

De Ridderbuurt

wijkgezondheidscentrum vzw



Activiteitenverslag 2014

WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE RIDDERBUURT VZW



Inleiding

2014 was er weer eentje om in te kaderen!

Niet om dan achterover te leunen en voldaan te zien dat het goed was ,
wel om te weten dat we verder gegroeid zijn,
en vast te stellen dat onze fundamenten stevig zijn.

2014 nodigt ons uit om in 2015 en volgende door te gaan op ons elan,
niet in simpele copy-paste-modus , wel in vernieuwing en verdieping.

Dit activiteitenverslag bevat veel informatie en data,
interessant om lezen, goed om weten.

In de eerste plaats om ons te realiseren dat het om mensen gaat,
mensen die in en rond onze organisatie in verbinding en wisselwerking treden:
medewerkers, personeel en vrijwilligers, patiënten, bestuursleden,
externe partners en jullie, leden van onze Algemene Vergadering.

Wij blijven enthousiast inzetten op kwaliteitsvolle zorg,
op verbinding met medewerkers, patiënten en externe partners.

2014 was een goed jaar en dit verslag stelt jullie z'n activiteiten voor;
het geeft een goed beeld van ons zorgaanbod
en laat jullie kennis maken met onze patiëntengroep.

Veel leesgenot,

Thierry Vanderstraeten
Voorzitter Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt vzw

INHOUD

A. Praktijkbeschrijving	1
1. Universele aanpak met proportionele inzet	1
2. Patiëntenaantal bereikt maximum op huidige lokatie	2
B. Samenstelling van patiëntengroep op 31.12.2014	3
1. Algemene kenmerken patiëntengroep	3
2. Leeftijd, geslacht, nationaliteit en woonplaats van de patiënten	4
3. Instroom van nieuwe patiënten	5
4. Uitstroom van patiënten	5
5. Forfaitair betalingssysteem	6
C. Kwaliteit van zorg	7
1. Zorgsubstitutie.....	7
2. Praktijkondersteunend programma (POP)	9
3. GMD +.....	10
4. Opleiding van toekomstige zorgverstrekkers en medisch-administratieve medewerkers.....	11
5. Zorgteam maakt continu afspraken rond goede zorg	11
6. Publicaties	12
D. Een participatieve organisatie	13
1. Denkdag 'Dit is erover! Over grenzen en klachten'	13
2. Leren als organisatie in het werken met zelfsturende teams	15
3. patiëntenparticipatie.....	16
E. ZORG voor medewerkers en middelen	16
1. Permanente zorg.....	16
2. acties in 2014	17
3. vooruitzicht naar 2015	18
F. Consultaties zorgteam	19
1. Zorgverstrekking door huisartsen	19
2. Consultaties bij verpleegkundigen	19
3. Consultaties kinesitherapie	20
4. Consultaties bij maatschappelijk werk	21
5. Consultaties bij pedicure.....	21
G. Gezondheidspromotie	22
1. Gezondheidspromotie naar de Leuvense bevolking in opdracht van Stedenfonds	22
2. Visie en aanpak in gezondheidspromotie	22
3. Overzicht van acties in 2014.....	23
H. Project 'Bewegen Op Voorschrift ' (BOV)	28
1. Lukt de doelgroepverbreding ?	28
2. Is het voorschrift voldoende om mensen te motiveren om naar de BOV-coach te gaan?	29
3. Vinden alle patiënten de weg naar de centrale locatie ?	29
4. Kwaliteit en het verloop van de BOV-coaching	29
5. Effecten van BOV-coaching op de deelnemers	30
6. Wat brengt 2015 ?.....	30
I. Project 'patiënt in beeld' (PIB) -- art.107	31
1. Verschillende patiëntengroepen in beeld gebracht	31
2. Toepassing van het model van gedeelde zorg in WGC De Ridderbuurt	31
3. Externe samenwerking en netwerking	32
4. Uitbouw van BOV voor de subgroep 'EPA-patiënten'	32
J. Project 'ZOZI' -- zorg voor gezinnen	33
1. Versterken van het zorgteam	33
2. Perinatale zorg	33
K. Samenwerkingsakkoord met CAW Oost-Brabant	34
L. Wisselwerking met andere wijkgezondheidscentra	35
1. Wijkgezondheidscentra in de regio	35
2. Vereniging van wijkgezondheidscentra (VWGC).....	35
M. Praktijkorganisatie	37
1. Omkaderend team, aanwezig in hoofdgebouw bij zorgteam	37
2. Omkaderend team, gehuisvest in bijgebouw	40
3. Coördinatie en staf	41
4. Raad van bestuur en Algemene Vergadering	41
5. Overzicht van alle medewerkers op 31.12.2014	42

A. PRAKTIJKBESCHRIJVING

Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt bestaat sinds september 1995 en is als vzw georganiseerd.

Het **multidisciplinaire zorgteam** bestaat uit huisartsen, HAIO's (huisartsen in opleiding), kinesitherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en een pedicure.

Het **projectteam** bestaat uit de vaste tak 'gezondheidspromotie' en uit tijdelijke thematische projectwerkers.

Het **onthaal en omkaderend team** bundelen hun expertise en maken dat zorgverstrekkers zich kunnen concentreren op hun kerntaken.

Het geheel is een boeiende wisselwerking van medewerkers in zelfsturende teams, die allen werken vanuit de missie en visie van WGC De Ridderbuurt vzw. Eind 2014 telde het wijkgezondheidscentrum 3035 ingeschreven patiënten.

1. UNIVERSELE AANPAK MET PROPORCIONELE INZET

Een mondvul woorden, die een **cruciaal werkingsprincipe** aangeven welke we als wijkgezondheidscentrum onderschrijven. Want als wijkgezondheidscentrum zetten we ons expliciet in om de uitdaging om **'equity' in de zorg** te realiseren.

Equity staat voor gelijkheid en billijkheid in het verlenen van zorg aan patiënten met een uiteenlopende sociaal-economische status, m.a.w. rechtmatigheid of rechtvaardigheid.

In 2014 bekrachtigden we dit werkingsprincipe en werden meerdere vragen omtrent zorg en projecten helder beantwoord vanuit dit werkingsprincipe.

Als wijkgezondheidscentrum bieden we een **eerstelijnsgezondheidszorg** aan die **universeel** is voor de ganse bevolking van onze regio. Tegelijk zetten we ons **proportioneel** in naar **subgroepen** die meest getroffen worden door ongezondheid of risico lopen om getroffen te worden door ongezondheid.

We **engageren ons** om de sociale gradiënt in de gezondheid te bestrijden, door de uitbouw van de zorg en van de projecten telkens in verhouding te zetten tot het niveau van achterstelling of sociaal-culturele behoeften.

Een sterkte in de uitbouw van zorg, maar tegelijk beïnvloedt dit engagement jammer genoeg in grote mate de **beeldvorming over wijkgezondheidscentra**.

Als wijkgezondheidscentrum kampen we met de foute veronderstelling dat 'het wijkgezondheidscentrum er alleen is voor of vooral voor kansengroepen'.

Dat vraagt voortdurende inspanningen van onze medewerkers om deze veronderstellingen te corrigeren en de ware doelstelling van een wijkgezondheidscentrum te duiden. In vele gevallen is het concept wijkgezondheidscentrum jammer genoeg ook nog onbekend.

We zijn **allen ambassadeurs**, zowel patiënten, als medewerkers als leden van de algemene vergadering om in te zetten op een juiste beeldvorming over wijkgezondheidscentra. Een warme oproep dus om blijvend in te zetten op **communicatie over wijkgezondheidscentra** als een universele toegankelijke gezondheidszorg.

2. PATIËNTENAANTAL BEREIKT MAXIMUM OP HUIDIGE LOKATIE

Als vzw bouwden we in 2001 een 'wijkgezondheidscentrum' in de Ierse Predikherenstraat met het oog op 2000 patiënten. Destijds hadden we onvoldoende zicht op het groeipotentieel.

Ondertussen is wijkgezondheidscentrum De Central als partner actief in Kessel-Lo sinds 2004 én hebben we het volledige gebouw in de Ierse Predikherenstraat vrij van administratie gemaakt, ten gunste van zorglokalen.

We gaan ervan uit dat in de **eerste helft van 2015** het **maximale patiëntenaantal** dat onze huidige huisvesting toelaat, bereikt zal worden.

We zullen genoodzaakt zijn een **tijdelijke wachtlijst** voor nieuwe patiënten in te voeren.

Wijkgezondheidscentrum De Central heeft nog wél beschikbare plaatsen voor nieuwe patiënten, maar op lange termijn zal ook dit mogelijk niet volstaan.

Om tegemoet te komen aan de vraag naar voldoende instapmogelijkheden in Leuven in een wijkgezondheidscentrum werd beslist om in de loop van 2015 te starten met de **voorbereiding van een bijkomend wijkgezondheidscentrum in Leuven**.

Dit zal gebeuren in wisselwerking met de andere wijkgezondheidscentra in de Provincie en met een vraag naar ondersteuning door Provincie Vlaams-Brabant.

De concrete vormgeving en inplanting is nog niet beslist.

B. SAMENSTELLING VAN PATIËNTENGROEP OP 31.12.2014

1. ALGEMENE KENMERKEN PATIËNTENGROEP

		2010		2011		2012		2013		2014		2012 België (RIZIV)
		De Ridderbuurt		De Ridderbuurt		De Ridderbuurt		De Ridderbuurt		De Ridderbuurt		
Op 31.12	Aantal patiënten op 31.12	2.299		2.538		2.690		2.771		3.035		
Ingeschreven in wgc	Forfaitpatiënt	2.150	94%	2.371	93%	2.482	92%	2.635	95%	2.939	97%	
	Niet-forfaitpatiënt	149	6%	167	7%	208	8%	136	5%	96	3%	
Statuut bij mutualiteit (synthese)	Met voorkeursregeling	1.254	55%	1.390	55%	1.429	58%	1.360	52%	1.511	51%	17%
	Zonder voorkeursregeling	1.045	45%	1.148	45%	1.053	42%	1.274	48%	1.428	49%	83%
Statuut bij mutualiteit (detail)	Gewoon rechthebbenden zonder voorkeursregeling	997	43%	1.094	43%	993	40%	1.196	45%	1.330	45%	66%
	Gewoon rechthebbenden met voorkeursregeling	1.027	45%	1.160	46%	1.146	47%	1.071	41%	1.206	41%	5%
	WIGW zonder voorkeursregeling	48	2%	54	2%	60	2%	78	3%	98	3%	19%
	WIGW met voorkeursregeling	227	10%	230	9%	283	11%	289	11%	306	11%	10%
GMD+	Wel GMD+	nvt		449	18%	477	18%	540	0,19	630	21%	
	Geen GMD+	nvt		2.089	82%	2.213	82%	2.231	0,81	2.405	79%	
Diabetespas	Wel diabetespas	59	3%	58	2%	57	2%	52	2%	50	2%	
	Geen diabetespas	2.240	97%	2.480	98%	2.633	98%	2.719	98%	2.985	98%	

2. LEEFTIJD, GESLACHT, NATIONALITEIT EN WOONPLAATS VAN DE PATIËNTEN

	2010		2011		2012		2013		2014	
Geslacht										
Man	1264	55%	1370	54%	1478	55%	1497	54%	1639	54%
Vrouw	1035	45%	1168	46%	1212	45%	1273	46%	1396	46%
Leeftijd										
gemiddeld			30 jaar		30 jaar		30 jaar		30 jaar	
< 1 jaar			54		49	2%	49	2%	71	2%
1-14 jaar	536	23%	608	24%	579	22%	598	22%	665	22%
15-24	312	14%	328	13%	352	13%	363	13%	391	13%
25-34	558	24%	612	24%	629	23%	628	23%	655	22%
35-44	475	21%	522	21%	577	21%	567	20%	589	19,5%
45-54	225	10%	252	10%	270	10%	288	10%	347	11,5%
55-64	126	5%	141	6%	154	6%	190	7%	212	7%
65-74	46	2%	52	2%	55	2%	60	2%	71	2%
75+	21	1%	23	1%	25	1%	28	1%	34	1%
Overleden			7		8		10		13	
Woonplaats										
3000 Leuven	1616	70%	1820	72%	1870	70%	1925	69%	2094	69%
3001 Heverlee	196	9%	243	10%	291	11%	290	10%	299	10%
3010 Kessel-Lo	259	11%	264	10%	273	10%	295	11%	320	10%
3012 Wilsele	118	5%	130	5%	161	6%	175	6%	206	7%
3018 Wijnmaal	19	1%	17	1%	16	1%	16	1%	27	1%
Buiten de regio										
3020 Herent	30	1%	31	1%	30	1%	26	1%	30	1%
andere	61	3%	33	1%	48	1%	44	2%	59	2%
Nationaliteit										
Belgische	989	43%	1006	40%	1049	39%	1088	39%	1202	40%
Andere	1310	57%	1508	60%	1585	59%	1455	53%	1563	51%
Niet geregistreerd					46	2%	228	8%	270	9%

3. INSTROOM VAN NIEUWE PATIËNTEN

In 2014 verwelkomden we **546 nieuwe patiënten**, wat neerkomt op gemiddeld 46 nieuwe patiënten per maand.

jaar	instroom	gemiddelde./maand
2010	447	37
2011	489	41
2012	423	35
2013	416	35
2014	546	46

4. UITSTROOM VAN PATIËNTEN

In 2014 **verlieten 282 patiënten de praktijk**, wat neerkomt op gemiddeld 24 uitschrijvingen per maand.

Een uitschrijving gebeurt op initiatief van de patiënt, van de mutualiteit of van het wijkgezondheidscentrum.

52 patiënten werden uitgeschreven door het wijkgezondheidscentrum op basis van:

- patiënt woonachtig buiten de regio
- patiënt niet meer consulterend gedurende meer dan 2 jaar
- patiënt langdurig niet in orde met de mutualiteit waarbij de medewerking van patiënt naar het in orde brengen van de aansluiting bij de mutualiteit ontbreekt

uitgeschreven patiënten		2011		2012		2013		2014	
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
aantal	op jaarbasis	256		272		309		282	
	gemiddelde per maand	21		23		26		24	
reden van uitschrijving	op initiatief van patiënt	151	59%	177	65%	230	74%	217	77%
	op initiatief van wgc	96	38%	87	32%	69	22%	52	18%
	op initiatief van mutualiteit	2	1%	-	0%	-	0%	-	0%
	overleden	7	3%	8	3%	10	3%	13	5%
op initiatief van patiënt	verhuis	71	28%	120	44%	167	54%	136	48%
	mutatie naar ander wgc	29	11%	17	6%	21	7%	37	13%
	naar andere zorgverstreker	21	8%	20	7%	26	8%	29	10%
	ontevreden of systeem niet passend	11	4%	12	4%	15	5%	12	4%
	ongekende of andere reden	19	7%	8	3%	1	0%	3	1%

5. FORFAITAIR BETALINGSSYSTEEM

- In artikel 52§1 van de wet van 14 juli 1994 wordt voorzien dat **huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten forfaitair** betaald kunnen worden op basis van het aantal patiënten dat zich bij de praktijk inschrijft.
- **Maandelijks** ontvangen deze zorgverstrekkers dan een **vast bedrag** voor alle ingeschreven patiënten (ongeacht of ze in die maand consulteren). Dit bedrag werd tot 30 april 2013 berekend aan de hand van de gemiddelde terugbetaling voor de zorgverstrekking per patiëntencategorie (naargelang de titulariscode van de patiënt). Vanaf 1 mei 2013 gebeurt de berekening op een andere wijze, aan de hand van een aantal kenmerken van de patiënt die de zorgnood bepalen: leeftijd, geslacht, sociale status, aanwezigheid van handicap, aanwezigheid van belangrijke chronische ziekten of medische condities die veel zorg vragen.
- Sinds 1 mei 2013 wordt jaarlijks een "foto" gemaakt van de patiënten die in een bepaald centrum zijn ingeschreven, aan de hand van die kenmerken. Door het Inter Mutualistisch Agentschap van de ziekenfondsen werd een model ontwikkeld om, op basis daarvan, een **voorspelling te maken over de zorgnoden**. Via de "foto" van de patiënten in het centrum kan men dus de zorgnood waar het team van dit wijkgezondheidscentrum mee geconfronteerd wordt, bepalen, en op die manier, per centrum, een bedrag vaststellen dat maandelijks per patiënt aan het centrum wordt uitgekeerd. Dit **bedrag is voor elk centrum verschillend**, vermits de patiëntengroep anders is samengesteld.
- Dit 'abonnement' omvat de betaling van **consultaties en huisbezoeken**. Technische prestaties vallen daarbuiten; die worden verrekend via het derdebetalersysteem. Indien de patiënt verzekerd is, betaalt hij/zij geen persoonlijke bijdrage ongeacht de frequentie waarmee hij of zij een beroep doet op de huisarts (kinesist/verpleegkundige).
- Wanneer een patiënt bij een bepaald centrum is ingeschreven en een hulpverlener (huisarts, verpleegkundige, kinesist) raadpleegt buiten het centrum (terwijl die discipline wel vertegenwoordigd is in het centrum), zal het ziekenfonds deze prestatie niet terugbetalen. Gebeurt deze raadpleging in het kader van nacht of weekendwacht of na overleg met het centrum, dan betaalt het centrum, dat voor de patiënt een maandelijks forfait ontvangt, de prestatie terug. Indien een patiënt verhuist of hulpverlening wil buiten het centrum, moet die worden uitgeschreven. De patiënt heeft de vrijheid om binnen het centrum zijn/haar arts te kiezen.
- Het forfaitair betalingssysteem laat toe ook tijd te besteden aan de ontwikkeling en de uitvoering van **preventieve en gezondheidsbevorderende acties**. De hulpverleners zijn immers financieel niet gebonden aan het feit of de patiënt al dan niet ziek is. Zij hebben er integendeel alle belang bij (ook financieel) de patiënt zo gezond mogelijk te houden.
- Het systeem biedt ook de mogelijkheid om een aantal **verzorgende en technische interventies** (wondzorg, vaccinaties, EKG-afname, bloedafname) te **delegeren**. Ook het opzetten van specifieke zorgprogramma's (onder andere diabetes, groepsvoorlichting, preventieve campagnes zoals voor griep) wordt eenvoudiger.
- **Solidariteit** speelt in dit systeem een belangrijke rol: de 'gezonde' ingeschreven patiënten dragen mee bij aan het budget dat door het team kan worden aangewend om de meer hulpbehoevenden te verzorgen.
- **Niet-forfaitpatiënten** (asielzoekers, mensen zonder papieren) worden per prestatie gefactureerd aan de betrokken instantie, aan het lokale OCMW, aan Fedasil, ...
- Gebaseerd op onze patiëntenpopulatie werd in 2014 **maandelijks een forfaitair bedrag** gefactureerd aan de respectievelijke mutualiteit van de patiënten als volgt:

Januari tem april 2014:	36,10€
Mei tem december 2014:	36,21€

In 2014 bedroeg het gemiddelde forfaitair bedrag in alle wijkgezondheidscentra en maisons médicales in België 35,93€ per maand. Nieuwe wijkgezondheidscentra ontvangen de eerste jaren maandelijks dit bedrag per patiënt.

C. KWALITEIT VAN ZORG

1. ZORGSUBSTITUTIE

Projectmedewerker: Sara Brankaer
Projecttijd: gepresteerd tijdens staf-uren

Zorgsubstitutie startte als project in 2010 en werd in de loop van 2014 verder gezet en aangepast. In oorsprong was de bedoeling om door middel van vervangconsultaties en parallel-consultaties* beter te voldoen aan het **principe van subsidiariteit** waarbij taken terechtkomen bij de discipline die het meest aangewezen is om deze uit te voeren. Bijvoorbeeld een bloedafname of het behandelen van wratten hoeft niet door een arts te gebeuren, maar kan door een verpleegkundige gebeuren. Ook het stockbeheer in de kabinetten is geen kerntaak van verpleegkundigen, maar kan door een praktijkassistente uitgevoerd worden. Dat is niet alleen meer kosten- en tijdsefficiënt, maar leidt ook tot meer job-voldoening en betere zorg.

Dit uitgangspunt blijven we hanteren wanneer we zorgsubstitutietheema's kiezen, of protocollen uitwerken, bijsturen of herzien, maar het valt op dat ons zorgteam het concept zorgsubstitutie aangrijpt om ook **andere aspecten van zorg** verlenen in de schijnwerpers te zetten.

Allereerst wordt **kwaliteitswinst** door het team steeds hoog in het vaandel gedragen.

Zo werd het **INR protocol**, dat de opvolging van patiënten die bloed-verdunnende medicatie nemen beschrijft, herzien naar aanleiding van een FOBO-analyse.

FOBO staat voor Fout, Ongeluk of Bijna-Ongeluk. Bij deze methodiek vertrekt men vanuit een kritisch incident (een fout, ongeluk of bijna-ongeluk) en geeft deze handvaten om op een professionele manier om te gaan met fouten en deze om te buigen naar kwaliteitsverbetering.

Het **protocol psychosociale problematiek** werd van een groot, log handboek herwerkt tot een handig werkinstrument en naslagwerk in één.

Het document "psychosociale gegevens en zorgdomeinen" werd opgefrist en wordt in zijn nieuwe vorm actief gebruikt om niet alleen binnen onze interdisciplinaire werking, maar ook naar zorgpartners toe een goede informatie-doorstroming te bieden.

We blijven inzetten op het **diabetes-protocol**, waarmee het werken in zorgsubstitutie allemaal begon. Dit is een zeer complex protocol, door het samenwerken van veel disciplines, vaak ook met betrokkenheid van zorgverleners buiten het wijkgezondheidscentrum, zoals de endocrinoloog, de diëtist en de podoloog. Het feit dat patiënten actief opgeroepen worden voor de diabetes-raadpleging, maakt het protocol arbeidsintensiever.

Maar we worden beloond door betere kwaliteit van zorg en tevreden patiënten, zoals het onderzoek van dr. Greet Van Kersschaever aantoonde.

Naast de inhoudelijke uitwerking van protocollen krijgt de **zorg voor medewerkers** bij het verlenen van interdisciplinaire zorg in een vaak complexe context veel aandacht binnen de ontwikkeling van zorgsubstitutie.

Rond **levenseinde** rezen naar aanleiding van een aantal casussen veel vragen binnen het team. Een werkgroep ging rond dit thema aan de slag met verschillende doelstellingen:

- een goede samenwerking met bestaande organisaties als PANAL en KITES verankeren
- een vorming door een LEIF-arts organiseren (ondertussen doorgedaan in maart 2015)
- en een protocol met 'good practice' richtlijnen uitwerken.

Met dit protocol willen we ervoor zorgen dat wanneer we opnieuw geconfronteerd worden met deze moeilijke fase in de zorg, de huisarts en andere betrokken zorgverleners vlotter hun weg vinden in goede zorg voor de patiënt, in de zorg voor elkaar binnen het team en in de zorg voor zichzelf als hulpverlener in een zorgsituatie die veel persoonlijke inzet en energie vergt.

Tenslotte komt ook **het innovatieve karakter** van ons team soms bovendrijven binnen zorgsubstitutie.

Bij het ontwikkelen van protocollen durft men buiten de lijntjes te denken, verder te kijken dan het klassieke zorgaanbod, wanneer men vermoedt dat dit een kwaliteitsverbetering zou kunnen betekenen.

Het **protocol zwangerschapsopvolging** bestond al, maar de werkgroep perinatale nam het onder handen met ambitieuze doelen:

- het verhelderen van het protocol zodat elke discipline duidelijk weet welke taken zij te vervullen heeft,
- aangepast didactisch materiaal beschikbaar maken voor onze zwangere vrouwen
- tijdswinst voor de artsen (door een aantal taken zoals parameters en urineonderzoek door verpleging, - uitleg rond kraamgeld en kinderopvang door maatschappelijk werk te laten overnemen)

Bijkomend was er nood aan kwaliteitsverbetering, door de toegang tot prenatale kinesitherapie te verbeteren en (toekomstige) moeders beter te informeren, zowel over gezondheids- onderwerpen, als over psychosociale thema's.

Het nadenken over kwaliteitsvolle zorg voor zwangere vrouwen binnen de context van zorgsubstitutie mondde uit in een visietekst waarbij we ons de vraag stellen naar een vroedvrouw binnen het team om deze kwaliteitsvolle perinatale zorg te bieden... Wordt vervolgd!

Een andere vernieuwing is de keuze om protocollen vanaf hun ontwikkeling **interdisciplinair** aan te pakken.

Voorheen gebeurde dit door de artsen en werd pas bij de implementatie het volledige team betrokken. De evidence based richtlijnen die ons ter beschikking staan vanuit Domus Medica zijn ook allemaal voor en door artsen gemaakt en moeten dus aangepast worden aan onze interdisciplinaire setting.

Zowel bij de keuze van de onderwerpen als de ontwikkeling en implementatie van praktijkrichtlijnen werken we nu met het **multidisciplinair zorgteam** (artsen, verpleging, kinesisten en maatschappelijk werkers) én het **praktijkassistentie**-team, waarbij ad hoc werkgroepen met vertegenwoordigers van betrokken disciplines worden samengesteld.

Dit geeft een grotere expertise en een bredere kijk, wat de kwaliteit, gedragenheid en implementeerbaarheid van protocollen ten goede komt.

Een **vervangconsultatie** is een consult dat traditioneel in Vlaanderen door een huisarts gedaan wordt laten uitvoeren door een andere zorgverstreker, meestal een verpleegkundige.

Voorbeelden hiervan in onze praktijk zijn diabetesraadplegingen, opvolgen van de prikpil of cryotherapie voor wratten. Voor dit laatste onderwerp werd in 2014 ook een start gemaakt voor het ontwikkelen van een formeel protocol.

Met **parallelconsultaties** bedoelen we dat een arts na zijn consult de patiënt onmiddellijk kan doorsturen naar een andere zorgverlener die een deel van de taken overneemt.

Bijvoorbeeld kan een eerste bloedafname tijdens de zwangerschap en het opstarten van het zwangerschapsboekje door verpleging gebeuren, evenals een oorprop verwijderen, wond-zorg bieden, een vaccin toedienen,

Artsen en verpleegkundigen werken de ganse week in parallel.

In de samenwerking met andere disciplines is het nog zoeken naar een concrete invulling van dit aanbod, maar ook daar groeit een cultuur van zorgsubstitutie.

Bijvoorbeeld een maatschappelijk werker zal in een consult bij de arts kort even langskomen voor een eerste kennismaking, zodat de drempel naar opvolging binnen maatschappelijk werk verlaagd wordt.

Een kinesist kan bijvoorbeeld onmiddellijk een tape aanleggen als pijn-verlichtende maatregel bij een ribfractuur.

2. PRAKTIJKONDERSTEUNEND PROGRAMMA (POP)

Projectmedewerker: Els Bartholomeeusen
Projecttijd: 1u/week
Projectpartner: Domus Medica

Huisartsen of huisartsenpraktijken die de **kwaliteit van hun zorg** willen **verbeteren**, kunnen deelnemen aan het **PraktijkOndersteunend Programma**, het zogenaamde POP, van Domus Medica.

Een praktijk die in een POP-traject stapt, wordt gedurende drie jaar begeleid bij het actieplan voor de praktijk door een externe coach.

In de **periode 2011-2014** doorliepen we deze **drie jaar POP-coaching**.

Tijdens het eerste jaar gebeurde er een visitatie volgens de EPA-procedure (EPA staat voor European Practice Assessment). Op basis hiervan formuleerde we verbetervoorstellen en werden prioriteiten geselecteerd.

Tijdens het tweede jaar voerde de praktijk, samen met de coach, het verbeterplan uit volgens de EPA-indicatoren.

Gedurende het derde jaar werd het verbeterplan verder geconcretiseerd op basis van de geselecteerde klinische werkdomeinen en werden de acties geïntegreerd in de dagelijkse werking van de praktijk.

Op het einde van elk werkjaar brachten we als praktijk verslag uit naar het Interuniversitaire Wetenschappelijke Begeleidingscomité (IWB).

Bij goedkeuring van dit verslag, levert dit de deelnemende praktijken achtereenvolgens een bronzen label (2011), een zilveren (2012) en na het derde jaar een gouden label op.

In maart 2014 mochten we tijdens de vierde Kwaliteitsdag van Domus Medica ons **gouden label** in ontvangst nemen. Het POP-traject werd volledig doorlopen.

Uiteraard blijft het cruciaal om in te zetten op kwaliteit en wordt het POP-traject vervolgd door een 'intern' actieplan en een 'interne' coach.

Het interne actieplan van POP (planning en evaluatie) werd in november 2014 voorgesteld aan het ganse team. Het bestaat uit een luik **'vaste terugkerende POP-acties'** en een luik **'extra POP-verbeteracties'** voor een bepaald jaar.

In het actieplan komen de **5 grote domeinen** van EPA aan bod:

1. Kwaliteit en veiligheid
2. Infrastructuur
3. Mensen
4. Informatie
5. Financieel beleid

Elk van die 5 domeinen wordt onderverdeeld in **indicatoren**. Voor elke indicator kan eventueel een kwaliteit-verbeter-project opgestart worden.

Om duidelijk zicht te krijgen op de indicatoren waar we in 2015 prioritair willen op inzetten, werd aan alle teamleden gevraagd een enquête in te vullen. De EPA vragenlijst werd opgesplitst in verschillende enquêtes, zodat elke discipline slechts het deel moest invullen waarbij ze betrokken zijn.

Tegen januari 2015 worden de **resultaten van de enquêtes** verzameld en verwerkt. Op basis hiervan kunnen we dan een planning van POP acties maken voor de komende jaren.

3. GMD +

Projectmedewerker: Els Bartholomeeussen
Projecttijd: gepresteerd tijdens gezondheidspromotie-arts-uren

Patiënten tussen 45 en 75 jaar worden uitgenodigd voor een 'preventief consult' bij de huisarts om een individueel preventieplan op te stellen (vaccinaties, uitstrijkje, rookstop, gezonde voeding, beweging, bloedonderzoek...)

In 2011 werd GMD+ een eerste keer opgestart, met name:
Identificeren van de patiënten die tot de doelgroep behoren
Uitnodigen van patiënten (via brief, telefonisch of directe aanspreking in de kabinetten)
Registratie van de reacties van de patiënten (interesse of weigering)

Sinds 2012 worden er wekelijks **preventieconsultaties** georganiseerd.

Procedure GMD+

Praktijkassistente heeft de coördinatie over de lijst van GMD+patiënten (wie moet nog bevestigd worden naar interesse voor het GMD+, wie mag op een preventieconsult uitgenodigd worden...) Ze plannen de preventieconsultaties in bij de preventieartsen.

Het preventieconsult start met een intake bij de praktijkassistente. Zij overloopt samen met de patiënt de vragenlijst van Domus Medica en weegt en meet de patiënt.

Nadien komt de patiënt bij de arts. Deze bekijkt de gegevens en verwerkt alles in het EMD. Er wordt een **individuele planning** opgesteld en meegegeven aan de patiënt.

De HAIO's nemen een belangrijk deel van de preventieconsultaties op zich; het blijkt een goede oefening om de gezondheidsgids goed in de vingers te krijgen.

Voor verdere opvolging kan de patiënt terecht bij zijn vaste huisarts.

Verpleging zorgt voor de uitvoering van een aantal preventieve acts (vb.labo, FOBT...)

Cijfers 2014 GMD+

Er werden 56 preventiedossiers opgestart in 2014, gelinkt aan een preventieconsultatie.

Dit zijn nieuwe patiënten of patiënten die de eerste keer respons geven op de uitnodiging tot opstart van een preventiedossier. Slechts 7 patiënten weigerden een preventiedossier.

Er zijn nog 69 onbeantwoorde uitnodigingen voor opstart van een preventiedossier op 31.12.2014.

Ondertussen hebben we een groep patiënten die reeds een preventiedossier gestart hebben voor 01/01/2014. Zij krijgen 3-jaarlijks een volledig herhaaltraject.

Er werden 10 preventieconsulten uitgevoerd, geen enkel geweigerd.

In de loop van 2015 krijgen de overige 25 patiënten hun herhaaltraject.

4. OPLEIDING VAN TOEKOMSTIGE ZORGVERSTREKKERS EN MEDISCH-ADMINISTRATIEVE MEDEWERKERS

Sinds vele jaren werken we nauw samen met het ICHO en bieden we **2 stageplaatsen aan voor huisartsen in opleiding.**

In 2014 beëindigden Lien Jespers en Michael Erkens hun HAIO-periode. .

In september 2014 startten twee nieuwe HAIO's; Brecht Van Goethem en Hanne Boogaerts.

De Haio's krijgen elk een **praktijkopleider** toegewezen, maar worden uiteraard ondersteund door het hele **artsenteam**.

De aanwezigheid van de Haio's wordt als zeer positief ervaren:

- de Haio's maken in het wijkgezondheidscentrum kennis met vele facetten van de huisartsengeneeskunde en het interdisciplinair werken en kunnen hierbij rekenen op een brede ondersteuning
- de vaste huisartsen van het centrum zien met de Haio's moderne evoluties in de geneeskunde binnenkomen en voelen zich hierdoor uitgedaagd

Aan geneeskundestudenten die nog niet beslist hebben waarin ze zich zullen specialiseren na hun basisopleiding, bieden we de mogelijkheid tot observatiestages (één week voor 3^{de}jaars) en tot huisartsenstages (6 weken voor 6^{de}jaars). Wij hopen hen op deze manier een goed beeld te kunnen geven van de praktijk in een wijkgezondheidscentrum.

Ook studenten vanuit de KHLEUVEN zien het wijkgezondheidscentrum met de multidisciplinaire aanpak als een gewenste stageplaats. In 2014 verwelkomden wij vanuit het departement Gezondheidszorg en technologie zowel een stagiair **Verpleegkunde** als een stagiair **Voedings- en dieetkunde**.

Nu de functie van Praktijkassistente voldoende is uitgebouwd, kunnen wij ook hier voorzien in stageplaatsen voor studenten '**Medisch secretariaat**'.

In 2014 deed één student stage als praktijkassistente/onthaalwerker.

5. ZORGTEAM MAAKT CONTINU AFSPRAKEN ROND GOEDE ZORG

Het zorgteam investeert in kwaliteit en interdisciplinaire afstemming door middel van overleg, samenwerkingsafspraken, vorming en uitgebreid gebruik van het elektronisch medisch dossier.

A. INTERN PATIËNTGEBONDEN OVERLEG

- Tweewekelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking
- MDO met supervisie van externe psycholoog
- Wekelijkse casusbesprekingen per discipline
- Vernieuwde werkwijze rond kinderen in nood, olv. projectwerker ZOZI

B. EXTERN PATIËNTGEBONDEN OVERLEG

- Regelmatige deelname aan cliëntoverleg, MDO SEL en MDO PSY
- Regelmatig telefonisch overleg met partnerorganisaties

C. VORMING VOOR ZORGTEAM

- Elk teamlid heeft een jaarlijks vormingsbudget en -uren, gelinkt aan eigen opdrachten
- Teamleden nemen uitgebreid deel aan externe studiedagen
- Vorming rond zelfsturende teams
- Denkdag 2014: thema 'grensoverschrijdend gedrag van patiënten' én 'klachtenprocedure'

D. SAMENWERKINGSAFSPRAKEN IN ZORGTEAM

- Samenwerkingsafspraken over:
 - protocollen 'zorgsubstitutie' en GMD+
 - Gebruik van het Elektronisch medisch dossier
- Verwijzingsafspraken omtrent:
 - kiné en BOV (bewegen op voorschrift)
 - van patiënten naar het project 'geestelijke gezondheidszorg' en het project 'ZOZI'

6. PUBLICATIES

Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt vzw neemt als praktijk stappen in het uitdragen van hun kwaliteitszorg.

Afgelopen jaren werden we vier maal geselecteerd voor publicatie in het vaktijdschrift 'Huisarts nu':

1. **Naar een betere diabeteszorg**
Periodiek uitnodigen van patiënten in combinatie met taakdelegatie
N. Aghdoui, E. Bartholomeeusen, L. Genevrois
Nov-dec 2012
2. **Bewegen op voorschrift**
Een handig instrument om patiënten in beweging te krijgen
L. Smeyers, F. Deboutte, E. Bartholomeeusen
Sept-okt 2013
3. **Project Patiënt in Beeld**
Gedeelde zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening
S. Brankaer, S. Hubar, L. Jespers, G. Pieters
Juli-aug 2014
4. **Omschakeling naar het forfaitair betalingsstelsel**
Perceptie van de Vlaamse huisarts
M. Erkens, B. Schoenmakers
Sept-okt 2014

Deze artikels zijn beschikbaar op onze website www.wgcridderbuurt.be

D. EEN PARTICIPATIEVE ORGANISATIE

In 2014 bouwden we verder aan de **wederkerige relatie** met patiënten en met medewerkers. We bekrachtigden het belang van wederkerigheid in de relatie patiënt-medewerker. Wederkerigheid gebaseerd op gelijkwaardigheid en verbondenheid zijn essentieel om tot een werkbare samenwerking tussen hulpverlener en patiënt te komen.

Deze wederkerigheid komt in het gedrang wanneer een grens overschreden wordt. Dit kan een ervaring van een patiënt zijn .. dit kan een ervaring van een medewerker zijn. Hoe geef je wederkerigheid vorm wanneer grenzen bereikt worden?

1. DENKDAG 'DIT IS EROVER! OVER GRENZEN EN KLACHTEN'

Onder de titel 'Dit is erover!? Wat nu? Over grenzen en klachten' werd ingezet op vormgeving van wederkerigheid wanneer grenzen bereikt worden.

Want wat gebeurt er met een klacht in onze organisatie? Welke rol heb je als medewerker in het ontvangen van klachten, in het omgaan met klachten als team?

En hoe ga je om met grenservaringen als medewerker. Wat kan je zelf doen? wat doe je als team? Wat doet de organisatie?

Er bestond reeds van in 1999 een procedure voor de **aanpak van GRensOverschrijdend Gedrag (GROG) of agressie van patiënten**, die nog steeds benut werd.

Na zovele jaren is echter een vernieuwing en verdieping nodig van zulke procedure mét daaraan gekoppeld een voldoende opleiding van alle medewerkers.

Ook de **klachtenprocedure** kende zijn start in 1999 en werd nu meegenomen in dit proces.

De vernieuwde GROG- en vernieuwde klachtenprocedure werden op de denkdag van november 2014 voorgesteld aan alle personeel, onthaalvrijwilligers en raad van bestuur.

Beide procedures hebben als finaliteit om bij te dragen aan preventie, aan educatie en aan een verbeterde wisselwerking tussen patiënten en medewerkers, wanneer de samenwerking in het gedrang komt.

Alle medewerkers zijn goed geïnformeerd en hebben een warme oproep gekregen om zich ontvankelijk op te stellen tegenover klachten van patiënten en eigen grenservaringen met patiënten te melden.

In praktijk worden beiden sindsdien effectief toegepast.

A. GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG VAN PATIËNTEN

Het **doel** van de procedure 'GRensOverschrijdend Gedrag van patiënten' (GROG) is tweeledig:

Personeelszorg: tijdig bijsturen bij grensoverschrijding is preventie van burnout én is preventie van mogelijke toekomstige agressie. Bij agressie is beslist ingrijpen een vereiste.

Patiëntenzorg: door de patiënt op een ondersteunende manier te wijzen op grensoverschrijdend gedrag wordt het risico op uitsluiting verkleind en krijgt hij de kans zijn sociale vaardigheden te verbeteren.

We nemen 6 **uitgangspunten**:

1. Alle aanwezigen in het centrum hebben recht op veiligheid en respect.
2. Om tot goede zorg te komen vraagt samenwerking een wederkerige communicatie (*denkdag 2013*)
3. In dit protocol ligt het accent op gedrag van mensen.
4. Persoonlijke grens en subjectieve beleving van grensoverschrijding mag verschillen.
5. Nieuwe personeelsleden worden via dit protocol uitgenodigd om actief met hun eigen grenservaringen om te gaan en dit met de teamleden te bespreken.

We maken een **onderscheid** tussen:

1. Grenservaring/ risicosituatie

“Ik ervaar een gebrek aan respect, heb moeite om gepast te reageren, zit er achteraf mee verveeld.”

Subjectief gevoel dat er over eigen grenzen gegaan wordt qua verwachtingen, hygiëne, veiligheid.

2. Agressie incident

Gevoel van bedreiging ervaren, verbaal of fysiek

- Psychisch: uitschelden, vernederen, bedreigen
- Fysiek: spuwen, slagen met of zonder verwondingen, bedreigingen

We onderscheiden vier vormen van agressie

- 1) Frustratie of emotionele: patiënt heeft gevoelens van machteloosheid uit verleden, in heden en draagt dit met zich mee
- 2) Instrumentele: gebruik van dreigend en boos gedrag als middel om eigen doel te verwezenlijken
- 3) Pathologische: gevolg van ziektebeeld, voorbeeld frontaalsyndroom, beginnende psychose, autisme spectrum stoornis
- 4) Onder invloed van alcohol en drugs: ontremming door middelen

In het omgaan met grensoverschrijdend gedrag werken we met **2 fases**.

Een eerste fase waarin we op individueel of op teamniveau handelen.

Een tweede fase waarin op organisatieniveau (GROG comité) wordt gehandeld.

Een agressie-incident start onmiddellijk bij fase 2.

Het protocol als geheel maakt deel uit van de opleiding van nieuwe medewerkers.

In 2015 evalueren we de toepassing ervan.

B. KLACHTENPROCEDURE VOOR PATIËNTEN

De **wet op de patiëntenrechten** (2002) vereist dat een zorginstelling een klachtenprocedure voorziet voor haar gebruikers.

Wij zien de **meerwaarde** van een klachtenprocedure zelf voornamelijk als:

1. vorm van kwaliteitscontrole, met mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering van de verleende zorgen. Deze verrijking geldt op de verschillende niveaus: organisatieniveau, binnen discipline, persoonlijk.
2. Het is een vorm van patiëntenparticipatie, een moeilijk thema in de huidige maatschappelijke context van België. (laag gemeenschapsgevoel, nadruk op individuele rechten en vrijheid).
3. Het formuleren van een antwoord naar de patiënt toe zo die dat wenst. Dit houdt een oprechte erkenning in van het ontstane probleem voor de patiënt, veeleer dan het zoeken naar één duidelijk aanwijsbare verantwoordelijke/schuldige.

Elke actieve patiënt (of betrokken externe organisatie) kan **een klacht** formuleren via een melding of klachtenformulier.

Deze mogelijkheid wordt aan de patiënt actief voorgesteld bij elke uiting van ongenoegen of bij uitschrijving omwille van ontevredenheid.

Dit mag een informeel gesprek (eventueel met een collega of coördinator erbij) geenszins uitsluiten.

Alle vrijwilligers en teamleden die dagdagelijks in contact staan met onze patiëntengroep moeten bij een klacht dit formulier aan de patiënt kunnen aanbieden.

Elke klacht wordt **volgens eenzelfde procedure** behandeld en wordt initieel als gelijkwaardig en even belangrijk beschouwd, onafhankelijk van bij wie of op welke wijze de klacht wordt gebracht.

Een anonieme opmerking kan niet op het klachtenformulier. Ontevredenheid kan wel anoniem geuit via de ideeën en opmerkingen-bus, iets wat we eveneens als positieve patiëntenparticipatie ervaren.

Deze ‘bus’ staat in de wachtzaal.

Het protocol als geheel maakt deel uit van de opleiding van nieuwe medewerkers.

In 2015 evalueren we de toepassing ervan.

C. ONZE WAARDEN ALS ONDERBOUW

De **waarden** van WGC De Ridderbuurt waren het vertrekpunt om beide procedures uit te bouwen, zijnde verbondenheid, zelfontplooiing en gelijkwaardigheid. Zij gaven ons de richting aan om concrete stappen uit te werken.

Verbondenheid als volgt ..

Zowel in onze onderlinge contacten als in onze relatie met de patiënten gaan we op zoek naar de waarheid van elk individu: we tonen nieuwsgierigheid, geboeidheid en empathie naar elkaar toe. We werken interdisciplinair, met vrijwilligers en in samenspel met de raad van bestuur.

Zelfontplooiing staat voor...:

Verbinding en het daarbij horende gevoel van veiligheid nodigen uit tot zelfontplooiing, zowel van de patiënten, personeel, vrijwilligers, alsook de organisatie ten bate van haar doel. Deze dynamiek vraagt een vaardigheid en bereidheid in het zoeken naar evenwicht tussen één ieders belangen.

Gelijkwaardigheid in de communicatie en organisatiestructuur

Ons organigram getuigt van een participatieve cultuur voor de verschillende belangengroepen. De patiënten worden regelmatig actief betrokken en bevraagd in het afstemmen van de behandeling op hun levenssituatie.

2. LEREN ALS ORGANISATIE IN HET WERKEN MET ZELFSTURENDE TEAMS

Enkele jaren geleden beslisten we als organisatie over te stappen naar het werken met zelfsturende teams. Een overgangperiode van 3 à 5 jaar werd vooropgesteld, waarin een actief leerproces voor alle medewerkers van de organisatie werd vooropgesteld.

Eind 2013 - begin 2014 verdiepten raad van bestuur en staf zich in de werkmethodes en het instrumentarium dat nodig was in het werken met zelfsturende teams.

Door externe coaching en zelfstudie verwierf de staf ook inzicht in de fasen die een team doormaakt naar een zelfsturende werking. We werken met een vier-fasen-model: individuen, groep, gesloten team, open team.

We streven ernaar dat elk team kan evolueren naar een **open team**, dat spontaan in wisselwerking met andere teams gaat. We veronderstellen dat dit noodzakelijk is omwille van de **interdisciplinariteit** van onze werking.

In juni 2014 volgden alle medewerkers een gezamenlijke **vorming** over zelfsturende teams.

Hier werd vooral aandacht besteed aan de **rollen** die je in een zelfsturend teams kan opnemen, alsook de doelgerichtheid en de gezamenlijke verantwoordelijkheid die van een zelfsturend team verwacht wordt.

De rollen die in elk team actief toegewezen kunnen worden in functie van efficiëntie bij vergaderingen, ..

- interne communicator: afwezig inlichten, onderhandelen met andere teams, ..
- externe communicator: wat is nodig aan communicatie buiten de organisatie?
- perspectief van de patiënt: wat betekent dit voor de patiënten?
- zorg voor mensen en middelen: welke opleiding is nodig voor eigen medewerkers?, ...
- organisatie (cijfers, budget,..): welke info of ondersteuning is gewenst? ..

Deze rollen worden best in een roterend systeem opgenomen in elk team.

Elk team heeft een eigen traject in de evolutie naar zelfsturing en kan beroep doen op de coördinator, personeelsdienst en staf met vragen omtrent zelfsturing.

Structureel worden twee overlegmomenten per jaar voorzien tussen elk team en de staf/coördinator onder de naam 'bijtankbeurt'. Een gesprek waar enerzijds output van het team gerapporteerd wordt én anderzijds vragen naar aansturing van team naar staf of van staf naar team gesteld worden.

3. PATIËNTENPARTICIPATIE

Vanuit de staf ervaren we regelmatig het appèl van medewerkers naar verduidelijking van de verwachtingen naar patiëntenparticipatie.

Patiëntenparticipatie staat beschreven:

- in onze visie als Ridderbuurt
- het maakt deel uit van onze opdracht in het kader van gezondheidspromotie en het Stedenfonds
- het is onderdeel van de visietekst 'concept van een wijkgezondheidscentrum' vanuit de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.

Ook in de ruimere samenleving neemt het belang van gebruikersparticipatie toe.

In 2014 realiseerden we, weliswaar gefragmenteerd, verschillende vormen van patiëntenparticipatie, zoals focusgroepen, deelname van patiënten aan stuurgroep,

In 2015 wordt patiëntenparticipatie het centrale thema op onze Algemene Vergadering.

E. ZORG VOOR MEDEWERKERS EN MIDDELEN

Een lerende en dynamische organisatie, zo kennen we onszelf als organisatie. En dat vraagt om een goed beleid naar mensen en middelen.

Beleidsmatig staan raad van bestuur, staf, personeelsdienst en coördinator in voor een goed beheer van deze organisatie.

Hiernaast **draagt iedere medewerker essentieel bij** aan de **zorg** voor de ander en voor het geheel, naast het (h)erkennen van voldoende zelfzorg.

1. PERMANENTE ZORG

Zorg voor medewerkers is en blijft een wezenlijk onderdeel van onze werking.

Een aantal elementen van zorg zijn ondertussen **permanent ingebouwd** in onze werking:

1. Werken met zelfsturende teams
2. De uitbouw van de functie praktijkassistentie ter ondersteuning van het zorgteam
3. Een personeelsdienst ter ondersteuning van alle medewerkers
4. Projectwerker 'geestelijke gezondheidszorg' in huis ter ondersteuning van het zorgteam omwille van de zware zorgbehoefendheid van de patiëntengroep.
De tewerkstelling was tot eind 2013 afhankelijk van externe financiering.
5. Waardering voor vrijwilligers, zowel op het onthaal als in de raad van bestuur.
De vrijwilligersweek vormt hierin steeds een hoogtepunt.
6. Vormingsbudget per medewerker (personeel en vrijwilligers) dat onder bepaalde voorwaarden mag ingezet worden voor individuele coaching
7. Groene knop op elk computerscherm. Het indrukken van deze knop activeert een noodoproep op alle computers met melding welke collega assistentie vraagt voor een medische urgentie of voor een situatie waarin hij of zij zich bedreigd voelt.
8. Een moderne ICT met de mogelijkheid om makkelijk van werkplek te veranderen. Door het gebruik van terminal server als basis voor de installatie van onze server, is het voor alle medewerkers mogelijk van werkplek te veranderen, zonder de computersessie te hoeven afsluiten en heropstarten.

2. ACTIES IN 2014

In 2014 werd beslist om deze zorg **permanent uit te breiden of te verbeteren** door:

1. Verankering van de tewerkstelling van een halftijdse projectwerker binnen het eigen budget en in de discipline maatschappelijk werk.
Deze maatschappelijk werker heeft een breed instrumentarium om methodieken te ontwikkelen die kunnen bijdragen aan het verhogen van de draagkracht van team en/of aan het herstelgericht werken met patiënten. Deze persoon wordt ingezet op projectwerk, waarvan het thema kan variëren doorheen de jaren.
Momenteel werkt deze projectwerker op het thema 'versterking en verduidelijking van de rol van de eerste lijn in het werken rond geestelijke gezondheidszorg vanuit een herstelgerichte inzet naar patiënten'. De inhoud van dit projectwerk wordt elders beschreven in dit activiteitenverslag.
2. Een goed uitgewerkte procedure om grensoverschrijdend gedrag (GROG) te kunnen melden als medewerker. Onthaalmedewerkers en zorgverleners worden occasioneel geconfronteerd met ongepast gedrag van patiënten. Er bestond reeds een tiental jaar een werkwijze, die we in 2014 herwerkten tot een vernieuwde procedure die gebaseerd werd op 'verbondenheid, gelijkwaardigheid en zelfontplooiing'. Dit zijn de drie waarden van WGC De Ridderbuurt die we doorheen onze ganse werking vorm trachten te geven.
De vernieuwde procedure komt tegemoet aan de wederkerige relatie die we wensen met patiënten en die in voldoende hoge mate inzet op welzijn van medewerkers.
Op de denkdag 2014 werden raad van bestuur, personeel en onthaalvrijwilligers breed geïnformeerd en startte het gebruik van deze nieuwe procedure. Voor vele medewerkers is het gevoel van ondersteuning, begrenzing en aansturing duidelijk toegenomen.
3. De aanstelling van een preventieadviseur met als opdracht in te zetten op veiligheid en welzijn van de medewerkers. Dit in een samenwerking met coördinatie, staf en personeelsdienst.
4. Het protocol functionerings- en evaluatiegesprekken uit te werken tot een duidelijke houvast voor alle medewerkers, in een akkoord met de raad van bestuur. Het organiseren van functioneringsgesprekken op regelmatige basis werd hiermee opnieuw gelanceerd.
5. het volledige zorgteam op regelmatige basis tijdens het multidisciplinair overleg een interview aan te bieden door een psycholoog.
Er werden twee psychologen geëngageerd die inzetten op het thema 'preventie', 'omgaan met crisissen bij patiënten', 'levenseinde' alsook vragen aangebracht door zorgteamleden zelf.
6. de omkadering van de vrijwilligers te realiseren vanuit meerdere personen in de organisatie in plaats van dit vanuit één functie te realiseren. De operationele en tactische ondersteuning van vrijwilligers gebeurt door het FAO-team, een stafid-arts en de personeelsdienst. De onthaalvergaderingen worden, parallel aan de personeelsvergaderingen, opnieuw geleid door coördinatie.
7. het finaliseren van de nieuwbouw
Na een proces van enkele jaren finaliseerden we in 2014 de bouwwerken op de hoek van de Ierse Predikherenstraat en de Brouwersstraat, op de overstaande hoek van het hoofdgebouw dat nu volledig voor zorg aan patiënten benut wordt.
Het nieuwe gebouw heeft 100m² gelijkvloerse oppervlakte welke gebruikt wordt als keuken, eet- en vergaderruimte voor alle medewerkers en als administratieve werkplekken. Het is een bijzondere mooie, transparante en rustige werkomgeving geworden die bijdraagt aan ieders welzijn.
8. Extra veiligheidsmaatregelen inbouwen.
In 2014 werden naar aanleiding van de Ebola-epidemie een aantal specifieke voorzorgsmaatregelen genomen. Zowel onthaalwerkers als zorgverleners hadden een eigen opdracht hierin naar bevraging van reisgedrag, met afspraken over bescherming van medewerkers in geval van vermoeden van ebola. Deze maatregelen zijn nog steeds van kracht.

3. VOORUITZICHT NAAR 2015

In 2015 plannen we alvast een **verbetering** door:

1. Een verhoogde aandacht naar de medewerkers van het omkaderend team.
Zij starten vanaf januari 2015 in een vernieuwde teamindeling.
Enerzijds zullen Annet, Rita en Ria samen het facturatie-administratie-onthaalteam vormen: het **FAO-team**. Zij nemen als zelfsturend team de patiëntgebonden taken op en zorgen voor de omkadering van het onthaal en de ondersteuning van het zorgteam.

Anderzijds zullen Kris, Greet, Karin en Rita het organisatie-team vormen: het **ORG-team**. Zij nemen de niet-patiëntgebonden taken op zich, met name boekhouding, financiën, logistiek, personeelszaken, databeheer en ICT. Zij zullen de verschillende processen op elkaar afstemmen tot een efficiënt geheel.
2. De preventieadviseur zal met zijn opdrachten meer zichtbaar worden voor alle medewerkers
3. De bouw van een fietsenstalling voor fietsen van medewerkers en de aankoop van een wagen voor de zorgverstrekkers/logistiek is voorzien voor 2015.
4. De lokalen van het hoofdgebouw (Ierse Predikherenstraat 80) zullen worden opgefrist en indien mogelijk aangepast aan de veranderde noden

F. CONSULTATIES ZORGTEAM

1. ZORGVERSTREKKING DOOR HUISARTSEN

		2010	2011	2012	2013	2014
Aantal effectieve prestaties	Op jaarbasis	12.432	13.550	14.724	14.735	15.233
	Gemiddelde per werkdag	47	51	58	58	60
Aantal consultaties	Op jaarbasis	11.810	13.043	14.087	14.005	14.480
	Gemiddelde per werkdag	45	49	55	55	57
Aantal huisbezoeken	Op jaarbasis	622	507	637	730	753
	Gemiddelde per werkdag	2,4	1,9	2,5	2,9	3,0
geplande consultaties						15.432
Niet op afspraak NOA)						952
% NOA						6%

Het aandeel van de huisbezoeken bedroeg 5 %.

In 2014 bedroeg het gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar 5,1.

2. CONSULTATIES BIJ VERPLEEGKUNDIGEN

		2010	2011	2012	2013	2014
Aantal prestaties verpleegkunde	Op jaarbasis	4.236	4.535	5.786	6.026	6.090
	Gemiddelde per werkdag					24
Aantal consultaties	Op jaarbasis					3.539
	Gemiddelde per werkdag					14
Aantal HB	Eigen VPK					1.840
	uitbesteed					711
	Gemiddelde per dag (ook WE/FD)					7
geplande consultaties						3.944
Niet-op-afspraak(NOA)						405
% NOA t.o.v. consultaties						10%

Het forfaitair systeem vereist dat we verpleegkundige zorgen voorzien, 7 dagen op 7, ook al is het wijkgezondheidscentrum enkel op werkdagen geopend.

Het verpleegkundig team blijft een verschuiving van het takenpakket doormaken, omwille van de keuze voor zorgsubstitutie. Hier gaat veel overleg en opleiding mee gepaard.

3. CONSULTATIES KINESITHERAPIE

Het kiné-team richt zich op curatieve en preventieve zorg voor de ingeschreven patiënten. Voor de curatieve zorgen worden patiënten met een brede waaier aan klachten verwezen naar kiné, zowel puur somatisch als psychosociaal en psychosomatisch. De behandelingen omvatten zowel musculoskeletale behandeling als algemene/klassieke kiné als zwangerschapsbegeleiding. Bij de consultaties kiné wordt naargelang de aard van de pathologie een onderscheid gemaakt tussen C- pathologie, E-pathologie en Fa- en Fb-pathologie¹.

Aantal kiné-prestaties

Kiné	2010		2011		2012		2013		2014	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
C-pathologie	2135	67%	2337	78%	3015	80%	2860	81%	3013	72%
Perinatale kiné	84	3%	102	3%	36	1%	159	4%	176	4%
F-pathologie	447	14%	412	14%	480	13%	362	10%	749	18%
E-pathologie	519	16%	154	5%	234	6%	172	5%	231	6%
Tot.prestaties	3185		3005		3765		3553		4169	

Aandeel huisbezoeken

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
C-pathologie	59	10%	40	21%	86	21%	66	25%	158	38%
Perinatale kiné	0	0%	0	0%	0	--	0	--	0	0%
F-pathologie	82	14%	126	65%	203	50%	149	57%	191	45%
E-pathologie	446	76%	27	14%	116	29%	47	18%	72	17%
Tot.prestaties	587		193		405		262		421	

Niet-op-afspraak

		2010		2011		2012		2013		2014	
		Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Geplande consultaties	Op jaarbasis	3.596		3.431		4.198		3.914		4.311	
	weekgemiddelde	68		65		79		75		83	
Niet-op-afspraak	Op jaarbasis	411	11%	426	12%	424	10%	361	9%	613	14%
	weekgemiddelde	8		8		8		7		12	
Effectieve consultaties	Op jaarbasis	2.598	89%	2.812	88%	3360	90%	3291	91%	3748	87%
	weekgemiddelde	50		54		65		63		72	

¹ C-Pathologie

Bij een C-pathologie of "courante pathologie" heeft de patiënt recht op 18 behandelingen aan de normale terugbetaling per pathologische situatie. Per jaar zijn er drie verschillende pathologieën mogelijk, bijvoorbeeld 18 behandelingen wegens lage rugpijn, 18 wegens een tenniseleboog en nog eens 18 wegens een enkelverstuiking.

E- Pathologie

Een E-pathologie wordt ook wel "zware pathologie" genoemd. Wanneer de pathologische situatie van de patiënt voorkomt op de E- lijst, heeft deze patiënt gedurende een periode (vastgesteld door de adviserende geneesheer van de mutualiteit) recht op meer dan 60 behandelingen.

Bijv. uitgebreide perifere verlamming: monoplegie, syndroom van Guillain Barré

Bijv. evolutieve aandoeningen van het centrale zenuwstelsel met uitgebreid motorisch gebrek: o.a. multiple sclerose, ziekte van Parkinson

Fa-Pathologie

De groep van Fa zijn de acute functionele pathologieën. Hiervoor is er een lijst opgesteld met de situaties die tot deze groep gerekend worden. Deze patiënten hebben recht op 60 prestaties per pathologie gedurende één jaar, men begint te rekenen vanaf de dag van de eerste prestatie.

- Bijv. posttraumatische of postoperatieve aandoeningen
- Bijv. Ademhalingsinsufficiëntie bij kinderen onder 16 jaar met tracheo-, laryngo- of bronchomalacie of recidiverende lage luchtweginfecties.

Fb-Pathologie

De groep van Fb zijn de chronische functionele pathologieën. Hiervoor is er tevens een lijst opgesteld met de situaties die tot deze groep gerekend worden. Deze patiënten hebben recht op 60 prestaties per pathologie gedurende een kalenderjaar.

- Bijv. situaties die een gangrevalidatie noodzakelijk maken
- Bijv. psychomotorische ontwikkelingsstoornissen

4. CONSULTATIES BIJ MAATSCHAPPELIJK WERK

Aantallen, incl. consultaties GGZ	2012	2013	2014
<i>Totaal aantal patiëntencontacten waaronder :</i>	1294	2331	2604
Aantal raadplegingen	612	889	853
Aantal huisbezoeken	14	28	35
Aantal telefonische consulten*	171	352	423
Aantal multidisciplinaire overleggen**	141	267	319
Aantal dossiercontacten ***	359	795	974

*met de patiënt zelf

**overleg met verschillende disciplines waarbij samenwerkingsafspraken werden gemaakt

***met een externe dienst (via mail, telefoon, e.a..) over een bepaalde patiënt

Aantallen, excl. Consultaties GGZ	2012	2013	2014
<i>Totaal aantal contacten waaronder :</i>	906	1961	2129
Aantal raadplegingen	476	747	698
Aantal huisbezoeken	7	21	24
Aantal telefonische consulten	89	291	313
Aantal multidisciplinaire overleggen	40	136	175
Aantal dossiercontacten	294	766	919

127 patiënten kwamen niet op afspraak in 2013, in 2014 waren dit er 128.

Het is een streefdoel om het gemiddeld aantal raadplegingen per jaar per patiënt laag te houden omdat maatschappelijk werk binnen de Ridderbuurt een brug- en schakelfunctie heeft naar een ruimer netwerk van samenwerkingsverbanden.

5. CONSULTATIES BIJ PEDICURE

Aanbod: **3u/week**

In het aanbod 'pedicure' ligt de nadruk op 'pedicure met **medische noodzaak**'. Er gebeuren zowel pedicure-zorgen in het centrum als op huisbezoek zo nodig.

In 2014 werden 101 contacten met de pedicure geregistreerd.

Wegens de grote vraag naar pedicure hebben we een onderscheid gemaakt tussen **chronische zorgen** en **acute zorgen**.

Zo zijn er patiënten die bij de dokter op consult komen met ingegroeide nagels en likdoorns of pijnlijke eeltknobbels. Deze patiënten worden binnen de week geholpen op een **korte pedicure-consultatie**. Meestal is het probleem dan opgelost. Deze patiënten hebben geen volledige voetzorg nodig. De vraag naar deze consultaties is dan ook bijzonder groot. Vaak hebben patiënten maar één pijnlijk probleem en zouden ze hiermee normaliter extern naar een pedicure moeten gaan wat toch wel een probleem is gezien de kostprijs van zulk een consultatie. Gezien de meestal jongere leeftijd is er ook geen enkele tussenkomst van mutualiteit.

De **chronische voetzorgen** verlopen zoals de voorbije jaren. Er is geen wachtlijst en in de mate van het mogelijke worden ze extern verwezen via maatschappelijk werk.

We merken binnen verpleging dat er toch nog een grote financiële of andere drempel is voor pedicure. Zo ontdekken we geregeld voeten die er zeer ernstig aan toe zijn.

G. GEZONDHEIDSPROMOTIE

1. GEZONDHEIDSPROMOTIE NAAR DE LEUVENSE BEVOLKING IN OPDRACHT VAN STEDENFONDS

Wijkgezondheidscentrum de Ridderbuurt heeft voor de **periode 2014-2019** een opdracht naar gezondheidspromotie, aangestuurd en ondersteund door het stedenfonds van stad Leuven.

Op basis van het samenwerkingsakkoord zullen volgende acties uitgevoerd worden:

1. De versterking van de eerstelijnszorg door het inzetten van een multidisciplinair team
2. Het voorzien in een aanbod van individuele en groepsgerichte ziektepreventie
3. Het werken aan gezondheidsbevordering met het oog op het versterken van de zelfredzaamheid van patiënten en wijkbewoners
4. In samenwerking met de gezondheidsadviseur van de stad Leuven en andere relevante partners actief participeren aan een gezamenlijk gezondheidsbeleid
5. Het verder samen uitbouwen van het overleg 'Gezonde Wijk'
6. Het wegwerken van drempels die de financiële en fysieke toegankelijkheid van het wijkgezondheidscentrum kunnen verminderen
7. Het betrekken van patiënten en wijkbewoners bij de werking van het wijkgezondheidscentrum

2. VISIE EN AANPAK IN GEZONDHEIDSPROMOTIE

Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt heeft een **gemeenschapsgerichte werking**.

We richten ons zowel naar het individu als naar de gemeenschap en participeren actief aan het Leuvens gezondheidsbeleid.

De inzet gebeurt in de vijf actieterreinen van gezondheidspromotie:

1. Medewerking aan gezondheidsbevorderende omgeving
2. Aansluiting bij gemeenschapsactiviteiten
3. Gezondheidsvoorlichting
4. Beleidsbeïnvloeding
5. Heroriëntering van de gezondheidsvoorzieningen.

In onze aanpak nemen we volgende uitgangspunten voor **gezondheidspromotie en preventie**

1. Specifieke inzet op **afvlakken van de sociale gradiënt**
2. Een universele aanpak, met **proportioneel** grotere inzet naar kansengroepen
3. **Intersectorale** samenwerking
4. **Participatie** van de patiëntenpopulatie (en eventueel ruimer)
5. **Empowerment**
6. **Wetenschappelijke** onderbouwing

Gezondheidspromotie is gedragen door en een opdracht van het hele wijkgezondheidscentrum.

Vanuit verschillende zorg- en omkaderende disciplines wordt een bijdrage geleverd.

De **gezondheidspromotor** heeft daarbij een coördinerende of aansturende rol.

A. GROEPEN IN SAMENWERKING MET EXTERNE ORGANISATIES

I.S.M. LEUVENSE INTEGRATIEDIENST en VROUWENGROEPEN OPEN SCHOOL

Kennis vergroten over het belang van bewegen, ergonomie en ontspanning bij allochtone vrouwen + praktische oefeningen

Sessies van 1,5u

Bereik: 45-tal allochtone deelnemers

I.S.M. DE HULSTER vzw

Relaxatie en ademhaling

Sessie van 1,5u

Bereik: 10tal deelnemers

I.S.M. WGC DE CENTRAL

'Kies wat je eet'

Groepswerking rond gezonde voeding (met begeleider en diëtiste)

Gezinsbegeleiding gezonde voeding 'goed gezind'

Diëtiste (WGC De Central) start voedingsbegeleiding op van een gezin met overgewicht.

Samenwerking met de bewegcoach van het project 'Bewegen Op Voorschrift'.

Rugschool: rug- en buikspieroefeningen

Laagdrempelige beweggroep.

Begeleid door lesgeefster en kinesitherapeut vanuit de wijkgezondheidscentra.

Instream vanuit beide wijkgezondheidscentra en vanuit het BOV-project.

Wekelijks sessies van 1u

Bereik: 30 deelnemers (gemiddeld 8 deelnemers aanwezig)

I.S.M. RISO VLAAMS BRABANT EN BUURTSPOORT LEUVEN (BOV)'

In de Ridderbuurt werd vanaf de verhuis van BOV (Bewegen Op Voorschrift) naar de wachtpost van de Leuvense huisartsen een beperkt aantal consultaties intern aangeboden door een bewegcoach.

Deze consultaties zijn bedoeld om de drempel naar de externe BOV-locatie te verlagen en de patiënten die deze overstap te groot vinden toch te kunnen adviseren rond bewegen.

Bereik: 50 deelnemers, waarvan 8 doorverwezen zijn naar externe BOV

I.S.M. CBE OPEN SCHOOL

'Rugscholing en beweeglessen'

Kennis vergroten over thema 'rughygiëne' en het belang van bewegen, het aanleren van correcte houdingen in dagelijks leven

4 sessies van 1,5u

steeds een 15-tal deelnemers

B. ACTIES NAAR INGESCHREVEN PATIËNTEN

VOEDINGSADVIES

Via verpleging:

Individueel aanbod via verpleging

Bereik: 4 deelnemers

Via stage diëtiëk ((april, mei, juni) KHL)

Doel: gezonde voeding stimuleren

Doelgroep: prediabetici (type 2) en patiënten met nood aan ondersteuning gezonde voeding

Methodiek:

Individuele consulten

totaal 40 patiënten begeleid (max 3 sessies per patiënt))

waarvan 10 pre-diabeten, rest voornamelijk overgewicht, hoog cholesterol en diabetes

Groepssessies

Infosessie 1: doelgroep (pre-)diabeten: 8 personen aanwezig

Infosessie 2: algemene gezonde voeding: 8 personen aanwezig

AQUAFUN

Oefeningen in het zwembad van de Sportoase (instructiebad) onder begeleiding van een kinesitherapeut en redder (juli-augustus).

Ter verbetering van rug- en nekklachten, psychosociaal welbevinden, diabetes, gewrichts-problemen,..

Doelgroep: patiënten vanuit de wgca, uitnodiging via kine en wachtzaal.

Ook instroom vanuit BOV.

Bereik: 64 deelnemers, gemiddeld 29 deelnemers per sessie.

HERFSTWANDELING

Laagdrempelig wandelgroepje, begeleid door kinesitherapeut en in bosrijke omgeving (oktober-december).

Doelgroep: patiënten vanuit de wgca, uitnodiging via kine en wachtzaal.

Bereik: 12 deelnemers, gemiddeld 4 deelnemers per sessie

WACHTZAALPROJECTEN

'zuigflescariës'

Doel: kennis vergroten, stimuleren tandzorg bij kinderen (voeding, eerste bezoek tandarts, poetsen)

Methodiek: tandenborstels, tandpasta en folders voor doelgroep.

Samenwerking met WGC de Central, afstemming verspreiding ontwikkeld promotiemateriaal met Kind en Gezin en Huis van het Kind.

'preventie brandwonden'

Doel: eerste hulp bij brandwonden (hitte-verbranding). Kennisvergroting.

Methodiek: powerpoint op scherm, kwis, kleurplaten, stripverhalen

'diabetes'

Doel: kennis vergroten rond diabetes: herkennen van symptomen en preventie

Methodiek: powerpoint op scherm + uitnodigen voor intern groepsaanbod gezonde voeding

'colonkankerpreventie'

Doel: mensen informeren over de screeningsmethode en preventie

Methodieken: info op scherm + planning in EMD (GMD+)

'volgende thema's'

(reis)vaccinatie, CO-intoxicatie, luizen, melanoma-day, zonnebrand, preventie kanker, wereldaidsdag, week van de opvoeding,..

GRIEPPVACCINATIE:

Methodiek: Eind september gebeurde er een mailing naar alle doelgroepen volgens de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad.

Deze uitnodiging voor het griepvaccin omvat uitleg over het vaccin en praktische info (in het Nederlands, Frans en Engels) en een voorschrift.

Bereik:

Totale doelgroep (> 65j, chron. ziek < 65 jaar, 50-65 jaar mét RF, zwangeren > 12 weken en ouders van babies <6 maanden)

290 vaccinaties uitgevoerd = 47% van doelgroep

Uitgelicht:

65 plussers: 50 patiënten = 58%

Chronisch zieken: 114 patiënten = 38%

GMD PLUS

Doel: Patiënten tussen 45 en 75 jaar uitnodigen voor een 'preventief consult' bij de huisarts om een individueel preventieplan op te stellen (vaccinaties, uitstrijkje, rookstop, gezonde voeding, beweging, bloedonderzoek,..).

Methodiek: Uitnodiging per brief, telefonisch uitnodigen + bekendmaking via wachtzaal + planning in medisch dossier

Bereik 2014:

"opstart GMD+" = diegenen die voor de eerste keer hun preventiedossier komen opmaken

Uitgevoerd: 56

(Geweigerd: 7; Niet/te laat: 2 (interesse, maar herhaaldelijk niet op afspraak); Te doen: 69 (hebben nog niet laten weten of ze interesse hebben of niet); Te doen -besproken: 11 (interesse, maar moeten nog uitgenodigd worden))

"herhaaltraject" = diegenen die drie jaar geleden hun preventiedossier hebben laten opmaken en nu komen voor een volledig herhaaltraject (3-jaarlijks)

Uitgevoerd: 10

(Te doen: 25; Geweigerd: 0)

C. PROJECTEN GERICHT OP STRUCTURELE VERANDERINGEN

PAREL-PROJECT

Doel: perinatale zorg Groot-Leuven. Extra ondersteuning voor zwangere en pas bevallen vrouwen.

Methodiek: overleg tussen Kind en Gezin, dienst gynaecologie ziekenhuis, thuiszorg en wijkgezondheidscentra

Bereik: 24 vrouwen

TANDZORG

Doel: gerichte en begeleide doorverwijzing naar externe tandartsen als drempelverlaging naar tandzorg

Methodiek: werkmappje 'zet er je tanden in'

rechtstreekse contacten met tandartsen en ocmw (door maatschappelijk werk)

Bereik: 17 patiënten kregen een begeleide doorverwijzing door maatschappelijk werk

PASTA (PROVINCIAAL AANBOD SOCIAAL TOLKEN VOOR ANDERSTALIGEN)

BABEL (TELEFONISCHE TOLKHULP)

Doel: verbetering van communicatie patiënt-zorgverstreker i.f.v. kwalitatief gezondheidsaanbod

Bereik: PASTA: 1 gesprek (modern Arabisch)

Babel: 24 gesprekken (19 Slovaaks, 2 Arabisch, 1 Farsi, 1 Dari, 1 Russisch)

D. SAMENWERKING EXTERN

STUDIECLUB GEZONDHEIDSPROMOTIE (VERENIGING VOOR WIJKGEZONDHEIDSCENTRA)

Ervaringsuitwisseling en afstemming tussen de verschillende wijkgezondheidscentra rond projecten en thema's, driemaandelijks

STUURGROEP VAN LOGO Oost Brabant (LOKAAL GEZONDHEIDSOVERLEG)

Viermaandelijks overleg

WERKGROEP GEZONDE WIJK (STAD LEUVEN, LOGO-OOST BRABANT, BUURTCENTRA, LEUVENSE INTEGRATIEDIENST, CAW DE MEANDER, WGC DE CENTRAL, RISO)

Bespreking gezondheidsthema's, afstemming, voorbereidingen vormingen e.d., driemaandelijks

WERKOVERLEG GEZONDHEIDSPROMOTIE LEUVEN (GEZONDHEIDSPROMOTIE WGC DE RIDDERBUURT EN WGC DE CENTRAL)

Taakverdeling, samenwerkingsafspraken, informatieoverdracht e.d.

Projecten worden uitgewisseld en waar het zinvol is om samen te werken zetten we de deuren open voor de patiënten van beide centra.

We maken graag zoveel mogelijk gebruik van mekaars expertise en positieve ervaring . Op die manier vergroten we onze resultaten en efficiëntie.

OVERLEG DIGITOPIA

Aanreiken van evidence based gezondheidspromotiemateriaal voor op scherm in wachtzaal

'BEWEGEN OP VOORSCHRIFT'

BOV-beheer: WGC De Ridderbuurt en RISO Vlaams Brabant

BOV-stuurgroep (Leuven): WGC De Ridderbuurt (projectwerker + arts), RISO Vlaams Brabant, (Sportdienst) Leuven, VIGEZ, provincie Vlaams Brabant, Logo Oost Brabant

'GOED GEZIND' - STUURGROEP

Initiatief van WGC De Central, gezinsbegeleiding gezonde voeding en bewegen

PROVINCIE VLAAMS BRABANT

Participatie voorbereiding projectaanvraag rond mondzorg, samen met andere WGCa in Provincie.

DEELNAME WERKGROEP GEZONDHEIDSGIDS: DOMUS MEDICA

Papieren versie gezondheidsgids + verdeling Vlaamse huisartsen (gids, affiche GMD+, folders vragenlijst)

Opstart web based gezondheidsgids (online) en verdere uitwerking Homunculus

ARMOEDECONFERENTIE oktober 2014

Dialogotafels 'voorkomen is beter dan genezen' en 'tandzorg'

Inleiding: aanpak gezondheidsverschillen, 'sociale gradiënt'...

LOKAAL OVERLEG GEESTELIJKE GEZONDHEID

Verkennde fase: welke methodieken zijn succesvol voor doelgroep ivm ggz ?

Wgca + VDIP (vroeg detectie en interventie bij psychiatrische (psychotische) stoornissen)

E. SAMENWERKING INTERN

PREVENTIETEAM

Zeswekelijks overleg tussen 4 zorgverstrekkers met een taak binnen gezondheidspromotie (arts, verpleging, kiné, maatschappelijk werk), de ghp-coördinator en de ghp-vrijwilliger.

INTERNE ARTSENVORMING

Info vaccinaties, aanpak rookstop, richtlijnen gezondheidsgids domus medica olv GHP-arts

TEAMOVERLEG

Twee keer per jaar: samenwerkingsafspraken GHP

H. PROJECT 'BEWEGEN OP VOORSCHRIFT' (BOV)

Projectleiding: Femke Deboutte (gezondheidspromotor/kinesitherapeute)
ism Liesbeth Smeyers, RISO Vlaams-Brabant en Wouter Goris
Projectmedewerkers: Eline Roex (beweegcoach), Els Bartholomeeussen (arts)
Projecttijd: 5u externe projectleiding, 3u interne BOV-beweegcoachuren
Projectpartners: Agentschap Zorg en gezondheid Vlaanderen
RISO Vlaams-Brabant

Tot eind 2014 was WGC De Ridderbuurt nog mee 'beheerder' van het Leuvense BOV-project.

De BOVmethodiek werd in 2010 ontwikkeld voor en door patiënten van De Ridderbuurt, vanuit een samenwerking met RISO Vlaams Brabant. Sinds mei 2013 is BOV verhuisd naar de huisartsenwachtpost en mogen alle Leuvense huisartsen patiënten doorverwijzen naar de BOV-coach.



Hieronder enkele **conclusies** vanuit het meest recente rapport:

Dit rapport is gebaseerd op de analyse van de intakegegevens van **308 deelnemers** en de evaluaties van 108 personen en omvat de periode mei 2013 – 30 november 2014.

Tijdens die periode is BOV gelokaliseerd in de Leuvense wachtpost, en gerealiseerd met middelen van Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Overheid.

1. LUKT DE DOELGROEPVERBREIDING ?

De doelstelling van het BOV-project om naast de artsen van de beide wijkgezondheidscentra in Leuven ook **andere artsen als doorverwijzers** te betrekken, is behaald.

87% van de verwijzingen naar de Leuvense BOV-coach gebeurde door 'externe artsen' (niet uit een wgc).

9% vanuit WGC De Ridderbuurt en 4% vanuit WGC De Central.

BOV bereikt een **ruimere groep dan enkel maatschappelijk kwetsbare groepen (MKG)**.

Tegelijk stromen mensen uit deze doelgroep nog talrijk in :

We bereiken meer VT/omnio (36,8%) dan er procentueel in Leuven leven.

Het is bovendien niet enkel via de wijkgezondheidscentra dat deze mensen de weg vinden naar BOV. De helft van de VT/omnio-gerechtigden werden doorgestuurd door externe artsen.

We kunnen dus stellen dat de 'verbreding' naar een ruimere groep Leuvenaars lukt, én dat we tegelijkertijd de maatschappelijk kwetsbare groepen niet uit het oog verliezen.

De drie **belangrijkste verwijfsredenen** op het BOV-voorschrift zijn:

- Reconditionering (45,8 %),
- Overgewicht (41,4 %)
- Bewegen als preventie (39,2 %).

De volgende **medicatie** wordt voornamelijk ingenomen:

- Antidepressiva (37,9% van de respondenten)
- Slaapmedicatie (34,3% van de respondenten.;
- Medicatie m.b.t. een hoge of lage BD (27,2% van de respondenten)

2. IS HET VOORSCHRIFT VOLDOENDE OM MENSEN TE MOTIVEREN OM NAAR DE BOV-COACH TE GAAN?

Het overgrote deel van de deelnemers komt terecht bij BOV **via hun huisarts**. Enkele andere doorverwijzers zijn maatschappelijk werkers, kinesisten, vrienden, affiches bij de huisarts, ...

Het voorschrift is dus een '**belangrijk**' motivationeel gegeven voor de deelnemers die terechtkwamen bij BOV.

Is het 'voldoende' motivationeel? Op dit moment kunnen we enkel zeggen dat het werkt voor diegenen die 'aangekomen' zijn bij BOV én dat de steekproef in de Ridderbuurt uitwijst dat ongeveer 2/3de van de doorverwezen patiënten aankomt bij BOV.

"De groep was niet te groot, de lesgeefster heeft mij wat uitleg gegeven, ik voelde me goed. Volgende week ga ik zeker terug. En de lesgeefster geeft ook zwemles op maandag, volgende week zal ik dat ook uittesten. Heel erg bedankt om mee te gaan."

Bovendien kiezen we in het kader van de kwaliteit van de BOV-coaching voor het voorschrift:

- hier staan redenen van doorverwijzing in,
- hierin zien we ook welke medicatie de patiënt inneemt.

Dit zijn belangrijke indicaties waarmee de BOV-coach graag rekening houdt om professioneel te kunnen werken.

3. VINDEN ALLE PATIËNTEN DE WEG NAAR DE CENTRALE LOCATIE ?

Zowel patiënten uit de wijkgezondheidscentra als patiënten van externe artsen vinden de weg naar de centrale BOV-locatie in de wachtpost van de Leuvense huisartsen.

Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt voorziet door het aanbod van interne BOV-consulten een extra duwtje in de rug voor de patiënten die de stap naar een externe locatie te groot vinden. 75 mensen werden gezien door deze 'interne BOVcoach'.

De keuze voor de **wachtpost** is zeker positief vanuit het standpunt van de artsen.

Voor BOV-coaches zou een eigen ingericht lokaal een meerwaarde zijn .

Vanaf 2015 werkt de BOV-coach vanuit RISO Vlaams Brabant.

Gezien de financiële middelen beperkt zijn moest er een keuze gemaakt worden tussen het voorzien van voldoende coaching-uren en het betalen van de huur van een kabinet in de wachtpost.

4. KWALITEIT EN HET VERLOOP VAN DE BOV-COACHING

Aangezien BOV staat voor BOV-coaching op maat, verschillen de coaching-trajecten sterk in duur, in aantal contacturen en in bewegingsvorm waarmee de deelnemer aan de slag gaat.

Voor 145 mensen onderzochten we de beweegplannen:

- **112 van de 145 mensen bewegen in groep** , naast het individuele beweegplan dat de coach met iedereen opstelt (= bewegen in het dagelijks leven).
- Deze 112 **mensen hebben samen 181 'lidmaatschappen' of langdurende 'deelnames'** in beweeg- en sportgroepen in Leuven en omgeving.

De meesten volgen dus 2 soorten activiteiten.

Daarvan volgt ongeveer de helft (57 personen) een activiteit binnen BOV zelf (yoga, funfit, aquafun, cross-fit),

gevolgd door activiteiten binnen het reguliere beweeg- en sportaanbod.

Ook het aanbod van de WGCa en van buurtsport spreken BOV-deelnemers sterk aan.

De helft van de deelnemers is **tevreden** met de grote waaier aan aanbod die de BOV-coach hen aanbiedt binnen het beweegplan. Een iets kleinere groep vindt het aanbod 'voldoende'.

De meesten die een beweegplan in groep kregen, **volgen ook effectief** die activiteiten in groep. Bijna iedereen (90%) is **tevreden over zijn eigen deelname** aan de activiteiten. 82% van de deelnemers geeft aan in de toekomst even actief te zullen blijven bewegen.

5. EFFECTEN VAN BOV-COACHING OP DE DEELNEMERS

Meer dan de helft van de respondenten zeggen bij de evaluatie dat hun **algemene gezondheid vooruit** is gegaan door BOV-deelname.

Qua **beweging** zien we het volgende :

De meerderheid van de deelnemers was bij de intake:

- 0 tot 5 keer licht (met een piek in 0)
- 0 keer matig of intens fysiek actief.

Bij de evaluatie blijken de respondenten veel actiever te zijn

- lichte fysieke activiteit neemt gemiddeld toe
- matige fysieke activiteit wordt veel meer beoefend
- intense fysieke activiteit wordt meer beoefend

Deze drie verschillen zijn **significant** ($\alpha=0,05$). Het aantal mensen dat intens fysiek actief is, is lager dan het aantal mensen dat licht of matig fysiek actief is.

Er is geen significant verschil qua BMI tussen intake en evaluatie.

Wel is er een **significant** verschil qua **energieniveau**, dat hoger is bij evaluatie dan bij intake. Dit geldt eveneens voor **stress**. Dit is anders dan bij de voorgaande evaluaties (dec 2013 en sept 2014), waar we voor stress geen significante daling zagen.

"Dankzij BOV heb ik terug vrienden en heb ik iets om naar uit te kijken: de funfit op vrijdag. Nu ben ik zelfs voor het eerst achter het station in Kessel-Lo geweest, terwijl ik al jaren in Leuven woon."

Andere effecten die mensen toeschrijven aan BOV zijn:

- | | |
|--|--|
| ▪ mensen voelen zich algemeen beter | 73,5% gaat helemaal akkoord |
| ▪ mensen komen meer buiten | 67% gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen hebben meer contact met anderen | 57,3% gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen slapen beter | 55,2% gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen hebben een betere houding | 53,1% gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen voelen zich beter bij het opstaan | 47,4% gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen snoepen minder en eten gezonder | 35,3 gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen kijken minder TV | 27,5 % gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen kunnen problemen beter aan | 27,3% gaat eerder wel of helemaal akkoord |
| ▪ mensen roken minder | 10,2% gaat eerder wel of helemaal akkoord |

BOV is vaak de **ingangspoort** om ook aan andere determinanten van gezond gedrag te werken. Hierbij is bewegen misschien wel de aangenaamste: 'je mag iets extra's doen', terwijl je bij andere dingen zoals snoepen, roken 'iets moet laten'.

6. WAT BRENGT 2015 ?

De vier **wijkgezondheidscentra** in de Provincie Vlaams-Brabant kunnen samen aan de slag met de BOV-methodiek dankzij middelen van de provincie.

In Leuven en Kessel-Lo zal er hierbij nauw samengewerkt worden met de 'externe BOVcoach'.

In Tienen en Vilvoorde zullen de eerste stappen gezet worden: het lokale laagdrempelige beweeglandschap in kaart brengen en intern de BOV-methodiek multidisciplinair lanceren.

RISO Vlaams Brabant, Domus Medica en VIGEZ zijn de initiatiefnemers voor het schrijven van een **BOV-adviesnota voor de Vlaamse Overheid**. Via een stuurgroep wordt de input van andere partners hierin verwerkt.

De Ridderbuurt blijft betrokken in het kader van het verder uitdragen van de 'originale doelstellingen en karakteristieken van de BOV-methodiek', via deelname aan de Vlaamse en de Leuvense stuurgroep.

I. PROJECT 'PATIËNT IN BEELD' (PIB) -- ART.107

Projectleiding: Sylvia Hubar (maatschappelijk werker; sociaal structureel werk)
Projectmedewerkers: Filip Abts (ervaringsdeskundige), Sara Brankaer (arts)
Projecttijd: 19u/week
Projectpartners: Provincie Vlaams-Brabant, dienst Welzijn

1. VERSCHILLENDE PATIËNTENGROEPEN IN BEELD GEBRACHT

A. STUURGROEP PIB

De laatste stuurgroep van het project ging door in juni 2014. Tijdens deze stuurgroep is een **voorbijganger komen getuigen** over de moeilijkheden die hij ondervindt met de zorg. Het ontbreken én van een zorgnetwerk én van een ruimer sociaal netwerk maakt dat er een volledig andere aanpak nodig is dan voor een regisseur.

Er is tevens een pleidooi gehouden voor het organiseren van **spiegelbijeenkomsten in de regio** omdat er zeer waardevolle inzichten uit kunnen groeien.

B. HET MODEL VOOR GEDEELDE ZORG

Het methodisch zorgmodel dat samen met dr. Sara Brankaer en Filip Abts werd uitgewerkt voor diverse patiëntengroepen met een psychische kwetsbaarheid is verder verspreid op verschillende fora.

In oktober 2014 hebben we op **4 provinciale studiedagen** over de sociale plattegrond het model gepresenteerd. Deze dagen vonden plaats in Tienen, Halle-Vilvoorde, Asse en Leuven.

Tevens werd het model gepresenteerd in **wijkgezondheidscentrum De Central**, die ook trachten hun geestelijke gezondheidszorg te modelleren binnen dit model. Ook in WGC De Sleep te Gent werd het model aan het zorgteam geïntroduceerd.

Tijdens een **focusgroep met Similes** werd het model vervolledigd in het vastleggen van rollen en methodieken voor familieleden van patiënten met een psychische kwetsbaarheid.

Bij de maatschappelijk werkers van de Christelijke Mutualiteit werd de GPS van de Geestelijke gezondheidszorg gebracht.

In augustus 2014 is er **artikel** rond het model verschenen in de **Huisarts Nu**.

De **herstelbundel** is in herdruk gegaan en opnieuw volledig verspreid.

Er is een vraag vanuit **ICHO** om het model aan te bieden in de huisartsenopleiding.

2. TOEPASSING VAN HET MODEL VAN GEDEELDE ZORG IN WGC DE RIDDERBUURT

Wekelijks worden er door de projectwerker 8 gerichte **consultaties geestelijke gezondheidszorg** aangeboden. Deze zijn voorbehouden voor patiënten met een onduidelijke hulpvraag of onvoldoende motivatie of vertrouwen.

We merken een verschuiving in de vraag. Er is minder vraag naar begeleidde verwijzingen, waarschijnlijk door de gunstige evolutie dat meer en meer partnerorganisaties outreachend werken.

Er zijn meer contacten omtrent eerstelijns-geestelijke-gezondheidszorg (burnout, slaapproblemen, piekeren, ...) en meer contacten rond moeilijk te verwijzen personen.

In 2014 heeft de projectwerker 54 verschillende cliënten gezien.

Eén patiënt vanuit het mobiel team is terug overgedragen aan ons WGC. Verder is er een toename in het werken met het mobiel crisisteam.

De projectwerker heeft geïnvesteerd in **opleiding voor de collega sociaal werkers**, ook bij WGC De Central.

Daarnaast is Lieve Druppel, klinische psychologe, als **supervisor** voor een deel van het zorgteam gestart. De andere supervisor wordt gezocht binnen de middelen van art. 107 deskundigheidsbevordering van eerste lijn.

3. EXTERNE SAMENWERKING EN NETWERKING

Art. 107 vraagt veel **overleg** binnen de verschillende fora

- operationele coördinatorenvergadering
- het lokaal GGZ overleg
- het EPSI overleg
- overleg rond internering
- overleg met mobiel team De Hulster rond samenwerking/afstemming tussen huisartsen en een mobiel team.

Er zijn ook verschillende afstemmingsgesprekken met SEL GOAL geweest rond de betrokkenheid van de eerste lijn in de zorgvernieuwing, o. a. door de uitbouw van een signalenkaart bij verontrustende situaties en het model van gedeelde zorg.

Er is een eerste overleg geweest tussen het WGC, netwerkcoördinator, OCMW en CAW omtrent de noodzaak van de methodiek **housing first** voor daklozen met psychiatrische aandoening. Deze elementen zijn door het CAW meegenomen in een verder overleg met de provincie.

Met Praxis P is er een kennismakings - en afstemmingsgesprek geweest rond **vluchtelingen en asielzoekers met posttraumatische stressstoornis**. Zij hebben voor deze doelgroep een gratis aanbod in het Engels en het Frans. Ondertussen zijn al verschillende patiënten in begeleiding en is er een intensieve samenwerking. Ze verkennen op onze vraag de mogelijkheid om in de toekomst een doctoraatsstudent met de mindspring-methodiek te laten werken.

Dr. Sara Brankaer en de projectwerker hebben een **enquête voor huisartsen** opgemaakt. Hierin wordt bevraagd hoe huisartsen naar GGZ-problematieken kijken, welke hulpmiddelen ze gebruiken en wat ze verder nodig hebben voor GGZ-zorg. De vragen situeren zich rond screening en preventie, behandeling en psychosociale rehabilitatie. Gezien de grote rol die de huisarts speelt in de zorgcontinuïteit, is het belangrijk om de huisartsen in de regio te bevragen.

Met CGG Vlaams-Brabant-Oost zijn er verschillende samenkomsten geweest in het kader van VDIP. VDIP staat voor **vroegdetectie en interventie van psychische stoornissen**. Zij willen preventief aan de slag met mensen vanaf 16 jaar die de eerste tekenen van psychische kwetsbaarheid vertonen. Naast individuele toeleiding zijn we ook op zoek naar een groepsaanbod. Voorlopig ziet het ernaar uit dat er een aanbod rond piekeren uitgewerkt zal worden.

WGC De Central en CAW zijn mee betrokken in het ruimere verhaal. Dit aanbod zal mee ingebed worden in het aanbod van gezondheidspromotie binnen ons WGC. We streven ernaar hier een jaarlijks terugkomend aanbod van te maken dat zal doorgaan in het CGG zelf. We veronderstellen dat dit drempelverlagend werkt om mensen sneller te detecteren en toe te leiden naar GGZ zorg.

Om de samenwerking met het CGG VBO te versterken en het WGC en het cliënteel beter te leren kennen, is er een **snuffelstage** geweest. Werkers van het CGG zijn een aantal dagen met de artsen en de sociaal werkers en projectwerker mee op consult en huisbezoek geweest.

Vanuit het project Patiënt in beeld is er bij de KHLeuven dep. Sociale Hogeschool een verkennend gesprek geweest rond de vormingsnoden die art. 107 met zich meebrengt. De stuurgroep van PIB is de startgroep geweest om dit proces op gang te trekken.

Vanuit deze bijeenkomsten zijn er twee erkende **opleidingen** in de startblokken gezet:

- **ervaringswerker in de Geestelijke GezondheidsZorg en verslavingszorg**
- **een herstelopleiding voor GGZ teams**

4. UITBOUW VAN BOV VOOR DE SUBGROEP 'EPA-PATIËNTEN'

Het project BOV heeft troeven, ook naar de subgroep van mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) om tot een herstelgericht proces te komen met bewegen als ingangspoort.

Revalidatiecentrum Sonar is in 2014 gestart met hun werking. Zij richten zich op revalidatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid met betrekking tot de thema's wonen en werken en verwachten vooral toeleiding vanuit eerste lijn.

Bewegen op voorschrift (BOV) is een module binnen Sonar en wordt gegeven door de beweegcoach Nico Devos.

Verder is er blijvende aandacht door een **intern BOV aanbod** in het wijkgezondheidscentrum te behouden voor mensen die moeilijk te verwijzen zijn naar het extern BOV-aanbod.

J. PROJECT 'ZOZI' -- ZORG VOOR GEZINNEN

Projectwerker: Annelies Rosiers ism Rebekka Schotte (wgc De Central)
Projecttijd: 5u/week
Projectpartner: Parel en Huis van het Kind

In 2014 werd het project ZOZI verder gezet. De doelstellingen van het project situeren zich rond netwerking in het werkveld, participatie van de doelgroep, versterking van het zorgteam, indicatiestelling en doorverwijzing, kennis vergaren en delen.

1. VERSTERKEN VAN HET ZORGTEAM

Enkele jaren geleden werd een projectwerker geëngageerd om het evenwicht draagkracht-draaglast team terug in balans te brengen.

Waarom zorgteam versterken?

- Binnen centrum heel wat 'kinderen in nood'
- Binnen zorgteam vragen naar hoe omgaan met gezinnen waarbij bezorgdheid rond kinderen
- Hoe moeilijke problematiek bespreekbaar maken in kabinet
- Geef ons zicht op mogelijke samenwerkingspartners en hun inhoudelijke werking
- Systematiek in het opvolgen van 'kinderen-in-zorgwekkende-situaties' Er waren teamafspraken; deze moesten opnieuw opgenomen worden.
- Crisissituaties: wanneer melding doen en wanneer niet?
- Deontologische vragen
- Mogelijkheden voor intervisie
- ...

De projectwerker heeft ingezet op versterking door:

- Netwerking: zicht hebben op partnerorganisaties in regio Leuven
 - Via kennis sociale kaart, terugkoppeling vormingen, workshops, terugkoppeling verandering landschap integrale jeugdhulp, deelname externe overlegmomenten met partners, opvoedkalender, ...
- Indiciestelling : zicht hebben op wat er aan de hand is
 - Via bespreking tijdens multidisciplinair overleg en door intervisie
- Doorverwijzing
 - Via kennis sociale kaart, samenwerkingsafspraken met partnerorganisaties (bv. inzake opstart, verloop en afronding hulpverleningstraject bij Parel)

Eind 2014 stelde het zorgteam dat zij opnieuw zelf aan de slag kunnen met de gezinnen en kinderen in zorgwekkende situaties. Het systematisch opvolgen van deze situaties wordt verankerd binnen de discipline maatschappelijk werk. Zij zullen zorgen voor actieve opvolging en aanspreekpersoon zijn binnen het zorgteam.

2. PERINATALE ZORG

A. UNIVERSEIE PERINATALE ZORG

Het zorgteam had nood aan vernieuwing van de samenwerkingsafspraken en te komen tot een meer interdisciplinaire vorm van perinatale zorg. Jaarlijks worden ongeveer 100 zwangerschappen gediagnosticeerd in onze patiëntenpopulatie.

Er werd een interdisciplinaire werkgroep opgericht, met arts, kiné, verpleging en maatschappelijk werk.

Zij bereiden een vernieuwd protocol voor in het kader van zorgsubstitutie.

B. PROPORTIONEEL GROTERE INZET NAAR DE MEEST KWETSBARE VROUWEN EN HUN KIND

In 2014 namen externe partners initiatief om in Leuven te komen tot een sterkere uitbouw van Parel, in een samenwerking met Huis van het Kind en ondersteund door de Koning Boudewijnstichting.

Parel staat voor extra ondersteuning voor moeders en gezinnen in speciale situaties, op een georganiseerde manier in regio Leuven. Zie www.pareleuven.be

Beide wijkgezondheidscentra engageerden zich om dit traject te onderschrijven en deel te nemen aan de intervisiemomenten die door Huis van het Kind en Parel werden georganiseerd.

Onder de titel 'Parelcoaching: perinatale zorg als hefboom in de strijd tegen kinderarmoede' wordt met meerdere partners ingezet op volgende algemene doelstelling:

'integrale perinatale zorg op maat van kwetsbare gezinnen in Leuven verder uitbouwen en versterken als hefboom in de strijd tegen kinderarmoede'.

Van wgc De Ridderbuurt wordt specifiek verwacht dat zij:

1. deelnemen aan de vorming en intervisiemomenten door de door De Ridderbuurt zelf aangeduide parelcoaches
2. mee bekendmaken van het project bij tal van toeleidende instanties en overheden
3. zoeken naar opportuniteiten om het project verder te zetten
4. rapporteren van knelpunten aan de beleidsadviseur van stad Leuven

De gezamenlijke actie die de verschillende partners onderschreven, luidt als volgt:

'uitbreiding van de niet-medische perinatale begeleiding bij kwetsbare vrouwen, vanaf het begin van de zwangerschap tot en met het vroege ouderschap (i.e. Parelcoaching) in samenwerking met de Leuvense perinatale zorgverleners.'

Deze evolutie vraagt om een versterkte samenwerking tussen 1^e en 2^e lijn, waarbij we aanvullend werken in de perinatale zorg.

Het bestaande Platform waar alle organisaties die betrokken zijn in perinatale zorg mekaar enkele keren per jaar ontmoeten, blijft behouden als Parel-overleg.

K. SAMENWERKINGSAKKOORD MET CAW OOST-BRABANT

In 2014 werd met CAW Oost-Brabant een samenwerkingsakkoord gesloten met als doelstelling: 'gezamenlijk zorg dragen voor patiënten/cliënten met meervoudige welzijnsproblematiek.'

Dit betekent:

1. vlot en toegankelijk aanbod in CAW voor patiënten met onduidelijke welzijnsvragen, door o.a. een relatiegericht onthaal
2. vlotte wederzijdse feedback tussen arts en welzijnswerker over de geboden hulp
3. deelname van de betrokken hulpverleners aan zorgoverleg

Als doelgroep omschrijven we 'mannen, vrouwen en gezinnen die bij de arts van het wijkgezondheidscentrum op consultatie komen en die andere dan medische vragen of noden hebben maar deze zelf moeilijk onderkennen en/of die moeilijk door te verwijzen zijn'.

Dr. Sara Brankaer is als arts contactpersoon voor interne medewerkers en voor de teamverantwoordelijke van CAW.

L. WISSELWERKING MET ANDERE WIJKGEZONDHEIDSCENTRA

1. WIJKGEZONDHEIDSCENTRA IN DE REGIO

Wijkgezondheidscentrum **De Central** is een belangrijke partner voor ons. Medewerkers uit verschillende disciplines ontmoeten elkaar regelmatig voor een gezamenlijke vorming, in het organiseren van een gezamenlijke activiteit, ...

- verpleging overlegt over het organiseren van de continuïteit van zorg 7/7
- gezondheidspromotie zet samen in op een delen van expertise en het openstellen van activiteiten
- kiné organiseert gezamenlijk de rugschool
- maatschappelijk werk stemt af inzake samenwerking met CAW, OCMW, ..., organiseert gezamenlijke interne vormingen en mandateert elkaar naar externe vergaderingen.

Coördinatoren stemmen regelmatig af omtrent gezamenlijk inzet naar externe partners en de gezamenlijke doelstelling naar wisselwerking tussen de wijkgezondheidscentra in de regio.

Sinds 2014 komen we met de vier wijkgezondheidscentra uit de Provincie Vlaams-Brabant (Tienen, Vilvoorde, Kessel-Lo, Leuven) regelmatig samen, om te bespreken hoe we als sector onszelf kunnen versterken naar aantal en inhoud. De provincie Vlaams-Brabant neemt hierin een ondersteunende en faciliterende rol op.

2. VERENIGING VAN WIJKGEZONDHEIDSCENTRA (VWGC)

In de Vereniging van Wijkgezondheidscentra wordt door het WGC De Ridderbuurt vzw een uitgebreid engagement opgenomen.

Els Bartholomeeusen (arts) neemt deel aan **regiogroep-oost** waar standpunten naar raad van bestuur van de VWGC ingenomen worden.

Zij is eveneens lid van de **beleidscel 'Concept van een wijkgezondheidscentrum'**, waar het schrijven van de visietekst 'concept van een wijkgezondheidscentra' een intensief proces is geweest.

In 2014 vertegenwoordigde zij samen met Nele Gerits, stafmedewerker VWGC, de sector van de wijkgezondheidscentra in het **RIZIV-begeleidingscomité 'Toegang tot gezondheidszorg'**.

Onder impuls van Dokters van de Wereld en onder toezicht van het RIZIV en het Verzekeringscomité, is er een project gestart om een stand van zaken op te stellen betreffende de toegang tot de gezondheidszorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen.

Die stand van zaken bestaat in de eerste plaats uit het schrijven van een "groenboek". Verschillende organisaties worden gevraagd om, op basis van hun expertise, voor bepaalde kwetsbare groepen een tekst te schrijven.

Op 28 Maart 2014 werden hierover ronde tafel gesprekken georganiseerd. Deze droegen bij tot nog extra input om zo uiteindelijk een "witboek" op te stellen. Hierin worden kernboodschappen en aanbevelingen opgenomen. Bedoeling was om met dit "witboek" naar de politici te stappen voor de verkiezingen met als doel deze aanbevelingen op te nemen in hun partij programma.

Aan de VWGC (en Fédération Maisons Médicales) wordt gevraagd een **bijdrage** te leveren **over de 'nieuwkomers'** in de gezondheidszorg in België: onze ervaringen, expertise, visie, suggesties in verband met toegang van deze groep tot de eerstelijnsgezondheidszorg bv culturele, bv taalkundige, culturele problemen, specifieke pathologie, enz.

Axelle De Dycker (arts) is actief lid van de **gebruikersclub Pricare**. Zo bouwt zij expertise op omtrent de functionaliteiten van het Elektronisch Medisch Dossier en draagt deze kennis over naar interne medewerkers.

Femke Deboutte (gezondheidspromotor) volgt de **studieclub gezondheidspromotie** waar voornamelijk good practices en kritische lezingen van projectwerkingen worden besproken. In 2014 organiseerden zij de studiedag van de VWGC, zijnde 'ethiek en preventie'.

Sylvia Hubar (projectwerker) neemt deel aan de **werkgroep 'eerstelijns-geestelijke-gezondheidszorg'**

Nans Antheunis (coördinatie) neemt de taak van **bestuurslid voor 3 jaar** op zich, ze neemt 6x/jaar deel aan de **coördinatorenvergadering** en beëindigde haar deelname aan de beleidscel 'hervorming van het forfaitair systeem'.

Rita Moonen (facturatie) en in vervanging Ria Vanderhenst neemt deel aan de **werkgroep forfait**.

Els Bartholomeeussen en Nans Antheunis zijn stemhebbend lid in de **algemene vergadering** van de VWGC.

Tweemaandelijks wordt het volledige personeelsteam ingelicht over genomen en te nemen beslissingen in de verschillende werkgroepen en beleidsgroepen van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Enkele keren per jaar ontvangen alle medewerkers een **nieuwsbrief** van de VWGC.



M. PRAKTIJKORGANISATIE

1. OMKADEREND TEAM, AANWEZIG IN HOOFDGEBOUW BIJ ZORGTEAM

A. HET ONTHAAL

Het onthaal van het wijkgezondheidscentrum wordt nagenoeg volledig verzorgd door **vrijwilligers van 7.45u tot 20u**.

In duo nemen zij de permanentie op met een **uitgebreid takenpakket**:

- ✓ het verzorgen van het onthaal van patiënten en bezoekers en zorgen voor een vlot verloop van de consultaties.
- ✓ telefonisch onthaal
- ✓ afspraken geven
- ✓ in- en uitschrijvingen van patiënten: uitleg en administratie
- ✓ terugbetalingen van consultaties tijdens wachtdienst
- ✓ klachten ontvangen
- ✓ post verwerken
- ✓ patiëntgegevens actueel houden
- ✓ verwijzingen naar specialist of ziekenhuis begeleiden
- ✓ uitlenen van bloeddrukmeters, voorzetkamers aërosol, ..
- ✓ ...

De 13 onthaalvrijwilligers ontmoeten elkaar maandelijks tijdens de **onthaalvergadering**, waar afspraken gemaakt worden over kwaliteit van onthaal en samenwerkingsafspraken gemaakt worden met zorgteams.

Waar voorheen gewerkt werd met een onthaalbediende die instond voor de coördinatie van het onthaalwerk, werd vanaf 2014 in een meer gelaagde structuur samengewerkt met het onthaal. Verschillende functies in de organisatie werden gevraagd een aantal taken op te nemen in de **omkadering van het onthaal**. Zij nemen dagdagelijkse taken ter ondersteuning, zijn aanspreekpersoon en indien nodig aanwezig op een gedeelte van de onthaalvergadering.

Vanaf 2015 wordt dit formeel vorm gegeven binnen het organigram en de takenpakketten van de verschillende functies.

B. PRAKTIJKASSISTENTEN (PA)

Praktijkassistenten **ondersteunen het zorgteam op administratief en logistiek vlak**.

Onder leiding van een arts (1 uur/week) zorgen praktijkassistenten (30 uur/week) voor het praktische, goede verloop van dit groeiende takenpakket.

In 2014 bestond het **takenpakket** van de praktijkassistenten uit:

Medisch dossierbeheer: de import

De import is een zeer belangrijk onderdeel in het takenpakket van PA. Het wordt daarom ook **dagdagelijks** uitgevoerd, m.a.w. PA is verantwoordelijk voor het binnenhalen van de verslagen en de labo's die elektronisch worden verzonden door de ziekenhuizen en laboratoria.

Op vraag van artsen worden verslagen van patiënten opgevraagd bij ziekenhuizen of specialisten.

Diabetesproject

PA trekt lijsten en houdt aanwezigheden ten gunste van het **oproepsysteem** van de diabetespatiënten. Zorgverstrekkers kunnen zich hierop baseren om aan te duiden welke opvolging van diabetespatiënten nodig is.

Ongeveer twee weken voor de effectieve diabetesafspraak bij verpleging verstuurt PA de **uitnodigingsbrief** naar de patiënt en duidt dit aan in de agenda.

Twee dagen voor de effectieve afspraak contacteert PA de patiënt **telefonisch** om hem/haar er aan te herinneren dat hij/zij verwacht wordt op een afspraak bij verpleging.

Voorraadbeheer

We maken onderscheid tussen *de grote en de kleine controle*.

De **kleine controle** gebeurt **wekelijks**; er wordt gezorgd dat het materiaal dat het meest gebruikt wordt altijd voorradig is.

De **grote controle** gebeurt **2-maandelijks**. Bij een grote controle wordt alle materiaal in het artsenkabinet gecontroleerd op aantal én vervaldatum :

- Medisch gebruiksmateriaal;
- medisch verbruiksmateriaal;
- papierwaren;
- aanvraagformulieren.

Wanneer na de controle (kleine en/of grote) blijkt dat de voorraad medisch en/of ander materiaal aangevuld moet worden, plaatst de praktijkassistente de **bestellingen**.

PA staat ook in voor het organiseren van de stockage en van de ophaling van **gevaarlijk medisch afval**.

Medicatie

De **huisbezoekentas** en de **urgentiekoffer** moeten steeds voorzien zijn van de nodige medicatie. Indien er iets ontbreekt, maakt de arts een voorschrift. De praktijkassistente doet de **aankopen** bij de apotheek.

In het centrum is steeds een **basismedicatie** in huis die met de patiënt 's avonds kan meegeven. Om de twee maanden controleert PA zowel de minimum hoeveelheid die aanwezig moet zijn, als de vervaldatum van de aanwezige medicatie. Indien nodig wordt vraag PA een voorschrift, vult de voorraad aan en past de vervaldatum aan.

Vaccins

Toegediende vaccins worden in heel Vlaanderen geregistreerd in Vaccinnet.

De praktijkassistente zorgt ervoor dat al de toegediende vaccins in het centrum via **vaccinnet geregistreerd** worden.

Om de 3 maanden controleert PA de vervaldatum van de vaccins en laat aan de arts gezondheids-promotie weten welke vaccins de eerstvolgende 3 maanden zullen vervallen.

PA controleert eveneens de temperatuur in de **vaccinkoelkast**.

Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+)

PA zorgt dat de lijst gekend is van personen die in aanmerking komen voor GMD+.

Zij houden een **overzicht** van de patiënten die een preventiedossier wensen; sturen **uitnodigingen** naar nieuwe patiënten en boeken de **afspraken** voor de GMD+consultaties.

Voorafgaand aan het consult bij de arts vult de praktijkassistente samen met de patiënt de **vragenlijst** en neemt een aantal **parameters**, zoals bloeddruk, gewicht en lengte van patiënt. Deze gegevens worden door de praktijkassistente in het EMD ingebracht. Daarna gaat de patiënt onmiddellijk naar de arts.

Prikpil

De praktijkassistente trekt om de twee weken een **lijst** van de prikpillen die de voorbije 50 dagen hadden moeten worden uitgevoerd.

De patiënten die op deze lijst voorkomen worden **gecontacteerd**. Naargelang de te nemen actie (duidelijk omschreven in het protocol) maakt de praktijkassistente een afspraak óf bij verpleging óf bij de arts.

Katzschaal

PA zorgt dat de **aanvragen** forfait A, B of C voor de chronische verpleegpatiënten vlot verlopen.

PA trekt maandelijks een lijst van patiënten bij wie de laatste score meer dan één jaar geleden is en activeert de aanvragen via verpleging.

Goedgekeurde forfaits worden door PA in het EMD van de patiënt bewaard.

Dossiers vorige huisarts

Indien de patiënt bij de inschrijving of een her-inschrijving ermee akkoord gaat dat het dossier van de vorige huisarts wordt gevraagd, zorgt PA dat:

- het dossier **opgevraagd** wordt. Bij ontvangst van het papieren dossier van de vorige huisarts klasseert de praktijkassistente de verslagen en resultaten.
- er contact gelegd wordt met de **IT-diensten** van Gasthuisberg, H Hartziekenhuis Leuven en MCH met de vraag
- de medische verslagen en laboresultaten van de patiënt in kwestie elektronisch te verzenden;
- ook in de toekomst de verslagen/laboresultaten naar het wgc te sturen;
- de naam van de vaste arts aan te passen

Inscannen van papieren verslagen

Soms gebeurt het toch nog dat bepaalde documenten niet elektronisch kunnen worden bezorgd.

De praktijkassistente **scant** deze papieren documenten in en linkt het gescande document aan het **zorgelement** dat de arts al heeft aangemaakt. Daarna wordt het papieren verslag versnipperd.

Spirometrie en EKG

De administratie bezorgt een lijst van patiënten waarbij een spiro/EKG werd uitgevoerd. De praktijkassistente zorgt ervoor dat deze spiro's en EKG's vanuit het programma Cardio welch Allyn in het EMD worden **ingevoerd**.

Kinévoorschriften

Kiné voorschriften die door externe voorschrijvers worden opgemaakt, worden door PA ingescand en in het EMD **ingevoerd**.

Bloeddruckmeters/aerochambers

Op regelmatige basis voert PA een **controle** uit op de voorraad van zowel de bloeddrukmeters als de aerochambers.

Protocollen

Een protocol is een handleiding met een duidelijke omschrijving van de taak, het doel van de taak en een helder stappenplan dat gevolgd moet worden.

Het is belangrijk dat protocollen duidelijk op papier worden gezet om de continuïteit van het team te verzekeren. Zo is het makkelijker om verschuivingen binnen het team mogelijk te maken, een langdurige afwezigheid op te vangen en een nieuwe medewerker in het team in te wijden.

Bij elke nieuwe taak streeft PA ernaar een zo goed mogelijk protocol op te stellen. Indien nodig worden de protocollen geëvalueerd en aangepast aan nieuwe noden en/of wensen.

2. OMKADEREND TEAM, GEHUISVEST IN BIJGEBOUW

A. EEN NIEUWE WERKPLEK VOOR DEZE MEDEWERKERS

Na een reeks 'tijdelijke werkplekken' mocht het omkaderend team in september 2014 haar intrek nemen in de **nieuwbouw**, gelegen Brouwersstraat 106, tegenover het zorggebouw Ierse Predikherenstraat 80.

In de nieuwbouw zijn mooie **werkplekken** voor logistiek, administratie, personeelsdienst en coördinatie voorzien. Zorgverstrekkers en projectwerkers kunnen hier eveneens een werkplek vinden voor administratieve werktijd.

Er is een ruime **vergaderzaal**, eetruimte en keuken voor alle medewerkers.

B. LOGISTIEK TEAM

Het logistiek team zorgt voor **onderhoud van het gebouw** en een **goede uitrusting van de werkplekken**, met name:

- Onderhoud van de gebouwen
- bestellingen, mailings, helpdesk logistiek
- logistieke planning en investeringen
- klussen/afvalbeheer
- huishouden

Bij goede werkplekken hoort een **uitgebreid pc-netwerk**. Dit vraagt inspanningen van meerdere medewerkers en wordt ondersteund door een externe firma en FIGAC als leverancier van Pricare. Medewerkers zijn zeer vaardig geworden in het werken met Terminal Server sessies. We kijken met spanning uit naar de e-Health-applicaties in de nieuwe versie van onze software Pricare.

C. PERSONEELSDIENST

Zowel **aanwervingen** van medewerkers als **planning** van werkroosters om de continuïteit van zorg te garanderen vroegen om een grote inzet, in de wisselwerking met het zorgteam.

De personeelsdienst heeft een opdracht naar instroom, doorstroom en uitstroom van medewerkers, zowel personeel als vrijwilligers.

De personeelsdienst volgt de **personeelsbegroting** op en beheert de **subsidiedossiers**.

In de vormgeving van een eigen personeelsbeleid is de impact van sector-CAO's en van onderhandelingen op niveau van de wijkgezondheidscentra duidelijk merkbaar.

Wijkgezondheidscentra ressorteren onder paritair comité 330.01.53.

Alle medewerkers hebben een functiebeschrijving met aanduiding van de vereiste competenties. Nieuwe medewerkers krijgen een tussentijdse en eindevaluatie tijdens de eerste zes maanden na aanwerving.

Een functioneringsgesprek met vaste medewerkers wordt elke 18 maanden gepland en kan op vraag frequenter.

In 2014 werd de tijdelijke opdracht naar het bouwproject afgesloten en werd de opdracht naar **omkadering van de onthaalvrijwilligers** substantieel uitgebreid.

D. FINANCIËN-BOEKHOUDING

In een complexe en groeiende organisatie is een accurate opvolging van financiën zeer belangrijk. De opvolging van **financiële transacties** en de **boekhouding** vragen om een goede communicatie met alle teams in de organisatie.

Meer en meer gebeuren deze handelingen elektronisch en vermindert het aantal papieren transacties.

3. COÖRDINATIE EN STAF

De staf vervult een opdracht op tactisch niveau in De Ridderbuurt.

Stafleden zijn aangesteld voor een **periode van 3 jaar**, zijnde van begin 2013 tot eind 2015. Zij hebben een gezamenlijk urenpakket van **19u/week**.

Stafleden zetten zich als team in op verschillende verantwoordelijkheidsdomeinen en hebben een gezamenlijk **actieplan** opgesteld. Er worden resultaatgerichte doelstellingen geformuleerd die duidelijk geëvalueerd kunnen worden.

70% van de werktijd van staf gaat naar **permanente opdrachten** zoals:

1. Organiseren van zogenaamde 'bijtankbeurten' met de verschillende teams. Tijdens dit gesprek wordt wederzijds gerapporteerd en aansturing gegeven, gericht op output.
2. Opmaken van de nieuwsbrief voor alle medewerkers
3. Voorbereiden en opvolgen van beleidsteam, MDO's, onthaalvergadering en raad van bestuur
4. Aanwezigheid op raad van bestuur, als vertegenwoordiging van alle medewerkers
5. Organiseren van de jaarlijkse denkdag
6. Actieve wisselwerking met WGC De Central

30% van de werktijd van staf gaat naar een **jaaractieplan**.

In 2014 realiseerden zij:

1. gedragen keuze maken welk engagement we opnemen inzake gezondheids promotie in de nieuwe periode van Stedenfonds, samen met wgc De Central
2. het protocol 'functionerings- en evaluatiegesprekken' afwerken i.s.m. personeelsdienst
3. de aanstelling van een preventieadviseur in onze vzw organiseren
4. evaluatie en bijsturing van de intervisie op MDO organiseren
5. de personeelsinzet naar omkadering van de onthaalvrijwilligers verduidelijken
6. actie ondernemen die nodig is om de teams verder te ondersteunen in de evolutie naar zelfsturende teams: organiseren van vorming
7. doelstellingen van zorgsubstitutie verduidelijken en vergaderkalender hierop aanpassen
8. de visie van het wgc vindbaar en zichtbaar aanwezig maken voor alle medewerkers in de organisatie

Jaarlijks **evalueert** een **steekproef van het team** de output en werking van de staf, in wisselwerking met de raad van bestuur.

2015 wordt het laatste werkjaar van de huidige staf, vanaf 2016 zal een vernieuwde staf aan het werk gaan.

4. RAAD VAN BESTUUR EN ALGEMENE VERGADERING

A. RAAD VAN BESTUUR

De raad van bestuur kwam negen keer samen in 2014 en blijft zorg dragen voor de verschillende domeinen in de organisatie.

Zij focussen hun taak op organisatiebeleid, medewerkersbeleid, financieel beleid en patiëntenbeleid.

B. ALGEMENE VERGADERING

De algemene vergadering is samengesteld uit alle personeelsleden, alle vrijwilligers, alle leden van raad van bestuur, een 20-tal organisaties actief in de Leuvense welzijns- en gezondheidssector en enkele betrokkenen van lokale overheden.

In 2014 kwam de Algemene vergadering één keer samen; er waren 32 aanwezigen.

Naast het statutaire gedeelte werd inhoudelijk een toelichting gegeven over het groenboek 'toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg' en gaf het diensthoofd sociale dienst van OCMW Leuven een reflectie op de samenwerking met de wijkgezondheidscentra.

5. OVERZICHT VAN ALLE MEDEWERKERS OP 31.12.2014

RAAD VAN BESTUUR

Vanderstraeten Thierry (*voorzitter*)
Neyens Mark (*penningmeester*)
Polfliet Lieve (*secretaris*)
Adams Marijke
Cox Pia
De Visscher Jan
Druppel Lieve
Van Gucht Joachim

VRIJWILLIGERS

ONTHAALVRIJWILLIGERS

Crommelinck Hilde	Danhieux Lena
De Weer An-Katrien	Emmens Ludo
Koninckx Ria	Sprankenis Annemie
Sterckx Maria	Van den Brande Marc
Van Lommel Lieve	Vanstallen Marina
Vrebosch Marina	Wertelaers Miet
Willekens Paul	

PERSONEEL

ARTSENTEAM

Bartholomeeusen Els	huisarts/praktijkopleider/gezondheidspromotie/POP/VWGC
Brankaer Sara	huisarts/stafid/zorgsubstitutie
De Dycker Axelle	huisarts/informatisering/praktijkassistenten
Genevrois Luigi	huisarts/praktijkopleider
Van Kersschaever Greet	huisarts/stafid
Van Goethem Brecht	HAIO
Boogaerts Hanne	HAIO
De Vos Ilse, tijdelijk inactief, vervangen door Erkens Michaël	Huisarts

VERPLEEGKUNDIG TEAM

Dekoninck Pascale	verpleegkundige
Frooninckx Heidi	verpleegkundige/pedicure
Hamm Antje	Verpleegkundige/gezondheidspromotie
Stillaert Pieter	verpleegkundige

KINÉ-TEAM

Deboutte Femke	Kiné
Haghedooren Eline	kiné/gezondheidspromotie
Roelants Marleen	kiné
Schulz Dorothee	Kiné

MAATSCHAPPELIJK WERK

Hubar Sylvia	maatschappelijk werk/GGZ
Rosiers Annelies	maatschappelijk werk/Project ZOZI
Smets Ilse	maatschappelijk werk/gezondheidspromotie

PROJECTWERKERS

Deboutte Femke	gezondheidspromotie/project Bewegen op Voorschrift/stafid
Hubar Sylvia	projectwerker Patiënt in Beeld (art. 107)/stafid

OMKADEREND TEAM

Antheunis Nans	coördinatie
Haesendonck Kris	administratie/logistiek
Kissi Joseph, tijdelijk inactief, vervangen door Ibrahim Atwa	onderhoud
Middel Karin	personeelszaken
Moonen Rita in vervanging van Mertens Peggy	facturatie/databeheer/onthaal/administratie
Van Dalfsen Annet	praktijkassistente
Van den Broeck Greet	financiën/boekhouding
Vanderhenst Ria	onthaalmedewerker/praktijkassistente/administratie

