

Innovaties in de zorg voor kwetsbare ouderen

Joost BRONSELAER & Lut VANDEN BOER ⁽¹⁾

In deze bijdrage wordt een algemeen overzicht gegeven van innoveren in de zorg voor kwetsbare ouderen in Vlaanderen. Daarbij wordt in eerste instantie een beknopt beeld geschetst van de zorg voor ouderen in Vlaanderen. Vervolgens wordt stilgestaan bij de uitdagingen waar de ouderenzorg en een verouderende samenleving mee te maken hebben en krijgen. Die uitdagingen zijn richtinggevend voor verandering en innovatie in de ouderenzorg. De geschetste uitdagingen zijn daarom een belangrijk criterium om nieuwe initiatieven in de zorg voor ouderen aan af te meten. We behandelen ook andere innovatiecriteria die in de literatuur en de innovatiepraktijk voorkomen. Dit brengt ons tot een definitie van innovatie in de ouderenzorg. In het laatste deel richten we onze blik op concrete voorbeelden van innovaties in Vlaanderen. Omwille van de veelheid aan soorten en vormen van innovaties bleek het onmogelijk daarbij volledigheid of diepgang aan de dag te leggen. We focussen daarom aan de hand van concrete voorbeelden op drie belangrijke clusters van innovaties in de ouderenzorg (beleidsinnovaties, innovaties op vlak van dienstverlening en organisatiegerichte innovaties).

1. Inleiding

Innoveren in de zorg voor ouderen is bij verschillende van de betrokken stakeholders de laatste jaren een belangrijk aandachtspunt geworden. Die groeiende aandacht wordt doorgaans verklaard vanuit de overtuiging dat innovatie nu en in de toekomst noodzakelijk zal zijn om aan verschillende maatschappelijke en institutionele uitdagingen het hoofd te bieden binnen een vergrijzende

(1) Joos Bronselaer is wetenschappelijk medewerker bij het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Overheid).
Lut Vanden Boer is wetenschappelijk medewerkster bij het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Overheid).

samenleving. De prognoses opgenomen in de omgevingsanalyse van het Vlaams ouderenbeleidsplan 2010-2014 maken duidelijk dat Vlaanderen anno 2013 een hoger percentage 'ouderen' (afgemeten aan het percentage 65-plussers) kent dan de andere gewesten in België. Vlaanderen scoort op deze indicator ook hoger dan het EU 27-gemiddelde. Bovendien blijft dit Vlaams percentage de komende jaren fors toenemen en is de verwachting dat het aandeel 65-plussers in de bevolking pas in 2035 onder het EU-gemiddelde zakt. De uitdagingen die met deze cijfers gepaard gaan, zijn groot.

Innovatie wordt in toenemende mate als een manier gezien om met die uitdagingen om te gaan. De groeiende aandacht, de uiteenlopende initiatieven als ook de verscheidenheid aan definities en criteria die door de verschillende betrokken actoren worden gebruikt om zorginnovaties als dusdanig te benoemen, maken het moeilijk om de bomen door het bos te zien. Deze bijdrage wil daarom een achtergrondkader bieden over innovatie in de Vlaamse ouderenzorg waarop in de toekomst meer specifieke bijdragen kunnen worden geënt. Daartoe wordt in eerste instantie een afbakening gemaakt van de Vlaamse ouderenzorg. Vervolgens wordt innovatie in de ouderenzorg gedefinieerd en worden de vaak geciteerde uitdagingen waarmee de sector te maken heeft, beschreven. We behandelen ten slotte de plaats van de belangrijkste actoren in het innovatiesysteem en schetsen een beeld van de wijze waarop ze met innovatie in de ouderenzorg omgaan.

2. De zorg voor ouderen in Vlaanderen

Wanneer ouderen niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, is de mantelzorger of het beroep doen op informele zorgverstrekkers doorgaans een eerste stap naar meer ondersteuning. Mantelzorgers situeren zich doorgaans binnen het familiaal netwerk (partner, kinderen...) of vriendschapsnetwerk (buren, vrienden...) van de zorgbehoevende oudere. Wanneer zelfzorg en informele zorg de noden niet meer alleen kunnen opvangen, wordt een beroep gedaan op het formeel of professioneel zorgaanbod. De georganiseerde zorg voor ouderen wordt in Vlaanderen decretaal samengevat onder de noemer 'woonzorg' waarbij ouderenvoorzieningen zich exclusief richten tot personen van 65 jaar en ouder, terwijl thuiszorgvoorzieningen hulp verlenen aan elke zorggebruiker met een specifiek profiel, ongeacht de leeftijd.

Professionele thuiszorg is doorgaans de eerste schakel in de formele hulpver-

lening aan ouderen. Er bestaat een ruime waaier aan diensten en voorzieningen die thuiszorg aanbieden, zoals diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor thuisverpleging, diensten voor logistieke hulp. Thuiszorg staat open voor alle leeftijdsgroepen maar een aanzienlijk aandeel van de gebruikers zijn ouderen. Residentiële ouderenvoorzieningen zijn bedoeld voor 65-plussers en bieden tijdelijk of permanent huisvesting en zorg. Tijdelijke opvangvormen zoals dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf staan voor een beperkte periode overdag en/of 's nachts in voor de opvang en de verzorging van de hulpbehoevende oudere. Het tijdelijk overnemen van de zorg geeft enig respijt aan de mantelzorger en draagt ertoe bij dat de oudere langer thuis kan blijven wonen. Binnen het residentiële zorgaanbod voor ouderen zijn er verder de assistentiewoningen en serviceflats waar ouderen permanent verblijven, en van een beperkte hulp en zorgomkadering kunnen gebruikmaken. Een nog ruimere zorgomkadering is voor 65-plussers voorzien binnen woonzorgcentra.

3. Innovatie: what's in a name?

Innovatie wordt in de literatuur op uiteenlopende manieren gedefinieerd waarbij het aantal en de aard van gebruikte criteria variëren om het label innovatie toe te kennen. Een overzicht van gangbare criteria is te vinden bij Verleye & Gemmel (2009) die een raamwerk ontwikkelden voor het inschatten van het innovatiegehalte van nieuwe initiatieven in de ouderenzorg. Vier criteria worden onderscheiden: de perceptie van nieuwheid, het leveren van een bijdrage aan de uitdagingen in een verouderende samenleving, de uitwerking van een idee en het diffusiepotentieel.

Het criterium 'gepercipieerde nieuwheid', dat volgens sommigen volstaat om van een innovatie te spreken, zit onder andere vervat in de vaak geciteerde definitie van Rogers (1995) die innovatie omschrijft als "*an idea, practice or object that is perceived as new by an individual or other unit of adaptation*". Nieuw kan daarbij uiteenlopende interpretaties hebben zoals: compleet nieuwe oplossingen, nieuw in de zorgcontext waarbinnen de oplossing wordt gebruikt of een verbetering van bestaande oplossingen. Sommige innovatie-onderzoekers beklemtonen dat een nieuwe oplossing niet enkel nieuw maar steeds ook beter of effectiever moet zijn dan bestaande oplossingen om het label van 'een innovatie' te mogen dragen. Aan de hand van meetbare outcomes (zoals tevredenheid, welbevinden of kostenreductie) zou die effectiviteit aantoonbaar zijn.

Bovendien wordt aangenomen dat innoveren binnen het domein van de ouderenzorg geen doel op zichzelf vormt maar dient in te spelen op achterliggende sociale doelen. In die zin worden innovaties beschouwd als (deel)oplossingen voor huidige of toekomstige uitdagingen waar de ouderenzorg of een verouderende samenleving mee te maken heeft. Gezien die uitdagingen divers zijn (zie infra) hoeft het ook niet te verbazen dat de meningen verdeeld zijn over de doelen waarop innovaties zich moeten richten. Waar sommigen menen dat innovaties enkel de oudere in zijn/haar hoedanigheid van zorggebruiker ten goede moet komen, menen anderen dat innovaties ook oplossingen moeten bieden aan problemen zoals het personeelstekort in de zorgsector of het betaalbaar houden van zorg.

Daarnaast wordt gewezen op de mate waarin een oplossing is uitgewerkt en geïmplementeerd, wat wijst op het gradueel karakter van een innovatie gaande van een idee (creativiteit), over try outs, concretisering, implementatie (innovatie) tot evaluatie (verandering). Meer uitgewerkte oplossingen (producten, procedures, diensten...) kunnen vanuit die optiek als innovatiever worden bestempeld.

Het diffusiepotentieel ten slotte verwijst naar de mate waarin innovaties ruimer overdraagbaar zijn naar de zorg voor ouderen. De onderliggende redenering is dat geïsoleerde initiatieven minder kracht hebben om te kunnen omgaan met de problemen en uitdagingen in een verouderende samenleving dan initiatieven die ruimer toepasbaar zijn. Het criterium van diffusie lijkt eerder relevant om het innovatiegehalte van nieuwe oplossingen op macroniveau te beoordelen.

Innovaties in de zorg voor ouderen kunnen we dus omschrijven als “nieuw gecorporeerde oplossingen die een antwoord bieden op de uitdagingen in een verouderende samenleving waarbij het innovatiegehalte van de oplossing af te lezen valt van criteria als de mate van nieuwheid, de mate van effectiviteit, het diffusiepotentieel of de graad van implementatie”.

4. Innovatie als antwoord op maatschappelijke uitdagingen

Innovaties in de ouderenzorg worden doorgaans gezien als een antwoord op verschillende maatschappelijke en institutionele veranderingen die zich als uitdagingen aandienen. Verleye & Gemmel (2009) komen op basis van literatuuronderzoek tot de bevinding dat innovatie kan bijdragen aan drie belangrijke uitdagingen binnen de ouderenzorg.

Een eerste belangrijke uitdaging is een toename en verandering van zorgvragen. De toename in zorgvragen is verklaarbaar vanuit de toegenomen levensverwachting met meer gezondheidszorggebruik en meer zorgafhankelijkheid tot gevolg. De omgevingsanalyse bij het Vlaams ouderenbeleidsplan (2010-2014) verduidelijkt dat bij de jongste ouderen (65 tot 84 jaar) nog een verbetering in gezonde levensverwachting optreedt, maar dat de toename in zorgvragen zich het meest uitgesproken stelt (en zal stellen) bij de groep van de oudste ouderen (85-plus), waar vrouwen duidelijk de meerderheid (zullen) uitmaken. Met betrekking tot de verandering van zorgvragen wijzen Verleye & Gemmel (2009) onder andere op: een toename van het aantal personen met alzheimer of dementie, de verwachting dat ouderen van vreemde origine in de toekomst meer gebruik zullen maken van formele zorg, de toegenomen verwachtingen ten aanzien van ouderenzorg en een versterkte positie van ouderen en hun familie doordat ze cliënten in plaats van patiënten werden.

Een tweede belangrijke uitdaging vormt de schaarste aan beschikbare zorgverstrekkers. Een belangrijk gegeven in dit verband is dat verschillende Vlaamse behoeftenonderzoeken uitwijzen dat ouderen er doorgaans de voorkeur aan geven zo lang als mogelijk in hun eigen thuisomgeving te vertoeven. Ook de overheid wil mensen “zo lang als mogelijk zelfstandig laten leven, binnen de grenzen van wat voor de persoon zelf, voor de mantelzorger en voor de maatschappij draagbaar is” (WVG Beleidsnota, 2009-2014). Tegelijk plaatsen demografische en economische ontwikkelingen die parallel lopende voorkeuren van overheid en ouderen onder druk. De evolutie in de familiale zorgindex⁽¹⁾ maakt duidelijk dat steeds meer (potentieel) zorgbehoevende ouderen (80-plussers) ten overstaan van minder (potentieel) zorgverlenende vijftigers komen te staan. Die evolutie tekende zich de voorbije tien jaar af en zet zich de komende jaren verder door (Omgevingsanalyse, Vlaams ouderenbeleidsplan, 2010-2014). De informele zorgbalans (evenwicht vraag vs. aanbod) wordt daarbij onder meer uitgedaagd door een afname van de gezinsomvang (meer alleenstaanden en minder kinderen per gezin), wijzigingen in de gezinssamenstelling en de evolutie naar tweeverdienersgezinnen die de combinatie van werk, gezin en informele zorg niet evident maakt (Bosschaerts, e.a., 2011). Bij de sandwichgeneratie, die zowel voor hun eigen kinderen als hun ouder wordende ouders moeten zorgen, stelt de combinatie van druk zich het scherpst (Verleye & Gemmel, 2009).

(1) De familiale zorgindex is gedefinieerd als de verhouding tussen het aantal hoogbejaarden (80-plus) en het aantal 50- tot 59-jarigen, en wordt als indicator gezien voor de verwachte tekorten in de informele zorg.

Mede door deze ontwikkelingen wint het formeel zorgaanbod aan belang maar schaarste is bij sommige zorgvormen een belangrijke realiteit. Met name binnen de residentiële zorgvormen blijft er een kloof tussen de erkende capaciteit en de capaciteit die objectief nodig is op basis van programmatiecijfers (VRIND, 2012). Een bijkomend en onderliggend probleem is de beschikbaarheid van voldoende geschoold personeel door onvoldoende personeelsinstroom en personeelsverloop. Hiervoor bestaan verschillende verklaringen. Verleye & Gemmel (2009) wijzen onder meer op het groot aandeel van deeltijds tewerkgestelde personeelsleden, maar ook op de grote werklast en de zware fysieke en emotionele belasting van het zorgpersoneel.

Een derde uitdaging betreft de financiële duurzaamheid (Verleye & Gemmel, 2009). In het zoeken naar een evenwicht tussen uitgaven en kosten, wordt benadrukt dat het economisch belang van ouderen niet mag worden onderschat. Jonge ouderen consumeren het meest van alle leeftijdsgroepen en geven, vergeleken met jongere generaties, meer uit aan cultuur, gezondheid en energie. Ouderen kunnen bovendien ook als dienstverleners (vrijwilligerswerk, mantelzorg) bijdragen aan de economische productiviteit (Omgevingsanalyse Vlaams ouderenbeleidsplan, 2010-2014). Desondanks wordt verwacht dat de toename van het aantal (zorgafhankelijke) ouderen op termijn leidt tot meer gebruik van gezondheidszorg en ouderenzorg, waardoor de zorguitgaven toenemen. De groeiende uitgaven worden door sommigen ook verklaard vanuit een gebrek aan effectiviteit en efficiëntie in de ouderenzorg (Verleye & Gemmel, 2009).

Langs de kant van de gebruiker wordt echter verwacht dat ouderenzorg betaalbaar blijft voor ouderen en tegelijk voldoet aan principes van kwaliteitsvolle zorg. Hermans & Vranken (2010) stellen bijvoorbeeld dat zorginnovatie vooral de gebruiker moet ten goede komen, en moet bijdragen aan betere en meer kwaliteitsvolle zorg. Kwaliteit van zorg vanuit het oogpunt van de oudere gebruiker en zijn omgeving laat zich concreter vertalen in concepten als levenskwaliteit, autonomie en zelfbeschikking, participatie, verbondenheid of inclusie.

5. De diversiteit aan innovaties, een poging tot ordening

Nu we weten waar de belangrijke uitdagingen binnen de ouderenzorg zich situeren, richten we onze blik op mogelijke antwoorden. Om de verscheidenheid aan innovaties binnen de ouderenzorg te groeperen, bestaan er in de literatuur

verschillende innovatietypologieën. Die groeperen innovaties onder een gemeenschappelijke noemer, met als doel te ordenen. Een vaak gebruikt criterium daarbij is de functionaliteit of het toepassingsdomein van een innovatie. In navolging van andere innovatietypologieën komen Verleye en Gemmel (2009) tot drie groepen van innovaties gerelateerd aan dienstverlening, organisatie en het zorgbeleid. Organisatie-innovaties verwijzen daarbij onder meer naar vernieuwing in managementsystemen, structuren, administratieve processen, samenwerking en personeelsontwikkeling. Dienstverleninggerelateerde innovaties groeperen onder andere vernieuwingen op vlak van zorgproducten, zorgdiensten en informatietechnologie. Beleidsinnovaties ten slotte verwijzen naar vernieuwingen in het beleid van de overheid. Daarbij wordt benadrukt dat de verschillende categorieën niet los van elkaar kunnen bekeken worden en dat een innovatie zich in verschillende groepen kan situeren. De drie categorieën verwijzen volgens de auteurs bovendien naar de drie belangrijke actoren binnen de ouderenzorg, namelijk de overheid (beleidsinnovaties), de cliënt en zijn naaste omgeving (dienstinnovaties), en de (zorg)organisaties en het personeel (organisatie-innovaties).

Traditioneel werd innovatie gezien als een controleerbaar, voorspelbaar en relatief lineair verlopend proces. Een innovatie werd daarbij opgevat als een opeenvolging van een aantal belangrijke gebeurtenissen. Meer recente en moderne innovatievisies benadrukken dat een innovatieproces minder voorspelbaar en controleerbaar verloopt. Innoveren wordt bovendien opgevat als een collectief proces dat door verschillende actoren tot stand komt en waarbij de gebruiker ook actiever wordt betrokken. De relevante actoren kunnen daarbij omschreven worden als min of meer afgrensbare entiteiten die zich op uiteenlopende niveaus situeren. Via verschillende soorten van relaties zijn ze verbonden in een innovatiesysteem of netwerk. Naast de reeds genoemde actoren (de ouderen en hun familie, de overheid, de zorgorganisaties en het personeel) nemen in moderne innovatieprocessen ook andere actoren, zoals kenniscentra, koepelorganisaties, intermediaire organisaties of private ondernemingen, een belangrijke plaats in.

5.1. Beleidsinnovaties

5.1.1. De innovatieve overheid

Door het voeren van een vernieuwend inhoudelijk beleid rond ouderenzorg, kan de overheid zelf als innovator optreden. Vranken & Hermans (2008) wijzen daarbij op het belang van een langetermijnvisie op zorg omdat net in dit perspectief de toekomst en de eraan verbonden veranderingsprocessen in beeld komen en men het verschil tussen korte- en langetermijnresultaten kan zien. Verleye & Gemmel (2009) zien in het gevoerde ouderenbeleid in Vlaanderen en internationaal vier belangrijke beleidsinnovaties.

Ten eerste verwijzen ze naar **decentralisatie**, waarmee gewezen wordt op het doorschuiven van bevoegdheden van de centrale overheid naar lokale overheden. Dit laat regionale differentiatie toe binnen landen waarbij het aanbod van zorg beter kan afgestemd worden op de vraag. Vlaanderen deelt wat de ouderenzorg en thuiszorg betreft deels zijn bevoegdheden met de federale overheid. De Vlaamse overheid ontwikkelde bovendien het lokaal sociaal beleid waarmee lokale overheden de bevoegdheid kregen een eigen sociaal beleid uit te stippelen. Dit lokaal beleid kreeg ten aanzien van ouderen in het verleden onder andere vorm in het opstellen van een lokaal ouderenbeleidsplan.

Een tweede beleidsinnovatie betreft **de-institutionalisering** en de daarmee gepaard gaande differentiatie in het zorgaanbod. Waar zorgbehoevende ouderen traditioneel enkel de keuze hadden tussen thuis of in een ‘rusthuis’ verblijven, bestaat er vandaag een gedifferentieerd zorgaanbod. In Vlaanderen voltrok die zorgdifferentiatie zich de voorbije dertig jaar stapsgewijs. Belangrijke mijlpalen zijn het ouderendecreet (1985), het thuiszorgdecreet (1998), de zorgverzekering (1999) en het woonzorgdecreet (2009). Die evolutie is, aldus Verleye en Gemmel (2009), ingegeven door drie belangrijke motieven. Ten eerste komt een meer gedifferentieerd aanbod tegemoet aan de toegenomen en veranderende noden van ouderen. Ten tweede bestaat de overtuiging dat semi-residentieel en ambulante aanbod goedkoper is dan residentieel aanbod. Ten slotte komt de aandacht voor informele zorg tegemoet aan het personeelstekort.

Een derde beleidsinnovatie, namelijk **integratie** van het zorgaanbod, kwam er als reactie op de differentiatie van het aanbod. De verschillende nieuwe zorgvormen leidden immers tot overlap en lacunes in het aanbod, waardoor het ontbrak aan vraaggerichtheid en kosteneffectiviteit. De integratie van verschil-

lende zorgvormen werd in de Vlaamse ouderenzorg vooral gestimuleerd door aanbodgerichte integratie (samenwerking tussen zorgorganisaties) onder meer vanuit het thuiszorgdecreet en het woonzorgdecreet. Veel minder werd in het verleden ingezet op vraaggerichte integratie waarbij het zorgaanbod op maat van gebruikers wordt ingericht.

De professionele zorg voor ouderen wordt in Vlaanderen voor het grootste deel opgenomen door publieke en non-profitorganisaties. Ruim twintig jaar geleden groeide het besef bij de overheid dat publieke en private organisaties best samen de toenemende en veranderende zorgbehoeften zouden aanpakken. Die tendens, die tot uiting komt in een groeiend aantal private zorgorganisaties in de Vlaamse ouderenzorg, wordt omschreven als vermarkting of **privatisering** van de zorg. Verleye & Gemmel (2009) vatten dit op als een vierde beleidsinnovatie die inspeelt op de financiële uitdagingen in de ouderenzorg.

5.1.2. De faciliterende overheid

Naast innovator kan de overheid echter ook faciliterend en ondersteunend optreden ten aanzien van andere actoren in het innovatiesysteem. Vranken & Hermans (2008) geven aan dat een overheid die faciliterende rol heel divers kan invullen, onder andere door het faciliteren van neutraal eigenaarschap van samenwerkingsverbanden, het dereguleren en ruimte creëren voor creativiteit, het aansturen en faciliteren van kennisproductie met betrekking tot zorg, of het faciliteren van een ander personeelsbeleid en loopbaanmogelijkheden. Concrete voorbeelden van die faciliterende rol zijn er bij overheden op verschillende bestuursniveaus terug te vinden.

Op lokaal niveau is het **LiCalab** (*living & care lab* of proeftuin wonen en zorg), opgericht op initiatief van de stad Turnhout, een interessant voorbeeld. Gestemd op de principes van open kennisdeling en co-creatie, creëert een *living lab* (of proeftuin) een platform waarop gebruikers/inwoners, creatieve krachten, experts en onderzoekers worden samengebracht met ondernemers om elkaar, en vooral de innovatie die wordt ontwikkeld, te verrijken. De stad Turnhout ging daartoe in 2009 een partnerschap aan met Janssen Pharmaceutica en Thomas More.

Op Vlaams niveau is er het **Flanders' Care-project** dat “op aantoonbare wijze en door innovatie het aanbod van kwaliteitsvolle zorg wil verbeteren en verantwoord ondernemerschap in de zorg economie wil stimuleren”. Dit gebeurt

door in te zetten op een aantal thema's zoals de zorg om talent, gegevensdeling in de zorg, en de zorg voor ouderen en mensen met een beperking. Binnen dit laatste thema situeren zich zogenaamde 'demonstratieprojecten' alsook 'de proeftuin Zorginnovatieruimte Vlaanderen'. Met de demonstratieprojecten wil de Vlaamse overheid een brug slaan tussen onderzoek en ontwikkeling enerzijds, en anderzijds de uitrol van innovatie over Vlaanderen en daarbuiten. De demonstratie dient het nut van de vernieuwing voor de zorgbehoevende te bewijzen, waardoor succesvolle verspreiding in Vlaanderen en daarbuiten mogelijk wordt. Een demonstratieproject vertrekt vanuit de praktijknood van een zorgactor en richt zich op thematische beleidsthema's zoals zelfredzaamheid, gegevensdeling via ICT of preventie. Medio 2013 zijn de demonstratieprojecten aan een vierde oproep toe. Onder de veertien geselecteerde demonstratieprojecten uit de drie eerste oproepen, hadden er zes expliciet betrekking op de zorg voor ouderen (www.flanderscare.be).

De '**proeftuin Zorginnovatieruimte Vlaanderen**' werd eind 2012 gelanceerd en heeft als doel om innovatieve zorginitiatieven te ondersteunen, waarbij aandacht besteed wordt aan alle aspecten van ouderenzorg, inclusief preventie (o.a. tegengaan van sociale kwetsbaarheid, verhogen van de kwaliteit van de huisvestingssituatie), sensibilisering, detectie, interventie en zorg. Een zorgproeftuin wordt omschreven als een omvangrijke verzameling van gebruikers die een product of dienst testen tijdens hun alledaagse bezigheden in hun thuis- of werkomgeving. Het concept moet ook toelaten om de innovatie bij te sturen en/of te versnellen, en/of om toekomstige noden te capteren. Recent werd het officiële startschot gegeven voor vier platformen, verspreid over Vlaanderen, elk met eigen accenten en projecten (www.zorgproeftuinen.be).

Een eerste platform, 'Actief Zorgzame Buurt', wil in Antwerpen en Brussel een buurtgericht model van zorgorganisatie in een grootstedelijke context ontwikkelen en wil onderzoeken hoe de professionele zorg, de zelfzorg, de mantelzorg en informele zorg, kan ondersteunen en versterken. Het platform 'Ageing in Place' (AIPA) situeert zich in de regio Aalst en wil infrastructurele, sociale en maatschappelijke voorwaarden testen om 'ouder worden in de eigen leefomgeving' mogelijk te maken. Een derde platform, 'InnovAGE' in de regio Leuven, wil mogelijkheden en opportuniteiten verkennen om via informatiedeling tussen leefomgeving en zorginformatiesystemen bij te dragen tot meer kwaliteit van zorg en het beheersbaar houden van de zorgkosten, met focus op ouderen met een complexe zorgbehoefte. Het laatste platform, 'Living and Care

Lab' (LiCalab) in de regio Kempen, wil, vertrekkende vanuit vijf centrale thema's (zelfstandig leven, wonen, actief ouder worden, integrale zorg en welzijn in de stad), een experimenteeromgeving creëren voor bedrijven en (zorg)organisaties die de huidige en toekomstige noden van gebruikers willen capteren en hun innovaties hierop willen afstemmen zodat ze een snellere en betere toegang vinden tot de gebruikersgroep.

Op federaal niveau is er het **RIZIV protocol 3** dat voorziet in twee oproepen voor het indienen van zorgvernieuwingsprojecten voor alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen. De eerste oproep startte medio 2009 en selecteerde binnen de Vlaamse Gemeenschap 47 projecten. Zorgorganisaties uit de ouderenzorg en thuiszorg kregen na selectie van het project een financiering voor het uitrollen van een project. Medio 2013 is een tweede oproep voor het indienen van projecten lopende.

5.2. Dienstverlening gerelateerde innovaties

In de innovatietypologie van Verleye & Gemmel (2009) spitsen dienstverleninggerelateerde innovaties zich toe op de (ondersteuning van) ouderen en hun omgeving. Een autonome leefwijze is de wens van de overgrote meerderheid van de ouderen, ook wanneer ze zorgbehoevend zijn/worden. Onderzoek wees uit dat niet alleen ondersteuning van de kwetsbare oudere, maar ook van de informele zorgverleners, vaak cruciaal is om dit te verwezenlijken (Lopez-Hartmann e.a., 2012). Binnen een vergrijzende samenleving vragen die uitdagingen extra aandacht en innovierend vermogen. Het ruime gamma aan dienstverleninggerelateerde innovaties groeperen we in drie grote clusters, met voorbeelden van goede praktijken: zorg op afstand, assistieve technologie en inclusieve zorgvormen. We focussen daarbij vooral op vernieuwende initiatieven die ouderen en hun omgeving ondersteunen om zo lang als mogelijk zelfstandig (thuis) te blijven wonen of om naar de thuisomgeving terug te keren.

5.2.1. Telecare - zorg op afstand

Met de overkoepelende term 'telecare' bedoelen we alle zorg die op afstand wordt verleend, zonder dat de zorgverlener en de zorgvrager in elkaars fysieke nabijheid verkeren (Peetermans e.a., 2004). Zorg op afstand kan met behulp van verschillende technologieën tot stand komen, zoals telemonitoring (bv. personenalarmering), telenursing (bv. opvolging van medische parameters), te-

lemedicine (bv. consultatie op afstand), telecontact (bv. beeldcommunicatiesystemen), tele-informatie (bv. doelgroepgerichte tv-kanalen).

De **personenalarmering** is in Vlaanderen een van de meest gebruikte en verspreide technologische toepassingen in de thuiszorg, gaande van een ‘klassiek’ personenalarmtoestel, een gsm met alarm- en gps-functie (‘actieve alarmering’) tot een personenalarmsysteem met sensoren op maat van de gebruiker (‘passieve alarmering’). ‘Actieve’ systemen werken via een drukknop die de zorgbehoevende zelf bedient. Bij ‘passieve’ systemen gaat het om automatische signaaldetectie op basis van een aantal risico’s die te maken hebben met de eigen veiligheid en de leefomgeving zoals vallen of dwalen. De bedoeling is telkens dat een cascade van hulpverleningsmogelijkheden in gang wordt gezet bij een risicosituatie.

Een meer geavanceerde vorm van alarmering is ingebed in een ‘**slimme omgeving**’ die verwijst naar het zogenaamde *Ambient Assisted Living*-concept (AAL). Allerlei technologische snufjes maken het mogelijk om aan ‘levenspatroonherkenning’ (*lifestyle monitoring*) te doen. Intelligente sensoren in de woon- en leefomgeving registreren en analyseren de dagelijkse bewegingen en activiteiten van de oudere (bv. toiletgebruik, medicijngebruik, aanwezigheid in bed, openen van de koelkast...). Bij afwijkingen van het ‘levenspatroon’ reageert het systeem. Het Rosetta-project in het kader van het Europees programma *Ambient Assisted Living* (AAL) is een voorbeeld van actieve en passieve alarmering. De doelgroep zijn beginnend dementerenden die nog thuis wonen met hun partner. Een geheel van bewegingssensoren (deurcontacten, bed- en stoelsensoren en camera’s, in combinatie met een personenalarmsysteem) zorgt voor permanente monitoring, waardoor de oudere persoon op een veilige en zelfstandige manier in zijn of haar woning kan blijven wonen. Samen met de mantelzorger en de nabije omgeving ervaart hij/zij een verhoogd veiligheidsgevoel (www.aal-europe.eu).

Beeldtelefonie of beeldcommunicatie is een vorm van tweewegcommunicatie, waarbij de oudere (of de mantelzorger) en de hulpverlener zich op verschillende locaties bevinden, maar elkaar kunnen horen en zien. Doordat steeds een hulpverlener beschikbaar is bij vragen of problemen voelt de oudere zich veiliger en minder alleen, waardoor de kans op zelfstandig blijven wonen vergroot. Naast de contact-, begeleidings- en informatiefunctie biedt beeldtelefonie ook kansen voor zorgbemiddeling vanop afstand. De hulpverlener neemt vanop afstand deel aan een cliëntenoverleg dat bij de cliënt thuis wordt georganiseerd

(Peetermans e.a., 2004). In het kader van Flanders' Care loopt momenteel het demonstratieproject 'beeldcommunicatie in de thuiszorg' dat wil aantonen dat beeldcommunicatie en internetgebruik via een tabletcomputer de kwaliteit van zorg verbetert en vereenzaming doorbreekt bij hulpbehoevende ouderen, personen met een beperking en personen die chronisch ernstig ziek zijn. Het project laat gebruikers communiceren met familie, vrienden, vrijwilligers en thuisverzorgers.

5.2.2. Assistieve technologie - domotica

De *Royal Commission on Long-Term Care (RCLTC, 1999, o.c. in Peetermans e.a., 2004)* stelt dat 'assistieve technologie' een overkoepelende term is voor 'elk systeem of toestel dat een persoon toelaat een taak te vervullen die hij anders onmogelijk kon doen, of het gemak en de veiligheid verhoogt waarmee de taak kan worden uitgevoerd'. Technologische hulpmiddelen worden ingezet/geïntegreerd om functionele beperkingen (zintuiglijk, mentaal, beweging, communicatie...) te compenseren.

Assistieve **roboticotechnologie** assisteert ouderen in hun dagelijkse bewegingen of taken. De juiste hulpmiddelen kunnen bijdragen tot de zelfstandigheid en de autonomie van mensen met een beperking, en hen helpen de regie van het leven in eigen handen te nemen en te houden. We verwijzen bijvoorbeeld naar hulpmiddelen voor het bedienen van de deur, het aannemen van de telefoon, het openen van de gordijnen, het automatisch uitschakelen van het fornuis, het in en uit bed stappen... (viWTA, 2007).

Een ander veelgebruikt concept in dit verband is '**domotica**' dat kan omschreven worden als 'een geïntegreerd systeem dat alle elektrische componenten in een woon-of leefomgeving bedient, beheert en op een intelligente manier laat samenwerken, met als doel het verhogen van het comfort, de communicatie, de veiligheid, het energiebeheer' (<http://cretecs.khbo.be>). Niet alleen in de eigen woning maar ook in woonzorgcentra en assistentiewoningen zorgen domotica-toepassingen (het aan- en uitschakelen van de verlichting, het openen en sluiten van de zonwering, automatische toegangscontrole, bewegingsmelders...) voor een grotere veiligheid, een betere communicatie en meer comfort, zowel voor de bewoners als voor het personeel. De ontwerp-gids geïntegreerde leef- en woonautomatisering (Torfs e.a., 2012) geeft een overzicht van de talloze mogelijkheden op dit vlak.

Dat zorgtechnologie ook een belangrijk beleidsthema is, blijkt uit de vierde oproep voor demonstratieprojecten binnen Flanders' Care die medio 2013 werd gelanceerd en focust op het thema 'Technologieën die thuiszorg bevorderen en/of de autonomie van de zorgbehoevende persoon versterken' (assistieve technologieën, technologie die een gebrek kan compenseren; interfacetechnologie; technologie voor een aangepaste woning; monitoringapplicaties; isolement doorbrekende oplossingen).

Een interessant samenvattend praktijkvoorbeeld van de wijze waarop thuiszorgtechnologie wordt ingezet om ouderen langer zelfstandig thuis te laten blijven, is het **Home Sweet Home**-project in Antwerpen. De technologie die in de woning van een pilootgroep van ouderen werd geïnstalleerd, heeft verschillende toepassingen: veiligheid (van een elektrisch deurslot met afstandsbediening tot een overal bruikbaar persoonlijk alarmtoestel); gezondheid (bloeddruk, gewicht en andere medische facetten kunnen zelf gemeten worden en op afstand opgevolgd worden door de medische staf); communicatie (de mogelijkheid om live gesprekken te voeren vanaf het tv-toestel met anderen aan een computer); preventie (via de computer krijgen de ouderen geheugentraining om hun cognitieve functies op peil te houden) (www.zorgbedrijf.antwerpen.be). De resultaten van de wetenschappelijke evaluatie (2014) moeten antwoord bieden op de hamvraag of ouderen inderdaad langer zelfstandig thuis kunnen wonen dankzij de ondersteuning van Home Sweet Home, in vergelijking met ouderen zonder die ondersteuning.

5.2.3. Inclusieve zorgvormen

Als derde cluster van innovatieve dienstverlening vermelden we de inclusieve zorgvormen. Diels e.a. (2013) omschrijven inclusieve zorg als 'aangepaste zorg die in de (buurt van de) thuissituatie wordt verstrekt als alternatief voor de traditionele residentiële zorg'. In plaats van een 'all - in' aanbod verschaft inclusieve zorg een samengesteld pakket van zorg dat de zorggebruiker in staat stelt om thuis te blijven. Enkele voorbeelden, ter illustratie.

De **Collectieve Autonome Dagopvang voor Ouderen (CADO)** is een kleinschalige dagopvang in een huis in de buurt. CADO biedt tijdelijke opvang aan zorgbehoevende personen die thuis wonen, en die behoefte hebben aan sociaal contact en aan ondersteuning bij dagelijkse activiteiten. Erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (eventueel samen met andere partners)

staan in voor de uitbating. Deze opvangvorm is een voorbeeld van een ‘nieuw’ concept dat via een pilootproject werd geoperationaliseerd, geëvalueerd, verder geïmplementeerd en verankerd in de wetgeving (vanaf 2013). Het evaluatieonderzoek wees uit dat er een grote behoefte aan tijdelijke opvang van zorgbehoevenden bestaat die aansluit bij hun leefgewoonten. De combinatie van mantelzorg en CADO betekent voor veel mensen een uitstel van residentiële verzorging in een woonzorgcentrum (De Maesschalck & Leys, 2012).

Gastopvang betekent dat een gastgezin een zorgbehoevende op bepaalde dagen overdag, ’s nachts of gedurende een aantal dagen opvangt in de eigen woning van het gastgezin. De gastgezinnen zijn vrijwilligers en fungeren als kleinschalig alternatief voor bijvoorbeeld dagopvang of kortverblijf. Het gastgezin biedt (re) activering, beperkte verzorging, gezelschap, toezicht of ADL- begeleiding. De professionele ondersteuning via de dienst voor gastopvang bestaat uit de coaching van het gastgezin, van aanmeldings- tot afrondingsfase. De oorsprong van deze nieuwe zorgvorm ligt in een projectmatige benadering vanaf 2002 en is pas erkend sedert het woonzorgdecreet (2009). Onderzoek naar de sterktes en zwaktes van het nieuwe aanbod, zowel vanuit het standpunt van de professionelen als van de zorggebruikers, is lopende in Vlaanderen (Diels e.a., 2013).

Een specifiekere vorm van gastopvang is de **zorgboerderij**. Zorgbehoevenden of mensen in moeilijkheden kunnen, begeleid door een voorziening, overdag op een zorgboerderij terecht voor opvang of aangepast werk. ‘Groene zorginitiatieven’ zijn in die zin innoverend dat ze een brug slaan tussen de landbouw en de zorgsector. Sinds 2005 kunnen land- en tuinbouwers een subsidie aanvragen voor het opnemen van zorg op hun bedrijf als verbredingsactiviteit. In 2012 waren er ruim 600 gesubsidieerde zorgboerderijen in Vlaanderen. Ouderen vormen momenteel maar een minderheid van de cliënten (Steunpunt Groene Zorg, 2013), maar initiatieven zoals zorgboerderijen hebben ongetwijfeld potentieel als antwoord op de ondersteuningsvraag van mantelzorgers en als tijdelijke alternatieve opvang voor alleenstaande kwetsbare ouderen, zoals buitenlands onderzoek uitwees (Elings & Koffijberg, 2011).

Vaak is het gebrek aan opvang en zorg tijdens de nacht de reden tot opname in een ziekenhuis of een woonzorgcentrum. Georganiseerde **nachttopvang** geeft de mogelijkheid aan de oudere om langer kwalitatief thuis te blijven en geeft de mantelzorger een noodzakelijke ademruimte. Nachtopvang is mogelijk zowel in de thuissituatie (door vrijwilligers, professionelen, via nachtpermanen-

tie) als bij een gastgezin of in een residentiële setting/nachthotel. Occasionele initiatieven volstaan echter niet meer om aan de toenemende vraag te voldoen. Daarom besluiten steeds meer actoren in de ouderenzorg (bv. diensten gezinszorg, thuisverpleging, woonzorgcentrum, OCMW, provincie, mutualiteiten, expertisecentrum dementie) de handen in elkaar te slaan en samen een pluriform aanbod uit te bouwen voor hun regio. Nachtzorg Antwerpen kan op dat vlak als een pionier worden beschouwd. Na jaren van proefprojecten maakt het deel uit van het reguliere thuiszorgaanbod (www.nachtzorg.be). Verscheidene projecten nachtzorg werden erkend binnen de zorgvernieuwingprojecten gefinancierd door het RIZIV in het kader van protocol 3.

5.3. Organisatie-innovaties

Hoewel zorgorganisaties steeds op een of andere manier innoveren, blijkt dat er desondanks belangrijke verschillen bestaan tussen organisaties. Sommige organisaties zijn er heel sterk mee bezig, andere doen het veel minder expliciet. Uit de innovatieliteratuur valt af te leiden dat de mate waarin organisaties innoveren, beïnvloed wordt door verschillende factoren zoals: de kennis of creativiteit van personeelsleden, de structuur of cultuur van de organisatie, de omvang of samenstelling van teams, het opleidingsbeleid of het management (Devos e.a., 2007). Interessant is bovendien dat er instrumenten bestaan die zorgorganisaties kunnen ondersteunen om met innovatie aan de slag te gaan. Binnen het project ‘zorginnovatie in welzijn’ werden bijvoorbeeld een innovatiemeter en een innovatiemethodiek ontwikkeld om organisaties uit de welzijnssector te helpen om innovaties op touw te zetten en te evalueren. De innovatiemeter biedt een antwoord op de vraag of een voorziening of dienst klaar is om te vernieuwen en geeft een antwoord op twee vragen: Hoe zit het met de basisvoorwaarden voor zorginnovatie? Hoe sterk is de voorziening in participatie, leren en samenwerken? Op basis van deze resultaten geeft de innovatiemeter een eerste richtinggevend advies voor zorginnovatie. De methodiek brengt verandering op gang door dialoog en kennisdeling in groep. De uitwisseling tussen de deelnemers aan de hand van een innovatie-instrument zorgt voor meer dynamiek en innovatieve competenties (Hermans & Vranken, 2010).

In wat volgt, gaan we eerst dieper in op de kenmerken van innoverende zorgorganisaties. Vervolgens bespreken we een concreet voorbeeld (kleinschalig genormaliseerd wonen) dat in de literatuur als innovatie wordt beschreven maar ook verschillende kenmerken van een organisatie bevat die aandacht schenkt

aan innovatie en verandering. Als laatste bespreken we samenwerking en vinden we concrete innovatievoorbeelden in de E-zorg.

5.3.1. Innoverende zorgorganisaties

Hermans en Vranken (2010) komen op basis van hun onderzoek bij Vlaamse zorginnovators tot de vaststelling dat een innovatieve leider over drie kerncompetenties beschikt. Hij is ten eerste ‘visionair’ en vertrekt daarbij van een integrale visie op zorg, samenwerken, leren en veranderen, en laat dit ingang vinden in de ganse organisatie. Hij is ook ‘ondernemer’ waarbij hij ‘binnen’ met ‘buiten’ verbindt, zijn blik op de toekomst richt, inspeelt op opportuniteiten en strategische keuzes maakt; hij is op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en speelt daar proactief op in. ‘Zorg’ wordt daarbij als de *core business* van de organisatie opgevat. Als ‘leider’, ten slotte, wordt geïnvesteerd in leiderschap dat de medewerkers verbindt met de visie, de doelstellingen en met elkaar. Hij creëert de randvoorwaarden om innovatie mogelijk te maken, werkt aan een professionele attitude, aan betrokkenheid, vertrouwen en engagement. Samenvattend wordt gesteld dat het bouwen aan systemen van betrokkenheid, dynamiek, leren en zelfsturing, samen met een consequent kwaliteitsbeleid en een professioneel management, cruciaal zijn voor innovatieve zorgorganisaties.

Hermans & Vranken (2010) wijzen erop dat de drie belangrijke managementcompetenties in de praktijk zeer divers gecombineerd en aangewend worden om innovatie te realiseren, en een evenwichtig en gebruikersgericht beleid uit te bouwen. Enerzijds maakt die diversiteit deel uit van de creativiteit die aan een innovatieproces steeds te pas komt. Anderzijds rijst de vraag in hoeverre het gebrek aan *evidence based* managementkennis die diversiteit verklaart. De Prins en Henderickx (2007) wijzen erop dat de eigen managementpraktijk vooral gestoeld is op persoonlijke ervaringen en zelf opgebouwde kennis.

Het betrekken van personeel wordt door organisatieleiders gezien als een manier om met weerstand tegen verandering om te gaan. Weerstand is een essentieel onderdeel van het innovatieproces. Het betrekken van de medewerkers betekent echter niet noodzakelijk dat zij het laatste woord hebben. De bevragede leidinggevenden geven in het onderzoek van Hermans & Vranken (2010) daarom aan strategisch en doelgericht te kiezen voor een zo transparant en volledig mogelijke communicatie, in combinatie met een duidelijk gestructureerd inspraakmodel dat van voorziening tot voorziening verschilt.

Hoewel betrokkenheid vaak in overeenstemming is met controle, kan het er ook op gespannen voet mee staan. In zorgorganisaties wordt de kwaliteit van zorg namelijk in belangrijke mate bepaald door het directe contact met cliënten. Om te voldoen aan de verwachtingen moet er voldoende flexibel kunnen ingespeeld worden op specifieke situaties, maar tegelijk moeten ook de algemene richtlijnen en werkingsprincipes worden gerespecteerd. Bij een onevenwicht dreigen problemen in het contact tussen cliënt en verzorgende, maar ook in het bereiken van organisatiedoelen (De Prins & Henderickx, 2007).

Naast betrokkenheid wordt ook leren gezien als essentieel onderdeel van een innoverende organisatie. Het op gang brengen, faciliteren en ondersteunen van leerprocessen die gericht zijn op de gewenste veranderingen, is een van de sturingsmechanismen van leidinggevendenden (Hermans & Vranken, 2010). Een voorbeeld van een moderne en dynamische visie op verandering is terug te vinden bij Peter Senge's 'lerende organisatie'. De overtuiging bestaat daarbij dat doorheen leren een organisatie zich kan aanpassen en veranderen om tegemoet te komen aan de eigen noden en die van haar personeelsleden. De top down-benadering wordt daarbij verlaten voor een meer participatieve benadering. Een van de elementen die aan organisationeel leren kunnen bijdragen, maar dat allerm minst volstaat, is het volgen van opleiding. De Prins & Henderickx (2007) komen in hun onderzoek in Vlaamse rusthuizen tot de vaststelling dat het volgen van opleiding op gespannen voet staat met het uitvoeren van zorgtaken. Door het volgen van opleiding verhoogt namelijk de werkdruk voor degenen die werken. Het ontbreken van een systematische personeelsbuffer verhindert met andere woorden het individueel, het collegiaal en het organisatieleren.

In de innovatieliteratuur wordt de horizontale structuur van zorgorganisaties zowel als innovatie bestempeld alsook als faciliterend ten aanzien van innovatie beschreven. De faciliterende functie wordt vooral toegeschreven aan het feit dat de traditionele hiërarchie wordt doorbroken en het lerend vermogen of het creatief potentieel van onderuit in de organisatie kan worden aangesproken (Hermans & Vranken, 2010). De horizontale structuur als innovatie wordt door De Prins & Hendrickx (2007) beschreven als de verandering van een functionele naar een bewonersgeoriënteerde zorgstructuur, meer specifiek in de residentiële ouderenzorg. Met deze verandering wordt getracht om bewonersgroepen homogeen samen te stellen, bijvoorbeeld door de geestelijk gezonde ouderen met lichamelijke beperkingen te onderscheiden van dementerende ou-

deren en/of de psychogeriatrische bewoners. De verschillende personeelsdisciplines worden er per bewonersgroep ingeschakeld en aangestuurd in een multidisciplinair teamverband.

5.3.2. Kleinschalig genormaliseerd wonen

Het 'kleinschalig genormaliseerd wonen' (KGW) is een voorbeeld van een innovatie die verschillende van de hierboven beschreven aspecten bevat die van belang zijn binnen een innoverende organisatie zoals: een eerder horizontale organisatiestructuur, een lerende ingesteldheid en betrokkenheid. Het betreft een woon- en zorgvorm voor dementerende ouderen die een kleinschalige aanpak (6 tot 15 personen) vooropstelt naast volgende uitgangspunten: normalisatie, integratie en participatie, zorg op maat, kwaliteit van leven, kwaliteit van relaties, en tussen autonomie en geborgenheid. Kenmerkend aan kleinschalig genormaliseerd wonen is dat men de dagelijkse activiteiten en de dagelijkse omgang tussen het personeel en de bewoners, en de bewoners onderling, als uitgangspunt neemt van de zorg en diensten die geboden worden. De organisatiestructuur is minder hiërarchisch en meer democratisch vergeleken met klassieke residentiële zorgvormen voor ouderen. De meer horizontale organisatiestructuur vereist een aparte attitude en specifieke kerncompetenties van het personeel (zoals een grotere zelfstandigheid, een sterke flexibiliteit of een minder strakke taakinvoering). Twee belangrijke randvoorwaarden bepalen volgens Declercq e.a. (2007) het welslagen van het concept in de praktijk. Ten eerste de beschikbare financiële middelen (aangenomen wordt dat KGW duurder is dan de klassieke zorg voor dementerende personen). Ten tweede vereist de aanpak ook een aangepaste omgeving en architectuur die huiselijkheid en kleinschaligheid toelaten. Stoelinga en Talma (2004) hebben een model ontwikkeld voor de transformatie naar een lerende kleinschalige zorgorganisatie. De door hen voorgestelde aanpak heeft als uitgangspunten de lerende organisatie (Senge, 1992) en competentie management, en is aangevuld met ervaringen uit de praktijk van instellingen die een dergelijk traject hebben doorlopen.

Onderzoek toont aan dat KGW inspeelt op verschillende uitdagingen van een verouderende samenleving. Zo levert het aan sommige (niet alle) dementerende ouderen een belangrijke bijdrage aan hun kwaliteit van leven. Voor personeelsleden van KGW blijkt dat ze vergeleken met collega's in een gemiddeld Vlaams woonzorgcentrum een hogere arbeidstevredenheid, en minder stress en burn-out vertonen. Daar staat tegenover dat de hogere kostprijs van deze aanpak en

de niet aangepaste overheidssubsidiëring belangrijke drempels blijven voor veel voorzieningen. Ruim twintig jaar geleden bestonden reeds initiatieven van kleinschalig genormaliseerd wonen in Vlaanderen maar sindsdien valt er geen sterke toename te noteren. Dit verklaren Declercq e.a. (2007) doordat het *tip-ping point* (het punt vanaf wanneer volgens de theorie van Rogers een innovatie vanzelf verspreidt) nog niet is bereikt. Vraag is dan waar dit punt ligt voor KGW en hoe het te bereiken.

5.3.3. E-zorg en samenwerking

Samenwerken en e-zorg zijn bij uitstek voorbeelden van horizontale structuren zowel binnen als tussen zorgorganisaties. Netwerken krijgen daarbij gestalte doordat verschillende soorten relaties tussen actoren op uiteenlopende niveaus (bv. personeelsleden, afdelingen binnen organisaties, zorgorganisaties of cliënten) zich ontwikkelen. Het kan daarbij gaan om formele en informele relaties, maar ook over door de overheid opgelegde of voorgestructureerde samenwerkingsverbanden, of vrij gekozen of spontaan gegroeide samenwerking. E-zorg kan in die zin opgevat worden als een netwerk dat faciliterend werkt voor andere meer operationele relaties binnen of tussen zorgorganisaties of met cliënten. Meer specifiek verwijst het naar de elektronische verwerking en deling van zorg- en welzijnsgegevens.

Hoewel de omschakeling van het papieren naar het digitaal tijdperk in de Vlaamse welzijnszorg nog niet algemeen is gerealiseerd, valt te verwachten dat hier in de toekomst een inhaalbeweging op gang komt. De overtuiging bestaat immers dat de digitalisering en het delen van zorggegevens verschillende voordelen genereren, waaronder het faciliteren van samenwerking maar ook het verschaffen van een actueel beeld van de situatie van een cliënt, een grotere continuïteit van zorg, een beter geïnformeerde cliënt of een efficiëntere organisatie van zorg. Relatief recent (juli 2013) is er bovendien een principiële goedgekeurd decreet voor het delen van gegevens tussen zorgverleners. Verschillende innovaties op vlak van e-zorg bevinden zich vandaag de dag nog in een exploratiefase. In wat volgt, een aantal voorbeelden van e-zorg die goede kanshebbers zijn om in de toekomst het “innovatielabel” te verwerven.

Het **e-zorglogboek**, is een innovatie die momenteel binnen de Landelijke thuiszorg (een dienst voor gezinszorg) wordt uitgetest. Het e-zorglogboek bevat de weekendplanning van de zorg en registreert de prestatie van de zorgverlener

per dag. Deze prestaties worden via het e-zorgcommunicatieplatform gedownload naar de back-office van Landelijke thuiszorg terwijl een nieuwe weekplanning wordt opgeladen. Hoewel een test van het systeem op effectiviteit en efficiëntie momenteel nog loopt als demonstratieproject van Flanders' Care wordt geacht dat het voordelen genereert voor de verschillende betrokken partijen: de organisatie kan overstappen naar een digitale werking, de cliënt verwerft meer inzicht in zijn persoonlijke thuiszorgplanning en de aan hem geleverde zorgprestaties, terwijl de verzorgende zich kan toeleveren op de te geven zorg. De projectpartners willen de opgedane kennis en ervaring, alsook de resultaten van het project, delen met andere thuiszorgorganisaties, zodat bij een positieve evaluatie de nieuwe technologie in de gehele sector kan geïntroduceerd worden.

Het **e-zorgplan** is eveneens een toepassing in de thuiszorg die tot doel heeft om het papieren dossier van cliënten te digitaliseren. Het is daarnaast ook een draaiboek voor een goed georganiseerde thuiszorg, waarbij alle zorgverstrekkers van elkaar weten wat ze zelf moeten doen en wat ze van elkaar mogen verwachten. Het e-zorgplan maakt gebruik van BelRAI, een internationaal gevalideerd instrumentarium, om de gezondheids- en welzijnssituatie van zorgbehoevende ouderen (die zich al dan niet in verschillende zorgcontexten bevinden) te registreren en te beoordelen op een uniforme en webgebaseerde wijze (Flanders' Care, 2012).

Vitalink is een digitaal platform van de Vlaamse overheid voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens. Het startte in april 2012 in vier regio's met een eerste project over het delen van medicatieschema's van patiënten. De patiënt kan zoals de betrokken zorgverstrekkers inloggen en een medicatieschema raadplegen. Een medicatieschema geeft een overzicht van alle medicatie die een patiënt op een bepaald moment inneemt. Per medicijn wordt ook aangegeven gedurende welke periode welke dosis de patiënt moet innemen. Weten welke medicatie een patiënt neemt of hoort te nemen, is van vitaal belang, zowel voor de huisarts, de thuisverpleger als de patiënt zelf. Het geeft de behandelende geneesheer ook meteen een inzicht in de medische toestand van de patiënt. En ook thuisverplegers of -verzorgers kunnen zo weten welke medicatie hun cliënt wanneer hoort in te nemen. Nog tot oktober 2013 loopt de pilootfase. Bij een positieve evaluatie worden Vitalink en het medicatieschema opengesteld voor alle patiënten, huisartsen, verpleegkundigen, apothekers en verzorgenden in Vlaanderen en Brussel (www.vitalink.be).

6. Discussie en besluit

Deze bijdrage behandelt innovaties in de zorg voor kwetsbare ouderen. Daarbij werd gewezen op de verscheidenheid aan definities die bestaan om nieuwe oplossingen als innovaties te benoemen. Bovendien werd verwezen naar innovatiekaders om het innovatiegehalte van nieuwe oplossingen in de zorg voor ouderen in te schatten. Het voordeel is dat aan de hand van uniforme criteria een innovatie kan worden beoordeeld. Die beoordeling is geen exacte wetenschap maar gebaseerd op de perceptie van evaluatoren en dus in het beste geval intersubjectief. Veel hangt bovendien af van de criteria die gebruikt worden om het innovatieniveau of het innovatiepotentieel van een initiatief te bepalen. Wij komen tot volgende afbakening van ‘innovaties’ in de zorg voor kwetsbare ouderen: als nieuw gepercipieerde oplossingen die een antwoord bieden op de uitdagingen in een verouderende samenleving, waarbij het innovatiegehalte van de oplossing af te lezen valt van criteria als de mate van nieuwheid, de mate van effectiviteit, het diffusiepotentieel of de graad van implementatie.

De vraag die daarbij opduikt, is of innoveren binnen een doelgroep (ouderen) of niche zinvol is of meerwaarde biedt. Enerzijds is dit zeker zo omdat sommige uitdagingen specifiek zijn voor kwetsbare ouderen en de zorg die ze nodig hebben. Anderzijds kunnen ook aanverwante doelgroepen (zoals personen met een handicap) baat hebben bij oplossingen die gevonden worden voor uitdagingen in de ouderenzorg en *vice versa*. Essentieel bij innoveren in de zorg is daarbij dat de gebruiker als uiteindelijke toetssteen niet uit het oog wordt verloren. Eenvoud en betaalbaarheid, nut en effectiviteit, zorg op maat maar ook de vrijwaring van de autonomie en de privacy van de gebruiker, zijn belangrijke en richtinggevendende principes. De methodiek van ‘proeftuinen’ en ‘*living labs*’, waar verschillende relevante actoren samen participeren en innoveren, is in die zin een stap in de goede richting.

Bij de beschrijving van innovaties werd de functionaliteit van innovaties als indelingscriterium gebruikt met als doel de innovaties te ordenen. Door innovaties in de breedte te beschrijven, biedt deze bijdrage slechts een ‘helikopterzicht’ van de vele innoverende initiatieven binnen de thuis- en ouderenzorg in Vlaanderen. Verschillende innovaties bleven daarbij ook onbesproken. Vanuit overheidsoogpunt denken we bijvoorbeeld aan de opvolging van kwaliteit van zorg door de Vlaamse overheid. Bij woonzorgcentra krijgt dit invulling via een

systematische monitoring van kwaliteit van zorg aan de hand van uniforme (elke voorziening meet hetzelfde) indicatoren.

Inzake de ondersteunende rol van de verschillende overheden stellen we vast dat verschillende overheidsinitiatieven rond innovaties in de zorg voor ouderen relatief recent werden gelanceerd of in volle ontwikkeling zijn. Samen met de acties van andere actoren zien we voor de Vlaamse overheid (door de staats-hervorming worden alle bevoegdheden inzake zorg voor kwetsbare ouderen overgeheveld naar de deelstaten) een blijvende taak weggelegd om te ondersteunen op vlak van kennisintegratie en kennisdeling.

Wanneer we alle actoren die betrokken zijn bij het innoveren in de zorg voor kwetsbare ouderen opvatten als een innovatiesysteem of innovatienetwerk, dan zien we een potentieel opduiken om dat systeem efficiënter maar ook effectiever te maken. Met name door principes van een lerende organisatie toe te passen op een hoger niveau, namelijk dat van het innovatienetwerk. Veel verschillende actoren zijn momenteel bezig met innovatie in de zorg voor ouderen. Die differentiatie en specialisatie leiden tot desintegratie, waardoor kenniseilanden ontstaan die mogelijks (dezelfde) oplossingen zoeken voor gelijkaardige uitdagingen of problemen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Het explicieter integreren van die kennis, bijvoorbeeld via een kennisplatform of het opzetten van lerende netwerken, kan heel leerrijke informatie op een hoger niveau delen. Met name informatie over wie waarmee bezig is, welke innovaties of innovatieprocessen succesvol zijn en waarom, maar ook welke innovaties in een bepaalde fase stranden.

Kennisdeling en uitwisseling van goede praktijken tussen regio's en landen inspireren en scherpen de creativiteit aan om te (blijven) zoeken naar antwoorden op maatschappelijke uitdagingen die wereldwijd gemeengoed zijn. Europese onderzoeks- en samenwerkingsprogramma's zoals AAL (*Ambient Assisted Living*), ENoLL (*European Network of Living Labs*), CASA (*Consortium for Assistive Solutions Adoption*), CORAL (*Community of Regions for Assisted Living*), InnovAge (*eco-independent living for the elderly*) en DAA (*Design-led Innovations for Active Ageing*) zijn stappen in de goede richting. De bekendmaking van programma's, de verspreiding van (praktijk)kennis, de uitrol en de beleidsmatige ondersteuning van *good practices*, zijn permanente opdrachten. Succesvolle implementatie van innovatieve oplossingen, ten slotte, staat of valt met het 'mee-zijn' van de zorgactoren op het werkveld. Informatie, begeleiding en vorming zijn hierbij essentiële elementen.

Literatuur

Meer over dit thema vindt u in

BOSSAERTS, J., DECLERCQ, A., HUYGHE, W. & UYTTERSCHAUT, K. (2011), *Nieuwe zorginitiatieven als antwoord op verandering*, Een sociologische kijk, Provinciaal domein welzijn, Nr. 16, 6-12.

DECLERCQ, A., VAN AUDENHOVE, C., MELLO, J., DEMAERSCHALK, M., ELST, R., HERBOTS, B., HOLVOET, M., KUYLEN, L., LECOUTERE, J., MOLENBERGHS, C., VAN DEN HEUVEL, B. (2007), *Stapstenen naar kleinschalig genormaliseerd wonen*, Leuven, 275 p.

DIELS, V., VAN RAMPENBERG, S. & VAN PUYENBROECK, J. (2013), *Vrijwillige opvang van volwassenen en ouderen met een zorgvraag in Vlaanderen: een omgevingsanalyse*, Onderzoeksgroep Sociaal-Agogisch Werk, Hogeschool-Universiteit Brussel, Brussel, 49 p.

DE MAESSCHALCK, L. & LEYS, C. H. (2012), *Draaiboek voor een CADO. Praktisch onderbouwd handboek voor de opstart van een Collectieve Autonome DagOpvang*, 79 p.

DEVOS, G., VAN DE WOESTYNE, M., & VAN DEN BROECK, H. (2007), *Het innovatieproces in grote bedrijven en KMO's*, Gent, FlandersDC.

DE PRINS, P. & HENDRICKX, E. (2007), "HRM effectiveness in older people's and nursing homes: the search for best (quality) practices", *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, Thousand Oaks, Californië, 36:4, 549-571.

DE WERD-DE ROOIJ, I. (2012), *Living with dementia in small-scale and traditional long-term care settings. A longitudinal comparative study on residents, family and professional caregivers in the Netherlands and Belgium*, Proefschrift Tilburg University, 144 p.

ELINGS, M. & KOFFIJBERG, M. (2011), *Effecten van zorglandbouw: wetenschappelijk onderzoek naar de meerwaarde van zorgboerderijen voor cliënten*, Wageningen: Plant Research International, Wageningen UR, 56 p.

FLANDERS' CARE (2012). *Visietekst, (e)Zorgzaam Vlaanderen, Gegevensdeling in de zorg- en welzijnssector*, Brussel, 27 p.

HERMANS, K. & VRANKEN, R. (2010), "Zorginnovatie in welzijn. Project stelt gebruikersgerichte doelen centraal", *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 34:306, 44-56.

LOPEZ-HARTMANN, M., WENS, J., VERHOEVEN, V. & REMMEN, R. (2012),

“The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review”, *International Journal of integrated care*, 12: July-September 2012.

PEETERMANS, A., HEDEBOUW, G., MISPLON, S. & VANHEES, M. (2004), *Videotelefonie en personenalarmering (PAS). Een verkennend onderzoek naar de uitbouw van een telecare-aanbod in Vlaanderen*, KU Leuven, HIVA, 109 p.

ROGERS, E.M. (1995), *Diffusion of innovations*, New York, Free press.

SENGE, P. (1992), *De vijfde discipline: De kunst en praktijk van de lerende organisatie*, Scriptum.

STEUNPUNT GROENE ZORG (2013), *Jaarverslag 2012*, 50 p.

STOELINGA, B. & TALMA, M. (2004), *Leren van veranderen; kleinschalige zorg voor mensen met dementie*, Utrecht, NIZW.

STUDIEDIENST VAN DE VLAAMSE REGERING (2012), *Vlaamse Regionale Indicatoren 2012*, VRIND (2012), Brussel, 453 p.

TORFS, E., VAN DINGENEN, K., DEGRYSE, B., CASTELAIN, G., DEBOUTTE, P., MICHAUX, G., KLEPFISCH, G. & VANDERVAEREN, Y. (2012), *Ontwerpgids geïntegreerde leef- en woonautomatisering*, Vlaams Elektro Innovatiecentrum (VEI), Geel, 94 p.

VANDEURZEN, J. (2009), *WVG beleidsnota (2009-2014)*, Brussel, 76 p.

VANDEURZEN, J. (2010), *Vlaams ouderenbeleidsplan (2010-2014)*, Brussel, 85 p.

VERLEYE, K. & GEMMEL, P. (2009), *Innovation in the elderly care sector: at the edge of chaos*, Vlerick Management School, Gent/Leuven, 131 p.

VLAAMS INSTITUUT VOOR WETENSCHAPPELIJK EN TECHNOLOGISCH ASPECTENONDERZOEK (viWTA) (2007), *Assistieve technologie*, viWTA Dossier n°7, Vlaams Parlement, Brussel, 35 p.

VRANKEN, R. & HERMANS, K. (2008), *Project zorginnovatie in welzijn, Deel 2: Vlaamse zorginnovatoren aan het woord, een kwalitatieve studie*, Leuven, Lucas, 67 p.