



**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# Zonder Papier – Op een Digitale Manier

De implementatie en optimalisatie van digitale registratie in  
WZC Parel der Kempen

**Afstudeerproject voorgedragen door:  
Iris Van Landeghem**

***Promotor: Cindy Vanheusden  
Inhoudsdeskundige: Patricia Beenens***

**Academiejaar 2014-2015  
Bachelor na bachelor opleiding  
Zorgmanagement**





# Zonder Papier

## – Op een Digitale Manier

De implementatie en optimalisatie van digitale registratie in  
WZC Parel der Kempen

Afstudeerproject voorgedragen door:  
Iris Van Landeghem

*Promotor: Cindy Vanheusden*  
*Inhoudsdeskundige: Patricia Beenens*

Academiejaar 2014-2015  
Bachelor na bachelor opleiding  
Zorgmanagement

## Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van mijn twee jaar durende BANABA-opleiding zorgmanagement. Bij het verwezenlijken van dit project zijn er een groot aantal mensen betrokken geweest. Veel van hen hebben mij het hele traject van de opleiding zien doorlopen. Hun aanmoediging en hulp waren een onmisbare en zeer waardevolle steun gedurende de voorbije twee jaren.

Op professioneel gebied was het een investering die zijn waarde gedurende de volgende jaren zal bewijzen. Het engagement dat ik aanging door de opleiding te volgen, maakte het soms moeilijk om alle dagelijkse taken ten volle op te nemen, zowel op het werk als thuis. Daarom wil ik iedereen bedanken die geduld met mij had. Met het risico iemand te vergeten, zijn er toch een aantal mensen die ik in het bijzonder wil bedanken.

Mijn inhoudsdeskundige, mevrouw Patricia Beenens, coördinator kwaliteit en organisatie in WZC Parel der Kempen, voor de ongelofelijke expertise, de bijna dagelijkse feedback over de evolutie van het project in de praktijk en voor de adviezen bij het uitschrijven.

De directeur van WZC Parel der Kempen, mevrouw Peggy Van Sprengel, voor de steun en raad doorheen de ganse opleiding.

Mevrouw Cindy Van Heusden, zorgcoördinator in het ZOL Genk, die optrad als mijn promotor voor de tijd en de feedback.

Mijn geweldig team 'De Kwarekken' voor hun verdraagzaamheid als het af en toe eens misliep en hun oprechte geloof in mij. Zonder dit team zou ik nergens staan, jullie zijn geweldig!

De ganse familie om me te steunen met sms'jes of schouderklopjes en om op te treden als animatieteam voor de kinderen. En in het bijzonder mijn zusje, Sofie Van Landeghem die daarnaast ook nog tijd vrijmaakte om dit werk na te lezen.

Tot slot de man van mijn leven, Bart, en onze kinderen, Roos en Stan, om me af te leiden als ik het nodig had en om te verdwijnen als ik moest studeren. Het was een uitdaging: een opleiding, fulltime werken, verbouwen en dan nog tijd vinden voor het gezin, ik heb veel goed te maken...

## Inhoudstafel

Voorwoord.....	I
1 Inleiding .....	1
2 Theoretische achtergrond bij de implementatie.....	3
2.1 Het bewonersdossier .....	3
2.1.1 Wettelijke vereisten.....	3
2.1.2 Globale architectuur van een bewonersdossier.....	4
2.1.3 Digitaliseren voor een efficiënter bewonersdossier.....	6
2.2 Vereisten implementatie digitalisering .....	6
2.2.1 Motivatie tot verandering.....	7
2.2.2 Methodiek voor verandering.....	8
2.2.3 Een gestructureerde aanpak als vertrekbasis.....	10
2.2.4 Nodige vaardigheden leidinggevende .....	10
2.3 Besluit uit de literatuur.....	13
3 Praktijkgedeelte .....	14
3.1 Afbakening van het werkterrein .....	14
3.1.1 Voorstelling van de organisatie .....	14
3.1.2 Voorstelling van de afdeling .....	15
3.1.3 Voorstelling van de bewonersgroep op afdeling De Kwarekken .....	16
3.2 Voorstelling software en middelen voor digitale registratie .....	16
3.2.1 Samenstelling van het zorgdossier.....	16
3.2.2 Gebruik van de kamerterminals.....	17
3.3 Verloop implementatie zorgdossier .....	18
3.3.1 Acties en ervaringen in de planningsfase .....	18
3.3.2 Acties en ervaringen in de uitvoeringsfase .....	20
3.3.3 Acties en ervaringen in de checkfase.....	22
3.4 Gevolgen implementatie EBD voor informatiedoorstroom en opvolging .....	24
3.4.1 Werkwijze voor het onderzoek en onderzoeksopzet.....	24
3.4.2 Metingen, resultaten en tendensen .....	25
4 Conclusie en discussie .....	30
4.1 Act-fase.....	30
4.1.1 Aan de hand van ACT terug naar de PLAN-fase.....	30
4.2 Algemene conclusie .....	31
5 Bibliografie .....	32
6 Abstract .....	35
7 Bijlagen.....	36

## 1 Inleiding

Door maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen maakte de organisatie binnen een woonzorgcentrum de voorbije decennia een grote evolutie door. Net als in alle zorginstellingen was er een enorme toename aan verwachtingen, eisen en regelgeving waar zij aan moeten voldoen. De complexiteit van de zorgverlening neemt constant toe, steeds meer verschillende disciplines worden rechtstreeks betrokken partij. Er ontstond een grote diversiteit in het individuele zorgaanbod door de zorg-opmaat gedachte, om zo gelijkwaardige kwaliteit te kunnen bieden en in te spelen op de behoeften van iedere gebruiker. Om te kunnen voldoen aan de hoge kwaliteitseisen vanuit de overheid en van de zorgvrager zelf en het groeiend aantal indicatoren waarmee kwaliteit gemeten wordt, is het meer dan ooit een onderdeel van de dienstverlening om op een efficiënte manier informatie aan elkaar over te dragen. Om op deze manier de zorg op elkaar af te stemmen en via registratie de organisatie van de zorg op de verschillende niveaus voortdurend te verbeteren.

Zorgpersoneel is jarenlang opgeleid tot “doeners”, om vooral op een praktische manier zorg aan het bed van de zorgvrager te verlenen. Administratie is vaak geen prioriteit binnen deze professies. Er is in de diverse zorgopleidingen al enige tijd een kentering aan de gang waarbij registratie en geschreven informatieoverdracht aan belang wonnen, toch is de subjectieve ervaring van vele zorgprofessionals nog steeds dat het verloren tijd is. Ze geven uiting van het gevoel dat ze de bewoner niet meer centraal kunnen stellen door de ballast van administratieve beslommeringen en dat ze verstopt zitten achter hun papieren of computerscherm in plaats van aan het bed van de bewoner beschikbaar te zijn.

Zorgen voor een goede informatiedoorstroom vraagt tijd, maar tegelijkertijd zijn standaardisatie in verslaggeving en uniforme registratie onderwerpen waarop grote tijds winst geboekt kan worden. Daarom is er nood aan een normatief systeem. Het helpt om een vast format te hebben, waarin benoemd is welke onderdelen aan bod moeten komen. Dat voorkomt aan de ene kant dat hetzelfde werk steeds opnieuw gedaan wordt, aan de andere kant perkt het al te uitgebreide verslagen in. Met het benoemen van vaste onderdelen wordt impliciet ook gezegd wat niet aan bod hoeft te komen. Dit vergroot tevens de leesbaarheid voor collega's bij overdracht en multidisciplinair werken (Ikkersheim, Kunst, & Berg, 2011).

Het zorgplan is met dit doel een werkinstrument waarin de multidisciplinaire werking vorm krijgt. Het is een instrument voor coördinatie en integratie van zorg waarin de vastgestelde doelstellingen, gebaseerd op de inventarisatie van problemen en behoeften, worden vastgelegd en opgevolgd (De Lepeleire, 2010).

In woonzorgcentrum (WZC) Parel der Kempen werd in het verleden reeds gekozen voor de softwaretoepassing Geracc.net, ontwikkeld door de firma CMS (huidige Corilius) om hun zorgplannen op te maken. In de afgelopen jaren kon een beperkt aantal zorgpersoneelsleden per afdeling de toepassingen van dit elektronisch zorgplan leren kennen. Het was veelal een proces van trial en error en de papieren outcome van de input van deze selecte groep vormde de basis voor het zorgplan. Omwille van de verhuizing naar een nieuw gebouw, dat gepaard ging met een uitbreiding, koos de organisatie ervoor om, in combinatie met het gebruik van geïntegreerde touchscreens op de kamers van de bewoners, de zorgregistratie volledig digitaal te laten gebeuren. Bijgevolg heeft dit eindwerk dan ook twee grote doelstellingen. Een eerste focus is het implementeren van het elektronisch zorgdossier bij ieder zorgpersoneelslid, een tweede focus betreft het aftoetsen of de informatiedoorstroom effectief verbeterde door deze implementatie.

In de opbouw van het werk kan je als aanvang de theoretische achtergrond uit diverse wetenschappelijke literatuur en documenten herkennen die als leidraad diende voor de praktische implementatie. Als vervolg daarop is er het tweede grote deel over de toepassing in de praktijk en de resultaten, dat zowel kwalitatieve als kwantitatieve elementen omvat.

Gezien binnen het WZC vooral de termen bewonersdossier en zorgdossier gebruikt worden in plaats van zorg- en begeleidingsplan, zullen beide begrippen in dit werk gebruikt worden. Aangezien dit eindwerk betrekking heeft op de realisatie van een elektronisch bewonersdossier zal de afkorting EBD gebruikt worden doorheen de tekst.

## 2 Theoretische achtergrond bij de implementatie

Wetenschappelijke ervaringen en een systematische studie van onderbouwde theorieën vormen een belangrijke basis om een efficiënte implementatie te kunnen realiseren. In de bestaande literatuur werd gezocht naar noodzakelijke kennis, bruikbare tools en andere wetmatigheden die het introduceren en toepassen van het elektronisch bewonersdossier ondersteunen.

### 2.1 Het bewonersdossier

Bij de opname en gedurende het verblijf in een woonzorgcentrum worden heel veel gegevens over bewoners verzameld. Dat is niet alleen een belangrijk onderdeel van een complementaire zorg, maar is ook onderworpen aan afspraken binnen de sector en enkele wettelijke vereisten.

#### 2.1.1 Wettelijke vereisten

In het woonzorgdecreet (2009) wordt als wettelijke verplichting aangegeven dat voor iedere bewoner van een woonzorgcentrum een zorg- en begeleidingsdossier dient opgemaakt te worden dat toegankelijk is voor de zorgverleners en constant geüpdatet wordt. Dat zorg- en begeleidingsplan heeft tot doel de zorgverlening aan de gebruiker continu en op maat te laten verlopen in functie van diens evoluerende zorgbehoeften.

In uitvoering van datzelfde decreet bepaalt art. 25 van de bijlage XII bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 welke gegevens een dergelijk zorg- en begeleidingsplan minimaal dient te bevatten. Deze minima komen overeen, met wat opgelegd is aan normering om als woonzorgcentrum een bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis (RVT) te bekomen. Deze zijn op hun beurt vastgelegd in het Koninklijk Besluit van de Vlaamse Regering (2009) betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

Specifiek wat het bewonersdossier betreft is in het K.B. (2009) het volgende bepaald:

*Bij de opname van iedere bewoner moet een individueel administratief dossier worden aangelegd, dat steeds toegankelijk moet zijn en in de instelling bewaard moet worden. Dat dossier bevat onder meer: - de volledige identiteit van de bewoner; - in voorkomend geval, naam adres en telefoonnummer van de vertegenwoordiger; - de naam, het adres en het telefoonnummer van de behandelende arts, alsook de schikking die moet getroffen worden bij zijn afwezigheid. Naast het administratief dossier moet er voor elke bewoner, bij zijn opname, een individueel verzorgingsdossier opgesteld worden met zijn sociale, medische, paramedische en verpleegkundige gegevens. Dit dossier, dat uit verschillende onderdelen kan bestaan moet constant in de instelling aanwezig zijn. Het moet steeds toegankelijk zijn voor de daartoe bevoegde personen. Het bedoeld dossier moet tenminste de volgende gegevens omvatten: - de identificatiegegevens van de bewoner; - de te contacteren persoon; - de anamnese; - het klinisch onderzoek bij de opname; - het multidisciplinair evaluatieprotocol en een rapport over de gezondheidstoestand van de betrokkene; - het plan van verzorging, revalidatie en bijstand bij de dagelijkse levenshandelingen, opgemaakt door de beoefenaars van de verpleegkunde. Dit plan moet worden geëvalueerd en aangepast aan de evolutie van de toestand van de bewoner; - de diagnose; - de behandeling; - de*

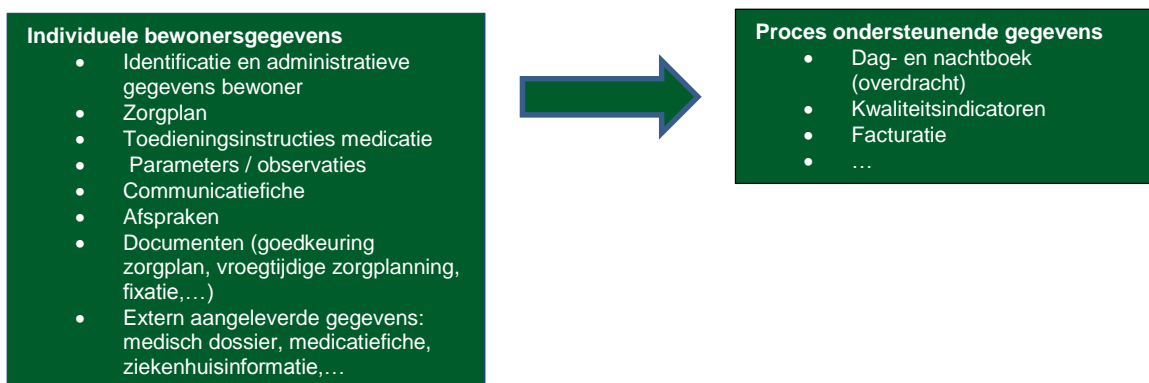


*klinische en de diagnostische evolutie; - de voorgeschreven geneesmiddelen, alsook de toediening ervan. De dossiers mogen bijgehouden worden in elektronische vorm, voor zover voldaan is aan al de voorwaarden vastgesteld in dit besluit.*

*Het woonzorgcentrum toont aan dat de bewoner of zijn familie en mantelzorgers instemmen met het zorg- en begeleidingsplan. Daarin worden een maximale persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid ingeschreven. De dossiers worden bewaard met respect voor de privacy, zodat alleen daartoe bevoegde personen er toegang toe hebben. De bewoner en zijn vertegenwoordiger hebben steeds recht op inzage in dat deel van het zorg- en begeleidingsplan dat hen rechtstreeks aanbelangt (bijlage, Art. N1, §3)*

### 2.1.2 Globale architectuur van een bewonersdossier

Zoals schematisch wordt weergegeven in Figuur 1 kunnen de gegevens die beheerd worden via het EBD opgesplitst worden in individuele bewonersgegevens en proces ondersteunende gegevens.



**Figuur 1 Gegevenstypes EBD**

De individuele bewonersgegevens zijn alle gegevens die de welzijns- of gezondheidstoestand van een WZC bewoner of de aan hem toegediende zorgen beschrijven. Deze gegevens kunnen intern in het WZC gecreëerd worden of aangeleverd worden door een externe actor. De extern aangeleverde gegevens worden hetzij enkel geconsulteerd vanuit het EBD (vb. specifieke onderdelen medisch dossier huisarts) hetzij gebruikt voor verdere verwerking (vb. toedieningsinstructies medicatie vertrekkend vanuit medicatieschema).

Proces ondersteunende gegevens zijn alle gegevens die voor het WZC noodzakelijk zijn om de zorg- en beheersprocessen optimaal te organiseren. Deze ondersteunende gegevens worden afgeleid uit de individuele bewonersgegevens. Bijvoorbeeld de dag- en nachtboekgegevens die gebruikt worden bij de overdracht tussen diensten kunnen afgeleid worden uit de opmerkingen die toegevoegd werden aan het dossier van elke individuele bewoner.

Afhankelijk van het samenwerkingsproces dat men wenst te ondersteunen dient bepaald te worden welke gegevens beschikbaar gesteld worden. De bijgehouden gegevens dienen minimaal de volgens het woonzorgdecreet en de uitvoeringsbesluiten vereiste gegevens te bevatten. Het zorgplan is een document met betrekking tot de geplande zorg voor een gebruiker dat wordt bijgestuurd in functie van de evolutie van de zorgbehoefte. Het bewonersdossier impliceert in principe een contract waarbij de

deelnemers zich ertoe verbinden hun deel van de zorg optimaal in te vullen en samen te werken met de andere disciplines rond die welbepaalde bewoner.

Het bewonersdossier kan vervolgens worden opgedeeld in een statisch en een dynamisch gedeelte. De administratieve gegevens blijven doorgaans onveranderd over de tijd en behoren dus toe aan het statische gedeelte. Zaken als algemene doelstellingen, klinische beoordeling, taakafspraken en communicatie behoren tot het dynamische gedeelte, want daar is constante aanpassing van de gegevens mogelijk en noodzakelijk. Dat dient zodanig te zijn, dat de residentenbeoordeling begrijpelijk is en de zorgplanning volledig met logische en meetbare zorgdoelen

Bovendien omvat het dossier ook de toedieningsinstructies voor medicatie. Per bewoner dient ingepland te worden op welk tijdstip welke medicatie toegediend moet worden. Het klaarzetten en de toediening van medicatie dient afgetekend te worden. Bij het opmaken van de instructies voor de toediening van medicatie kan vertrokken worden van de medicatiefiche. De medicatiefiche geeft een globaal overzicht van de in te nemen medicatie dat vertaald dient te worden naar concrete instructies voor het zorgteam. In regel dient de huisarts bij wijziging en op regelmatige tijdstippen het medicatieschema te ondertekenen.

In het dossier worden eveneens de observaties geregistreerd. Per bewoner dient vastgelegd te worden welke parameters (gewicht, bloeddruk, ...) opgevolgd dienen te worden. Op vaste tijdstippen wordt de parameter gemeten en wordt de waarde geregistreerd in het dossier.

Elke opmerking die relevant is voor de zorg van een bewoner en die gedeeld moet worden met de overige leden van het zorgteam wordt opgenomen in een communicatiefiche. Om de privacy van de bewoner te garanderen dient de mogelijkheid aanwezig te zijn om bepaalde berichten enkel toegankelijk te maken voor specifieke functies. De mogelijkheid voor het toevoegen van berichten dient daarentegen aan een zo ruim mogelijke groep actoren ter beschikking gesteld te worden.

Per bewoner dient een overzicht beschikbaar te zijn van alle afspraken die de bewoner aanbelangen. Dat betreft zowel afspraken in het kader van de zorg als animatie of activiteiten die georganiseerd worden.

Het dossier van een bewoner kan een aantal documenten bevatten. Bijvoorbeeld documenten met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning, fixatie,...

Persoonsgegevens moeten na het toedienen van de laatste zorgen (Besluit van de Regering, 2009) nog minimaal twee en maximaal vijf jaar bewaard worden. Medische gegevens dienen dertig jaar bewaard te worden. Daarvoor dienen adequate archiveringsprocedures binnen het WZC opgezet te worden. De voorziening of de vereniging mag de persoonsgegevens betreffende een gebruiker bewaren tot maximaal vijf jaar na het beëindigen van de hulp- en dienstverlening aan de betrokken gebruiker.

Tot welke gegevens van het dossier een lid van het zorgteam of een medewerker van het WZC toegang heeft is afhankelijk van diens functie. Het is ook noodzakelijk dat bij uitgevoerde taken, observaties, wijziging van de dossiergegevens, steeds detecteerbaar is wie deze taak op zich nam en deze aftekent in het bewonersdossier.

### 2.1.3 Digitaliseren voor een efficiënter bewonersdossier

In een tijd van kostenbesparing is het al een interessante vraag of een EBD in werkelijkheid tot een kostenbesparing leidt in vergelijking met de oude papieren versie. Een tweede vraag is of de informatie die doorstroomt en de allround kennis betreffende de zorg voor een bewoner daardoor groter wordt.

In dat verband zijn de resultaten van een onderzoek van Van Buggenhout en Pouders (z.d.) interessant. Zij voerden, in samenwerking met Hogeschool Antwerpen, een onderzoek onder o.a. verpleegkundigen werkzaam in RVT's

Een ruime meerderheid van de in dat onderzoek bevroegde verpleegkundigen (66%) gaf aan dat ze door gebruik te maken van het elektronisch bewonersdossier beter op de hoogte waren van de status van de bewoners. Op de vraag aan de verpleegkundigen of ze door gebruik van het EBD beter overzicht hadden wat er in de praktijk gebeurt, bleek nog maar een krappe minderheid (49%) een positief antwoord te geven.

In datzelfde onderzoek geven verpleegkundigen aan dat het wat betreft tijdswinst ten opzichte van het oude papieren dossier van belang is welk systeem er voorhanden is. Inloggen op een notebook, tablet of een systeem waarbij gezocht moet worden naar de juiste relevante informatie waar de zorgverlener op dat moment behoefte aan heeft, leidt volgens de overgrote meerderheid tot tijdverlies en wordt gezien als een extra belasting.

Verzorgenden en verpleegkundigen in een residentiële ouderenvoorziening (rusthuis en/of rust- en verzorgingstehuis) ondervinden volgens het onderzoek van Van Buggenhout en Pouders (z.d.) duidelijke voordelen van het gebruik van een elektronisch zorgdossier op de afdeling. Toch leeft er volgens hun bevindingen bij vele verzorgenden en verpleegkundigen een foutief idee dat pc-gebruik rechtstreeks tijdswinst moet opleveren, dit terwijl de voordelen met de betrekking tot een optimalisatie van de zorg en de betere communicatie vaak vergeten worden.

Uit het onderzoek blijkt dat indien de gebruiker van het elektronisch zorgdossier gemakkelijk kan werken met een computer ook makkelijker kan werken met een elektronisch zorgdossier. Dit kan er toe leiden dat de voordelen die het elektronisch zorgdossier met zich mee kan brengen ook daadwerkelijk tot uiting kunnen komen (Pouders & Van Buggenhout, z.d.).

## 2.2 Vereisten implementatie digitalisering

Een goed onderbouwd en volledig bewonersdossier geïntegreerd in een softwaresysteem dat eenvoudig in gebruik is, is een noodzakelijkheid om zorgen te registreren en zorgplannen op te volgen. Een goed systeem betekent echter niets als er geen continue en correcte input van gegevens in het dossier is en de registraties niet goed geïnterpreteerd of opgevolgd worden. Om te kunnen komen tot een dossier dat de capaciteit heeft om een doeltreffend en kwaliteit verhogend werkinstrument te zijn, dient het gedragen te zijn door de mensen die ermee werken.

### 2.2.1 *Motivatie tot verandering*

Verandering teweegbrengen in het handelen en denken van mensen of een team is een opdracht die de nodige background vereist om tot een succeservaring te komen. In de literatuur zijn er veel methodieken en theorieën beschreven om zulke processen te ondersteunen.

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) is een zeer toegankelijke motivatietheorie die steunt op meer dan dertig jaar experimenteel onderzoek. Dankzij de inzichten die daaruit geëxtraheerd worden, kunnen situaties gecreëerd worden die duurzame motivatie mogelijk maken. Vertrekkende vanuit het positieve mensbeeld dat een mens proactief gericht is op groei en integratie, op voorwaarde dat hij in een stimulerende omgeving vertoeft, heeft deze theorie de capaciteit een basis te zijn om werknemers optimaal te laten functioneren.

ZDT stelt dat vanuit drie psychologische basisbehoeften, die initieel aanwezig in iedereen, een individu of team kan komen tot een intrinsieke motivatie. De behoeften waaraan in meer of mindere mate voldaan dienen te worden zijn competentie, autonomie en verbondenheid.

Competentie in de betekenis van het Van Dale woordenboek (2011) is “bevoegdheid”. Als iemand een taak niet kan uitvoeren, het gevoel heeft daarin te zullen falen, zal dat diens eigenwaarde niet vergroten. Het gaat er over het gevoel, of effectief de vaardigheden te ontwikkelen om iets te kunnen. Mensen willen hun omgeving exploreren, begrijpen en beheersen. Het gevoel van competent zijn helpt werknemers zich te ontwikkelen en verhoogt hun capaciteit om zich flexibel aan te passen aan veranderende omgevingen. Als iemand een taak tot een goed einde kan brengen verhoogt dat de intrinsieke motivatie.

Autonomie betekent volgens Van Dale (2011) “zelfbestuur, zelfstandigheid”. Ryan en Deci (2002), beschrijven in de ZDT autonomie als zelfbeschikking. Een persoon dient vrij te zijn om eigen keuzes te kunnen en mogen maken. Werken met belonen en straffen is ondermijnd voor autonomiegevoelens. Werknemers die het gevoel hebben niets alleen te mogen doen en steeds gecontroleerd te worden, hebben een verminderd gevoel van zelfstandigheid en zelfs zodanig dat hun intrinsieke motivatie afneemt.

Verbondenheid verklaart Van Dale (2011) als “solidariteit”. Samen iets verwezenlijken, samen aan één doel werken, vergroot het gevoel van solidariteit. Werknemers kunnen zich verbonden voelen wanneer ze deel uitmaken van een hecht team en hun persoonlijke gevoelens en gedachten kunnen delen met collega's. De ZDT benadrukt dat dergelijk sociaal contact betekenisvol en diepgaand moet zijn, opdat werknemers zich echt verbonden zouden voelen (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000).

Het is de taak van de leidinggevende tegemoet te komen aan deze psychische nood van de werknemers. Om te slagen in het opzet en om te komen tot verandering, is het essentieel dat iemand vanuit zichzelf gemotiveerd kan zijn, een noodzakelijk gegeven voor ieders persoonlijk groei, integriteit en welzijn (Deci & Ryan, 2002).

Deci & Ryan (2002) beschrijven in hun onderzoek dat een intrinsieke motivatie pas kan bekomen worden na het voldoen van deze drie basisbehoeften. Een motivatie kan intrinsiek genoemd worden als het een motivatie is voor de activiteit inhoudelijk, wat haaks staat op de extrinsieke motivatie waar de drijfveer eerder de gevolgen of de uitkomst buiten de activiteit an sich is. Volgens andere theorieën zijn beiden gelijkwaardig om gemotiveerd te zijn, ze moeten zelfs niet evenwichtig in balans zijn. De ZDT spreekt dat tegen en zegt dat een hoge extrinsieke motivatie een ondermijning

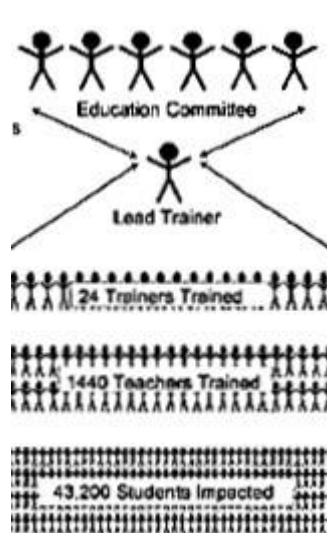
is van de aanwezige intrinsieke motivatoren. Het grote verschil in motivatie zou volgens de ZDT zijn of de regulatie gecontroleerd of autonoom is. Indien de reden om taken uit te voeren gepaard gaat met gevoelens van druk, verplichting en controle is de kwaliteit van de motivatie minder dan wanneer de reden uit zichzelf komt. Het management heeft er dus alle belang bij dat de werknemers gaan registreren omdat ze zelf het belang ervan inzien en bepaalde informatie willen delen, dan dat ze plichtsgetroouw hun gegevens inputten en opvolgen omdat het van hun verwacht en gecontroleerd wordt.

### 2.2.2 Methodiek voor verandering

Iets nieuws implementeren vraagt meer dan motivatie van werknemers en de lancering van het nieuwe project. Het einddoel is dat iedere betrokken werknemer ook effectief op een efficiënte manier het veranderde systeem kent, kan toepassen en voortdurend verbetert. Om kennis te delen en tot verandering te komen zijn mensen en relaties zeer belangrijk. Het is daarom lonend om bewust te kiezen voor mensen die de kar gaan trekken en van wie een bijzondere inbreng verwacht wordt. De aan Harvard verbonden professor John Kotter spreekt van het samenstellen van een 'leidende coalitie'. In dat verband worden ook wel termen als 'kerngroep' of 'actieve minderheid' gebruikt. Het gaat erom dat voor die kerngroep de juiste mensen worden geselecteerd: mensen die de wil en het vermogen bezitten om de verandering naar een hoger plan te tillen (Kotter, 2014). Dat gegeven is belangrijk om te integreren in het plan van aanpak en past volledig binnen het train the trainer principe als methodiek om iets nieuws geïntroduceerd en aangeleerd te krijgen binnen de organisatie.

Het train the trainer (TTT) principe wordt toegepast in de betekenis van de peer to peer filosofie (P2P) wat letterlijk "van gelijke tot gelijke" betekent. Kelley Skeff, werkzaam aan de Stanford university school of medicine, die deze methodiek in diverse projecten onderzocht, definieerde het principe als volgt: *"The relationship between a learner and a teacher is absolutely critical. Many of us listen best to people who look like us, who seem to have had experiences similar to our own. We decided to use this concept and train physician faculty as educators of other physician faculty"* (Faculty Development Program for Professionalism in Contemporary Practice, z.d.).

Robert O'Brien, onder meer training specialist bij U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, zegt hierover het volgende: *"Train-the-trainer courses represent the top of the training pyramid. Trainers are training trainers, who in turn must train their trainees. This is the most demanding category of training that any instructor will face"* (zoals geciteerd in Noordegraaf, 2007).



**Figuur 2 Schematische weergave TTT principe**

Een kerngroep van weloverwogen uitgekozen medewerkers wordt opgeleid tot interne trainer om zo op hun beurt de overige medewerkers de nieuwe vaardigheid aan te leren, waardoor deze de verworven kennis vervolgens gaan doorgeven aan anderen. Het is een manier van werken die als weinig bedreigend en informeel overkomt op de medewerkers. De interne trainers behoren tot dezelfde peergroep en leggen geen druk van bovenuit. De trainers zijn bekend met de organisatiecultuur en spreken de taal van de organisatie. Ze kennen de processen, de collega's. Zij weten als geen ander wat er voor de medewerkers verandert. Gecombineerd met hun kennis van het systeem, is de opleiding optimaal gebaseerd op de dagelijkse werkzaamheden. De TTT methode is sterk kostenreducerend doordat er initieel slechts enkelen door externen dienen opgeleid te worden.

TTT biedt ook kansen op een dynamisch evenwicht tussen bottom-up en top-down. Algemeen is de tendens deze tijd dat leidinggevendenden de vaardigheden dienen te bezitten om een bottom-up management te voeren. De leidinggevende is er op gericht het maximale uit zijn medewerkers te halen op het gebied van creativiteit, energie en innovatie, wat zal leiden tot een beter totaalresultaat. Dat staat of valt met het feit dat dingen uitgevoerd worden door de juiste mensen, met de juiste bagage in de vereiste omstandigheden. In specifieke situaties en omstandigheden moeten ook top-down beslissingen mogelijk blijven. Een herkenbare, sterke coördinatie van bovenaf is vaak noodzakelijk bij kortlopende projecten waarbij een duidelijke, harde deadline is gesteld, maar ook bij situaties waarbij meerdere afdelingen met elkaar moeten samenwerken. Als er knopen dienen te worden doorgehakt kan er niet altijd naar consensus worden gestreefd. In dergelijke gevallen dient de leidinggevende zijn eigen beslissing te nemen en daar duidelijk in te zijn (Siereveld, 2014).

### 2.2.3 Een gestructureerde aanpak als vertrekbasis

Een methodiek dient ingebed te zijn in een degelijk organisatiemanagement om mislukking van de implementatie te voorkomen. Wanneer gekeken wordt naar de principes van een Total Quality Management (TQM) is het centrale idee dat het efficiënter is om alle activiteiten in eenmaal goed te doen en te voorkomen dat de organisatie tijd verliest op het uitvoeren van correcties. Binnen een aantal TQM-stromingen wordt regelmatig gebruik gemaakt van kwaliteitscirkels zoals die van Deming (Hammet, 2000).

De kwaliteitscirkel van Deming is een handige managementstool en een creatief hulpmiddel voor processturing die door zijn cyclische karakter de kwaliteitsverbetering continue onder de aandacht houdt. Dikwijls wordt deze kwaliteitscirkel onbewust impliciet toegepast op het werkveld. Wanneer het om een bewuste expliciete toepassing gaat dan herkent iedereen de vier activiteiten van dit verbeterwiel, met name: Plan, Do, Check en Act (PDCA cyclus)

De verschillende stappen omvatten de volgende activiteiten:

**PLAN:** Er wordt kritisch gekeken naar de huidige situatie en er wordt aan de hand daarvan een plan ontworpen voor een verbetering van deze werkzaamheden. Hiervoor worden duidelijke en realiseerbare doelstellingen aangaande het resultaat vastgesteld. Belangrijk in deze planningsfase is dat er ook aandacht is voor de beschikbare middelen en de betrokkenen.

**DO:** De geplande verbeteringen of veranderingen worden uitgevoerd, bij voorkeur in een gecontroleerde proefopstelling.

**CHECK:** Het resultaat wordt gemeten en vergeleken met de oorspronkelijke situatie. Het wordt ook getoetst aan de doelstellingen die onder PLAN vastgesteld werden.

**ACT:** Aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK wordt er bijgestuurd en terug gestart bij PLAN om het hele proces continu te doorlopen.

Op deze manier kan iedere medewerker die betrokken is bij het veranderingsproces op alle niveaus zijn eigen manier van werken beoordelen en verbeteren. Zijn eigen handelen is immers voor iedereen volgens zijn bevoegdheid, een deelproces van het grotere geheel. Dat is de kern van deze visie. Door het proces op deze manier te beheersen wordt geprobeerd een optimaal resultaat te bewerkstelligen.

### 2.2.4 Nodige vaardigheden leidinggevende

Zoals eerder reeds aangehaald creëert werken met de methodiek van TTT een gevoel van democratie en wordt het ervaren als een vrij spontane manier van werken. Het vraagt echter een goede coaching en sturing om dit proces effectief te laten verlopen. De leidinggevende die hier als coach optreedt moet over een aantal vaardigheden beschikken en van de juiste leiderschapsstijl getuigen om het proces tot een optimaal resultaat te begeleiden.

Wanneer er naar een definitie van “coachen” gezocht wordt valt op dat de stamvorm van het werkwoord “to coach” is. Letterlijk vertaald betekent dit: “*Het vervoeren van een gewaardeerd of waardevol persoon van waar hij was naar waar hij wil zijn*”. Het is een vorm van begeleiding die er op gericht is om mensen in positieve zin te veranderen (Wildflower & Brennan, 2011). Dat gebeurt door bestaande vaardigheden te stimuleren en mensen aan te moedigen in het ontwikkelen van nieuwe kwaliteiten door een leerproces te laten ontstaan en te stimuleren. Om dat te kunnen realiseren is

er een zekere bekwaamheid of competentie nodig van de coach, in dit geval de leidinggevende.

Een competentie heeft steeds vier componenten: kennen, kunnen, willen en zijn. De coach heeft allereerst de juiste kennis en opleiding nodig over de te realiseren opdracht (kennen), aangevuld met de nodige vaardigheden en ervaring om de opdracht te volbrengen, zowel op inhoudelijk niveau van de taak, als sturend niveau ten opzichte van degenen die gecoacht worden (kunnen). Het hanteren van de juiste motivatie en houding om de doelstelling te bereiken is een onderdeel van de bekwaamheid van een goede coach (willen). Het vierde component omvat de persoonlijkheidskenmerken van de coach (zijn) ("Leidinggeven, Competenties & Coachen", 2008).

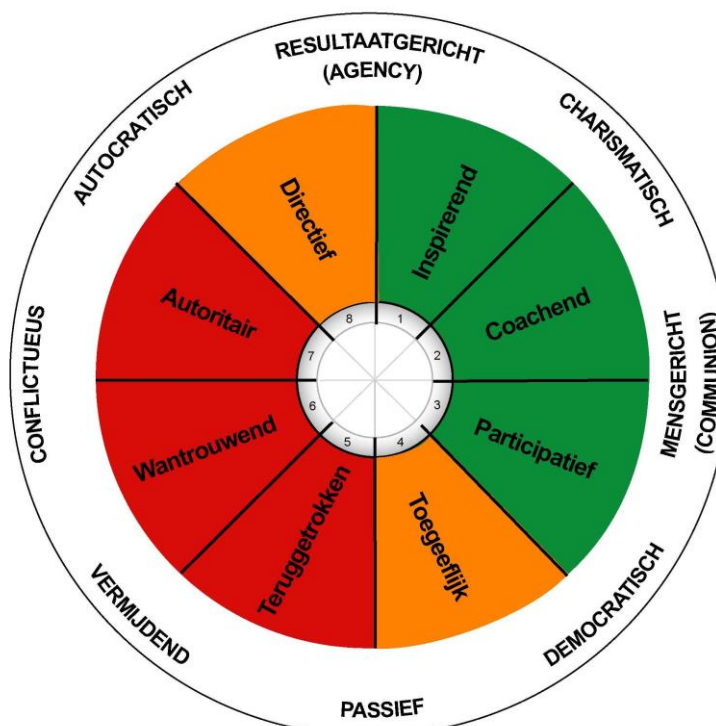
Deze persoonlijkheidskenmerken bepalen gedeeltelijk de leiderschapsstijl die gehanteerd wordt. Het grootste deel van de manier waarop iemand leiding geeft wordt bepaald door de mate dat deze inzicht heeft in de processen van gedrag en gedragsbeïnvloeding. Gedrag vloeit voort uit de interactie tussen mensen in de zin dat ieder gedrag van de zender gedrag bij de ontvanger uitlokt. De persoonlijkheid van iemand kan voor een aantal voorkeurgedragingen zorgen, uiteindelijk zijn vooral de sociale interacties bepalend voor oorzaak en gevolg of acties en reacties. Dat heeft het voordeel dat gedrag geanalyseerd en beïnvloed kan worden. De Amerikaanse psycholoog Timothy Leary heeft samen met een onderzoeksteam uitgebreid onderzoek gedaan naar de patronen van gedragsbeïnvloeding. Hij bracht reeds in 1957 de neiging van de mens om aanvullend te reageren uitgebreid in kaart en vond uiteindelijk twee eenvoudige principes die hij vorm gaf in de 'Roos van Leary'. Gedrag speelt zich af in de twee dimensies "communion" en "agency" .

Communion kan vrij vertaald worden als verbondenheid. Het is het metamotief waarbij mensen willen behoren tot een groep, een gewaardeerd groepslid willen zijn en goede relaties willen. Dat spoot met de evolutietheorie waaruit blijkt dat de mens een groepsdier is. Een groot stuk van onze breinfuncties zijn overigens gericht op ons sociaal verkeer. Agency of het zelf-motief is het metamotief waarbij mensen willen invloed uitoefenen, opkomen voor zichzelf, status willen verwerven, ... Dat spoot met de evolutietheorie omdat individuen willen overleven en zich voortplanten. De Roos van Leary geeft inzicht om aan de hand van deze motieven bewust keuzes te maken in actie en reactie.

Later werd, eveneens gebaseerd op dezelfde theorie, het leiderschapscircumplex ontwikkeld. Vanuit deze holistische benadering van leiderschap wordt een groot gamma van theorieën betreffende leiderschap gebundeld en kenmerkt deze theorie zich als één van de meest onderzochte en aanvaarde modellen van deze tijd ("De Acht Leiderschapsstijlen", z.d.).

Aan de hand van het leiderschapscircumplex kunnen acht stijlen van leiderschap onderscheiden worden. Deze acht leiderschapsstijlen vormen een zogenaamd interpersoonlijk circumplex dat beantwoordt aan de strenge eisen van een circumplexstructuur. In een visuele weergave (zie Figuur 3) blijkt duidelijk dat het menselijk interpersoonlijk gedrag bestaat uit vele tegenpolen en het een cirkelvorm vertoont, geordend rond twee hoofdfactoren die worden weergegeven als de twee assen agency en communion. Aan de hand van de evenwichtsoefening die gemaakt wordt tussen de twee dimensies wordt de leiderschapsstijl bepaald.





Figuur 3 Het leiderschapscircumplex

De stijlen in het groen zijn de meest effectieve om te hanteren als leidinggevende om te motiveren en kunnen rekenen op de hoogste werknemerstevredenheid. Het betreft de charismatische of transformationele stijlen: “inspirerend” en “coachend” en de democratische stijl: “participatief”. In de charismatische stijl is de benadering van de werknemers vanuit de leidinggevende enigszins emotioneel getint. Een charismatische leider komt zeer overtuigend over en door zijn gedrag en uitstraling wordt hij een rolmodel en creëert als dusdanig volgers die hij kan motiveren en stimuleren en van wie hij respect krijgt. Als vooral zijn zelfverzekerde interactiestijl bepalend is, getuigt deze leidinggevende van een inspirerende stijl. Indien hij eerder als rolmodel gezien wordt door de aandacht voor zijn medewerkers en de tijd en energie die hij in hierin investeert, is de kans groot dat het om een coachende leider gaat. De participatieve leiderschapsstijl situeert zich binnen de democratische stijlen waarbij de leidinggevende eerder toekijkt van op afstand en enkel ingrijpt als er een correctie op de prestaties nodig is. Bij de participatieve stijl staat de leidinggevende inspraak in beslissingen toe of bouwt samen met het team beslissingen op. Kenmerkend voor deze stijl is ook empowerment of het verlenen van zelfcontrole en autonomie.

Ook de toegankelijke stijl valt onder de democratische stijlen maar wordt in het circumplex afgebeeld als een stijl die met de nodige voorzichtigheid moet ingezet worden, vandaar de oranje kleurcode. Leidinggevend die deze stijl hanteren zijn erg flexibel met normen en regels en in de interactie met hun medewerkers. Ze leiden de medewerkers niet. Haaks op de toegankelijke stijl staat de directieve stijl. Deze autocratische stijl vorm is erg resultaatgericht en wekt de indruk dat dat omwille van persoonlijk succes is en minder voor de organisatie.

De stijlen die in het rood gevisualiseerd worden in het circumplex kunnen in een motivatieproces best vermeden worden. Ze wekken enkel frustratie en weerstand op binnen een team. Zo kenmerken autocratische stijlen zich door het proberen afdwingen van gehoorzaamheid en eenzijdige eisen. Het hoeft geen betoog dat, indien dat de regel is in een werksituatie, dat voor problemen zorgt. Een autoritaire stijl zal gekenmerkt worden door domineren en dicteren, geen inspraak dulden, dreigen met sancties, koel en hard uit de hoek komen, vaak uiting geven van ergernis en boosheid.

Indien er eerder sprake is van het vermijden van verantwoordelijkheden als leidinggevende situeert dit zich binnen één van de vermijdende stijlen: de wantrouwende en de teruggetrokken stijl. De wantrouwende stijl is er een die gekenmerkt wordt door een groot wantrouwen ter aanzien van de motieven van medewerkers, gaat informatie achterhouden en onduidelijke standpunten innemen. Bij iemand die vooral getuigt van een teruggetrokken leiderschapsstijl is er in feite een “nonleadership”. In een teruggetrokken stijl worden uitdagingen uit de weg gegaan en de medewerkers aan hun lot overgelaten. Spanningen en problemen slepen te lang aan en de leidinggevende is niet beschikbaar voor zijn team (“De Acht Leiderschapsstijlen”, z.d.).

De manier waarop iemand een groep aanstuurt en begeleidt is afhankelijk van de omstandigheden en de medewerkers zelf. Om te komen tot verandering is het kiezen voor een wisselwerking van de drie groene stijlen het meest efficiënt en zal met de andere vormen van leiderschap minder of zelfs geen resultaat geboekt worden. Meer nog, de arbeidstevredenheid van de werknemers zal door een overmatige toepassing van dat soort van leidinggeven significant achteruit gaan. Een mix of afwisselend gebruik van de drie stijlen die door de medewerkers als positief ervaren worden biedt de meeste kansen om een team te motiveren tot veranderen en de implementatie van iets nieuws tot een goed einde te brengen.

### **2.3 Besluit uit de literatuur**

Goede apparatuur en software volstaan niet om aan wettelijke verplichtingen aangaande een bewonersdossier te voldoen. Zeker zo belangrijk is de mobilisering van het menselijk kapitaal binnen de organisatie om de opvolging van de gegevens zo goed mogelijk uit te voeren. Belangrijk daarbij is dat zij in beweging komen omdat ze dat zelf willen en ze ervaren dat ze belangrijk zijn in dit proces als evenwaardige partner om dit tot een goed einde te brengen. Dat kan alleen als hiervoor de juiste omgevingsfeer gecreëerd wordt en er op een democratische manier mee kan en mag gedacht worden met een coach die niet alleen gericht is op resultaat en groei voor de organisatie, maar ook op de ontwikkeling van iedere medewerker.

### 3 Praktijkgedeelte

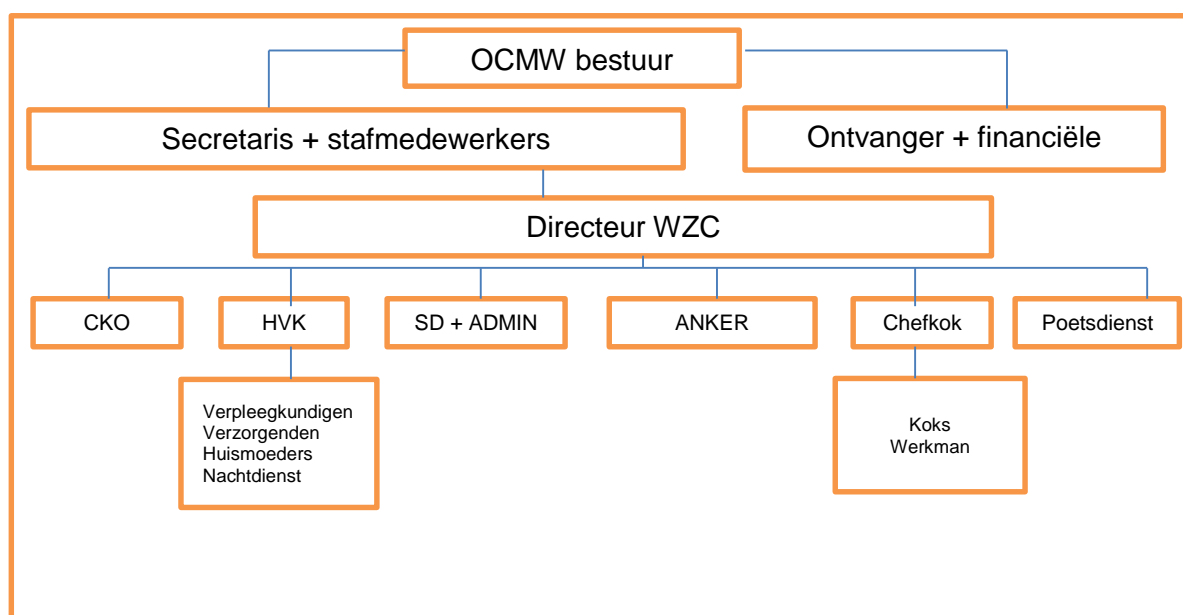
Ervan uitgaande dat er een eenheidsconcept is tussen theorie en praktijk, zou het elektronisch bewonersdossier vrij simpel te implementeren zijn en het digitaal zorgplan een absolute verbetering worden in de opvolging en communicatie betreffende bewoners, als de richtlijnen uit de achtergrondliteratuur gevolgd worden. De werkelijkheid is vaak anders en getuigt soms van een discrepantie tussen de theoretische praktijkgerichte beschouwingen en de toepassing op de werkvloer. De praktische invoering en uitvoering is immers onderhevig aan een aantal determinanten voor het theoretisch kader. In dit gedeelte worden de werkwijze, ervaringen en resultaten van deze opdracht getoetst vanuit zowel kwalitatief als kwantitatief gezichtspunt.

#### 3.1 Afbakening van het werkterrein

Om de implementatie van het digitaal zorgdossier aan de werkelijkheid te toetsen binnen de tijdspanne die beschikbaar was voor dit eindwerk, werd het onderzoeksterrein begrensd tot één afdeling van het woonzorgcentrum. Die steeds gezien moet worden in het geheel van de totale organisatie.

##### 3.1.1 Voorstelling van de organisatie

WZC Parel der Kempen in Westerlo biedt huisvesting aan 129 bejaarden. Er was doorheen de voorbije 31 jaar als OCMW dienst een enorme evolutie in de werking. In eerste instantie gestart als rustoord voor bejaarden met 87 bewoners, verworven zij in 1987 een erkenning voor een meerderheid (63) aan rust- en verzorgingstehuisbedden. Hierdoor was er al een eerste grote wijziging in de zorgbehoevendheid van hun gebruikers, de regelgeving waar zij dienden aan te voldoen en het personeelsbestand. In 2013 verhuisden zij naar een nieuw gebouw en was er een uitbreiding naar 129 bedden, 66 met ROB erkenning en nog steeds 63 RVT's. Anno 2015 staan er in hoofde 173 medewerkers op de payroll van het woonzorgcentrum, verdeeld over verschillende disciplines en met 23 verschillende functieprofielen.

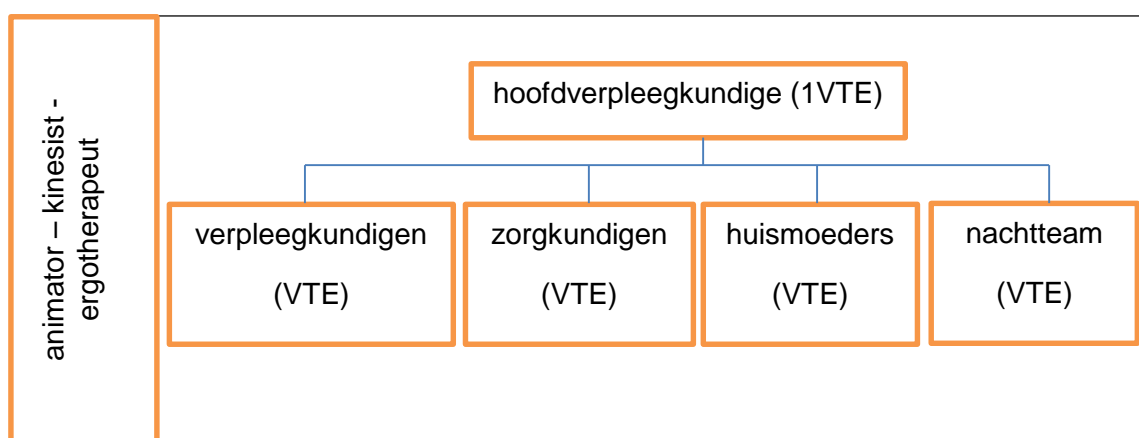


Figuur 4 Organisatiestructuur van WZC Parel der Kempen

### 3.1.2 Voorstelling van de afdeling

Het huis werd ingedeeld in drie afdelingen: 'De Zeven Dreven' op het gelijkvloers met 51 bewoners, 'De Kwarekken' met 51 bewoners op de eerste verdieping en op de tweede verdieping afdeling 'De Beeltjens' voor 27 bewoners. De twee grote afdelingen werden op hun beurt ingedeeld in drie leefgroepen van 17 bejaarden en op de kleinere afdeling zijn de leefgroepen ingedeeld in 10 en 17. Ongeacht deze subindeling zijn de teams niet beperkt tot een vaste leefgroep maar voor iedere afdeling is er in zijn totaliteit een vaste groep personeelsleden, samengesteld uit de verschillende disciplines. Dat betekent dat drie grote groepen teamleden instaan voor de zorg van drie grote groepen gebruikers. Voor dit werk werd enkel gepeild naar het verloop van de implementatie en de resultaten op afdeling 'De Kwarekken'.

De dagelijkse leiding van de afdeling is in handen van een hoofdverpleegkundige. Deze staat in voor de werkplanning en –organisatie en het aansturen en begeleiden van het team. Ten aanzien van de bewoners ziet de hoofdverpleegkundige er op toe dat volgens de visie van het huis een zorg op maat van iedere bewoner, aangepast aan diens noden en behoeften volgens een holistische mensvisie, geboden wordt. De kaderlijnen worden getekend vanuit directie en in multidisciplinair verband, de feitelijke invulling op de werkvloer is de eindverantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige. Het team bestaat uit 1 voltijds equivalente (VTE) hoofdverpleegkundige, 5 VTE verpleegkundigen, 8.69 VTE zorgkundigen en 6.5 VTE huismoeders, 0.85 VTE voor animatie, 0.5 VTE ergotherapeut, 0.5 VTE kinesist en 2.5 VTE verpleeg- en zorgkundigen die vaste nachtdienst doen en rechtstreeks verbonden zijn aan deze afdeling. Wanneer deze bezetting omgezet wordt in het aantal personeelsleden heeft de hoofdverpleegkundige de directe leiding over 39 werknemers.



**Figuur 5 Schematische weergave van de personeelsverdeling bij 'De Kwarekken'**

Voor de initiële implementatie van het elektronisch zorgdossier en het registreren via de kamerterminals werd ervoor gekozen om zich toe te spitsen op het anker-team, verpleging en verzorging van zowel de dagdienst als het nachtteam. Het gebruik door de huismoeders en externe medewerkers, zoals logopedist of huisarts, is voorzien in een latere fase. De coaching van animatie, kinesisten en ergotherapeuten gebeurt door de coördinator kwaliteit en organisatie zodat de hoofdverpleegkundige zich vooral kan toelagen op het ondersteunen van het zorgpersoneel van de eigen afdeling.

Dat betekent nog steeds een groep van 21 werknemers die in deze eerste fase door de hoofdverpleegkundige begeleid en gemotiveerd dienen te worden om zich de nieuwe manier van werken eigen te maken en toe te passen.

Er is ook een grote diversiteit in deze groep. De gemiddelde leeftijd is 42 jaar, waarbij de oudste 58 jaar en de jongste 21 is. Rekening houdend met de manier waarop jongere medewerkers vertrouwd zijn met PC en digitalisering in het algemeen en het feit dat deze technologie vaak buiten het interesseveld ligt van een aantal (oudere) werknemers, is er al een groot verschil bij de start.

### *3.1.3 Voorstelling van de bewonersgroep op afdeling De Kwarekken*

Op afdeling De Kwarekken is er, net als in de rest van het huis, een heterogene bewonersgroep. Onder de 51 bewoners bevinden zich mensen met matige tot zeer ernstige dementie, fysiek zwaar zorgbehoevende bejaarden alsook minder zwaar zorgbehoevendenden.

De indeling betreffende de zorgbehoevendheid gebeurt aan de hand van de KATZ-schaal (zie Bijlage 1). Dit internationaal instrument bepaalt het zorgprofiel van bewoners en deelt hen in verschillende zorgcategorieën in. De O- en A-forfaits scoren vrij laag op gebied van zorgbehoevendheid in activiteiten van het dagelijks leven (ADL). De verhouding van de zorgzwaarte lag op de afdeling De Kwarekken tijdens de periode dat dit onderzoek liep op 80% bewoners met een zware tot zeer zware zorgbehoevendheid en 20% bewoners met een mindere zorgzwaarte. De hoeveelheid hulp en ondersteuning die de bewonersgroep van deze afdeling nodig heeft lag zeer hoog. In de berekening van de personeelsbezetting werd een verhouding van 70/30 als uitgangspunt genomen waardoor de workload op het besproken moment als zeer hoog kan beschouwd worden.

## **3.2 Voorstelling software en middelen voor digitale registratie**

Om een beeld te kunnen vormen van wat de implementatie in de praktijk inhoudt en hoe er digitaal geregistreerd dient te worden, lijkt het opportuun om de inhoud van het zorgdossier en de kamerterminals toe te lichten. Het administratieve gedeelte van het EBD, dat onder meer de persoonsgegevens en facturatiegegevens omvat, wordt centraal ingeladen bij opname van een bewoner en het zorgteam heeft hier enkel consultatierecht. In die zin wordt dat deel hier niet verder toegelicht en is er een beperking tot het zorgdossier.

### *3.2.1 Samenstelling van het zorgdossier*

Voor iedere bewoner wordt een dossier opgemaakt dat inhoudelijk minimaal voldoet aan de wettelijke vereisten. Het bestaat uit de achtergrondgegevens, het medicatieschema, de aandachtspunten, prestaties die dienen uitgevoerd te worden en een observatieplan met parameters en dag- en nacht observaties, afgestemd op de behoeften van de individuele zorgvrager.

De opbouw van het dossier hangt nauw samen met de KATZ-schaal die als kapstok voor de zorgplanning dient. Aan de hand van de items op deze schaal worden de verwachte prestaties of uit te voeren handelingen gepland. Deze prestaties worden aangevuld met specifieke aandachtspunten die van toepassing zijn voor die bepaalde bewoner zoals bijvoorbeeld wondzorg of decubituspreventie en algemene aandachtspunten die opgevolgd dienen te worden voor alle bewoners, zoals bijvoorbeeld vrijheidbeperkende maatregelen en vroegtijdige zorgplanning.

In de planning van de zorg wordt duidelijk aangegeven welke taak er verplicht moet uitgevoerd worden binnen welk tijdvak en wordt ook de ruimte gelaten om extra prestaties à la minute toe te voegen. Een belangrijk gegeven is hier dat de basis van de zorgplanning up to date gehouden wordt aan de hand van veranderingen in de

situatie en beantwoordt aan de zorgbehoeften van dat moment. Dat maakt dat het zorgpersoneel niet alleen kan volgen hoe het met de bewoner waar hij mee zorg voor draagt gesteld is, maar ook dat er duidelijkheid is wat er minimaal verwacht wordt aan uit te voeren handelingen.

Het is aan de uitvoerder van een prestatie verplicht om de taak die werd volbracht als zodanig af te tekenen met een persoonlijke handtekening. Daarvoor krijgen zij ieder hun eigen login en gepersonaliseerd wachtwoord die hun toegang verschaft tot het dossier en de delen die in hun functie mogen uitgevoerd, gewijzigd of geconsulteerd worden.

In principe is het ingeven en wijzigen van een zorgplan een opdracht voor iedere verpleegkundige en voor elke verzorgende wat betreft de delen waar zij de bevoegdheid en bekwaamheid voor geniet. In realiteit is het slechts een zeer selecte groep personeelsleden in huis die met het zorgplan vertrouwd zijn en komt het meeste van dat werk op de schouders van de hoofdverpleegkundige terecht. Voor een volledige digitalisering van het EBD was dat geen ideale uitgangssituatie en diende er op dat vlak een groot inhaalmanoever te gebeuren. Tot nog toe werden de zorgdossiers wel digitaal opgemaakt, maar konden de teamleden via een uitgeprinte versie hun uitgevoerde taken registreren en hun observaties neerschrijven.

### *3.2.2 Gebruik van de kamerterminals*

Op iedere bewonerskamer is er op een centrale plaats een computerterminal ingebouwd in de muur. Deze fungeert enerzijds onder meer als bedieningspaneel voor het beloproepsysteem, het af- en aanzetten van de alarmbel, het oproepen van assistentie en het aanzetten van het beletlichtje. Anderzijds is er een verbinding tussen deze display en de gegevens van de bewoner van deze kamer in het zorgdossier. Via dit scherm kunnen de gegevens van het zorgdossier tot op zekere hoogte interactief bediend worden.

Wanneer een personeelslid de kamer van de bewoner betreedt, meldt deze zich als aanwezig aan met een persoonlijke code die gelinkt is aan de functie en de taken die daarbij horen. De gegevens van de bewoner verschijnen op het scherm evenals de prestaties waarvan op dat moment verwacht wordt om deze uit te voeren. Daarnaast is er een menu met vrije taken die niet gepland stonden voor deze bewoner waaruit de zorgverlener een keuze kan maken. Bij het verlaten van de kamer kan het personeelslid de uitgevoerde taken afvinken en de waarden van de parameters ingeven. Er is eveneens gelegenheid om beperkt tekst in te voeren. Deze rapportages communiceren rechtstreeks met het zorgprogramma op de vaste pc's in de verpleegposten.

Het grote voordeel van dit systeem is dat de terminals steeds ter plaatse zijn en geen extra belasting vormen om te verplaatsen, door te geven of op te bergen. Door het touchscreen systeem zijn ze steeds te gebruiken zonder dat er iets supplementair voor nodig is. De handen van het zorgpersoneel blijven in zekere zin vrij. Een tweede voordeel is dat ook het oproepsysteem geïntegreerd is in dit scherm waardoor bij ieder kamerbezoek automatisch het scherm gemanipuleerd wordt en de aandacht voor consultatie en registratie zo al onmiddellijk gewekt wordt.

De kamerdisplays zijn eenvoudig in gebruik en geven een duidelijk beeld van wat er verwacht wordt, zij het in de mate dat de input in het zorgdossier geoptimaliseerd is.

### 3.3 Verloop implementatie zorgdossier

Als inleiding op het toelichten van het praktische verloop van de invoering van het elektronisch registreren en ingebruikname van de kamerterminals, worden de verschillende stappen in het proces weergegeven aan de hand van onderstaande tijdlijn. De verschillende acties zullen kwalitatief beoordeeld worden in volgorde van de fase waarin ze ondernomen werden.



**Figuur 6** Verschillende fases in het onderzoek

De ontbrekende factor in de plan, do, check, act cyclus (PCDA) cyclus op deze tijdlijn is vooralsnog de “ACT-fase”. Dit onderzoek houdt immers net in om na te gaan waar er kan bijgestuurd worden, of deze manier van werken gestandaardiseerd kan worden en hoe de opvolging verder dient te gebeuren. Het uiteindelijke resultaat van dit werk zal bepalend zijn voor de antwoorden op deze vragen. Bijgevolg zal de ACT-fase terug te vinden zijn in het besluit van dit onderzoek.

#### 3.3.1 Acties en ervaringen in de planningsfase

Op het moment van aanvang was er al geen keuze meer met welk soort medium er zou gewerkt worden. Enige voorkeur voor PDA's, smartphones of laptops was uitgesloten. Het gebruik van een vaste display ingebouwd in de muur van de bewonerskamers, gecombineerd met vaste pc's op iedere verpleegpost was bij het bouwen van het woonzorgcentrum al bepaald met als doel op een efficiënte manier gegevens van bewoners verzamelen en uitwisselen. Sinds de ingebruikname van het nieuwe gebouw waren de kamerterminals nog een grotendeels inactief gegeven, herleid tot het bedieningspaneel van het oproepsysteem, waarvan niemand een duidelijk zicht had op de mogelijkheden en toepassing. Een eerste opdracht was het activeren van de software en iedere terminal linken aan het zorgprogramma. In een intensieve samenwerking tussen de aanleverende firma's van het zorgprogramma en displays en de leidinggevenden van de zorgteams, werd dat operationeel gesteld. De nodige aanpassingen werden gedaan aan de individuele zorgplannen zodat de

aanvang van het project van start kon gaan met de juiste middelen en inzichten in de mogelijkheden en werking.

De doelstelling voor dit project was tweeledig. Het eerste doel was dat de ingebruikname van de kamerterminals en het elektronisch registreren een feit zou zijn in het ganse WZC. In de stuurgroep kwaliteitszorg werd bij de opmaak van de jaarplanning voor 2015 de uiterste streefdatum om dit te realiseren op 1 september 2015 gezet. Het tweede doel werd eveneens binnen deze stuurgroep geformuleerd. Het was niet alleen een kwestie om op een eigentijdse manier gegevens te registreren en uit te wisselen, er werd ook verwacht dat het kon leiden tot een kwalitatieve verhoging van wat en de mate waarin er geregistreerd werd en een bevordering van de schriftelijke communicatie tussen de verschillende zorgverstrekkers. Door de uitbreiding van het woonzorgcentrum op gebied van oppervlakte, personeelsequipe en bewonersbestand waren er immers het voorbije jaar regelmatig gaten in de informatiedoorstroom opgemerkt. Daardoor waren niet altijd de nodige kennis en wetenswaardigheden op de juiste moment bij de juiste zorgverlener gekend. Een andere reden was dat bij het verzamelen van de gegevens die gevraagd werden bij het doorgeven van de kwaliteitsindicatoren opgemerkt werd dat niet alle cijfers en evaluaties correct ter beschikking waren in het elektronisch zorgdossier. Ze stonden genoteerd op diverse lijsten en in de papieren zorgdossiers. Op die manier konden niet alle mogelijkheden van het EBD benut worden.

De wijze waarop de doelstellingen konden overgebracht worden aan het ganse zorgteam en hoe zij konden delen in de nieuw verworven kennis van de leidinggevenden betreffende het zorgprogramma en de kamerterminals, was een eerste groot beslissingsmoment in deze planningsfase. Voor verschillende andere projecten in het WZC werd al met succes gebruik gemaakt van motivators en referentiepersonen. Dat houdt in dat een aantal mensen binnen de verschillende disciplines en verspreid doorheen het huis zich gaan specialiseren in een bepaald thema. Als iemand met verhoogde kennis ter zake, is het de bedoeling dat deze medewerkers op een informele manier hun collega's besmetten met hun inzichten en attitudes ten aanzien van dat bepaalde item. De ervaring leerde dat deze eerder informele manier van werken zeer goed overkwam op de andere teamleden en de individuele motivators, door de status die zij kregen in de groep als specialist ter zake, extra geprikkeld werden om zich steeds meer te verdiepen in dat bepaald onderwerp en hun kennis te delen met de anderen. Daarom werd ook besloten om op een dergelijke manier te werk te gaan voor de implementatie van het EBD.

De leidinggevenden waren zich er van bewust dat gans watervaleffect van het peer to peer principe zou vallen of staan met de keuze van de primaire trainers. Ze dienden voldoende aanwezig te zijn op de werkvloer en door hun status in de groep het krediet te krijgen om hun opdracht te vervullen. Dat vroeg een goed inzicht van de leidinggevende in de groepsdynamiek en vertrouwen in de competenties van het teamlid dat zich bereid verklaarde om deze taak te aanvaarden. Aan de hand van eerder gepeilde interesses bij functioneringsgesprekken, werd de vraag aan twee teamleden gesteld om zich toe te leggen op deze opdracht. Er werd verwacht dat ze zelf de nodige kennis zouden verwerven en daarna een planning opmaakten wie aan welke collega verder het nodige zou aanleren. Het was de gedeelde verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige en de twee motivators om het team doorheen deze ingebruikname te coachen. Aangezien er een duidelijk generatieverschil binnen het team speelt, werd gekozen voor een jongere verpleegkundige en een zorgkundige die behoorde tot de groep "anciens" van de afdeling.

Als eerste aanzet om het totale team te motiveren voor deze nieuwe opdracht werd een soort van teambuilding georganiseerd. Alle zorgpersoneelsleden van de afdeling



werden een ganse dag samengebracht tijdens een kwali-team-dag (QTD). Drie elementen waren toonaangevend gedurende deze dag: vorming aanbieden over de inhoud van het kwaliteitshandboek en de beschreven visies en processen, waarbij het belang van een degelijke registratie en informatiedoorstroom aangetoond werd. Een tweede focus was het verbeteren van de groepsdynamiek, de samenwerking en de communicatie binnen het team en tenslotte werd van deze dag gebruik gemaakt om de kick off te geven voor het project van het elektronisch registreren. Het TTT principe werd toegelicht en de twee primaire trainers werden voorgesteld aan de groep zodat er geen discussie was over hun taak of tijdsinvestering.

De werkelijke start van het aanleren van het gebruik van de kamerterminals was al de week die volgde op de QTD waardoor het effect van deze dag nog groot was.

<b>Ervaringen als leidinggevende in deze fase</b>	
<b>Positieve ervaringen</b>	<b>Determinanten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positief onthaal van de verandering, weinig weerstand om te starten met een volledige digitalisering bij het merendeel van het team.</li> <li>• Op de QTD was er duidelijk een goede groepsdynamiek op te merken binnen het team en een grote bereidheid om optimaal samen aan iets te bouwen.</li> <li>• Er was onmiddellijke aanvaarding van beide motivators binnen de groep.</li> <li>• De snelheid waarmee de twee motivators leerden werken met het systeem was onverwacht en vormde een eerste bevestiging voor de keuze van deze personeelsleden voor deze taak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communicatiestoornissen tussen de software van het zorgprogramma en de software van de kamerterminals zorgden voor een complexere toepassing en verminderde mogelijkheden tot aanpassingen. De twee verschillende firma's leverden hun product eerder naast elkaar in plaats van in functie van elkaar. Dat zorgt voor frustraties bij de gebruiker en vraagt veel energie om te bemiddelen tussen de verschillende partijen.</li> <li>• Een absolute, doch kortstondige domper op de motivatie van het team waren publicaties in de media van vermeende budgettaire problemen binnen het WZC.</li> </ul>

Over het algemeen verliep de aanzet intern zeer gunstig, de minder positieve ervaringen waren volledig te wijten aan externe factoren en hadden betrekking op de middelen. Het was soms frustrerend om niet vanuit een ideale situatie op dat vlak te kunnen vertrekken.

### *3.3.2 Acties en ervaringen in de uitvoeringsfase*

In overleg met elkaar kozen de primaire trainers weloverwogen een viertal collega's uit die ze individueel het gebruik van de kamerterminal aanleerden. Vervolgens gaven zij aan van hoeveel andere collega's iedere trainee de trainer zou worden. Afhankelijk van hun aanwezigheid ten gevolge van hun tewerkstellingspercentage waren dat gemiddeld twee collega's. Aangezien het team in twee vaste weekendgroepen ingedeeld is, werd aan de hand daarvan de selectie wie elkaar zou wegwijs maken spontaan gemaakt. Binnen de 14 kalenderdagen was ieder teamlid aan het oefenen in het gebruik van de terminal en kon er gedurende de volgende weken op dezelfde manier te werk gegaan worden voor het aanleren van het registreren via de vaste pc's.

Het feitelijke aanleren van het gebruik van beide systemen gebeurde door de motivators waardoor de leidinggevende gedurende deze periode vanop de zijlijn kon toekijken en slechts af en toe moest bijsturen of ondersteuning bieden als een teamlid er om vroeg. Dat bood ruimte om het personeel motiverend en stimulerend te benaderen en begeleiding te bieden bij mondelinge briefingmomenten aan de hand van wat in de computer geregistreerd werd of diende te worden. Het realiseerde ook het potentieel om zich toe te leggen op het creëren voor een vruchtbare werkomgeving ter bevordering van de motivatie van de teamleden.

Gedurende een maand was er vervolgens een testfase waarbij zowel via de oude papieren versie geregistreerd werd als op de digitale manier. Deze periode van dubbel werk was belangrijk om de werknemers die zich nog niet zeker genoeg voelden vertrouwen te laten krijgen in hun eigen competenties. De papieren versie was gedurende deze testmaand voor hun zeer belangrijk als houvast in periodes van grote drukte of als er niemand beschikbaar was om hulp aan te vragen. Tijdens deze testfase werd er voortdurend teruggekoppeld om aanpassingen te doen aan het zorgplan zodat dit meer conform de behoeften en werkwijze van de teamleden werd.

Vanaf 1 januari 2015 verdwenen de papieren zorgdossiers en werd er alleen nog digitaal geregistreerd en gerapporteerd via de kamerterminals of de vaste pc's.

<b>Ervaringen als leidinggevende in deze fase</b>	
<b>Positieve ervaringen</b>	<b>Determinanten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het vertrouwen dat kon gegeven worden aan de motivators om het leerproces van hun collega's op zich te nemen was een zeer aangename ervaring als leidinggevende. Het gaf het gevoel er niet alleen voor te staan en de verantwoordelijkheid voor het slagen te delen.</li> <li>• De snelheid waarmee de kennis verspreid werd met dit systeem van aanleren zonder dat het als een extra belasting of zware tijdsinvestering ervaren wordt door de personeelsleden.</li> <li>• Ook de al iets oudere personeelsleden met beperkte computerkennis waren onverwacht vlug mee met het systeem.</li> <li>• Permanente terugkoppeling van ervaringen met de medecoaches en andere teamleden zorgde voor onverwachte inzichten in de werking en verbetering van de toepassing in de praktijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdgebrek voor een degelijke coaching door uitgebreidheid van takenpakket als hoofdverpleegkundige.</li> <li>• Dreiging van het stilvallen van de continuïteit in de voortgang van het project door hoog ziekteverzuim binnen het team.</li> <li>• Onderbreking van de eerste opstart door een technische storing zorgde voor oponthoud van enkele dagen en verlies van interesse en was een bedreiging voor het vertrouwen in het systeem.</li> <li>• De kennis van het grootste deel van het team bleef beperkt tot registratie en eenvoudige rapportage binnen de opgemaakte structuur van het zorgplan. De effectieve opmaak en bijwerking van het zorgplan blijft grotendeels bij de hoofdverpleegkundige en enkele verpleegkundigen hangen.</li> </ul>

Algemeen werd de manier van implementeren als zeer positief ervaren binnen de groep en getuigde het van een snelle en efficiënte werkwijze. Op zeer korte tijd werd de overgang gerealiseerd naar de nieuwe manier van werken.

### 3.3.3 Acties en ervaringen in de checkfase

Tijdens een teamvergadering werd de manier waarop het EBD en het digitaal registreren zijn intrede deed binnen de werking geëvalueerd. De teamleden werden in groep bevraagd over hun bedenkingen, onzekerheden, eventuele twijfels. Het was duidelijk dat er een grote betrokkenheid was en de meesten al geen heimwee meer hadden naar het oude systeem. Er waren wel nog een aantal zaken die het zorgteam aangaven waar een bijsturing of optimalisatie binnen de systemen zelf diende te gebeuren. Op deze vergadering werd een algemeen tekort geuit aan een bredere kennis van het zorgprogramma en de tot nu toe nog verborgen mogelijkheden ervan.

Een belangrijk aandachtspunt voor de evaluatie was de kwalitatieve beoordeling van het digitale gebruik van het zorgdossier zelf. Er werd mondeling naar een aantal zaken gepeild in een rondvraag onder het personeel. Om sociaal wenselijke antwoorden of het opwekken van het gevoel gecontroleerd te worden te vermijden, gebeurde dat op een ongedwongen en ogenschijnlijk informele manier waarbij de hoofdverpleegkundige langs haar neus weg een paar uitspraken uitte om te zien hoe er op gereageerd werd. De keuze om dat mondeling te doen werd gemaakt aan de hand van ervaringen bij eerdere projecten, waar bleek dat er zeer weinig respons kwam op schriftelijke vragenlijsten. De geschreven antwoorden die wel terug binnen kwamen waren in de vorige situaties te bondig of vaak naast de kwestie.

Zo werd een beoordeling uitgelokt over de tijdsinvestering in het systeem, de mate waarin het geregistreerde opgevolgd of geraadpleegd werd, of ze het gevoel hadden beter op de hoogte te zijn van de toestand van de bewoners en belangrijke gebeurtenissen en aandachtspunten en of er een grotere duidelijkheid was in de taken die van hen verwacht werden uit te voeren in vergelijking met de situatie voor de omschakeling.

Wat betreft de tijdsinvestering was er een duidelijk onderscheid tussen de medewerkers die vertrouwd waren met het werken met een pc tegenover de computerleken. Algemeen werd niet geuit dat het langer duurde om op deze manier te registreren en het EBD op te volgen van zodra er voldoende vertrouwdheid was. Van een vermeende tijdsinstroom in het algemeen was er daarentegen evenmin sprake. Vooral het aftekenen via de kamerterminal was een vooruitgang op dit gebied ten opzichte van de papieren versies, het rechtstreeks ingeven op de pc gaf dat voordeel niet.

Bij het raadplegen van de observatiegegevens en parameters bij aanvang van de werkshift en tijdens de briefings werd er geen onderscheid ervaren tussen de papieren en digitale versie. Voor het tussentijds opzoeken van gegevens of herlezen van zaken werd het als een extra belasting gezien om op het systeem in te loggen met de persoonlijke wachtwoorden. Dat werd omzeild door op een bepaalde gebruiker het systeem open te laten staan zodat het zorgplan de hele tijd eenvoudig consulteerbaar was, wat niet echt de bedoeling is. Het absolute voordeel dat hier opgemerkt werd was dat er vrij eenvoudig voor een periode van 99 dagen terug gegevens kunnen geraadpleegd worden en de anamnese en belangrijke zaken zonder veel zoekwerk in papieren dossiers en aparte nota's terug te vinden zijn.

Op de hoogte zijn van belangrijke zaken blijft vooral het resultaat van mondelinge overdracht volgens de bevraagde medewerkers. Wat op het computerscherm gelezen wordt is vluchtiger dan wat een collega aan de hand van de registraties erbij vertelt over een bewoner. Zij merken niet echt een kwaliteitsverhoging op voor dit punt en benadrukken het belang van een schriftelijke verslaggeving gecombineerd met een degelijke mondelinge briefing.

De omschrijving van de prestaties die op de individuele kamerterminals verschijnen geven volgens dit team wel een duidelijker beeld van wat er bij een bewoner op het moment dat ze op de kamer zijn moet gebeuren. Waar ze vroeger deze gegevens moesten overkrabbelen op een briefje, hebben ze deze nu steeds ter plaatse bij de hand. Het is duidelijk bij wie die dag een dagcurve, bloedafname of specifieke zorg dient te gebeuren. Enkele zorgverleners maken zich hier wel ongerust over het wegvallen van sociale controle bij het afvinken van de taken als uitgevoerd. Ze vrezen dat blindelings een reeks prestaties afvinken verleidelijk is voor sommige collega's, ongeacht of ze werkelijk gedaan zijn of niet. Bij het aftekenen op papier waren er steeds medecollega's aanwezig waar toch een zekere controledruk van uit ging.

In de werkgroep uniformiteit, die samengesteld is uit directeur, hoofdverpleegkundigen en coördinator kwaliteit en organisatie met als doel zoveel mogelijk uniform te werken in gans het huis, werden vervolgens de bevindingen van de pilootgroep besproken. De werkwijze voor de introductie en het toepassen van het digitaal registreren werden geëvalueerd en bekeken of dit doorgetrokken kon worden naar de andere afdelingen.

<b>Ervaringen als leidinggevende in deze fase</b>	
<b>Positieve ervaringen</b>	<b>Determinanten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedragenheid van de werking door het grootste deel van het team</li> <li>• De snelle integratie in de totale werking was verrassend, wat het vermoeden op een aanvoelen als een verbetering bevestigt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het interesseverlies en verlies van motivatie van een zeer kleine minderheid binnen het team waardoor een negatieve beoordeling van de werking.</li> <li>• Geen onmiddellijke tijds winst op een moment van grote drukte.</li> <li>• Nood aan meer professionele kennisoverdracht over de opmaak van het zorgplan zodat dit door een grotere groep kan toegepast worden.</li> <li>• Aanpassingen aan het systeem kunnen niet op korte termijn gerealiseerd worden. Dit betekent een herschrijven van de software en de behoefte dient door een groot aantal WZC's geuit te worden zodat de kostprijs door het softwarebedrijf kan gedeeld worden. Het zorgt voor frustraties als het inzicht er is hoe iets gemakkelijker kan, de wetenschap er is dat het mogelijk is, maar financiële redenen een verbetering in de weg staan.</li> </ul>

De kwalitatieve beoordeling die hierboven geschetst werd is een subjectief aanvoelen binnen een team en moet binnen die waarde gezien worden. In grote lijnen kan opgemerkt worden dat er een relatief kleine kwaliteitswinst is op het gebied van aftekenen en gegevens consulteren en bijna zeker geen terugval door de omschakeling van papieren versie naar digitaal registreren.

### 3.4 Gevolgen implementatie EBD voor informatiedoorstroom en opvolging

De realiteit leert ons dat besluiten trekken niet enkel kan op basis van subjectief aanvoelen binnen een team. In dit hoofdstuk wordt er een kleinschalig kwantitatief onderzoek gevoerd naar de mate dat zaken geregistreerd werden voor en na de omschakeling naar de digitale werkwijze. Dit kwantitatieve onderdeel geeft een objectieve weergave van cijfermateriaal en kan complementair met de kwalitatieve bevindingen tot een correctere besluitvorming leiden.

#### 3.4.1 *Werkwijze voor het onderzoek en onderzoeksopzet*

Dit kwantitatief onderzoek kadert binnen de check-fase van de PDCA-cyclus die gevolgd werd voor de implementatie van het zorgdossier. Op zijn beurt wordt het onderzoek opgebouwd volgens dezelfde cyclaire methode waarbij planning, uitvoering, vergelijken en bijsturen elkaar opvolgen.

Om de resultaten binnen dit onderzoek hanteerbaar en meetbaar te maken, was een beperking van het aantal bewoners waarbij de werking en gegevens geverifieerd werden aangewezen. Er werd een eerste selectie gemaakt aan de hand van de bewoners van afdeling 'De Kwarekken' die aanwezig waren in het WZC bij de aanvang van de referentieperiode en die nog aanwezig waren bij het beëindigen van de referentieperiode. Vervolgens werden er ad random tien bewoners geselecteerd bij wie nagekeken werd wat er via de twee systemen (methode op papier voor implementatie en digitale versie na ingebruikname van het EBD) geregistreerd werd.

Voor dit onderzoeksdeel was het belangrijk om naast een beperking van de bewoners, ook duidelijk af te bakenen welke registraties er gemeten zouden worden. Er werd een analyse gemaakt van de meetbare parameters en belangrijke zaken in de registratie. Daaruit kwam naar voor dat de parameters urinecontrole, stoelgangcontrole, gewicht en bloeddruk het meest systematisch gemeten dienen te worden. Bovendien kwam in het kwalitatieve deel duidelijk naar voor dat de schriftelijke observaties dienden als leidraad bij de mondelinge overdracht en toch wel belangrijk zijn voor de opvolging binnen het zorgteam. Het is belangrijk in de communicatie met collega's en naar familieleden toe dat zij goed op de hoogte zijn van de actuele situatie van de bewoner. Om die reden worden ook het aantal observaties die voor een bewoner ingegeven werden mee in de meting opgenomen. De gegevens van dagcurve, fixatiemaatregelen, vroegtijdige zorgplanning en wondzorg zijn zaken die eerder ad hoc ingegeven dienen te worden. Zij werden mee opgenomen in de telling omwille van het wettelijke karakter van hun registratie. Deze wettelijke vereiste geldt eveneens voor het aftekenen van de uitvoering van taken bij een bewoner, wat ook in deze telling gecheckt wordt.

Door het tijdsbeperking die gepaard ging met de aanvang en aflevering van dit werk, werden de controlemetingen gelimiteerd in aantal. Gedurende deze referentieperiode, die liep van 1 oktober 2014 tot 15 mei 2015, werden er vijf metingen uitgevoerd. Meting één gebeurde op 5/11/2014, meting twee was op 24/11/2014. Op 1 januari 2015 was er de definitieve omschakeling naar het digitale systeem en op 07/01/2015 werd meting drie uitgevoerd, gevolgd door meting vier op 16/01/2015. Op 07/05/2015 werd er opnieuw een meting gedaan in de veronderstelling dat ondertussen iedereen vlot met het EBD kon werken en dat niet meer bepalend was voor een eventuele ongunstige meting. De datums werden willekeurig gekozen en de metingen betreffen de registraties gedurende de volledige 24 uur van die dag. Het doel is nagaan of er een significant verschil is in de concrete aantallen van de geturfde parameters en observaties voor en na de omschakeling.

### 3.4.2 *Metingen, resultaten en tendensen*

Bij de metingen werd in de eerste plaats gekeken naar hoe vaak het de bedoeling was dat er iets geregistreerd werd voor een bepaald item. Vervolgens werden de effectieve registraties geturfd en hier tegenover gezet. Als er bijvoorbeeld in het zorgdossier acht keer vermeld stond om urinecontrole in te geven en er stond maar zes keer een resultaat bij, dan gaf dit een waarde van 6/8, omgezet in decimalen is dat een waarde van 0.75.

Wanneer er een bloeddruk of gewichtscontrole gepland stond voor een bewoner moet de gemeten waarde vermeld staan in het dossier om mee te tellen als geregistreerd. Dat geldt niet voor het item "geregistreerde observaties". Hiervoor wordt geen timing of planning vooraf opgesteld, de bevindingen aangaande een bewoner dienen spontaan genoteerd te worden indien ze nodig of waardevol geacht worden. Voor dit item wordt daarom geteld hoeveel keer er informatie over de tien geselecteerde bewoners genoteerd werd gedurende de 24 uur die de telling omvat.

Voor vrijheid beperkende maatregelen en vroegtijdige zorgplanning werd er binnen de organisatie een vaste dag per maand afgesproken waarop deze items geëvalueerd worden tijdens de bewonersbespreking. Daarnaast blijft het ook tussentijds de bedoeling dat iedere wijziging of opmerking hierover geregistreerd wordt. Dit kan beschouwd worden als specifieke observaties die dagelijks zouden moeten gebeuren. De registraties zullen dus ook geteld worden aan de hand van de effectieve meldingen in het zorgdossier.

De zorgplanning wordt opgemaakt aan de hand van tijdsblokken. Er zijn taken die in de ochtendshift, de middag, de namiddag, avonddienst of nacht gepland worden. Per tijdsblok wordt gekeken of er terug te vinden is wie de geplande taken bij de bewoner uitgevoerd heeft. De aftekenperiodes gedurende de nacht zijn met de invoering van het digitale systeem uitgebreid. Waar op papier slechts één keer door de nacht diende afgetekend te worden, is de nacht vanaf 01/01/2015 onderverdeeld in drie periodes. De getelde waarden houden hier verhoudingsgewijs rekening mee.

Een aantal items zijn niet (altijd) van toepassing voor één of meerdere bewoners op die dag. Daar werd dan de vermelding NVT gezet. Een bewoner die opgenomen werd in het ziekenhuis werd eveneens buiten beschouwing gelaten. De telling en de verhoudingen werden ook hieraan aangepast.

In de tabel hierna kan een synthese van de concrete cijfers van de metingen teruggevonden worden. De formulieren van de effectieve meting per bewoner zijn terug te vinden onder bijlage 2.

Gemeten item	registreren papieren versie			elektronisch registreren			
	meting 1 5/11/2014	Meting 2 24/11/2014	Meting 1 + 2	meting 3 7/1/2015	meting 4 16/1/2015	meting 5 6/5/2015	meting 3 + 4 + 5
Aftekenen uitgevoerde prestaties per tijdsblok	0.82	0.68	0.75	0.74	0.75	0.77	0.75
Urinecontrole	0.96	0.79	0.87	0.97	1.00	1.00	0.99
Stoelgangcontrole	0.11	0.25	0.18	0.50	0.61	0.44	0.51
Bloeddruk	nvt	0.00	0.00	1.00	nvt	nvt	1.00
Gewicht	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.67	0.89
Dag curve	0.50	1.00	0.75	1.00	1.00	1.00	1.00
Evaluatie wond zorg	1.00	1.00	1.00	0.50	0.00	0.00	0.16
Evaluatie vrijheid beperkende maatregelen	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Evaluatie vroegtijdige zorgplanning	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Geschreven observaties	17	12	29*	17	7	7	10.3*

**Figuur 7** Papieren vs elektronische registratie

*\*Voor deze meting werd het gemiddelde genomen van de absolute aantallen van de bijhorende metingen.*

Ervan bewust zijnde dat het hier om een zeer kleinschalig onderzoek ging met een uitermate kleine controlegroep en beperkt in de tijd, wordt er toch geprobeerd een aantal tendensen te detecteren, in de mate waarin er een eventueel onderscheid is in het registreren zoals het vroeger gebeurde en het digitaal registreren aan de hand van de cijfers.

Bij de papieren versies van het zorgdossier kan opgemerkt worden dat het aftekenen van de uitgevoerde prestaties per tijdsblok systematisch gebeurde. De prestaties werden aan het einde van de shift door één uitvoerend personeelslid algemeen als

uitgevoerd geregistreerd. Het verschil met het elektronisch registreren is dat er in eerste instantie onmiddellijk na het uitvoeren van een taak op de kamer via de terminal afgevinkt wordt wat er gedaan werd en er vervolgens tijdens de briefing op de pc nog aanvullingen kunnen gedaan worden. Toch kan er opgemerkt worden dat er na de digitalisering ten opzichte van ervoor een status quo is in het aantal keren dat er een verantwoordelijke voor het uitvoeren van de taken terug te vinden is.

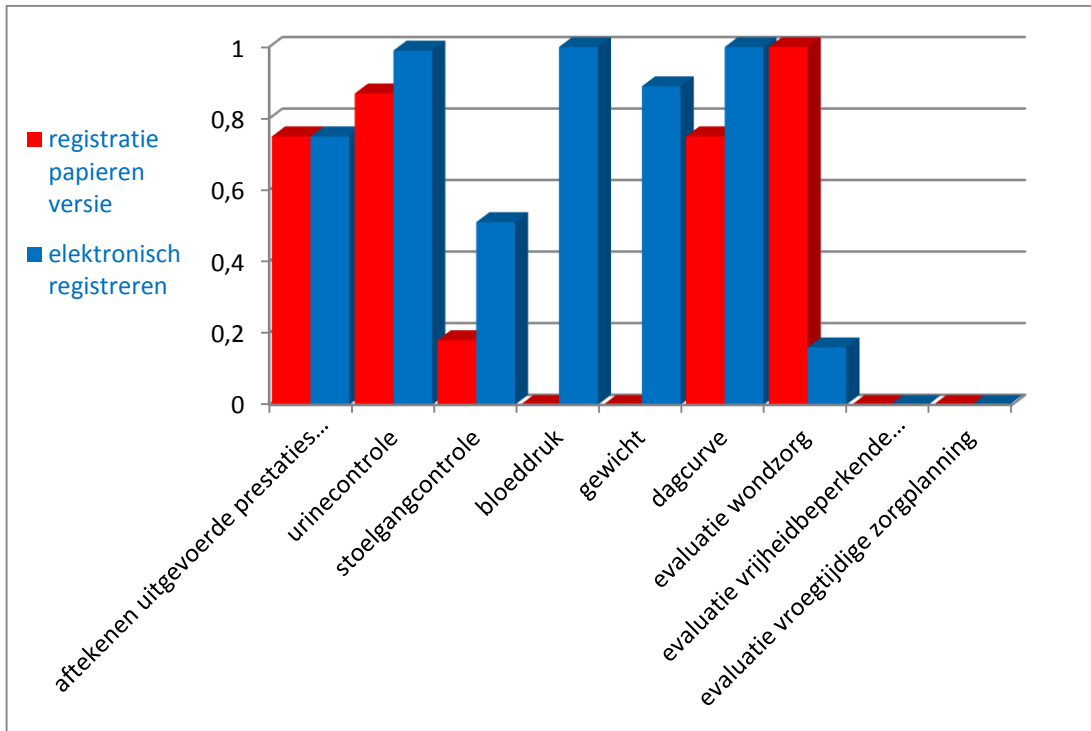
Voor urinecontrole en stoelgangcontrole wordt verondersteld dat er steeds een waarde toegekend wordt aan het resultaat bij de registratie. Als iemand een 0 scoort op urinecontrole betekent dit dat die persoon op toilet gezet is of het incontinentiemateriaal nagekeken en er geen resultaat was. Voor de stoelgangcontrole is er een afspraak om het volume van het resultaat aan te geven. 0 betekent geen stoelgang gemaakt, 1 een klein beetje, 2 normaal resultaat en 3 betekent dat er heel veel stoelgang geproduceerd werd. Voor de bewoners die niet volledig zelfstandig naar het toilet kunnen gaan zonder enige vorm van toezicht, staat in hun zorgplanning 8 keer per 24 uur de controle van zowel urine als stoelgang aangegeven. De tendens hier is dat er voor beide zaken een toename is van het aantal registraties na de omschakeling naar het elektronisch registreren.

De waarden van een bloeddrukmeting, dag curve of het gewicht van de bewoner werden in vele gevallen niet terug gevonden in de papieren versie van het zorgdossier. Dit betekent niet automatisch dat de geplande taak om dit te meten niet werd uitgevoerd, al is het in een aantal gevallen mogelijk dat de opdracht over het hoofd gezien werd, maar de kans is groot dat de waarden genoteerd werden op algemene lijsten en extra documenten buiten het zorgdossier. Wanneer de cijfers na de digitalisering bekeken worden is er een beduidende toename van het noteren van deze cijfers in het zorgdossier. Een reden voor deze verbetering kan gevonden worden in het feit dat het systeem zo opgebouwd is, dat er verplicht een waarde moet ingegeven worden bij deze parameters, alvorens ze als uitgevoerd kunnen geregistreerd worden.

Bij de evaluatie van de wond zorg kan het omgekeerde opgemerkt worden dan bij het ingeven van de parameters. Elektronisch wordt de toestand van de wonde veel minder geregistreerd dan het geval was op de papieren versies.

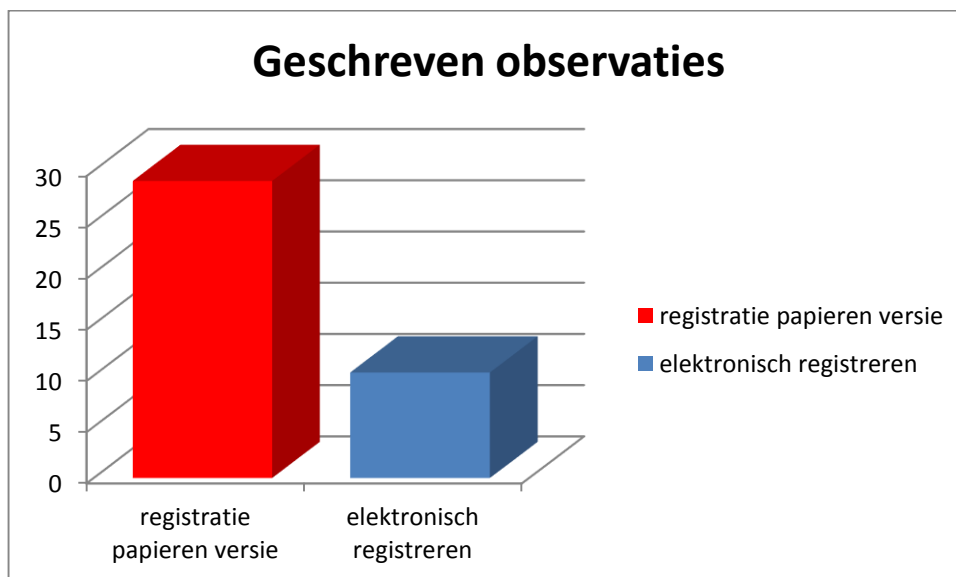
Bij de evaluatie van vrijheid beperkende maatregelen en vroegtijdige zorgplanning is het duidelijk dat de spontaniteit om iets te noteren buiten op de maandelijkse evaluatie dag, die in dit geval op een andere datum viel dan de data waarop deze 5 metingen werden uitgevoerd, praktisch onbestaande is. Voor geen enkele van de bewoners werd hier iets genoteerd. Vooral de toepassing en effectiviteit van fixatiemiddelen zijn zaken die toch heel courant aan bod komen bij de dagelijkse briefings. Op de papieren versies werden hier geen resultaten van opgeschreven, ook op digitale wijze is er hier een volledig gebrek aan dagelijkse informatie.





Figuur 8 Grafische weergave van het aantal registraties voor en na de volledige digitalisering

De geschreven of ingegeven observaties worden in een aparte grafiek voorgesteld. Zij zijn niet gebonden aan een waarde over hoe vaak er verwacht wordt dat ze ingegeven worden. Voor deze gegevens wordt het principe gehanteerd hoe meer hoe liever, op voorwaarde dat het om relevante informatie gaat over de bewoner en diens toestand of situatie. Indien zij samen voorgesteld zouden worden met de andere gegevens zou dit grafisch een vertekend beeld geven.



Figuur 9 Grafische weergave van de evolutie in de geschreven observaties

Er is een duidelijke daling op te merken voor het ingeven van observaties sinds dat via de pc of de kamerterminal dient te gebeuren. Blijkbaar was er vroeger vlotter iets opgeschreven over een bewoner dan dat het nu via de verschillende systemen ingegeven wordt. Mogelijk hangt dat samen met de paraatheid van het dossier en is het, zoals eerder al aangegeven in de bevraging van het personeel, een belasting om

steeds in te loggen op het systeem om gauw iets te noteren. Mogelijk liggen er nog andere redenen aan de bron van deze verandering. In ieder geval geven de cijfers aan dat er bijna drie keer minder spontaan geregistreerd wordt voor dit item na de implementatie. Als de cijfers van de verschillende metingen apart bekeken worden, kan opgemerkt worden dat in verloop van tijd de optekening van deze gegevens drastisch verminderde.

## 4 Conclusie en discussie

Als afsluitend gedeelte wordt gekeken of het gebruik van het EBD, zoals het nu gebeurt door de pilootgroep, voldoet aan de verwachtingen van de organisatie vooraleer het verder te extrapoleren naar de andere afdelingen en welke bijstellingen er nog nodig zijn.

### 4.1 Act-fase

De resultaten uit de kwalitatieve en het kwantitatieve beoordeling die hierboven gevoerd werden leiden onlosmakelijk naar de ACT-fase in de gehanteerde PCDA cyclus. Aan de hand hiervan kan gezocht worden naar oorzaken waarom bepaalde neerwaartse tendensen zich ontwikkelen en vooral, hoe er kan geprobeerd worden om hierin bij te sturen.

#### 4.1.1 Aan de hand van ACT terug naar de PLAN-fase

Een eerste punt van bijsturing verdient het gegeven dat teamleden aangeven dat ze nog niet voldoende kennis hebben van het systeem. Om daaraan tegemoet te komen werden er reeds stappen ondernomen en is er in de nabije toekomst vorming voorzien door de ontwikkelaars van het softwaresysteem Geracc en aan de hand van webinars waarbij over internet bepaalde onderdelen van het programma toegelicht worden. De personeelsleden worden ook sterk aangemoedigd om te oefenen, om het systeem te verkennen en in te gaan tegen iedere vorm van vermijdingsdrang om het te gebruiken. Het ultieme doel is dat het dossier een werkinstrument is waardoor er spontaan de nodige informatie over een bewoner kan opgeroepen worden en de kennis over een bewoner vergroot.

Aan de bezorgdheid dat er via de kamerterminals blindelings taken afgevinkt worden zonder dat ze ook effectief uitgevoerd worden, kan eventueel tegemoet gekomen worden door willekeurig een aantal nep-prestaties in te geven. Door naderhand te checken of deze prestaties als uitgevoerd gemerkt worden kan gekeken worden of deze ongerustheid over het wegvallen van sociale controle gegrond is. Dit dient eerder gezien worden als een bewustmakingsproces dan als controlemechanisme.

Het uitblijven van een kwalitatieve verbetering voor het aftekenen van de uitgevoerde prestaties dient eveneens nader bekeken te worden. Wat op dit moment al opvalt bij nazicht is dat vooral de prestaties van de middag- en de namiddagshift niet afgetekend worden. Werkdruk op die momenten, de ruimte waar dan het meest gewerkt wordt, de activiteiten die dan uitgevoerd worden, de wisseling van shift,... zijn allemaal nog verder te onderzoeken redenen die dit kunnen veroorzaken.

Het niet (meer) invullen van een wondevaluatie na digitalisatie is een item dat naderbij moet bekeken worden. Hier speelt het feit dat het wondzorgdossier onder een apart aandachtspunt gesitueerd staat de registratie ervan misschien parten.

Voor de evaluaties van items die gewenst zijn maar waarvan er om wettelijke redenen ook een systematische registratie gebeurt zoals het evalueren van vrijheid beperkende maatregelen en vroegtijdige zorgplanning kunnen best andere systemen ontwikkeld worden om de informatieopvolging en -doorstroom te verhogen. Dat geldt evenzeer voor de andere weergegeven observaties waar er niet gewoon iets dient aangevinkt of een cijfer moet ingegeven worden, maar waar verwacht wordt dat het personeelslid zelf tekst formuleert. Hier kan eventueel de afspraak gehanteerd worden dat er ieder tijdsblok minimaal één beoordeling van de toestand van de bewoner genoteerd wordt. Dat systeem zou ineens ook het aftekenen van de prestaties ten goede komen, aangezien dit op de pc binnen hetzelfde menu en scherm dient te gebeuren.

De verbetering voor het ingeven van de waarden van parameters is iets wat zeker bewaakt en behouden dient te blijven in de toekomst. Voor deze items is de doelstelling van de kwaliteitsverhoging zeker bereikt.

## **4.2 Algemene conclusie**

Wat betreft de implementatie kan gesteld worden dat de doelstelling grotendeels bereikt werd volgens de in dit werk opgetekende ervaringen. Er is eventueel nog een verfijning mogelijk van de toepassing via organisatorische aanpassingen aangaande briefingmomenten en bij overdrachten. Indien de manier van werken getoetst wordt aan de theoretische achtergrond in het eerste deel van dit werk, kan besloten worden dat theorie en praktijk grotendeels samenvielen. Het gehanteerde systeem is zeker geschikt om door te trekken naar gans de organisatie.

Op het vlak van verbetering van registreren en informatiedoorstroom is er op dit moment slechts een lichte verbetering voor een aantal items waar te nemen. Wat even belangrijk is, is dat er zeker geen kwaliteitsdaling is en dat de resultaten geen onoverkomelijke zaken aan het licht brachten.

Met de gegevens die er nu zijn kunnen zowel de methodiek als de werking met het EBD doorgetrokken worden naar alle gebruikers van het systeem in het woonzorgcentrum.

Dit werk kampt vooral met de beperking in tijd om het project verder op te volgen. Ik ben ervan overtuigd dat er al een enorme stap in de goede richting werd gezet en dat na de bijstellingen van de dingen die in de ACT-fase omschreven werden er wel degelijk kwaliteitsverbetering komt.

## **4.3 Persoonlijke reflectie als leidinggevende**

Het onderwerp van deze bachelorproef is een zeer actueel onderwerp in een groot aantal Vlaamse WZC's. In overleg met collega's van andere organisaties komt naar voor dat zij grotendeels dezelfde ervaringen delen en tegen dezelfde moeilijkheden aanlopen. Digitalisering is een onvermijdelijke en voortdurende opdracht geworden die weloverwogen en bewust dient te gebeuren. Mits de juiste aanpak is een problematisch verloop tot een minimum te reduceren. Een kwaliteitsverhogend resultaat boeken is een steeds voortdurend proces dat blijvend zal moeten geëvalueerd en bijgestuurd worden. Een kwaliteitsverbetering gebeurt stapsgewijs en de verwachtingen dienen hieraan aangepast te worden.

Doorheen dit proces was de afhankelijkheid van diverse externe factoren soms frustrerend. Daartegenover staat dat de inzet van de teamleden om de voortgang te verzekeren, de opdracht naar een hoger niveau getild heeft.

Als leidinggevende van een team heb ik mijn talenten en de nog te ontwikkelen capaciteiten ten volle kunnen benutten gedurende dit proces. De leeransen die zich hebben voorgedaan heb ik met beide handen aangegrepen. Ook van mislukkingen heb ik de waarde kunnen inzien en het potentieel dat zo geboden werd om te groeien. Het was verrijkend een dergelijk langdurig en intensief veranderingsproces te leiden.

Succeservaring na een moeilijke periode of onverwacht vooruitgang boeken geven een boost om er als leidinggevende ten volle voor te blijven gaan. Het volbrengen van deze opdracht werd een gedeelde verantwoordelijkheid van gans het team. Dat vroeg de juiste attitude en inzichten van mij als leidinggevende. Ik was dan ook zeer tevreden dat ik kon terugvallen op de tools en theoretische houvast vanuit de opleiding om alleszins een verdienstelijke poging te wagen.

## 5 Bibliografie

Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.

Broeck, A., Vansteenkiste, M., Witte, H., Soenens, B., & Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 981-1002.

De Acht Leiderschapsstijlen. (z.d.). *PerCo*. Bekeken op 14 april 2015 op <http://perco.be/nl/leerhoek/de-8-leiderschapsstijlen/>

De Lepeleire, J. (2010). Het zorgplan in het woonzorgcentrum. Bekeken op 31 januari 2015 op <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/18052706.pdf>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. *Handbook of self-determination research*, 3-33.

Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*.

Decreet van 13 maart 2009 betreffende de woonzorg.

Fournier, D., Gosselin, D., & Rioux, N. (2006). The challenges of implementing an electronic medical record system in a long-term care facility. *Geriatric Nursing*, 27(1), 28-30.

Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed business.

Hammett, P. (2000). The Philosophy of TQM. An Overview.

Hetland, H., Hetland, J., Schou Andreassen, C., Pallesen, S., & Notelaers, G. (2011). Leadership and fulfillment of the three basic psychological needs at work. *Career Development International*, 16(5), 507-523.

Ikkersheim, D., Kunst, E., & Berg, M. (2011). Minder regeldruk voor professionals, meer tijd voor zorg. Bekeken op 31 januari 2015 op [http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Minder\\_regeldruk\\_voor\\_zorgprofessionals.pdf](http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Minder_regeldruk_voor_zorgprofessionals.pdf)

Josiah Macy Jr. Foundation. (z.d.). Faculty Development Program for Professionalism in Contemporary Practice. Bekeken op 28 maart 2015 op <http://macyfoundation.org/grantees/profile/faculty-development-program-for-professionalism-in-contemporary-practice>

- Kotter, J. (2014) Een gevoel van urgentie: hoe krijg je mensen in beweging om succesvol te veranderen? Amsterdam: Atlas Contact Uitgeverij.
- Leidinggeven, competenties & coaching. (2008). *Amélior*. Bekeken op 30 maart 2015 op <http://www.amelior.be/ndl/artikels/artikel.asp?c=4&a=250&tc=1>
- Medford-Davis, L. N., & Kapur, G. B. (2014). Preparing for effective communications during disasters: lessons from a World Health Organization quality improvement project. *International journal of emergency medicine*, 7(1), 15.
- Meysman, H., & Vanderhoeven, J. (2013). *Paper, project of scriptie. Van muisklik tot tekst*. Leuven: Acco.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2011). Staat van de gezondheidszorg: informatie-uitwisseling in de zorg. Bekeken op 13 februari 2015 op [http://www.igz.nl/Images/2011-10%20Staat%20van%20de%20Gezondheidszorg%202011\\_tcm294-310059.pdf](http://www.igz.nl/Images/2011-10%20Staat%20van%20de%20Gezondheidszorg%202011_tcm294-310059.pdf)
- Nictiz. (2012). ICT-standaarden in de zorg. Bekeken op 13 februari 2015 op [http://www.rtreh.be/EHEALTH/\\_images/nictizstandaardenindezorg.pdf](http://www.rtreh.be/EHEALTH/_images/nictizstandaardenindezorg.pdf)
- Noordegraaf, M. (2007). Train the Trainer: wat is dat. Bekeken op 28 maart 2015 op <http://leerprocessen.blogspot.be/2007/04/train-de-trainer-wat-is-dat.html>
- Raeymaekers, P. (2014). Roadbook informatisering woonzorgcentra. Bekeken op 13 februari 2015 op [http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg\\_en\\_Gezondheid/Nieuws/2014/eWZC\\_GBA\\_Roadbook\\_informatisering\\_WZC\\_v1.0.pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Nieuws/2014/eWZC_GBA_Roadbook_informatisering_WZC_v1.0.pdf)
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and social psychology bulletin*, 26(4), 419-435.
- Siereveld, J. (2014) Top-down of bottom-up? Bekeken op 30 maart 2015 op <http://www.penbimprovement.com/leiderschap/leidinggevend/top-down-bottom-up/>
- Thuis, P. (2010). *Toegepaste organisatiekunde*. Wolters-Noordhoff.
- Van Buggenhout, M., Pouders, F. (z.d.). Is elektronisch zorgdossier tijdsbesparing? Bekeken op 30 maart 2015 op <http://www.zorgbeheer.be/index.php/component/content/article?id=72>
- Van Dale Lexicografie. (2011) *Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen.
- van den Broeck, A., de Witte, H., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De Zelf-determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, 22(4), 316-334.
- van Vliet, V. (2014). 8 step Change Model. Bekeken op 30 maart 2015 op <http://www.scienceprogress.nl/verandering/8-step-change-model-kotter>
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle.
- Vermeren, P. (2009). *Rond leiderschap: de brug tussen wetenschap en praktijk*. Gent: Academia Press.

Wildflower, L., & Brennan, D. (Eds.). (2011). *The handbook of knowledge-based coaching: From theory to practice*. John Wiley & Sons.

Zwetsloot-Schonk, J.H.M. (2003). *De wonderlijke wereld van ICT in de zorg*. Leiden: Universiteit Leiden.

## 6 Abstract

***Zonder papier - op een digitale manier: de implementatie en optimalisatie van digitale registratie in WZC Parel der Kempen*** werd geschreven als afstudeerproject van Iris Van Landeghem voor het behalen van het diploma Zorgmanagement.

De doelstellingen van dit werk zijn tweeledig. Ten eerste was het doel het implementeren van het elektronisch bewonersdossier en het digitaal registeren bij het zorgpersoneel van woonzorgcentrum Parel der Kempen in Westerlo. De tweede doelstelling was na te gaan of de elektronische manier van werken een kwaliteitsverhoging betekent voor de informatiedoorstroom op multidisciplinair niveau en of het de kennis over een zorgvrager binnen het zorgteam vergroot. Aan de hand van de theoretische randvoorwaarden op gebied van de zelfdeterminatietheorie en de acht leiderschapsstijlen volgens het leiderschapscircumplex om een team te motiveren tot verandering en de cirkel van Deming voor het projectmatige verloop, werd weergegeven hoe dat ter uitvoering werd gebracht. Door middel van een kleinschalig kwalitatief en kwantitatief onderzoek werd nagegaan of de implementatie geslaagd was en werden tendensen geformuleerd over de gevolgen van de toepassing. Het resultaat daarvan maakt duidelijk dat de invoering een gunstig verloop kende. Inzake de mate dat de informatie die doorgegeven wordt kwalitatief verhoogde, wordt opgemerkt dat de parameters waar een waarde aan verbonden zijn consequenter worden ingegeven in het elektronisch dossier dan dit ten tijde van een registratie in een papieren dossier gebeurde. De observaties en evaluaties waar het personeel zelf tekst diende in te geven zijn daartegenover sterk verminderd in aantal. Deze scriptie was slechts een eerste aanzet naar een verdere verfijning en bijsturing van het gebruik van een elektronisch zorgdossier en dient dan ook in die zin gelezen te worden.

Sleutelwoorden: implementatie, digitale registratie, peer to peer principe, motivatie



## **7 Bijlagen**

Bijlage 1 Katz-schaal

Bijlage 2 uitgevoerde metingen

## Bijlage 1: Formulier KATZ-schaal

## BIJLAGE 41

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer  
**EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE  
 AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING**

Identificatiegegevens rechthebbende :

Riziv-nummer van de instelling :

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aankleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSI NGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstsaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictetraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken
CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt :  categorie D   categorie A   categorie B   categorie C   categorie Cdement   
 aangevraagd <sup>(1)</sup>

- een opname in een  centrum voor dagverzorging  aangevraagd <sup>(1)</sup>

B. Redenen die de categorie wijziging rechtvaardigen (enkel in geval van toename):

--

C. De Geneesheer (vereist indien toename minder dan 6 maanden na wijziging tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:

Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer: <sup>(1)</sup> Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige <sup>(1)</sup>	Datum:  .....	Handtekening:
---	---------------------	---------------

<sup>(1)</sup> Schrapen wat niet past.

**BIJLAGE 41 (verso)****Categorieën van zorgenbehoevendheid****RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGTEHUIS**

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën van zorgenbehoevendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij «3» of «4» scoort voor het desbetreffende criterium) :

**categorie O** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn;

**categorie A** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én  
zij zijn fysisch volledig onafhankelijk;

**categorie B** : daarin zijn ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;

psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

**categorie C** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan,  
én  
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

**categorie C dement** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :  
psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, en  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

**Afhankelijkheidscriteria****CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, moet de rechthebbende beantwoorden aan de hierna vermelde afhankelijkheidscriteria :

ofwel is hij fysiek afhankelijk :  
hij is afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
hij is afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan ;

ofwel is hij psychisch afhankelijk :  
hij is gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én  
hij is afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden,

## Bijlage 2: Resultaten metingen

### legende

 papieren registratie

 digitale registratie

5/11/2015										
volgnummer	aftekenen uitgevoerde prestatie per tijdsblok	geschreven observatie	urinecontrole	stoelgangcontrole	bd	gewicht	dagcurve	evaluatie wondzorg	evaluatie fixatie	evaluatie vroegtijdige zorgplanning
1	1,00	3,00	5,00	0,00	nvt	nvt	0,00	nvt	0,00	0,00
2	0,80	2,00	5,00	1,00	nvt	0,00	nvt	nvt	0,00	0,00
3	1,00	1,00	nvt	nvt	nvt	0,00	nvt	nvt	0,00	0,00
4	4,00	3,00	5,00	0,00	nvt	nvt	1,00	nvt	0,00	0,00
5	5,00	1,00	1,00	0,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
6	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh
7	3,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
8	3,00	1,00	4,00	0,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
9	5,00	3,00	3,00	1,00	0,00	nvt	nvt	1,00	0,00	0,00
10	3,00	1,00	4,00	1,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
totaal:	0,82	17	0,96	0,11	nvt	0,00	0,50	1,00	0,00	0,00

24/11/2015										
volgnummer	aftekenen uitgevoerde prestatie per tijdsblok	geschreven observatie	urinecontrole	stoelgangcontrole	bd	gewicht	dagcurve	evaluatie wondzorg	evaluatie fixatie	evaluatie vroegtijdige zorgplanning
1	5,00	2,00	3,00	0,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
2	4,00	1,00	3,00	3,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
3	5,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
4	4,00	4,00	2,00	0,00	nvt	nvt	1,00	nvt	0,00	0,00
5	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh
6	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh
7	2,00	0,00	nvt	nvt	0,00	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
8	3,00	0,00	3,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
9	2,00	2,00	3,00	0,00	nvt	nvt	nvt	1,00	0,00	0,00
10	2,00	1,00	5,00	1,00	nvt	0,00	nvt	nvt	0,00	0,00
totaal:	0,68	12	0,79	0,25	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00

7/01/2015										
volgnummer	aftekenen uitgevoerde prestatie per tijdsblok	geschreven observatie	urinecontrole	stoelgangcontrole	bd	gewicht	dagcurve	evaluatie wondzorg	evaluatie fixatie	evaluatie vroegtijdige zorgplanning
1	5,00	2,00	5,00	4,00	nvt	nvt	1,00	nvt	0,00	0,00
2	5,00	3,00	5,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
3	5,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
4	7,00	1,00	6,00	1,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
5	6,00	3,00	0,00	3,00	nvt	nvt	1,00	1,00	0,00	0,00
6	4,00	1,00	4,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
7	3,00	1,00	nvt	nvt	1,00	1,00	nvt	nvt	0,00	0,00
8	6,00	2,00	5,00	3,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
9	7,00	1,00	3,00	1,00	0,00	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
10	4,00	1,00	3,00	0,00	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00	0,00
totaal:	0,74	17	0,97	0,50	1,00	1,00	1,00	0,50	0,00	0,00

16/01/2015										
volgnummer	aftekenen uitgevoerde prestatie per tijdsblok	geschreven observatie	urinecontrole	stoelgangcontrole	bd	gewicht	dagcurve	evaluatie wondzorg	evaluatie fixatie	evaluatie vroegtijdige zorgplanning
1	6,00	1,00	6,00	3,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
2	7,00	1,00	6,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
3	5,00	1,00	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
4	6,00	1,00	4,00	3,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
5	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh	zh
6	5,00	1,00	5,00	3,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
7	3,00	0,00	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
8	4,00	1,00	3,00	2,00	nvt	1,00	1,00	nvt	0,00	0,00
9	5,00	1,00	2,00	2,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
10	4,00	0,00	2,00	2,00	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00	0,00
totaal:	0,75	7	1,00	0,61	nvt	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00



6/05/2015										
volgnummer	aftekenen uitgevoerde prestatie per tijdsblok	geschreven observatie	urinecontrole	stoelgangcontrole	bd	gewicht	dagcurve	evaluatie wondzorg	evaluatie fixatie	evaluatie vroegtijdige zorgplanning
1	6,00	0,00	4,00	1,00	nvt	0,00	1,00	nvt	0,00	0,00
2	5,00	0,00	4,00	1,00	nvt	1,00	nvt	nvt	0,00	0,00
3	4,00	0,00	nvt	nvt	nvt	1,00	nvt	nvt	0,00	0,00
4	6,00	2,00	4,00	1,00	nvt	nvt	1,00	nvt	0,00	0,00
5	5,00	1,00	3,00	1,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
6	6,00	2,00	5,00	1,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
7	4,00	0,00	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
8	6,00	0,00	4,00	3,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
9	6,00	1,00	4,00	2,00	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00	0,00
10	6,00	1,00	4,00	4,00	nvt	nvt	nvt	nvt	0,00	0,00
totaal	0,77	7	1,00	0,44	nvt	0,67	1,00	0,00	0,00	0,00

