

Bachelor paper

Hoe kan De Wijkpraktijk haar patiëntenpopulatie heroriënteren naar de afgebakende werkzone zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang te brengen?

3^{de} jaar Health Care Management

Opleiding: Organisatie & Management - Health Care Management

Academiejaar: 2025-2026

Student: Sarah Van Camp

Stagebegeleider: Nele Michels

Titelpagina

Bachelor paper

Hoe kan De Wijkpraktijk haar patiëntenpopulatie heroriënteren naar de afgebakende werkzone zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang te brengen?

3^{de} jaar Health Care Management

Opleiding: Organisatie & Management – Health Care Management
Academiejaar: 2025-2026

Onderwijsinstelling: AP Hogeschool – Campus Meistraat
Meistraat 5, 2000 Antwerpen

Student: Sarah Van Camp

Stagebegeleider: Nele Michels

Stageplaats:



De Wijkpraktijk
Paleisstraat 104
2018 Antwerpen
03/369.39.99
secretariaat@dewijkpraktijk.be
www.dewijkpraktijk.be

Stagementor: Dr. Katrien Cordemans (huisarts)

Voorwoord

In 2023 startte mijn avontuur als werkstudent aan AP Hogeschool. Ik begon vol goede moed aan de bacheloropleiding Organisatie & Management met de afstudeerrichting Health Care Management in combinatie met mijn werk als praktijkmanager in de huisartsenpraktijk, De Wijkpraktijk.

De opleiding afsluiten doe ik met een stage bij mijn eigen werkgever, De Wijkpraktijk. Een voor mij vertrouwde plek, waar ik sinds de opstart van de praktijk actief ben en ben doorgegroeid van onthaalmedewerker tot mijn huidige functie als praktijkmanager.

De bachelorproef omvat een groot deel van de stageperiode. Omdat het belangrijk is dat de bachelorproef een meerwaarde geeft aan de stagegever en de eerstelijnszorg te maken krijgt met veel problematieken, was er keuze genoeg uit verschillende onderwerpen. Uiteindelijk heb ik in samenspraak met De Wijkpraktijk gekozen om de patiëntenpopulatie van De Wijkpraktijk onder de loep te nemen. Verschillende thema's die leven in De Wijkpraktijk kon ik zo behandelen. Denk maar aan de missie en visie van De Wijkpraktijk, waarbij we zorg willen bieden aan de wijk, maar ook het huisartsentekort en het moeilijk vinden van een nieuwe huisarts.

Het volledige team van De Wijkpraktijk wil ik bedanken voor de steun gedurende mijn opleiding. In het bijzonder ook mijn stagementor, dr. Katrien Cordemans, voor de begeleiding en ondersteuning bij het maken van deze bachelorproef. Verder wil ik mijn stagebegeleider, mevrouw Nele Michels, en AP Hogeschool bedanken voor de voorbereiding en ondersteuning gedurende dit hele traject.

Het resultaat van mijn onderzoek vindt u terug in deze bachelor paper. Ik wens u alvast veel leesplezier.

Disclaimer: Bij het opstellen van deze bachelor paper is gebruik gemaakt van Generatieve AI-hulpmiddelen voor het genereren van een grammaticale controle en afbeeldingen. Zie 'bijlage 4 en 5: gebruik GenAI' voor een gedetailleerd verslag van het gebruik van AI.

Inhoud

1	INLEIDING	7
2	LITERATUURSTUDIE	8
2.1	INTRODUCTIE.....	8
2.2	ZOEKSTRATEGIE	8
2.3	RESULTATEN.....	8
3	METHODOLOGIE	10
3.1	ONDERZOEKSOPZET	10
3.2	ONDERZOEKSVRAGEN	10
3.3	DATAVERZAMELING EN -VERWERKING	11
4	ANALYSE HUIDIGE SITUATIE.....	12
4.1	ZORGGEBIED	12
4.2	PATIËNTENPOPULATIE	13
4.3	HUIDIGE GEOGRAFISCHE SAMENSTELLING PATIËNTENPOPULATIE	14
4.4	VERHOOGDE TEGEMOETKOMING (VT) PER POSTCODE.....	15
4.5	HISTORISCHE GROEI	16
4.6	ORGANISATORISCHE EN ZORGINHOUDELIJKE GEVOLGEN HUIDIGE SPREIDING	17
5	IMPACT HERORIËTERING CONTINUÏTEIT/TOEGANKELIJKHEID.....	19
5.1	ZORGCONTINUÏTEIT	19
5.2	TOEGANKELIJKHEID.....	19
5.3	SAMENVATTING	20
6	ETHISCH EN JURIDISCH KADER	21
6.1	DEONTOLOGISCHE CODE.....	21
6.2	WET OP DE PATIËNTENRECHTEN	22
6.3	WET BETREFFENDE KWALITEITSVOLLE PRAKTIJKVOERING	23
6.4	GDPR, DOSSIEROVERDRACHT EN BEWAARTERMIJN.....	23
7	EXTRA AANDACHTSPUNTEN	24
7.1	BALANS IN- EN UITSTROOM.....	24
7.2	HUISARTSENTEKORT	24
7.3	ZORGZWAARTE EN KWETSBAARHEID PATIËNT	24
7.4	GEDOOGDE ZONE.....	24
7.5	EPISTEMISCH VERTROUWEN	24
8	OPLOSSINGSGERICHT LUIK: HERORIËTERINGSPLAN.....	25
8.1	INSCHRIJFBELEID	25
8.2	HERORIËTERING.....	25
8.3	STAPPENPLAN.....	29
8.4	FLOWCHART	30

9	ADVIES BEHOUD IN DE TOEKOMST	31
10	MEERWAARDE	32
10.1	MEERWAARDE PATIËNTNIVEAU	32
10.2	MEERWAARDE PRAKTIJKNIVEAU	32
10.3	MEERWAARDE ZORGSYSTEEM	33
10.4	NUANCE	33
10.5	SAMENVATTING	34
11	BESLUIT.....	35
12	NAWERK	36
12.1	LIJST MET AFKORTINGEN	36
12.2	BIBLIOGRAFIE	37
12.3	BIJLAGEN	40
	Bijlage 1: Retroplanning.....	40
	Bijlage 2: Voorbeeld brief heroriëntering / einde inschrijving	41
	Bijlage 3: Uitschrijvingsformulier.....	42
	Bijlage 4: Gebruik GenAI: Grammaticale controle.....	43
	Bijlage 5: Gebruik GenAI: genereren flowchart.....	44

Lijst met figuren

Figuur 1: Zorgbied	12
Figuur 2: Leeftijdsverdeling patiëntenpopulatie.....	13
Figuur 3: Patiëntenpopulatie per regio.....	14
Figuur 4: % verhoogde tegemoetkoming (VT) / postcode	15
Figuur 5: Overzicht evolutie van de registraties	16

1 Inleiding

Zoals de naam 'De Wijkpraktijk' zelf doet vermoeden, is het de missie en visie van De Wijkpraktijk om zorg te bieden aan mensen uit de wijk, met aandacht voor toegankelijkheid, nabijheid, kwaliteit en duurzame samenwerkingen met lokale instanties.

Deze visie brengt helaas ook uitdagingen met zich mee. In de praktijk heeft de huidige patiëntenpopulatie een brede geografische spreiding, waardoor deze visie deels verloren gaat. De toenemende druk op de eerstelijnszorg zorgt ervoor dat efficiënte organisatie een belangrijk gegeven wordt om de complexe noden binnen een beperkte capaciteit te kunnen opvangen.

Het heroriënteren van patiënten die buiten het afgebakende werkgebied wonen, zou al een eerste stap in de goede richting kunnen zijn. Dit is echter niet vanzelfsprekend omdat dit enkele vragen oproept over de continuïteit en toegankelijkheid van zorg voor deze patiënten.

Deze bachelorproef onderzoekt daarom de volgende centrale vraag: 'Hoe kan De Wijkpraktijk haar patiëntenpopulatie heroriënteren naar de afgebakende werkzone zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang te brengen?'.

In het eerste deel vindt u een literatuurstudie over het heroriënteren van een patiëntenpopulatie met aandacht voor toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Daarna beschrijf ik de methodologie die ik gehanteerd heb om dit werk te schrijven.

In het tweede deel wordt de huidige situatie van De Wijkpraktijk onder de loep genomen. Daarbij wordt onderzocht hoe het zorggebied eruit ziet, wat de huidige samenstelling van de patiëntenpopulatie is en hoe deze situatie historisch gegroeid is. Daarna worden de organisatorische en zorginhoudelijke gevolgen van de huidige spreiding beschreven.

In het derde deel wordt de impact van een heroriëntering op de continuïteit en toegankelijkheid van zorg bekeken. Daarna komt het ethische en juridische kader aan bod. Verder worden er ook nog enkele aandachtspunten aangehaald.

In het laatste deel komen we richting het oplossingsgerichte luik waarbij een heroriënteringsplan wordt voorgesteld om de patiëntenpopulatie van De Wijkpraktijk zoveel mogelijk te heroriënteren naar de afgebakende werkzone met behoud van de continuïteit en toegankelijkheid van zorg.

Tot slot formuleer ik nog een advies voor het behoud in de toekomst, zodat zoveel mogelijk patiënten binnen het afgebakende werkgebied wonen. Daarnaast wordt de meerwaarde van een heroriëntering weergegeven op drie verschillende niveaus: patiëntniveau, praktijkniveau en het zorgsysteem.

Deze bachelorproef geeft niet alleen weer hoe De Wijkpraktijk zijn patiëntenpopulatie kan heroriënteren, maar ontdek ook waarom een heroriëntering een win-win kan zijn.

2 Literatuurstudie

2.1 Introductie

Vanuit mijn centrale vraag ‘Hoe kan De Wijkpraktijk haar patiëntenpopulatie heroriënteren naar de afgebakende werkzone zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang te brengen?’ ben ik op zoek gegaan naar literatuur om te kijken of er iets terug te vinden was over dit onderwerp. Een belangrijk onderdeel om te kunnen starten aan het schrijven van mijn bachelorpaper.

2.2 Zoekstrategie

Met behulp van de volgende termen ben ik op zoek gegaan naar literatuur:

- Heroriëntering patiëntenpopulatie
- Geografische afbakening / werkzone
- Patiëntenpopulatie
- Continuïteit van zorg
- Toegankelijkheid van eerstelijnszorg

De termen werden zowel in het Nederlands als in het Engels ingegeven.

Hierbij maakte ik gebruik van zoekmachines en websites van medische instanties:

- Google
- Google Scholar
- Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE)
- Departement Zorg
- Domus Medica
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
- British Medical Journal (BMJ)

2.3 Resultaten

Over het onderwerp ‘heroriënteren van de patiëntenpopulatie’ is er weinig terug te vinden binnen de literatuur. Echter is dit wel een relevant thema omdat het RIZIV vanuit de KCE-analyse expliciet verwijst naar het geografische gebied waarbinnen de meeste groepspraktijken opereren.

Specifiek over een werkgebied blijkt, volgens een studie die Domus Medica uitvoerde voor het Departement Zorg & Gezondheid, dat in 40,1% van de huisartspraktijken geen geografische afbakening gehanteerd wordt. Meer dan de helft doet dit dus wel en baseren zich daarbij vooral op gemeentegrenzen of afstand tot de praktijk. In sommige gevallen wordt een geografische werkzone enkel toegepast voor huisbezoeken (Departement Zorg, 2023).

Een afgebakende werkzone wordt als logisch beschouwd binnen de eerstelijnszorg omdat men zo de zorg beter kan plannen. Dit heeft als gevolg dat de toegankelijkheid en continuïteit van zorg alleen maar ten goede komt.

Het KCE-rapport van 2024 over Belgische medische huizen bevestigt ook dat een werkzone binnen een forfaitaire praktijk belangrijk is aangezien de betaling die zij ontvangen per patiënt ook huisbezoeken omvat.

Volgens Domus Medica spendeert een huisarts gemiddeld 38 minuten aan een huisbezoek ten opzichte van 21 minuten aan een raadpleging in het kabinet (Domus Medica, 2023). Het is dus belangrijk dat het organiseren van zorg haalbaar is.

De werkzone heeft niet alleen invloed op de organisatie van zorg, maar eveneens op de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg. Over de toegankelijkheid en continuïteit is de literatuur eenduidig: eerstelijnszorg dicht bij huis hangt samen met een betere toegang tot de zorg en vaak ook met een betere continuïteit. KCE-documenten beschrijven geografische zones en operationele begrenzingsen als relevante randvoorwaarden.

Toegankelijkheid verwijst naar het gemak waarmee de bevolking toegang krijgt tot de gezondheidsdiensten, in termen van afstand (geografische spreiding), kostprijs, tijd en beschikbaarheid van het personeel. Het is een voorwaarde voor een efficiënt en kwaliteitsvol zorgsysteem (Gezond België, 2024).

Continuïteit van de zorg werkt volgens de literatuur ook beschermend. Het KCE definieert continuïteit van zorg als de mate waarin zorg voor een patiënt coherent en gecoördineerd verloopt over tijd en tussen verschillende zorgverleners (KCE, 2019).

Volgens verschillende analyses van BMJ en KCE zorgt (relationele) continuïteit voor betere uitkomsten, minder ziekenhuisopnames en een lager vroegtijdig sterftecijfer. Binnen deze relationele continuïteit wordt er de dag van vandaag vooral gestreefd naar continuïteit binnen eenzelfde praktijk dan een enkele arts. Continuïteit is extra belangrijk bij ouderen en sociaal kwetsbare groepen. Dit is een aandachtspunt om mee te nemen bij het heroriënteren van de patiëntenpopulatie.

De deontologische regels van de Orde der Artsen stellen bovendien dat een arts die een therapeutische relatie beëindigt, moet zorgen voor een correcte overdracht van de medische gegevens naar de nieuwe zorgverlener (Orde der Artsen, 1999).

Op basis van de literatuur kunnen we stellen dat er geen studies bestaan rond het heroriënteren van de patiënten binnen de werkzone, maar dat de geografische samenstelling wel een grote impact heeft, niet enkel organisatorisch maar ook op de toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Het heroriënteren van de patiëntenpopulatie is dus verdedigbaar zolang de toegankelijkheid en continuïteit van zorg gewaarborgd blijft tijdens de transitie.

3 Methodologie

3.1 Onderzoeksopzet

Doel en doelgroep

Deze bachelorproef is een praktijkgericht onderzoek, onderbouwd door beschrijvende, verklarende en evaluerende analyses met als doel inzicht te krijgen in de huidige patiëntenpopulatie van De Wijkpraktijk. Het uiteindelijke hoofddoel is om een onderbouwd advies te formuleren voor de heroriëntering van de patiëntenpopulatie zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang te brengen.

Dit onderzoek is gericht op de huisartsen en andere medewerkers binnen De Wijkpraktijk.

3.2 Onderzoeksvragen

Centrale vraag

Hoe kan De Wijkpraktijk haar patiëntenpopulatie heroriënteren naar de afgebakende werkzone zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang te brengen?

Deelvragen

Analyse huidige situatie:

- Wat is de huidige geografische samenstelling van de patiëntenpopulatie?
- Hoe is dit historisch gegroeid?
- Welke organisatorische en zorginhoudelijke gevolgen heeft deze samenstelling?

Impact continuïteit en toegankelijkheid:

- Welke impact heeft het heroriënteren van patiënten op de continuïteit en toegankelijkheid van de zorg?

Juridisch en ethisch kader:

- Welke randvoorwaarden zijn er op juridisch en ethisch vlak?

Oplossingsgericht luik:

- Welke strategieën zijn haalbaar om de werkzone opnieuw te respecteren?
- Welke overgangsmaatregelen zijn haalbaar om het aandeel patiënten buiten de werkzone geleidelijk aan te verminderen?
- Hoe kan dit geïmplementeerd worden zonder de continuïteit en toegankelijkheid van zorg te schaden?

3.3 Dataverzameling en -verwerking

De data werden verzameld vanuit het elektronisch medisch dossier (EMD) HealthOne en het agendasyteem Beoogo. Uit deze programma's werden patiëntenaantallen en demografische gegevens geëxtraheerd op basis van de interne praktijkregistratie. Deze gegevens zijn niet publiek toegankelijk en werden, volgens de GDPR-regels, geanonimiseerd verwerkt in Excel. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen patiënten binnen en buiten de afgebakende werkzone. Aantallen en percentages werden berekend en daarna visueel weergegeven in grafieken. Deze analyses vormen de basis om een totaalbeeld te krijgen van de patiëntenpopulatie en aanbevelingen met betrekking tot heroriëntatie van de patiëntenpopulatie te formuleren.

4 Analyse huidige situatie

4.1 Zorggebied

Het zorggebied van De Wijkpraktijk is vastgesteld op een straal van zes kilometer rond de praktijk. Hierdoor wordt er een deel van de postcodes 2018 en 2000 gedekt. Dit maakt het mogelijk om in een drukke stad de nodige huisbezoeken per fiets te doen. Het inschrijven van patiënten buiten de wijk wordt in overleg bepaald. Door de sterke groei van de praktijk werkt De Wijkpraktijk momenteel met een wachtlijst waarbij mensen uit de wijk voorrang krijgen op patiënten die niet in het zorggebied wonen. De groene zone op onderstaande kaart geeft het effectieve werkgebied weer:

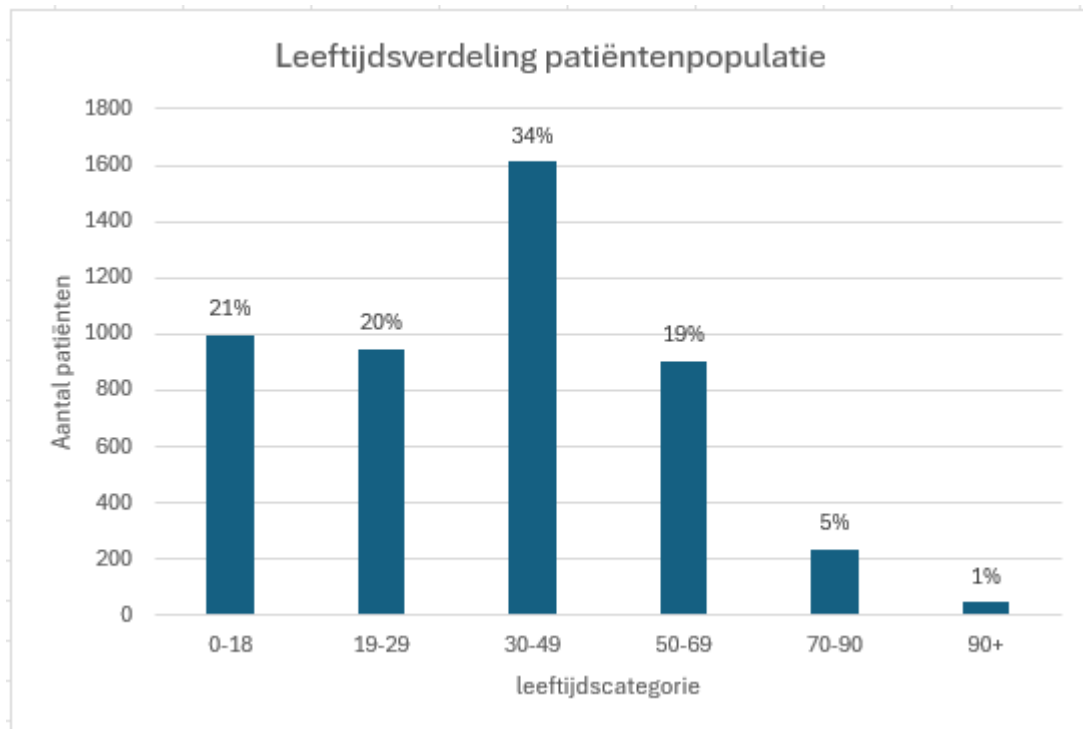


Figuur 1: Zorgbied

4.2 Patiëntenpopulatie

Momenteel zijn er 4745 ingeschreven patiënten. Daarvan heeft 23% een verhoogde tegemoetkoming (VT). In Antwerpen heeft ongeveer 31,2% van de populatie verhoogde tegemoetkoming.

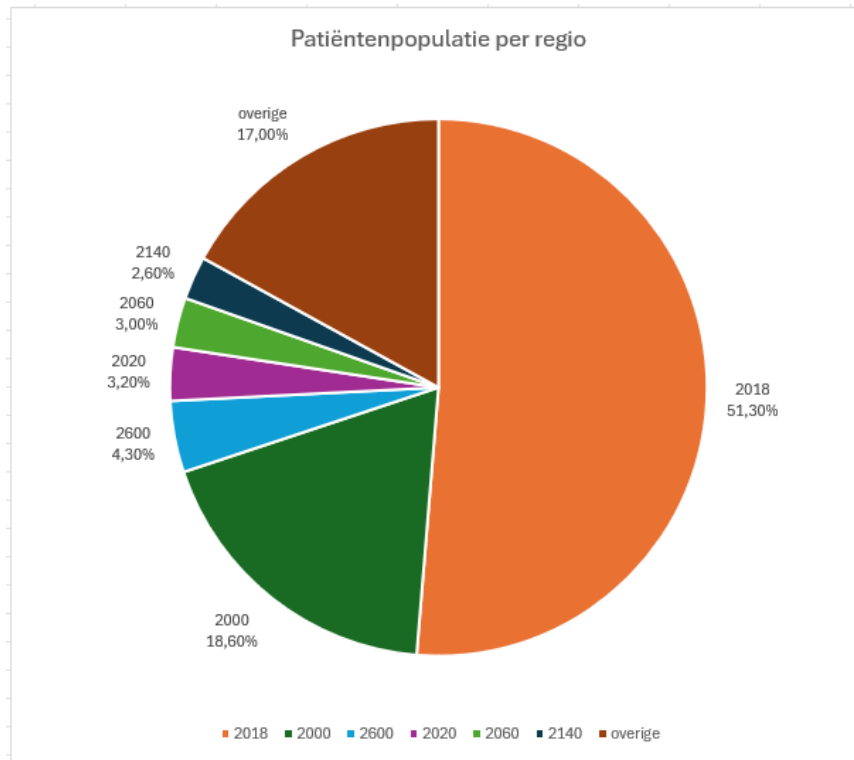
Als we kijken naar de leeftijdsindeling, heeft onze praktijk voornamelijk jonge gezinnen als patiënten. Meer dan 50% van de patiënten is namelijk jonger dan 50 jaar. Dit verklaart deels waarom er minder patiënten zijn met een verhoogde tegemoetkoming.



Figuur 2: Leeftijdsverdeling patiëntenpopulatie

4.3 Huidige geografische samenstelling patiëntenpopulatie

De huidige geografische samenstelling van de patiëntenpopulatie van De Wijkpraktijk per regio, ziet er als volgt uit:



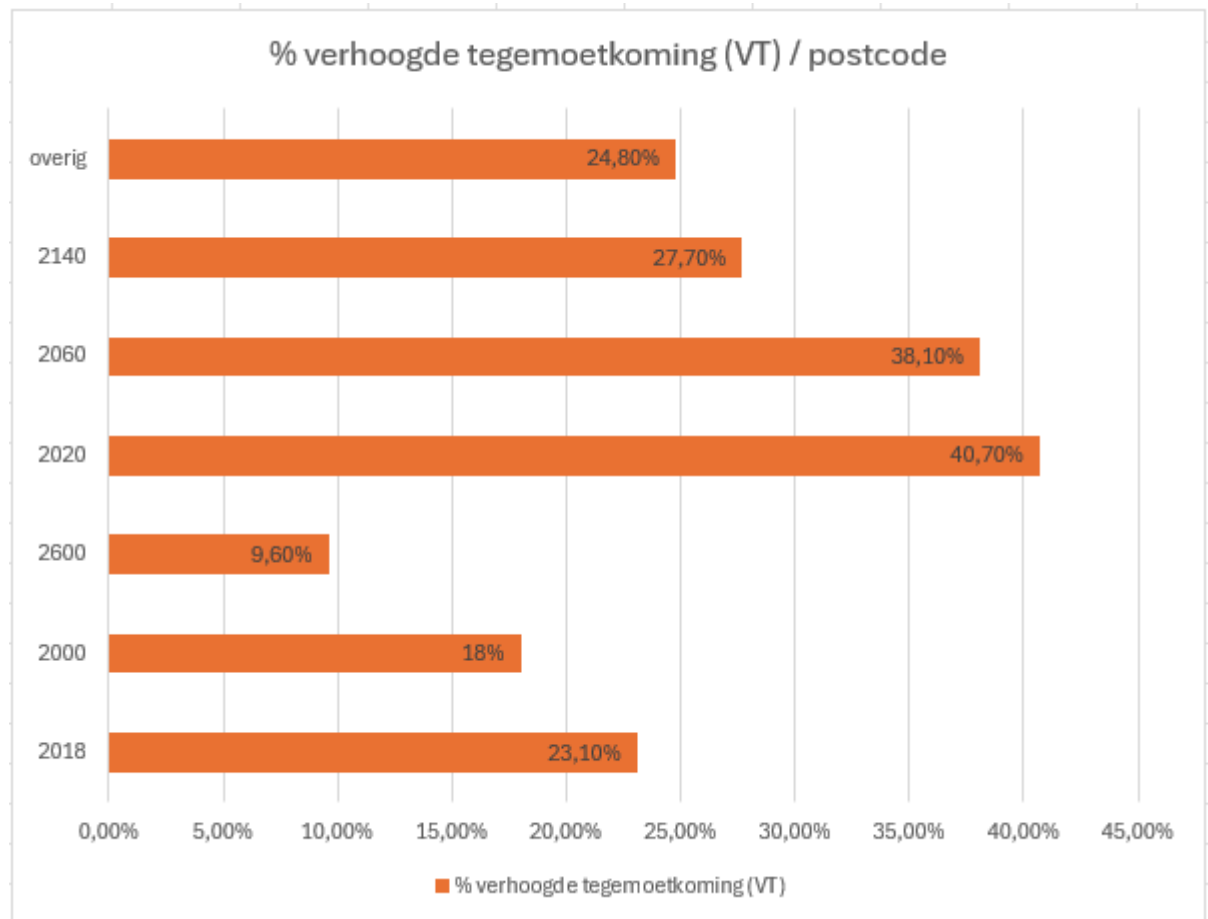
Figuur 3: Patiëntenpopulatie per regio

De postcodes 2018 en 2000 komen samen neer op 69,9%. Echter, moeten we hier een kanttekening bij maken aangezien onze werkzone niet de volledige regio's 2000 en 2018 dekt. Als we effectief kijken naar de werkzone komt dit neer op 61,8%. Dit wil zeggen dat 61,8% van de patiënten binnen de werkzone wonen, maar dit betekent ook dat 38,2% niet in het werkgebied gedomicilieerd staat.

4.4 Verhoogde tegemoetkoming (VT) per postcode

Verhoogde tegemoetkoming (VT) is een sociaal statuut in België dat zorgt voor een hogere terugbetaling van medische kosten en lagere facturen voor personen met een lager inkomen. Dit wordt automatisch of op aanvraag toegekend door de mutualiteit, gebaseerd op het gezinsinkomen. Vaak zijn dit gezinnen met een hogere kwetsbaarheid.

Onderstaande grafiek geeft een weergave van de patiënten met een verhoogde tegemoetkoming per postcode:

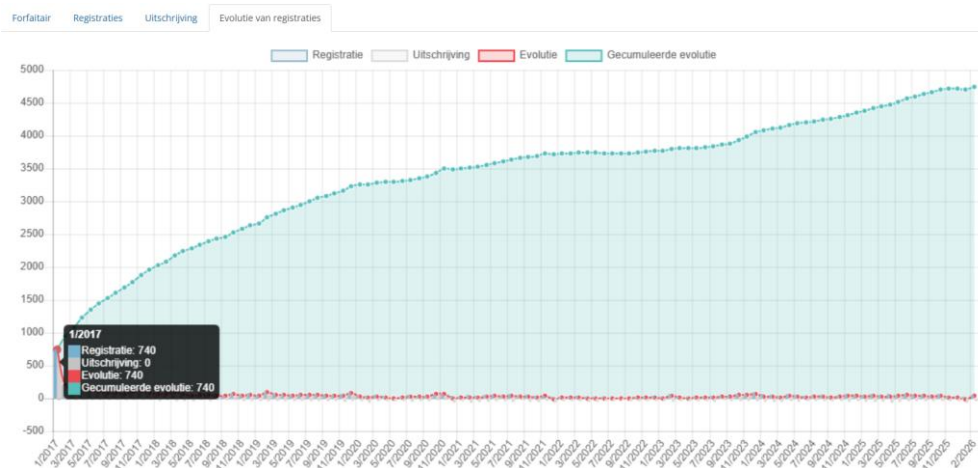


Figuur 4: % verhoogde tegemoetkoming (VT) / postcode

Zoals eerder besproken, heeft 23% van de patiëntenpopulatie van De Wijkpraktijk recht op een verhoogde tegemoetkoming. Als we de spreiding per postcode analyseren, valt het op dat patiënten die buiten het werkgebied van De Wijkpraktijk wonen, recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Er is een duidelijke piek in de regio's 2020 en 2060. Zoals eerder vermeld, bevinden patiënten met een verhoogde tegemoetkoming zich vaker in een kwetsbare situatie. Verder van de huisarts wonen kan deze kwetsbaarheid alleen nog maar verhogen.

4.5 Historische groei

De Wijkpraktijk opende haar deuren in oktober 2016 en is sinds 1 januari 2017 een forfaitaire praktijk. Een van onze artsen, dr. Bram Spinnewijn, was hiervoor werkzaam in een andere praktijk enkele straten verder. Een groot deel van zijn patiënten heeft hem gevolgd naar De Wijkpraktijk. Dit in combinatie met het concept 'forfaitaire praktijk', waarbij er geen consultatiegeld meer wordt gevraagd en toen nog vrij nieuw was in de regio, maakte dat we op 1 januari 2017 reeds 740 ingeschreven patiënten hadden. Onderstaande tabel geeft de evolutie van het aantal ingeschreven patiënten weer:



Figuur 5: Overzicht evolutie van de registraties

Het werkgebied, zoals besproken in punt 4.1 Zorggebied, is sinds de opstart in gebruik. De zone is terug te vinden op de website en dient als leidraad om mensen een idee te geven op welke zone De Wijkpraktijk zich richt. Er werd ook al onmiddellijk aangegeven dat huisbezoeken zich beperken tot de aangeduide zone.

In 2016/2017 was er, in de regio waar De Wijkpraktijk gevestigd is, nog geen sprake van een huisartsentekort. Hierdoor hadden patiënten iets meer de luxe om beroep te doen op één van de patiëntenrechten, namelijk de vrije keuze van arts. Daarom werd er minder een probleem gemaakt om mensen vanuit de gedoogde zone en dus buiten de afgebakende werkzone in te schrijven.

Verder is Antwerpen ook een stad waar veel verhuisbewegingen zijn. In 2024 ging dit om een aantal van 58.705, wat neerkomt op 29,1 verhuisbewegingen per 100 inwoners. Dit merken we ook in onze uitschrijvingen waarbij verhuizing de grootste reden van uitschrijving is. Maar er zijn ook veel patiënten die verhuizen en zich niet uitschrijven om verschillende redenen zoals het werk dat nog vlak bij de praktijk ligt, de therapeutische relatie met de huisarts, of omdat ze in hun ogen maar enkele straten verder zijn gaan wonen. Dit is een van de hoofdredenen waarom het aantal patiënten buiten de zone blijft groeien.

De laatste drie jaar heeft De Wijkpraktijk regelmatig met een patiëntenstop gewerkt. Dit geldt niet voor reeds ingeschreven patiënten. Zij mogen nieuwe gezinsleden wel nog aanmelden ongeacht of zij binnen of buiten de zone wonen.

4.6 Organisatorische en zorginhoudelijke gevolgen huidige spreiding

Welke organisatorische en zorginhoudelijke gevolgen de huidige spreiding van de patiëntenpopulatie heeft, wordt in onderstaand deel besproken.

Organisatorische gevolgen

Een eerste gevolg op het vlak van organisatie is de logistieke complexiteit. Verplaatsingstijden nemen namelijk toe, niet alleen voor de huisartsen maar ook voor de patiënten. Voor de praktijk houdt dit in dat het organiseren van huisbezoeken buiten de zone onmogelijk is. De verhoogde verplaatsingstijden voor patiënten geven zich voornamelijk weer in de agenda waarbij mensen die verder weg wonen van de praktijk, vaker te laat zijn door file, parkeerproblemen of het openbaar vervoer. Dit zorgt voor extra uitloop met langere wachttijden tot gevolg of afspraken die alsnog niet kunnen plaatsvinden en verplaatst dienen te worden, wat dan weer leidt tot minder beschikbare afspraken voor andere patiënten.

Dit brengt ons naadloos over in het volgende gevolg, namelijk een hogere werkdruk. De mogelijke uitloop als gevolg van patiënten die te laat komen, verhoogt de werkdruk voor artsen die hierdoor moeten bijbenen en tijd proberen inhalen om lange wachttijden in de wachtzaal te vermijden.

Een ander gevolg van de spreiding is dat er minder capaciteit is voor bewoners binnen de zone. Zij kunnen namelijk niet onmiddellijk terecht bij De Wijkpraktijk. Om dit te organiseren en op te volgen, wordt gewerkt met een wachtlijst. Momenteel bedraagt de wachttijd ongeveer 3 tot 6 maanden voor een eerste intakegesprek bij onze verpleegkundige, maar dan zijn de patiënten nog niet tot bij een arts geraakt.

Zorginhoudelijke gevolgen

Het ervaren van een hogere werkdruk kan ook leiden tot zorginhoudelijke gevolgen. Om de verloren tijd in te halen bij de patiënt die te laat was, wordt vaak enkel gefocust op de acute en onmiddellijke vragen. Hierdoor blijft er minder tijd over voor preventieve of chronische opvolging.

Een ander gevolg binnen het zorginhoudelijk vlak is dat de coördinatie van zorg moeilijker is bij patiënten die buiten de zone wonen. De sociale kaart die De Wijkpraktijk doorheen de jaren heeft opgebouwd bestaat voornamelijk uit instanties binnen de wijk. Hoe verder iemand woont, hoe minder kennis er is over de verschillende diensten zoals thuisverpleging, thuiszorg, buurtgerichte ondersteuning enzovoort.

Ook de contextkennis van de patiënt gaat vaker verloren. Bij mensen binnen de zone is het namelijk wel mogelijk om op huisbezoek te gaan en het leefmilieu van de patiënt te leren kennen. Dit zien we vaak ook in de praktijk, waarbij verpleegkundigen soms op prospectie worden gestuurd om bij de patiënt thuis al eens te gaan kijken bij een vermoeden van kwetsbaarheid.

Wanneer patiënten buiten de zone ziek zijn, wordt de afstand tot de praktijk vaak een probleem. Patiënten voelen zich soms te ziek om tot aan de praktijk te komen, maar voor de huisarts is het organisatorisch niet mogelijk om op huisbezoek te komen. Hierdoor wordt de gezondheidstoestand minder goed opgevolgd of wordt onrechtstreeks druk gelegd op andere instanties zoals spoed of huisartsenwachtposten.

Verder is er ook een mogelijke impact op kwetsbare groepen zoals ouderen, minder mobiele patiënten of sociaal kwetsbare patiënten die door de afstand een groter risico lopen op een slechtere toegang tot zorg en de continuïteit die in het gedrang kan komen. Voornamelijk omdat huisbezoeken geen optie zijn.

5 Impact heroriëntering continuïteit/toegankelijkheid

Het heroriënteren van de patiëntenpopulatie naar de afgebakende zone heeft onvermijdelijk een impact. In onderstaand hoofdstuk wordt de impact op de zorgcontinuïteit en toegankelijkheid beschreven op patiënt- en praktijkniveau. Automatisch heeft de continuïteit van zorg een effect op de toegankelijkheid van zorg en andersom. Beide zaken lopen dan ook vaak over in elkaar.

5.1 Zorgcontinuïteit

Zoals eerder beschreven in de literatuurstudie verwijst zorgcontinuïteit naar de mate waarin de zorg gecoördineerd verloopt. Bij heroriëntering kan de zorgcontinuïteit tijdelijk onder druk komen te staan indien de patiënt moet overschakelen naar een andere huisarts of praktijk.

Mogelijke gevolgen zijn het verlies van de therapeutische relatie tussen de arts en de patiënt, mogelijke onderbreking van chronische opvolgingen of huidige therapieën, vertraagde of onvolledige informatieoverdracht en uitstel van zorg door de patiënt als gevolg van het nieuwe of onbekende.

Op lange termijn kan heroriëntering wel een positieve impact hebben, zo kan de patiënt nauwer opgevolgd worden zeker wanneer de patiënt kwetsbaarder wordt bij ernstige ziekte of ouderdom. Hierdoor zal op lange termijn minder uitstel van zorg zijn en zal acute zorg ook verbeteren. De kortere afstand zorgt ook voor een kwalitatiever netwerk waarbij maatwerk aangeboden kan worden in de nabije omgeving. Deze elementen zorgen uiteindelijk voor de grootste winst namelijk gezondheidswinst.

5.2 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid verwijst naar de mate waarin de patiënt effectief gebruik kan maken van zorg. Niet alleen praktisch, maar ook geografisch en organisatorisch.

Bij heroriëntering is het grootste risico voor de patiënt, het vinden van een nieuwe huisarts/praktijk door het huisartsentekort. Ook de vrije keuze van arts komt mogelijks in gedrang door een heroriëntering. Verder kunnen financiële redenen een effect hebben op de toegankelijkheid als de nieuwe huisarts/praktijk niet geconventioneerd is of per prestatie werkt.

De huidige spreiding kan ook leiden tot een verminderde toegankelijkheid binnen de praktijk zelf. Zo kunnen wachttijden in de wachtzaal of voor consultaties oplopen of zijn er minder beschikbare consultaties. Huisbezoeken voor patiënten buiten de zone zijn niet mogelijk.

Echter zijn er ook veel positieve zaken bij het heroriënteren op vlak van toegankelijkheid voor de patiënt. Zo is de afstand tot de huisarts of praktijk korter en zijn huisbezoeken, indien nodig, wel mogelijk. Wat weer bijdraagt aan de gezondheidswinst van de patiënt.

Op praktijkniveau heeft het heroriënteren een positieve impact op de toegankelijkheid omdat er meer plaats vrijkomt voor mensen die effectief in het werkgebied wonen.

5.3 Samenvatting

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de voor- en nadelen betreffende de zorgcontinuïteit en de toegankelijkheid van de zorg bij heroriëntering van een patiënt op patiënt- en praktijkniveau:

Patiëntniveau	
Zorgcontinuïteit	
Voordelen	Nadelen
• Nabijere opvolging (vooral in kwetsbare situaties) • Gezondheidswinst • Verbetering acute zorg • Minder uitstel van zorg (lange termijn) • Kwalitatiever netwerk (maatwerk in nabije omgeving)	• Verlies therapeutische relatie • Tijdelijke onderbreking chronische opvolgingen of therapieën • Verlies van mogelijke patiënten informatie • Uitstel van zorg door de patiënt door onbekendheid of het nieuwe (korte termijn)
Toegankelijkheid van zorg	
Voordelen	Nadelen
• Kortere afstand tot huisarts/praktijk • Mogelijkheid tot huisbezoek • Gezondheidswinst	• Moeilijkheden bij het vinden van een nieuwe huisarts/praktijk. • Geen vrije keuze van arts • Andere financiering (niet-geconventioneerd, werkwijze per prestatie, ..)

Praktijkniveau	
Zorgcontinuïteit	
Voordelen	Nadelen
• Meer tijdswinst (lange termijn) • Minder uitgestelde consultaties • Kwaliteitsverbetering en gezondheidswinst door betere opvolging • Verlaagde werkdruk	• Verlies therapeutische relatie • Tijdverlies door kwalitatieve overdracht (korte termijn) • verlies professionele voldoening door beëindiging langdurige therapeutische relatie en rol als levenslooparts.
Toegankelijkheid van zorg	
Voordelen	Nadelen
• Minder wachttijd voor nieuwe patiënten • Minder uitloop	

Vanuit dit overzicht kunnen we concluderen dat de tijdelijke nadelen niet opwegen tegen de voordelen op lange termijn, waarbij kwaliteitsverbetering en gezondheidswinst de belangrijkste winsten zijn.

6 Ethisch en juridisch kader

6.1 Deontologische code

Sinds 2018 is er een vernieuwde medische deontologische code. Deze code werd opgesteld ter vervanging van de code van geneeskundige plichtenleer die dateert uit 1975. De medische deontologische code biedt een referentiekader met ethische regels, normen en plichten die als leidraad kunnen dienen voor een goede praktijkvoering.

Professionele autonomie

Onder professionele autonomie wordt verstaan dat artsen waken over hun professionele onafhankelijkheid. Dat ze op verantwoorde wijze beslissingen nemen en waken over de organisatie en kwaliteit van zorg. Onder deze noemer valt ook de therapeutische vrijheid.

Therapeutische vrijheid

Dit houdt in dat een arts kan beslissen om een behandeling al dan niet uit te voeren of verder te zetten bij een patiënt. De continuïteit van zorg moet te allen tijden gegarandeerd blijven waardoor een arts niet zomaar een therapeutische relatie abrupt mag beëindigen. Er moet gekeken worden naar medische en/of objectieve redenen en er mag in geen geval sprake zijn van discriminatie om een patiënt niet verder te behandelen.

Continuïteit van zorg

De deontologische code stelt verder ook dat een behandeling of opvolging niet zomaar stopgezet kan worden en dat de continuïteit van zorg gegarandeerd moet blijven. Concreet betekent dit dat de patiënt tijdig geïnformeerd moet worden, er een overgangsperiode voorzien moet worden die voldoende lang is en er eventueel hulp moet worden aangeboden bij het vinden van een nieuwe huisarts. Ook een correcte overdracht van het medische dossier valt hieronder.

Transparantie

Transparantie van de arts is verder ook een belangrijk onderwerp. De patiënt moet begrijpen waarom de therapeutische relatie wordt stopgezet en weten wat de volgende stappen zijn. De arts moet dus transparant en tijdig zijn in de communicatie naar de patiënt.

6.2 Wet op de patiëntenrechten

Sinds 22 augustus 2002 kan een patiënt beroep doen op de wet op de patiëntenrechten. Deze wet werd in 2024 nog aangepast. De wet op de patiëntenrechten legt het juridisch kader vast tussen de zorgverlener en de patiënt. Hierin staat niet alleen vermeld op welke rechten een patiënt beroep kan doen, maar ook welke verantwoordelijkheden en plichten een zorgverlener heeft met betrekking tot deze rechten. Een zorgverlener is verplicht de wet correct toe te passen.

De volgende zeven rechten staan officieel in de wet op de patiëntenrechten:

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
2. Recht op vrije keuze van arts
3. Recht op informatie over de gezondheidstoestand
4. Recht op geïnformeerde toestemming (informed consent)
5. Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier
6. Recht op privacy
7. Recht om een klacht in te dienen

In onderstaande tekst wordt meer ingezoomd op de rechten waarmee rekening moet gehouden worden bij het heroriënteren van patiënten.

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Elke patiënt heeft recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften. Dit zou een heroriëntering kunnen rechtvaardigen, omdat de kwaliteit van de zorg verhoogd wordt als de zorg dichter bij huis georganiseerd kan worden. Zo is er een betere opvolging bij acute en chronische problemen, en kunnen huisbezoeken ingepland worden indien nodig. Het inplannen van een huisbezoek is bij De Wijkpraktijk niet mogelijk voor patiënten die buiten het werkgebied wonen.

Recht op vrije keuze van arts

De patiënt heeft recht op een vrije keuze van arts en kan dit te allen tijden wijzigen. Toch is deze wet niet absoluut. Zo kan er door de wet of door organisatorische omstandigheden beperkingen opgelegd worden. Zo kan de vrije keuze van een arts niet gegarandeerd worden tijdens de wachtdienst of bij een urgentie.

Recht op een patiëntendossier

Elke patiënt heeft recht op een bijgehouden patiëntendossier dat veilig bewaard wordt. Het dossier moet correct worden bijgehouden tot de heroriëntering en nadien overgedragen worden mits toestemming van de patiënt, dit om de continuïteit van zorg te waarborgen. Op verzoek kan de patiënt een afschrift van het dossier opvragen. Indien er geen kwaliteitsvolle overdracht plaatsvindt, kan dit een schending van de patiëntenrechten zijn.

6.3 Wet betreffende kwaliteitsvolle praktijkvoering

Deze wet regelt de kwaliteitsvolle praktijkvoering waarin verwezen wordt naar de verantwoordelijkheden van de zorgverlener, waaronder de therapeutische en diagnostische vrijheid. Een ander hoofdstuk in deze wet wordt gewijd aan de continuïteit van zorg. Deze onderwerpen werden reeds uitgelegd in het bovenstaande hoofdstuk deontologie.

6.4 GDPR, dossieroverdracht en bewaartermijn

GDPR staat voor General Data Protection Regulation. Dit is een Europese wetgeving die sinds 25 mei 2018 van kracht is en zorgt voor de bescherming van de privacy en de persoonsgegevens van EU-burgers.

Volgens de GDPR mag een huisarts niet zomaar gegevens doorsturen naar bijvoorbeeld een nieuwe huisarts. Hij mag dit alleen doen als er toestemming is van de patiënt.

De overdracht van het dossier moet altijd via een veilig kanaal gebeuren. In de praktijk gebeurt dit via eHealth. Dit is een beveiligd portaal waar zorgverleners gegevens kunnen uitwisselen.

Verder heeft een arts een bewaarplicht van 30 jaar. Bij een heroriëntering houdt dit concreet in dat wanneer een patiënt uitgeschreven wordt, het dossier alsnog voor een periode van 30 jaar bewaard moet worden.

7 Extra aandachtspunten

7.1 Balans in- en uitstroom

Als De Wijkpraktijk patiënten wil heroriënteren moet er ook rekening worden gehouden met de in- en uitstroom van patiënten. Er moet namelijk een gezonde balans zijn tussen het aantal nieuwe inschrijvingen en het aantal uitschrijvingen om de werking en continuïteit te garanderen.

Aangezien De Wijkpraktijk werkt met een intakestelsel, moet er gekeken worden hoeveel intakegesprekken er maandelijks mogelijk zijn, zodat de intakes tijdig verwerkt kunnen worden en de druk op de verpleegkundige agenda niet te groot wordt. Indien het aantal inschrijvingen groter is dan de uitstroom van patiënten, kan dit voor capaciteitsproblemen zorgen.

Verder heeft het aantal in- en uitschrijvingen ook een financiële impact, aangezien De Wijkpraktijk een medisch huis is en dus per ingeschreven patiënt een forfaitair bedrag ontvangt per maand. Indien de uitstroom groter is dan de instroom, heeft dit financiële gevolgen voor de praktijk.

7.2 Huisartsentekort

Net zoals in de regio van De Wijkpraktijk is er in België een huisartsentekort. Vaak wordt er wel gewerkt met wachtlijsten. Dit is een belangrijk aandachtspunt bij het heroriënteren van patiënten. Om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen, zal de overgangperiode voldoende lang moeten zijn.

7.3 Zorgzwaarte en kwetsbaarheid patiënt

Bij het heroriënteren is het belangrijk om te kijken naar de zorgzwaarte en kwetsbaarheid van de patiënt. Patiënten met een hogere zorgzwaarte of kwetsbaarheid hebben potentieel meer tijd of hulp nodig bij het heroriënteren.

7.4 Gedoogde zone

Verder moet er gekeken worden naar welke zone, buiten het afgebakende werkgebied, eventueel gedoogd wordt voor patiënten die reeds zijn ingeschreven. De Wijkpraktijk gedooft voor de huidige patiëntenpopulatie de volledige zone 2018, 2000 en 2600.

7.5 Epistemisch vertrouwen

Epistemisch vertrouwen verwijst naar het vertrouwen dat iemand heeft in de betrouwbaarheid en correctheid van de informatie die hij/zij ontvangt. Als een patiënt geen vertrouwen heeft in de zorgverlener, kan de behandeling of opvolging nooit effectief zijn. Het is dus belangrijk om de therapeutische relatie in acht te nemen. Vertrouwen is niet zomaar overdraagbaar van de ene op de andere zorgverlener en heeft soms lange tijd nodig om te groeien. Kwetsbare patiënten kunnen soms beter behouden blijven, ondanks de afstand omdat het opgebouwde epistemisch vertrouwen kan leiden tot een betere zorguitkomst dan een heroriëntering.

8 Oplossingsgericht luik: heroriënteringsplan

Met alles in acht genomen uit de vorige hoofdstukken, werd het onderstaande heroriënteringsplan tot stand gebracht. Hierin wordt het inschrijfbeleid en het stappenplan om tot een heroriëntering te komen beschreven. Op het einde van dit hoofdstuk wordt het volledige plan in een flowchart weergegeven. Dit kan nadien ook gebruikt worden door de medewerkers.

8.1 Inschrijfbeleid

De eerste en misschien wel eenvoudigste stap om tot een patiëntenpopulatie te komen die gesitueerd is in het eigen werkgebied, is door het inschrijfbeleid te herzien:

Werkgebied

Het huidige werkgebied moet gerespecteerd worden, zelfs wanneer een patiënt net buiten de zone woont. Het is belangrijk om het adres na te vragen bij het eerste contact. Indien de patiënt dus niet in de zone woont, ook al is het maar een straat verder, is inschrijven niet mogelijk. Deze patiënten kan men doorverwijzen naar de website van Huisartszoeker (www.huisartszoeker.be) om na te gaan bij welke praktijk zij wel terecht kunnen.

Inschrijving van (nieuwe) gezinsleden

Het inschrijven van nieuwe gezinsleden zou niet meer mogen gebeuren voor patiënten die buiten het werkgebied wonen met eventueel een uitzondering voor patiënten binnen de gedoogde zone. Dit heeft namelijk twee voordelen. Allereerst wordt de huidige populatie van patiënten die buiten de zone wonen niet verder vergroot en ten tweede zorgt dit op termijn voor een heroriëntering van het gezin. Een gezin zal bijvoorbeeld voor het kind opzoek moeten gaan naar een huisarts in de buurt. Omdat het gezin hier dan toch moeten zijn voor het kind, is het vaak handiger om het hele gezin daar op te volgen. De patiënt zelf zal op die manier inzien dat nabije zorg praktischer is.

8.2 Heroriëntering

Oplijsten patiënten voor heroriëntering

De eerste stap bij het heroriënteren zelf is een zicht krijgen op de patiënten die buiten het werkgebied wonen. Er zal een lijst getrokken moeten worden vanuit het elektronisch medisch dossier om te kijken wie buiten de zone woont. De patiënten uit de gedoogde zone kunnen uit de lijst verwijderd worden. Om het overzicht te bewaren kan de lijst per postcode gesorteerd en verwerkt worden. Zodra deze sortering gebeurd is, kan elke arts door de lijst gaan om zelf patiënten uit de lijst te halen die om een of andere reden zoals, bijvoorbeeld kwetsbaarheid of therapeutische relatie beter niet geheoriënteerd worden en (voorlopig) door de praktijk zelf zullen worden opgevolgd. Hierna blijven de patiënten over die in aanmerking komen voor een heroriëntering.

Criteria voor heroriëntering

Om de overgebleven patiënten zo objectief mogelijk te selecteren voor een heroriëntering is er een lijst van criteria die gebruikt kan worden om te bepalen of een patiënt effectief in aanmerking komt voor heroriëntering:

1. Geografische afstand – postcode
2. Kwetsbaarheid van de patiënt
 - a. Medische achtergrond
 - b. Zelfredzaamheid
3. Therapeutische relatie
4. Beschikbaarheid van de huisarts in de regio van de patiënt

Om de criteria objectief te maken, kan er gewerkt worden met een puntensysteem. Het scoren van patiënten vinden we ook terug bij de thuisverpleging in de vorm van de Katz-schaal om de afhankelijkheidsgraad van een patiënt te meten.

In het puntensysteem zal men positieve of negatieve punten moeten geven om tot een besluit te komen. Een positieve score geeft meer reden tot heroriëntering dan een negatieve score.

Geografische afstand	
Postcode	
Reistijd	Score
< 15 min	0
15-30min	+1
> 30 min	+2

Kwetsbaarheid	
Medische achtergrond	
Profiel	Score
Geen problematiek	0
Chronische ziekte	-1
Multiproblematiek	-2
Complex / palliatief / frequente opvolging	-3
Zelfredzaamheid	
Profiel	Score
Volledig zelfstandig	+2
Beperkt zelfstandig	0
Niet zelfstandig	-2

Therapeutische relatie	
Relatie	Score
Weinig – geen	+1
Normaal	0
Sterke – langdurig	-1

Beschikbaarheid huisarts	
Regio patiënt	
Situatie	Score
Voldoende beschikbaarheid	+2
Beperkt aanbod	+1
Huisartsentekort	-2

De scores zijn ordinaal geschaald en geven de relatieve impact van de criteria weer. Ze zijn niet absoluut, maar dienen om zo objectief mogelijk beslissingen te ondersteunen.

De som van alle punten geeft een totaalscore, die men als volgt kan interpreteren:

Interpretatie score	
Totaalscore	
Totaal	Advies
≤ 0	Behouden
1-3	Grijze zone (individuele afweging)
≥ 4	Heroriënteren aangewezen

Door deze manier toe te passen, is de beslissing om iemand wel of niet te heroriënteren objectief en is er een bescherming ingebouwd voor kwetsbare patiënten. Ook continuïteit van zorg wordt meegenomen. Verder kan er nooit sprake zijn van discriminatie omdat dit van toepassing is op de volledige lijst van patiënten die in aanmerking komen voor een heroriëntering.

De patiënten in de grijze zone zullen tijdens een medisch overleg besproken worden om tot een uiteindelijke beslissing te komen.

Vanuit deze scores kunnen we ook opmaken welke patiënten eventueel begeleiding kunnen gebruiken bij het zoeken naar een nieuwe huisarts.

De patiënt zal in het dossier een aanduiding krijgen of de patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een heroriëntering. Dit maakt het voor alle medewerkers duidelijk. Deze aanduiding in het dossier kan ook later handig zijn voor de arts, wanneer de patiënt op consultatie komt. Zo kan de arts de patiënt persoonlijk aanspreken op de heroriëntering en waarom dit aangewezen is.

Aanpak heroriëntering

Om de balans tussen in- en uitstroom te waarborgen, is het belangrijk om te bepalen hoeveel patiënten tegelijkertijd geheroriënteerd kunnen worden. Hierna kan bepaald worden welke patiënten eerst aangeschreven worden. Dit kan op basis van de postcode of de score die gegeven werd, waarbij de hoogst scorende patiënten als eerste in aanmerking zullen komen.

Zodra het juiste aantal bekend is, kunnen de patiënten gecontacteerd worden. In het eerste contact zal de patiënt per mail aangeschreven worden, waarbij we de reden van heroriëntering en dus de warme overdracht willen kaderen. Hierin wordt ook duidelijk vermeld dat de patiënt

steeds bij ons terecht kan voor een persoonlijk gesprek. Een voorbeeld van deze brief kan u terugvinden in de bijlage: Bijlage 2: Voorbeeldbrief heroriëntering/einde inschrijving.

Omdat de continuïteit van zorg te allen tijden gewaarborgd moet worden, zullen de patiënten een overgangsperiode krijgen tussen de zes en twaalf maanden. Dit zou normaal gezien voldoende tijd moeten zijn om zich ergens op een wachtlijst te plaatsen. Indien de wachttijd toch langer bedraagt, zal de patiënt ook na deze overgangsperiode nog bij De Wijkpraktijk terecht kunnen, totdat de warme overdracht volledig rond is.

In het eerste contact zal een eerste suggestie gegeven worden waar de patiënt eventueel terecht kan. Indien nodig gaan we actief mee op zoek naar een nieuwe huisarts in de buurt van de patiënt. Hierbij kunnen de medewerkers gebruik maken van Huisartszoeker, waarbij men op adres kan zoeken naar mogelijke beschikbare praktijken. Bij Huisartszoeker wordt er gewerkt met drie kleurcodes: groen = beschikbare praktijk, oranje = wachtlijst, rood = niet beschikbaar. Indien Huisartszoeker voor een bepaalde regio niet beschikbaar is, kunnen de medewerkers via internet mee op zoek gaan en praktijken contacteren met de vraag naar een warme overdracht.

Overgangsmaatregelen

Omdat de respons op de heroriëntering onbekend is, kan men na een maand een eerste evaluatie maken. Indien de respons laag is, kan er een tweede groep aangeschreven worden.

Opvolging

Zodra patiënten aangeschreven zijn, zal dit verder opgevolgd moeten worden om uiteindelijk tot een heroriëntering te komen. Door een herinneringsmail te sturen na 1 maand, willen we de patiënt nog eens attent maken op waarom een heroriëntering aangewezen is. Indien er na deze herinneringsmail nog steeds geen contact is geweest, zal de patiënt telefonisch gecontacteerd worden om te horen of de mail goed is ontvangen, te polsen naar de stand van zaken en om na te gaan of er meer begeleiding nodig is.

Indien er in de tussentijd wel een eerste contact is geweest, zal ook deze patiënt een keer per maand gecontacteerd worden, per mail of telefonisch, tot de patiënt de uitschrijving heeft bevestigd door het uitschrijvingsformulier aan de praktijk te bezorgen. Dit uitschrijvingsformulier kan u terugvinden onder de bijlage: Bijlage 3: Uitschrijvingsformulier.

Zodra de uitschrijving in orde is, zal het medische dossier van de patiënt elektronisch doorgestuurd worden naar de nieuwe huisarts.

De opvolging van dit traject zal voorzien worden door de volgende personen:

- Contactpersoon bij vragen van de patiënt: de zorgcoördinator, verpleegkundigen of health care management assistant
- E-mail en telefonische opvolging: health care management assistant
- Uitschrijvingsverwerking: de praktijkmanager

8.3 Stappenplan

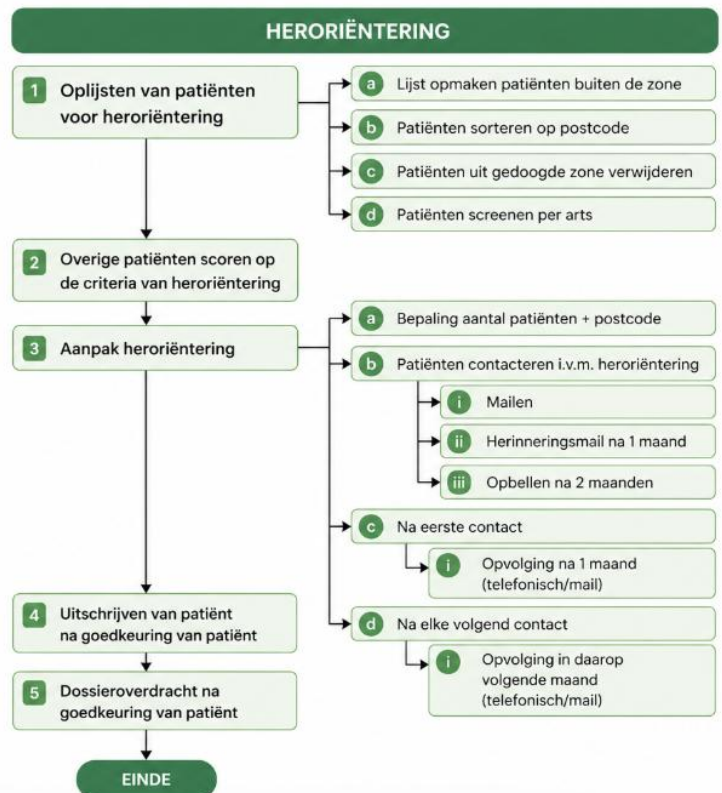
Inschrijfbeleid

1. Respecteren werkgebied
 - a. Adres navragen bij het eerste contact
2. Geen inschrijving van nieuwe gezinsleden die buiten de zone wonen

Heroriëntering

1. Oplijsten van patiënten voor heroriëntering
 - a. Lijst opmaken van patiënten buiten de zone
 - b. Patiënten sorteren op postcode
 - c. Patiënten uit de gedoogde zone verwijderen
 - d. Patiënten screenen per arts
2. Overige patiënten scoren volgens de criteria van heroriëntering
3. Aanpak heroriëntering
 - a. Bepaling aantal patiënten en postcode
 - b. Patiënten contacteren i.v.m. heroriëntering
 - i. Mailen
 - ii. Herinneringsmail na 1 maand
 - iii. Opbellen na 2 maanden
 - c. Na eerste contact
 - i. Opvolging na 1 maand (telefonisch/mail)
 - d. Na elke volgend contact
 - i. Opvolging in de daaropvolgende maand (telefonisch/mail)
4. Uitschrijven van patiënt na goedkeuring van de patiënt
5. Dossieroverdracht na goedkeuring van de patiënt

8.4 Flowchart



9 Advies behoud in de toekomst

Om de patiëntenpopulatie zoveel mogelijk in de afgebakende werkzone te behouden, is het belangrijk dat de werking van het heroriënteringsplan regelmatig geëvalueerd wordt. Zo moet men nagaan of het vernieuwde inschrijvingsbeleid nageleefd wordt en moet er ook nagekeken worden hoeveel patiënten er uiteindelijk geheroriënteerd zijn. Indien nodig kan het opvolgingsplan of het hele heroriënteringsplan bijgestuurd worden.

Aangezien De Wijkpraktijk zich bevindt in een stad waar veel verhuisbewegingen plaatsvinden, is permanente opvolging nodig. Bij het inlezen van de identiteitskaart is het belangrijk dat het adres van de patiënt telkens wordt nagekeken. Indien een patiënt een nieuw adres heeft, moet er nagegaan worden of deze patiënt nog in het werkgebied woont. Indien dit niet het geval is, zal deze patiënt op een lijst geplaatst worden om na te gaan of een heroriëntering van toepassing kan zijn.

Verder kan de lijst met mogelijke patiënten ook halfjaarlijks of jaarlijks opnieuw getrokken worden. Zo wordt het duidelijk hoeveel patiënten nog steeds buiten het werkgebied wonen.

In diezelfde lijst zullen patiënten opnieuw beoordeeld worden om na te gaan of de situatie van de patiënt gewijzigd is, bijvoorbeeld qua kwetsbaarheid of mobiliteit. Iemand die vroeger, bijvoorbeeld, in een crisissituatie zat en toen niet in aanmerking kwam, kan nu misschien uit deze crisissituatie zijn geraakt en klaar zijn om geheroriënteerd te worden.

Door bovenstaande adviezen op te volgen, wordt het overzicht behouden over de patiëntenpopulatie. Niet alleen de uitstroom van geheroriënteerde patiënten, maar ook andere wijzigingen in het huidige patiëntenbestand worden zichtbaar. Zo kan in de toekomst een verdere uitbreiding van een geografisch te verspreide patiëntenpopulatie tegengaan worden.

10 Meerwaarde

Welke meerwaarde een heroriëntering van de patiëntenpopulatie naar de afgebakende werkzone geeft en waarom dit sterk te overwegen valt, wordt besproken in het onderstaande hoofdstuk bekeken vanuit verschillende niveaus.

10.1 Meerwaarde patiëntniveau

Het eerste niveau waar meerwaarde te vinden is, heeft betrekking op patiëntniveau. Hierbij gaat het vooral over de toegankelijkheid en continuïteit van zorg die resulteren in een kwaliteitsverbetering voor de patiënt.

Betere toegankelijkheid en nabijheid van zorg

De zorg wordt toegankelijker doordat de afstand tot de huisarts kleiner wordt. Hierdoor kan de patiënt sneller tot bij de huisarts geraken en zijn ook huisbezoeken mogelijk indien nodig.

Betere continuïteit van zorg

Ook de continuïteit van zorg verbetert, waarbij de opvolging beter verzekerd kan worden. Zowel in de acute als de chronische zorg zal er merkbaar een kwaliteitsverbetering zijn voor de patiënt. Ook het lokale zorgnetwerk kan meer gebruikt worden wat de continuïteit van zorg alleen maar ten goede komt.

10.2 Meerwaarde praktijkniveau

Het tweede niveau waar meerwaarde wordt gegenereerd, is op praktijkniveau. Hierbij is er vooral sprake van een betere werkorganisatie, kwaliteitsverbetering en een verminderde werkdruk.

Betere werkorganisatie

Een kleinere geografische spreiding van de patiënten zorgt ervoor dat de logistieke complexiteit vermindert en er een efficiëntere planning is. Hoe dichterbij de patiënt bij de praktijk woont, hoe korter de verplaatsingen voor de artsen. Verder wordt er minder tijd verloren bij consultaties doordat deze tijdig kunnen starten. De wachttijd in de wachtzaal zal hierdoor ook dalen.

Kwaliteitsverbetering

De kwaliteit van de zorg wordt verbeterd aangezien de arts de lokale instanties beter kent. Hierdoor ontstaan ook betere samenwerkingen met lokale zorgpartners. Verder kan de focus ook op chronische of preventieve zorg gelegd worden, wat vaak moeilijker is bij een patiënt die verder woont en waarbij de focus vaak op acute zorg gericht is.

Verminderde werkdruk

De kans op laatkomers door file of afstand wordt aanzienlijk verminderd. De arts moet namelijk minder bijbenen doorheen de dag om de afspraken op het geplande uur te kunnen uitvoeren. Door te werken met patiënten uit de regio kan je door de kennis van de lokale sociale kaart

vlotter en efficiënter werken. Beide aspecten zorgen rechtstreeks voor een verminderde werkdruk.

10.3 Meerwaarde zorgsysteem

Het laatste luik waar meerwaarde te vinden is, is voor het zorgsysteem in het algemeen. Hierbij is er sprake van een betere geografische spreiding van de patiënten, een verminderde druk op de spoedeisende diensten en een kwaliteitsverbetering van de zorg door de geïntegreerde zorg.

Betere geografische spreiding van patiënten

Een heroriëntering zorgt voor een verbeterde geografische spreiding van de patiënten. Er is een logischere verdeling waarbij patiënten terecht kunnen in hun eigen regio.

Verminderde druk op spoedeisende diensten

Verder zorgt het er ook voor dat er minder druk is bij de huisartsenwachtpost of spoed. De zorg is door een heroriëntering in de nabijheid van de patiënt, hierdoor heeft de patiënt geen reden meer om naar de spoed of de wachtpost te gaan. Voordien was de huisarts te ver weg of kon de huisarts niet op huisbezoek komen indien de patiënt te ziek was.

Geïntegreerde zorg

Een andere belangrijke meerwaarde is de geïntegreerde zorg die verbetert. Hierbij kunnen de verschillende zorginstanties naadloos samenwerken en zo de zorgcontinuïteit verbeteren. Dit alles zorgt rechtstreeks voor een kwaliteitsverbetering van de zorg.

10.4 Nuance

Een belangrijke nuance die gemaakt moet worden, is dat deze meerwaarde enkel volledig van toepassing is als de heroriëntering en het inschrijvingsbeleid zorgvuldig en patiëntgericht uitgevoerd wordt.

10.5 Samenvatting

Onderstaande tabellen geven een snel overzicht van de meerwaarde bij heroriëntering van een patiënt op patiënt, praktijk- en zorgniveau:

Patiëntniveau	
Betere toegankelijkheid	Betere continuïteit zorg
• ↑ toegankelijke zorg • ↑ nabijheid van zorg • ↑ kwaliteit • Mogelijkheid huisbezoek	• ↑ opvolging • ↑ kwaliteit

Praktijkniveau		
Betere werkorganisatie	Kwaliteitsverbetering	Verminderde werkdruk
• ↓ logistieke complexiteit • Efficiëntere planning • Kortere verplaatsingen • Minder tijdverlies • ↓ wachttijd	• ↑ kwaliteit • Betere kennis lokale instanties • ↑ samenwerkingen lokale instanties • ↑ focus op chronische en preventieve zorg	• Efficiënter werken door kennis sociale kaart in de buurt. • ↓ laatkomers

Zorgniveau		
Betere geografische spreiding	Verminderde werkdruk spoedeisende diensten	Verbeterde geïntegreerde zorg
• Patiënten kunnen terecht in eigen regio	• ↓ aantal patiënten op spoedeisende diensten door nabijheid van de eigen huisarts	• ↑ kwaliteit • ↑ samenwerkingen lokale instanties • ↑ zorgcontinuïteit

11 Besluit

Na deze bachelorproef is het duidelijk dat een heroriëntering naar een afgebakende werkzone mogelijk is op voorwaarde dat dit gefaseerd, transparant, maar vooral patiëntgericht gebeurt. Het onderzoek toont namelijk aan dat een heroriëntering de nodige uitdagingen met zich kan meebrengen. Voornamelijk de toegankelijkheid en de continuïteit van zorg zijn grote aandachtspunten aangezien deze vallen onder de patiëntenrechten, net zoals de vrije keuze van een arts.

Concrete strategieën voor een heroriëntering zijn het herzien van het inschrijvingsbeleid en het heroriënteringsplan waarbij patiënten aangemoedigd worden om dichterbij huis een huisarts te zoeken. Om dit op een kwaliteitsvolle manier uit te voeren, zijn duidelijke communicatie, gefaseerde overgangsmaatregelen en aandacht voor kwetsbare patiënten essentieel. Het naleven van deze stappen zorgt voor een duidelijke praktijkvisie waarbij prioriteit wordt gegeven aan zorg voor bewoners binnen de eigen wijk. De zorgkwaliteit wordt eveneens verbeterd met een gezondheidswinst voor de patiënt als resultaat.

Het belang van wijkgerichte zorg en de toenemende werkdruk op de eerstelijnszorg zijn eveneens aandachtspunten waar ook in de toekomst rekening mee moet worden gehouden. Deze bachelorproef benadrukt tot slot dat heroriëntering op de verschillende zorgniveaus zorgt voor een kwaliteitsverbetering. Het vormt een mogelijke eerste stap om de eerstelijnszorg toegankelijker en efficiënter te organiseren, zonder de patiënt als centrale focus uit het oog te verliezen.

12 Nawerk

12.1 Lijst met afkortingen

Afkorting/jargon	Verklaring
B	
BMJ	British Medical Journal
E	
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
G	
GDPR	General Data Protection Regulation
K	
KCE	Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg
R	
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
V	
VT	Verhoogde tegemoetkoming

12.2 Bibliografie

Egeo. (2025, 7 mei). *De wijkpraktijk - de wijkpraktijk*. De Wijkpraktijk. Verkregen op 20 februari 2026 via <https://dewijkpraktijk.be/>

Terrific, C.-. W. C. (z.d.). *ICHO Platform*. Verkregen op 05 maart 2026 via <https://www.icho-info.be/application/content/thesislist/page/7/search/huisartsenpraktijk/labelCategory/0>

Zorg, D. (z.d.). *Eindrapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde | Departement Zorg*. Departement Zorg. Verkregen op 05 maart 2026 via <https://www.departementzorg.be/nl/eindrapport-toegankelijkheid-huisartsgeneeskunde>

Author-Kce. (2024, 1 februari). *Toegankelijkheid van de zorg*. Naar een Gezond België. Verkregen op 05 maart 2026 via <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg>

Huisartsen ervaren hoge werkdruk | Domus Medica. (z.d.). Verkregen op 05 maart 2026 via <https://www.domusmedica.be/actueel/huisartsen-ervaren-hoge-werkdruk>

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (2024, 27 juni). *Een nieuwe berekeningsmethode voor de financiering van de medische huizen: eerst hun data nodig*. Verkregen op 07 maart 2026 via <https://kce.fgov.be/nl/een-nieuwe-berekeningsmethode-voor-de-financiering-van-de-medische-huizen-eerst-hun-data-nodig>

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem*. Verkregen op 07 maart 2026 via <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-rapport-2019>

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (2019, 25 april). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 201*. Geraadpleegd van https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (2024, 01 februari). *Beoordeling van de performantie van ons gezondheidszorgsysteem, deel 5*. Verkregen op 07 maart 2026 via <https://kce.fgov.be/nl/beoordeling-van-de-performantie-van-ons-gezondheidszorgsysteem-deel-5>

National Center for Biotechnology Information. (z.d.). geraadpleegd op 08 maart 2026 via <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Denis J Pereira Gray, Kate Sidaway-Lee, Eleanor White, Angus Thorne, Philip H Evans. (z.d). *Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality* <https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161>

BMJ. (2017, 1 februari). *Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data*. Verkregen op 08 maart 2026 via <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j84>

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), (2024, 1 februari). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024*. Geraadpleegd van https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376A_HSPA2024_Rapport.pdf

Domus Medica, (2023, juli). *Rapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde 2023/7*. Geraadpleegd van https://res.cloudinary.com/deueykgii/image/upload/v1730313108/Rapport_toegankelijkheid_huisartsgeneeskunde_bhtxt0

Stad Antwerpen, (z.d). Verkregen op 15 maart 2026 via <https://stadincijfers.antwerpen.be/mosaic/rapport-bevolking/verhuisbewegingen>

Ordomedic | *Globaal Medisch Dossier (GMD) – Regelgeving en beheer*. (z.d.). verkregen op 6 april 2026 via <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/keuze-vrije-artsen/globaal-medisch-dossier-gmd-regelgeving-en-beheer>

Orde der Artsen. (1999). *Overmaken van een medisch dossier aan een andere arts*. Verkregen op 6 april 2026 via <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/beroepsgeheim/overmaken-van-een-medisch-dossier-aan-een-andere-arts>

Ordomedic | *Code 2018*. (z.d.). Verkregen op 06 april 2026 via <https://ordomedic.be/nl/code-2018>

Ordomedic | *32*. (2025). Verkregen op 06 april 2026 via <https://ordomedic.be/nl/code-2018/integriteit/32>

Ordomedic | *Professionaliteit*. (z.d.). Verkregen op 06 april 2026 via <https://ordomedic.be/nl/code-2018/professionaliteit>

Etaamb.Openjustice.Be. (2019, 14 mei). *Wet van 22/04/2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg*. Verkregen op 07 april 2026 via https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-22-april-2019_n2019041141.html

Justel databank. (2002, 22 augustus). Verkregen op 07 april 2026 via <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2002/08/22/2002022737/justel>

Ken je patiëntenrechten! (2025, 23 april). Verkregen op 07 april 2026 via <https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/advies-en-tips/mijn-rechten-als-patient#vrije%20keuze%20zorgverlener>

Volksgezondheid, F. (2025, 16 december). *Rechten van de patiënt*. FOD Volksgezondheid. Verkregen op 07 april 2026 via <https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/kwaliteit-veiligheid-gezondheidszorg/rechten-patient/rechten-patient>

RIZIV. (z.d.). *Medisch huis: Een forfaitaire vergoeding voor de geneeskundige verzorging*. Geraadpleegd op 10 april 2026 via <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/medische-huizen>

RIZIV. (2010). *Goed gebruik van GMD: Aanbevelingen*. Geraadpleegd op 10 april 2026 <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/globaal-medisch-dossier-aanbevelingen.pdf>

RIZIV. (z.d.). *Het elektronisch globaal medisch dossier (eGMD) van uw patiënt beheren*. Verkregen op 10 april 2026 <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/kwaliteitszorg-door-artsen/het-globaal-medisch-dossier-gmd-van-uw-patient-beheren>

HDMP Cedegim Group (z.d.), HealthOne [Software]. <https://healthone.be/>

Beoogo. (z.d.). *Beoogo: Het samenwerkingsplatform voor gezondheidswerkers*. Geraadpleegd op 15 maart 2026, van <https://www.beoogo.com>

Datamarinier. (2026). <https://www.huisartszoeker.be/>

12.3 Bijlagen

Bijlage 1: Retroplanning

Deadline	Bachelor proef
02/06/2026	Presentatie bachelorproef
01/06/2026	Indien presentatie bachelor paper
31/05/2026	PowerPoint presentatie
27/05/2026	Indienen papieren versie bachelor proef
26/05/2026	Opladen bachelor paper
22/05/2026	Drukkerij (printen + inbinden)
19/05/2026	Laatste controle
17/05/2026	Besluit + inleiding
14/05/2026	Aanpassingen na feedback stagementor
10/05/2026	Advies behoud toekomst + meerwaarde
03/05/2026	Oplossingsgericht luik
18/04/2026	Extra aandachtspunten
11/04/2026	Ethisch en juridisch kader
05/04/2026	Aanpassingen na feedbackmoment
02/04/2026	Individueel feedbackmoment
27/03/2026	Indienen 1 ^{ste} versie
22/03/2026	Impact zorgcontinuïteit en toegankelijkheid
15/03/2026	Analyse huidige situatie
05/03/2026	Start Literatuurstudie
04/03/2026	Terugkomdag
04/03/2026	Vorbereidingen terugkomdag
20/02/2026	Indienen voorstel bachelor paper

Bijlage 2: Voorbeeld brief heroriëntering / einde inschrijving



Naam
Adres
Woonplaats

Uw contactpersoon

x

E-mail contactpersoon

secretariaat@dewijkpraktijk.be

Onze referentie

Einde inschrijving

Beste patiënt

Wij sturen u dit bericht omdat uw adres buiten onze inschrijvingszone ligt.

Als De Wijkpraktijk vinden wij het belangrijk om zorg te kunnen bieden aan mensen die dichtbij wonen. We vinden het erg belangrijk om al onze patiënten correcte en goede zorg te bieden. Deze kwaliteit van zorg kunnen wij helaas niet garanderen wanneer u buiten onze werkingszone woont.

Concreet wil dit zeggen dat u op zoek moet gaan naar een huisarts in uw buurt. Dit heeft voor u als patiënt alleen maar voordelen: reistijden worden minder lang, zorg kan nabij aangeboden worden, behandelingen kunnen beter opgevolgd worden en ook huisbezoeken worden terug mogelijk. Dit is ook op lange termijn belangrijk wanneer u iets ouder wordt of ernstig ziek zou worden.

Via Huisartszoeker kan u op zoek gaan naar een nieuwe huisarts: www.huisartszoeker.be
Indien gewenst kunnen we u bij deze warme overdracht helpen. Mogelijke opties zijn:

- Wijkgezondheidscentrum De Mozaïek
Hollandstraat 21/27, 2060 Antwerpen
[03 377 97 27](tel:033779727)

Zodra u een nieuwe huisarts heeft gevonden, kan u zich uitschrijven in onze praktijk. U vindt een blanco uitschrijvingsformulier terug in de bijlage. Het is vanzelfsprekend dat we bij uitschrijving uw medisch dossier elektronisch bezorgen aan uw nieuwe huisarts.

Er is een overgangsperiode voorzien van 12 maanden, contacteer ons gerust, indien dit onvoldoende lang is om terecht te kunnen bij uw nieuwe huisarts. In afwachting van uw uitschrijving volgen wij uw dossier nog verder op.

Wij danken u voor het vertrouwen in onze praktijk en hebben u met veel plezier de afgelopen jaren geholpen.

Heeft u vragen of denkt u dat onze gegevens niet juist zijn? Laat het ons gerust weten:
03/369.39.99 of secretariaat@dewijkpraktijk.be

Met vriendelijke groeten
Het team van De Wijkpraktijk



De Wijkpraktijk

Paleisstraat 104, 2018 Antwerpen | Tel. 03 369 39 99 | www.dewijkpraktijk.be | secretariaat@dewijkpraktijk.be

Dr. Bram Spinnewijn | Dr. Katrien Cordemans | Dr. Viktor Lannoy | Dr. Laura Slagter (HAIO) | Dr. Jari Baert (HAIO)

Vpk Simonne Neefs | Vpk Karima Gariji | Vpk Katrien Roothans | Vpk Lene Claes
Psycholoog Wil Meeus | Psycholoog Hanne Hoefkens | Psycholoog Jonathan Pilate

BOV-coach: Yente Antonissen | Diëtiste Latifa Ajatter

Bijlage 3: Uitschrijvingsformulier

FORFAITAIRE BETALING
Kennisgeving van einde van inschrijving
Beslissing van de ingeschrevene

MEDISCH HUIS

Benaming: « De Wijkpraktijk »

Adres: **Paleisstraat 104**
2018 Antwerpen

Nr. R.I.Z.I.V.: 002576-43

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr verbond of Gewestelijke dienst:

Benaming:

Adres:

GEABONNEERDE:

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Rijksregisternummer:

De rechthebbende, ingeschreven in het Medisch Huis sedert
heeft beslist zijn inschrijving niet meer te verlengen vanaf

De rechthebbende

Datum:

Handtekening

Verantwoordelijke van het medisch huis

Datum:

Handtekening:

Bijlage 4: Gebruik GenAI: Grammaticale controle

1. Gebruikte AI-tool

ChatGPT-3.5

2. Beschrijving

Voor deze bachelorproef heb ik gebruik gemaakt van ChatGPT voor een grammaticale controle. Dit met de vraag om mijn tekst enkel grammaticaal na te kijken en niet aan te passen of te verbeteren met andere zinnen.

3. Screenshots chats

Chatsessie:

ChatGPT ▾

Graag volgende tekst nakijken op spellingsfouten, grammatica en leestekens zonder de tekst aan te passen en weergeven in opsomming: De data werden verzameld vanuit het elektronisch medisch dossier (EMD) HealthOne en het agendasytem Beoogo. Uit deze programma's werden patiënten aantallen en demografische gegevens geëxtraheerd op basis van interne praktijkregistratie. Deze gegevens zijn niet publiektoegankelijk en werden, volgens de GDPR-regels, geanonimiseerd verwerkt in Excel. Hierbij werd er een onderscheid gemaakt tussen patiënten binnen en buiten de afgebakende werkzone. Aantallen en percentages werden berekend en daarna visueel weergegeven in grafieken. Deze analyses vormen de basis om een totaalbeeld te krijgen van de patiëntenpopulatie en aanbevelingen met betrekking tot heroriëntatie van de patiëntenpopulatie te formuleren.

Hier zijn enkel de spellings-, grammatica- en leestekensfouten opgesomd (zonder de tekst inhoudelijk te herschrijven):

- "HealthOne" → "HealthOne" (optioneel als entity, geen fout)
- "Beoogo" → "Beoogo" (optioneel als entity, geen fout)
- "patiënten aantallen" → "patiëntenaantallen"
- "publiektoegankelijk" → "publiek toegankelijk"
- "de GDPR-regels" → "de GDPR-regels" (correct, maar in het Nederlands ook "AVG-regels" mogelijk — geen fout)
- "werd er een onderscheid gemaakt" → "werd een onderscheid gemaakt" (onnodig "er")
- "om een totaalbeeld te krijgen van de patiëntenpopulatie en aanbevelingen met betrekking tot heroriëntatie van de patiëntenpopulatie te formuleren" → herhaling "patiëntenpopulatie" (stilistisch, geen strikte fout)

📄 👍 🗨️ 📌 🔄 ...



4. Samenvatting en reflectie

De controle door ChatGPT heeft gezorgd voor een overzicht van vergeten leestekens en eventuele grammaticale fouten zonder de tekst anders te formuleren.

5. Reflectie op het gebruik van AI:

Het gebruik van de grammaticale controle door ChatGPT gaf mij een extra controle op gemaakte fouten en heeft de laatste hand gelegd aan mijn bachelorproef.

Bijlage 5: Gebruik GenAI: genereren flowchart

1. Gebruikte AI-tool

ChatGPT-3.5

2. Beschrijving

Voor deze bachelorproef heb ik gebruik gemaakt van ChatGPT om een flowchart te genereren van het stappenplan dat ik heb opgemaakt voor het heroriënteringsplan.

3. Screenshots chats

Chatsessie:

Kan je van dit stappenplan een flowchart maken? 8.3 Stappenplan
Inschrijfbeleid
1. Respecteren werkgebied
a. Adres navragen bij eerste contact
2. Geen inschrijving van nieuwe gezinsleden die buiten de zone wonen

Heroriëntering
1. Oplijsten van patiënten voor heroriëntering
a. Lijst opmaken patiënten buiten de zone
b. Patiënten sorteren op postcode
c. Patiënten uit gedoogde zone verwijderen
d. Patiënten screenen per arts
2. Overige patiënten scoren op de criteria van heroriëntering
3. Aanpak heroriëntering
a. Bepaling aantal patiënten + postcode
b. Patiënten contacteren i.v.m. heroriëntering
i. Mailen
ii. Herinneringsmail na 1 maand
iii. Opbellen na 2 maanden
c. Na eerste contact
i. Opvolging na 1 maand (telefonisch/mail)
d. Na elke volgend contact
i. Opvolging in daarop volgende maand (telefonisch/mail)
4. Uitschrijven van patiënt na goedkeuring van patiënt
5. Dossieroverdracht na goedkeuring van patiënt

Ja — ik maak er een duidelijke flowchart van voor je. ↓ van deze meteen gebruiken (bv. in PowerPoint, Word, of tools zoals Lucidchart / Miro), of kopiëren in een tool die **Mermaid** ondersteunt.

+ Stel een vraag

Instant



💡 Tips om dit visueel te maken

- Gebruik **2 kleurenblokken**:
 - ● Inschrijfbeleid
 - ● Heroriëntering
- Gebruik **pijlen naar beneden** voor de hoofdflow
- Gebruik **zijtakken** voor subacties (a, b, c, i, ii, iii)

👉 Wil je nog iets aanpassen?

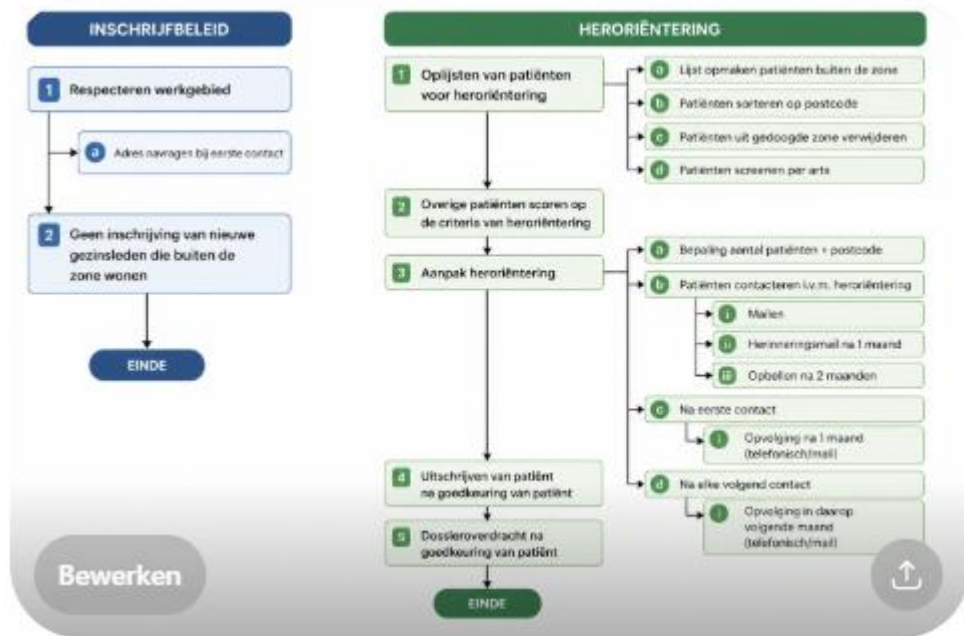
Ik kan dit ook:

- omzetten naar een **PowerPoint-slide**
- een **professionele infographic** maken
- of het eenvoudiger maken voor een handleiding / protocol

Zeg maar 🙌



Ja kan werken in ↓ uren voor inschrijfbeleid en heroriëntering alsook ze los van elkaar koppelen?



4. Samenvatting en reflectie

De flowchart heeft ervoor gezorgd dat mijn stappenplan visueel beter zichtbaar is.

5. Reflectie op het gebruik van AI:

Het gebruik van ChatGPT zorgde voor een visuele ondersteuning van mijn stappen, zodat het voor mezelf en de lezer visueel duidelijker is hoe het stappenplan in zijn werk gaat.