsen, maar ook voor de sociaal verpleegkundigen : 1 dossierverantwoordelijke.

- **Telefonisch halfuurtje**
  Dit systeem bestond enkele jaren geleden al, maar werkte – omwille van het tijdstip – niet efficiënt. Het telefonisch halfuurtje wordt nu op een ander tijdstip ingebed in de agenda, en werkt veel beter. Elke dag is 1 arts telefonisch bereikbaar. Geen

telefonisch consult, maar ruimte voor een beperkte, concrete vraag.

- **Bloednamen door verpleegster van het labo**
  Vanaf september doet een verpleegster van het labo elke woensdag tussen 8 en 9 uur nuchtere bloednamen. De afspraken kunnen op voorhand ingeboekt worden. Concreet betekent dit een 10-tal extra afspraken, en een vermindering van de werklast voor de verpleegkundigen.

- **Wijziging consultatie-uren**
  Om tegemoet te komen aan de noden van patiënten, worden vanaf september de consultatie-uren aangepast en uitgebreid. De ochtendconsultaties starten een half uur eerder (8u30 ipv 9u). Op dinsdag en donderdag zijn er opnieuw afspraken mogelijk tot 20u.

Administratief

- **Scannen**
  Met de komst van de nieuwe onthaalmedewerkster Kirenia, maken we concreet werk van het digitaliseren van medische dossiers. Er wordt een werkgroepje opgericht. De beste werkwijze om te scannen wordt in 2014 onderzocht, en wordt verder uitgewerkt in 2015.

- **Administratieve ingrepen**
  In 2014 worden een aantal administratieve processen gefinetuned, zoals :
  - opvolging en registratie terugbetalingen prestatienota's externe huisartsen & verpleegkundigen
  - sjablonen documenten (bvb medisch beroepsgeheim, afspraken ziekenhuizen…)
  - NOA's : De registratie van de NOA's is in 2014 niet consequent opgevolgd. De juiste aanpak van de NOA's zal in 2015 opnieuw worden opgenomen.
  - "baby-brief" : pas bevallen ouders krijgen uitnodigingsbrief om langs te komen om hun kindje te laten inschrijven, waarbij ze ook een kleine attentie krijgen. Tevens wordt op dat moment gechecked of mama reeds een controle-afspraak kreeg voor zichzelf (De Regent of ziekenhuis) en voor haar baby bij Kind & Gezin. Deze aanpak werkt zowel medisch als administratief zeer goed : het zijn inschrijvingen die een minimum aan workload betekenen.

6.4 Communicatie / teamwerking

Zie ook jaarverslag 2013

- In 2014 vindt het VWO (VrijWilligersOverleg) elke laatste vrijdag van de maand plaats. Tijdens deze overlegmomenten wordt duidelijk dat er meer nood is aan het uitwisselen van ervaringen en meer "opleidingsgerichte" onderwerpen, dan het louter oplijsten van veranderde processen. Het gaat over thema's waarbij kapstokken worden aangereikt om met sommige situaties, patiënten beter om te kunnen gaan. Hierbij is ook de ervarings-uitwisseling met artsen en sociaal verpleegkundigen van cruciaal belang.

  Deze vaststelling zal leiden tot een veranderde aanpak in 2015 : de VWO's zullen niet meer maandelijks plaatsvinden maar meer gespreid in het jaar, met een hogere focus op deze moeilijker thema's en een verzekerde deelname. Deze vernieuwde aanpak zal zorgen voor een nieuwe dynamiek, een heuse verfrissing.

- in 2014 nemen de vrijwilligers ook deel aan opleidingen die in het algemeen team worden georganiseerd, zoals bvb "omgaan met moeilijke patiënten".

6.5 Vaardigheden

Zie jaarverslag 2013

6.6 Waardering

Zie jaarverslag 2013

7. PATIENTEN

7.1 Evolutie inschrijvingen

7.1.1 Aantal

Op 31/12/2014 waren er 2607 patiënten ingeschreven in het centrum, wat netto een verschil maakt van 226 patiënten met het eindcijfer van 2013. Toen waren er 2381 patiënten ingeschreven in het centrum.

Evolutie per categorie

	Dec. 2013	Dec. 2014
MUT	2018	2222
DMH	212	161
FED	28	44
≠ MUT	41	53
ZONDER	82	127
TOTAAL	2381	2607

Deze cijfers worden uit het administratieve gedeelte van ons registratiesysteem Tarifdoc gedistilleerd.

Verklaring

Mut. : Mutualiteit , deze patiënten zijn in orde met hun mutualiteit en vallen binnen het forfaitair systeem : De Regent ontvangt maandelijks een bepaald forfaitair bedrag per ingeschreven patiënt.
DMH : Dringend Medische Hulp : Waarborg van het OCMW wat de tenlastename van de medische kosten betreft voor mensen zonder papieren. Voor deze patiëntengroep ontvangt het centrum per prestatie via het OCMW een vergoeding. Zij vallen dus buiten het forfaitair systeem.
Vermits deze patiënten per prestatie gefactureerd moeten worden, geeft dit administratief gezien veel meer werk dan de facturatie van gewone forfaitpatiënten.
Fedasil : Voor deze groep van patiënten worden de medische kosten geregeld door het aanvragen van een requisitorium. Dit is een waarborg tot terugbetaling van medische kosten voor asielzoekers vanwege de overheid. Deze patiënten kunnen ook geen beroep doen op het forfaitair systeem.
≠ Mut.: Mutualiteit niet van toepassing/niet in orde: Deze groep van patiënten is aangesloten bij een mutualiteit maar is administratief niet in orde. Voor deze patiënten ontvangt het centrum geen inkomsten tot zij zich zelf terug in regel gebracht hebben bij de mutualiteit. Vaak gaat het om onbetaalde bijdragen van voorbije jaren.
Zonder : Mensen zonder mutualiteit of tenlastename. Voor deze patiënten ontvangt De Regent geen vergoeding van de mutualiteit, OCMW of Fedasil. De kost van deze patiënten wordt gedragen door de algemene reguliere inkomsten .

In – en uitschrijvingen 2014

2014	jan	febr	mrt	apr	mei	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Totaal
Uitschr.	45	45	25	40	22	14	27	35	52	37	41	41	**424**
Ingeschr.	69	65	84	64	78	74	33	28	65	66	51	40	**717**

Dit wil zeggen dat er in 2014 gemiddeld 60 inschrijvingen per maand waren en 35 uitschrijvingen.
Deze cijfers worden bekomen via maandelijkse manuele telling.

7.1.2 Besluit

Wanneer we onze in-en uitschrijvingen erbij nemen , dan zien we dat er heel wat meer beweging is dan enkel de netto toename van 226 patiënten.
In de loop van 2014 schreven we immers 717 patiënten in.
We tekenden echter ook 424 uitschrijvingen op.
Het is geweten dat Antwerpen Noord een doorstroom wijk is en dit doet zich ook voelen in onze patiëntenpopulatie. Zie ook jaarverslag 2013.
In totaliteit kenden we een verloop van 1141 patiënten in 2014. Dit wil zeggen dat dit aantal een indicatie is voor de extra workload die, naast de opvolging van alle reeds inschreven patiënten, gekoppeld is aan nieuwe inschrijvingen en ook uitschrijvingen.

Wanneer we het verschil berekenen tussen de manueel opgetekende inschrijvingen en de uitschrijvingen , dan zien we dat dit aantal niet volledig overeenstemt.
Dit is te wijten aan de verschillende manier van registratie.

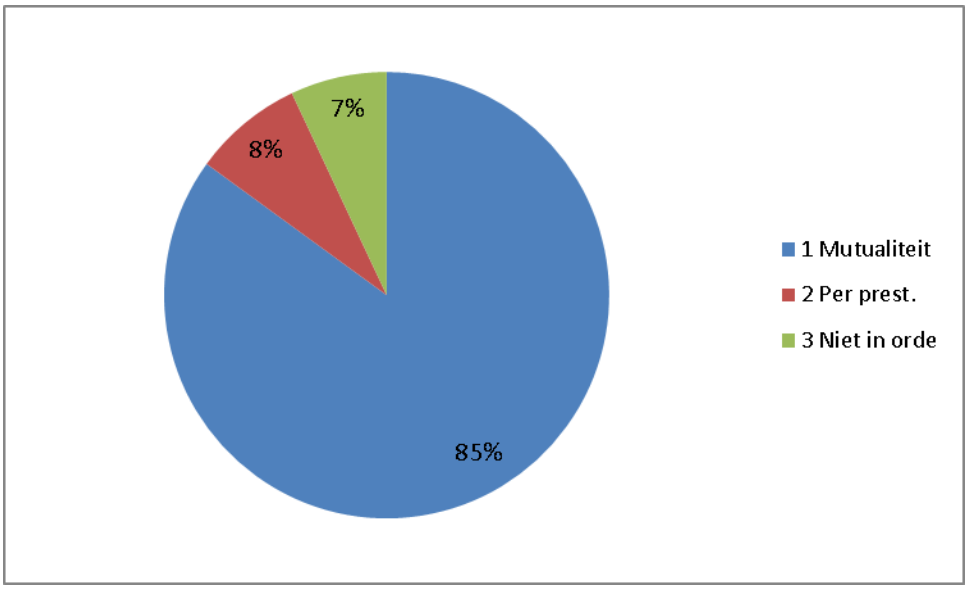
Besluit : Ondanks het feit dat we 717 nieuwe patiënten inschreven, tekenen we slechts een netto toename van 226 patiënten op.
Het is voor ons duidelijk dat een echt groeiscenario in deze wijk niet echt mogelijk is. De uitstroom aan patiënten is hiervoor te groot en bovendien ligt de zorg nood bij deze populatie ook veel hoger dan bij een stabiele patiëntenpopulatie.
De tijd en aandacht die per patiënt besteed moet worden is hoger dan bij een doorsnee patiënt.
D.w.z. dat we met de huidige bezetting en in de huidige infrastructuur ongeveer de limiet van onze capaciteit bereikt hebben.

7.2 Samenstelling

Er zijn geen grote verschuivingen in de verdeling wat patiëntencategorieën betreft. De toename van patiënten was voornamelijk in de categorie mutualiteitpatiënten. De andere categorieën bleven ongeveer hetzelfde.

7.2.1 2014 in absolute cijfers

	2013	%	2014	%
Mutualiteit	2018	84%	2222	85%
Gefakt./Prestatie	240	10%	206	8%
Zonder & nt in orde	123	5%	180	7%
Totaal	2381	100%	2607	100%



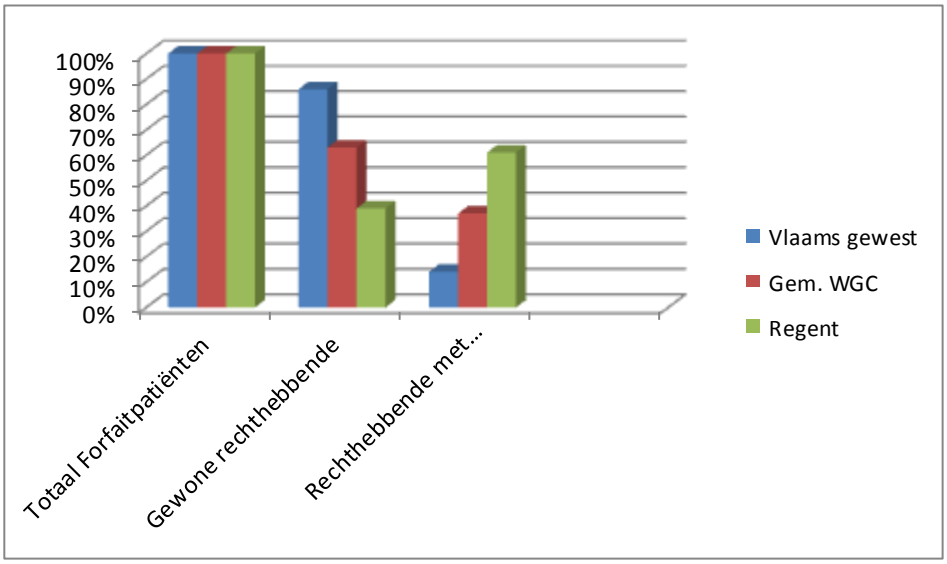
7.2.2 Samenstelling categorie mutualiteitpatiënten

Binnen de categorie mutualiteitpatiënten kunnen we nog eens
4 subcategorieën onderscheiden :

PUG : Gewone rechthebbende
PUG+ : Gewone rechthebbende met verhoogde tegemoetkoming
WIGW 75 : Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen
WIGW 100 : Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen met verhoogde tegemoetkoming.
Patiënten die in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming leven ofwel van een leefloon ofwel van een zeer klein inkomen. Het is alleszins een indicator voor de beperkte financiële draagkracht van deze groep patiënten.

Gewone rechthebbende : PUG en WIGW 75
Rechthebbende met verhoogde tegemoetkoming: PUG+ en WIGW100

	Vlaams gewest	Gem. WGC	Regent
Totaal Forfaitpatiënten	100%	100%	100%
Gewone rechthebbende	86%	63%	39%
Rechthebbende met voorkeurtarief	14%	37%	61%



Ook hier blijft de tendens van het grote aandeel patiënten met verhoogde terugbetaling zich ook in 2014 verderzetten.

Verdeling per mutualiteit

74% van onze patiënten zijn lid bij de grote mutualiteiten CM en de Voorzorg, 26% bij de overige mutualiteiten. Dit is geheel in lijn met de tendens bij andere WGC's.

7.2.3 Geslacht

53% van onze patiënten zijn mannen, 47% zijn vrouwen.
Gemiddelde van de totale zorgpopulatie van alle WGC 's is 50%/50% .

7.2.4 Leeftijd

We hebben nog steeds een jonge populatie, 75% is nl. jonger dan 40j , 31% van onze populatie zijn kinderen jonger dan 15j. Slechts 1% is ouder dan 70j. De gemiddelde leeftijd is +- 27j.
Gemiddelde leeftijd van de totale zorgpopulatie van alle WGC's is 30j.

7.2.5 Nationaliteit

Vermits we jammer genoeg niet altijd consequent kunnen registreren, bekeken we de nationaliteit bij ongeveer een 1000-tal correct geregistreerde patiënten. Uit dit cijfermateriaal blijkt dat 31% van onze forfaitpatiënten Belg zijn. 69% heeft dus een andere nationaliteit. Bij de niet forfait patiënten is het aandeel van de patiënten met een andere nationaliteit nog veel hoger, nl 96%. In totaliteit wil dit zeggen dat 72% van onze populatie niet de Belgische nationaliteit bezit. Gevoelsmatig schatten we dit percentage hoger is, wij menen dat ruim 80% geen Belgische nationaliteit heeft.

7.3 Consultatiegedrag medisch

In 2014 werden er 10200 medische consultaties geregistreerd. Dit aantal behelst zo'n 100- tal huisbezoeken en 88 externe consultaties . Een externe consultatie betekent : een consultatie voor onze rekening maar in een andere praktijk , bv de wachtdienst.
Gemiddeld komt dit neer op zo'n 39 consultaties per dag.
96% van de consultaties zijn opgenomen in de forfait regeling, 4% niet.
Hieruit zouden we kunnen besluiten dat mensen die niet in de forfait regeling opgenomen zijn, minder consulteren. Wij zelf menen echter dat dit verschil te wijten is aan een gebrekkige registratie onzentwege.

7.3.1 Consultaties per discipline

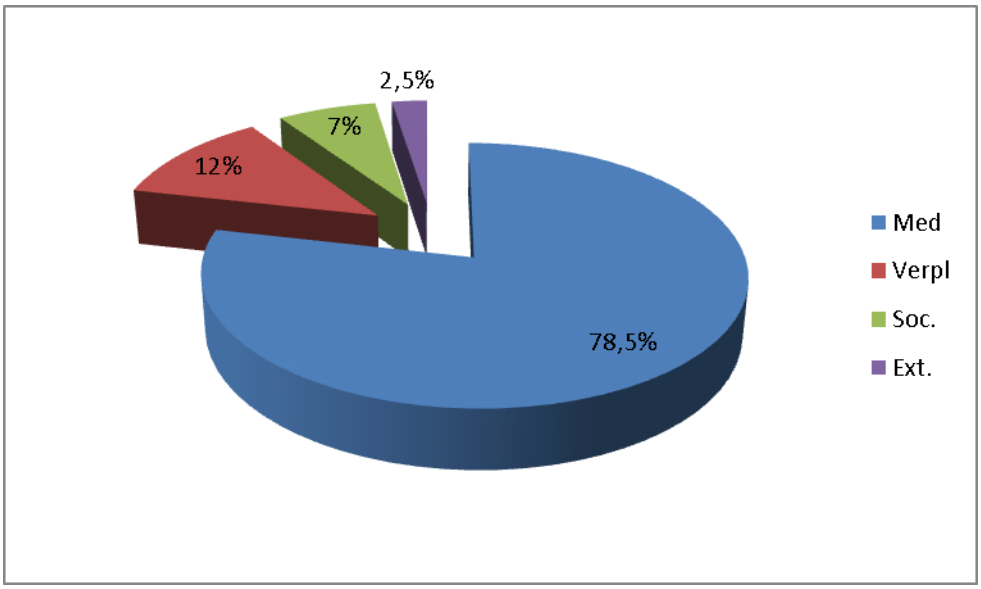
2014 **Consultaties intern**

	jan	**febr**	**maart**	**april**	**mei**	**juni**	**juli**	**aug**	**sept**	**okt**	**nov**	**dec**	**Totaal**
Med.	973	1055	841	789	801	890	667	642	870	962	802	819	**10111**
Soc.	48	41	34	33	49	31	39	12	54	65	36	11	**453**
Verpl.	177	118	133	118	115	127	121	62	173	201	104	75	**1524**
Tot. Intern													**12088**
Consultaties extern : 313													**313**
Totaal													**12404**

Daarbij kwamen ook nog eens zo'n 447 sociaal/medische intakes. Deze momenten zitten niet vervat in bovenstaande cijfers, maar tellen wel degelijk als consultaties.

	jan	**febr**	**maart**	**april**	**mei**	**juni**	**juli**	**aug**	**sept**	**okt**	**nov**	**dec**	**Totaal**
Intakes	35	49	30	38	52	23	28	28	52	51	47	14	**447**

In totaliteit waren er dus 12851 consultaties in 2014. Daarvan waren ± 78,5% medische consultaties, 19% werden verstrekt door andere disciplines. 2.5% werd uitbesteed aan externe diensten- huisartsenwachtpost en thuisverpleging.



7.3.2 Psychologische consultaties

In samenwerking met Andante

- Chris van Eyken zag in 2014, 44 cliënten tijdens 167 afspraak-momenten. 16 gesprekken zijn niet doorgaan (NOA)
- De meeste van hen kregen een kort durend zorgaanbod van ± 5 gesprekken in De Regent.
- 4 van hen werden na het intakegesprek doorverwezen naar Andante voor een langere individuele therapie (2), pijngroep (1), en jongerengroep (1).
- 8 cliënten kregen een groepsaanbod Mindmotions :
  - Mindmotions is een transcultureel zorgaanbod voor mannelijke vluchtelingen met post traumatische stress problematiek.
  - De taal is Engels en Nederlands/ geen tolken
  - Wekelijks gedurende 11 sessies van 2u
  - Samen met collega Aje Vloeberghs

  - Doel:
    - Onderlinge steun en herkenning in hun lijden
    - Inzicht in psychische processen
    - Reflectie van betekening rond lichamelijke klachten
    - Coping en omgaan met stress

- De cliënten worden steeds daags voordien opgebeld door een onthaalmedewerker als reminder voor hun afspraak.
- Eén keer per maand is er een interdisciplinair overleg tussen artsen, sociaalverpleegkundigen en psychotherapeuten

- Vanaf eind 2014 noteren zowel Chris, Kris en Koen Lafaut rechtstreeks in de EMD van de patiënt.

- Op vrijwillige basis

  - Kris Holemans startte in juli 2012 in De Regent in het kader van haar opleiding (zie ook onder 8.1.4.) met de begeleiding van een aantal cliënten.
    - Van maart tot september 2014 was er een werkonderbreking vanwege de geboorte van haar dochtertje.
    - Ook haar therapeutische opleiding was ondertussen afgerond.
    - In oktober 2014 zette Kris de begeleiding van cliënten hier verder maar dan als medewerker i.p.v. vrijwilliger. Zij is hier een halve dag per week aanwezig. Ze startte de begeleiding van 8 patiënten op waarvan er 3 begeleidingen doorlopen in 2015.
    - Met de aanwerving van Kris willen we het aanbod binnen de psychologische hulpverlening uitbreiden. We merken immers dat de vraag groot is en dat de samenwerking met Kris geen overbodige luxe is.
    - Het uitgangspunt is het verschaffen van een aanbod GGZ op de eerste lijn. Dit houdt in dat er gestreefd wordt naar een behandeltijd van 5 tot maximaal 10 sessies .
    - Kris Holemans is tevens teamverantwoordelijke binnen een Centrum voor Integrale Gezinszorg. De kennis omtrent het werken met gezinnen neemt ze mee in de begeleiding van cliënten in het WGC
  - Koen Lafaut startte in juli 2013. Koen Lafaut is klinisch psycholoog en is momenteel bezig met een analytische therapie-opleiding. Ook in 2014 begeleidde Koen een 10-tal patiënten , tijdens 15 sessies.

Planning 2015

- Elke donderdag kunnen er individuele sessies gepland worden. In de voormiddag worden de sessies door Chris Van Eyken begeleid, in de namiddag door Kris Holemans.
- Nieuwe reeks van Mindmotions
- Koen Lafaut plant om de 2 weken een aantal patiënten te begeleiden en dit nog tot eind juni 2015.
- Tevens plannen we ook gebruik te maken van de format "Stresscope" in samenwerking met Integratie en Inburgering Antwerpen (voormalig De8)

8. MEDISCHE WERKING

8.1 Activiteiten

8.1.1 Algemeen

Vermits onze populatie eerder jong is, met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar, en grotendeels bestaat uit nieuwkomers, liggen de medische noden ook anders dan in een doorsnee praktijk.
Hieronder volgt een greep uit de **meer specifieke taken** die aan bod komen tijdens de medische consultaties.

8.1.2 Opvolging zwangerschappen

Er is nog steeds een structurele samenwerking met de gynaecologen van ST Erasmus en Stuivenberg. Dit is via het Zorgpad zwangerschaps-begeleiding van de huisartsenkring Deurne-Borgerhout in samen-werking met de gynaecologen van St. Erasmus en Maria Middelares Deurne(zie jaarverslag 2013). Praktisch worden hierbij de ongecompliceerde zwangerschappen, gecombineerd door de huisarts en in het ziekenhuis (drie echo's), opgevolgd.
Via het Zorgpad is er drie maal per jaar een overleg tussen de huisartsen en de gynaecologen.
In de Regent is er nog een meerwaarde door een gedeelde opvolging door de huisarts en de (sociaal)verpleegkundige. De verpleegkundige heeft hierbij behalve paramedisch, ook een belangrijke psychosociale rol in de voorbereiding op de bevalling.
Voor de toekomst hopen we dat er ook met andere ziekenhuizen een structurele samenwerking in verband met zwangerschaps-opvolging kan ontstaan. Momenteel is dat al informeel met Sint-Vincentius maar we hopen dit dit jaar meer structureel te maken.

Kwetsbare zwangeren
In 2014 is er een netwerk rond zwangerschap, pril ouderschap en kansarmoede opgericht : Panza. Dit is een samenwerking van o.a. de Kraamvogel (expertisecentrum kraamzorg) Kind en Gezin , Karel de Grote Hogeschool, Dokters van de Wereld. Panza wil voor hulpverleners een lokaal expertisecentrum zijn voor zwangeren en moeders in kansarmoede. We blijven ook samenwerken met het OCMW om zwangere vrouwen zonder geldige papieren zo snel mogelijk te helpen aan tegemoetkoming in de medische kosten.

8.1.3 Contraceptie-advies

Contraceptie blijft een belangrijk aandachtspunt in onze jonge populatie (zie jaarverslag 2013).

8.1.4 Diabetesopvolging

A. INLEIDING

Tot halfweg dit jaar volgden we onze patiënten op zoals voorheen, maar vanaf september 2014 deden zich 3 belangrijke evoluties voor:

1) Saar behaalde haar diploma als diabeteseducator.
   Zij kan vanaf nu een nog grotere rol opnemen bij de gezondheidsvoorlichting, en het dieet- en beweegadvies voor onze diabetici. Bovendien verwierf Saar een zeer goed inzicht in de werking van zowel de perorale (pilletjes) als de subcutane (insuline- en andere inspuitingen) medicatie.
   Saar nam sinds het behalen van haar nieuwe diploma een sleutelpositie op in het begeleiden van patiënten met een diabetespas of zorgtraject.

2) Wekelijks komt een "prikverpleegster" van het AML-labo naar onze praktijk om (de meeste van) onze nuchtere bloedafnames te doen (ontlasting van Saar en Griet).

3) Griet verklaarde zich bereid om patiënten met een diabetespas mee te begeleiden.

Door deze evoluties is de opvolging van de diabetespatiënten binnen onze praktijk dit jaar sterk veranderd. Hieronder vindt u een beschrijving van de huidige opvolging van diabetes mellitus type II. Zoals u merkt zullen we bij de dingen die veranderd zijn de situatie van voor september 2014 telkens ook nog eens *cursief* tussen [ ]-jes weergeven.

We kunnen de opvolging van de diabetespatiënten (nog steeds) in 3 subtypes onderverdelen en dit afhankelijk van het aantal insuline-injecties dat iemand nodig heeft per dag.
Bovendien voegen we nog een 4de en 5de groep toe van patiënten, die weliswaar geen diabetes hebben, maar wel een verhoogde kans maken op het ontwikkelen ervan, nl. de patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie, en de patiënten met zwangerschapsdiabetes in de voorgeschiedenis.

1) Diabetespas:

- Patiënt staat enkel op perorale antidiabetica. Géén insuline-injecties nodig om suikerspiegel goed te controleren.
- Wordt volledig in eerste lijn gevolgd. Bijna alle zorg wordt in het WGC aangeboden:
  4x per jaar nuchtere bloedname door de prikverpleegster, 3x per jaar worden de resultaten besproken bij Griet of Saar, 1x per jaar bij de huisarts
  [*4x per jaar nuchtere bloedname door de verpleging, 4x per jaar bespreking van de resultaten bij de huisarts*].

- Zorg waarvoor we externe samenwerking moeten aangaan: jaarlijkse controle oftalmologie en bezoeken diëtist of podoloog, zo nodig.

2) <u>Zorgtraject:</u>

- Patiënt staat op combinatie van perorale antidiabetica en 1 à 2 insuline-injecties per dag
- 4x per jaar nuchtere bloedname + uitlezen van de glucometers en bespreking van de daarop gelezen glycemies door Saar (diabeteseducator). 3x per jaar worden de bloedresultaten besproken bij de huisarts, 1x per jaar bij de specialist (2de lijn). Bij de opstart van het zorgtraject, ziet Saar de patiënt tot max 5x. [4x *per jaar bloedname door Saar, waarvan 3x bespreking van de resultaten bij de huisarts, 1x per jaar bij specialist (2de lijn) en tot 6x per jaar bij diabeteseducator (10x bij eerste jaar in het zorgtraject)*]
- Externe samenwerking voor jaarlijkse controle oftalmologie en bezoeken diëtist of podoloog, zo nodig.

3) <u>Conventie</u>

- Patiënt neemt meer als 2 insuline-injecties per dag
- Gespecialiseerde opvolging in 2de of 3de lijn.
  (2e lijnsdiabeteseducator en endocrinoloog)

4) <u>Gestoorde nuchtere glycemie</u>

- gestoorde nuchtere glycemie betekent een bloedsuikerwaarde tussen 100 en 126mg/dl), deze patiënten worden ook wel "pre-diabeten" genoemd, omdat ze een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van suikerziekte op latere leeftijd
- Jaarlijkse bloedcontrole is aangewezen

5) <u>Zwangerschapsdiabetes</u>

- Zwangerschapsdiabetes is een aandoening waarbij vrouwen tijdens (een van) hun zwangerschap(pen) diabetes gaan ontwikkelen. Deze aandoening verdwijnt meestal spontaan na de bevalling, maar vrouwen met zwangerschapsdiabetes in de voorgeschiedenis, blijven wel hun hele leven lang at risk om later diabetes te gaan ontwikkelen
- Jaarlijkse bloedcontrole is aangewezen

B DIABETES OPVOLGING IN WGC DE REGENT anno 2014

We deden, net als voor 2011, 2012 en 2013 een dossieronderzoek om de stand van zaken op het einde van ons werkjaar te evalueren.
Hieronder vindt u de cijfers die we vonden voor december 2014 .
De getallen tussen haakjes zijn de cijfers van 2013, 2012 en 2011, als volgt weergegeven: [2013, (2012), *(2011)*].

Verder deden we dus ook voor het eerst een dossieronderzoek bij patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie en vrouwen met een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes.

Totaal aantal type II diabetici: 85 [72, (80), *(58)*] patiënten

1) Diabetespas

- 58 [49, (53), *(36)*] patiënten, DMH: 3 [4, (7), *(9)*], FEDASIL: 3 [3, (3), *(2)*], ZONDER: 1 [1 (0), *(1)*]
- 45 of 77% heeft een vaste huisarts in het WGC, en 41 of 70% [30 of 61%, (44 of 83%), *(30 of 83%)*] heeft een 3-maandelijkse opvolging.
- 25 of 49% [12 of 29%, (31 of 73%), (0 of 0%)] van de mutualiteitspatiënten hebben momenteel een "diabetespas"
- 33 of 57% [25 of 51%] van de patiënten heeft een HbA1c < 7

2) Zorgtraject

- 11 [8, (3), *(12)*] patiënten, DMH: 0, [0, (0), *(2)*]
- 10 of 91% heeft een vaste huisarts in het WGC, 9 of 82% [6 of 75%, (2 of 66%), *(11 of 92%)*] heeft een 3-maandelijkse opvolging. Ze hebben tevens een vaste specialist in het ziekenhuis die hen jaarlijks ziet
- 11 of 100% [8 of 100%] heeft een "zorgtraject" lopen
- Slechts 1 of 1% [2 of 25%] van de patiënten heeft een HbA1c < 7

3) Conventie

- 16 [15, (24), *(8)*] patiënten, DMH: 4 [4, (4), *(0)*]
- 4 of 25% heeft een vaste huisarts in het WGC en 12 of 75% [12 of 80%, (19 of 79%), *(6 of 75%)*] heeft een vaste specialist in het ziekenhuis. Slechts 7 of 44% [6 of 40%] houdt zich aan de 3-maandelijkse opvolging.
- 10 of 83% [9 of 81%, (9 of 79%), *(6 of 75%)*] van de mutualiteit patiënten zijn ingeschreven in de conventie
- Slechts 2 of 13% [3, of 20%] van de patiënten heeft een HbA1c < 7

4) Gestoorde nuchtere glycemie

- 60 patiënten
- 47 of 78% kreeg in 2014 een (her)bepaling van de nuchtere glycemie

5) Zwangerschapsdiabetes

- 13 patiënten met de diagnose in het verleden
- 9 of 70% kreeg in 2014 een (her)bepaling van de nuchtere glycemie

C VASTSTELLINGEN

We zagen een hertekening van de interne opvolging van patiënten met diabetespas en in het zorgtraject.
Bij de opvolging van patiënten met een diabetespas, zullen nu niet meer de huisarts, maar wel Saar en Griet een sleutelrol spelen. Het is nog te vroeg om echt uitspraken te doen over resultaten die eventueel bekomen worden door deze nieuwe gang van zaken, maar we merkten alvast op dat het aantal patiënten in goede 3-maandelijkse opvolging dit jaar verder is gestegen naar 70%.
Bij de opvolging van patiënten in het zorgtraject, neemt Saar een sleutelpositie in samen met de huisarts. Ook hier zien we een verdere stijging van het aantal patiënten dat 3-maandelijks wordt opgevolgd in ons centrum (nu 82%).
Helaas vertaalt deze goede opvolging zich nog niet in een stijging van het aantal goed geregelde (HbA1c< 7%) diabetespatiënten.

Samengevat:

1) Er is een toename in het aantal diabetespatiënten, van 72 in 2013 naar 85 in 2014. Dit is het hoogste aantal ooit in onze praktijk. We vermoeden dat we, gezien onze praktijkpopulatie jaar na jaar ouder wordt, en het totale aantal ingeschreven patiënten nog steeds toeneemt, een verdere stijging van het aantal diabetespatiënten mogen verwachten.
2) De toename doet zich vooral voor bij patiënten met een diabetespas en deze in het zorgtraject
3) Bij patiënten met Diabetespas:
    a. Het aantal patiënten in goede 3-maandelijkse opvolging is terug toegenomen tot 70% (vorig jaar was er nog sterk afname, van 83% in 2012 naar 61% in 2013
    b. Grote toename van % mutualiteitspatiënten met diabetespas (nu 49%, vorig jaar nog een afname van 73% in 2012 naar 29% in 2013)
    c. 57% staat goed geregeld (lichte stijging tov vorig jaar: 51% goed geregeld)
4) Bij patiënten in het zorgtraject:
    a. Verdere toename van patiënten in 3-maandelijkse opvolging nu 82% (75% in 2013, 66% in 2012)
    b. 100 % van de mutualiteitspatiënten zitten in Zorgtraject
    c. Slechts 1% (!!) staat goed geregeld
5) Bij patiënten in de Conventie
    a. Lichte daling van % patiënten met vaste specialist
    b. Lichte stijging van % patiënten met 3-maandelijkse opvolging
    c. Slechts 13% (!!) staat goed geregeld
6) Patiënten met een gestoorde nuchtere glycemie of zwangerschaps-diabetes in de voorgeschiedenis, worden vrij goed opgevolgd, respectievelijk 78 en 70% van hen kreeg het voorbije jaar een nuchtere bloedname.
7) ROOKSTOP: zie aldaar.

D WERKPUNTEN DIABETESOPVOLGING TOEKOMST

1) Verdere opvolging van het nieuwe beleid rondom diabetici. Momenteel zien we alvast gunstige resultaten qua aantal patiënten in goede 3-maandelijkse opvolging. Het zou mooi zijn moesten we dit ook vertaald zien in een stijging van het aantal patiënten dat ook goed geregeld staat (HbA1c< 7%).
2) Verdere herwaardering van de diabetespas. We zien reeds een duidelijke toename t.o.v. vorig jaar, maar 49% is toch nog steeds niet de helft.
   Er moet wel opgemerkt dat het gebruik van dit document vanaf 2015 langzaam zal ontmoedigd worden (begrijpen wie begrijpen kan, gelukkig heeft Saar al een alternatief klaar). Niettemin zal de vergoeding van 20€ per jaarlijkse (her)aanvraag blijven bestaan.

3) Alle diabetespatiënten (ook zorgtraject en conventie, en bij verruiming zelfs zij met een gestoorde glycemie of zwangerschapsdiabetes in de voorgeschiedenis) koppelen aan een vaste huisarts. Uit het dossieronderzoek blijkt nogmaals dat patiënten met een vaste huisarts beter opgevolgd worden.

4) Diabetespatiënten bij een vaste arts. Blijvend aandachtspunt, zeker bij patiënten met een diabetespas. Uit ons dossieronderzoek blijkt opnieuw dat volgende categorieën diabetespatiënten minder regelmatig op controle komen:
   a. Patiënten zonder vaste huisarts
   b. DMH
   c. Zonders

5) De uitdaging verder aangaan om patiënten die in het zorgtraject ingeschreven zijn te blijven opvolgen in De Regent.

8.1.5 Herhaalvoorschriften

Een voordeel van forfaitaire geneeskunde is dat je als zorgverlener de zorg efficiënt kan organiseren. Wanneer patiënten herhaal-voorschriften (voorschriften voor geneesmiddelen o.w.v. een chronische en stabiel geregelde aandoening) nodig hebben, is er niet altijd een contact met een arts nodig. In principe kan het voorschriftje ook gewoon telefonisch 'besteld' worden bij het onthaal, voorgeschreven worden door de arts tijdens een administratief moment en nadien opgehaald worden door de patiënt. Op die manier sparen we dagelijks tijd uit om mensen te kunnen helpen met acute problemen en hoeven patiënten die enkel een herhaalvoorschrift nodig hebben niet onnodig lang te wachten. Ook voor sommige medische attesten waarvoor een stempel en handtekening van een arts nodig is (een 'vertrouwelijk', het afsluiten van een globaal medisch dossier,…) kunnen we dit toepassen.
De afspraak geldt uiteraard alleen voor gekende chronisch geneesmiddelen bij mensen waarvan we weten dat hun aandoening stabiel geregeld is. Ook kunnen we geen medische attesten afleveren waarvoor het noodzakelijk is om een anamnese of klinisch onderzoek te doen.

8.1.6 Verpleegkundige zorgen

Verpleegkundige zorgen zijn volledig vergelijkbaar met het jaar voordien. Spirometrie en EKG-afnames kwamen erbij, maar dat wordt verder in dit jaarverslag toegelicht.
Sinds begin 2014 wordt er vanuit de Commissie Forfait aan de medische huizen gevraagd om in het kader van het nieuwe financieringsmodel de zwaarste gevallen die we in de verpleegkundige verzorging behandelen, aan de verzekerings-instellingen mee te delen. Daarom is er beslist om de registratie van de Katzschalen voor de patiënten die dergelijke verzorging genieten, vanaf januari 2014 te systematiseren.
We zijn volop bezig met de implementatie ervan in onze werking en in het EMD (elektronisch medisch dossier).

8.1.7 Coderen in het EMD (elektronisch medisch dossier) en Eénlijn

Het doel van een goed **EMD** is tweeledig:

1) We willen dat elke zorgverstrekker in één oogopslag de belangrijkste medische gegevens van patiënten (acute en chronische ziektes, medicatie, vaccinaties, planning) gezien heeft.
2) We willen vanuit ons EMD zo snel mogelijk toegang krijgen tot de verslagen van al dan niet specialistische onderzoeken en behandelingen.

Om het **eerste doel** te bereiken, houden we regelmatig besprekingen tijdens het multidisciplinaire overleg over de registratie van medische gegevens door de verschillende zorgverstrekkers in het EMD. Tot voor 2014 hadden we hier een groot hiaat, want terwijl de artsen en de verpleegkundigen reeds makkelijk toegang hadden tot het EMD, was dit voor de psychologen nog helemaal niet het geval. Daarom zaten we halfweg 2014 samen met de psychologen, en keken we waar zij, zonder veel moeite, hun bevindingen konden noteren. Zo creëerden we binnen ons EMD een psychologisch luik, dat makkelijk toegankelijk is voor de psychologen, artsen en de sociaal verpleegkundigen.

Om ons **tweede doel** te bereiken, werden in 2014 verschillende stappen ondernomen.

Een ECG-toestel en een spirometer werden aangekocht door de praktijk. Deze onderzoeken worden uitgevoerd door onze sociaal verpleegkundigen en de resultaten worden rechtstreeks geïntegreerd in het EMD (zie ook het stukje aldaar).

Ook liepen er in 2014 verschillende projecten om zoveel mogelijk (en idealiter alle) medische verslagen van specialisten elektronisch te integreren in het EMD.

1) Hector, liep vorig jaar al, en werd verder uitgebreid als ehealthbox, d.w.z.: mailbox voor medische verslagen. Ons EMD ontvangt hiermee zoveel mogelijk elektronische verslagen vanuit de ziekenhuizen en

ons labo. We kunnen deze verslagen ook direct linken aan het EMD van de desbetreffende patiënt
2) Papieren verslagen inscannen: is een nieuwe evolutie van dit jaar (papieren dossiers worden omgezet in een elektronisch verslag dat we dan ook weer direct linken aan het EMD van de patiënt) –dit item wordt ook apart besproken

Helaas is niet elk systeem waterdicht en merken we dat we via bovengenoemde kanalen niet altijd alle verslagen ontvangen. Vooral vanuit bepaalde specialiteiten (dermatologie, oftalmologie, orthopedie…) en vanuit bepaalde ziekenhuisgroepen (bv. gasthuiszusters) doen zich hier moeilijkheden voor. Om ook hier weer zo veel mogelijk informatie terug te vinden, ontstonden in de voorbije jaren alternatieven, zoals Consutl IT, Sara I en COZO. Dit zijn beveiligde websites, waarop we gegevens van onze patiënten kunnen inkijken. Gegevens vanuit deze kanalen kunnen echter (nog) niet rechtstreeks gelinkt worden aan het EMD van de desbetreffende patiënt.

1) Consult IT: web-ablicatie van het labo om uitslagen rechtstreeks op hun site te kunnen raadplegen (bestond vorig jaar ook al)
2) Sara I: geeft via een "HUB" alle info betreffende labo's, onderzoeken en verslagen van onze patiënten binnen de ZNA-ziekenhuizen (bestond vorig jaar ook al).
3) COZO (Collaboratief Zorgplatform): geeft via een "Meta-HUB" alle info betreffende labo's, onderzoeken en verslagen van onze patiënten binnen alle Belgische ziekenhuizen (nieuw vanaf dit jaar). Deze "Meta-HUB" overkoepelt dus àlle belgische "HUBS" (kleinere informatienetwerken)

Deze laatste beveiligde website is ongelooflijk handig. COZO brengt ons trouwens meteen terug bij de titel van dit stuk: "EMD en éénlijn". Want, EMD was het enige waarover we totnogtoe spraken, maar waar staat die "éénlijn" dan voor?

Eénlijn, ook wel E-health genoemd, is een door de overheid gestuurd project dat zich engageert om de medische gegevensuitwisseling makkelijker te laten verlopen, en dit tussen de verschillende betrokken partijen. Hiervoor hebben we de samenwerking nodig tussen:

1) Patiënt (via de ehealth website)– die steeds zijn of haar toestemming (Informed Consent) moet geven om zijn of haar gegevens uitwisselbaar te maken
2) Huisarts (via het EMD, Hector) – die zich engageert om de Sumehr-(basis medische) gegevens van de patiënt beschikbaar te stellen
3) Specialist (via Hubs en Metahubs, zoals Sara I, of beter nog, COZO)– die zijn/haar onderzoeksgegevens beschikbaar stelt.
4) Apothekers (via de link RECIPE)– die mee de medicatiefiche beheert
5) Ziekenfondsen (via link MYCARENET)– die verzekeringsgegevens beschikbaar stellen, maar ook Bf-attesten (attesten om de terugbetaling van bepaalde duurdere medicaties te regelen), en andere terugbetalingsmodaliteiten sneller gaan doorgeven

6) De overheid als catalysator: via sponsoring van de verschillende netwerken, sponsoring van bijscholingen, het geven incentives (bv. koppeling in de toekomst van de telematicapremie aan het aantal sumehr gegevens dat een huisartsenpraktijk beschikbaar stelde in de ehealthbox)

Zoals u ziet is: vrij complex en veel zaken staan nog helemaal niet op punt. En toch ligt hier de toekomst. Verzekeringsgegevens van een patiënt kunnen direct bekomen worden via het inlezen van zijn ID. Goedkeuringen van mutualiteiten, die soms maanden op zich laten wachten, kunnen nu vaak automatisch gebeuren, en, last but nog least, een grote hoeveelheid medische info ligt zo maar voor het grijpen.

Moest u nu bang worden dat wij iets van uw privé medische gegevens zo maar kunnen gaan inkijken: niks is minder waar. Telkens vooraleer een arts of een andere betrokkene toegang kan krijgen tot de medische gegevens, moet de patiënt zijn toestemming geven, eerst via een Informed Consent (dat telkenmale ook weer kan ingetrokken worden) en daarna nog via van zijn/haar ID, die dan via de kaartlezer van de betrokken arts moet ingelezen worden en zodoende als sleutel tot de medische gegevens van de patiënt telt.

8.1.8 Spirometrie

Astma en chronisch obstructief longlijden (COPD) zijn respiratoire aandoeningen die een grote prevalentie kennen in de huisartsgeneeskunde. Om deze diagnose in kaart te brengen, maar ook ter follow-up, dient er een zogenaamde spirometrie (longfunctiemeting) te gebeuren. Ook rookstop en correcter medicatiegebruik kan worden aangemoedigd met behulp van de spirometer. Bij deze test dient de patiënt goed rechtop te zitten, volledig in te ademen en vervolgens zonder onderbreking zo krachtig mogelijk uit te blazen in de spirometer. Mits correcte afname en de juist interpretatie, leidt het gebruik van een spirometer in de huisartsenpraktijk tot een toename in diagnoses van luchtwegaandoeningen, wat tot een beter behandelplan kan leiden. In 2014 werd besloten om een spirometer aan te kopen. Deze zal op indicatie door de huisartsen worden voorgesteld aan de patiënt. Tijdens een vervolgafspraak zal de spirometrie bij 1 van de sociaal verpleegkundigen worden afgenomen. Nadien komt de patiënt terug op consult bij de huisarts om de resultaten en de eventuele behandeling te bespreken. Gezien voor een correcte interpretatie correcte gegevens dienen verkregen te worden, dient er extra aandacht gegeven te worden aan de juiste uitvoering van het onderzoek. Tijdens een overleg tussen de zorgverstrekkers onderling werd er opgefrist hoe er correct een spirometrie dient te worden afgenomen, evenals de interpretatie hiervan. De artsen hebben allen recent ook bijscholing gedaan inzake spirometrie om hun kennis up to date te houden. Ook de sociaal verpleegkundigen, die uiteindelijk de spirometrie bij de patiënt zullen afnemen, volgden in het verleden de nodig bijscholingen, teneinde kwalitatief hoge resultaten te verkrijgen.

8.1.9 EKG

Naast een spirometer, werd dit jaar ook een elektrocardiografietoestel (EKG-toestel) aangekocht bij dezelfde firma. Een EKG kan verricht worden om ritmestoornissen, zoals bv voorkamerfibrillatie te diagnosticeren. Daarnaast gebruiken we het EKG toestel in de praktijk vooral nog ter uitsluiten van hartfalen en pre-operatief bij patiënten boven de 50j die een ingreep dien te ondergaan, maar geen hartklachten hebben. In acute situaties, zoals pijn op de borst, wordt het gebruik van EKG niet aangeraden (negatief resultaat sluit geen acuut hartinfarct uit). De uitvoering kan bij acute zaken door de artsen zelf, of bij minder dringende zaken door de sociaal verpleegkundigen worden afgenomen. De patiënt dient zijn bovenlichaam te ontbloten en de polsen en enkels vrij te maken. Indien nodig wordt patiënt geschoren op de plaats waar de elektroden dienen bevestigd te worden. Bij ons toestel gebeurt dit met behulp van klevers op het bovenlichaam, welke zeer gebruiksvriendelijk zijn. Daarnaast is het ook mogelijk om gebruik de maken van zuignappen. Aan de polsen en de enkels wordt gebruik gemaakt van klemmen. Het onderzoek zelf duurt ongeveer 5 min, waarbij de patiënt zo stil mogelijk dient te liggen, en mag hij niet praten, teneinde een correcte analyse te verkrijgen. Wanneer het onderzoek correct wordt uitgevoerd, krijgen we een zogenaamd hartfilmpje als resultaten, waarbij de elektrische impulsen doorheen het hart worden gemeten. Niet alle hartkwalen kunnen hiermee in beeld worden gebracht (bv kleplijden of angina pectoris)

Bij aankoop van zowel het spirometrie- als EKG-toestel zijn er een aantal criteria die we belangrijk achten:
1. Dat de verkregen gegevens elektronisch kunnen worden opgeslagen, en per patiëntendossier kunnen worden ingevoerd
2. Zijn de toestellen gebruiksvriendelijk?
3. De service van de leverancier
4. Prijs/kwaliteit

8.2 Preventie

8.2.1 Griepvaccinatie

We schreven, net als vorig jaar, 257 patiënten aan die tot een risicogroep behoorden en gaven aan de wat het vaccin hen zou kosten, afhankelijk van de mutualiteit bij de welke ze aangesloten zijn.

We organiseerden opnieuw een vaccinatie dag op 16 oktober. Tijdens 3 vaccinatiemomenten, 's morgens, 's middags en 's avonds kwamen er 65 mensen langs.

De verpleegkundigen gaven het vaccin, terwijl er vooraf of achteraf een drankje werd aangeboden door iemand van het onthaal. Er was steeds een arts "in huis".
Vooraf waren er al 6 vroege vogels en na 16 oktober vaccineerden we nog 41 patiënten.

112 van de 257 patiënten die we uitnodigden, hebben dus een griepvaccinatie gehad.

8.2.2 GMD+

Het globaal medisch dossier, met preventie module, het zogenaamde GMD+, is sinds 1 april 2011 beschikbaar (zie jaarverslag 2013). We maken hiervoor gebruik van de gezondheidsgids, opgesteld door Domus Medica, wiens gebruik door de Vlaamse overheid wordt aangemoedigd. Deze gezondheidsgids wordt met andere woorden gezien als een goed document om gezondheidspromotie en ziektepreventie te bevorderen. Hoe gaan we in 2014 te werk: Allereerst werden, net zoals vorig jaar alle patiënten tussen de 45 en de 75 jaar aangeschreven. Dit schrijven verzoekt de patiënten om zich te melden bij 1 van de sociaal verpleegkundigen om, aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst, samen een persoonlijk preventiedossier op te stellen. Deze vragenlijst werd vanuit Domus Medica, om het proces vlotter te laten verlopen omgezet tot een beter hanteerbare checklist. Deze checklist bestaat voor 2014 uit 20 gestandaardiseerde ja/nee vragen voor mannen en 25 voor vrouwen. Concreet wordt er gekeken naar de volgende deeldomeinen: cardiovasculair risicoprofiel, rookgedrag, alcoholgebruik, voeding, beweging, diabetes mellitus, vaccinaties, colorectale kanker, borstkanker, baarmoederhalskanker en depressie/suïciderisico. Na het overlopen van deze checklist van de sociaal verpleegkundige met de patiënt, vullen zij de gegevens via het protocolscherm "GMD+" via Medidoc in het patiëntendossier in. Vervolgens wordt aan de patiënt een vervolgafspraak bij zijn vaste arts gegeven om de resultaten te bespreken. Tijdens dit consult wordt er met behulp van de verwerkingsmodule door de arts een persoonlijk preventieplan opgesteld. De aard van de te plannen zaken hangt af van de vragenlijst. Indien op basis van de antwoorden vereist, wordt er overgegaan tot een standaard bloedname, vaccinatie, uitstrijkje, etc.

Bij patiënten bij wie reeds een GMD+ werd opgesteld, dienen niet elk jaar opnieuw alle vragen beantwoord te worden. Een zogenaamd herhalingstraject wordt aan deze patiënten voorgesteld.
In totaal werden in 2014 320 patiënten (tussen 45 en 75j) aangeschreven, waarvan 70 patiënten zich op de praktijk aanmeldden.

8.2.3 Rookstop

Voor de ontwikkeling en de evolutie in rookstopbegeleiding zie jaarverslag 2013.
In 2014 hebben we ons vooral gericht op de individuele begeleiding. Deze begeleiding werd in 2014 voornamelijk opgenomen door de sociaal verpleegkundige Griet.
In 2014 werden 17 patiënten individueel begeleid, dit in vergelijking met 13 patiënten in 2013. De lichte stijging kan mogelijks te maken hebben met de uitbreiding van de avonduren waardoor er meer kandidaten rookstoppers bereikt konden worden. Wat de individuele begeleiding concreet inhoud kan je nalezen in jaarverslag 2013.
Van de 17 patiënten die werden begeleid zijn 3 patiënten gestopt, 2 patiënten zijn tijdelijk gestopt, maar terug hervallen. 10 patiënten haakten af na 1 à 2 sessies en 2 begeleiding zijn nog lopende in 2015.
4 patiënten kozen ervoor te stoppen zonder medicamenteuze hulpmiddelen, 2 patiënten kozen voor nicotinepleisters, 1 voor kauwgom met nicotine als hulpmiddel, 10 personen kozen voor medicatie.
Idealiter had Griet de opleiding tot erkende tabacoloog bij het VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw) gevolgd. Jammer genoeg was deze volzet in 2014.

8.2.4 Gezondheidspromotie

Gezondheidspromotie is een belangrijk onderdeel in de werking van het wijkgezondheidscentrum. Gezondheidspromotie kan in de vorm van individueel advies in het kabinet van de zorgverstrekker verlopen . Er worden in De Regent echter ook veel groepsactiviteiten georganiseerd. Voor deze groepsactiviteiten in het kader van GZPR, zie hoofdstuk 9.

8.3 Sociale begeleiding

Naast de fysieke zorg is er ook ruim aandacht voor het sociaal en psychisch welbevinden van de patiënten. Dit kunnen we onderverdelen in een 6- tal luiken:

8.3.1 Financiële moeilijkheden/ verblijfsstatuten

Dit komt aan bod tijdens het sociale luik van de intake bij inschrijving. Tijdens deze intake komen geregeld financiële moeilijkheden aan het licht omdat we het inkomen en de leefsituatie concreet in kaart brengen. In het verlengde daarvan bevragen we het verblijfsstatuut van de patiënt, mede omdat dit financiële gevolgen heeft.
Wat betreft hulp i.v.m. verblijfsdocumenten trachten we in kaart te brengen wat het probleem is (indien dit nodig blijkt te zijn). In eerste instantie bekijken we of we zelf verder kunnen helpen. Zo niet, verwijzen we door naar meer bevoegde instanties zoals PSC vluchtelingen voor ingewikkelder vragen i.v.m. asielprocedures en regularisaties, juridische diensten,…. In dit kader nemen we ook geregeld contact op met de advocaat van de patiënt en/of de Dienst Vreemdelingenzaken: vaak gaat dit over het uitklaren van

onduidelijke situaties: soms loopt de communicatie mis tussen patiënt en advocaat of is de advocaat moeilijk te bereiken. Soms loopt het ook mis bij de Dienst Vreemdelingenzaken: dossiers die bvb. heel onduidelijk zijn, dit heeft mede ook te maken met het feit dat het een complexe materie betreft waarbij de wetgeving ook geregeld wijzigt.
Bij financiële problemen bekijken we met de patiënt welke stappen hij zelf al heeft ondernomen om zijn situatie te verbeteren en welke mogelijkheden er nog zijn. We trachten hierbij de patiënt zo goed mogelijk door te verwijzen naar de juiste instanties, naar het OCMW voor financiële steun, andere doorverwijzingen naar bvb. instanties die voedselpakketten bedelen, sociale restaurants, enz…

8.3.2 Werk/vrije tijd

Tijdens de intake maar ook op andere momenten kunnen nog andere sociale zaken aan bod komen. Er komen bvb. geregeld vragen van patiënten i.v.m. moeilijkheden bij het vinden van werk. Daar trachten we patiënten zoveel mogelijk toe te leiden naar de bevoegde instanties zoals VDAB, digi-punt,… Soms is het echter niet zo eenvoudig mensen naar de bevoegde diensten te verwijzen omdat de drempel nog te hoog is om daar naartoe te gaan. Vandaar dat we in sommige situaties patiënten zelf helpen door adressen van werkgevers mee te geven, hulp bieden bij het opmaken van een CV of bij het zoeken naar een job op de VDAB-site,… Hierbij is het natuurlijk een constant afwegen van hoeveel of hoe weinig hulp je biedt. Het is steeds beter dat mensen bij de bevoegde instanties terechtkomen zodat ze niet van ons afhankelijk worden als hulpverlener. We streven er steeds naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de patiënt aan te spreken, we moeten daarin echter rekening houden met de mogelijkheden van de patiënt zelf.
Voor sommige patiënten is het echter niet (meer) mogelijk om een betaalde job uit te oefenen. Deze mensen worstelen vaak met verveling/ eenzaamheid/leegte. Met hen gaan we op zoek naar wat voor hen een zinvolle dagbesteding kan zijn. Dit kan heel verschillend zijn van persoon tot persoon. Er is een heel aanbod aan vrijwilligerswerk waar deze mensen een plaats kunnen vinden om zo enige zingeving aan hun leven te geven.

8.3.3 Facturen/administratieve vragen

Een ander belangrijk onderdeel van het sociale luik gaat over facturen. Geregeld komen patiënten met onbetaalde facturen en/of brieven van deurwaarders. Als het over kleine bedragen of een overzichtelijke situatie gaat kunnen we dit zelf opnemen door contact te leggen met deurwaarders om te bemiddelen en/of een afbetalingsplan op te stellen. Indien het echter over te grote bedragen gaat of complexe situaties waarbij langdurige opvolging nodig is, verwijzen we door naar het OCMW om aldaar een vraag te stellen naar mogelijks financiële ondersteuning om de facturen af te betalen of om een vraag te stellen naar budgetbegeleiding/ schuldbemiddeling.
Wat we hierbij ook tegenkomen is dat patiënten die in schuld-bemiddeling zijn, zelf weinig op de hoogte zijn van hun financiële

situatie. Dit gaat dan meestal over onzekere, weinig mondige patiënten. We zien het dan als onze taak om deze personen aan te moedigen voor zichzelf op te komen , hierin te ondersteunen door hun bewust te maken van het feit dat ze recht hebben op informatie over hun eigen situatie. Indien mensen toch nog te onzeker zijn om zelf contact op te nemen met de bevoegde advocaat in hun dossier, dan zullen wij dat stuk op ons nemen. Vaak is het dan voor patiënten een hele opluchting om meer duidelijkheid te krijgen.
Verder bestaat dit luik uit allerhande uiteenlopende administratieve, concrete zaken zoals bvb. een brief vertalen voor anderstaligen, een rapport vertalen van een kind voor een mama die analfabeet is, een fiche van het CLB voor de school invullen,…

8.3.4 Sociale begeleiding tijdens zwangerschapsopvolging

Zwangere patiënten worden door de sociaal verpleegkundige Saar opgevolgd samen met een arts. Naast de medische opvolging is er ook een ander, meer administratief luik dat in orde gebracht moet worden, namelijk de hulp bij het aanvragen van kindergeld en kraamgeld en het inschrijven voor kinderopvang. Ook informatie over het erkennen van de baby door de vader. Gezien de verschillende talen die patiënten spreken en de toenemende digitalisering is enige hulp hierbij zeker nodig.
Gezien de diverse patiëntenpopulatie is ook de nazorg, namelijk het bekijken van mogelijke anticonceptie na de geboorte, een belangrijk item. Het bespreekbaar maken van thema's zoals anticonceptie, kinderwens, seksualiteit,… is een belangrijke vorm van sociale begeleiding.

8.3.5 Psycho-sociale ondersteuning/begeleiding

Een niet te onderschatten onderdeel van het sociale luik is het psychische aspect. We zien dat meer en meer mensen te kampen hebben met psychische moeilijkheden. Dit komt bij sommige patiënten zeer snel aan bod bvb. tijdens het eerste kennismakingsgesprek, maar kan ook pas veel later aan bod komen als er reeds een vertrouwensrelatie is gevormd.
Hier kunnen we een onderscheid maken tussen eerder ondersteunings-vragen en eerder therapeutische vragen. Daar waar een patiënt eerder een vraag naar ondersteuning heeft, zullen we eerst bekijken of er ondersteuning mogelijk is binnen zijn eigen netwerk. Is dit niet het geval kunnen ze we eventueel ernaar streven zijn netwerk te vergroten zodat hij de nodige hulp daarin kan vinden. Indien dit ook niet mogelijk is of wel, maar onvoldoende, kan van hieruit door een verpleeg-kundige of door een arts (of in combinatie) de nodige ondersteuning geboden worden.
In dit kader is het belangrijk de samenwerking met ATK (armentekort) eveneens te vermelden.
Wie is armentekort? Een organisatie die als missie heeft: door innovatie en empowerment samen met opgeleide buddy's kansarmoede te overwinnen. Voor meer info zie hun website: www.armentekort.be
Hierover kan echter nog niet zoveel gezegd worden aangezien dit over een beginnende samenwerking gaat.

Is er een therapeutische vraag, d.w.z. een vraag naar verdieping, verandering, inzicht, reflectie over de eigen situatie, dan kunnen we intern doorverwijzen naar onze psychologen waarmee we samenwerken of naar CAW (Centrum voor Ambulant Welzijnswerk) Antwerpen. Dit omvat de eerste lijn in de geestelijke gezondheidszorg. Gaat het over complexere, eerder psychiatrische problemen, verwijzen we door naar de tweede lijn geestelijke gezondheidszorg zoals Andante, VAGGA.
In samenwerking met de 2e lijns gezondheidszorg nemen we ook steeds meer een ondersteunende/aanvullende rol op bij psychiatrische patiënten zoals bvb. het dagelijks geven van medicatie/ ondersteunende gesprekken.

8.3.6 Sociale huisbezoeken

Huisbezoeken wegens sociale redenen komen niet frequent voor, dit gaat dan eerder over bvb. algemeen moeilijke sociale situaties, patiënten met psychiatrische problemen of bvb. voor of na een bevalling.

8.4 Noden binnen de wijk 2060

Binnen de wijk 2060 onderscheiden we een aantal specifieke noden zoals:

- Migrerende (patiënten)populatie
- Taalproblematiek
- Psychologische noden bij onze patiënten
- Verslavingsproblematiek
- Sociale problematiek
- Therapie-ontrouw van patiënten
- Medische attesten

Deze noden zijn nauwelijks of niets veranderd t.o.v. vorig jaar. Voor een meer gedetailleerde uitleg, zie jaarverslag 2013.

8.5 De Regent als opleidingspraktijk

8.5.1 Geneeskunde

Ook in 2014 liepen er een viertal studenten geneeskunde van de Universiteit Antwerpen stage in het wijkgezondheidscentrum. Het gaat zowel om studenten van de lagere jaren (bachelor en master) die korte stages doorlopen, als over een student die zijn wettelijke stage deed op De Regent.
Annelies Lonnée is de verantwoordelijke stage begeleidster.

Zij is tevens stage meester van Bart Vander Putten, onze Haio (Huisarts in opleiding).
Reeds in 2013 was er besloten dat we zo mogelijk zouden starten met een Haio. Annelies heeft zich hiervoor in september 2013 aangemeld als kandidaat opleider. Na de vereiste opleiding hiervoor gevolgd te hebben en na de sollicitatie ronde van het Icho kwamen we tot een

wederzijds akkoord met Dr Bart Vander Putten. Hij startte hier in september 2014 zijn 2e jaar opleiding tot huisarts .

Bart heeft voor zijn opleiding tot huisarts een thesis over eenzaamheid bij nieuwkomers geschreven.
Het betreft een explorerend onderzoek. We willen zo mogelijk graag verder werken met de resultaten die hier uit voortkomen. Het is immers zo dat eenzaamheid, isolement en heimwee, thema's zijn die bij onze doelgroep een grote rol spelen.
Hij hoopt zijn opleiding in sept 2015 met goed gevolg af te ronden.

8.5.2 Verpleging

5/03/2014: Sofie en Griet zijn gastsprekers op Hoge school Kempen voor de minor : eerste lijn verpleging.

Een minor is een samenhangend pakket cursussen in een bepaald vakgebied. Met deze minor wil men in de opleiding verpleegkunde ook plaats maken voor de rol van verpleging inde setting van een eerstelijnspraktijk.

8.5.3 Psychotherapie

Kris Holemans en Koen Lafaut werkten beide op vrijwillige basis voor De Regent. Kris tot eind maart 2014 en Koen het hele jaar. Zij volgden toen nog een therapeutische opleiding, na hun opleiding als klinisch psycholoog.
In het kader van hun opleiding hebben zij ook patiëntencontacten nodig. Die kunnen wij hen zeker aanbieden. Een keer per maand is er een multidisciplinair overleg waar zij hun patiënten met de andere zorgverstrekkers kunnen bespreken. Voorts krijgen zij ook binnen hun opleiding ondersteuning via intervisiemomenten.

8.5.4 Onthaal

Ook aan het onthaal hebben we tijdens 2014 met een student gewerkt en dit in het kader van deeltijdswerken/deeltijds leren.
Kirenia Infante Diaz is in februari 2014 aan het onthaal gestart en zal haar opleiding hier afronden in augustus 2016. Zij wordt begeleid door Tamara De Coen en haar andere onthaalcollega's.

8.5.5 Algemeen

Begin september kwam de Antwerp Management School op bezoek.
Zij kwamen langs met studenten die een master in Human Resources betrachtten. Het praktijkbezoek aan de Regent kadert in het streven naar ethisch en maatschappelijk ondernemerschap. De studenten op hun beurt boden hun kennis aan ter ondersteuning van onze werking betreffende gezondheidspromotie.

WGC De Regent wil op deze manier bijdragen aan de sensibilisering en de algemene kennis over de WGC's. In Antwerpen is de werking

van een wijkgezondheidscentrum lang nog niet goed gekend. Het is belangrijk dat zowel potentiele patiënten alsook jong afgestudeerde zorgverstrekkers goed op de hoogte zijn van al de verschillende mogelijkheden in het zorglandschap. Voorts is het maatschappelijk ondernemerschap ook een doelstelling van de praktijk.

8.6 Medische doelstellingen 2014-wat is verwezenlijkt?

8.6.1 Homologeren van het beleid bij courante huisartsgeneeskundige aandoeningen en technische onderzoeken

Omdat het belangrijk is om binnen een praktijk eenzelfde beleid te hanteren, en dit volgens de huidige richtlijnen op basis van goede Evidence Based Medicine (EBM), werden er dit jaar een aantal thema's behandeld, om het beleid van alle zorgverstrekkers onderling gelijk te stemmen.
Eén bepaalde zorgverstrekker bereidde een kleine quiz voor, op basis van een huidige NHG standaard of een Domus Medica aanbeveling. De rest van de zorgverstrekkers werd op voorhand van dit thema verwittigd, waardoor ze zich elk konden voorbereiden op het komende thema. De bedoeling is om stellingen te poneren die juist of fout zijn, waarna de nodige discussie kan ontstaan, om vervolgens uit elkaars fouten te kunnen leren.
Zo organiseerde :

- Afsaneh een kleine quiz over het SOA consult
- Pieter-Jan over het Kind met koorts
- Annelies over Antibioticagebruik bij luchtweginfecties
- Saar behandelde Diabetes mellitus.

Dergelijke initiatieven worden als zeer leerrijk ervaren, en dit op een luchtige manier. Ook in 2015 zullen deze interne gelijk stemmingen blijven behandeld worden.

8.6.2 Koppeling patiënt-vaste arts

We zagen dat patiënten die omwille van een psychische problematiek moeilijker een vertrouwensband kunnen opbouwen met hun arts, of patiënten die lijden aan complexere, chronische aandoeningen, vaak van huisarts veranderden en dit terwijl het net deze patiënten zijn die er het grootste belang bij hebben dat een vaste huisarts als zorg- en behandelingscoördinator voor hen optreedt.
Ook voor de huisarts zelf is het telkens opnieuw tijdrovend om zich in te moeten werken in een nieuw, complex dossier. Iets wat nochtans noodzakelijk is wil hij of zij een correct beleid verderzetten.
Daarom besloten we om de chronische patiënten zoveel mogelijk te koppelen aan een vaste arts naar keuze.
Het uiteindelijke doel is zelfs dat elke patiënt van ons WGC een vaste arts heeft.

Werkpad:
We maakten rond deze doelstelling een werkgroep, bestaande uit Koen (arts), Tamara en Karen (beide onthaal). We besloten stapsgewijs te werk te gaan:

- Stap 1: juli 2014 alle artsen geven door welke patiënten zij nu al aan zich gekoppeld zien
- Stap 2: oktober 2014 onthaal bevraagd mensen zonder vaste arts telkens wie hun vaste arts is
- Stap 3: eerste controle, december 2014: hoeveel patiënten zijn er al aan een vaste huisarts gekoppeld?
- Stap 4: tweede controle, juni 2015: hoeveel van onze diabetici hebben een vaste arts. De diabeticus is immers een typisch voorbeeld van een chronische patiënt

Resultaat Stap 3

controle december 2014

Koen:	99 patiënten
Annelies:	83 patiënten
Pieter Jan:	46 patiënten
Bart:	11 patiënten
Afsaneh	68 patiënten
Totaal :	**454 patiënten,** of **17.5%** op een totaal van 2595

Besluit 2014

17.5% van onze patiënten is ondertussen dus gekoppeld aan een vaste arts.
Op zich al een klein succes, zeker gezien de korte loopduur van het project (4-6 maand).
Het onthaal ziet nu van al deze patiënten bij welke arts hij of zij het best bekend is. Als een patiënt zich aanmeldt, kunnen zij hem of haar dan ook direct verwijzen naar hun vast huisarts.
Ook de zorgverleners (huisartsen, sociaal verpleegkundigen en psychologen) zien nu in 1 oogopslag welke arts de patiënt het beste kent.
Als het voorkomt dat een patiënt liever niet bij zijn vaste arts komt, krijgt de patiënt zijn of haar afspraak bij een andere arts naar keuze, maar deze laatste zal de patiënt dan toch, in de mate van het mogelijke, terug naar zijn of haar vaste huisarts begeleiden.
Mochten er achterliggend onoverkomelijke moeilijkheden blijken te liggen in de relatie tussen de patiënt en zijn of haar vaste huisarts, wordt dit steeds besproken onder de betrokken zorgverleners, om zo, tot een nieuw, en stabiel zorgteam te komen, met, zo nodig, een nieuwe vaste huisarts.

Doelstellingen 2015

Zoals reeds in het besluit van 2014 vermeld stond, is het uiteindelijke doel dat elke patiënt van ons WGC gekoppeld is aan een vaste arts.
Voorlopig zijn we daar nog niet.
In juni 2015 bekijken we hoeveel van onze diabetici al een vaste arts hebben. De diabeticus is immers een typisch voorbeeld van een chronische patiënt.
Afhankelijk van de bekomen resultaten zal de werkgroep rond de Koppeling Vaste-Patiënt arts verdere adviezen en nieuwe doelstellingen kunnen formuleren om langzaam tot ons einddoel te komen.
Misschien nog interessant is dat de samenstelling van deze werkgroep in 2015 veranderde, nav het vertrek van Dr Koen.
Vanaf maart 2015 bestaat de werkgroep uit Tamara, Karen, Saar en Dr Katrien.

8.6.3 Continu kwaliteit verbeterend project : Elektronisch Medisch Dossier (Medidoc) en Eénlijn

Het doel van een goed **EMD** is tweeledig:

1. We willen dat elke zorgverstrekker in één oogopslag de belangrijkste medische gegevens van patiënten (acute en chronische ziektes, medicatie, vaccinaties, planning) gezien heeft.
2. We willen vanuit ons EMD zo snel mogelijk toegang krijgen tot de verslagen van al dan niet specialistische onderzoeken en behandelingen

Om het **eerste doel** te bereiken, houden we regelmatig besprekingen tijdens het multidisciplinaire overleg over de registratie van medische gegevens door de verschillende zorgverstrekkers in het EMD. Tot voor 2014 hadden we hier een groot hiaat, want terwijl de artsen en de verpleegkundigen reeds makkelijk toegang hadden tot het EMD, was dit voor de psychologen nog helemaal niet het geval. Daarom zaten we halfweg 2014 samen met de psychologen, en keken we waar zij, zonder veel moeite hun bevindingen konden noteren. Zo creëerden we binnen ons EMD een psychologisch luik, dat makkelijk toegankelijk is voor de psychologen, artsen en de sociaal verpleegkundigen.
Om ons **tweede doel** te bereiken werden in 2014 verschillende stappen ondernomen.
Een ECG-toestel en een spirometer werden aangekocht door de praktijk. Deze onderzoeken worden uitgevoerd door onze sociaal verpleegkundigen en de resultaten worden rechtstreeks geïntegreerd in het EMD (zie ook het stukje aldaar).

Ook liepen er in 2014 verschillende projecten om zoveel mogelijk (en idealiter alle) medische verslagen van specialisten elektronisch te integreren in het EMD.

1) Hector, liep vorig jaar al, en werd verder uitgebreid als ehealthbox, d.w.z.: mailbox voor medische verslagen. Ons EMD ontvangt hiermee

zoveel mogelijk elektronische verslagen vanuit de ziekenhuizen en ons labo. We kunnen deze verslagen ook direct linken aan het EMD van de desbetreffende patiënt

2) Papieren verslagen inscannen: is een nieuwe evolutie van dit jaar (papieren dossiers worden omgezet in een elektronisch verslag dat we dan ook weer direct linken aan het EMD van de patiënt) –dit item wordt ook apart besproken

Helaas is niet elk systeem waterdicht en merken we dat we via bovengenoemde kanalen niet altijd alle verslagen ontvangen. Vooral vanuit bepaalde specialiteiten (dermatologie, oftalmologie, orthopedie…) en vanuit bepaalde ziekenhuisgroepen (bv. gasthuiszusters) doen zich hier moeilijkheden voor. Om ook hier weer zo veel mogelijk informatie terug te vinden, ontstonden in de voorbije jaren alternatieven, zoals Consutl IT, Sara I en COZO. Dit zijn beveiligde websites, waarop we gegevens van onze patiënten kunnen inkijken. Gegevens vanuit deze kanalen kunnen echter (nog) niet rechtstreeks gelinkt worden aan het EMD van de desbetreffende patiënt.

1) Consult IT: web-ablicatie van het labo om uitslagen rechtstreeks op hun site te kunnen raadplegen (bestond vorig jaar ook al)
2) Sara I: geeft via een "HUB" alle info betreffende labo's, onderzoeken en verslagen van onze patiënten binnen de ZNA-ziekenhuizen (bestond vorig jaar ook al).
3) COZO (Collaboratief Zorgplatform): geeft via een "Meta-HUB" alle info betreffende labo's, onderzoeken en verslagen van onze patiënten binnen alle Belgische ziekenhuizen (nieuw vanaf dit jaar). Deze "Meta-HUB" overkoepelt dus àlle belgische "HUBS" (kleinere informatienetwerken)

Deze laatste beveiligde website is ongelofelijk handig. COZO brengt ons trouwens meteen terug bij de titel van dit stuk: "EMD en éénlijn". Want, EMD was het enige waarover we totnogtoe spraken, maar waar staat die "éénlijn" dan voor?

Eénlijn, ook wel ehealth genoemd, is een door de overheid gestuurd project dat zich engageert om de medische gegevensuitwisseling makkelijker te laten verlopen, en dit tussen de verschillende betrokken partijen. Hiervoor hebben we de samenwerking nodig tussen:

1) Patiënt (via de ehealth website)– die steeds zijn of haar toestemming (Informed Consent) moet geven om zijn of haar gegevens uitwisselbaar te maken
2) Huisarts (via het EMD, Hector) – die zich engageert om de Sumehr-(basis medische) gegevens van de patiënt beschikbaar te stellen
3) Specialist (via Hubs en Metahubs, zoals Sara I, of beter nog, COZO)– die zijn/haar onderzoeksgegevens beschikbaar stelt.
4) Apothekers (via de link RECIPE)– die mee de medicatiefiche beheert
5) Ziekenfondsen (via link MYCARENET)– die verzekeringsgegevens beschikbaar stellen, maar ook Bf-attesten (attesten om de

terugbetaling van bepaalde duurdere medicaties te regelen), en andere terugbetalingsmodaliteiten sneller gaan doorgeven

6) De overheid als catalysator: via sponsoring van de verschillende netwerken, sponsoring van bijscholingen, het geven incentives (bv. koppeling in de toekomst van de telematicapremie aan het aantal sumehr gegevens dat een huisartsenpraktijk beschikbaar stelde in de ehealthbox)

Zoals u ziet is: vrij complex en veel zaken staan nog helemaal niet op punt. En toch ligt hier de toekomst. Verzekeringsgevens van een patiënt kunnen direct bekomen worden via het inlezen van zijn ID. Goedkeuringen van mutualiteiten, die soms maanden op zich laten wachten, kunnen nu vaak automatisch gebeuren, en, last but nog least, een grote hoeveelheid medische info ligt zo maar voor het grijpen.

Mocht u nu bang worden dat wij iets van uw privé medische gegevens zo maar kunnen gaan inkijken: niks is minder waar. Telkens vooraleer een arts of een andere betrokkene toegang kan krijgen tot de medische gegevens, moet de patiënt zijn toestemming geven, eerst via een Informed Consent (dat telkenmale ook weer kan ingetrokken worden) en daarna nog via van zijn/haar ID, die dan via de kaartlezer van de betrokken arts moet ingelezen worden en zodoende als sleutel tot de medische gegevens van de patiënt telt.

8.6.4 Inscannen medische dossiers

We engageerden ons om onze medische dossiers te digitaliseren. Zodoende kan bespaard worden op ruimte én kunnen we alle nodige informatie rechtstreeks via onze computers in de kabinetten opvragen.
Om dit project te realiseren werd een werkgroep opgericht die het volgende stappenplan verder moet concretiseren:

Stap 1: digitaliseren van de nieuw binnenkomende verslagen, die ons enkel op papier (en dus niet via Hector) bereikten

Stap 2: digitaliseren van de dossiers van nieuw ingeschreven patiënten

Stap 3: digitaliseren van de oudere dossiers.

Het project had meer voeten in de aarde dan verwacht. We slaagden er pas in om vanaf begin 2015 medische verslagen en patiëntendossiers succesvol in te scannen.

De artsen maken zelf een selectie van wat bijgehouden moet worden en wat vernietigd mag worden. Een onthaalmedewerker scant dan het verslag of dossier in. Voorlopig wordt alles ook nog op papier bijgehouden, maar dit enkel ter controle. Vanaf een bepaald moment gaan alle gescande papieren in de vuilbak.

Momenteel zijn we enkel bezig met stap 1 en stap 2.

9. GEZONDHEIDSPROMOTIE & PREVENTIE

9.1 Langlopende acties

Bewegingsexpressie:
Elke maandag behalve in de schoolvakanties van 13.00 tot 14.30.
Bewegen voor een groep vrouwen: mix tussen dans, yoga en eenvoudig turnen.
Het is gratis voor de deelnemers.
Een medewerkster van het onthaal belt onze deelnemende patiënten op, neemt deel en brengt altijd een stuk fruit mee.

Hiervoor kregen we subsidies via Steunpunt Algemeen Welzijnswerk voor het project Armoede in beweging.

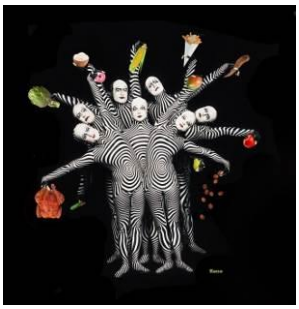
Yoga:
Elke dinsdag behalve in de schoolvakanties van 14.00 tot 15.00.
Dit is voor zowel mannen als vrouwen.
Een medewerkster van het onthaal neemt sporadisch deel.
1€ per les, zoals alle andere sportlessen van Buurtsport.

Hiervoor kregen we subsidies door Atlas en Buurtsport (beide stad Antwerpen).

Samenwerking met Jessi van Buurtsport:
Om de 2 weken doet Jessi een namiddag sportconsultatie in het WGC.
Ze schrijft kinderen en volwassen in in een sportclub/-activiteit naar wens, rekening houdend met hun budget.
Jessi schrijft ook kinderen in in sportkampen, helpt de ouders daar ook administratief mee. Buurtsport houdt steeds een aantal plaatsen vrij voor de minder-snelle-beslissers zodat zij toch ook nog een kans maken op een fijne vakantie.
Dit is gratis. "Of ik nu in de sportloods zit, of in het WGC, het doelpubliek is hetzelfde!"

9.2 Acties per thema

Voorjaar 2014: Good food for a good mood!



Doel: onze patiënten informeren over gezonde voeding

Activiteiten:

- interactieve workshop rond gezonde voeding
- 2 interactieve workshops rond diabetes en voeding
- 1 kookworkshop met Latifa Ajattar
- 1 interactief familiespel rond voeding voor families.

We staken de workshops in elkaar aan de hand van het pakket van Kleurrijk Gezond. Dat project wil gezondheid bevorderen bij etnisch-culturele minderheden binnen de stad Antwerpen. Kleurrijk Gezond is een methodiek om op een interactieve manier de basiskennis over gezond eten en bewegen te vergroten.

In kleurrijk gezond ontbrak naar onze mening een tool tot het geven van de basiskennis over het spijsverteringsstelsel. Dat hebben wij samen met de diabetespatiënten bekeken aan de hand van tekeningen die we vergrootten uit "Voedingsadvies bij diabetes in beeld voor andere culturen". We hebben getracht de patiënten duidelijk te maken in welke voedingsmiddelen koolhydraten zitten en welke calorierijk zijn waardoor je gewicht toeneemt.

We bereikten in totaal 19 diabetespatiënten met deze workshop. Ze vonden het erg leerrijk. Wat toch niet zo evident was om duidelijk te maken is dat je niet zonder koolhydraten kan, ondanks dat ze je bloedsuiker verhogen.

Bij de algemene voedingsworkshop lag de nadruk op de energie die je inneemt en die die je verbruikt. Ook toonden we hoe je door je manier van koken je gezondheid al dan niet kan bevorderen. We bereikten 8 patiënten met deze workshop. Er waren enkele deelnemers die al heel wat hadden ondernomen om gewicht te verliezen en dat maakte hen wel wat ontmoedigd.

De kookworkshop was succesvol. Latifa heeft enkele algemene tips rond gezond koken meegegeven alvorens van start te gaan met het koken zelf. Ze maakten samen een wokgerecht met rijst, kip en heel veel groenten. In de loop van de voormiddag waren er 23 patiënten aanwezig. De keuken is niet voorzien op zoveel volk maar desondanks vonden de patiënten het een geslaagde voormiddag.

Ook het familiespel met de kindjes en hun ouders was een succes. In verschillende groepjes deden ze doe & weet-spelletjes, waarbij ze vanalles bijleerden over voeding. Alhoewel het spel net iets te makkelijk was voor de deelnemers, hadden ze allen een fijne en leerzame middag.

Qua activiteiten bouwden wij even een stop in, om zelf even op adem te komen van het vrij geëngageerde voorjaar en om ons degelijk te kunnen voorbereiden op de activiteiten in de herfst.

We wilden wel de patiënten blijven toeleiden naar allerlei activiteiten in de stad en omstreken en maakten daarom een activiteitenkalender. Achteraf bekeken hadden we beter een aparte lijst voor kinderen en families en één voor de volwassenen gemaakt. De patiënten hadden toch nog hulp nodig om aan ons overzichtje uit te kunnen.

Najaar 2014: Home sweet home

Naar aanleiding van een wensboom in de wachtzaal bleek heimwee naar het thuisland een belangrijk thema voor veel patiënten te zijn. Dit was de aanleiding dat we aanvankelijk 2 sessies (later zijn het er 3 geworden) organiseerden 'Home Sweet Home'. Dit waren 2 avonden waar we mensen aan het woord lieten over hun land van herkomst. Ze konden vertellen over waar ze vandaan komen, hoe de tradities bij hen zijn, hoe dingen in hun thuisland verschillen met hier in België,…

Het werden 2 gezellige avonden waar niet alleen mooie dingen, maar ook pijnlijke emoties aan bod konden komen. We besloten dan ook om in het kader van de Masterproef van de HAIO (Huisarts in opleiding), Bart Vander Putten, nog een 3e sessie te organiseren.

In totaal kwamen 22 patiënten naar de sessies verspreidt over 3 momenten.

Gezond wonen

In het kader van het thema 'Home Sweet Home' organiseerden we een infosessie ivm 'Gezond Wonen'. Om je ergens thuis te voelen heb je ook een goede woning nodig. Deze infosessie werd gegeven in het Woonkantoor Noord. Er kwamen 3 thema's aan bod:

- Problemen in de woning zoals vocht en schimmel en wat je er zelf aan kan doen. (uitleg door Dat Schöffner)
- Woonkwaliteit: welke stappen kan je ondernemen naar de huisbaas? Zoals een aangetekend schrijven, een onderzoek aanvragen. (door Jessie Van de Werff)
- Info over huursubsidie, sociale huisvesting, huurdersbond. (door Ilse Janssens)

Het was een uitgebreide en interessante uiteenzetting. We stuurden naar een 20 tal mensen een uitnodiging en spraken mensen persoonlijk aan die ooit woonproblemen hadden. Jammer genoeg namen slechts 3 mensen deel aan deze infosessie.

9.3 Besluit

In 2014 hebben we zowel ingezet op het structureel aanbod als op een aanbod per thema. Het structureel aanbod is belangrijk omdat we vaststellen dat het voor mensen gemakkelijker is terug de draad op te nemen met iets vertrouwds dan om aan iets nieuws te beginnen.
Bovendien is het ook zo dat als mensen langer iets blijven doen er meer verbinding ontstaat tussen de begeleider van de activiteit en de mensen onderling, wat een belangrijke meerwaarde is van het structureel aanbod. Deze verbinding met andere mensen heeft ook een gezondheid bevorderende factor bovenop vb. de beweging op zich zoals bij yoga en bewegingsexpressie.
Voorts zien we ook dat vele thema's die we aanbieden vaak te herleiden zijn tot drie grote kernthema's, m.a.w. deze thema's komen vaak aan bod omdat ze voor onze doelgroep heel belangrijk zijn:

- Gezonde voeding
- Voldoende en aangepaset beweging
- Geestelijke gezondheid in al zijn aspecten

Voor 2014 stond ook op het programma (zie jaarverslag 2013) om meer structuur in de jaarplanning te krijgen. Dit is voor een groot deel gelukt, maar blijft een aandachtspunt naar de toekomst toe.

10. SAMENWERKINGSVERBANDEN EN OVERLEG

10.1 Buurtsport

In 2014 was er nog steeds een actieve samenwerking tussen Buurtsport en De Regent. Buurtsport richt zich voornamelijk tot mensen die moeilijk te motiveren zijn om te sporten. Ofwel is de financiële drempel de oorzaak ofwel zijn er andere redenen mee gemoeid. Omdat de doelgroep sowieso moeilijk te bereiken is, is er tussen Buurtsport en de Antwerpse WGC's een out-reachend project ontstaan, waarbij er om de 2 weken, een medewerker van buurtsport in het centrum zelf de patiënten kwam adviseren. De patiënten krijgen een doorverwijzing naar het sportconsult door de arts of sociaalverpleegkundige. De medewerker van buurtsport zal op haar manier de patiënt attent maken op het gepaste sport of vrijetijdsaanbod. Het aanbod is toegankelijk voor volwassenen en kinderen en betreft zowel het sport, cultuur & vrijetijdsaanbod van de stad Antwerpen als het intern aanbod van De Regent. Er werden op die momenten ook vakantiekampen voor kinderen aangeboden om de periode van de grote vakantie te overbruggen. Buurtsport heeft ook een financiële ondersteuning gegeven voor ons eigen yoga aanbod. Het spreekt voor zich dat dit aanbod opengetrokken werd naar de grotere doelgroep van de wijk 2060.

10.2 Gasthuiszusters

Het steunfonds GVA is een fonds opgericht door de congregatie van de Gasthuiszusters van Antwerpen samen met de vzw Gasthuiszusters van Antwerpen, een vzw die ziekenhuizen (Sint-Jozef Mortsel, Sint-Vincentius Antwerpen en Sint-Augustinus Wilrijk) en 9 woonzorgcentra beheert in en rond Antwerpen. Het fonds ondersteunt initiatieven op vlak van gezondheidszorg en welzijn. De GZA ondersteunen ons in 2 projecten:

- Een groot deel van onze werking bestaat uit de sociale ondersteuning van de patiënten. Zij worden door onze maatschappelijke assistent begeleid en doorverwezen. Voor ons maakt dit deel uit van de integrale werking die we aanbieden. Deze dienst zit echter niet vervat in het forfait. Het steunfonds van de GZA, dat een model van geïntegreerde zorg en ondersteuning genegen is, nl gezondheidszorg in combinatie met welzijnszorg, heeft de personeelskosten van deze persoon ten laste genomen. Dit project loopt over 3 jaar.

- Een ander project werd gezamenlijk ingediend met de 2 andere Antwerpse WGC's, 't Spoor en Zuidrand. Het steunfonds voorziet een budget om mensen zonder papieren (en geen recht op dringende medische hulp) door te sturen naar de 2de lijn. Met een aantal specialisten van St.-Vincentius, die zich hiervoor vrijwillig engageerden, werden afspraken gemaakt om deze patiënten toch op consultatie te laten komen. De kosten van deze consultaties zouden dan betaald worden uit dit budget van de GHZ.

  Op die manier hebben we toch een 10-tal patiënten kunnen verder helpen.

10.3 OCMW

De Regent heeft een structurele samenwerking met het OCMW van Antwerpen. Dit uit zich op verschillende vlakken.

Vermits een groot aandeel van het patiëntenbestand uit OCMW–publiek bestaat, is de samenwerking voor beide partijen een win-win situatie. In 2014 hadden 7% van de totaalpopulatie een ten laste name van het OCMW. Het totaal aandeel van mensen die op één of andere manier gebruik maken van de diensten van het OCMW (medische waarborgen, leefloon, huisvesting, schuldbemiddeling etc.) wordt geschat op meer dan 80%.

Sofie Nicolay neemt actief deel aan de Regiegroep Gezondheid en de werkgroep Toegankelijke Zorg, een overlegplatform georganiseerd door OCMW Antwerpen waarbij verschillende Antwerpse gesprekspartners op het vlak van gezondheid betrokken worden zoals Havac, Logo, MDM, Apga, CaW's, de Antwerpse WGC's etc..

Er wordt ook nauw samengewerkt met alle lokale OCMW centra voor de begeleiding van patiënten.

10.4 Andante

Sinds begin 2009 werken we samen met Andante wat de psychologische opvang van onze patiënten betreft.
Chris Van Eyken ziet op donderdagvoormiddag ± 4 patiënten.
Tot 2012 kregen we voor dit project werkingsmiddelen van de overheid. Gelukkig loopt onze samenwerking nog steeds tot op de dag van vandaag vanuit de sterke, gedeelde visie, dat er op de eerste lijn een aanbod moet zijn van geestelijke gezondheid.
We zijn Andante erkentelijk dat zij ons via dit outreachend project blijven ondersteunen. Er zijn momenteel 2 huisartsenpraktijken in dit project betrokken, nl WGC 't Spoor en WGC De Regent.

10.5 WGC 't Spoor (Borgerhout), WGC Zuidrand (2020 Antwerpen-Kiel), WGC De Zilveren Knoop (Lier), Geneeskunde Voor Het Volk (Deurne & Hoboken)

Er wordt op regelmatige basis een administratief overleg gepleegd met de andere WGC's en GVHV in Antwerpen. Vermits we allen forfaitair werken , lopen heel wat procedures gelijkaardig. Om bepaalde processen, zoals mutaties, goed op elkaar af te stemmen is een goede organisatie vereist. Met WGC 't Spoor hebben we ook, omwille van de nabijheid, een samenwerking betreffende gezondheidspromotie & preventie (info-sessies, uitlenen materiaal, …)

10.6 VWGC

WGC De Regent is lid van de koepelvereniging van WGC's , nl VWGC
Sinds begin 2011 is de nieuwe structuur binnen de koepelvereniging van start. Dit houdt een AV, een RvB en regionaal georganiseerde beleidsgroepen in.

- Regiogroep Centrum
- Regiogroep Oost
- Regiogroep West

Voorts wordt de werking aangevuld met werkgroepen zoals de coördinatorenvergadering, werkgroep forfait, werkgroep gezondheids-promotie, etc.
Er zijn ook beleidscellen, zoals beleid cel "Werkgeversmaterie", beleid cel "Kwaliteit & Data" en beleid cel "Nieuwe Centra".

De VWGC werkt volgens 5 strategische doelstellingen:

- Ondersteuning van de wijkgezondheidscentra
- Ontwikkeling en begeleiding van nieuwe wijkgezondheidscentra
- Belangenbehartiging van het concept
- Vertegenwoordiging en belangenbehartiging van de leden en de sector
- De VWGC heeft een organisatiemodel aangepast aan haar omgeving en strategische doelstellingen

De Koepelvereniging heeft zich in 2014 voornamelijk bezig gehouden met het uitwerken van :

- Nieuw organogram voor de vereniging
- Beleidsplan 2015-2020
- Kwaliteitsproject
- Verkenning Provincie Antwerpen, Limburg en West Vlaanderen m.b.t. oprichting nieuwe WGC's en dit met de project middelen Kabinet Lieten.

10.7 VCLB/OKAN

Structureel overleg, 2à 3x op jaarbasis, met verschillende partijen en organisatie zoals VCLB, CAW's, DVD, FEDASIL , De 8, om te zien hoe OKAN-leerlingen het best begeleid worden.

10.10 Andere

Voorts zijn er nog een aantal organisaties in de buurt zoals waar het centrum regelmatig mee samenwerkt en overleg pleegt. Deze organisaties zijn:

- PSC (protestant sociaal centrum)
- MDM (Dokters van de wereld)
- Sociaal Steunpunt gezondheid Noord
- Centrum De Wijk, Samik

11. INFRASTRUCTUUR

11.1 Intern

In de zoektocht naar uitbreiding van de werking is er in 2014 een heel parcours afgelegd. Wetende dat een bouwproject niet voor morgen is, wilden we alvast onze eigen interne uitbreidingsmogelijkheden verkennen. Het pand naast ons bood geen opportuniteit vermits we voor dit pand een huurovereenkomst hebben afgesloten.
Vervolgens hebben we onderzocht of we onze werkingscapaciteit niet konden uitbreiden door containerunits te plaatsen op het stukje braakliggende grond naast ons. Deze piste hebben we moeten verlaten omdat we geen vergunning kregen van de stad Antwerpen.
Een bijkomende, nabij gelegen ruimte huren leek ons ook niet echt aangewezen. Uiteindelijk is er beslist om de eerste verdieping te verbouwen en de administratieve ruimte op te delen in 2 gelijkwaardige ruimtes waarvan één ingericht werd als medisch kabinet en het andere gedeelte als administratieve ruimte. Deze verbouwing werd uitgevoerd tijdens de zomermaanden en vanaf september was het nieuwe kabinet gebruiksklaar.
Ook de kabinetten op het gelijkvloers werden heringericht. Er kwamen nieuwe computers, bureaus en ladenblokken die ergonomisch beter pasten in de ruimtes.
Na enige wateroverlast in het kabinet op de 2e verdieping werden ook dak en de dakrand hersteld. Ook de koepel in de gang moest hersteld worden na stormschade.
De bomen op het braakliggende stuk grond, alsook de bomen in de tuin van het pand in de Constitutiestraat moesten gekortwiekt worden wegens schade aan andere panden.
In het pand in de Constitutiestraat werden in de loop van 2014 ook verschillende herstellingen gedaan. De herstellingen hielden o.a. verband met een water lek in de achterste studio. Door de waterschade daar wordt deze studio momenteel niet meer verhuurd.

11.2 Extern

In de loop van 2014 is er nog veel tijd geïnvesteerd in het zoeken naar alternatieven om onze werking op een andere locatie uit te breiden mits huur of koop formules.
Zo werd er contact gelegd met ZNA om te zien of er op de site van Stuivenberg geen infrastructuur opportuniteiten zijn , nu of in de toekomst. Alle ambulante diensten van Stuivenberg zullen immers ondergebracht worden in de nieuwe gebouwen aan het park Spoor Noord.
Tevens werd er contact opgenomen met de Katoennatie om te zien of zij geen leegstaande ruimtes hadden ter verkoop of verhuur.
Tot hiertoe is er nog niets concreets uit deze trajecten gekomen, maar de contacten worden wel onderhouden.
Eind 2014 hadden we ook opnieuw een afspraak met Vipa, het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.
Deze afspraak leerde ons dat alle subsidiemiddelen voor 2015 geschorst werden en dat er geen enkel dossier ingediend kon worden.

In diezelfde periode werden we gecontacteerd door CGZ Andante, die ook reeds enige tijd op zoek waren naar uitbreidingsmogelijkheden en die op dat moment een bouwpiste onderzochten op een stuk grond in de Kerkstraat.

Wij hadden in onze zoektocht naar uitbreiding deze piste in het verleden ook al bekeken maar afgehaakt vanwege de complexiteit van het dossier. Het betreft immers een groot stuk grond van ± 2000m², dat doorloopt van de Kerkstraat tot de Lammekensstraat. De invulling van dit pand moet grotendeels een maatschappelijk doel betreffen. De eigenaar wil niet verkavelen en enkel aan één organisatie verkopen.
Het CGZ Andante wou samen met het diocesaan scholenbestuur een project realiseren op het stuk bouwgrond in de Kerkstraat. De school St. Norbertus grenst immers langs achter aan dit stuk bouwgrond. De school kampt al jaren met capaciteitsproblemen. Zij zouden ongeveer de helft van de bouwgrond voor hun rekening nemen.
Andante was nog op zoek naar een 3e partner om op het voorste stuk bouwgrond, dat uitkomt op de Kerkstraat, een project te realiseren.
Zij vroegen aan ons of we geen partner in dit project wilden worden.

De Regent is hier op ingegaan en uiteindelijk is er tussen de drie partijen een intentieverklaring ondertekend, waarbij we onze uitgangspunten verduidelijkten. Om het project concreter te maken was ook het architectenbureau Stramien betrokken om een eerste voorstudie op papier zetten. Alle betrokken partijen konden het goed met elkaar vinden, de vergaderingen verliepen steeds zeer harmonieus en er werd gestaag voortgang geboekt.
Groot struikelblok om dit project te realiseren is de Vipa subsidiëring. Ook Andante is afhankelijk van dit fonds voor zijn infrastructuurplannen.

12. CONCLUSIE 2014 en DOELSTELLINGEN 2015

12.1 Conclusie 2014

De totaliteit van in-en uitschrijvingen bedroeg in 2014, 1141 patiënten. Dit betreft eigenlijk 43% van ons patiëntenbestand op 31/12/2014.
De grote in-en uitstroom van patiënten creëert extra werkdruk bij alle disciplines.
Tijdens al onze overlegmomenten wordt er steeds weer gekeken naar hoe we efficiënt en gepast met deze drukte kunnen omspringen.
Welke wijzigingen kunnen we doorvoeren in onze werking, zodat we meer patiënten kwaliteitsvol kunnen bedienen?
Ook de meeste doelstellingen zijn gericht op optimalisatie en taakdelegatie.

Op het vlak van gezondheidspromotie hadden we naast onze 2 structurele activiteiten, Yoga en Bewegingsexpressie, ook nog 2 andere thema's. We organiseerden een aantal boeiende activiteiten in het kader van het thema gezonde voeding en in het kader van het thema heimwee.
We deden met het team een gezamenlijke brainstormsessie rond de toekomstige uitbreiding van de werking. Naar aanleiding van het extra kabinet op de eerste verdieping , rees al snel de vraag welke discipline daar ondergebracht zou worden, arts, kine of verpleegkundige? We werkten verschillende scenario's uit en besloten uiteindelijk in te zetten op de uitbreiding van uren van onze sociaalverpleegkundige Griet.

Een nieuwe oefening rond visie en missie stond reeds lang op het programma, maar in het najaar van 2014 was het dan toch zover.
Met een groepje mensen, samengesteld uit medewerkers en bestuurders en onder begeleiding van consultant Dirk Van De Poel, gingen we aan de slag. Zoveel sessies later en na terugkoppeling aan het hele team kwamen we tot een gedragen visietekst.

Op personeelsvlak was 2014 een rustig jaar. Er was weinig tot geen verloop.
Kris Holemans vervoegde ons team als psychologe eind 2014 en Bart Vander Putten werd de eerste huisarts in opleiding onder begeleiding van Annelies Lonnée.
Sara Suijs verliet De Regent als onthaalmedewerksters in oktober.

12.2 Doelstellingen 2015

12.2.1 Medisch

Kwaliteitsverbeterende doelstellingen

Psychologische opvolging in eerste lijn: kortere duur.

Geestelijke gezondheid speelt een grote rol bij onze zeer diverse, multiculturele patiëntenpopulatie.
80% is niet-Belg en het grootste deel is dan ook nog nieuwkomer. Dit is een zeer typisch fenomeen in de wijk 2060. Dit maakt dat veel mensen uit oorlogsgebieden (of zeer arme gebieden) van over heel de wereld bij ons terecht komen. Sommigen hebben/krijgen papieren, sommige niet.
De psychologische problemen die hiermee gepaard gaan zijn velerlei en gaan van zware problematieken, zoals PTSD (post traumatisch stress syndroom) naar migratie en discriminatie gerelateerde stress tot depressie, slapeloosheid, faalangst, vereenzaming enz.
De overige 20% die onze praktijk consulteert is ook niet zonder zorgen. We stellen vaak problematieken vast omtrent generatiearmoede, nieuwe armoede, één-oudergezinnen, eenzaamheid, verslaving…Ook daar is de behoefte aan psychologische begeleiding groot.

Het spreekt voor zich dat ons aanbod niet kan tegemoet komen aan de vraag.
Sinds het begin van de praktijk werken we samen met het CGZ Andante. Chris Van Eyken begeleidt één voormiddag in de week cliënten. Deze samenwerking loopt nog steeds tot op de dag van vandaag vanuit de sterke, gedeelde visie, dat er op de eerste lijn een aanbod moet zijn van geestelijke gezondheid.
Maar wat is een aanbod op de eerste lijn en waar stopt de eerste lijn en begint de tweede lijn? Na zes jaar ervaring hiermee, zien we dat dit niet zo eenvoudig te bepalen is.
De oorspronkelijke insteek is nl. dat een eerstelijnsaanbod van psychologische consulten zich beperkt tot 10 sessies. Soms lukte dit, soms niet.
Vanuit de nood meer mensen te willen begeleiden zijn we reeds 3 jaar geleden met een groepsaanbod voor mannen met PTSD begonnen. Dit betreft een begeleiding van 10 sessies voor een specifieke doelgroep.
Maar de overige vragen naar psychologische ondersteuning bleven komen. Om hier aan tegemoet te komen zijn we dit jaar gaan zoeken naar een andere manier van werking op dat vlak.
Eerst en vooral is Kris Holemans erbij gekomen om het aanbod te vergroten. Voorst willen we voor onszelf bekijken of het mogelijk is om efficiënter te werken en zo meer patiënten te kunnen helpen.

Dit houdt in dat we het aantal sessies psychologische begeleiding willen beperken in aantal. We streven naar een kort lopende begeleiding van 5 of 6 sessies (één intakegesprek en 5 sessies) . Tijdens deze sessies zou slechts één bepaald probleem aangepakt worden. Het idee hierachter is dat bij succesvolle behandeling van één probleem, vaak achterliggende problemen ineens mee opgelost worden.

Het is de bedoeling dat de wenselijke behandelwijze tijdens het intake-gesprek duidelijk wordt.

- Als blijkt dat de behandeling veel langer zal moeten duren, dan kunnen de patiënten dadelijk worden doorverwezen naar de tweede lijn.
- Voor bepaalde problematieken of doelgroepen bestaat er ook een groepsaanbod waar naar doorverwezen kan worden (intern of extern).
- Bij al de andere zal de begeleider in samenspraak met de patiënt een wenselijk doel vooropstellen en daar naar toe werken.

Deze werkwijze zullen we regelmatig evalueren en bijsturen waar nodig. Aan het einde van het jaar kunnen we cijfermatig de al dan niet haalbaarheid van deze methode bij onze patiëntenpopulatie staven.

Uitwerken van een leidraad voor opvolging van mensen zonder papieren.

We worden helaas vaak geconfronteerd met mensen zonder papieren die uitgeprocedeerd zijn. Het blijft als zorgverstrekker zeer moeilijk om hier gepast mee om te gaan. De situaties zijn vaak uitzichtloos en de vragen beklijvend. Kan je in deze een goede raadgever zijn? Hoe kunnen we de mensen ondersteunen die ervoor kiezen om in de illegaliteit te blijven? In de zoektocht naar antwoorden willen we graag een kader uitwerken dat ons toch diverse mogelijkheden aanreikt en inspireert. We willen dit doen in samenwerking met Andante.

Doelstellingen in samenwerking met onthaal

Verdere opvolging koppeling patiënt-arts

We zijn in 2014 begonnen met de koppeling patiënt-arts. Het werken met een vaste arts per patiënt biedt alleen maar voordelen.
Het is nl. bevorderlijk voor :

- vertrouwensrelatie arts- patiënt
- therapietrouw
- opvolging van chronische aandoeningen
- patiënt hoeft maar één keer zijn verhaal te doen

Tot nu toe is er ± 20% van onze patiënten gekoppeld aan een vaste arts. Het is de bedoeling dit percentage in de loop van de komende jaren te verhogen. De afspraken die hieromtrent gemaakt worden, om dit proces goed te laten verlopen, gebeuren in nauwe samenwerking met het onthaal.

Uitwerken van een leidraad betreffende omgang moeilijke/agressieve patiënten

Gezien een goede samenwerking tussen onthaal en zorgverstrekkers onontbeerlijk is, is het belangrijk dat de onthaalmedewerkers over de informatie beschikken die zij nodig hebben om gepast met patiënten om te

gaan. Sommige patiënten vragen immers een andere benaderingswijze dan andere in het kader van hun specifiek ziektebeeld. In 2015 willen we samen met de artsen een kader uitwerken dat aan de onthaalmedewerkers meer houvast geeft i.v.m. het vinden van een houding die aangepast is aan desbetreffende patiënt.

Doelstellingen m.b.t. taakdelegatie

Evaluatie diabetesopvolging

Sinds onze sociaalverpleegkundige Saar in 2014 haar diploma behaalde als diabeteseducator zijn we in september gestart met een gedeelde diabetesopvolging door Saar en de vaste arts. Dit lijkt goed te verlopen maar deze gedeelde opvolging vraagt zeker nog verdere opvolging en bijsturing (drie x per jaar bij Saar en jaarlijkse controle bij de huisarts)

Administratieve doelstellingen

Verwijsadressenlijst updaten: 2015 en 2016 zowel sociaal als medisch

We willen een werkgroepje samenstellen om de verwijsadressenlijst zowel medisch als sociaal te updaten. De wijk waarin we werken heeft een zeer grote, uitgebreide sociale kaart. Ook medisch is er een groot aanbod aan specialisten. Het spreekt voor zich dat de samenwerking met sommige diensten, specialisten & organisaties vlotter verloopt dan met anderen. Het is handig om dan een praktische tool in huis te hebben die de zorgverstrekker snel de juiste coördinaten aanreikt. Bovendien is deze leidraad onmisbaar voor nieuwe zorgverstrekkers of HAIO's die zich nog moeten inwerken in de wijk.

Medidoc en Eénlijn

Medidoc zal opgevolgd worden via Bart. Belangrijk zal zijn om de ontwikkelingen binnen Medidoc te blijven volgen, zeker ook de verschillenden nieuwe toepassingen naar E-health toe. Bovendien zien we dat we best enkele malen per jaar overleg plegen over wat we waar dan wel het best registreren, dit zeker na het aanstellen van een nieuwe zorgverstrekker. Ook de registratie in het psychologische luik van ons EMD zal, zeker nu het nog in de beginfase zit, verder moeten opgevolgd worden.

Eénlijn zal verder opgevolgd worden via Pieter-Jan. Ook hier zal het belangrijk zijn de verdere ontwikkelingen te volgen. Momenteel staan binnen dit project verschillende pijlers reeds volledig op punt, maar andere staan nog in volle ontwikkeling. Binnen onze praktijk worden in 2015 verdere opleidingen gepland rondom de éénlijn, zodat alle betrokken zorgverleners én het onthaal (belang info verzekeringen) op éénzelfde lijn zitten.

12.2.2 Gezondheidspromotie

Gezondheidspromotie en ziektepreventie is een belangrijke pijler binnen de werking van het WGC.
Het ontbreekt ons echter aan tijd om telkens weer een mooi thema uit te werken.

- Voor 2015 besluiten we om vooral in te zetten op onze structurele activiteiten, zijnde yoga, bewegingsexpressie en de toeleiding naar onze buurtsportmedewerkster. Indien we deze activiteiten slaagkans willen geven, moeten we inzetten op ondersteuning en begeleiding van deze activiteiten.

- Installeren van het LET-systeem: een vraag en aanbod-prikbord aan de hand waarvan onze patiënten diensten of materiaal kunnen aanbieden of kunnen vragen en zo als het ware een andere manier ontdekken om te netwerken.

- Proberen nagaan wat onze patiënten zelf zouden wensen qua workshop, infosessie of activiteit.

- Blijven inzetten op geestelijke gezondheid, zo mogelijk een aanbod doen naar onze patiënten met een precair verblijf, dit eventueel in samenwerking met vzw de 8.

12.2.3 Onthaal

- Belangrijkste punt is de reorganisatie van de onthaalstructuur in 2015. De werking aan het onthaal is in de loop van de jaren veel geëvolueerd; ze is groter en drukker geworden en vergt grote professionaliteit en verantwoordelijkheid van elke onthaal-medewerker. Deze tendens is reeds een tijdje bezig en we menen dat de tijd rijp is om de onthaalstructuur te hertekenen en verder te evolueren naar een zelfsturend team. In een zelfsturend team worden de verantwoordelijkheden gedeeld wat kerntaken betreft en toegewezen aan één persoon ingeval een specifieke opvolging vereist is. Dit proces zal ongeveer een jaar in beslag nemen.

- We willen zien of een groepsinschrijving ons inschrijvingsproces kan vereenvoudigen/versnellen zonder in te boeten aan kwaliteit. In 2015 willen we experimenteren met manier van aanpak.

- Triage hulpvraag : het triëren van de hulpvraag op dringend en minder dringend is een proces dat reeds enkele jaren bezig is. Het is immers belangrijk om patiënten met een prangende hulpvraag dadelijk te kunnen verder helpen en patiënten met een chronische problematiek of administratieve vraag door te verwijzen naar onze afsprakenblokken. Dit vergt echter een gerichte vraagstelling en een consequente handeling. Elk jaar proberen we dit proces te verfijnen en patiënten nog gerichter

door te verwijzen diezelfde dag nog naar arts of sociaalverpleegkundige van dienst of naar een afsprakenblok met haar of zijn vast huisarts.

- Punctualiteit registratie (nationaliteiten, consultatiegedrag, verzekerbaarheid, vaste arts, NOA's, …)

- Inscannen medische dossiers: dit project is pas begin 2015 echt goed beginnen lopen: verdere opvolging en bijsturing van deze doelstelling is in 2015 nog aan de orde.

12.2.3 Algemene werking

- In 2015 zal er werk gemaakt worden van een nieuwe website en een Facebook-pagina.

- Veiligheid : kunnen we bijkomende maatregelen treffen om de veiligheid van de medewerkers te garanderen?

12.2.4 Bouwproject

- Opportuniteit Kerkstraat verder verkennen i.s.m. CGG Andante

- Bouwcapaciteit van de Regent her berekenen i.f.v. het eventueel wegvallen van de VIPA subsidiëring.

13. FINANCIEEL OVERZICHT

Op aanvraag