



**Hogeschool PXL**  
**Departement PXL - Healthcare**  
**Opleiding Ergotherapie**

**Optimaliseren van de communicatie tussen het DVC “De Schans” en de  
intra-, extra- en transmurale diensten, om een optimale zorg te garanderen  
die overeenstemt met de noden en de behoeften van de zorgvragers**

Een literatuur- en praktijkonderzoek

Door **Laurana Michaux** en **Falke Haemhouts**

Afstudeerproject aangeboden tot het bekomen van het diploma van  
Bachelor in de Ergotherapie  
o.l.v. **Myriam Westhovens**, promotor  
**Laura van Gijswijk**, copromotor

Hasselt, 2015





**Hogeschool PXL**  
**Departement PXL - Healthcare**  
**Opleiding Ergotherapie**

**Optimaliseren van de communicatie tussen het DVC “De Schans” en de  
intra-, extra- en transmurale diensten, om een optimale zorg te garanderen  
die overeenstemt met de noden en de behoeften van de zorgvragers**

Een literatuur- en praktijkonderzoek

Door **Laurana Michaux** en **Falke Haemhouts**

Afstudeerproject aangeboden tot het bekomen van het diploma van  
Bachelor in de Ergotherapie  
o.l.v. **Myriam Westhovens**, promotor  
**Laura van Gijswijk**, copromotor

Hasselt, 2015

## **Woord vooraf**

Graag willen wij van de gelegenheid gebruik maken om enkele personen te bedanken die hebben bijgedragen aan deze bachelorproef.

Op de eerste plaats zouden we graag onze promotor Myriam Westhovens willen bedanken voor haar deskundige begeleiding en ondersteuning gedurende de realisatie van deze bachelorproef.

Daarnaast willen we onze copromotor Laura van Gijlswijk, coördinator en aanspreekpunt van DVC 'De Schans' in Zonhoven, bedanken voor de unieke stage-ervaring, de vlotte samenwerking en de mogelijkheid om praktijkonderzoek i.f.v onze bachelorproef te kunnen verrichten. Bij haar waren we ten alle tijden welkom voor vragen en voor de nodige ondersteuning.

Als laatste verdienen Joris Jackers, William Dekesel, Liesbeth Vandormael, Ines Aoun en Chris Rutten een welgemeende dankjewel voor het nalezen van onze bachelorproef, alsook onze familie en vrienden die ons gesteund hebben.

## **Inhoud**

Inleiding .....	1
Methode.....	2
1. Literatuurstudie .....	5
1.1 Demografische ontwikkelingen .....	5
1.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen .....	6
1.3 Biopsychosociaal perspectief .....	7
1.4 Rol van de ergotherapeut.....	7
1.4.1 Wat houdt ergotherapie in?.....	8
1.4.2 Ergotherapie in de ouderenzorg .....	8
1.4.3 Beroepsprofiel ergotherapeut.....	9
1.4.4 Ageing in place .....	10
1.5 Wat houdt een dagverzorgingscentrum in? .....	10
1.5.1 Ergotherapie binnen het dagverzorgingscentrum. ....	11
1.6 Communicatie.....	12
1.6.1 Belang van communicatie.....	12
1.6.2 Vormen van communicatie .....	13
1.6.3 Miscommunicatie.....	13
1.7 Gezondheidsorganisatie.....	13
1.7.1 Plaatsen van de zorg .....	14
1.7.2 Echelonnering: lijnen in de gezondheidszorg .....	15
1.7.3 Zorgnetwerken .....	16
1.8 Belangrijke normen en regels .....	17
1.8.1 Rechten van de patiënt .....	17
1.8.2 Beroepsgeheim.....	18
1.9 Woonzorgdecreet.....	19
1.10 Zorgkosten .....	20
1.10.1 Inning en verdeling van het zorggeld in België .....	20
1.10.2 Verdeling .....	21
1.10.3 Uitgaven RIZIV .....	22

1.10.4 Blijft zorg betaalbaar voor de ouder wordende bevolking?.....	23
1.10.5 Wat kunnen we hieruit concluderen?.....	24
1.11 Innovatie in de zorg .....	24
1.11.1 Gebruik van telecommunicatie en computertechnologie bij ouderen .....	26
2.1. Analyse .....	27
2.1.1 Cubigo.....	28
2.1.2 Geracc .....	30
2.1.3 eHealthBox .....	31
2.1.4 Vitalink .....	32
2.1.5 H-OPP (Hasselt Occupational Performance Profile).....	34
2.1.6 Corilus: Gernis .....	35
2.1.7 CMSNET: Computer Management & Services.....	37
2.1.8 Incura .....	38
2.1.9 Motivatie keuze digitaal communicatiesysteem .....	40
2.2 Uitvoering .....	41
2.2.1 Evaluatie .....	41
2.2.2 Cubigo.....	42
Discussie.....	47
Conclusie.....	49
Bibliografie.....	51
Bijlage 1 .....	I
Bijlage 2 .....	III
Bijlage 3 .....	IV
Bijlage 4 .....	V
Bijlage 5 .....	VII

## **Abstract**

### **Inleiding**

Omwille van demografische ontwikkelingen zal het aantal 65-plussers in België de komende jaren fors toenemen. Door de daarmee gepaard gaande aandoeningen stijgt de vraag naar gerichte zorg- en dienstverlening. Om op deze vraag te kunnen antwoorden, is een goed georganiseerde gezondheidszorg noodzakelijk. Duidelijke communicatie tussen verschillende zorgverleners en de hulpbehoevende is dus een vereiste. Het is net die communicatie die in de hedendaagse gezondheidszorg niet altijd juist gebeurt waardoor de levenskwaliteit van 65-plussers in gevaar dreigt te komen.

### **Doel**

De communicatie tussen DVC 'De Schans' en de verschillende hulpverleners op een meer efficiënte manier laten verlopen, om optimale zorg te kunnen garanderen aan de zorgvragers.

### **Methode**

Eenzijds werd aan de hand van boeken en artikels uit online databanken een literatuuronderzoek verricht. Anderzijds werden twee praktijkonderzoeken uitgevoerd. Het eerste om bestaande digitale communicatiesystemen te vergelijken. Het tweede om het gebruik van het meest gunstige systeem te evalueren.

### **Resultaten**

Communicatie blijkt de meest belangrijke factor binnen de zorgverlening. Als antwoord op de toenemende zorgvraag is innovatie in de zorg noodzakelijk om die communicatie beter op elkaar af te stemmen. Een digitaal communicatiesysteem zoals Cubigo, dat efficiënt werkt en tijd bespaart, blijkt het meest te passen bij de noden van DVC 'De Schans'.

### **Conclusie**

Het digitaal communicatieplatform 'Cubigo' blijkt na analyse het meest gunstige. Het is een zeer gebruiksvriendelijk systeem dat geoptimaliseerd kan worden mits enkele kleine aanpassingen. De laatste stap, zijnde het gebruik door de hulpbehoevende oudere verloopt nog niet naar behoren. Echter zal de 'nieuwe' generatie ouderen hier verandering in brengen.

### **Trefwoorden**

Digitale communicatie (dagverzorgingscentrum), Ouderen, Optimale zorg, Gezondheidsorganisatie, Woonzorgdecreet

## **Inleiding**

Omwille van demografische tendensen zoals vergrijzing, is het aantal 65-plussers de laatste jaren in België aanzienlijk gestegen. De gemiddelde Belg wordt alsmaar ouder en dat gaat gepaard met een verminderde zelfstandigheid en een verhoogd risico op fysieke en mentale kwaaltjes. De vraag naar gerichte zorg- en dienstverlening zal hierdoor de komende jaren sterk toenemen. De wens om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen, zal die vraag ook doen stijgen (Van de Velde & De Vriendt, 2009). Deze gerichte zorg wordt zowel intra-, extra- en transmuraal verleend door de verschillende actoren (mantelzorger, huisarts, thuisverpleging, ergotherapeut, kinesitherapeut, dagverzorgingscentra,...). Elk van deze actoren heeft zijn specifieke rol in het vervullen van de zorgvraag en de intentie om de levenskwaliteit van de persoon in kwestie te bevorderen. Communicatie tussen die verschillende diensten is van essentieel belang om cruciale informatie over de zorgvrager vlot en professioneel te laten verlopen en om tegelijkertijd rekening te houden met de wetgeving omtrent privacy. Vaak vormt dit een probleem en wordt informatie over de zorgvrager laattijdig en onvolledig ontvangen.

Communicatie is noodzakelijk in ons leven, voornamelijk om informatie te verlenen en te verkrijgen. De verschillende vormen van communicatie kunnen onderscheiden worden op basis van de gebruikte techniek (elektronica), de zintuigelijke vorm van informatie (auditief, visueel), of op basis van het bereik (massacommunicatie). Sinds enkele jaren is er sprake van innovatie op het vlak van communicatie binnen de zorg. Patiëntengegevens kunnen digitaal uitgewisseld worden a.d.h.v. een communicatieplatform, wat de multidisciplinaire samenwerking binnen de intra-, extra- en transmurale diensten en het verlenen van optimale zorg binnen de gezondheidszorg bevordert. Maar niettegenstaande blijft het noodzakelijk om deze digitale platformen verder te finetunen voor optimaal en specifiek gebruik.

In deze bachelorproef bespreken we voornamelijk het platform 'Cubigo'. We stellen evaluatiecriteria op en toetsen deze bij elke afname, we bespreken de tekortkomingen en proberen oplossingen te bieden door deze evidence- based te onderbouwen. Op die manier kan het digitaal communicatiesysteem geoptimaliseerd en aangepast worden aan de noden van het dagverzorgingscentra, rekening houdend met de regels opgesteld in het woonzorgdecreet.



## Methodie

Deze bachelorproef is het resultaat van de onderlinge samenwerking tussen twee studentes ergotherapie aan de PXL Hasselt, onder het toeziend oog van promotor M. Westhovens. Zowel een literatuurstudie als een praktijkonderzoek, uitgevoerd door beide studentes, gingen vooraf aan het schrijven van dit artikel. Tijdens een voorafgaand gesprek, met de projectstagementor en promotor werden twee onderzoeksvragen opgesteld die aan de basis liggen van deze bachelorproef:

1)“Wat is de meerwaarde van een digitaal communicatiesysteem in vergelijking met direct verbale of eigenhandig geschreven communicatie?”

En

2) “Welk digitaal communicatiesysteem is het meest geschikt om doorstroming van onder andere bio-psycho-sociale informatie betreffende de zorgvragers binnen de dagverzorgingscentra op een makkelijke, gebruiksvriendelijke en tijdsefficiënte manier mogelijk te maken tussen verschillende intra-, extra- en transmurale actoren?”

Gedurende het volledige academiejaar 2014-2015 werd er zowel gezamenlijk als individueel literatuur verzameld om op deze onderzoeksvragen een antwoord te kunnen formuleren. Het praktische onderzoek werd in de vorm van een zeven weken durende projectstage gevoerd in het dagverzorgingscentrum “De Schans” (Zonhoven). De stage werd individueel uitgevoerd. Tijdens de literatuurstudie werd er vooral getracht een antwoord te vinden op de eerste onderzoeksvraag. Om een antwoord te kunnen bieden op de tweede onderzoeksvraag was het praktijkonderzoek cruciaal, vermits er een systeem gezocht werd dat voldeed aan de criteria en noden van een specifiek dagverzorgingscentrum.

Een PICO werd opgesteld om de onderzoeksvragen meer af te lijnen.

- *Probleem/patiënt*: De doorstroming van de dagelijkse biopsychosociaal gerichte informatie omtrent de zorgvragers binnen het dagverzorgingscentrum verloopt moeizaam tussen intra-, extra- en transmurale diensten.

- *Interventie*: Kwalitatief en actief onderzoek door middel van een literatuurstudie en een praktische stage.

- *Controle*: Vergelijking maken tussen direct verbaal of eigenhandig geschreven communicatie en digitale communicatiesystemen om nadien de voor- en nadelen af te wegen tussen de reeds bestaande digitale communicatiesystemen die geschikt zijn voor dagverzorgingscentra en het meest efficiënte systeem te bespreken.
- *Uitkomst*: Het bekomen van een veilig, toegankelijk, tijdsefficiënt en effectief communicatiesysteem dat geïmplementeerd kan worden in het werkveld.

Het literatuuronderzoek is gebaseerd op de inhoud van wetenschappelijke artikels die we vonden op online databases zoals 'Bohn Stafleu', 'Pubmed' en 'Google Scholar'. Aanvullende informatie werd gehaald uit handboeken. De door ons gebruikte Mesh-termen zijn: "digitale communicatie", "dagverzorgingscentrum", "ouderen", "optimale zorg", "gezondheidsorganisatie", "woonzorgdecreet" "zorgkosten". Aan de hand van de informatie uit de literatuurstudie hebben we een theoretisch kader geschetst dat ons hielp om de onderzoeksvragen beter te begrijpen. Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag werd in dit theoretisch kader verwerkt.

Tijdens het praktijkonderzoek, dat uitgevoerd werd onder de vorm van projectstages, verzamelden we data a.d.h.v. observaties, documentstudies, interviews en anamneses. Indien er extra informatie nodig was, werd er literatuur gezocht op dezelfde manier als in de literatuurstudie. Gedurende de eerste stageperiode werd er voornamelijk gefocust op welke digitale communicatiesystemen er reeds bestaan en welk daarvan het best zou aansluiten bij het desbetreffende dagverzorgingscentrum. Allereerst werden de verschillende diensten onderzocht die deel uitmaken van het communicatienetwerk binnen het dagverzorgingscentrum. Dit gebeurde aan de hand van een vraaggesprek dat bestond uit vier standaardvragen, waar we later nog op terugkomen in bijlage I. Vervolgens bestudeerden we welke informatie er uitgewisseld werd tussen de intra-, extra-, en transmurale diensten. Aan de hand van die gegevens werd geïnventariseerd welke informatie echt cruciaal was en bijgevolg diende door te stromen tussen de thuissituatie en het dagverzorgingscentrum. Eveneens werden de biopsychosociale aspecten die van belang zijn tijdens de omgang met hulpbehoevende ouderen, en de verschillende reeds bestaande digitale communicatiesystemen tijdens deze eerste stageperiode onderzocht. Aan de hand van selectiecriteria (voldoende beveiligd, betrouwbaar, juiste domein) werden de systemen al dan niet als bruikbaar bevonden.

Nadien werden de geïnccludeerde systemen besproken gebruik makende van een voor- en nadelen lijstje, en werd er een onderscheid gemaakt tussen het cliëntperspectief en het professionele perspectief. Tot slot werd het meest geschikte systeem uitgekozen.

Gedurende de tweede stageperiode, werd dit digitale platform uitgetest en zijn effectieve bruikbaarheid geëvalueerd. Er werd een digitaal account aangemaakt op Cubigo, om zelf te kunnen exploreren en ervaren hoe het platform precies werkt. Eventuele tekortkomingen werden via e-mail aan de ontwerpers van het systeem gecommuniceerd. Het primaire doel hiervan was om de communicatie te optimaliseren tussen de dagverzorgingscentra en de intra-, extra- en transmurale diensten, om zo de optimale zorg te garanderen die overeenstemt met de noden en de behoeften van hulpbehoevende ouderen. Als gevolg van de feedback werd het Cubigo-systeem tweemaal geüpdatet.

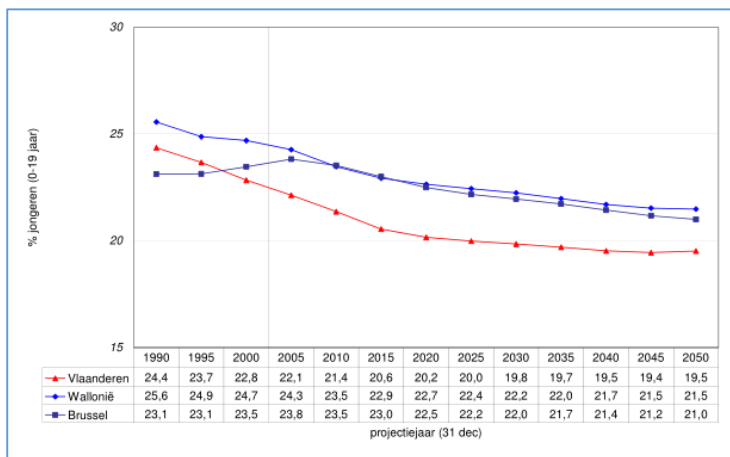
# 1. Literatuurstudie

Alvorens de praktijkgerichte resultaten mee te delen, lichten we enkele belangrijke feiten en termen toe. Aan de hand van dit theoretische kader bieden we de lezer een ruimer beeld op de onderzoeksvraag en verduidelijken we het belang van ons onderzoek.

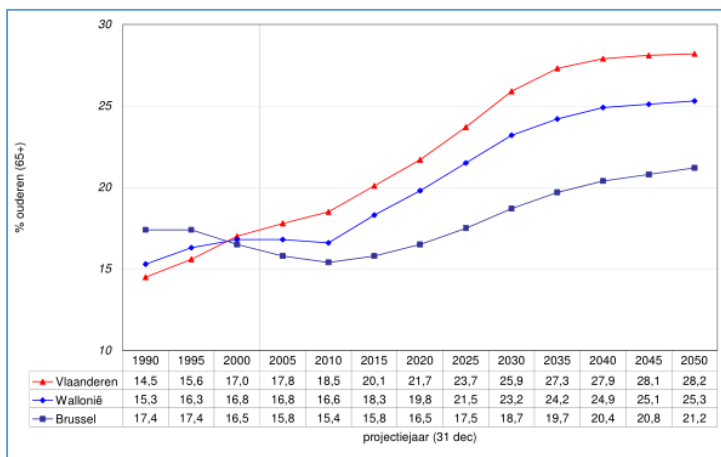
## 1.1 Demografische ontwikkelingen

Volgens een rapport van de Europese Commissie zal zowel de omvang als de samenstelling van de Europese bevolking de volgende jaren fors wijzigen. De gemiddelde leeftijd van een Europeaan zal hoger komen te liggen door de procentuele toename van het aantal 65-plussers. Geschat wordt dat tegen het jaar 2060 die leeftijdsgroep dertig procent van de bevolking zal innemen ("Greying Europe - We need to prepare now - 15/05/2012," 2012).

Het aantal 65-plussers in België is de afgelopen decennia sterk toegenomen (Breda, 2010). Dit is het gevolg van twee demografische ontwikkelingen. Enerzijds is er sprake van een dalende vruchtbaarheid in de totale bevolking, ontgroening (zie Figuur 1). Anderzijds is er de continu stijgende levensverwachting, vergrijzing (zie Figuur 2).



*Figuur 1: Ontgroening (geschat percentage jongeren in België van 1990 tot 2050) (Pelfrene, 2005)*



*Figuur 2: Vergrijzing (geschat percentage 65-plussers in België van 1990 tot 2050) (Pelfrene, 2005)*

Een steeds ouder wordende bevolking wordt alsmear meer geconfronteerd met chronische aandoeningen. Het zijn niet zozeer de chronische aandoeningen zelf, maar vooral de beperkingen die daarmee gepaard gaan, die voor ouderen een obstakel kunnen vormen in hun streven naar het behoud van zelfredzaamheid en zelfstandigheid (Nimwegen & Praag, 2012). Het is dus van groot belang de zorgbehoevende de mogelijkheid te bieden om hem zo lang en zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren in een vertrouwde omgeving. Interventies die plaatsvinden in het thuismilieu, blijken ook volgens een artikel van Hammel et al. de meest doeltreffende (Van de Velde & De Vriendt, 2009). Sinds het ontstaan van dagverzorgingscentra is het mogelijk om met ondersteuning van mantelzorgers of familie thuis te blijven wonen en wekelijks enkele dagen gebruik te maken van extra begeleiding in het centrum. Bijgevolg is een goede samenwerking en wisselwerking van cruciale informatie tussen de zorgvrager en de verschillende zorgverleners, zowel intra-, extra- als transmuraal, van essentieel belang om de zorg zo optimaal mogelijk te kunnen verlenen.

Ook de organisatie van de gezondheidszorg wordt uitgedaagd door deze demografische wijzigingen. Als gevolg van de stijgende leeftijd, zullen de kosten voor de overheid toenemen. Denk maar aan het uitkeren van pensioenen en het aanbieden van verschillende soorten van zorg. Ook de overheid heeft dus baat bij een doeltreffend en goed op elkaar afgestemd zorgsysteem om haar toekomstige kosten te kunnen drukken ("Greying Europe - We need to prepare now - 15/05/2012," 2012).

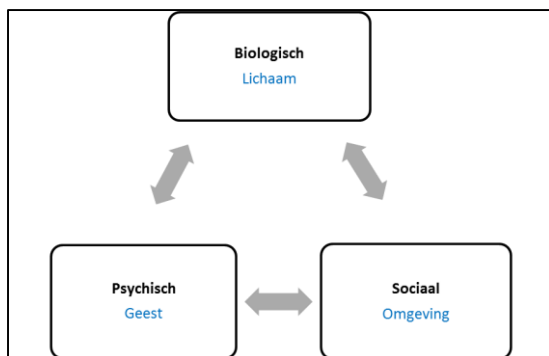
## **1.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen**

De laatste jaren heeft er binnen de gezondheidszorg, en dus ook binnen de ergotherapie, een sterke toename en een betere allocatie van zorg plaats gevonden, alsook een differentiatie in het zorgaanbod. Er is immers een verschuiving vast te stellen van een aanbodgestuurde en gefragmenteerde zorg naar een vraaggestuurde en geïntegreerde zorg. Aanbodgestuurde zorg is zorg die sterk georiënteerd is op ziekte en genezing, waarbij de zorgaanbieder centraal staat en waar de eindbeslissingen in zijn handen liggen. Dit staat tegenover vraaggestuurde zorg waarbij de zorg gesitueerd is op gezondheid en levenskwaliteit. De zorgvrager krijgt meer verantwoordelijkheid en kan zelf beslissen over de zorg die aan hem verleend wordt.

Deze evolutie in de zorgorganisatie moet ervoor zorgen dat de verschillende zorgdiensten op een efficiënte manier tegemoetkomen aan de verwachtingen van de zorgbehoevende ouderen in de samenleving (Van den Heuvel, 2014). Om dit te kunnen verwezenlijken is duidelijke communicatie tussen alle actoren van groot belang.

### 1.3 Biopsychosociaal perspectief

In 1974 ontwikkelde Anne Cronin Mosey een biopsychosociaal model voor de ergotherapie als een soort tegenhanger van het medische denken. In vergelijking met andere zorgdisciplines onderscheidt ergotherapie zich door vanuit meerdere perspectieven naar de cliënt en zijn probleem te kijken. Vanuit een biopsychosociaal perspectief wordt er tegelijkertijd belang gehecht aan de interactie tussen de biomedische, psychische en sociale aspecten van de problematiek van een cliënt of cliëntsysteem (Kinébanian, 2009). Het classificatiesysteem dat door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2001 ingevoerd werd onder de naam ‘International Classification of Functioning, Disability and Health’ (ICF) is een voorbeeld van een geïntegreerd biopsychosociaal gezondheidsmodel (zie Figuur 3).



*Figuur 3: Biopsychosociaal gezondheidsmodel*

Op pagina I in de bijlage vindt u een praktijkvoorbeeld van patiënt X waarbij we alle aspecten van de zorgvrager in functie van dit model in kaart hebben gebracht.

### 1.4 Rol van de ergotherapeut

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de rol die de ergotherapeut vervult in het geheel van de bachelorproef. Wat houdt ergotherapie nu juist in, welke beroepscompetenties zijn er beschreven voor een ergotherapeut, met verdere toespitsing op ergotherapie in de ouderenzorg? Ook wordt even stilgestaan bij het doel van een dagverzorgingscentrum (voortaan afgekort tot DVC).

#### *1.4.1 Wat houdt ergotherapie in?*

Het Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE) heeft een beschrijving geformuleerd over wat ergotherapie juist inhoudt ("Vlaams ergotherapeutenverbond vzw: Beroepsvereniging," 2012).

Een ergotherapeut begeleidt mensen van alle leeftijdsfasen in het terugwinnen, verbeteren en/of in stand houden van het functioneren in hun leer-, leef-, werk- en ontspanningssituaties. De middelen van de ergotherapeut zijn alle activiteiten/handelingen die de mensen in die situaties kunnen ondernemen.

Om deze missie te kunnen voltooien, hanteert het Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE) en het Vlaams Overleg Ergotherapie (VLOE) een visie die steunt op vijf pijlers:

1. de kern is **handelen** van
2. de **cliënt** in een specifieke **handelingscontext** in functie van
3. de **kwaliteit van leven**, waarbij de ergotherapeut
4. zich duidelijk **profileert** in relatie tot
5. de **maatschappelijke veranderingen** en tendensen.

#### *1.4.2 Ergotherapie in de ouderenzorg*

Door de ontgroening en de vergrijzing komt de focus in de zorg steeds meer te liggen op de oudere bevolking. Om op deze ontwikkelingen een antwoord te geven en de druk op intramurale diensten te beperken, is er de voorbije jaren een grote opmars aan ondersteunende technologieën aan de gang om de ouderen langer in hun thuisomgeving te kunnen laten wonen (Pereira, 2011).

Prof. Dr. A. Declercq stelt de volgende veranderingen vast in de zorg voor ouderen in België (Declercq & Lucas, 2012):

1. meer nadruk op thuiszorg;
2. ontschotting en samenwerking, doorbreken van grenzen tussen thuiszorg en residentiële zorg;
3. veranderingen in ziekenhuiszorg.

De personen in het DVC geven aan liever zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Het verlies van autonomie en het persoonlijke eigendom is voor velen nog een te grote stap. Ook vanuit de Vlaamse overheid is er een sterke voorkeur voor meer thuiszorg. De kosten die gemaakt dienen te worden, zijn voor de thuiszorg minder hoog dan voor residentiële zorg. Omwille van deze reden is de overheid in 2010 gestart met federale projecten zoals Protocol 3.

Het omvat zorgvernieuwingsprojecten in de thuiszorg om de personen van 65 plus, die aan de criteria voor een residentiële setting voldoen, toch langer thuis te laten wonen. Er wordt zo gestreefd naar behandelwijzen die voortvloeien vanuit het werkveld en niet vanuit de zorgvormen die opgelegd werden door de overheid (VE & Van Handenhoven, 2012).

Een tussenstap tussen volledige thuiszorg en residentiële zorg is al gemaakt met de start van dagverzorgingscentra in Vlaanderen. Het houdt thuiszorg voor langere tijd mogelijk, waardoor opname in een residentiële setting kan worden uitgesteld. Het vormt met andere woorden een brug tussen beide plaatsen. Communicatie tussen deze settings optimaliseert de zorg naar de zorgvrager toe. Implementatie van het digitale communicatiesysteem gaat deze informatieoverdracht en samenwerking alleen maar bevorderen.

#### 1.4.3 Beroepsprofiel ergotherapeut

De beroepscompetenties beschrijven de taken, competenties en attitudes die van een ergotherapeut verwacht worden binnen het werkveld (Geenen, 2011). Ook beschrijven ze wat in de opleiding tot ergotherapeut aan bod dient te komen.

Vanuit verschillende bronnen worden de beroepscompetenties beschreven. In onderstaande tabel worden twee bronnen naast elkaar gelegd met de daarin beschreven beroepscompetenties.

<b>Bron: Studierichtingenoverleg Ergotherapie (Verhoef, Zalmstra, Minis, Zinkstok, &amp; Entken, 2013)</b>	<b>Bron: Ergotherapie in de Geriatrie (Geenen, 2011)</b>
Screenen	
Inventariseren en analyseren	
Behandelen en begeleiden	Behandelen
Adviseren aan derden	Geven van informatie, voorlichting en advies
Ondersteunen en versterken	Geven van onderwijs en begeleiding
Samenwerken	Interdisciplinair en multidisciplinair samenwerken
Organiseren	Managen en beheren
Ondernemen	
Zorg dragen voor kwaliteit	Evalueren van beroepsmatige handelingen
Onderzoeken	Toegepast wetenschappelijk onderzoek



Innoveren	Bijdragen tot ontwikkelen van beroep
Leren en ontwikkelen	Permanente vorming
	Preventieve zorg

*Tabel 1: Beroepscompetenties van de ergotherapeut volgens 2 onafhankelijke bronnen*

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de beroepscompetenties vanuit verschillende bronnen ongeveer hetzelfde beschreven worden, maar de verwoording verschilt.

In bijlage vijf bevindt zich het functieprofiel van de ergotherapeut binnen de ouderenzorg.

#### *1.4.4 Ageing in place*

J.L. Wiles et al. onderzochten de plaats van het ouder worden. Ze maken gebruik van de term “ageing in place” waarmee ze het ‘min of meer zelfstandig blijven wonen in de maatschappij’ bedoelen. Door middel van focusgroepen hebben de onderzoekers vernomen dat de oudere bevolking liever in de eigen leefomgeving verblijft op hun oude dag. Enerzijds door de nood aan onafhankelijkheid en zelfstandigheid en anderzijds door het krijgen van sociale steun. Ook stellen de onderzoekers dat ageing in place niet alleen aangenamer gemaakt kan worden door de locaties te bekijken waar de hulpbehoevende wonen, maar ook de verplaatsingen, recreatieve mogelijkheden, voorzieningen die lichamelijke activiteit vergemakkelijken, sociale interactie, culturele betrokkenheid en levenslang leren zijn belangrijk (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve, & Allen, 2011).

Aanwezigheid van een ergotherapeut kan helpen om alle aangehaalde facetten te vergemakkelijken. De focus van de ergotherapeut kan in de eerste plaats liggen op advies verlenen bij de woningaanpassing. De recreatieve mogelijkheden kunnen ook worden uitgebreid activiteiten en uitstappen aan te bieden, die eveneens de culturele betrokkenheid en als laatste vooral de sociale interactie die uit de activiteiten voortvloeien te bevorderen.

### **1.5 Wat houdt een dagverzorgingscentrum in?**

“In het DVC kunnen de ouderen terecht die geen intensieve medische behandeling of toezicht nodig hebben, maar wel behoefte hebben aan (re-)activering, verpleging, verzorging, toezicht en/of begeleiding tijdens activiteiten van het dagelijkse leven.” (Van Gijlswijk, 2014).

Het DVC biedt de gebruikers een aangename daginvulling, waarbij de nodige ondersteuning en toezicht gegarandeerd wordt. Elke gebruiker krijgt hier ook de nodige medische zorgen.

De gebruiker wordt opgevangen in een huiselijke sfeer waarbij participatie en sociaal contact centraal staan. Mantelzorgers kunnen even op adem komen terwijl veiligheid en verzorging van hun dierbare gegarandeerd wordt.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid onderscheidt drie soorten dagverzorgingscentra (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014).

De onderverdeling hangt voornamelijk af van het wel of niet handhaven van artikel 51 uit het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (zie bijlage vier op pagina V).

Wanneer het DVC niet-conform het artikel is, wordt er gesproken van een “gewoon” DVC. Hier wordt dan een dagprijs aangerekend voor een hele of een halve dag. Het DVC “De Schans” valt onder deze regeling. Een ander soort die ook gebruik maakt van een dagprijs, is een DVC waar patiënten met een chronische aandoening terecht kunnen.

Wanneer het DVC wel conform is aan het artikel, wordt dit uitgebaat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Er wordt dan gerekend met een prijs per uur (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014).

#### *1.5.1 Ergotherapie binnen het dagverzorgingscentrum.*

De ergotherapeut heeft enkele zeer belangrijke taken binnen een DVC. Het takenpakket is vrij gevarieerd en vaak valt de coördinatie van het centrum onder deze taken (Geenen, 2011). De ergotherapeut zorgt ervoor dat de ouderen geactiveerd worden door middel van gevarieerde activiteiten waarbij verschillende facetten aan bod komen. Zowel grof motorische, fijn motorische, puur recreatieve als mentale activiteiten worden aangeboden.

Naast stimulatie is ook observatie een belangrijke taak van een ergotherapeut. Belangrijke informatie die geobserveerd wordt, moet doorgespeeld worden naar andere zorgverleners en/of familie om de ideale zorg te kunnen bieden. Om dit mogelijk te maken, is er dus samenwerking nodig met andere instanties en hulpverleners. Verder is adviesverlening een belangrijke taak van de ergotherapeut. De zorg kan daardoor vergemakkelijkt worden waardoor de gebruiker zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen.

De sociale interactie tussen de gebruikers onderling en de zorgverleners binnen het DVC, zorgt voor een uitbreiding van het netwerk van de gebruikers.

## 1.6 Communicatie

Zwart-Olde et al. concludeerden:

De toename van het aantal zorgbehoevende ouderen en de stijgende zorgkosten leiden onder meer tot de doelstelling om de samenwerking in de zorg aan thuiswonende ouderen te verbeteren. Het achterliggende idee is dat een goed functionerend zorgnetwerk, waarin zowel formele als informele hulpverleners de zorg op elkaar afstemmen, bijdraagt tot een kwalitatieve en betaalbare zorg. (Zwart-Olde, Jacobs, van Groenou, & van Wieringen, 2013)

Het is dus noodzakelijk om op een duidelijke manier informatie uit te wisselen tussen hulpverleners om efficiënter en kostenbesparend in te spelen op de zorgvraag van de nog thuiswonende oudere bevolking. Deze bachelorproef kan een antwoord bieden op die doelstelling in de zorg. Het evalueren en optimaliseren van een communicatiesysteem kan de oplossing zijn om snel en gemakkelijk de zorg voor de zorgvrager te verdelen en te evalueren. Wanneer bevindingen en vragen op eenzelfde platform terechtkomen, kan hier sneller op ingespeeld worden en verkleint de kans dat informatie verloren gaat.

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op het belang van communicatie en vormen van miscommunicatie die zich kunnen voordoen. De verschillende soorten zorgnetwerken waarin een thuiswonende oudere zich kan bevinden worden opgesomd en worden uitgetest op de personen uit DVC 'De Schans'. Dit om een kader te kunnen geven van de vele communicatie die gebeurt en de hoeveelheid die verloren kan gaan door inefficiëntie. De rechten van de patiënt en het beroepsgeheim worden eveneens aangehaald.

### *1.6.1 Belang van communicatie*

Voor een professionele hulpverlener is communicatie een belangrijk gegeven binnen de praktijk. Wanneer er geen communicatie is met de patiënt, de familie of andere zorgverleners, kan de zorg niet afgestemd worden op de zorgvraag en de noden van de individuele patiënt. Bijgevolg wordt de zorgvraag laattijdig of onvolledig aangepakt wat een langer ziekteproces en hogere zorgkosten in de hand werkt (Pool & Vonk, 2010).

Correcte en volledige informatieoverdracht tussen de gediplomeerde zorgverlener, de patiënt en de mantelzorger(s) zorgt voor een duidelijk overzicht van de problemen die zich stellen bij de patiënt. Deze gegevens, samen met informatie en therapie-afstemming met andere hulpverleners, zorgt voor een totaalaanpak van de zorgvraag van de patiënt en diens mantelzorger(s).

Communicatie in een multidisciplinair team is van groot belang opdat elk individu de juiste informatie heeft op het moment dat hij/zij in contact komt met de hulpbehoevende. De achterliggende gedachte is dat een goed functionerend zorgnetwerk bijdraagt tot een goede en betaalbare kwaliteit van de zorg.

### *1.6.2 Vormen van communicatie*

Er bestaan verschillende soorten communicatie. Enerzijds is er de directe vorm, waar zender en ontvanger zich in dezelfde ruimte bevinden en rechtstreeks met elkaar communiceren zonder hulpmiddel. Binnen deze vorm kan er een onderscheid gemaakt worden tussen verbale (gesproken) en non-verbale (gebaren/gelaatsuitdrukkingen) communicatie. Anderzijds is er de indirecte vorm, waarbij er informatie uitgewisseld kan worden vanop afstand (internet, telefonisch,...), dat als gevolg van de toenemende modernisering heel belangrijk wordt. Deze laatste vorm van communicatie is degene die voor ons onderzoek het meest van belang is dankzij haar tijdbesparend karakter (Seebregts, 2010).

### *1.6.3 Miscommunicatie*

Ha en Longnecker stellen vast dat dokters met betere interpersoonlijke en communicatievaardigheden problemen vroeger kunnen detecteren, medische crisissen en dure interventies kunnen voorkomen en betere steun bieden aan hun patiënten (Ha & Longnecker, 2010). Deze lijn kan doorgetrokken worden naar alle professionele hulpverleners die in rechtstreeks contact komen met patiënten en hun mantelzorger(s). Wanneer de communicatie stroef verloopt, of wanneer er met andere woorden te weinig of verkeerde informatie wordt uitgewisseld, zal de kwaliteit van de geleverde zorg minder optimaal zijn. Dit is niet alleen voor de hulpvrager nadelig, ook de zorgverleners kunnen belast worden met extra werk.

## **1.7 Gezondheidsorganisatie**

Binnen de gezondheidsorganisatie bevinden zich plaatsen en lijnen van de zorg. De plaats van de zorg geeft weer waar de patiënt/cliënt terecht kan en wordt verdeeld in intramuraal, extramuraal en transmuraal. De lijnen binnen de zorg beschrijven de betrokken actoren. Ze worden verdeeld in de nulde lijn, de eerste lijn, de tweede lijn en de derde lijn.

Binnen deze bachelorproef is het van belang om de verschillende plaatsen van de zorg en de actoren die in contact komen met de zorgvrager samen te brengen. Dit zorgt voor een besparing van tijd en kosten.

Door de verschillende plaatsen en actoren samen te brengen onder één systeem, wordt er getracht sneller te kunnen inspelen op de noden en behoeften van de zorgvrager. Het zorgt dus voor een overkoepelend geheel van de gezondheidsorganisatie.

### *1.7.1 Plaatsen van de zorg*

#### Intramuraal

Intra = binnen; mura = muren.

Onder intramuraal wordt verstaan, de zorg die verleend wordt aan patiënten/cliënten binnen de muren van een instelling. Voorbeelden van zo'n instelling zijn ziekenhuizen, verpleeghuizen en inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten (Boot, 2010).

Intramurale zorg wordt volgens Van Hemel onderverdeeld volgens de duur van de opname. Zo kan de zorg voor beperkte tijd zijn, zoals een onderzoek en behandeling in een ziekenhuis, maar ook voor onbeperkte tijd, zoals een permanent verblijf in een leefgemeenschap of een woonzorgcentrum (Van Hemel, 2010).

#### Extramuraal

Extra = buiten; mura = muren.

Extramurale zorg bevindt zich buiten de instellingen en binnen de eigen woonomgeving van de patiënt/cliënt. Er vindt dus geen opname plaats (Van Hemel, 2010).

Voorbeelden van extramurale zorg zijn thuiszorg en Riagg (Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), maar ook de huisarts en de mantelzorger(s) worden onder deze noemer geplaatst (Boog & Morsink, 2010).

#### Transmuraal

Trans = half; mura = muren.

Bij transmurale zorg verblijft de patiënt/cliënt gedurende een bepaalde periode van de dag in opname, terwijl hij de rest van de dag in zijn eigen woon-werkomgeving verblijft (Van Hemel, 2010). Ook kan gebruik gemaakt worden van de term semi-muraal (Boog & Morsink, 2010). Een voorbeeld van transmurale zorg is een patiënt/cliënt die voor een bepaalde tijd van de dag een revalidatieprogramma volgt in een ziekenhuis en de rest van de dag in zijn eigen leefomgeving verblijft (Van Hemel, 2010). De transmurale zorg is bijgevolg voor deze bachelorproef de meest belangrijke.

### *1.7.2 Echelonnering: lijnen in de gezondheidszorg ("Eerstelijnsgezondheidszorg," 2010)*

#### Nulde lijn

In de nulde lijn bevinden zich de informele hulpverleners. Hieronder worden de mantelzorgers, de ouders, de kinderen, de familie, de vrienden en de burens verstaan. Ook vrijwilligers of zelfhulpgroepen worden onderverdeeld in de nulde lijn. Hierbinnen valt de zelfzorg die verleend wordt. De nulde lijn maakt 'het thuis blijven' van de oudere bevolking mogelijk. Het zijn de mantelzorgers die de grootste steun vormen in de thuissituatie. Vanuit de nulde lijn wordt de stap gezet naar de eerste lijn.

#### Eerste lijn

De eerste lijn is de hulp die iedereen kan inschakelen wanneer het nodig is. De centrale figuur is hier de huisarts. Ook vallen onder de eerstelijnszorg de thuisverpleegkundigen, diëtisten, tandartsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, ... . Zolang zorgvragers rechtstreeks zorg kunnen vragen aan deze gediplomeerden, vallen ze onder de eerste lijn. Een DVC is hier dus een voorbeeld van.

#### Tweede lijn

De huisarts kan patiënten doorverwijzen naar de hulpverleners binnen de tweede lijn. Zorgverleners als een psycholoog, een psychiater en zelfs de algemene ziekenhuizen vallen onder de tweede lijn.

#### Derde lijn

Binnen de derde lijn van de gezondheidszorg bevinden zich de gespecialiseerde en intramurale zorg. Voorbeelden hiervan zijn de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.

De samenwerking tussen de intramurale sector en de eerste lijn wordt bevorderd met het oog op nog betere patiëntgerichte zorg. Transmurale zorgpaden en patiëntgerelateerde ICT-systemen worden verder uitgebouwd en financieel gestimuleerd.

In samenwerking met de actoren in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen ziekenhuizen en artsen meewerken aan de ontwikkeling van telemonitoring van patiënten in de thuissituatie (Vlaamse Regering, 2009).

### *1.7.3 Zorgnetwerken*

Een zorgnetwerk is een plaatselijke voorziening die een extra dienstenaanbod biedt aan hulpbehoevende mensen. De ouder wordende bevolking heeft steeds meer ondersteuning en hulp nodig van zowel formele als informele zorgverleners. De formele hulpverleners zijn degene die gediplomeerd zijn en financieel vergoed worden voor de geleverde zorg, zoals dokters, verpleegkundigen, ergotherapeuten,... Familie en mantelzorgers vormen de informele groep en verlenen hun zorg vrijwillig.

In een onderzoek van M. Jacobs et al. werden er vier verschillende zorgnetwerken van thuiswonende ouderen onderscheden. Uit dit onderzoek blijkt dat zorgvragers een gemiddeld zorgnetwerk hebben van om en bij de tien personen (Zwart-Olde, Jacobs, & van Groenou, 2013).

#### Het kleine gemengde zorgnetwerk

Dit zorgnetwerk bestaat uit enkele formele en informele hulpverleners met een gemiddelde van vijf personen. De hulpverleners geven hier hoofdzakelijk huishoudelijke hulp. In een klein gemengd zorgnetwerk heeft de oudere een relatief kleine zorgbehoefte, woont vaak alleen en heeft een gemiddeld sociaal netwerk. Zes van de onderzochte gebruikers binnen het DVC vallen binnen dit zorgnetwerk. Door de kleine zorgbehoefte van de zorgvrager is er geen grote noodzaak aan de uitwisseling van informatie tussen de zorgverleners, omdat de taken vooral van huishoudelijke aard zijn. Veranderingen en achteruitgang dienen wel goed gecommuniceerd te worden.

#### Het spilzorgernetwerk

Bij het spilzorgernetwerk zijn er gemiddeld zeven hulpverleners actief. De mantelzorger is de spilfiguur in de zorg met formele hulpverleners die hem of haar omringen. Vaak hebben de ouderen in dit netwerk de grootste zorgbehoefte en hebben ze een beperkt sociaal netwerk.

Binnen het DVC zijn er zes gebruikers die in dit zorgnetwerk zitten. Goede communicatie tussen de mantelzorger(s) en gediplomeerde hulpverleners is cruciaal voor een goede verzorging waarin iedereen zich kan vinden.

### Het familiezorgnetwerk

Het familiezorgnetwerk is groter dan het spilzorgnetwerk en bestaat gemiddeld uit twaalf hulpverleners waarin formele en informele zorgverleners gelijk verdeeld zijn. De familie van de zorgbehoevende oudere is het meest aanwezig. Dit zorgnetwerk hoort bij een oudere persoon met een relatief grote zorgbehoefte en een groot sociaal netwerk. Binnen de onderzochte gebruikers valt er één persoon onder het familiezorgnetwerk.

### Het formeel zorgnetwerk

Dit is het grootste netwerk en telt gemiddeld veertien hulpverleners waarvan 80% formele hulpverleners zijn. De hulpbehoevendheid van de oudere in dit zorgnetwerk is meestal groot. De oudere beschikt over een klein sociaal netwerk waardoor teruggevallen dient te worden op de formele hulpverleners. Binnen het DVC vallen vier van de onderzochte personen onder dit netwerk.

De gebruikers van DVC De Schans hebben een gemiddelde van acht zorgverleners rond zich staan en bevinden zich voornamelijk in het klein gemengde en het spilzorgnetwerk. In bijlage twee op pagina III wordt er een ecogram uitgewerkt van één van de gebruikers die zich in het spilzorgnetwerk bevindt. Hieruit kan afgeleid worden welke en hoeveel communicatie er gebeurt binnen een netwerk van een zorgbehoevende. Als deze communicatie inefficiënt of zelfs niet gebeurt, kan dit heel nefast zijn voor de afstemming van de aangeboden zorg.

## **1.8 Belangrijke normen en regels**

Zoals ieder individu in België, zijn ook zorgverleners gebonden aan door de wet-bepaalde normen en regels. Wanneer je dus als therapeut gebruik maakt van patiëntengegevens, zoals in deze studie het geval is, is het belangrijk dat je dat doet zonder de rechten van de patiënt en het beroepsgeheim te schenden. Hieronder worden beide principes kort beschreven.

### *1.8.1 Rechten van de patiënt*

Onder de rechten van de patiënt wordt verstaan (Vlaams Patiëntenplatform, 2011):

- het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening
- het recht op een vrije keuze van je beroepsbeoefenaar
- het recht om te weten
- het recht om NIET te weten
- het recht op toestemming of weigering



- de rechten in verband met inzage in het patiëntendossier
- het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- het recht op pijnbehandeling
- het recht op klachtenbemiddeling

Wanneer mensen zorg nodig hebben en de zorgvraag moet achterhaald worden, wordt de zorgvrager met zijn probleem helemaal ontleed. Persoonlijke informatie wordt geïnventariseerd, waardoor de privacy dient gerespecteerd te worden. Binnen deze bachelorproef zijn er enkele rechten van de patiënt die aandacht vragen. Deze zijn het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, het recht om te weten, het recht om NIET te weten, rechten in verband met inzage in het patiëntendossier en recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Met het gebruik van een digitaal communicatiesysteem wordt getracht de kwaliteitsvolle dienstverlening te handhaven en te verbeteren, om te komen tot optimale zorg.

Wanneer de zorgverlener aangeeft niet te willen dat sommige familieleden en/of mantelzorgers inzage hebben in het medisch dossier of de communicatie die hieromtrent gebeurt, mag dit niet getoond worden. De zorgvrager kan ook ten alle tijde zijn dossier opvragen. Wanneer het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer niet nageleefd wordt, is dit schending van de privacy en het beroepsgeheim van de zorgverlener.

### *1.8.2 Beroepsgeheim*

Het beroepsgeheim staat beschreven in het strafwetboek (1867) samen met de straffen die opgelegd kunnen worden bij het verbreken van het beroepsgeheim. Hieronder worden de artikels inzake het beroepsgeheim aangehaald.

#### *Artikel 458 Sw.*

*“Geneesheren, heekundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle anderen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd en deze bekendmaken buiten het geval dat ze worden geroepen om in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met een gevangenisstraf van acht tot zes maanden en een geldboete van honderd tot vijfhonderd euro.”*

### *Artikel 458bis*

*“Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, (partnergeweld,) een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.”*

### **1.9 Woonzorgdecreet**

Het thuiszorgdecreet (1998) en ouderendecreet (1985) maakten op 13 maart 2009 plaats voor het woonzorgdecreet. Dit integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg heeft ervoor gezorgd dat de term ‘rusthuis’ werd vervangen door ‘woonzorgcentrum’ en trad op 1 januari 2010 in werking (Westhovens, 2013).

Binnen het decreet wordt er een versoepeling voorzien van het aanbod in functie van de zorgvraag van de zorgbehoevende oudere. Vooral het bieden van zorg op maat en zorgcontinuïteit staan centraal. Dit decreet omvat bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, namelijk de thuiszorg ondersteunende zorg, de thuiszorg aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg.

De drie prioritaire doelstellingen zijn:

- Zorg op maat bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door het correct en individueel aangepast inzetten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg.
- De regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen zodanig dat de samenwerking tussen thuiszorg, residentiële zorg en thuiszorg ondersteunende zorg vergemakkelijkt en versterkt wordt.
- Verhogen van de kwaliteit van wonen en zorg door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische behoeften van de zorgvrager met voldoende aandacht voor het sociale aspect en het welbehagen van de zorgbehoevende.

Zoals blijkt uit artikel 44 en 45 van het woonzorgdecreet (zie bijlage 3 op pagina IV), die specifiek gericht zijn op ouderenzorg, bestaat een woonzorgcentrum uit verschillende diensten die onafhankelijk van elkaar werken maar tegelijkertijd nauw met elkaar verbonden zijn. Om de verschillende afdelingen op elkaar af te stemmen en iedere hulpbehoevende de juiste zorg te kunnen bieden is communicatie tussen en binnen de diensten uiterst belangrijk.

## **1.10 Zorgkosten**

Zorgkosten, de kosten voor de verkregen of verstrekte zorg, zijn van toepassing voor iedereen. Van waar komt het geld om de zorgkosten te dekken, hoe wordt het geld verdeeld onder de zorgbehoevende bevolking en is het huidige systeem nog steeds haalbaar voor de toekomst? En wat te doen met de extra druk die de vergrijzing en verzilvering legt op het zorgsysteem? In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op deze onderwerpen.

### *1.10.1 Inning en verdeling van het zorggeld in België*

In België betalen de mensen sociale zekerheid met als centraal begrip solidariteit.

De solidariteit wordt in stand gehouden door verschillende inkomstbronnen. Zo is er de werknemersbijdrage, een bedrag dat werknemers betalen en dat in verhouding staat met hun loon. Zowel alle burgers als de vakbonden alsook de ziekenfondsen dragen hun steentje bij. Als laatste zijn er de werkgeversorganisaties die mee beslissen over de verschillende aspecten van het systeem. De sociale zekerheid waarborgt vervangingsinkomen, aanvulling op het inkomen en bijstandsuitkeringen (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2014). De sociale zekerheid wordt dus betaald door iedereen, om vervolgens uitbetaald te worden aan de rechthebbenden. Om de bijdragen van de verschillende arbeidsklassen in verhouding te kunnen innen, zijn er in België drie stelsels uitgewerkt. Eén stelsel voor werknemers, één stelsel voor zelfstandigen en één stelsel voor ambtenaren. Elk met hun eigen specifieke kenmerken en uitzonderingen. Om hier niet te diep op in te gaan en de informatiestroom wat te drukken, wordt enkel het werknemersstelsel uitgelegd omdat die op de grootste groep van Vlamingen van toepassing is (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2014).

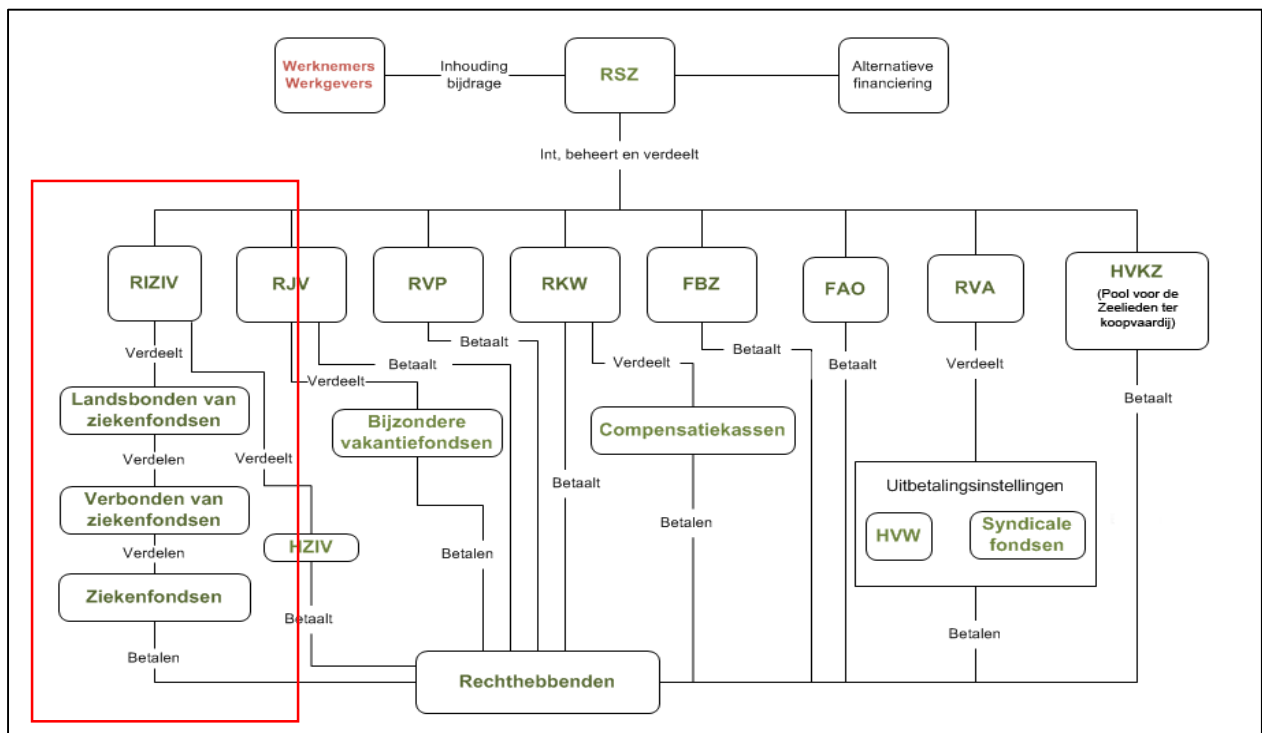
De sociale zekerheid in het werknemersstelsel wordt gefinancierd door drie bronnen: de overheid, de werkgeversbijdrage (24,77% globale bijdrage) en de werknemersbijdrage (13,07% globale bijdrage). Ook de overheid betaalt dus jaarlijks een forfaitaire som aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). In 2013 bedroeg dit € 6.282.090.000. Daarnaast was er de dotatie aan het globaal beheer voor werknemers voor een bedrag van € 4.804.790.000.

Ook bestaat er nog een alternatieve financiering die deels van een percentage van de BTW ontvangsten komt, alsook van de accijnzen en de personen- en vennootschapsbelasting. In 2013 was dit een bedrag van € 14.242.233.000 (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2014). In het jaar 2013 is dus enkel voor het stelsel van de werknemers een bedrag binnen gekomen van € 25.329.133.000 vanuit de overheid.

Verdere financiering van de zorgkosten gebeurt door verplichte bijdrages en verzekeringen. De jaarlijkse bijdrage van de Vlaamse zorgverzekering is hier een voorbeeld van. Deze bedraagt sinds 1 januari 2015 €50 in plaats van de voormalige €25. Deze verhoging is tot stand gekomen om de tekorten in de zorgkas te vullen. Ook kunnen er ziekteverzekeringen, verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hospitalisatieverzekering en andere aanvullende verzekeringen afgesloten worden (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013).

### 1.10.2 Verdeling

Al het geld komt samen bij de RSZ. Die int, beheert en verdeelt het geld over de verschillende instanties (zie Figuur 4) ("Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ)," 2015).



Figuur 4: Organisatie RSZ

De belangrijkste instantie voor de bachelorproef is het RIZIV (het RijksInstituut voor Ziekte- en InValiditeitsuitkeringen). Deze bestaat uit zes diensten: de dienst voor geneeskundige verzorging, de dienst voor uitkeringen, de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de dienst voor administratieve controle, de dienst van het fonds voor medische ongevallen en de algemeen ondersteunende diensten ("Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering RIZIV," 2015).

De dienst voor geneeskundige verzorging komt het meest aan bod voor de ouderen die in het DVC vertoeven. Daarom worden de andere diensten binnen het RIZIV niet verder besproken, net zoals de andere instanties die onder de RSZ vallen.

De dienst voor geneeskundige verzorging binnen het RIZIV bepaalt de voorwaarden voor de vergoeding van de geneeskundige verstrekkingen, stelt de begroting op, informeert zorgverleners, bevordert de kwaliteit van geneeskundige verzorging en organiseert overleg tussen de verschillende partners (RIVIV, 2015, De dienst voor Geneeskundige verzorging, para. 2).

Het RIZIV verdeelt het geld over de landsbonden van ziekenfondsen en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). Deze landsbonden verdelen op hun beurt het geld over de verbonden van de ziekenfondsen. Als laatste stap gaat het geld naar de vijf mutualiteiten in België, die het geld vervolgens uitbetalen aan de rechthebbende personen.

Het geld dat de zorgkosten dekt in België legt dus al een hele weg af vanuit de bijdragen van de sociale zekerheid, tot het uiteindelijk terecht komen bij de rechthebbende personen.

### *1.10.3 Uitgaven RIZIV*

De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid heeft een verdeling gemaakt van het RIZIV-budget voor 2013 (zie onderstaande figuur). Voor de verstrekkingen en uitkeringen is er een bedrag uitgegeven van € 31.874.548.000 waarvan € 25.627.379.000 besteed werd aan de geneeskundige verzorging. Deze € 25.627.379.000 is het volledige budget dat de overheid heeft uitbetaald aan het stelsel voor werknemers. Dit bedrag dekt slechts drie kwart van de uitgaven die het RIZIV doet.



Figuur 5: RIZIV-budget voor het jaar 2013

#### 1.10.4 Blijft zorg betaalbaar voor de ouder wordende bevolking?

Zoals eerder besproken in het hoofdstuk demografische ontwikkelingen, neemt het aantal ouderen in België toe en worden deze steeds ouder. Het gevolg van het ouder worden is dat de hulpbehoefendheid van de ouderen steeds hoger en langer wordt.

Is het haalbaar met de huidige pensioenen van de ouderen en de sociale bijdragen om de kosten van de zorg in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf en een DVC te blijven bekostigen?

Het minimumpensioen voor werknemers bedraagt voor een alleenstaande € 1.123 bruto, voor een gezinslid is dat € 1.404, gebaseerd op een volledige loopbaan van 45 jaar. Aangezien niet iedereen een volledige loopbaan doorloopt, bedraagt het gemiddeld individueel pensioen voor een loontrekkende € 823 per maand (ABVV, 2014). Als we weten dat een opname in een woonzorgcentrum in Vlaanderen gemiddeld € 1.165,50 kost, wordt het voor veel zorgbehoevende ouderen moeilijk te financieren (Agentschap zorg en gezondheid, 2014).

Om deze reden is het vaak aan de familie om bij te springen in de kosten. Wanneer dit niet mogelijk is of wanneer er onvoldoende middelen zijn, wordt het OCMW ingeschakeld. Wanneer gekeken wordt naar de dagprijs van een DVC, bijvoorbeeld “De Schans”, kost deze dagelijks € 23,09 (Van Gijlswijk, 2014). Dit komt neer op een kleine € 600 per maand. Dit prijsverschil kan besteed worden aan zorg in de thuissituatie en nutsvoorzieningen. Mede dankzij dit prijsverschil zullen dagverzorgingscentra in de toekomst alsmaar belangrijker worden om die vicieuze cirkel te doorbreken.

### *1.10.5 Wat kunnen we hieruit concluderen?*

In België gaat veel geld naar de zorgkosten. Voor de RIZIV was in 2012 een bedrag nodig van € 31.874.548.000 om de uitkeringen aan de rechthebbenden uit te betalen. Dit is al meer dan de € 25.329.133.000 die de overheid in de zorg heeft geïnvesteerd in 2013, en dan moeten de tegemoetkomingen aan de andere zeven instanties onder de RSZ nog uitbetaald worden. De begroting had in 2013 een tekort van € 9.722.000.000. In de toekomst moeten de zorgkosten dus dalen om de zorg betaalbaar te houden voor iedereen ("Ontwerpbegrotingsplan oktober 2013," 2013). Het is dus ten sterkste aan te raden om aandoeningen en ziektes tijdig te voorkomen en/of bestrijden, om te vermijden dat ze in een chronisch stadium vallen.

### **1.11 Innovatie in de zorg**

Stilstaan is achteruitgaan. Ook binnen de gezondheidszorgsector slaat dit gezegde de nagel op de kop. Met pen en papier een verslag schrijven is verleden tijd. Aangezien er negatieve punten verbonden zijn aan schriftelijke communicatie namelijk: het sneller verloren gaan van documenten die belangrijke en strikt persoonlijke cliëntgegevens bevatten en met de hand geschreven documenten zijn vaak niet altijd leesbaar voor iedereen.

Er ontstaan steeds meer ontwikkelingen in de communicatie- en informatietechnologie, wat een belangrijke factor vormt voor de innovatie in de zorg. De toenemende automatisering en informatisering leiden tot andere manieren van opslaan en uitwisselen van gegevens (Kinébanian, 2009).

Sinds enkele jaren worden patiëntgegevens uitgewisseld van de ene zorgverlener naar de andere door middel van digitale platforms via internet. Het voordeel hiervan is dat er kostbare tijd gewonnen wordt.

Op zo een platform wordt belangrijke en relevante informatie uitgewisseld tussen zorgverleners die een therapeutische relatie hebben met eenzelfde zorggebruiker. De zorgverleners krijgen een beeld van het reeds doorlopen hulpverleningsparcours en hebben zo een beter zicht op de noden, vragen en wensen van de hulpbehoevende. Op die manier kan de zorg beter en specifiek afgestemd worden, met als gevolg dat zowel de hulpverleners als de hulpbehoevenden de vruchten van de modernisering plukken. Men is nog volop bezig met het integreren en verbeteren van digitale platformen om multidisciplinaire samenwerking te vergemakkelijken ("Wat is vitalink?," 2013).

Door elektronische gegevensuitwisseling en toegang tot databanken van de overheid kunnen de administratieve lasten voor de gebruikers en de verschillende zorgverleners verminderen. Bovendien besteedt de Vlaamse overheid er veel aandacht aan en zet zich volledig in op gebied van veiligheid van de gegevens, de rechten van de patiënt en het respect voor privacy.

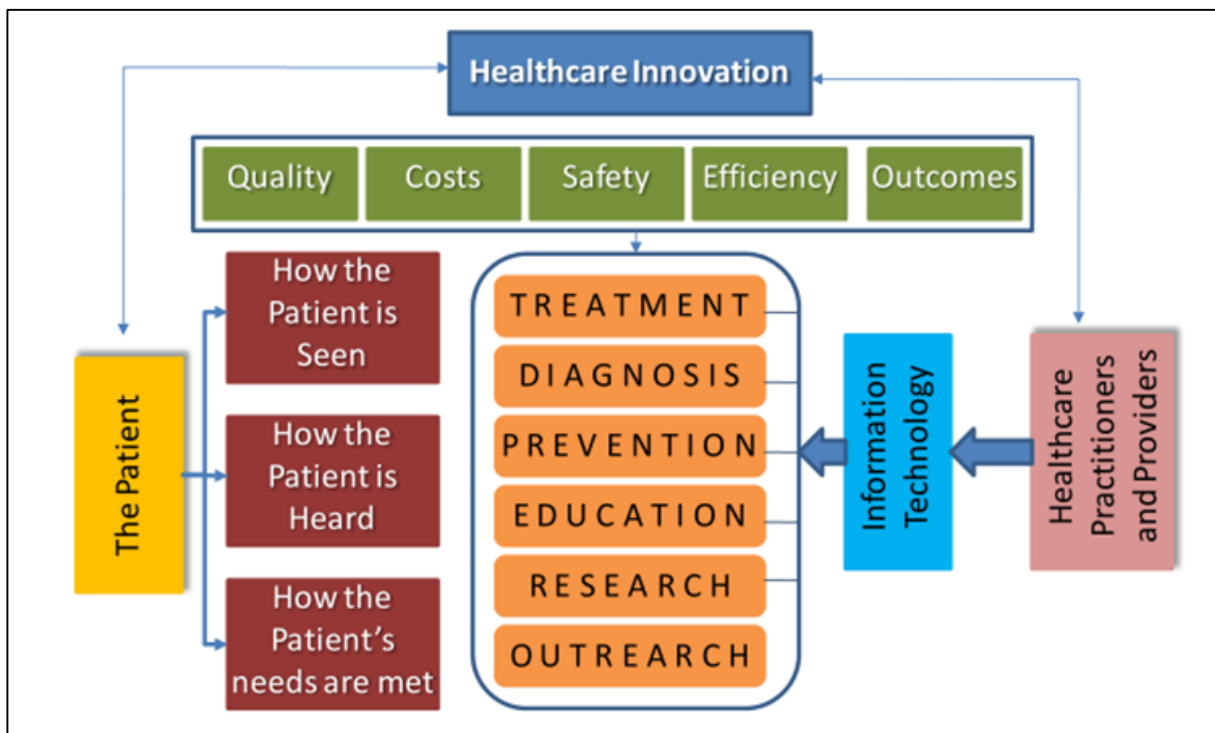
Dat is immers een voorwaarde om het vertrouwen te winnen van zorgverleners en zorgvragers om innovatie in de zorg te kunnen ontwikkelen ("Congres Vitalink door Dominique Dejonckheere," 2013).

Niet alleen op vlak van communicatie maar ook op andere gebieden is innovatie uiterst belangrijk. Zo blijkt uit een onderzoek van Varkey et al. dat vernieuwing noodzakelijk is om de levensverwachting, de levenskwaliteit, de diagnostiek en behandelingsmogelijkheden, evenals de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg te verbeteren (Omanchou, 2010).

Het uiteindelijke resultaat van deze voortdurende vernieuwing dient een Zorgzaam Vlaanderen te zijn met een efficiënt en kwaliteitsvol zorg- en welzijnsaanbod dat toegankelijk is voor iedereen en waarbij de zorgvragers mee over "de regie" beslissen van het zorgtraject. Anderzijds zouden zorgverleners door onderlinge samenwerking een coherent, veilig en geïntegreerd zorgaanbod kunnen waarborgen ("(e)Zorgzaam Vlaanderen," 2012).

Ten slotte toont figuur 5 hoe innovatie in de gezondheidszorg wordt bekomen en welke criteria en voorwaarden er aan verbonden zijn (Omanchou, 2010)

*Figuur 6: Een conceptueel kader voor innovatie in de gezondheidszorg*





### *1.11.1 Gebruik van telecommunicatie en computertechnologie bij ouderen*

Hoe zit het met de huidige generatie ouderen? Deze generatie die is opgegroeid in een tijdperk waar iedereen communiceerde in persoon, die geen tablet, smartphone of computer hadden om informatie met elkaar uit te wisselen. Hoe gaan zij om met het tijdperk waarin persoonlijke en directe communicatie moet plaatsmaken voor de snelle gegevensuitwisseling via het internet? M. Zijadic heeft hier onderzoek naar gedaan en is tot het besluit gekomen dat ouderen van nu zowel voor- als nadelen ervaren aan de komst van de technologie. Vele ouderen willen meegaan met de tijd. Een grote factor die meespeelt in het willen gebruik maken van technologie, is het meer in contact kunnen staan met kinderen of kleinkinderen, vermits deze hier vaak gebruik van maken en hen aansporen hetzelfde te doen. De huidige generatie ouderen ziet soms de meerwaarde van de computer- en communicatietechnologie niet, aangezien ze zijn opgegroeid in het tijdperk van één-op-één-communicatie. Deze generatie is nog steeds erg gesteld op hun privacy en staat daarom wantrouwig tegenover het gebruik van het internet. De risico's van het internet vormen ook een belemmerende factor (Zijadic, 2012).

## **2. Resultaten praktijkonderzoek**

### **2.1. Analyse**

Uit de literatuurstudie blijkt dat communicatie via een digitaal platform een zeer actueel en belangrijk middel is om informatie uit te wisselen binnen een multidisciplinair team. Over enkele jaren zal het gebruik van een dergelijk platform niet meer weg te denken zijn uit de gezondheidssector. Hoewel de meeste van die systemen nog niet volledig op punt staan, worden er al verschillende soorten gebruikt in het werkveld. Tabel 2 geeft een overzicht van de geëxcludeerde digitale communicatiesystemen en de reden van exclusie.

<b>Geëxcludeerde communicatiesystemen</b>	<b>Voornaamste reden</b>
Sociale media (Facebook, Twitter, ...)	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
Dropbox	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
Doodle	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
Stipa	Enkel toepasbaar voor huisartsen en ziekenhuizen
Hubs	Enkel toepasbaar voor ziekenhuizen
Share-point	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
E-mail	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
Smartphone	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
Proximus –Video Conferencing	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid
Proximus – meeting services	Wet- en regelgeving rond privacy en veiligheid

*Tabel 2: Geëxcludeerde communicatiesystemen met reden van exclusie*

De geïnccludeerde systemen worden in tabel 3 opgesomd en vervolgens onderling vergeleken op basis van een voor- en nadelenlijst. Deze systemen kunnen vanuit twee perspectieven benaderd worden. Enerzijds vanuit het cliëntperspectief, waarmee wordt bedoeld dat de systemen vooral bruikbaar zijn voor de cliënt. En anderzijds vanuit het professioneel perspectief, waar de systemen vooral gericht zijn op professionals, maar waarbij de cliënten evenzeer inspraak kunnen hebben en de systemen kunnen hanteren.

<b>Geïnccludeerde communicatiesystemen</b>	
<b>Clïëntperspectief</b>	<b>Professioneel perspectief</b>
Cubigo	Geracc
	eHealthBox
	Vitalink
	H-OPP
	Corilus: Gernis
	CMSNET
	Incura

*Tabel 3: Geïnccludeerde communicatiesystemen*

### *2.1.1 Cubigo*

Cubigo is een digitaal communicatie- en diensten platform voor ouderen, dat ontwikkeld is door Aristoco in 2011. Aristoco is een Limburgs ICT-bedrijf opgericht in 2007 en is tevens een spin-off bedrijf van de U-Hasselt. Cubigo staat voor communicatie, comfort en veiligheid in eigen handen. Er kan gekozen worden welke zorgen en diensten er gewenst worden. De oudere houdt als het ware de regie in eigen handen. De filosofie van Cubigo stelt een eenvoudig gebruik voorop. Er kan gesteld worden dat Cubigo de plek is waar technologie de zorg omarmt.

Cubigo bevat een online applicatie die onderverdeeld is in drie belangrijke pijlers: sociaal contact, comfortdiensten en veiligheid en zorg. Deze drie behoeften worden nog eens onderverdeeld in cubes of iconen. Cubes zijn kleine toepassingen die eenvoudig aan een persoonlijk account toegevoegd kunnen worden, zodat het volledige menu aan de persoonlijke behoeften aangepast kan worden. In het tweede deel van dit praktijkonderzoek wordt er meer gedetailleerd ingegaan op het systeem.

Aristoco heeft met Cubigo al enkele prijzen binnen gehaald, zoals de Innovatie-Award 2013 in de categorie “maatschappelijke relevantie”, de publieksprijs “zorginnovatie 2014”, winnaar van de “Connected Health Challenge 2014” voor het meest innovatieve product in de zorg en tenslotte is Cubigo uitgeroepen als ambassadeur van Aging 2.0 in België (Cubigo, 2011).

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Eenvoudig in gebruik door de cubes.	Digitalisering bij deze generatie ouderen staat nog niet op punt.
Het is gebruiksvriendelijk en er bestaat een mogelijkheid tot personalisatie.	De pakketten dienen apart geactiveerd te worden.
Cubigo is geheel onafhankelijk.	Er moet een kleine bijdrage geleverd worden voor de geactiveerde pakketten.
Alle gegevens worden veilig bewaard.	
De informatieoverdracht verloopt snel.	
Inloggen op Cubigo is altijd en overal mogelijk.	
Cubigo is te gebruiken op elk toestel met een internetverbinding. Bv. PC, smartphone, laptop, tablet,..	
In 2014 werd een update gelanceerd waardoor Cubigo ook makkelijk te gebruiken is voor blinden en slechtzienden.	
De basisversie van Cubigo is gratis.	
Cubigo is gemakkelijk te installeren.	
Mogelijk om het volledige menu aan te passen aan de persoonlijke behoeften.	
Mogelijkheid tot het zelf kiezen van de zorgen en diensten .	
Via Cubigo kunnen er allerlei comfortdiensten besteld worden.	
Cubigo zorgt voor een eenvoudige communicatie.	
Cubigo draagt bij tot een beter betaalbare en efficiënte gezondheidszorg en zorgt ervoor dat ouderen langer in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen.	
Cubigo is actief in België, Spanje en Nederland.	

De zorgvrager staat centraal.	
Cubigo wil de zelfredzaamheid bevorderen door eenvoudige tools aan te reiken waarmee de zorgvrager de regie in eigen handen kan nemen.	
Cubigo scoorde een wereldprimeur met de Family App.	

### 2.1.2 Geracc

Geracc is een elektronisch zorgdossier dat gebruikt kan worden voor het volledige beheer van een woonzorgcentrum. Voor paramedici is er een aangepast agendabeheer voorzien waarbij de planning en evaluaties binnen het totale woonzorgdossier geïntegreerd kunnen worden ("De GERACC.net-suite informatiseert uw woonzorgcentrum van A tot Z," 2015).

<b>Geracc bestaat uit:</b>
Een multidisciplinair zorgdossier
Individuele parameters voor standaard zorgplannen
Een communicatieschrift
Een prestatieplanning
Afteken- en werklijsten
Werklastberekening
Een anamnese
Een profielbeschrijving
Een residentieagenda
Een dag- en nachtboek

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Geen administratie meer, alles is digitaal.	Geen Katz-schaal document.
Getypt: vergemakkelijkt de leesbaarheid.	Niet echt gebruiksvriendelijk/eenvoudig.
Beveiligd/privacy: wachtwoord invoeren om toegang te krijgen tot het Geracc programma.	Het Geracc zorgdossier is meer gericht op woonzorgcentra.

Het zorgdossier is multidisciplinair: aangepaste overzichten en plannings voor de verschillende disciplines in het dagverzorgingscentrum/woonzorgcentrum.	Niet tijdsefficiënt. Veel tijd investeren in het openen en zoeken naar informatie.
Gebruik van hetzelfde dossier, voorkomt dubbel werk en heeft positief effect op de onderlinge communicatie en samenwerking.	Het zorgdossier kan niet door alle betrokken actoren van de cliënt gebruikt worden.
De kennisdatabank bevat voorgeprogrammeerde zorgprofielen in functie van de Katz- schaal en het ziektebeeld van de zorgvrager.	Noteren van informatie van cliënten gebeurt niet systematisch.
	Geen mogelijkheid tot doorspelen van informatie naar andere afdelingen.

### 2.1.3 eHealthBox

De eHealthBox is een berichtendienst. Dit systeem maakt een veilige elektronische communicatie van medische en vertrouwelijke gegevens (laboresultaten, medische verslagen, ontslagbrieven etc.) mogelijk tussen de zorgactoren in de Belgische gezondheidszorg. Het werkt enkel van eHealthbox naar eHealthbox. Het is als het ware een soort van e-maildienst. eHealthbox is een vorm van geadresseerde communicatie, wat wil zeggen dat er beslist gecommuniceerd wordt van één zorgverstreker naar een individuele zorgvertrekker alsook naar groepen van zorgverstrekkers. Elke zorgactor kan zelf bepalen welke informatie hij of zij graag wil delen met een andere zorgactor. Patiënten hebben tevens toegang tot hun persoonlijke eHealthBox, via een webportaal op de website van het eHealth-platform. Ze kunnen berichten van hun zorgverleners ontvangen maar geen berichten versturen ("Beveiligde elektronische brievenbus (eHealthBox)," 2014).

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Elke zorgverlener heeft gratis toegang.	Patiënten of hun mantelzorger kunnen geen berichten via eHealthbox versturen
Enkel geoorloofd gebruik voor gezondheidszorg. Geen reclame, spam of kettingbrieven.	Identificatie is enkel mogelijk via een elektronische identiteitskaart (kaartlezer is nodig)
Toegang op elk moment van de dag mogelijk.	eHealth certificaat is noodzakelijk
Snelle en efficiënte informatieoverdracht.	Software “Hector” dient geïnstalleerd te worden
Confidentialiteit wordt gegarandeerd door een sluitende versleuteling van de doorgestuurde informatie.	
Geadresseerde communicatie.	
Patiënten hebben toegang tot hun eHealthbox.	
Uiteenlopende thema’s mogelijk over gezondheidszorg.	
Registratie via de website van de FOD Sociale Zekerheid.	
Geen papieren formulieren invullen (papierbesparing/tijdsefficiënt).	

#### 2.1.4 Vitalink

Vitalink is een project voor de uitwisseling van patiëntengegevens tussen de verschillende actoren in de zorg die een therapeutische band met de patiënt hebben. Het is een nieuw beveiligd digitaal platform van de Vlaamse overheid om zorg- en welzijnsgegevens veilig te kunnen delen en raadplegen. Het werd opgericht bij besluit van de Vlaamse regering tot oprichting van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg van 9 september 2011. Dankzij Vitalink kunnen zorgverleners op een eenvoudige manier beschikken over correcte, betrouwbare en volledige patiënten informatie. Dit gebeurt steeds met het volste respect voor de privacy en onder erg strenge beveiligingsvoorwaarden.

Dit project bevordert de samenwerking, communicatie en organisatie tussen de zorgverleners om op die manier optimale zorg te kunnen garanderen aan de cliënt. Bijgevolg maakt Vitalink multidisciplinaire samenwerking rond de zorg van een patiënt mogelijk via het elektronisch uitwisselen van informatie. Het platform beperkt zich niet tot een bepaalde sector of bepaalde beroepsgroepen, maar focust zich op de eerstelijnsgezondheidszorg en actieve zorgactoren ("Wat is vitalink?," 2013).

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Gegevens worden enkel gedeeld als de patiënt daarvoor zijn toestemming geeft. De patiënten kunnen zelf hun therapeutische relaties op de Vitalink website aanmaken of verbreken.	Niet- geadresseerde communicatie.
Vitalink controleert of er een zorgrelatie bestaat tussen de patiënt en de zorgverlener.	Voor gebruik moet een softwaretoepassing ter beschikking zijn waarmee Vitalink kan ontgrendeld worden.
Unieke, speciaal ontworpen dubbele versleuteling om de informatie extra te beveiligen.	Enkel de gegevens die nuttig zijn voor de samenwerking tussen zorgverleners worden ter beschikking gesteld (achtergrond /bijkomende informatie is vaak ook belangrijk voor een optimale zorgverlening).
Vitalink focust zich op de eerstelijnsgezondheidszorg.	Vitalink focust zich enkel op de eerstelijnsgezondheidszorg.
Alle acties worden steeds gevolgd om mogelijk misbruik te voorkomen.	
Vitalink is gratis voor alle zorgverleners of patiënten.	
Het platform is betrouwbaar doordat het 99,9 percent van de tijd beschikbaar is.	
Wanneer een opdracht wordt ingegeven in het platform, bedraagt de antwoordtijd slechts vier seconden.	



### 2.1.5 H-OPP (*Hasselt Occupational Performance Profile*)

Het H-OPP is een elektronisch instrument om het klinisch redeneren in kaart te brengen, vertrekkend vanuit het handelingsprofiel van de cliënt. Dit handelingsbeeld wordt geïnventariseerd via de drie handelingsgebieden, namelijk wonen en zorg, werken en leren, spel en vrije tijd. Het H-OPP is de vernieuwde versie van het Handelingsdiagnoseformulier (HDF) dat in de opleiding ergotherapie gehanteerd wordt.

Het H-OPP biedt een gestructureerd overzicht van de handelingsproblemen- en mogelijkheden van de cliënt, dat nadien gekoppeld wordt aan een interventieplan (Ghysels & Vanroye, 2014).

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Het H-OPP hanteert de termen van het ICF, wat de interdisciplinaire samenwerking vergemakkelijkt door zijn uniforme taalgebruik.	Het H-OPP staat nog niet op punt . De koppeling van de startdatabase aan het H-OPP zal in de toekomst nog gerealiseerd worden. Het H-OPP wordt nog volop getest.
De structuur van het systematische ergotherapeutisch handelen (SEH) is terug te vinden binnen het H-OPP.	Geen evidence based gegevens beschikbaar over de privacy en veiligheid van het H-OPP.
De persoon wordt volledig in kaart gebracht a.d.h.v. de drie handelingsgebieden.	
Het H-OPP wordt zowel gehanteerd in de extramurale als intramurale zorg en door mentoren (interdisciplinair) in de gezondheidszorg.	

### 2.1.6 Corilus: Gernis

Gernis is een multidisciplinair elektronisch zorgdossier dat vooral gericht is op medicatiebeheer, taakplanning van diverse disciplines, zorgregistratie en onderlinge communicatie binnen een woonzorgcentrum.

<b>Gernis multidisciplinair elektronisch zorgdossier bestaat uit:</b>
Een multidisciplinair zorgdossier
Individuele parameters voor standaard zorgplannen
Een communicatieschrift
Een prestatieplanning
Afteken- en werkljsten
Werklastberekening
Anamnese
Profielbeschrijving
Residentieagenda
Dag- en nachtboek
Doktersdagboek

Daarnaast biedt Gernis ook een medicatiemodule, die het beheer van de individuele medicatiefiches en de inventaris ondersteunt. De medicatiemodule is volledig afgestemd op het zorgdossier maar kan ook afzonderlijk gebruikt worden. Met de basisversie kan de medicatiefiche en de inventaris per bewoner beheerd worden. Het Home Link apotheek protocol is de Belgische standaard voor de uitwisseling van gegevens tussen een woonzorgcentrum en de apotheek. Quasi alle apothekers in België kunnen elektronisch communiceren met een woonzorgcentrum. Bovendien is het mogelijk om online attesten en generische product- en prijsvergelijking op te vragen ("Woonzorgcentra," 2015).

<b>Gernis medicatie beheer bestaat uit:</b>
Een medicatiefiche
Inventaris per resident
Afdruk van voorschriften en attesten
Klaarzetten van medicatie
Opvolging van attesten

Bestelbonnen apotheek
Medicatie compendium
Home'link communicatie met de apotheek
Aansturen medicatieverdeelsysteem

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Elke zorgverlener binnen het woonzorgcentrum gebruikt hetzelfde dossier, dubbel werk wordt vermeden.	Onvoldoende privacy en veiligheid naar de bewoner toe, alle cliëntgegevens worden verzameld in één dossier dat iedereen kan gebruiken.
De onderlinge samenwerking en communicatie wordt bevorderd.	Zorgvragers hebben geen toegang tot Gernis.
Eenvoudig in gebruik.	Enkel gegevensuitwisseling binnen eenzelfde woonzorgcentrum met apotheker als enige extramurale actor.
Flexibel.	
Volledig aanpasbaar aan de wensen van iedere zorgverlener.	
De kennisdatabank bevat voorgeprogrammeerde zorgprofielen in functie van de KATZ-schaal en het ziektebeeld van de zorgvrager.	
Multidisciplinair: er zijn aangepaste overzichten en plannings voor de verschillende disciplines binnen een woonzorgcentrum.	
Gernis kan geraadpleegd en bewerkt worden op een PC, een tablet of laptop.	
Naast het zorgdossier beschikt Gernis ook over een medicatiemodule.	

### 2.1.7 CMSNET: Computer Management & Services

CMSNET is een uitbreiding op de Geracc suite en tevens een product van Computer Management & Services (CMS). Alle mogelijke documenten kunnen vanuit één centraal punt beheerd worden dankzij CMSNET. Het is een management systeem dat speciaal ontwikkeld werd om de communicatie en informatie binnen een woonzorgcentrum te stroomlijnen.

Naast gerelateerde gegevens van bewonders beschikt een woonzorgcentrum over een grote hoeveelheid belangrijke informatie die gestructureerd beheerd dient te worden. Denk hierbij aan Word- of Excel-documenten, website pagina's, e-mailberichten, PDF's, foto's of videofragmenten die beschikbaar moeten zijn voor alle zorgverleners, zorggebruikers en hun familie. Door gebruik van CMSNET kan dit eenvoudig en overzichtelijk ("Communicatie en organisatie, centraal en overzichtelijk," 2014).

<b>CMSNET omvat onder andere volgende functies:</b>
Het forum, met publieke informatie zoals het weekmenu, de animatieplanning, foto's van daguitstappen,...
Een prikbord
Een archief voor standaardprocedures, handleidingen, verslagen, etc.
Gepersonaliseerde documenten
Beheer van contactpersonen
Agendabeheer
To-do lijsten voor de ICT-afdeling of technische dienst
Een discussieforum
Het procedureboek voor de ouderenzorg
Nuttige en belangrijke links (RIZIV, FOD Volksgezondheid)
Alle Geracc programma's zijn vanuit CMSNET bereikbaar
Je kan de samenstelling van CMSNET zelf aanpassen en uitbreiden

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Data kan op een eenvoudige en overzichtelijke manier gestructureerd beheerd worden.	Onvoldoende privacy en veiligheid naar de bewoner toe. Alle cliëntgegevens worden verzameld in één dossier dat iedereen kan raadplegen.
CMSNET kan geïntegreerd worden in de Geracc suite.	Enkel gegevensuitwisseling tussen de verschillende zorgverleners van eenzelfde woonzorgcentrum.
Met CMSNET is het mogelijk om alle documenten vanuit een centraal punt eenvoudig te beheren, wat efficiënte samenwerking tussen de zorgverleners binnen een woonzorgcentrum bevordert.	
CMSNET werd ontwikkeld in MS Sharepoint Services waardoor de pagina's, menustructuur en inhoud van CMSNET zelf aangepast en uitgebreid kunnen worden door de zorgverleners.	

### 2.1.8 Incura

Incura is een compleet, allesomvattend online softwarepakket voor zorgverleners zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen en psychiaters ("Incura Ergo in één oogopslag," 2011).

<b>Incura beschikt over:</b>
Een overzichtelijke agenda en planner
Een uitgebreid elektronisch patiëntendossier
Meer dan 350 meetinstrumenten en vragenlijsten
Gebruiksvriendelijk factureren zonder fouten
Professionele boekhoudmodule; zeer intuïtief en visueel aantrekkelijk

### *Incura Smartphone App*

Incura beschikt ook over een gratis applicatie voor zowel iPhone als Android- toestellen. Via een smartphone kan er ingelogd worden op de beveiligde omgeving van Incura en is er onmiddellijk toegang tot de informatie van de zorgvrager.

<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Een agenda met herinneringen (voorafgaand aan een afspraak met een patiënt).	Gegevens kunnen niet gedeeld worden met andere intra-, extra- en transmurale actoren.
Er kunnen onmiddellijk afspraken gemaakt worden.	Zorgvragers hebben geen toegang tot Incura.
Er kan een video, PDF- bestand, foto of geluidsopname gemaakt worden en toegevoegd worden aan een patiëntendossier.	
Patiënten worden met een foto en persoonlijke gegevens in de agenda van de zorgverlener weergegeven.	
Snel en eenvoudig raadplegen van elektronisch patiëntendossier.	
Gebruiksvriendelijk.	
De software kan volledig aangepast worden aan de wensen van de zorgverlener.	
Tijdsefficiënt.	

### *Incura Ergo*

Incura Ergo staat voor nog meer gebruiksgemak en een optimale efficiëntie. Het is het meest innovatieve product op het gebied van zorginhoudelijke software voor ergotherapeuten met kinderen als doelgroep. De administratieve handelingen zijn op een heldere wijze in lijn gebracht met het zorgproces waardoor er meer tijd overblijft voor de zorg zelf. Incura Ergo is toepasbaar in elke praktijksituatie: eenmanspraktijk of multidisciplinaire zorginstelling.

<b>Incura Ergo beschikt verder over:</b>
Specifieke formulieren voor algemene en ergotherapeuten ( doelgroep kinderen)
Een toepassing waarbij zorgpaden, meetinstrumenten en vragenlijsten zelf opgesteld kunnen worden volgens de specifieke wensen van de ergotherapeut
Diverse handige extra functionaliteiten: zorgmail, werken volgens de Person-environment-occupation (PEO) methodiek, mobiel gebruik op laptop/tablet
Deskundige helpdesk ondersteuning: nood-telefoonlijn die beschikbaar is buiten reguliere openingstijden ,...
<p>Veilige en betrouwbare techniek: Incura Ergo is gemaakt met innovatieve web based software, hiermee heeft elke zorgverlener altijd en overal via internet toegang tot zijn gegevens.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Geen eigen server meer nodig</li> <li>Geen back- ups meer nodig</li> <li>Nooit meer zelf software updates installeren</li> <li>Gegevens worden veilig en vertrouwd opgeslagen</li> <li>Voldoet aan de meest strenge beveiligingseisen</li> </ol>
<p>Ondersteuning met trainingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Trainingen, opleidingen en exclusieve cursussen</li> <li>Speciale online support website met handleidingen</li> <li>Gebruikservaringen uitwisselen via de referentiegroep</li> </ol>

### 2.1.9 Motivatie keuze digitaal communicatiesysteem

Ondanks de demografische veranderingen, blijven het behoud van de onafhankelijkheid van de zorgbehoevende oudere en het voorkomen van institutionalisering de grootste uitdagingen in de ouderenzorg. De behoeften en problemen van deze oudere dienen aangepakt te worden door het toepassen van ondersteunende en innovatieve technologieën, dewelke een positief effect hebben op de verschillende dimensies van de gezondheid en de levenskwaliteit van de zorgbehoevende oudere (Siegel, 2014).

Nadat de voor- en nadelen van elke systeem werden afgewogen, werd het digitaal platform ‘Cubigo’ als meest geschikt bevonden voor de noden van het dagverzorgingscentrum “De Schans”.

Het is veruit het enige elektronische systeem dat vanuit het cliëntperspectief wordt benaderd en waar de zorgvrager dus centraal staat. De gebruiker kan naar eigen wens het volledige menu aanpassen aan de persoonlijke behoeften en noden. Het platform kan gebruikt worden op elk toestel met een internetverbinding, wat snelle informatieoverdracht bevordert. Dankzij de cubes in het systeem, te vergelijken met applicaties op een smartphone, is het eenvoudig en aangenaam om mee te werken. Een nieuwe release in 2014, zorgde ervoor dat Cubigo ook door blinden en slechtzienenden kan worden gebruikt. Verder kan er via dit digitale platform gecommuniceerd worden tussen intra-, extra- en transmurale actoren wat heel belangrijk is binnen een multidisciplinair team.

Bovendien heeft Cubigo de laatste jaren heel wat prijzen binnengehaald waaruit blijkt dat het wel degelijk één van de meest betrouwbare communicatiesystemen van het moment is. Tenslotte is Cubigo opgericht met als doel ouderen langer in hun vertrouwde omgeving te laten wonen, waardoor de keuze voor dit systeem alleen maar bevestigd wordt.

## **2.2 Uitvoering**

Tijdens de tweede stageperiode in DVC De Schans werd er actief gewerkt met Cubigo. Een persoonlijk account op Cubigo werd aangemaakt om het systeem goed onder de knie te krijgen en zo de werking uitvoerig te kunnen testen. Om de efficiëntie ervan te achterhalen, werden er enkele evaluatiecriteria opgesteld. Deze worden weergegeven in de onderstaande paragraaf. Vanuit deze criteria werd gekeken welke aanpassingen nodig waren en of er gebreken in het systeem zaten. De positieve punten van Cubigo werden eveneens onderzocht en beschreven.

### *2.2.1 Evaluatie*

In het “Pact 2020: Een nieuw toekomstpact voor Vlaanderen” van de Vlaamse overheid, is een hoge levenskwaliteit één van de twintig doelstellingen. De overheid stelt dat een leefbare omgeving drie zaken vergt: een toekomstgericht zorgsysteem, een duurzame solidariteit en een kwaliteitsvolle leefomgeving (Poelman, Hermans, & Van Audenhove, 2011). Een digitaal communicatiesysteem dat alle hulpverleners rondom een zorgvrager verbindt, kan hier voor een oplossing bieden. Het is digitaal en dus toekomstgericht. Door de efficiëntie kunnen kosten gedrukt worden, waardoor de solidariteit minder onder druk komt te staan. Door de eigen regie van de zorgvrager en het gemakkelijke contact met zorgverleners, kan er gestreefd worden naar een kwaliteitsvolle leefomgeving.



Een criteria om te evalueren wordt ook omschreven als een verduidelijking van de doelstelling en geeft een beschrijving van het concreet observeer gedrag dat bereikt dient te worden (Coussens et al., 2013). Bij het opstellen van de evaluatiecriteria werd er rekening gehouden met de info die interessant is voor DVC: de persoonlijke gegevens van zowel de gebruiker als zijn familieleden en mantelzorger(s), de contactgegevens van de betrokken thuiszorgdiensten, het complete medische dossier, en tot slot telefoonnummers in geval van nood.

De Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG), heeft minimumcriteria opgesteld die opgenomen dienen te worden in het zorg- en begeleidingsplan van het dagverzorgingscentrum (VVSG, 2015).

Deze minimumcriteria staan hier opgelijst:

- de identiteitsgegevens
- de behandelende arts
- de persoon of personen die in geval van nood gewaarschuwd moeten worden
- persoonlijke kenmerken, levensloop
- individuele behoeften en wensen
- de afspraken rond de aangeboden zorg- en dienstverlening
- de afspraken rond vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten

## 2.2.2 Cubigo

### 2.2.2.1 De drie pijlers

Zoals eerder vermeld, is Cubigo een online applicatie die wordt verdeeld in drie belangrijke pijlers die speciaal ontwikkeld werden om gelukkig en comfortabel in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen. Deze drie behoeften worden nog eens onderverdeeld in cubes /applicaties (Cubigo, 2011).

#### 1.Sociaal contact

Cubigo brengt burens, familie, vrienden en zorgverleners dichterbij elkaar. Het zorgt voor een eenvoudige communicatie met de mensen rondom de zorgvrager.

“Contacten; Berichten; Kalender; Mijn buurt; Videobellen”

## 2.Comfortdiensten

Via Cubigo kan je allerlei comfortdiensten bestellen, zoals maaltijden, klusjes-dienst, ... en dit allemaal op dezelfde uniforme manier.

Alles is samengevat op de webpagina en wordt door middel van iconen (“cubes”) eenvoudig weergegeven.

“Producten en diensten; Bedrijfsfiche; Mijn Bestellingen; Notities; Nieuws; Weer; Radio; B-post op afspraak”

## 3.Veiligheid en zorg

Door de integratie van personen-alarmering, sensoren en domotica kan Cubigo de veiligheid in de vertrouwde omgeving verhogen. Koppelingen met bloeddrukmeter en weegschaal zorgen voor de basis van telemonitoring en telegeneeskunde.

“Woonassistent; Mijn gezondheid; Vitalink medicatieschema; Landelijke thuiszorg; Cerussa zorgschriftje; Withings weegschaal; Livesafe; Familieforum; Zorgschriftje; Medicatieschema; Medicatieherinnering; Paniekoproep; Lijntest; Caresolutions family app”

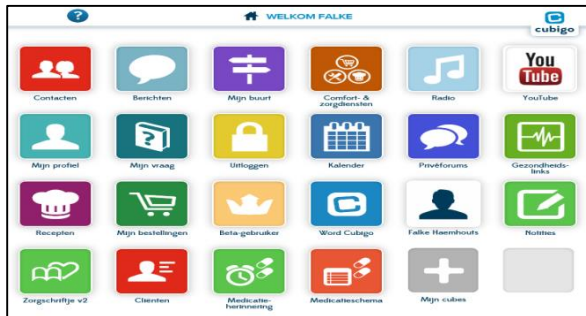
Elke cube heeft zijn eigen specifieke doel en werkwijze. Deze bachelorproef spitst zich slechts op één cube toe, namelijk ‘het zorgschriftje’. Het zorgschriftje bestaat uit verschillende categorieën, die aangepast kunnen worden en waaronder berichten geplaatst kunnen worden. Er kunnen deelnemers toegevoegd worden aan het zorgschriftje die op hun beurt de categorieën en de berichten kunnen zien en eventueel toevoegen. Wanneer er berichten toegevoegd worden, krijgen alle deelnemers hiervan een melding van Cubigo via e-mail. Dit maakt een snelle uitwisseling van gegevens mogelijk.

### *2.2.2.2 Pluspunten Cubigo*

Cubigo geeft zelf aan dat ‘patient empowerment’ in de toekomst cruciaal is en focust zich hier dan ook op. Cubigo is ontwikkeld in functie van de eigen regie van de zorgvrager.

Door middel van toevoeging van mantelzorgers en professionele hulpverleners aan het eigen account, is de zorgvrager in contact met iedereen op een eenvoudige en overzichtelijke manier. Cubigo is uniek omwille van het feit dat het gebruiksvriendelijk en onafhankelijk is, de gegevens veilig zijn en het (mits internetverbinding) altijd en overal toegankelijk is.

- Gebruiksvriendelijk: De ‘cubes’ op Cubigo zijn duidelijk en overzichtelijk. De werking is eenvoudig en makkelijk aan te leren.



Figuur 7: Overzicht Cubes Cubigo

- Onafhankelijk: Het systeem is wetenschappelijk onderbouwd en de betrouwbaarheid wordt hoog in het vaandel gedragen. Verder is het een open platform zonder politieke of ideologische stempel.
- Gegevens zijn veilig: Voor het delen van medische en/of vertrouwelijke gegevens is toestemming nodig van het Cubigo zelf. De privacy van gebruikers wordt gerespecteerd door strenge beveiligingsvoorwaarden.
- Altijd en overal: Cubigo is altijd en overal te gebruiken wanneer er een internetverbinding is. Dankzij de applicatie kan Cubigo gebruikt worden op een tablet of smartphone.

(Cubigo, 2011)

### 2.2.2.3 Aanpassingen en aanvullingen aan Cubigo

Allereerst moet gefocust worden op de privacy van de gebruikers.. Aan de zorgschrijftjes die in Cubigo staan, dienen deelnemers toegevoegd te worden.

Wanneer deelnemers toegevoegd zijn, hebben ze toegang tot elke categorie kunnen ze elk bericht dat in het zorgschrijftje staat raadplegen. Hierdoor kan elke hulpverlener en mantelzorger aan de medische gegevens van de gebruiker. In de huidige versie van Cubigo is het nog niet mogelijk om deelnemers de toegang tot bepaalde categorieën te weigeren zodat vertrouwelijke informatie privé blijft. Er kan wel geopteerd worden om een parallel zorgschrijftje op te stellen. De categorieën kunnen dan over het algemeen zichtbaar blijven voor alle zorgverleners. Maar wanneer deze vertrouwelijke informatie over de zorgvrager niet van toepassing is voor een professionele zorgverlener, kan deze informatie ontoegankelijk gemaakt worden voor deze zorgverleners.

Zoals eerder aangehaald, zou het efficiënter zijn wanneer bepaalde meldingen kunnen aangeduid worden als zijnde belangrijk of dringend. Zo vallen belangrijke gebeurtenissen of mededelingen meer op en kunnen ze onmiddellijk in acht genomen worden.

Het kunnen invoegen van een bestaand patiëntendossier bleek daarnaast niet vanzelfsprekend. Daarom is de vraag aan Cubigo gesteld om een koppeling te maken met Geracc, het systeem dat DVC De Schans momenteel gebruikt. Men is bezig met het testen van deze koppeling in woonzorgcentrum De Witte Bergen in Lichtaart. Wanneer deze op punt, staat wordt de koppeling gedeeld met de rest van België. Momenteel stuurt deze koppeling enkel berichten van Cubigo naar Geracc en omgekeerd. Het zelf testen van de koppeling werd ons geweigerd omwille van privacy redenen.

Momenteel worden de zorgvragers vanuit het dagverzorgingscentrum dagelijks in- en uitgeschreven bij het toekomen en verlaten van het DVC. Zo beschikt het systeem Geracc over individuele ‘kalenders’, waarop de dagen vermeld worden wanneer deze zorgvragers al dan niet aanwezig zullen zijn.

Binnen Cubigo is het daarentegen nog niet mogelijk om een kalender aan de zorgschriftjes toe te voegen die al deze data weergeeft. Nochtans is het wel mogelijk een ‘bezoekkalender’ in de kalender van het DVC zelf te plaatsen, waar de deelnemers aan toegevoegd kunnen worden. Dit biedt echter geen duidelijk overzicht, aangezien de namen pas zichtbaar worden wanneer er een specifieke dag aangeduid wordt.

#### *2.2.2.4 Update Cubigo*

Elk digitaal systeem dat de markt veroverd, heeft om de zoveel tijd een update nodig. Fouten moeten uit het systeem gehaald worden en nieuwe ideeën moeten toegevoegd worden. Na de lancering van Cubigo op de markt zijn er al enkele extra Cubes bijgevoegd die erkend zijn door Cubigo zoals ‘allerlei’, ‘medicatie’, ‘stoelgang’ en ‘pijn’. Zoals eerder verteld, is eigen regie mogelijk: er kunnen dus eveneens zelf cubes uitgevonden worden. Tijdens het tweede praktijkonderzoek werden deze cubes ontworpen en gecommuniceerd naar de makers van Cubigo: ‘gemoedstoestand’, ‘dagverloop’, ‘maaltijd’, ‘vragen’, ‘verzorging/aandachtspunten’, ‘medische geschiedenis’, ‘hulpmiddelen’ en ‘hulpverleners’. Deze handige cubes worden misschien binnenkort ook door Cubigo erkend.

Na het uittesten van het systeem en het doorsturen van de opmerkingen naar de ontwikkelaars van Cubigo, zijn er twee updates gebeurd die interessant bleken te zijn voor DVC “De Schans”.

Op 7 april werd een nieuwe versie gelanceerd 'versie 2.2.10730'.

De cube 'mijn metingen' werd toegevoegd. Met deze functie kunnen PDF samenvattingen geëxporteerd worden. De bestanden kunnen doorgestuurd worden naar gebruikers van Cubigo maar ook naar personen die geen gebruik maken van het systeem. Deze functie kan gebruikt worden om documenten omtrent de gebruiker te versturen tussen bijvoorbeeld de huisdokter en het DVC. Een voorbeeld van zo'n document kan de actuele medicatielijst zijn die door de huisarts dient ondertekend te worden.

Ook de 'native notifications' werden geüpdatet, waardoor er meer meldingen ontvangen kunnen worden (voor het zorgschriftje). Er zal hierdoor sneller een signaal gestuurd worden wanneer documenten in het zorgschriftje worden toegevoegd.

Als laatste kan er dankzij deze update een digitaal dossier bijgehouden worden van de cliënten in de cube 'cliënten'. Onder de knop info en dossiergegevens staan de volgende categorieën: 'info', 'contacten', 'interne diensten', 'verpleging', 'voeding', 'nutsvoorzieningen', 'animatie' en 'externe diensten'. Deze gegevens zijn niet zichtbaar voor alle deelnemers van het zorgschriftje, waardoor de privacy van de gebruikers beter bewaakt wordt.

Op 6 mei kwam een tweede update op de markt, 'versie 2.2.11071b'. De cube 'medicatieschema' werd gebruiksvriendelijker. De medicatieherinnering is flexibeler gemaakt met een betere tijdsinstelling. Het is voor alle partijen eenvoudiger geworden om de medicatie op te volgen.

Verder werd onder de cube 'cliënten' een kalender toegevoegd bij elke zorgvrager die als cliënt toegevoegd werd onder deze cube. Het geeft een duidelijk overzicht van wie wel en niet naar het dagverzorgingscentrum komt. Het kan ook gebruikt worden voor andere afspraken.

## Discussie

Een bachelorproef als deze, waar zowel het onderzoek als het beschrijven van de resultaten binnen één academiejaar moet gebeuren, is minder compleet dan wanneer de onderzoekers niet aan een bepaalde tijdslimiet gebonden zijn.

Hoe dan ook probeerden we een zo uitgebreid mogelijk antwoord te geven op de gestelde onderzoeksvragen.

Mede dankzij de tijdsdruk, maar ook om een teveel aan informatie te voorkomen en de mogelijkheid te creëren om alle gegevens op een goede manier te kunnen verwerken, zijn er digitale communicatiesystemen niet in onze analyse opgenomen. Een voorbeeld van een systeem dat niet is opgenomen is LISTEL. Dit digitaal platform is later in de opleiding ergotherapie aan bod gekomen toen de keuze van Cubigo reeds gemaakt was. Het implementeren van een digitaal communicatiesysteem, waarbij de zorgvrager zijn eigen zorg kan regisseren, is voornamelijk gericht op de toekomstige generatie ouderen die in het dagelijkse leven hebben leren omgaan met het internet. Het momenteel beperkte gebruik van deze manier van communicatie is dus te wijten aan een gebrek aan kennis van het internet door de zorggebruikers op leeftijd. Dankzij de ‘nieuwe’ generatie ouderen die eraan zit te komen, zullen web based programma’s aan populariteit winnen.

Cubigo is het enige communicatiesysteem dat vertrekt vanuit het cliëntperspectief. De vraag is nu of dit het enige systeem is dat vertrekt vanuit dit standpunt of dat er nog andere systemen zijn die wij in ons onderzoek gemist hebben. Wanneer er geen andere systemen zouden zijn die vanuit het cliëntperspectief handelen, zou deze manier van werken misschien wel een nieuw ‘tijdperk’ in de zorg kunnen inleiden. Verder onderzoek naar de systemen en hun perspectief is wenselijk om dit te achterhalen.

Alle andere systemen die we onderzochten, werden gevormd met als doel het werk van de hulpverleners makkelijker te maken. In deze systemen hebben de zorgverleners de regie over de zorg in handen en hebben ze toegang tot alle gegevens van de zorgvrager. Niet iedere zorgverlener hoeft echter evenveel te weten. Hoewel iedere zorgverlener zich aan het beroepsgeheim moet houden, wordt de privacy van de zorgvrager onrechtstreeks toch aangevallen.

Welke zorgverlener krijgt welke informatie? Hoe dun is de lijn tussen de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de schending ervan? Wanneer is medische informatie veilig en wanneer worden de regels omtrent privacy en beroepsgeheim geschonden?

Dit zijn de grote valkuilen van multidisciplinaire digitale communicatiesystemen die vertrekken vanuit het standpunt van de zorgverlener.

Wanneer de zorgvrager de regie van zijn zorg in eigen handen heeft, komen er ook enkele vragen naar de oppervlakte. Tot hoe ver kan de zorgvrager inspraak hebben in de te krijgen zorg? Wat zijn de grenzen en regels? Wanneer er regie is over de eigen zorg, zal de zorg dan optimaal afgestemd geraken op de zorgvraag, met de juiste professionals aan hun zijde?

Tot slot zagen we dat het tot nu toe nog niet mogelijk is om bestaande patiëntendossiers van een ander digitaal platform over te zetten naar Cubigo. Men is volop bezig met het testen van de overdracht vanuit Geracc, maar momenteel beperkt deze link zich enkel tot het sturen en ontvangen van berichten om het invullen en aanvullen van patiëntgegevens sneller te laten gaan. Wanneer deze link online komt, kan deze getest worden binnen de werking van het DVC “De Schans”.

## Conclusie

Vertrekkend vanuit de eerste onderzoeksvraag “Wat is de meerwaarde van een digitaal systeem in vergelijking met direct verbale of eigenhandig geschreven communicatie?” is een literatuuronderzoek gevoerd. Om de tweede onderzoeksvraag, zijnde “Welk digitaal systeem is het meest geschikt om doorstroming van onder andere biopsychosociale informatie betreffende de zorgvragers binnen de dagverzorgingscentra op een gebruiksvriendelijke en tijdsefficiënte manier mogelijk te maken tussen intra-, extra- en transmurale actoren?”, te kunnen onderzoeken, zijn er twee praktijkonderzoeken verricht.

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat er binnen de zorg veranderingen aan de gang zijn. Zo zal ouderenzorg een groter deel uitmaken van het werkveld en is een sterke toename van zorg vereist. Deze toename ontstaat door twee grote demografische ontwikkelingen: ontgroening en vergrijzing.

Om op deze veranderingen te kunnen inspelen, is het nodig om de zorg aan te passen. Er is nood aan een overschakeling van aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde zorg.

Deze verandering op gebied van zorgaanbod, krijgt aanvulling door vanuit meerdere perspectieven naar de cliënt en zijn probleem te kijken, alsook naar de interactie tussen deze verschillende perspectieven.

Om al deze aspecten in kaart te kunnen brengen, is er nood aan duidelijke, volledige en regelmatige communicatie tussen de zorgvrager en de zorgverleners. Zo kan eveneens alle informatie die gecommuniceerd wordt tussen de verschillende actoren efficiënt benut worden. Vanuit deze gedachte en omwille van de sterke ontwikkeling in de communicatie- en informatietechnologie (Kinébanian & Le granse, 2009), probeerde we via deze bachelorproef het best aansluitende digitaal communicatiesysteem te bespreken voor DVC De Schans.

Om dit te bekomen werden tijdens het eerste praktijkonderzoek alle verschillende digitale communicatiesystemen met elkaar vergeleken waaruit bleek dat Cubigo het meest ideale was. Het systeem vertrekt immers als enige vanuit het cliëntperspectief en stelt de zorgvrager in staat zijn eigen zorg te regisseren waardoor de autonomie van de zorgvrager gerespecteerd wordt.

Tijdens het tweede praktijkonderzoek is Cubigo onderzocht aan de hand van evaluatiecriteria en zijn er positieve en negatieve punten aangekaart. Het is een gebruiksvriendelijk systeem waarbij er een goede en duidelijke communicatie kan plaatsvinden tussen de zorgvrager en de hulpverleners.



Het systeem maakt gebruik van een verbinding met e-mailaccounts van de gebruikers om toevoeging van belangrijke informatie kenbaar te maken. Cubigo maakt ook gebruik van een overzichtelijk systeem waarin het medisch dossier van de zorgvrager ingevoegd wordt.

Er zijn tijdens de praktische stage enkele punten naar boven gekomen die verbeterd dienen te worden om de optimale werking binnen een DVC te optimaliseren. Deze werden aan de ontwikkelaars van Cubigo gerapporteerd met als gevolg dat Cubigo in april en mei twee updates deed van zijn systeem.

Desondanks zijn er nog steeds enkele aanpassingen binnen Cubigo wenselijk om een optimale werking te garanderen. Een link met Geracc om bestaande patiëntendossiers in een wip en een knip toe te voegen aan Cubigo zal veel tijd en geld besparen. Aangezien de markt voor deze digitale systemen pas binnen enkele jaren volledig zal openbloeien is er nog tijd om het reeds bestaande product te finetunen.

## **Bibliografie**

- ABVV. (2014). Voor (vol)waardige pensioenen. [http://www.abvv.be/web/guest/news-nl/-/article/2101462/&p\\_1\\_id=10187](http://www.abvv.be/web/guest/news-nl/-/article/2101462/&p_1_id=10187)
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2013). *Over de Vlaamse Zorgverzekering*. from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Vlaamse-zorgverzekering/Over-de-Vlaamse-zorgverzekering/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2014). *Dagverzorgingscentra*. from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Residentiele-ouderenzorg/Dagverzorgingscentra/>
- Belgische Federale Overheidsdiensten. (2012). *Informatie en diensten van de overheid*. from <http://www.belgium.be/nl/>
- Beveiligde elektronische brievenbus (eHealthBox). (2014). Retrieved 11/2014, from <https://www.ehealth.fgov.be/nl/support/basisdiensten/beveiligde-elektronische-brievenbus-ehbox/>
- Boog, W., & Morsink, Y. (2010). *Verpleegkunde voor MBO*. Houten: Bohn Stafleu van Longhum.
- Boot, J. M. D. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*: Uitgeverij Van Gorcum.
- Breda, J. P., J.; Hedebouw, G.; Vogels, J. (2010). Demografische evolutie en de zorgbehoeften van ouderen in Vlaanderen Programmatie thuiszorg-en ouderenvoorzieningen. Leuven. Communicatie en organisatie, centraal en overzichtelijk. (2014). Retrieved 12/2014, from [http://www.geracc.be/pictures/folders/cmsnet\\_content\\_management\\_systeem.pdf](http://www.geracc.be/pictures/folders/cmsnet_content_management_systeem.pdf)
- Congres Vitalink door Dominique Dejonckheere. (2013). Retrieved 11/2014, from <http://www.zorgict.be/congres/wp-content/uploads/2013/05/ISVCongres2013-Sessie-A3-Dominique-Dejonckheere-Vlaams-ICT-beleid-eGezondheidszorg-Vitalink.pdf>
- Coussens, A., De Bruyne, S., De Frène, V., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., & Vandaele, B. (2013). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*.
- Cubigo. (2011). Bouwen aan een zorgzaam netwerk. Retrieved 11/2014, from <http://www.cubigo.com/>
- De GERACC.net-suite informatiseert uw woonzorgcentrum van A tot Z. (2015). Retrieved 11/2014, from <http://www.geracc.be/nl/geracc-net-suite.aspx>
- Declercq, A., & Lucas, K. (2012). Innovatie in de ouderenzorg in België. *status: published*.
- (e)Zorgzaam Vlaanderen. (2012). Retrieved from Flanders's Care website: <http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/visiedocument-ezorgzaam-vlaanderen.pdf>

- Eerstelijnsgezondheidszorg. (2010). Retrieved 4/2015, from <http://www.vlaamsesels.be/drupal/?q=node/2>
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2014). *De sociale zekerheid, alles wat je altijd al wilde weten*.
- Geenen, K. (2011). *Ergotherapie in de geriatrie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- Ghysels, r., & Vanroye, E. (2014). *H-OPP*.
- . Greying Europe - We need to prepare now - 15/05/2012. (2012).
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Incura Ergo in één oogopslag. (2011). Retrieved 12/2014, from <http://www.incura.nl/ergo/alles-2/>
- Kinébanian, A. L. G., M. (2009). *Grondslagen van de ergotherapie*: Elsevier/De Tijdstroom.
- Nimwegen, v. N., & Praag, C. S. (2012). Actief ouder worden in Nederland. *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012*, p. 170.
- Omanchou, V. K. E., N.G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), 1-20.
- Ontwerpbegrotingsplan oktober 2013. (2013). Retrieved 3/2015, from <http://www.begroting.be/NL/figures/Documents/OntwerpbegrotingsplanOct13.pdf>
- Peeters, J. (2007). Functieomschrijving ergotherapeut in G-dienst.
- Pelfrene, E. (2005). Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050. *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Planning en Statistiek*.
- Pereira, L. M. (2011). Elder care via intention recognition and evolution propection *Applications of Declarative Programming and Knowledge Management* (pp. 170-187): Springer.
- Poelman, M., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2011). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020.
- Pool, E. v. d., & Vonk, F. (2010). Ge (s) laagde communicatie: Aspecten van professioneel communiceren in beeld. *HAN Business Publications*, 2010(4), 13-40.
- Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ). (2015). Retrieved 3/2015, from <http://www.rsz.fgov.be/nl>

- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering RIZIV. (2015). Retrieved 11/2014, from <http://www.inami.fgov.be/NL/Paginas/default.aspx>
- Seebregts, O. (2010). *Professionele Communicatie Enberoepshouding*: Bohn Stafleu van Loghum.
- Siegel, C., Hochgatterer, A., Dorner, T. (2014). Contributions of ambient assisted living for health and quality of life in the elderly and care services - a qualitative analysis from the experts' perspective of care service professionals.
- Van de Velde, D., & De Vriendt, P. (2009). *Ergotherapie in de thuiszorg: verslag van een multidisciplinair onderzoek in Oost-Vlaanderen*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Van den Heuvel, B. (2014). *Netwerkgang een nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg -en ondersteuningsvraag*. Leuven/ Den Haag: Acco.
- Van Gijlswijk, L. (2014). DVC De Schans. from <http://www.cwzc.be/de-schans/dagverzorgingscentrum-de-schans>
- Van Hemel, L. (2010). *Verpleegkundige concepten en methoden*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant.
- VE, & Van Handenhoven, W. (2012). *Jaarboek ergotherapie 2012*. Leuven: Acco.
- Verhoef, J., Zalmstra, A., Minis, M.-A., Zinkstok, R., & Entken, E. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie 2013*.
- Vlaams ergotherapeutenverbond vzw: Beroepsvereniging. (2012). Retrieved 3/2015, from <http://www.ergotherapie.be/NL/web-2417/Ergotherapie>
- Vlaams Patiëntenplatform. (2011). *Ken je rechten als patiënt*.
- Vlaamse Regering. (1867). *Strafwetboek*. from [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1867060801&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1867060801&table_name=wet)
- Vlaamse Regering. (2009). *Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers*. from <http://www.codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1018609.html>
- Vlaamse Regering. (2009). *Een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden: Voor een vernieuwende, duurzame, en warme samenleving*. from <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/de-vlaamse-regering-2009-2014-een->

daadkrachtig-vlaanderen-in-beslissende-tijden-voor-een-vernieuwende-duurzame-en-warme

VVSG. (2015). *Dagverzorgingscentra*.

Wat is vitalink? (2013). Retrieved 11/2014, from

<http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Over-Vitalink/Waarom-Vitalink/>

Westhovens, M. (2013). Opleiding Ergotherapie.

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2011). The meaning of “ageing in place” to older people. *The gerontologist*, gnr098.

Woonzorgcentra. (2015). Retrieved 12/2014, from

<http://www.corilus.be/documents/segments/rest-homes.xml?lang=nl>

Zijadic, M. (2012). Verhalen over technologie: kwalitatief onderzoek naar de integratie van computer-en communicatietechnologie in het leven van ouderen.

Zwart-Olde, I., Jacobs, M., & van Groenou, M. B. (2013). *Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen*.

Zwart-Olde, I., Jacobs, M., van Groenou, M. B., & van Wieringen, M. (2013). *Samen zorgen voor thuiswonende ouderen*.

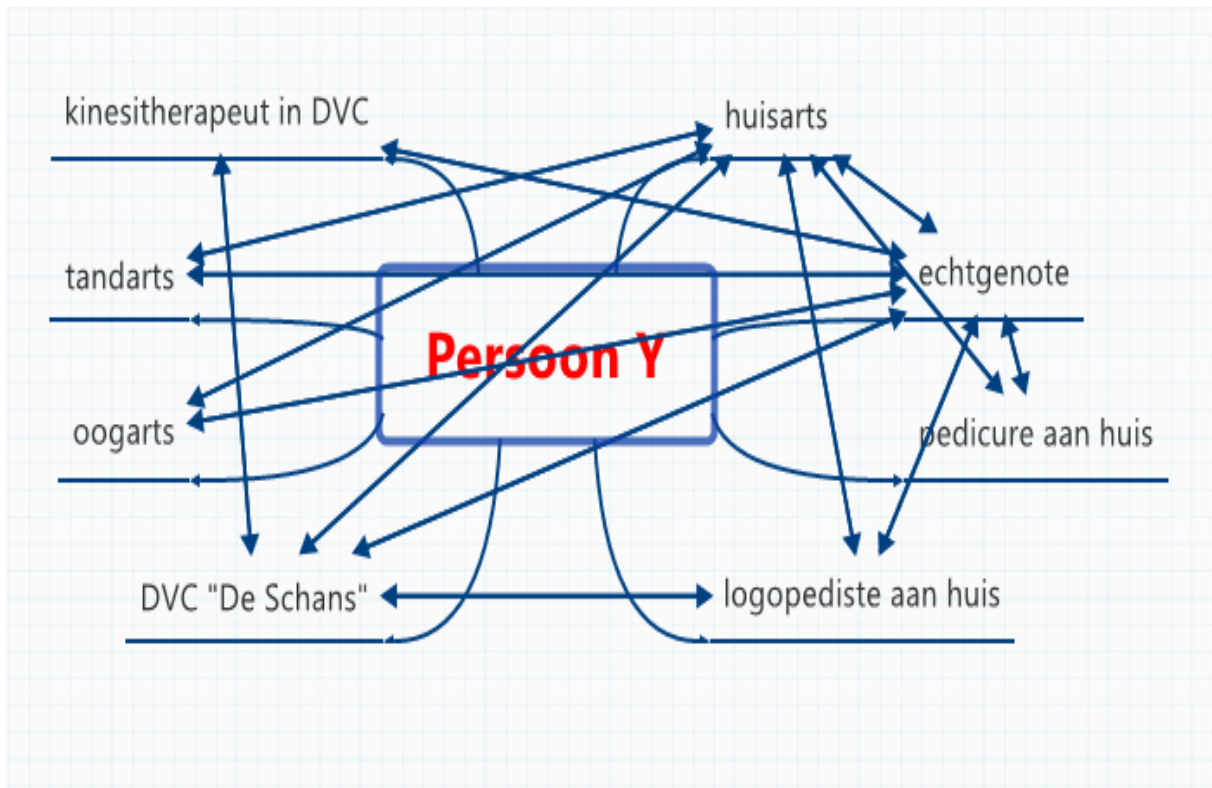
## **Bijlage 1**

Persoon x		
<b>Biologische factoren</b>	<b>Psychologische factoren</b>	<b>Sociale factoren</b>
Alzheimer dementie ⇒ Gevorderd stadium	Lieve persoonlijkheid	Mantelzorger: persoon x. haar echtgenoot
Hartfalen	Vaak heel onrustig en angstig ten gevolge van alzheimer dementie. Dit uit zich in bidden, roepen, regelmatig dezelfde vragen stellen en veel aandacht en bevestiging vragen.  Medecliënten geraken hierdoor geërgerd.	Persoon x. maakt gebruik van volgende hulpmiddelen: <ul style="list-style-type: none"><li>- bril</li><li>- tandprothese boven en onder</li><li>- rollator</li><li>- wandelstok</li><li>- incontinentiemateriaal</li></ul>
Diabetes	Vertoont veel dwaalgedrag.	Persoon x. maakt 5 dagen per week gebruik van het DVC 'De Schans'.
Medicatie	Emotioneel heel labiel en last van gedragsstoornissen met verbale agressie.	Persoon x. doet beroep op familie zorg/hulp: <ul style="list-style-type: none"><li>- strijken</li><li>- de was doen</li><li>- de afwas doen</li></ul>
Last gehad van bloeddrukvalLEN en kleine TIA's	Vaak actieve deelname aan activiteiten in het DVC.	Persoon x. doet beroep op poets hulp: plus home <ul style="list-style-type: none"><li>- poetsen van het huis</li></ul>
	Persoon x. heeft: <ul style="list-style-type: none"><li>- een verstoort dag-nacht ritme</li><li>- problemen met tijdsoriëntatie</li><li>- problemen met (her)kennen van personen</li></ul>	Persoon x. doet beroep op thuisverpleging: ACM Pro Care <ul style="list-style-type: none"><li>⇒ dagelijks 2x per dag</li><li>- persoon X. wassen en aan/uit kleden</li><li>- om persoon X. medicatie toe te dienen.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- problemen met oriëntatie naar plaats</li> <li>- periodes van verwardheid</li> </ul>	
	<p>Persoon x. heeft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problemen met eenvoudige en complexe handelingen (apraxie).</li> <li>- problemen met herkennen en benoemen van voorwerpen (agnosie)</li> </ul>	<p>Hobby's en interesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- petanque spelen</li> <li>- Vlaamse muziek beluisteren</li> <li>- Dansen</li> </ul> <p>Persoon x. is volledig afhankelijk van haar echtgenoot en derden.</p> <p>⇒ persoon x. is ook wilsonbekwaam verklaard.</p>
		<p>Persoon x. heeft veel nood aan verbale en visuele ondersteuning om een handeling aan te vatten.</p>
		<p>Persoon x. heeft veelvuldig contacten met mantelzorg, professionele hulpverleners en medecliënten.</p>
		<p>Geloof:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- christelijk</li> </ul>
		<p>Woonplaats: Hasselt</p>

## Bijlage 2

### Ecogram persoon Y



De blauwe pijlen duiden de relaties aan tussen de verschillende actoren rond persoon Y.

Wanneer al deze informatie die gecommuniceerd wordt tussen deze actoren, niet terecht komt bij de verschillende hulpverleners, kan de zorg niet afgestemd worden op de problemen die zich voordoen. Wanneer dit gebeurt, worden vaak kleine problemen te laat opgemerkt of onbehandeld, waardoor ze kunnen resulteren in grote problemen met langer durende behandelingen en hogere zorgkosten tot gevolg.

Effectieve en efficiënte communicatie is dus van groot belang binnen de zorgverlening.



### **Bijlage 3**

#### **Artikel 44 en 45 van het Vlaamse woonzorgdecreet (Van den Heuvel, 2014)**

##### *Artikel 44:*

“Een woonzorgnetwerk is een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin de in de buurt erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie en waarin naast een huisarts of huisartsenkring, minstens de volgende voorzieningen effectief participeren:

1. Een erkend woonzorgcentrum;
2. Een erkend centrum voor kortverblijf;
3. Een erkende groep van assistentiewoningen;
4. Een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert.

Een woonzorgnetwerk heeft als opdracht om de ouderenzorg te optimaliseren door samenwerking en afstemming tussen de leden van het woonzorgnetwerk.”

##### *Artikel 45:*

“De Vlaamse Regering bepaalt welke taken een erkend woonzorgnetwerk moet verrichten om zijn opdracht uit te voeren. In elk geval moet een woonzorgnetwerk ten minste:

1. Afspraken maken tussen ten minste de verschillende leden van het woonzorgnetwerk met het oog op doelmatigheid, doeltreffendheid en continuïteit van de ouderenzorg;
2. Een gezamenlijk aanbod van ouderenzorg organiseren;
3. De toegang tot de ouderenzorg faciliteren met behulp van één aanmelding;
4. Een acute zorgvraag beantwoorden;
5. Ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk in onderling overleg en in voorkomend geval gezamenlijk personeel en expertise inzetten;
6. Ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk onder elkaar de informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor het verlenen van ouderenzorg aan elke gebruiker in het werkgebied van het woonzorgnetwerk.”

## **Bijlage 4**

**Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (Vlaamse Regering, 2009).**

### **Art. 51.**

Een dagverzorgingscentrum kan worden erkend voor het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan uitsluitend gebruikers aan wie gezinszorg of aanvullende thuiszorg wordt verleend, als het voldoet aan de specifieke voorwaarden van afdeling 1 tot en met 4 van dit hoofdstuk. Concreet houdt dat het volgende in :

- 1° het dagverzorgingscentrum wordt uitgebaat door een initiatiefnemer die ook een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg uitbaat;
- 2° de persoonsverzorging, de huishoudelijke hulp en de psychosociale ondersteuning voor de gebruikers in het dagverzorgingscentrum worden verricht door de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in punt 1°, conform de regels van bijlage I met uitzondering van artikel 4, A, 9°, van die bijlage;
- 3° een verzorgend personeelslid van de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in punt 1°, mag zorg- en dienstverlening als vermeld in punt 2° aan gemiddeld vier gebruikers per jaar in het dagverzorgingscentrum verstrekken, met een maximum van tegelijkertijd zes gebruikers per uur;
- 4° het dagverzorgingscentrum verstrekt alleen zorg- en dienstverlening aan gebruikers aan wie gezinszorg of aanvullende thuiszorg wordt verstrekt door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg;
- 5° het dagverzorgingscentrum werkt samen met een thuiszorgvoorziening of een ouderenvoorziening, met het oog op continuïteit van zorg in het natuurlijke thuismilieu;
- 6° het dagverzorgingscentrum biedt uitsluitend zorg- en dienstverlening aan op een weekdag tussen 7 uur en 20 uur, die geen feestdag is;
- 7° in afwijking van artikel 11, 3°, artikel 12, derde lid, artikel 14, 24, 25, eerste lid, artikel 26, 27, 29 en artikel 32, 2°, 3° en 4°, factureert het dagverzorgingscentrum voor de andere zorg- en dienstverlening dan die het centrum aan de gebruiker verstrekt, een prijs per uur in plaats van een dagprijs aan de gebruiker. De minister kan de nadere regels bepalen;
- 8° het dagverzorgingscentrum realiseert een gemiddelde bezettingsgraad van maximaal tien;

9° in afwijking van artikel 38 ontwikkelt het dagverzorgingscentrum een vormings-, trainings- en opleidingsbeleid voor het personeel overeenkomstig artikel 4, B, 9° en 10°, van de bijlage I;

10° het dagverzorgingscentrum kan geen bijzondere erkenning verkrijgen als centrum voor dagverzorging als vermeld in het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels;

11° het dagverzorgingscentrum betaalt aan de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, vermeld in punt 1°, voor de zorg- en dienstverlening, vermeld in punt 2°, een vergoeding conform de regels die de minister bepaalt.

## **Bijlage 5**

Vanuit het beroepsprofiel heeft het Vlaamse Ergotherapeutenverbond een functieprofiel opgesteld binnen de ouderenzorg. Deze bron raakt stilaan verouderd, maar in recentere literatuur wordt dit nog steeds aangeraden als zijnde het meest volledige.

De beroepsactiviteiten beschreven vanuit het VE (2007) voor de ergotherapeutische werking in een residentiële setting of G-dienst zijn de volgende (Peeters, 2007):

1. Behandelen
  - a. Exploratie, inventariseren van problemen en mogelijkheden
  - b. Bepalen van doelen, plannen van de interventie
  - c. Uitvoeren van de behandeling
  - d. Evalueren
    - i. Permanente evaluatie in functie van het bijstellen van het therapeutisch proces
    - ii. Evaluatie in functie van het toekomstig therapeutische handelen
    - iii. Nazorg
2. Preventieve zorg
3. Geven van advies, voorlichting, informatie
  - a. Ten aanzien van de patiënt, familie en/of mantelzorger(s)
  - b. Ten aanzien van de medewerkers en/of het personeel en/of collega's
4. Toegepast wetenschappelijk onderzoek
  - a. Signaleren
  - b. Uitvoeren
5. Bijdragen tot het ontwikkelen van het beroep
6. Evalueren van het beroepsmatig handelen
7. Intradisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking
  - a. Teamoverleg
  - b. Individuele contacten met andere zorgverleners
8. Permanente vorming, ontwikkelen van individuele kennis en kunde
  - a. Documentatiesysteem
  - b. Ontwikkeling

9. Management, beheer op het niveau van de ergotherapie

- a. Leidinggevende opdrachten
- b. Beheer
- c. Externe contacten
- d. Kwaliteitszorg

10. Geven van onderwijs en begeleiding

Wanneer gekeken wordt naar het functieprofiel binnen de ouderenzorg, kan vastgesteld worden dat deze een verdere verdieping vormt van de beroepscompetenties van een ergotherapeut in het algemeen. Het is belangrijk om dit profiel steeds af te stemmen op het individu dat een beroep doet op de zorgverlening. De invulling van de tien beschreven competenties zal bij twee patiënten nooit hetzelfde zijn. Ieder individu heeft zijn eigen levens- en handelingswijzen waardoor een cliëntgerichte aanpak steeds gevarieerd is.