



Rapport

Kennisdiffusie en innovatie in Zorg en Welzijn

Twaalf inspirerende voorbeelden van organisaties in de woonzorg, thuiszorg en ondersteuning van personen met een handicap

Brussel, april 2017

Gert Verdonck

Bij gebruik van gegevens en informatie uit dit rapport wordt een correcte bronvermelding op prijs gesteld.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting.....	8
1 Inleiding.....	10
2 Trends in zorg en welzijn	11
2.1 Vermaatschappelijking van de zorg	11
2.2 Complexe zorgvragen	12
2.3 Het profiel van zorgmedewerkers en de benodigde competenties veranderen	12
2.4 Zorgorganisaties staan voor een omkering in hun dienstenmodel	13
2.5 Zorgtechnologie is in volle ontwikkeling	13
3 Situering van de subsectoren.....	15
3.1 Woonzorgcentra	15
3.1.1 Het beleidskader woonzorgcentra.....	15
3.1.2 Korte schets van de sector	15
3.1.3 Trends in de sector	15
3.2 Thuiszorg en –verpleging	16
3.2.1 Het beleidskader thuiszorg en -verpleging	16
3.2.2 Korte schets van de sector	16
3.2.3 Trends in de sector	16
3.3 Ondersteuning voor personen met een handicap.....	17
3.3.1 Het beleidskader voor de ondersteuning voor personen met een handicap	17
3.3.2 Korte schets van de sector	19
3.3.3 Trends in de sector	19
4 Innovatie in zorg en welzijn	21
4.1 Definitie van innovatie.....	21
4.2 Kennisdiffusie en samenwerking	23
4.3 De rol van digitalisering	24
4.4 Ondersteuning van innovatie in zorg en welzijn	25
5 De cases	26
5.1 De Wingerd: kleine participatieve woonvorm.....	28
5.1.1 Missie en visie	29
5.1.2 Innovatie.....	29
5.1.3 Kleine participatieve woonvorm	32

5.1.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	35
5.1.5	Drempels en triggers voor innovatie	36
5.1.6	Rol van de overheid.....	38
5.2	Curando: implementatie van verzorgend wassen	38
5.2.1	Missie en visie	39
5.2.2	Innovatie.....	39
5.2.3	Project verzorgend wassen.....	41
5.2.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	43
5.2.5	Drempels en triggers voor innovatie	45
5.2.6	Rol van de overheid.....	46
5.3	Triamant: CASMA in praktijk.....	47
5.3.1	Missie en visie	49
5.3.2	Innovatie.....	50
5.3.3	CASMA in de praktijk.....	52
5.3.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	54
5.3.5	Drempels en triggers voor innovatie	55
5.3.6	Rol van de overheid.....	55
5.4	Zorgbedrijf Roeselare: werknemersparticipatie als sleutel tot innovatie.....	55
5.4.1	Missie en visie	57
5.4.2	Innovatie.....	57
5.4.3	Participatie van werknemers en hun vertegenwoordigers	59
5.4.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	61
5.4.5	Drempels en triggers voor innovatie	62
5.4.6	Rol van de overheid.....	63
5.5	De Zwaluw: sensomotorische integratie.....	63
5.5.1	Missie en visie	63
5.5.2	Innovatie.....	64
5.5.3	Sensomotorische integratie	65
5.5.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	66
5.5.5	Drempels en triggers voor innovatie	67
5.5.6	Rol van de overheid.....	68
5.6	Landelijke Thuiszorg: zorgdiensten digitaal stroomlijnen	69
5.6.1	Missie en visie	70
5.6.2	Innovatie.....	70

5.6.3	De zorgdiensten digitaal stroomlijnen	72
5.6.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	73
5.6.5	Drempels en triggers voor innovatie	74
5.6.6	Rol van de overheid.....	75
5.7	thuiszorg vlemingveld: open innovatie	76
5.7.1	Missie en visie	77
5.7.2	Innovatie.....	78
5.7.3	Open innovatie	78
5.7.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	79
5.7.5	Drempels en triggers voor innovatie	81
5.7.6	Rol van de overheid.....	81
5.8	Groep Backaert: specialisatie wondzorg en ICT in patiëntendossiers	82
5.8.1	Missie en visie	84
5.8.2	Innovatie.....	85
5.8.3	Specialisatie wondzorg en ICT in patiëntendossiers	86
5.8.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	87
5.8.5	Drempels en triggers voor innovatie	89
5.8.6	Rol van de overheid.....	90
5.9	OLO: maatschappelijke tendenzen vertalen naar aanbod	92
5.9.1	Missie en visie	93
5.9.2	Innovatie.....	93
5.9.3	Maatschappelijke tendensen vertalen naar aanbod	94
5.9.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	98
5.9.5	Drempels en triggers voor innovatie	99
5.9.6	Rol van de overheid.....	99
5.10	GID(t)S en Dominiek Savio Instituut: innovatie van dienstenmodel	100
5.10.1	Missie en visie	102
5.10.2	Innovatie.....	102
5.10.3	Innovatie van dienstenmodel	105
5.10.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	107
5.10.5	Drempels en triggers voor innovatie	109
5.10.6	Rol van de overheid.....	109
5.11	Monnikenheide: inclusie in twee richtingen	110

5.11.1	Missie en visie	111
5.11.2	Innovatie.....	111
5.11.3	Inclusie in twee richtingen met een continuüm van zorgondersteuning.....	112
5.11.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	113
5.11.5	Drempels en triggers voor innovatie	115
5.11.6	Rol van de overheid.....	116
5.12	Autismus: Convent 22, een uniek woonmodel	117
5.12.1	Missie en visie	118
5.12.2	Innovatie.....	118
5.12.3	Een uniek woonmodel	119
5.12.4	Kennisdiffusie en samenwerking.....	120
5.12.5	Drempels en triggers voor innovatie	122
5.12.6	Rol van de overheid.....	122
6	Bevindingen over de cases heen	123
6.1	Innovatie is gericht op de kwaliteit van het leven	123
6.2	Betrokkenheid van de zorgvragers en medewerkers is essentieel.....	124
6.3	Innovaties van producten, processen en zeker van dienstenmodellen	124
6.4	Nood aan een goede langetermijnstrategie	126
6.5	Een keten aan zorgvoorzieningen	127
6.6	Nood aan de functie van zorgcoach.....	127
6.7	Digitalisering ondersteunt de innovatieprocessen	128
6.8	Kennisdiffusie en samenwerking staan hoog op de agenda.....	128
6.9	Een zekere openheid voor samenwerking met commerciële bedrijven en kenniscentra.....	129
6.10	Nood aan een aangepaste arbeidsorganisatie	130
6.11	Inspirerend leiderschap is een belangrijke motor van innovatie	130
7	Vraag naar ondersteuning door de overheid bij innovaties	130
7.1	Betrokkenheid bij het beleid is van groot belang.....	131
7.2	Ruimte voor nieuwe verdienmodellen.....	131
7.3	Vraag naar standaarden in digitalisering.....	132
7.4	Superviserend vertrouwen en vraaggestuurde steun.....	132
7.5	Aanpak van administratieve lasten	132
7.6	Transparantie en continuïteit in regelgeving.....	132
7.7	Een basisfinanciering die kwaliteit ondersteunt	133

7.8	Een regelluw ondersteuningskader voor vernieuwing	133
7.9	Toegang tot reguliere (innovatie-) steunmaatregelen	134
7.10	Ontschotten ondersteunen	134
7.11	Ondersteuning van kennisdiffusie en samenwerking	135
7.12	Vernieuwing in de zorgprofielen en nieuwe functies	135
	Referentielijst	137
	Websites	140
	Afkortingenlijst	142
	Lijst met figuren en tabellen	144
	Bijlagen	145

Samenvatting

De sectoren zorg en welzijn zijn volop in transitie. We zien verschillende tendensen die het zorglandschap beïnvloeden.

- Er wordt ingezet op inclusie van zorgbehoevenden in het maatschappelijk leven, ondersteuning in de thuisomgeving (vermaatschappelijking van de zorg) en de organisatie en financiering van de zorg vanuit het perspectief van de zorgvrager.
- Zorgvragen veranderen door socio-demografische, culturele en medische factoren.
- Zorgberoepen, zorgcompetenties en de arbeidsorganisatie zijn in transitie. Het profiel en de gevraagde competenties wijzigen, er zijn kraptes op de arbeidsmarkt en de arbeidsorganisatie dient te worden afgestemd op nieuwe vragen en noden en zorgoplossingen.
- Zorgorganisaties worden genoodzaakt tot aanpassingen aan hun dienstenmodel en hun samenwerkingsmodellen, tot meer vraaggestuurd werken en tot het meer complementair werken ten aanzien van reguliere voorzieningen.
- Technologische veranderingen bieden binnen zorg en welzijn kansen tot andere en betere zorg en een andere organisatie van de zorg maar brengen ook heel wat vraagstukken met zich mee (zowel op operationeel vlak als op het vlak van ethiek, veiligheid, privacy en betaalbaarheid).

Bevindingen uit het onderzoek

Gesprekken met vijf woonzorgcentra, drie thuiszorg- en thuisverplegingsorganisaties en vier initiatieven voor personen met een handicap brachten een aantal relevante inzichten naar voor met betrekking tot de visie op innovatie, de rol van technologie en ICT, de omschakeling naar nieuwe dienstenmodellen, samenwerking met andere organisaties en sectoren en de rol van de overheid.

Innovatie is gericht op de kwaliteit van het leven

Innovatie in de sector van zorg en welzijn is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het leven van de zorgvragers. Hierbij is het van belang de kwaliteit van de zorg te verbeteren en antwoord te bieden op nieuwe behoeften. De cases die we in kaart brachten willen op deze vlakken excelleren en willen organisatie-breed en continu innoveren. Innovatie is voor hen vaak incrementeel en soms disruptief. Innovatie komt in zowat alle cases meestal participatief tot stand, in samenwerking met de betrokken zorgvragers en met het personeel. Ook hebben deze inspirerende cases aandacht voor disseminatie van kennis en ervaringen naar andere organisaties in de zorg- en welzijnssector. Er is een grote verscheidenheid aan innovaties en wie innovatief is op één aspect, is dat meestal ook op meerdere domeinen: product- of dienstinnovatie, procesinnovatie én innovatie van het dienstenmodel. In deze cases zien we dat inspirerend leiderschap een belangrijke motor voor innovatie is.

Technologie en digitalisering ondersteunen innovatieprocessen

We zien in de cases dat ICT-tools de innovaties op het vlak van producten, diensten en processen ondersteunen. Zo zien we slimme systemen van val- en verwaaldetectie en ontwikkelingen in de medische zorg, zoals de gespecialiseerde wondzorg. Meer verfijnde hulpmiddelen maken het mogelijk om langer zelfstandig te wonen, zowel bij ouderen als bij personen met een handicap. Ook in de residentiële voorzieningen hebben technologische vernieuwingen hun impact. Organisaties stroomlijnen de organisatieprocessen in het algemeen en maken werk van digitalisering van de informatiestromen in het bijzonder.

De digitalisering van de informatie en communicatie – met onder andere de elektronische patiëntendossiers - doet zijn intrede vooral in de ouderenzorg, maar bij uitbreiding in alle zorgsectoren en zal in de toekomst wellicht voor een sterke ondersteuning van de zorgprocessen kunnen zorgen.

Organisaties maken werk van nieuwe dienstenmodellen en uitbreiding van de zorgketen

Het dienstenaanbod van organisaties komt op dit moment onder druk te staan omwille van de vele veranderingen in financiering en regelgeving. De persoonsvolgende financiering in de sector van ondersteuning voor personen met een handicap zorgt voor een switch van aanbod- naar vraaggestuurd werken. In woonzorgcentra worden plaatsen voorbehouden voor de meest zorgbehoevenden waardoor het dienstenmodel zich moet aanpassen en men ook ambulante zorg in het dienstenpakket moet opnemen. In de lijn hiervan zien we dat een verhoogde samenwerking met andere organisaties de eigen diensten beter stroomlijnt.

De organisaties die we onder de loep namen, zetten in op het aanbieden van meerdere diensten binnen de keten van zorg. Deze evolutie naar uitbreiding van de keten, zagen we in de drie subsectoren. Men wil een brede waaier aan zorg kunnen aanbieden, een schakelfunctie zijn naar andere diensten en soms ook over de sectorgrenzen heen samen kunnen werken.

Bij innovatie staan kennisdiffusie en samenwerking met collega's en kenniscentra hoog op de agenda en er is een zekere openheid naar samenwerking met commerciële bedrijven. De sector zorg en welzijn staat op dit moment echter zo onder druk dat sommige organisaties toch geneigd zijn om enige terughoudendheid aan de dag te leggen. De grootste koudwatervrees om samen te werken is er tussen de 'profit' en 'social profit'. De opkomende concurrentiedruk werpt een schaduw op de langetermijnstrategieën en op het sociaal ondernemerschap, waaraan nochtans grote nood is.

Vraag naar ondersteuning door de overheid

De actuele transitie in het zorg- en welzijnslandschap voeren de druk op innovatie op en van daar ook de vragen naar ondersteuning door de overheid.

We zien dat alle organisaties veel belang hechten aan betrokkenheid bij het tot stand komen van het beleid. Verschillende organisaties geven aan dat de overheid hier vandaag al sterk op inzet. Verder is er een grote vraag naar standaarden in de digitalisering. Het is van belang dat de overheid zorgt voor de verbindende software.

Bij het inzetten van steuninstrumenten is er volgens de bevroegde organisaties nood aan superviserend vertrouwen en oog voor vraaggestuurde steun. Alle organisaties dringen aan op het verminderen van de administratieve lasten en pleiten voor transparantie en continuïteit in regelgeving. De vraag blijft ook naar een basisfinanciering die kwaliteit en dus ook innovatie ondersteunt en naar een regelluw ondersteuningskader voor vernieuwing. Aansluitend hierbij wordt de vraag opgeworpen naar toegang tot reguliere instrumenten inzake innovatiesteun.

Uit de gesprekken blijkt dat de organisaties het belangrijk vinden dat de overheid mee ruimte voor nieuwe verdienmodellen schept en de ontschotting tussen de subsectoren ondersteunt. Ook hefboomen voor kennisdiffusie en samenwerking worden gezien als belangrijke potentiële beleidsinstrumenten om innovatie te ondersteunen.

Tot slot vraagt ook de vernieuwing in zorgprofielen en de behoefte aan nieuwe functies en competenties een actieve rol van de overheid. Een voorbeeld hier is de groeiende behoefte aan zorgcoaches die in een wijzigend en complex zorglandschap de zorgvrager bijstaan om snel en efficiënt een antwoord te vinden op de zorgvraag.

1 Inleiding

Deze studie brengt twaalf cases in beeld uit drie verschillende subsectoren van welzijn en zorg. Het is niet de bedoeling om representatief te zijn. De sector en zelfs de subsectoren zijn zo divers dat veralgemenen niet wenselijk is. De voorbeelden zijn gekozen omwille van hun inspirerend appel voor bepaalde aspecten van kennisdifusie en innovatie. We bekijken cases in de woonzorg, in de thuiszorg & -verpleging en in de ondersteuning van personen met een handicap.

De selectie van de twaalf cases is gebeurd in overleg met de expertengroep die het onderzoek begeleidde. Hierbij is rekening gehouden met een spreiding over de subsectoren en regio's.

De casestudies zijn voorafgegaan door een brede verkenning van de sector van welzijn en zorg. Diverse studies en publicaties waren een noodzakelijke basis en inspirerende bron om de vele informatie uit de cases te kunnen kaderen. Tijdens de voorbereidende gesprekken is contact opgenomen met het brede middenveld, waaronder Verso, Zorgnet-Icuro, Vlaams Welzijnsverbond, eHealthcommunity Voka, UNIZO – Federatie Vrije Beroepen, Flanders Care, VAPH, VIVO, het innovatienetwerk van het Agentschap Innoveren & Ondernemen, diverse zorg- en welzijnsorganisaties, de SAR WVG, In4Care, VVSG, VLOZO, Cretecs led-zorgtechnologie, enz. Uit deze gesprekken is duidelijk geworden welke cruciale bekommernissen best konden meegenomen worden in deze studie.

Hoofdstuk twee van dit rapport geeft een overzicht van trends in zorg en welzijn. Hoofdstuk drie zoekt vervolgens kort in op de drie subsectoren: woonzorgcentra, thuiszorg en –verpleging, ondersteuning voor personen met een handicap. Hoofdstuk vier schetst de definitie en de context van innovatie in zorg en welzijn. Telkens worden de hoofdlijnen weergegeven, zoals ze in de literatuur en door ervaringsdeskundigen worden verwoord.

In hoofdstuk vijf worden de twaalf organisaties voorgesteld en worden hun ideeën en praktijken met betrekking tot innovatie beschreven.

- ▀ Woonzorgcentra
 - De Wingerd Leuven, vzw
 - Curando Ruiselede, vzw
 - Triamant Turnhout, nv
 - Zorgbedrijf Roeselare, publiekrechtelijke vereniging
 - De Zwaluw Vollezele, nv
- ▀ Thuiszorg
 - Landelijke Thuiszorg, vzw
 - thuiszorgorganisatie vlemingveld Antwerpen, vzw
 - Gespecialiseerde thuisverpleging Groep Backaert Erpe Mere, bvba
- ▀ Zorg en ondersteuning voor personen met een handicap
 - OLO, Diensten- en Begeleidingscentrum Openluchtopvoeding Brasschaat, vzw
 - GiD(t)s en Dominiek Savio Instituut Gits, vzw
 - Monnikenheide(Emmaus) Zoersel, vzw
 - Autimismus Gent, vzw

De indeling van de cases is gebaseerd op de hoofdactiviteit en op basis daarvan onderscheiden we vijf woonzorgcentra, drie diensten voor thuiszorg of –verpleging en vier organisaties voor ondersteuning van personen met een handicap. In elke case wordt een speciaal aspect van hun innovatiebeleid in de kijker gezet.

In hoofdstuk zes wordt een samenvatting gemaakt van de bevindingen in de cases met betrekking tot drempels en triggers voor kennisdiffusie en innovatie.

Tot slot geven we in hoofdstuk zeven de vragen van de betrokken organisaties naar ondersteuning door de overheid.

Bij deze willen we ook alle gesprekspartners hartelijk danken voor hun tijd en om hun ervaringen en kennis met ons te delen. Collega-zorgverleners kunnen zeker inspiratie putten uit de talrijke voorbeelden van innovatie in de verschillende cases en de overheid heeft hiermee een vinger aan de pols van het werkveld. Met dank ook aan de leden van de expertengroep en alle gesprekspartners in de verkennende fase van dit onderzoek.

2 Trends in zorg en welzijn

De sectoren van zorg en welzijn zijn volop in transitie. Onder meer het zorg- en welzijnsbeleid zorgt voor vernieuwingen in het ondersteuningskader voor zorgvragers en ook de samenleving verandert. Er komen nieuwe zorgvragen én –antwoorden naar boven.

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) spreekt in deze context van vermaatschappelijking van de zorg met het oog op een meer inclusief burgerschap van alle zorgvragers en doelgroepen in zorg en welzijn.

Vermaatschappelijking van de zorg: verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen (SAR WGG, 2012).

Onderstaande trends zijn gebaseerd op literatuur en gesprekken met deskundigen in kenniscentra en gespecialiseerde organisaties van het middenveld. Vijf prominente veranderingen in het zorglandschap zijn (1) de vermaatschappelijking van de zorg, (2) de toename van complexiteit van de zorgvragen, (3) een wijzigend profiel van de zorgmedewerkers en de nieuwe competentiebehoeften, (4) de tendensen naar een omkering in het dienstenmodel van de zorgorganisaties en (5) de ontwikkelingen in de zorgtechnologie.

2.1 Vermaatschappelijking van de zorg

Zowel de zorg voor ouderen als de zorg en ondersteuning van personen met een handicap verplaatst zich meer naar de thuisomgeving. Het beleid is er op gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en personen met een handicap zoveel mogelijk in de eigen omgeving te ondersteunen. Er is een beweging naar vermaatschappelijking van de zorg waarbij men de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving probeert te laten verlopen.

Ouderen en personen met een handicap krijgen een grotere regie over hun eigen zorg en ondersteuning. De veranderde financiering in de zorg- en welzijnssector, zoals de verdere uitrol van de persoonsvolgende financiering in de sector van personen met een handicap, is mee op vraag van de gebruikers ontstaan. De vermaatschappelijking van zorg en welzijn leidt tot een

zorgmigratie vanuit residentiële organisaties naar ambulante ondersteuning door meer thuishulp, -zorg en –verpleging, dagopvang en andere ondersteunende activiteiten.

Actueel evolueert in Vlaanderen het zorgbeleid voor ouderen parallel met deze voor personen met een handicap en wordt de filosofie van de concentrische cirkels zoals ontwikkeld door het VAPH ook gevolgd in de zorgsector (Geeraert & (ed.), 2016). In de volgende jaren zullen ook voor ouderen naast residentiële zorg meer alternatieven ontstaan. Het model van de concentrische cirkels gaat uit van een generalistische basis- of eerstelijnszorg in de thuisomgeving, aangevuld met gespecialiseerde ondersteuning in de daaropvolgende concentrische cirkels.

Het is van belang om op te merken dat de vermaatschappelijking van de zorg er toe kan leiden dat men meer beroep doet op mantelzorgers en vrijwilligers en dat zich hier vraagstukken kunnen stellen op het vlak van de combinatie van werk & zorg & gezin.

2.2 Complexe zorgvragen

De vergrijzing en de vergrijzing binnen de vergrijzing zorgen voor een stijgende en veranderende vraag naar zorg en ondersteuning. Bij de vergrijzing wijzigt niet alleen de zorgbehoefte, maar ook de ziektepatronen. Bij zestigplussers is er een stijging van chronische ziektes en de mentale fitheid neemt af. De nieuwe klant is ook mondiger en de zorgvragen worden soms scherp gesteld. De relatie met artsen verandert. Er komt meer mobiele informatie beschikbaar die nuttig is voor bijvoorbeeld cardiovasculaire zorg, diabetes, geestelijke gezondheidszorg, chronische pijn, enz. De doelgroep wordt meer divers (o.a. naar afkomst) en er is een uitbreiding, onder meer door de groeiende vragen naar kraamzorg en gezinszorgen voor kwetsbare groepen in de samenleving.

2.3 Het profiel van zorgmedewerkers en de benodigde competenties veranderen

De vergrijzing van de zorgverleners tekent zich de voorbije tien jaar steeds scherper af. Jonge verzorgenden en zorgkundigen zullen in de toekomst heel wat taken moeten overnemen, maar zij komen op de arbeidsmarkt met andere competenties en andere verwachtingen op vlak van werk. Ook op het vlak van gevraagde competenties zijn er verschuivingen. Zo stijgt de vraag naar specialisaties, denken we maar aan het omgaan met dementie en chronische ziektes. Daarnaast zien we een groeiende nood aan polyvalentie om verschillende taken op te kunnen nemen op het moment dat deze zich bij de zorgvrager stellen. Er komt in veel organisaties een zekere druk op de arbeidsorganisatie. Het beroep van zorgmedewerker dreigt een knelpuntberoep te worden en het vergt een meer complexe arbeidsorganisatie om alle zorgnoden ingevuld te krijgen.

Bovenstaande trends in de zorgverlening zorgen in alle subsectoren van zorg en welzijn voor andere of bijkomende competenties. Veelal wordt van de zorgverlener meer polyvalentie en flexibiliteit verwacht, maar er komt ook nood aan nieuwe zorgberoepen of een herziening van bestaande beroeps categorieën omdat de grenzen vervagen.

In de sectorconvenant van de social profit (Vlaamse Regering, 2016) wordt verwezen naar de evolutie naar multifunctionele diensten met afbraak van schotten tussen subsectoren en de evolutie naar zorgketens, wellicht de belangrijkste tendens in de sector van zorg en welzijn. Naast opleidingen in regulier verband, klassieke secundaire scholen en hoger onderwijs, voorzien veel van de organisaties in zorg en welzijn in eigen opleidingen maar vooral VIVO, het Vlaams instituut voor vorming en opleiding in de social profit, ondersteunt het permanent opleidingsbeleid in de sectoren. Hierbij zijn zowel vzw's, commerciële instellingen als openbare diensten aangesloten. VIVO neemt, samen met de paritair beheerde vormingsfondsen van de subsectoren, acties en

initiatieven om de aspecten van de arbeidsmarkt algemeen en van vorming en opleiding in het bijzonder voor deze social profit organisaties te stimuleren en te optimaliseren. In de social profit sector worden de technologische of technische opleidingen vaak verzorgd door de leveranciers. De opleidingsplannen van de subsectoren spitsen zich eerder toe op de soft skills die nodig zijn om de meer technologische veranderingen te ondersteunen.

In de Visienota 'Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst. Een oriënterend kader' (SARWGG, 2015) beschrijft de SAR WGG welke verwachtingen op de professionals afkomen om integrale zorg en ondersteuning en vermaatschappelijking van zorg mee te realiseren. De professional in zorg en ondersteuning moet over tal van competenties beschikken: generalistische competenties naast het takenpallet van het professioneel handelen in zorg en ondersteuning, oog voor kwaliteit van leven als inzet van de zorg- en ondersteuningsrelatie, het ondersteunen van zelfzorg en de zorg en ondersteuning delen met mantelzorgers, de sociale cohesie versterken en sensitief zijn voor diversiteit en niet in het minst ook bekwaam zijn om technologie en ICT in te zetten. De persoon die dit feilloos combineert zou een 'superprofessional' moet zijn, maar de verwachting is eerder dat de toekomstige zorg en ondersteuning er één van samenwerking in zorgteams zal zijn.

In Zorgvernieuwers 'Betere zorg door anders organiseren, 9 praktijkverhalen' (Benders & Messiaen, 2013) worden innovatieve arbeidsorganisaties in de zorg voorgesteld als antwoord op de actuele uitdagingen in de zorg. Er is de druk op zowat alle sectoren binnen de zorgsector om meer kostenefficiënt te gaan werken en hogere kwaliteitseisen te stellen. Het karakter van de interventies evolueerde van acute naar chronische zorg. De arts als centrale figuur is vervangen door een team van zorgverstrekkers: verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, kinesitherapeuten, diëtisten, podologen en andere zorg- en comfortverstrekkers.

2.4 Zorgorganisaties staan voor een omkering in hun dienstenmodel

De omkering van een aanbodgerichte werking naar een meer en meer vraaggestuurd aanbod vergt van de betrokken zorgorganisaties een omkering in het dienstenmodel. Naast meer vraaggestuurd werken is er de nood aan een complementaire werking met reguliere diensten. Kleinere zorgorganisaties krijgen het moeilijker. Nog lang niet alle organisaties zijn klaar om de nodige aanpassingen te doen.

In de Conceptnota Vlaamse sociale bescherming (Vandeuren, 2015) wordt het bredere kader voor zorg en welzijn uitgebreid tot alle potentiële zorgnoden. Sociale bescherming wordt in een brede definitie omschreven als een geheel van 'op solidariteit gebaseerde' structurele initiatieven om doorheen de levenscyclus in basisvoorzieningen te voorzien. Principiële aspecten hierbij zijn de (financiële) toegankelijkheid van zorg en de responsabilisering van de cliënt/verzekerde via een individuele bijdrage (verzekeringsmechanisme). Voorzieningen moeten zich verder volgens het WHO-cirkelmodel ontwikkelen: zelfzorg, familie, mantelzorg, professionele zorg, professionele voorzieningen. Wat de financiering los van de persoonlijke ondersteuning betreft, in het bijzonder het deel van de organisatiekosten, wordt gekozen voor een enveloppefinanciering. Daar zijn kwaliteits- en outcome-parameters aan verbonden en de organisatiegebonden kost moet de dynamiek van samenwerking in een geïntegreerde zorg faciliteren.

2.5 Zorgtechnologie is in volle ontwikkeling

Er zijn de voorbije jaren verschillende expertisecentra ontstaan die zich specifiek richten op zorg. Binnen de universitaire associaties, meer bepaald in de hogescholen, zijn er laagdrempelige

expertisediensten (LEDs) ontstaan gericht op zorg (LED Intelligente Zorg bij de hogeschool UC Leuven Limburg, LED Zorgtechnologie bij hogeschool VIVES West-Vlaanderen), en worden Leerstoelen opgericht (PRoF-leerstoel, E-QUAL leerstoel Leonardo da Vinci).

De LED Zorgtechnologie is ingebed binnen Cretecs, de onderzoeksgroep zorgtechnologie van VIVES, die verbonden is met de expertisecentra Zorginnovatie en Product- en procesontwikkeling, de twee expertisecentra op dit terrein. Cretecs is in 2011 opgericht met de steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO) en is het acroniem van “Creating Technological Solutions”. Bij de start lag de focus van Cretecs op assistieve technologie maar deze is nu geëvolueerd in de richting van zorgtechnologie algemeen.

Daarbuiten zijn er organisaties en bedrijven die een aanbod op het gebied van specifieke aspecten van zorg ontwikkelen zoals In4Care die voor de zorg- en welzijnssector innovatieve oplossingen wil uitwerken (technologische ontwikkeling en innovatieve zorgorganisatiemodellen). Andere voorbeelden situeren zich eerder in de recreatieve sfeer of ondersteunen de levenskwaliteit algemeen, denken we maar aan het reminiscentieproject ‘fietsen door het verleden’ van Activ84health.

Ook zijn er ondernemingen in zorgmaterialen en –technologie die inzetten op innovatie en op nieuwe noden trachten in te spelen. Het assortiment wordt uitgebreid of intelligent gemaakt, van slimme pampers en andere digitale tools bij de verzorging, over val- en verwaaldetectie tot intelligente software die kan anticiperen op aankomende problemen bij bijvoorbeeld complex medicatiegebruik. Het doel van de industriële bedrijven is om innovatieve producten en concepten te ontwikkelen die zorgverleners in staat stellen om op een eenvoudige manier zorgvragen te capteren waardoor hun tijd meer kan worden besteed aan de menselijke aspecten van de zorgverlening en een meer kwalitatieve zorg kan worden aangeboden.

In de Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 (Vandeurzen, 2014) wordt aangestuurd op een maximale aansluiting bij het ehealth-platform en de uitbouw van Vitalink. De gezondheidssector moet zo geïnformatiseerd worden dat de betrokkenen uit de eerste lijn ook in deze informatie kunnen delen. In het hulpmiddelenbeleid wordt gestreefd naar een beter gebruik van assistieve technologie. Flanders Care is in dit kader bedoeld als katalysator voor vernieuwing en als antwoord op de valorisatie-gap van technologische vernieuwingen. De projecten in het kader van Flanders Care betreffen veelal de zorg voor ouderen, maar men wil ook sector-overschrijdend werken.

In een recente studie van VIVES (Kerckhof, 2016) wordt de kennis en de acceptatie van de soorten zorgtechnologie in kaart gebracht. Er worden twaalf soorten onderscheiden: Personalarmsysteem (PAS), Verpleeg-oproepsysteem, Bed- en opsta-alarmering, Dwaaldetectie, Akoestische bewaking, Omgevingsbediening, Telemonitoring, Electronisch Patiënten Dossier (EPD), Wearables, Gezondheidsapps, Camerabewaking en Zorgrobotica. Minst bekend zijn de Wearables, Akoestische bewaking en Telemonitoring.

Bij de belemmerende factoren blijkt de betaalbaarheid een belangrijke factor, naast vragen over gebruiksvriendelijkheid, de meerwaarde voor het zorgproces en privacy-aspecten. Er werden criteria ontwikkeld die technologie beoordelen op hun potentiële acceptatie en het belang ervan voor de gebruikers. Het gaat onder meer om aspecten van beschikbaarheid, eigendomsrecht, betrouwbaarheid, beveiliging, bruikbaarheid, effectiviteit, flexibiliteit, veiligheid en esthetiek.

De verdere opmars van zorgtechnologie en digitalisering biedt de organisaties binnen zorg en welzijn heel wat kansen, maar brengt ook de nodige opportuniteitsvragen met zich mee.

3 Situering van de subsectoren

Hieronder geven we de belangrijkste transitie in de subsectoren woonzorg, thuiszorg/verpleging en ondersteuning voor personen met een handicap weer.

3.1 Woonzorgcentra

3.1.1 Het beleidskader woonzorgcentra

Ouderenzorg is de bevoegdheid van het Agentschap Zorg & Gezondheid en omvat de woonzorgcentra, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor kortverblijf, de dagverzorgingscentra, de dagcentra voor palliatieve verzorging, de centra voor herstelverblijf en de serviceflats en assistentiewoningen. Aansluitend is er ook de thuiszorg en -verpleging.

In de Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen (Vandeurzen, 2015) is sprake van een meer persoonsgerichte, geïntegreerde en buurtgerichte zorg en wordt ook de piste voorzien om de overgang naar persoonsvolgende financiering stapsgewijs te maken.

3.1.2 Korte schets van de sector

Vanuit het veld is de vraag groot om in de ouderzorg meer in te zetten op ondersteuning van het thuiswonen. De verscheidenheid aan initiatieven voor de zorg en ondersteuning van ouderen is dan ook groot. Het woonzorgdecreet regelt de organisatie van de woonzorgcentra en de mogelijkheden om meerdere diensten onder één organisatie onder te brengen. Dit decreet laat andere diensten en verdienmodellen toe.

Er zijn verschillende types van woonzorgcentra en in grote lijnen is de verdeling als volgt. In Vlaanderen wordt 35% van de woongelegenheden in de woonzorgcentra uitgebaat door OCMW's of OCMW-verenigingen (zoals zorgbedrijven), 53% door vzw's en 12% door commerciële initiatieven. Er zijn ruim 75.000 bewoners in de verschillende soorten woonzorgcentra, waarvan 55% in non-profitinstellingen, 32% in OCMW-voorzieningen en 14% in private (commerciële) instellingen (Pacolet & De Coninck, 2016).

OCMW's en zorgbedrijven hebben als bijkomend doel de zorg toegankelijk te maken voor alle burgers. Verschillende steden en gemeenten richten zorgbedrijven op om met een mix aan activiteiten ook de zwakkeren in de maatschappij zoals kansarmen te bereiken. Deze zelfstandiging wordt gefaciliteerd door de Vlaamse Regering (cf. het Decreet van 29 juni 2012 tot wijziging van het decreet van 19 december 2008 betreffende de organisatie van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn).

3.1.3 Trends in de sector

Ouderen vertrekken gemiddeld genomen maar op hoge leeftijd naar een woonzorgcentrum. De vraag stelt zich in welke mate men in de toekomst ook voor de laatste levensjaren naar een woonzorgcentrum wil (Vermeiren, 2016). Rust- en verzorgingshuizen anticiperen op mogelijke weerstanden door een meer huiselijke sfeer te creëren.

Men verwacht dat het aantal personen met dementie in de toekomst toeneemt en meer personen met een handicap worden ouder. Ook voor hen kan speciale zorg in de woonzorgcentra nodig zijn. Niet alleen de vergrijzing binnen de vergrijzing, maar ook een toenemend aantal ouderen met dementie en/of een handicap zal dus impact hebben op de zorgvragen.

Woonzorgcentra voorzien voor personen met dementie specifieke afdelingen en technologie, of kiezen voor specialisatie met een specifieke woonomgeving.

Vermeerbergen, Van Hootegem en Benders (2016) (Vermeerbergen, Van Hootegem, & Benders, 2016) stellen vast dat in de voorbije jaren diverse Vlaamse woonzorgcentra overschakelden naar een vorm van kleinschalig en genormaliseerd wonen. Empirische studies tonen volgens de auteurs ook aan dat kleinschalige genormaliseerde zorg een positieve impact kan hebben op de kwaliteit van de arbeid van zorgmedewerkers, maar er zijn ook knelpunten vastgesteld.

Diverse alternatieve woonvormen ontstaan, aangepast aan de diverse aankomende woon- en zorgvragen van de ouderen en van de komende cohorten. Voor assistentiewoningen is vooral de commerciële markt groeiend

Sommigen zien een assistentiewoning als een comfortabele woonvorm om een opname in een woonzorgcentrum zolang mogelijk te kunnen uitstellen. Anderen zoeken een meer blijvende woonvorm alvorens er zich zorgvragen stellen, anticiperend, en organiseren zich in co-housing of een soortgelijke woonvorm. Hierbij is het de bedoeling om 'levenslang' te kunnen blijven wonen.

De sector van de woonzorgcentra ondervindt invloed van de veranderde financieringsvormen. Er worden andere financieringskanalen (buiten de overheid) aangeboord, zoals samenwerking met privépartners.

Innovatie zal sterk beïnvloed worden door de aard van de financiering. De financiering gebeurt nu voornamelijk op basis van zorgzwaarte gekoppeld aan personeelsnormen.

3.2 Thuiszorg en –verpleging

3.2.1 Het beleidskader thuiszorg en -verpleging

Thuiszorg en -verpleging is de bevoegdheid van het Agentschap Zorg & Gezondheid. Het Agentschap Zorg & Gezondheid omvat wat dit betreft de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de diensten voor thuisverpleging, zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg en projecten in de thuiszorg.

3.2.2 Korte schets van de sector

De thuiszorg evolueerde van een brede doelgroep van zorgvragers in de beginjaren (ook personen met een handicap) naar een focus op ouderenzorg door de toenemende vergrijzing, om begin van de 21ste eeuw opnieuw naar een brede zorg te evolueren.

Een eerste erkenning en subsidiëring van diensten voor gezinszorg kwam er door het Regentbesluit van 1 maart 1949. Op dat ogenblik wordt het werkkterrein van de gezinszorg gedefinieerd als hulp aan bejaarden, zieken en personen met een handicap. Vanaf 1973 verschuift de focus naar bejaarden en spreekt men van “diensten voor gezins- en bejaardenhulp” temeer omdat de bevolking ouder wordt en de bejaarden de grootste gebruikersgroep worden. In 1970 maken zij 55% van het bereikte publiek uit, tien jaar later al 78% (Pacolet et al., 1998). In 1999 wordt de huidige benaming “diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg” geïntroduceerd met de komst van het toen nieuwe thuiszorgdecreet, en wordt een ruimere invulling gegeven aan de diensten voor gezinszorg, die naast gezinszorg voortaan ook schoonmaakhulp, karwei-hulp en professionele oppas kunnen aanbieden (Vanhees, 2016).

3.2.3 Trends in de sector

Sinds het begin van de 21ste eeuw zijn in de gezinszorg enkele belangrijke wijzigingen in gang gezet, zowel op vlak van de populatie van oudere personen als wat de zorgwerking en het zorgbeleid betreft.

De complexiteit van de zorgvragen neemt toe. Barometer voor de complexiteit is de Bel-profielschaal. Dit meetinstrument brengt de zorgafhankelijkheid in beeld, zowel op fysiek vlak, op vlak van huishoudelijke en sociale vaardigheden in het dagelijkse leven als op het vlak van geestelijke gezondheid. Een BEL-score van 35 of meer wijst op een zeer complexe zorgsituatie en geeft recht op een uitkering van de Vlaamse zorgverzekering. Het aantal personen met een BEL-profiel hoger dan 35 evolueerde bijvoorbeeld bij Landelijke Thuiszorg van 24% vijftien jaar geleden naar meer dan 48% in 2016. Landelijke Thuiszorg stelt ook binnen de sector algemeen een toename van specifieke doelgroepen zoals o.m. gezinnen in kansarmoede, personen met een psychische aandoening, palliatieve patiënten, enz. vast. (Vanhees, 2016).

De verwachting is dat de invoering van de persoonsvolgende financiering ook de zorgdiensten voor ouderen zal beïnvloeden. Door de persoonsvolgende financiering in de sector voor personen met een handicap worden ook zij aangemoedigd om met hun persoonsvolgend budget gebruik te maken van reguliere zorg waar mogelijk, en handicap-specifieke zorg (verstrekkt door zorgaanbieders erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) enkel nog waar dit noodzakelijk is.

Er zijn ook ontwikkelingen op federaal niveau die in een aantal gevallen – mede door een besparing op medische tussenkomsten – kunnen leiden tot meer zorgvragen die op Vlaams niveau moeten opgenomen worden. Zo zijn de toenemende kraamzorgvragen een rechtstreeks gevolg van de verminderde verblijfsdagen na de bevalling. Er is actueel een sterke tendens naar verkorting van de ligdagduur bij bevalling in het ziekenhuis. Tussen 2014 en 2016 zag Landelijke Thuiszorg het aantal kraamzorggezinnen in haar diensten met ruim 20% toenemen.

Nieuwe initiatieven zoals de CADO- of de Noah-huizen spelen in op nieuwe behoeften: betaalbare thussituaties creëren tussen de wereld van thuis-alleen en het grotere woonzorgcentrum.

Wijzigingen op het vlak van financiering en subsidiëring hebben een impact op de werking. De verschuiving in urencontingent van gezinszorg naar thuishulp (poets hulp) zorgde er voor dat taken worden doorgeschoven naar de meest economische functies (laagste kostprijs).

De zorgvragen worden meer en meer gespecialiseerd – kraamzorg, palliatieve zorg, zorg voor personen met dementie, enz. – waardoor opleidingen in de zorg ook meer modulair moeten kunnen worden opgezet en het aantal zorguren aangepast.

Twee factoren zetten druk op de thuisverpleging. Enerzijds is er de vergrijzing en de vergrijzing binnen de vergrijzing die ook gepaard gaat met langer zelfstandig wonen. Anderzijds is er de druk om de hospitalisatiedagen te beperken. Beide tendensen doen de nood aan thuisverpleging en – zorg toenemen. Voor de toekomst verwacht men een tekort aan verpleegkundigen in de thuiszorg.

Bovenstaande uitdagingen zullen wellicht organisatorische innovatie in de thuisverpleging en -zorg teweegbrengen. De behoefte aan meer gespecialiseerde zorg en multifunctionele zorgteams zal toenemen. Er zal daarom nood zijn aan meer stimulatie en ondersteuning van ondernemerschap in de zorgsector.

3.3 Ondersteuning voor personen met een handicap

3.3.1 Het beleidskader voor de ondersteuning voor personen met een handicap

De ondersteuning voor personen met een handicap wordt opgevolgd door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en dit gebeurt vanuit drie afdelingen en een aantal horizontale teams. De afdeling Toeleiding en Hulpmiddelen en de afdeling Dienstverlening

Budgethouders zijn er voor de persoon met een handicap. De afdeling Financiering en Zorgplanning is er voor de organisaties en voorzieningen.

In de decreten op de persoonsvolgende financiering wordt vastgelegd voor welke diensten deze nieuwe vorm van financiering gebruikt kan worden: woonondersteuning, dagondersteuning en individuele ondersteuning. Er zijn echter beperkingen zoals het feit dat de financiering niet kan gebruikt worden voor diensten die door andere overheidsinstanties gedekt worden.

Met de persoonsvolgende financiering (PVF) wil men het zorgaanbod meer doen inspelen op de actuele noden. Met deze individualisering van de zorgondersteuning wil men beter aansluiten bij de actuele behoeften in de samenleving.

Leidraad bij het implementeren van de PVF is het Perspectiefplan 2020, Een inclusieve samenleving in 2020: van droom naar werkelijkheid (Morris, Marc; (vu), 2013). Dit plan bouwt voort op de basisprincipes van het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met een Handicap (art. 19 van de VN conventie). De principes betreffen respect voor gelijke rechten en autonomie, non-discriminatie, toegankelijkheid en aanpassingen indien nodig in alle beleidsdomeinen rekening houdend met mensen met een handicap. Streefdoel is een volwaardige deelname aan het maatschappelijk leven.

Er zijn in Vlaanderen verschillende pilootprojecten uitgevoerd om het concept en de operationalisering van persoonsvolgende financiering te verfijnen, waaronder een pilootproject in 1997, opgezet voor vijftien personen met een handicap met een persoonlijk assistentiebudget (PAB), en een experiment in 2010 met cases van persoonsgebonden budgetten (PGB). De persoonsvolgende financiering is vastgelegd bij decreet (23 april 2014).

De transitie naar deze nieuwe vorm van ondersteuning gebeurt geleidelijk. Prioriteiten zijn (1) zorggarantie tegen 2020 voor personen met de grootste nood, (2) informatieve omkadering om transparantie te verhogen, (3) de keuze leggen bij de personen zelf en (4) stappen zetten naar een inclusieve samenleving.

De transitie is een complex project waarbij de algemene regelgeving moet kunnen omgezet worden in individuele pakketten aan ondersteuningsmiddelen op maat van de persoon met een handicap.

Persoonsvolgende financiering gaat uit van een vraaggestuurde ondersteuning waarbij de cliënten van het VAPH een eigen (persoonsvolgend) budget krijgen en zelf bepalen hoe ze hun ondersteuning organiseren. Het PVF-systeem bestaat uit twee trappen:

trap 1: het basisondersteuningsbudget (BOB)

trap 2: het persoonsvolgend budget (PVB)

Het basisondersteuningsbudget is bedoeld voor personen met een erkende handicap en een beperkte ondersteuningsnood. Het persoonsvolgend budget is bedoeld voor hen die intensieve of frequente ondersteuning nodig hebben (bron website VAPH). Digitalisering van het budgetbeheer zal het nieuwe kader ondersteunen.

Met PVF wil men inzetten op een transparante brede waaier van laagdrempelige diensten en wil men gespecialiseerde hulp tot dicht bij de zorgvrager brengen. Het PVF-systeem wordt sinds 2016 geleidelijk ingevoerd en dit betekent voor zowel de cliënt als voor de voorziening een andere manier van organiseren. Voorzieningen krijgen nog wel binnen de persoonsvolgende financiering organisatie-gebonden middelen die ook gelinkt zijn aan de keuzes die personen met een handicap zelf maken m.b.t. de besteding van hun budget. Dit brengt voor de voorzieningen een aantal uitdagingen op financieel en organisatorisch vlak met zich mee.

3.3.2 Korte schets van de sector

Tot voor kort werd de sector vooral beschreven door het aantal erkende plaatsen in organisaties. De nieuwe financieringswijze zal wellicht aanleiding geven tot een andere manier van rapporteren, maar voor dit dossier gebruiken we de laatst beschikbare cijfers volgens de klassieke weergave (VAPH, 2014).

Tabel 1 Vergelijking aantal erkende plaatsen VAPH 2009 - 2013

Erkenningsvorm (uitgedrukt in plaatsen)	2013	2009	Evolutie
Internaten	4.942,6	4.924	+0,38 %
Observatiecentra	364,7	364	+0,19 %
Semi-internaten	3.779	3.742	+0,99 %
Tehuizen voor werkenden	1.168	1.169	-0,09 %
Tehuizen voor niet-werkenden	9.563	9.327	+2,53 %
Tehuizen van kort verblijf	153	150	+2,00 %
Dagcentra	3.790	3.740	+1,34 %
Thuisbegeleiding	8.085	5.857	+38,04 %
Begeleid wonen	3.196,8	2.751	+16,21 %
Zelfstandig wonen	358	311	+15,11 %
Beschermd wonen	1.136	1.129	+0,62 %
Geïntegreerd wonen	96	91	+5,49 %
Plaatsing in gezinnen/WOP	1.086	1.028	+5,64 %
Erkenningsvorm (uitgedrukt in personeelspunten)			
Diensten inclusieve ondersteuning	6.415,94		
RTH	2.654,90		
Erkenningsvorm (uitgedrukt in begeleidingen)			
Diensten Ondersteuningsplan	21.082		

We zien dat in de voorbije jaren vooral de thuisbegeleiding en het begeleid en zelfstandig wonen sterk zijn toegenomen.

3.3.3 Trends in de sector

In een brede definitie van persoonsvolgende financiering staat centraal dat de persoon zelf een bedrag krijgt voor een vrije keuze aan zorg. In deze zin gaat het niet alleen om een beleidsinnovatie maar ook om actieve ondersteuning van innovatie omdat deze vorm van financiering een meer vraaggerichte in plaats van een aanbodgestuurde zorg triggert. Deze vorm van financiering ondersteunt en stimuleert de vraagverduidelijking van de cliënt en geeft zo

aanleiding tot meer innovatie. De nieuwe persoonsvolgende financiering heeft een belangrijke impact op de werking van de zorgorganisaties.

In de vroegere financieringsvorm lag de nadruk op de VAPH-ondersteuning van initiatieven voor personen met een handicap. In de nieuwe financieringsvorm komt de eerste focus op de zelfzorg, gevolgd door respectievelijk gebruikelijke zorg en ondersteuning binnen het gezin, vrijwillige ondersteuning door familie en directe omgeving, ondersteuning door reguliere diensten en tenslotte de VAPH-gefinancierde ondersteuning. De systeemshift wordt voorgesteld door een cirkeldiagram¹.

Figuur 1 VAPH concentrische cirkels van ondersteuning



Met de persoonsvolgende financiering kan de zorgvrager binnen de eerste drie cirkels de eigen zelfzorg aankopen en samen met de directe omgeving de ondersteuning uitbouwen. De twee buitenste cirkels - reguliere aanbieders en professionele zorg via het VAPH - kunnen daarna ingezet worden om de drie binnenste cirkels te versterken. Vanaf 1 september 2016 zijn de erkende voorzieningen ook de ‘vergunde aanbieders’ waaruit de zorgvrager kan kiezen.

De persoonsvolgende financiering brengt een andere economische logica waarbij de ‘aanbodgedreven’ marktwerking meer zal gaan diversifiëren en specialiseren onder invloed van de persoonlijke zorgvragen (Gevers & Sebrechts, 2012). Dit brengt voor de voorzieningen een aantal uitdagingen op organisatorisch vlak en wat betreft management met zich mee.

¹ Details over de PVF zijn beschikbaar op de [website van VAPH](#)

De innovatie in het dienstenaanbod en van de organisatie ervan is dan ook zowat de belangrijkste uitdaging voor elke dienstverlener in deze subsector. Algemeen gaat veel energie naar de veranderingen die van buitenaf - en aangedreven door de veranderde wetgeving - op de organisaties afkomen.

De ontwerpers en de early adopters van nieuwe verdienmodellen slagen er in om hun aanbod af te stemmen op de nieuwe regeling, de volgers zien het oude verdienmodel onder druk komen te staan en hebben nog niet altijd een passend antwoord. In de praktijk blijkt dat er zeer veel tijd nodig is om de omslag goed te maken.

4 Innovatie in zorg en welzijn

We gaan hieronder in op de definitie van innovatie vanuit de zorgcontext, de plaats van kennisdifusie en samenwerking hierin, de rol van digitalisering en de ondersteuningskanalen voor innovatie vanuit de Vlaamse overheid.

4.1 Definitie van innovatie

In vorige dossiers van de SERV/Stichting Innovatie & Arbeid over innovatie in Vlaamse ondernemingen in de profit sector hebben we vastgesteld dat ondernemers diverse definities voor innovatie hanteren, maar dat telkens een meerwaarde creëren voor de markt het centrale motief is. Innovatie in de profit sector is altijd gericht op een marktimpact, waarbij uiteraard de vraag van de klant een belangrijke rol speelt (Verdonck, 2016).

In beleidsdocumenten van de Vlaamse overheid wordt voor innovatie in zorg en welzijn de nadruk gelegd op het maatschappelijk doel en dit zowel in profit als social profit organisaties. Innovatie in zorg en welzijn is sterk gericht op sociaal-maatschappelijke impact, naast inpassing in economische modaliteiten en kwaliteit van leven. Alle domeinen van zorg en welzijn kunnen onderwerp van innovatie zijn en het belang van innovatie in het organisatie- en dienstenmodel neemt toe.

Belangenorganisaties in de social profit definiëren innovatie in zorg en welzijn als 'andere' zorg die (1) participatief gecreëerd wordt, (2) inzet op valorisatie (spreiding) van nieuwe kennis en (3) ontstaat uit actieve deelname aan netwerken (Cuyt & Geerts, 2013). Vranken en Hermans spreken over gebruikersgericht vernieuwen en veranderen (Vranken & Hermans, 2009). Innovatie staat voor het stimuleren van transformatieprocessen, generiek en gebruikersgericht.

In de social profit sector is innovatie gericht op betere kwaliteit van de zorg en op het voldoen aan nieuwe behoeften, waarbij men uiteindelijk vooral de kwaliteit van het leven wil verbeteren. In de eerstelijnszorg spreekt men van innovatieve en performante gezondheidszorgorganisaties die worden gekenmerkt door een focus op de noden, vragen en preferenties van patiënten (De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen, & Devroey, 2014).

Voka Health Community ziet innovatie als een adaptief zorgsysteem dat kan inspelen op onverwachte situaties en interacties. *'Innovatie in zorg en welzijn is gebaseerd op een platform voor open innovatie in de ruime witte economie, een sterk en breed netwerk dat partnerschappen creëert en stimuleert, een multidisciplinaire aanpak met ondernemingen, zorgactoren, patiëntengroepen en kenniscentra. Het is de link tussen kennis, technologie, business en consument die de gezondheidszorg verbetert en de economie een stimulus geeft'*. Van Herck (Van Herck, 2016) schuift twee centrale elementen in strategische innovatie in de zorg naar voor: innovatie in businessmodellen en in partnerschappen.

Gemme en De Raedt (Gemmel & De Raedt, 2008) nemen de definitie van West & Farr (1990) als uitgangspunt. In deze definitie staat innovatie voor *'the introduction and application, within a*

group, organization, or wider society, of processes, products, or procedures new to the relevant unit of adoption and intended to benefit the group, individual, or wider society.' Hull en Lio (2006) maken daarbij nog een onderscheid naar oorsprong van innovaties. Enerzijds worden innovaties binnen de organisatie ontwikkeld (interne innovatie) en anderzijds worden innovaties overgenomen van andere organisaties (externe innovatie). Interne innovaties geven profit organisaties een competitief voordeel als zij de eerste zijn om ze toe te passen. Omdat non-profit organisaties minder met elkaar in concurrentie zijn is dit competitief voordeel bij hen niet zo uitgesproken. Daarbij dragen interne innovaties een hoger risico op mislukking dan externe innovaties, waardoor social profit organisaties terughoudender zijn om innovatie aan te wenden als een strategie om hun waarde te verhogen. Zulke risico's kunnen wel worden beperkt door innovaties over te nemen die al getest zijn of door het risico te delen met andere organisaties in een samenwerkingsverband.

Zowel in vakliteratuur als in de Vlaamse bedrijven staat innovatie in het verlengde van kwaliteitszorg en organisatie-brede vernieuwing. Innovatie gaat om een nieuw idee, een betere oplossing en deze kan gerealiseerd worden door een nieuw product, procesvernieuwing, verbeterd dienstenaanbod of technologie en uiteindelijk ook in veel gevallen een performanter businessmodel. De wijzigende context in de samenleving, wijziging in het profiel van de zorgvragers en wijzigingen in het beleid en de financiering zorgen ook in de social profit sector voor innovaties in zowat alle aspecten van het zorg- en ondersteuningsproces. Producten of ondersteuningsmiddelen, dienstverlening en het dienstenaanbod, de interne werkprocessen en de interne arbeidsorganisatie, de externe relaties en de samenwerkingsverbanden, deze aspecten worden allemaal beïnvloed. Het organisatiemodel van de organisaties binnen de sector komt voor heel wat uitdagingen te staan en is vaak aan hertekening toe.

Innovatie in welzijn en zorg is logischerwijs 'sociaal ondernemen', gericht op maatschappelijk nut. Cuyt en Geerts (Cuyt & Geerts, 2013) geven een omschrijving van wat sociaal ondernemerschap inhoudt, waarbij ze zowel het sociale aspect als het innovatieve aspect als wezenlijke kenmerken van sociaal ondernemerschap zien en ook het belang van samenwerken benoemen:

- Ondernemers in de welzijnssector zijn welzijnsgericht.
 - Creëren sociale meerwaarde voor mens en maatschappij.
 - Zoeken kansen om het recht op welzijn te maximaliseren voor iedereen, met speciale aandacht voor de zwaksten.
 - Dragen bij aan algemene economie en werkgelegenheid.
- Ondernemers zijn alert, inventief, leer- en waardengericht.
 - Houden vinger aan de pols en zijn proactief gericht op nieuwe noden.
 - Ontwikkelen een waardengerichte zorgvisie in samenspraak met de cliënt.
 - Onderhouden een brede leercultuur.
- Ondernemen in welzijn is duurzaam, in partnerschap en niet op winst gericht.
 - Maatschappelijk verantwoord ondernemen
 - Interne en externe samenwerking
 - Overschotten worden ingezet voor sociale meerwaarde.

Het 'Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers' van de Federatie Vrije Beroepen hanteert gezamenlijke uitgangspunten in het kader van het globaal debat over de gezondheidszorg.

Zelfstandige zorgverstrekkers zijn ondernemers in de zorgsector die werken volgens volgende drie principes.

- ▀ Zelfstandige zorgverleners bieden een kwaliteitsvolle dienstverlening waarbij cliënt, zijn vrije keuze en tevredenheid centraal staan.
- ▀ Zij werken volgens het principe van evidence-based practice en levenslang leren.
- ▀ Zij zijn onafhankelijk en gebonden aan een beroepseigen deontologie.

Samengevat gaat innovatie in zorg en welzijn om vraaggestuurde en participatieve verbeteringen samen met de betrokkenen en is hierbij expliciet gericht op een maatschappelijke meerwaarde.

4.2 Kennisdiffusie en samenwerking

Bij kennisdiffusie en samenwerking kunnen verschillende partijen betrokken zijn: de zorgvragers, de verzorgenden en hun vertegenwoordigers, de interne en externe specialisten en technenuten, de kenniscentra, de leden van de raad van bestuur en bij uitbreiding alle inspiratiebronnen. In de sector van de social profit organisaties is samenwerken in welzijnsmateries een evidentie (Cuyt & Geerts, 2013). Het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vandeuren, Jo, 2016) wijst in het kader van goed bestuur niet alleen op de nood aan transparantie maar ook op het betrekken van de stakeholders bij de werking van de welzijns- en zorgorganisatie: de gebruikers/patiënten, het personeel, de financiers (waaronder soms de overheid) en vrijwilligers. Voka Health Community wijst op het belang van partnerschappen met ondernemingen, zorgactoren, patiëntengroepen en kenniscentra.

Dat de zorgvrager als een belangrijke bron van kennis wordt gezien en veelal ook als participant bij de verbeteringen, vernieuwingen en innovaties is inherent aan de definitie van innovatie in deze sectoren van zorg en welzijn. Zowel in profit als in social profit organisaties staat het verbeteren van de levenskwaliteit van de zorgvrager centraal. Van de nieuwe (persoonsvolgende) financiering wordt ook een (verdere) transitie verwacht van een ja-knikkende gebruiker van een aanbodgestuurde dienstverlening naar een bewuste cliënt die naar oplossingen voor zijn ondersteuningsnood zoekt (Geeraert & (ed.), 2016).

Bij kennisdiffusie en samenwerking spelen ook de medewerkers van de diensten in zorg en welzijn een belangrijke rol. Zo worden er positieve invloeden vastgesteld bij directe participatie van werknemers. Vakbonden hebben een eerder indirecte invloed op innovatie, door innovatie mogelijk te maken, te faciliteren of te versterken (Baisier, 2016). Baisier stelde vast dat een dialoog met werknemers en werknemersafgevaardigden een belangrijke troef kan zijn. Werknemers beschikken immers over belangrijke kennis en informatie en werken dagelijks met de producten, processen en installaties. Ze kunnen zo heel wat nuttige suggesties en nieuwe ideeën aandragen. In het HR-artikel 'De januskop van innovatie. Zin in een andere sociale dialoog' (De Prins, 2016) komt men tot een gelijkaardige vaststelling, op basis van diverse andere studies.

De Maeseneer e.a. leggen de nadruk op netwerking en samenwerking om tot innovaties te komen: *'Innovatie komt niet tot stand via traditionele lineaire veranderingsmodellen, gebaseerd op "top-down" leiderschap. Wat werkt, is het tot stand brengen van netwerken waarlangs ideeën en praktijkervaringen kunnen worden verspreid en hierbij aansluiting te zoeken bij academische centra en opleidingsnetwerken'* (De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen, & Devroey, 2014).

Ook Voka Health Community benadrukt het belang van samenwerking en stelt dat stakeholders zich niet mogen laten afschrikken door grenzen maar moeten gaan voor samenwerking over de grenzen van profit en non-profit heen (Voka Health Community wonen en zorg, 2014).

Geïntegreerde zorg is volgens Voka Health Community gebaseerd op (1) vraaggerichte diensten in een (2) multidisciplinair systeem en met (3) betrokkenheid van alle stakeholders. Samenwerkingsmodellen om de expertise uit te bouwen moeten gestimuleerd worden door een gepast overheidsbeleid. Er is nood aan aangepaste structuren én processen van zorg én geïntegreerde informatiestromen en ICT. Het gaat in essentie om een complex adaptief systeem van zorg waarbij evidence-based het systeem kan bijgesteld worden.

Samenwerking tussen profit bedrijven en social profit organisaties kan verschillende voordelen opleveren. Bedrijven hebben hiermee de kans om hun producten en diensten in de praktijk te toetsen en participatief te verbeteren. De businessmodellen in deze samenwerking bevatten comfortwinst voor de betrokkenen in de zorg en financiële winst voor de bedrijven.

In de aanloop naar de eerstelijnsgezondheidszorgconferentie van minister Jo Vandeurzen voerde UNIZO - Federatie Vrije Beroepen de studie 'Interdisciplinaire samenwerking tussen zelfstandige zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg' (februari 2017) uit waarin een toekomstig samenwerkingsmodel benaderd wordt vanuit het perspectief van de cliënt. Zelfstandig zorgverstrekkers staan voor geïntegreerde, klantgerichte en naadloze adequate organisatie-netwerken.

Geeraert (Geeraert & (ed.), 2016) pleit voor een sector-overschrijdende samenwerking. Volgens hem impliceert een volwaardige maatschappelijke participatie van personen met een handicap dat zij optimaal gebruik kunnen maken van alle beschikbare dienstverlening. In de praktijk worden woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, thuisverpleegkundigen, lokale dienstencentra en andere welzijnsvoorzieningen meer en meer geconfronteerd met zorgvragen van personen met een handicap. Om dit te realiseren moeten de bestaande schotten doorbroken worden. Dit wordt door de auteurs gezien als een gezamenlijke opdracht voor de Vlaamse overheid, beleidsverantwoordelijken, directies van voorzieningen en gebruikersorganisaties.

4.3 De rol van digitalisering

In de Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 wordt digitalisering naar voor geschoven als een belangrijk ondersteunend instrument in de uitbouw van de gezondheidszorg. De gezondheidssector zou daarbij zo geïnformatiseerd moeten worden dat alle stakeholders vlot toegang hebben en dat de betrokkenen uit de eerste lijn in de informatie kunnen delen.

In zekere zin staat digitale gegevensdeling als logistieke backoffice voor alle diensten en zorgprocessen. Een specifieke vorm van digitalisering betreft het delen van persoonsgegevens, patiënten en zorgvragers algemeen, waardoor niet alleen de werkprocessen maar vooral ook de dienstverlening kwalitatief sterk verbetert. Gegevensdeling gaat in eerste instantie over patiëntgegevens, maar omvat bij uitbreiding alle gezondheids- en zorgaspecten. Onderstaande 'informatiebogen' illustreren de potentiële uitbreiding van de afzonderlijke gegevensdeling tussen bepaalde partners zoals sinds enkele jaren gangbaar (2010) en de overkoepelende gegevensdeling zoals door stakeholders gewenst (2020) tussen 'thuiszorg – huisarts – spoed – ziekenhuis – revalidatie – woonzorg'.

Figuur 2 Informatiebogen bij digitale gegevensdeling



Bij deze gegevensdeling zijn alle subsectoren betrokken: zorg, welzijn, ziekenhuizen, preventie, enz. en is het de bedoeling om alle zorggegevens te delen. Twee Agentschappen zijn hierbij nauw betrokken: het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Vlaams Agentschap voor Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg, kortweg 'agentschap voor de gegevensdeling in de zorg' (VASGAZ). Bron: Flanders Care

Voor de gegevensdeling is het gebruik van degelijke software in de verschillende diensten van groot belang, maar evenzeer de digitale communicatie tussen de voorzieningen onderling en met de zorgvrager. Vooral eerstelijnszorg is sterk vragende partij: *“Op het vlak van informatie en communicatietechnologie, is er nood aan een performant, interprofessioneel Elektronisch PatiëntenDossier, waarbij de patiënt ook toegang heeft tot bepaalde delen van het dossier.”* (De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen, & Devroey, 2014).

Voor de ondersteuning van gegevensdeling biedt de Vlaamse overheid een ondersteunend digitaal platform met Vitalink. Vitalink is een systeem om digitale gegevens eenvoudig en veilig te delen met alle stakeholders. Vitalink bevat gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken en kerngegevens uit het patiëntendossier bij de huisarts. Met Vitalink kunnen de zorgverleners beter samenwerken. Vitalink is ontwikkeld door de Vlaamse overheid en zorgverleners gebruiken Vitalink via hun eigen softwarepakketten. Zorgvragers kunnen eigen gegevens consulteren met de Patiënt HealthViewer. Naast informatisering van de gegevensstroom worden ook de mobiele applicaties belangrijke ondersteunende tools en worden traditionele zorgmiddelen zoals medicatie en verpleeg- of zorgacties meer en meer digitaal ondersteund.

Omwille van de specifieke focus van innovatie in zorg en welzijn op de kwaliteit van het leven is de participatie van de betrokkenen van primordiaal belang.

Voka Health Community (Voka Health Community mHealth, 2014) stelt dat mHealth het leven sterk zal veranderen in diverse facetten van preventie, welzijn, zorg en gezondheid. Er komt een ander en intensiever contact met de arts, de verpleegkundige en/of coach, die zich dankzij de technologie meer kunnen concentreren op noden.

4.4 Ondersteuning van innovatie in zorg en welzijn

Zoals voor alle sectoren in de Vlaamse economie kunnen commerciële bedrijven in de zorg- en welzijnssector een beroep doen op een uitgebreid gamma aan steuninstrumenten van het Agentschap Innoveren en Ondernemen. Social profit organisaties kunnen meestal niet terecht bij klassieke steunprogramma's van de Vlaamse overheid omdat zij al met overheidsmiddelen werken.

Voor ondersteuning bij innovatie kunnen alle zorgorganisaties terecht bij de innovatieadviseurs voor de zorgsector bij het Agentschap Innoveren en Ondernemen en bij Voka Health Community of koepelorganisaties zoals Verso, Vlaams Welzijnsverbond, Zorgnet-Icuro, SOM, VLOZO en de vele verenigingen en organisaties in de zorg- en welzijnssector. UNIZO – Federatie Vrije Beroepen ontwikkelt kennis en ondersteuning rond interdisciplinaire samenwerkingsverbanden tussen zelfstandige zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Daarnaast zijn er ook de kenniscentra zoals een expertisecentrum in zorgtechnologie verbonden aan de hogeschool VIVES, maar ook onafhankelijke initiatieven zoals de PRoF-projecten en In4care. Op arbeidsorganisatorisch vlak biedt Flanders Synergy good practices met bijvoorbeeld het project Zorgvernieuwers en vanuit het Europees Sociaal Fonds (ESF) worden oproepen gelanceerd om organisaties projectmatig te ondersteunen bij hun HR- en organisatiebeleid. Bovenstaande voorbeelden zijn niet exhaustief.

Commerciële en niet-commerciële organisaties in zorg en welzijn kunnen voor innovaties ook ondersteuning vinden bij Flanders' Care. Flanders' Care is een programma van de Vlaamse overheid voor innoveren en ondernemen in zorg, waarbij de missie is om *'op aantoonbare wijze en door innovatie het aanbod van kwaliteitsvolle zorg te verbeteren en verantwoord ondernemerschap in de zorgeconomie te stimuleren.'* Flanders' Care 2.0 is meer nog dan het eerste programma een faciliterend platform voor innovatie in zorg en welzijn. In de verschillende beleidsdomeinen worden samenwerkingsmodellen ontwikkeld zoals Nieuw Industrieel Beleid Zorgeconomie, Nano4Health Project, Demonstratieprojecten en Zorgproeftuinen Ouderenzorg, Vitalink, strategisch basisonderzoek Cortexs. De focus ligt steeds op de uitbouw en voorbeeldfunctie van een multidisciplinaire samenwerking tussen de zorg en ondernemers. Demonstratieprojecten en zorgproeftuinen (aflopend) kunnen inspiratie bieden aan nieuwe regelgeving of referentiepunt zijn voor binnen- en buitenland. Nieuw zijn bijvoorbeeld initiatieven met betrekking tot online hulp en kapitaal dat beschikbaar wordt gemaakt binnen samenwerkingsprojecten vanuit Flanders Care Invest, de Gimv, enz. In de toekomst wordt sectoroverschrijdend samenwerken nog belangrijker. De acht actielijnen van Flanders Care 2.0 zijn samengebundeld in vier thema's: gegevensdeling, M-health, nieuwe samenwerkings- en organisatiemodellen en ethische uitdagingen. De gegevensdeling is de basis en de grootste bouwsteen.

Tot slot zijn ook de lokale en provinciale besturen belangrijke partners. Zij kunnen een belangrijke rol vervullen in de intersectorale samenwerking. Sofie Vermeersch e.a. pleiten in deze voor een lokaal bestuur als facilitator en coördinator van intersectorale samenwerking (Geeraert & (ed.), 2016).

5 De cases

De casestudies in dit onderzoek belichten diverse aspecten van innovatie in de zorg en welzijn. Geen enkele case is voor 'kopie paste' vatbaar, maar alle cases bevatten in hun specifieke innovatie mogelijke bouwstenen voor antwoorden op de nieuwe uitdagingen in de zorg.

De structuur van elke case is volgens eenzelfde stramien opgebouwd. Als inleiding wordt een situatieschets gegeven van de activiteiten en daarna worden zes topics afzonderlijk behandeld.

- Missie en visie
- Innovatie
- Focus op een specifieke innovatie
- Kennisdiffusie en samenwerking
- Drempels en triggers voor innovatie
- Rol van de overheid

De topics worden zoveel mogelijk – rekening houdend met de grote diversiteit - volgens een vast stramien beschreven, op basis van de interviews in de cases. Er wordt informatie gegeven over de innovaties in de praktijk in de organisaties (niet steeds exhaustief) en vervolgens ingezoomd op één specifieke innovatie.

We geven hier een kort overzicht van de cases en hun specifieke innovatie waar we op inzoomen en bespreken nadien de cases meer uitgebreid.

- ▀ De Wingerd: verhoogde mondigheid en kwaliteitsvragen vergen niet alleen innovatieve tools maar ook kleinschalige woonvormen en inspraak en participatie in zorg- en welzijnsdesign.

- Curando: de vergrijzing van onze samenleving zet een druk op de ontwikkeling van nieuwe technologieën, van valdetectie tot verzorgend wassen. Het inzetten van nieuwe tools om de zorg te ondersteunen vraagt steeds de nodige omkadering bij de implementatie, zoals in het voorbeeld van verzorgend wassen.
- Triamant: de zoektocht naar vernieuwing en innovatie in de ouderenzorg overstijgt ook de doelgroep en er ontstaan nieuwe vormen van samenwonen waar ouderen een harmonische plaats in krijgen. Levenslang wonen wordt het alternatief voor zo lang mogelijk thuis.
- Zorgbedrijf Roeselare: de vermaatschappelijking van de zorg vraagt een continuüm van thuishulp tot residentiële zorg én een integratie van deze zorgdiensten. Hiervoor zijn vanuit de OCMW-diensten nieuwe organisatiemodellen nodig en dringen reorganisaties zich op. De medewerking van de werknemers algemeen en de werknemersvertegenwoordigers in het bijzonder is essentieel om tot een vlotte transitie naar een zorgbedrijf te komen.
- De Zwaluw: innovaties spelen in op de zorgvragen en liggen in het verlengde van kwaliteit van zorg, meer bepaald het ingaan op wat de mensen zelf willen. De leefwereld stimuleren met sensomotorische integratie is in De Zwaluw het innovatieve antwoord.
- Landelijke Thuiszorg: thuiszorgdiensten bieden meer en meer ondersteuning naar verschillende doelgroepen en ondersteunen een geïntegreerd zorgverhaal. Samenwerking, informatisering en digitalisering zijn hier belangrijke pijlers.
- thuiszorg vleminkveld: het pakket aan thuiszorg, -hulp en andere ondersteuning wordt in het kader van innovatie niet alleen meer vraaggericht maar ook meer doelgroepgericht georganiseerd, met prioritair de meest kwetsbaren.
- Gespecialiseerde thuisverpleging Groep Backaert: langer thuis kunnen wonen vraagt extra ondersteuning op vlak van medische zorgen. Thuisverpleging houdt rekening met de nieuwe doelgroep en gaat zich specialiseren.
- OLO: met de vraag naar een inclusieve maatschappij is een proces op gang getrokken waarbij strategische doelen worden vooropgesteld die met periodieke planning gerealiseerd worden in innovatieve diensten.
- Gid(t)s – Dominique Savio: de vraag naar een inclusieve maatschappij en de nieuwe financieringsvormen hebben geleid tot een transitieproces van een dienstenaanbod naar een vraaggericht uitwerken van diensten. Het concept van concentrische cirkels is vertaald naar een methodiek van dienstenmodel op basis van de zorgvragen.
- Monnikenheide: een inclusieve maatschappij vraagt een wederkerige of dubbele integratie van het welzijnsaanbod in reguliere diensten tot een eigen aanbod voor niet-residentiëlen en dorps- of stadsgenoten algemeen.
- Autimismus: een inclusieve maatschappij vraagt innovatieve samenwerkingsprojecten over verschillende subsectoren heen.

In alle cases zijn gesprekken gevoerd met de directie, bedrijfsleider of CEO. Naargelang de focus van de case werden ook gesprekken gevoerd met andere betrokkenen.

- De coördinator van woonunits (De Wingerd),
- Een familielid van een persoon met dementie (De Wingerd),
- De kwaliteits- of innovatieverantwoordelijke (Gid(t)s - Dominique Savio, Curando, OLO),
- Een opleidingshoofd Verpleegkunde van Odisee (Curando),

- Een project Manager bij SCA TENA (Curando),
- Werknemersvertegenwoordigers (Zorgbedrijf Roeselare),
- Een lid van de raad van bestuur (Autimismus)
- Een communicatieverantwoordelijke (Triamant),
- De adjunct algemeen directeur (Curando),
- Stafmedewerkers (Gid(t)s - Dominique Savio, Curando).

De informatie uit de gesprekken is aangevuld met gegevens uit geschreven bronnen, jaarverslagen en documenten op de respectievelijke websites. Hierbij is geen volledigheid nagestreefd, we voerden een selectie van relevante informatie door in functie van het thema kennisdiffusie en innovatie.

Ter informatie zijn in bijlage de organigrammen van de cases opgenomen en ook de lijst van topics die werd gebruikt om de gesprekken in de organisaties en bedrijven te voeren.

5.1 De Wingerd: kleine participatieve woonvorm

De Wingerd maakt deel uit van Woonzorgnet-Dijleland, een vzw die vier woonzorgcentra overkoepelt.

De Wingerd beheert 25 zorgflats en kleinschalig genormaliseerde woningen voor dementerenden, twee centra voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf en een lokaal dienstencentrum. Een Grand Café zorgt er voor dat familie en bezoekers zoveel als mogelijk de thuisband kunnen aanhouden. De zorgflats bieden een woning met ondersteuning aan negen echtparen met een dementerende partner. Men woont zelfstandig met begeleiding en zorg op maat. Het woonzorgcentrum De Wingerd telt 16 kleinschalige woningen voor telkens 8 personen. Samen biedt het woonzorgcentrum plaats aan 128 personen. De Bezelaer en De Wijnstok zijn centra voor dagverzorging met mogelijkheid om 24 bezoekers te ontvangen. De Druivelaar is een Centrum voor kort verblijf (CKV) en kan 10 gasten voor een kort verblijf opnemen.

Een 65-tal vrijwilligers komen zich regelmatig op verschillende terreinen inzetten in de woningen voor het begeleiden van maaltijdmomenten, activiteiten en uitstappen en voor activiteiten in het lokaal dienstencentrum Wijnveld.

De Wingerd werkt sinds zijn ontstaan in 1983 volgens het concept van het Kleinschalig Genormaliseerde Wonen. In dit concept is de focus gericht op het zoveel mogelijk aansluiten bij de normale thuissituatie en wooncontext. De bedoeling is om de persoon met dementie hetzelfde wooncomfort als thuis te geven. De woongroepen zijn dan ook beperkt tot maximum acht personen.

In 2015 is De Wingerd geïncorporeerd binnen de fusie Woonzorgnet-Dijleland vzw (WZND). Woonzorgnet-Dijleland bestaat uit De Wingerd, Dijlehof, Ter Meeren en Keyhof. De fusie dient een dubbel doel, enerzijds het ondersteunen van kwaliteit en innovatie en anderzijds beter opgewassen zijn voor de komende uitdagingen in de ouderensector.

Voor de fusie werd al sterk samengewerkt met de drie andere woonzorgcentra, vooral op de praktische organisatiedomeinen (boekhouding, personeel, enz.) en door participatie in de respectievelijke raden van bestuur. Omdat de niet-zorggebonden taken aan btw-tarieven geleverd moeten worden is gezocht naar een structuur die efficiënter en economischer werken toelaat.

Bij de fusie is gekozen voor een vzw-structuur die ondersteund wordt door een cvba voor de diensten die aan externen geleverd worden: consulting en advies aan initiatiefnemers van assistentiewoningen.

Bij de fusie is een gezamenlijke strategie, missie en visie uitgewerkt want de fusie is in eerste instantie inhoudelijk gestuurd. Er is een gemeenschappelijk beleidsplan opgesteld dat diepgaand besproken is op beleidsdagen om een breed draagvlak te realiseren. Voor de arbeidsorganisatorische vernieuwingen wordt een beroep gedaan op de ondersteuning van Flanders Synergy. Drie van de vier zorgcentra gaan werken volgens het model van kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie. Het is de bedoeling om een gezamenlijke en open organisatiecultuur uit te bouwen. Hiertoe zijn in 2015 enkele gezamenlijke initiatieven genomen:

- Competenties en talenten in kaart: functieomschrijvingen en ontwikkelingsgesprekken.
- Leren is onze kerncompetentie: opleidingsaanbod op maat en een gevarieerd vormingsprogramma met introductiemodule, basis- en verdiepende modules.
- Logo: gemeenschappelijk woordlogo, individuele icoontjes.

De Wingerd werkt ook mee aan het Expertisecentrum Dementie Vlaams-Brabant, Memo.

5.1.1 Missie en visie

Op de website wordt de opdracht als volgt geformuleerd. *‘Een huis aan de rand van de stad waar personen met dementie omringd zijn met elkaar ... op weg zijn ... zoekend naar vormen van levenskwaliteit vanuit ieders belevingswereld en levensverhaal.’*

Het doel is zoveel als mogelijk een thuiscontext te creëren.

De visie op de zorg voor ouderen sluit aan bij de collega zorgcentra zoals beschreven in het handboek Kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie (Spruytte et al. , 2016) en bij ideeën zoals ontwikkeld in het boek ‘Zie de mens’ (Keirse, 2015).

In het handboek Kleinschalig wonen worden de verschillen met de woonzorgcentra opgenomen en het belangrijkste verschil is dat vele kenmerken van kleinschalige zorg essentiële kenmerken zijn, waar die in klassieke woonzorgcentra eerder randvoorwaarden zijn. Opvallend is bijvoorbeeld het bewoners-gecentreerd en participatief werken, wat bij kleinschalig wonen essentieel en bij gewone zorgcentra een randvoorwaarde is.

In ‘Zie de mens’ wordt een oproep gedaan om de fragmentatie een halt toe te roepen en de waardigheid van mensen centraal te stellen. Waarachtig met elkaar omgaan is zorg dragen voor anderen, is inclusieve zorg voor ouderen, in een inclusieve samenleving. Die inclusieve gedachte ligt mee aan de basis van de oprichting van De Wingerd.

5.1.2 Innovatie

De visie op innovatie is in de Wingerd gericht op organisatie-breed de kwaliteit verhogen, participatief en met oog voor disseminatie in de zorgsector.

- Innovatie ligt in het verlengde van het streven naar kwalitatieve zorg en wordt ook met dat doel ingezet. Innovatie moet een kwaliteitsverschil maken in de richting van een betere levenskwaliteit van de personen met dementie. Innovatie kan gerealiseerd worden door nieuw producten of diensten, maar ook door de vernieuwing van de organisatie en het dienstenmodel.

- Innovatie ontstaat altijd participatief met bewoners en personeel, ondersteund door net- en samenwerken met externen.
- Kennisdiffusie is de voedingsbodem van innovatie en De Wingerd wil actief meewerken aan het breed verspreiden van innovaties in de sector.

Innovatie is in de praktijk sterkt gelinkt aan het feit dat de Wingerd pionier en voortrekker is van het kleinschalig wonen in woonzorgcentra, meer bepaald het kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie. In een appartementsbouw voor acht personen met elk een eigen kamer is er een gemeenschappelijke woonkamer, salon, keuken, tuin en inkom. In de bouw en in het dagdagelijks leven worden de principes van het thuiswonen toegepast. De Wingerd wil hier niet alleen pionieren, maar graag ook kennisdelen.

In de werking wordt volgende definitie gehanteerd *‘Kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie is een woon- en zorgvorm waar minimaal zes en maximaal zestien personen, met professionele ondersteuning, begeleiding en verzorging (waar mogelijk aangevuld met de hulp van mantelzorgers en/of vrijwilligers), samen een huishouden vormen in een voor de bewoner herkenbare woon- en zorgomgeving die zo nauw mogelijk aansluit bij zijn of haar thuissituatie. Het kleinschalig en genormaliseerd wonen staat niet los van de onmiddellijke woon- en leefomgeving. Het is bouwkundig en/of sociaal aantoonbaar geïntegreerd in de omringende wijk of gemeente’* Het woonzorgmodel ‘Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie’ is uitgebreid beschreven door onderzoekers van LUCAS (Spruytte et al. , 2016). In de publicatie wordt het concept voorgesteld en geïllustreerd met voorbeelden waarbij de innovatoren van het model centraal staan.

Het concept is een theoretisch model met zes principes die elkaar versterken: kleinschalig, integratie, participatie, zorg op maat, kwaliteit van relaties, tussen autonomie en geborgenheid.

- Kleinschaligheid wordt gerealiseerd door de kleinschalige woonvorm en is vervat in normalisatie. Normalisatie verwijst naar een normaal dagritme, weekritme, jaarritme. Ook een normale levenscyclus en zelfbeschikking en ontwikkelen van seksuele relaties maken daar deel van uit. Verder wordt gebruik gemaakt van economische standaarden en faciliteiten.
- Deelname aan activiteiten in de buurt wordt gestimuleerd en maakt zo een brug naar de directe omgeving. In het Lokaal Dienstencentrum Wijnveld kan iedereen terecht voor ontmoeting, ontspanning, informatie, vorming en dienstverlening. Zo wordt een sociaal netwerk opgebouwd waarbij het algemeen welzijn, de levenskwaliteit en de zelfredzaamheid van de bewoners kan ondersteund, bevorderd en verbeterd worden.
- Waardigheid en respect voor het individu, aangepast aan de leeftijd van de persoon en met inbegrip van sociale participatie, maken wezenlijk deel uit van de filosofie van ‘genormaliseerd’.
- Zorg op maat staat voor afstemming op individuele noden, rekening houden met het persoonlijk levensverhaal en een flexibele aanpak.
- Kwaliteit van leven gaat ruimer dan ‘niet-ziek-zijn’ en wordt gemeten met reacties van familie en vrienden, waarmee ook gestreefd wordt naar kwaliteit van relaties.
- Een evenwicht tussen autonomie en geborgenheid zorgt voor veiligheid en comfort.

Sinds de jaren '90 wordt kleinschalig genormaliseerd wonen als woonzorgmodel steeds verder uitgebouwd. Op dit moment loopt een project om dit model te ontwikkelen op maat van jongdementie. Hiervoor is geld uitgetrokken en een projectsubsidie aangevraagd. Concreet

worden zorgverleners vrijgemaakt om dit project uit te werken. Er is projectgeld voor twee jaar en er wordt een aparte wooneenheid voorzien. Het budget is samengesteld uit eigen geld, geld van de overheid, van het Algemeen Ziekenhuis en van de stad Leuven. Zorgcirkels moeten de jonge personen met dementie alert houden via eerstelijnszorg, zorgbegeleiding, een ontmoetingshuis, een woonunit, buddywerking en een ontmoetingsgroep.

Technologische innovaties zijn steeds functioneel met het oog op het creëren van een ‘thuis-context’ en staan in het teken van het verhogen van de veiligheid én de vrijheid. Zo is er het gebruik van de armband met GPS-systeem, de telefoon met oproepsysteem, valdetectie en het gebruik van verzorgend wassen. Verzorgend wassen wordt enkel toegepast in specifieke situaties en op vraag van de bewoner of van de familie. Verzorgend wassen – met een washandje met speciale was liquide – is een alternatief als ouderen zich anders verzetten tegen dagelijks wassen of er geen tijd willen aan besteden. Bij terminale bewoners is het een comfortbehandeling. Over het gebruik van verzorgend wassen wordt uitgebreid gecommuniceerd met de bewoner en met de familie.

Andere innovaties zijn omvangrijker, zoals het project palliatieve zorg en pijndetectie (KU Leuven en LUCAS). Ook de digitalisering van informatie staat hoog op de agenda. Het zorgdossier wordt geïnformatiseerd, samen met Gasthuisberg, Care solution en andere woonzorgcentra in de regio. Het loopt als een proefproject en wordt gesubsidieerd door het Agentschap Zorg en Welzijn. Het eindresultaat, een elektronisch transferdocument, is bedoeld om gedeeld en gedissemineerd te worden.

Onderstaande projecten waren lopend in 2015 (Robberechts, 2016)

▀ Werkingsprincipes kleinschalig genormaliseerd wonen

De werkingsprincipes van kleinschalig genormaliseerd wonen worden permanent geactualiseerd in het Netwerk Kleinschalig Genormaliseerd Wonen van 17 woonzorgcentra in Vlaanderen die hierover kennis en ervaring delen en zich gezamenlijk naar de overheid profileren.

▀ Dag van de Zorg

In 2015 is actief deelgenomen aan de Dag van de Zorg (opendeurdag in de Vlaamse welzijns- en gezondheidsorganisaties) met het oog op het delen van kennis over kleinschalig genormaliseerd wonen en over zorgtrajecten. Kennisdiffusie wordt door Woonzorgnet-Dijleland als een belangrijke opdracht gezien.

▀ Geknipte inspiratie

In dit project is een kappersboek op maat van 80+ers opgemaakt door de kappers en bewoners van de vier woonzorgcentra. Het kappersboek is een ondersteuning voor het respectvol omgaan met de bewoners en het behoud van hun waardigheid.

▀ Participatieve keuze van een nieuw uurroosterpakket

In de vier woonzorgcentra was nood aan een nieuw softwarepakket voor de opmaak van uurroosters. De keuze is gemaakt in een gezamenlijk en participatief project met de betrokken werknemers.

▀ Actief op sociale media

In 2015 is een facebook aangemaakt die ondertussen al 600 ouderen, familieleden, mantelzorgers, studenten, burens en kennissen als volgers heeft. Facebook ondersteunt de principes van transparantie en open communicatie.

▀ Partner in Memo, Expertisecentrum Dementie

Als partner in het Expertisecentrum Dementie Vlaams-Brabant werkt De Wingerd actief mee aan het verzamelen en verspreiden van specialistische informatie en advies over dementie aan referentiepersonen. Zo is, samen met Memo, in 2015 een psycho-educatiepakket 'Dement en nU' voor mantelzorgers ontwikkeld en een ontmoetingsgroep voor personen met beginnende dementie opgericht. Memo ontwikkelde – in samenwerking met de partners - het concept en de financieringsaanvragen voor de zeven zorgcirkels rond jongdementie: eerstelijnszorg, zorgbegeleiding, ontmoetingshuis, woonunit, buddywerking en ontmoetingsgroep voor personen met beginnende jongdementie en vorming.

Vanuit het expertisecentrum worden diverse workshops en studiedagen georganiseerd: kennismaken met reminiscentie, comfortzorg, dementie en het lerend vermogen, creatief omgaan met agitatie en agressie bij personen met dementie, eetproblemen en slikstoornissen, dementievriendelijke woonomgeving, enz.

▀ Thuis ondersteunende Diensten

In het revaliderend kortverblijf in De Wingerd is een aangepaste revalidatiemethodiek ontwikkeld voor het behandelen van fracturen bij personen met dementie zodat een terugkeer naar huis nog mogelijk is. De klassieke revalidatie is immers meestal onvoldoende om nog thuis wonen mogelijk te maken.

In het dagcentrum is een opdeling gemaakt in twee groepen waarbij het de bedoeling is om de activiteiten beter te kunnen laten aansluiten bij de mogelijkheden van de bezoekers. Hierdoor is de participatie spectaculair toegenomen en wordt beter aangesloten bij de individuele behoeften.

▀ Ondersteuning van het lerend vermogen

De Wingerd is op zoek gegaan naar aangepaste leervormen voor personen met dementie. Door de juiste leervorm te gebruiken – foutloos leren, associatieleren, emotieleren en operant leren – kunnen mensen met dementie nog nieuwe vaardigheden aanleren. Vaardigheden zoals de dagdagelijkse taken in een huishouden ondersteunen de waardigheid van de personen.

▀ Laagdrempelig aanbod aan prikkels

Klassieke prikkels zoals relaxatiebaden kennen een hoge drempel, zowel voor bewoners als voor verzorgenden. Een prikkel gestuurde kamer met muziektherapie, waterbed, aangepaste verlichting en projectie van beelden maakt het een pak gemakkelijker om de bewoners te activeren. De Zenso Cocoon - zoals de kamer noemt - staat altijd open en kan gebruikt worden door bewoners en bezoekers. Bijkomend is dit een hulp bij momenten van moeilijk handelbare personen en ondersteunt dit de relatie met de familie.

▀ Integratie in de buurt

Een informatiebrochure van het lokaal dienstencentrum Wijnveld geeft een agenda van de geplande activiteiten in de buurt en maakt zo een brug naar de directe omgeving.

5.1.3 Kleine participatieve woonvorm

De focus in deze casestudie van het model van kleinschalig genormaliseerd wonen wordt gericht op de speciale aandacht voor de participatie van de familie van de bewoners en van de medewerkers. De participatie van zowel de zorgvrager en/of de familie als van de medewerkers is een belangrijke toegevoegde waarde – zo niet essentieel - om het woonmodel te realiseren. Het doel is om een dynamiek zoals thuis te realiseren.

De filosofie achter de actieve participatie is dat een bottom up doorstroom van ideeën naar de directie de beste garantie is om barrières tussen de verschillende betrokkenen te vermijden. De

families van de bewoners werken samen met de zorgcoaches en de zorgcoördinatoren om de zorgvragen te vertalen naar zorgbeleid.

Om een familiale of huiselijke context te scheppen is engagement en vertrouwen nodig zoals dat ook in familieverband kan bestaan. Er is nood aan veel communicatie, open samenwerking en engagement.

Om de huiselijke sfeer zoveel mogelijk te benaderen is recent gekozen om de grotere woongroepen van 16 bewoners op te splitsen tot twee kleinere groepen van acht bewoners. Deze kleinere groepen bieden meer mogelijkheden tot een huiselijke sfeer, rust en onderlinge steun en geborgenheid.

■ Participatie van de familie

In het woonzorgcentrum is er dagdagelijkse participatie van de familie en zijn verschillende participatie- of familieraden actief. De familie kan ook op elk moment binnenkijken in het reilen en zeilen van de woonunit en dat heeft zo een directe impact op de organisatie en werking. De familie wordt als het ware uitgedaagd om zoveel mogelijk zelf initiatieven te nemen en voorstellen te doen. De Wingerd is geen hotel, maar bewust gericht op samen het woonverhaal schrijven.

Familieleden hebben onbeperkt toegang tot de woning en beschikken over een sleutel zoals dat ook in de thuissituatie was.

Familieleden worden actief uitgenodigd om deel te nemen aan het leven in de wooneenheden en te participeren in de activiteiten van de bewoners. De activiteiten gaan van koffie met gebak, over comfort- en verwenactiviteiten zoals in de speciale zenruimte of snoezelruimte, tot kleine en grotere uitstapjes.

Familieleden engageren zich in vrijwilligerswerk naargelang hun mogelijkheden en interesses, er is geen enkele druk in welke richting dan ook. Het vrijwilligerswerk overstijgt de individuele betrokkenheid bij het familielid en is een ondersteuning voor het woonzorgconcept van kleinschalig wonen. Het kan gaan van koken voor de woongroep tot mee onderhouden of verfraaien van het gebouw.

De participatie van medewerkers en familie bij de recente verbouwingswerken is hiervoor extra illustratief. Tijdens de verbouwing werden containerwoningen ingezet en zowel bij de verhuizing als om de tijdelijke woningen gezellig in te richten waren veel handen en creatieve ideeën van groot belang. Het ganse proces gebeurde in nauw overleg en samenwerking met de familie, hun steun was cruciaal. De verhuis naar de containerwoningen en de terugkeer naar de vernieuwde woning werden gezamenlijk voorbereid. Er is uitgebreid gediscussieerd over hoe dit best kon gebeuren. Ook over de kamerkeuzes en de nieuwe samenstelling van de bewonersgroep is overleg geweest: welke bewoners willen graag samen, waar kan het moeilijk zijn.

De bewonersadviesraden voor de kleinschalige woningen, de groepswoningen en de zorgflats komen in principe twee keer per jaar samen of op verzoek van één der leden. Er is één bewonersadviesraad voor de site van De Wingerd. Op de agenda staan de punten die bij wet zijn vastgelegd, zoals de klachtenbehandeling en tarieven, maar de agenda is ook open voor variapunten.

Naast bewonersadviesraden kunnen er per wooneenheid familieavonden georganiseerd worden rond bepaalde aspecten van het woonconcept en de wensen van bewoners en familie.

De bezoekersadviesraad voor de thuis-ondersteunende diensten, het dagverzorgingscentrum en kort verblijf, komt in principe twee maal per jaar samen. Omwille van de psychische toestand van de bewoners, zetelen er in deze participatieraden enkel familieleden en vertegenwoordigers van

de bewoners en bezoekers. Daarnaast kunnen naargelang het onderwerp van bespreking ook artsen of medewerkers uitgenodigd worden om deel te nemen aan de vergadering.

Alles bij elkaar kaderen bovenstaande engagementen van de familie in een uitgebreide structuur van participatiemomenten: activiteiten samen met de bewoners, uitwisseling van informatie op avonden met familiegetuigenissen, nieuwjaarsrecepties en culturele samenkomsten (muziek & dementie), themalezingen van experts, enz. Het is voor de familie zowel recreatief, cultureel als vormend.

▀ Participatie van de medewerkers

Het idee van actieve participatie van de medewerkers bij het uitbouwen van de kleine genormaliseerde woonvorm heeft impact op alle aspecten van de tewerkstelling.

De gedachte van participatieve medewerkers wordt al meegenomen bij de rekrutering, selectie en introductie van nieuwkomers. Er wordt in de vacatures aangegeven dat met een kleinschalig woonmodel wordt gewerkt en bij de selectiegesprekken wordt dieper ingegaan op het verwachte engagement. Medewerkers moeten het concept van kleinschalig wonen aankunnen. Van medewerkers wordt verwacht dat ze bereid zijn blijvend te leren en dat ze zorgdragen tot kern van het werk maken. Nieuwkomers moeten dan ook meer dan gemiddeld in andere woonzorgcentra begeleid worden.

Alle medewerkers hebben een directe participatie in het uitbouwen van deze kleinschalige woonvorm, dagdagelijks bij de vele beslissingen en keuzes die gemaakt worden met en voor de bewoners en de familie. Er wordt in team gewerkt en voortdurend ingespeeld op nieuwe situaties. Zorgcoaches moeten in deze context multi-inzetbaar, flexibel en zo polyvalent mogelijk zijn, goed kunnen overleggen en van aanpakken weten. Als een bewoner tot 12u wil slapen moet dat kunnen en iemand zal dan aangepast moeten voorzien in de zorg en de maaltijden. Medewerkers moeten ook aan de slag kunnen gaan met de vragen van de familieleden.

De participatie van de medewerkers is ook structureel verankerd in overlegmomenten, in opleiding en vorming.

Het intern overleg tussen de teamleden van een woonunit verloopt in lijn met de problemen en de vragen die zich stellen. De afspraken zijn transparant en flexibel in de zin van een dynamische werkverdeling. Overleg tussen teams is meer complex en gebeurt eerder op vergadermomenten of met email. In dit kader is de coördinatietak van de zorgcoördinator zeer belangrijk. Hij of zij moet er voor zorgen dat alle vragen, problemen, voorstellen en informatie goed gecommuniceerd worden. Een interessante vorm van overleg is het huiskameroverleg, heel praktisch en met een vaste frequentie. Om de zes weken wordt een drietal uur uitgetrokken om als nodig samen met artsen de woongroep te bespreken.

De opleiding en permanente vorming van de medewerkers neemt een centrale plaats in. De Wingerd werkt hiervoor intensief samen met MENO. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw en de regionale expertisecentra dementie zijn erkend als partnerorganisaties binnen het woonzorgdecreet en worden ondersteund door de Vlaamse overheid. MEMO houdt de vinger aan de pols voor nieuwe expertise over personen met dementie, hoe ermee omgaan, hoe communiceren met de familie, hoe ondersteuning geven, enz. Deze informatie vloeit in De Wingerd via diverse info- en opleidingsmomenten tot in de woningen. Zorgcoördinatoren informeren de zorgcoaches of medewerkers, referentiepersonen halen hun expertise bij MEMO. In het ganse opleidingsgebeuren wordt ook veel gebruik gemaakt van getuigenissen van familieleden, zij zijn ervaringsdeskundigen in deze materie.

5.1.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Zeer belangrijke informatiebronnen zijn de kenniscentra (LUCAS, Gasthuisberg), de medewerkers, de familie van personen met dementie, literatuur en de deelname aan talrijke projecten.

De Wingerd kiest voor een vlakke organisatiestructuur en een participatie in het beleid van verzorgenden, de bewoners en de familie. In de beschrijving van de case Kleine participatieve woonvorm is uitgebreid ingegaan op de betrokkenheid van de (familie) bewoners en van de medewerkers.

Kennisdelen met externen gebeurt met een ruimere groep van woonzorgcentra in de regio. De Wingerd participeert in Brandpunt Brabant en Zorgnet en ontvangt regelmatig (dikwijls op vraag van Gasthuisberg) binnen- en buitenlandse collega's. Er is een structurele praktische samenwerking met het Wit Gele Kruis, Thuisverpleging Meerdael, Landelijke thuiszorg, Familiehulp en OCMW Leuven. Bij het kennisdelen en de samenwerking met social profit organisaties gaat het voornamelijk over de kwaliteit van de zorg of over personeelszaken. Er is een intensieve samenwerking met de KU Leuven en het onderzoekscentrum LUCAS op vlak van innovaties in de zorg voor ouderen algemeen en dementerende ouderen in het bijzonder. Op dit moment zijn er plannen om zich ook te richten op 'jong' dementerenden. Lucas is hét expertise centrum i.v.m. het wetenschappelijke en theoretische concept en de praktische realisatie ervan. De Wingerd werkt samen met een twintigtal scholen en opleidingsinstellingen voor het begeleiden van stages en eindwerken.

Op de website vinden we volgend overzicht van samenwerkingsverbanden.

Figuur 3 Partners in zorg bij De Wingerd

Samenwerkingsovereenkomsten met:

- UZ Gasthuisberg
- Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart
- UPC Sint-Camillus

Lid van:

- Zorgnet Vlaanderen
- Brandpunt Ouderenzorg Vlaams-Brabant
- OOR (Ouderenoverleg regio Leuven)
- Initiatiefgroep Kleinschalig Wonen Nederland
- Netwerk Kleinschalig Genormaliseerd Wonen in Vlaanderen
- Partners in zorg met volgende woonzorgcentra in Vlaanderen:
- Groep Gasthuiszusters, Antwerpen
- Sint-Bernardus, Bertem
- Reagina Coeli, Brugge
- Sint-Anna, Bulskamp
- De Bijster, Essen
- Huis Perrekes, Geel
- Gulle Heem, Gullegem (Wevelgem)
- Mater Dei, Heikruis (Pepingen)
- Ten Kerselaere, Heist op den Berg
- Heilig Hart, Kortrijk
- Lichtendal, OCMW Kortrijk
- OCMW Leuven
- Lindelo, Lille
- Floordam, Melsbroek

Evenals LUCAS (KU Leuven) en vele andere organisaties in binnen- en buitenland, waarmee goede contacten onderhouden worden

Er is ook samenwerking met commerciële bedrijven, maar dan vooral op puur zakelijke basis. De IT-partner Myrtus is een deelbedrijf van Armonea, de samenwerking is zuiver commercieel. Het feit dat een beroep kan gedaan worden op een relatief grote speler verhoogt de kwaliteit van de software. De apotheek waarmee wordt samengewerkt is een klassiek pharmabedrijf. Pharma Force is een apotheekgroep die gespecialiseerd is in het leveren van medicatie aan instellingen zoals woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, serviceflats en psychiatrische centra. Sodexo verzorgt het eten. Care solution is betrokken bij het E-zorg dossier. King levert de onderhoudsproducten en andere leveranciers zijn divers, afhankelijk van wat nodig is. In de toekomst verwacht men dat de samenwerking met commerciële initiatieven zal toenemen omdat bij een zich gedeeltelijk terugtrekkende overheid, er meer financiële middelen op commerciële wijze zullen moeten gewonnen worden. De Wingerd bereidt zich voor om onafhankelijker van de overheid te werken.

5.1.5 Drempels en triggers voor innovatie

De belangrijkste drempel voor innovatie zit enigszins in de woonvorm zelf ingebakken. De Wingerd wil het zorgmodel 'kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie' graag delen, maar het is een relatief duur zorgmodel en heeft een kwetsbare arbeidsorganisatie.

▀ Drempels

Relatief duur, maar niet het duurste model van de sector. De kostprijs wordt vooral bepaald door de personeelsbezetting, één verantwoordelijke per woning van acht, en de personeelskost is ook

hier de zwaarste kost. Tot 80% van het budget gaat naar het verlonen van de werknemers. Er wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke aanwezigheid op de werkvloer, waardoor de overhead beperkt moet worden gehouden en er een vlakke structuur wordt nagestreefd (aantal personeelsleden in de vier woonzorgcentra: 446, waarvan 15 leidinggevenden). Ook bouwtechnisch is dit een relatief duur verhaal, elke woning heeft een voordeur en er is geen (of veel minder) schaalvoordeel te halen. Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie is een totaalconcept, waardoor de drempel om te starten meteen heel hoog is.

Het is een kwetsbaar model op vlak van arbeidsorganisatie omdat één persoon (relatief) polyvalent wordt ingezet in een woning en bij plotse afwezigheid er geen taken zomaar kunnen herverdeeld worden. Deze woonzorg vraagt een andere inzetbaarheid van het personeel. Daar waar in de traditionele woonzorgcentra veelal gekozen wordt voor taakdifferentiatie, voor elke functie is dan een andere persoon nodig, kiest De Wingerd voor taakintegratie. Het personeel moet hier meerdere taken en functies kunnen uitoefenen. Het geïntegreerd werken betekent dat de logistiek ook maaltijden moet kunnen verzorgen en dat de verpleegster ook soep moet opwarmen. Iemand moet immers voltijds de verantwoordelijkheid nemen over een wooneenheid. Deze woonvorm is dan ook meer dan gewoonlijk afhankelijk van het commitment van het personeel. Het personeel moet 100% achter het model staan of het werkt niet. De belangrijkste drempel ligt dus in het ambitieus concept: duur en kwetsbaar.

▀ Triggers

De triggers om te innoveren zitten in de definitie van innovatie: 'betere zorg in samenwerking met de betrokkenen'. Bedreigingen, zoals bijvoorbeeld de wijzigingen in de financiering, worden omgezet in uitdagingen en samenwerkingsverbanden.

Vanuit die zorg worden permanent nieuwe ideeën informeel uitgewisseld en hebben deze ook structureel een plaats op het wekelijks overleg. Zo worden medewerkers een bron van innovatie en een stimulans om permanent te verbeteren.

Naast informele momenten zijn er de structurele overlegmomenten zoals de personeelsvergaderingen en de beleidsdagen. Kenmerkend in de werking van De Wingerd zijn de participatie van de medewerkers en het samenwerken en ervaringen delen met familie en vrienden van de bewoners.

Het uitbouwen van een open relatie met familie en vrienden van bewoners is een belangrijke trigger voor innovatie. De relatie tussen bewoners en hun familie wordt in het woonzorgcentrum actief ondersteund met bijvoorbeeld een Zen-ruimte, Zenso Cocoon, waardoor de medicatie kan dalen en de rust het welbevinden van bewoners verbeteren. Hierbij is ook ondersteuning vanuit de zorgcirkels van belang.

De zich gedeeltelijk terugtrekkende overheid is naast een bedreiging ook een trigger, want door de financiële druk verhoogt ook de druk op innovatie. Zo wordt een bedreiging ook een kans.

Ook de fusie is een voedingsbodem voor het verspreiden van innovatie. Innovatie is het uitvergroten van verbeterstappen in kwaliteit van de zorg en deze delen met anderen in functie van de zorgvragers.

Terugkoppelend naar de motivatie waarmee het project in de Wingerd wordt uitgevoerd, kunnen we stellen dat de Wingerd graag haar kennis en innovaties met anderen deelt. Deze trigger is inherent aan de bewuste keuze voor kleinschalig wonen.

5.1.6 Rol van de overheid

De belangrijkste vragen aan de overheid gaan om ondersteuning van de diverse aspecten van de werking en organisatie van kleinschalig wonen voor personen met dementie.

- ▀ Het vaststellen van minimum aantallen voor verzorging is aannemelijk, maar de kwalificatiebepalingen maken een alternatieve organisatie moeilijk. De noodzakelijke functies zijn zo vastgelegd voor bepaalde zorgtaken dat het werk in teamverband bemoeilijkt wordt.
- ▀ Ook de stopzetting en wijzigingen in subsidiëringen van accommodatie maken het moeilijk voor deze woonvormen. Het zal noodzakelijk blijven om de wooncomponent te blijven subsidiëren door de overheid, los van de zorgcomponent.

Samengevat gaat het onder meer om de behoefte aan informatie en ondersteuning bij het personeelsbeleid en om een haalbare regelgeving en financiering.

5.2 Curando: implementatie van verzorgend wassen

Curando is opgericht in 2014 als een fusie van vzw Bejaardenzorg met vzw Cura, een vzw voor thuisverpleging en assistentiewoningen, beide van de congregatie O.L.V. van 7 Weeën Ruiselede. De nieuwe structuur heeft een nieuw bestuur, missie, visie en strategie. Het nieuw bestuur bestaat uit mensen met verschillende vooropleidingen: juristen, economen, zorgdeskundigen, enz. De bedoeling is om een bestuur te hebben met de verschillende competenties die voor integrale zorg nodig zijn, gelinkt aan de missie en visie en met ervaring in het ondernemerschap. Het dagelijks beheer is in handen van een algemeen directeur, een adjunct-directeur, zes departementsdirecteurs (bouw, financiën, facilitair, administratie/communicatie, HRM en processen) en vijf directeurs voor de regionale zorgzones.

Met de fusie gaat een grondige reorganisatie van het totale zorgaanbod gepaard. Curando biedt het zorgaanbod op geïntegreerde wijze aan in vijf woonzorgzones in het oosten van West Vlaanderen. Het compleet zorgtraject bestaat uit zeven zorgformules:

- 5 diensten thuisverpleging,
- 3 lokale dienstencentra,
- 5 dagverzorgingscentra,
- 5 kortverblijfcentra,
- 2 centra voor herstelverblijf,
- 6 centra voor assistentiewoningen,
- 8 woonzorgcentra.

De zeven diensten bieden een schakel van zorg aan huis tot verblijf in een woonzorgcentrum. Streefdoel is om alle zeven zorgformules in alle woonzorgzones uit te bouwen.

De vijf woonzorgzones situeren zich in volgende regio's:

- Curando Noord (regio Brugge Noord tot de kuststreek),
- Curando West (regio Centrum Brugge tot Sluis, Torhout en Gistel),
- Curando Oost (regio Beernem tot Maldegem, Aalter, Wingene en Zwevezele),
- Curando Midden (regio Ruiselede-Dentergem tot Roeselare, Zulte en Deinze),
- Curando Zuid (regio Zwevegem, Deerlijk, Anzegem tot Waregem).

Geïntegreerde zorg betekent ook dat een zorgvrager bij een eerste contact niet onmiddellijk uit het aanbod kan kiezen, maar met de sociale dienst een traject doorloopt waarbij alle mogelijkheden op tafel komen en er in overleg met de zorgvrager gekozen wordt voor een oplossing die zo dicht mogelijk bij de wens van de bewoner en diens familie staat.

De vzw Curando plant voor volgende jaren een verdere uitbouw van de zeven zorgdiensten. Op de planning zijn volgende initiatieven vastgelegd.

- De verdere uitbouw van geïntegreerd zorgaanbod in de vijf woonzorgzones, kwantitatief en kwalitatief.
- Inspelen op specifieke noden in de thuissituatie met onder andere de uitbouw van de thuisverplegingsdienst Cura in elke woonzorgzone en met de oprichting van bijkomende Lokale Dienstencentra en Dagverzorgingscentra.
- Wetenschappelijk onderbouwde innovaties en hun implementatie van zorgtechnieken (bv. verzorgend wassen), producten (bv. matras- en kussenvertrekken) en diensten (bv. analyse van het medicatieverbruik van bewoners).
- Nieuwe dienstverleningen aan medewerkers en vrijwilligers (bv. was- en strijkdiensten).
- Zorgen voor kwaliteitsvolle voeding.
- Bouwprojecten naar hedendaagse normen en verwachtingen.
- Uitbouw van vrijwilligerswerking

Alle initiatieven staan in functie van een geïntegreerd zorgaanbod en dit binnen elk van de vijf zorgregio's. De zeven zorgdomeinen moeten zoveel mogelijk voorzien zijn of er moeten alternatieven bestaan (doorverwijzing & samenwerking).

Vzw Curando heeft 900 medewerkers en 450 vrijwilligers, voor een dienstverlening aan 2.000 tot 2.500 potentiële zorgvragers.

5.2.1 Missie en visie

De missie en visie zijn goedgekeurd door de raad van bestuur. Curando vertrekt in zijn missie bewust vanuit de katholieke traditie om een 'bezielde en menslievende' zorg aan huis of dicht bij huis te bieden. De dienstverlening verloopt daarom in dialoog met de zorgvragers, de zorgverleners, de vrijwilligers en de familie. Curando is lokaal en regionaal verankerd en gericht op innovatie en op geïntegreerde dienstverlening. Het persoonlijk geluk van zowel zorggenieter als verzorgende staat centraal.

In de zorgvisie vertrekt Curando vanuit een katholiek & ethisch fundament waarbij in de algemene zorgpraktijk, met bijzondere aandacht voor levenseindezorg, steeds specifieke ethische overwegingen gelden zoals bijvoorbeeld bij fixatie en kunstmatige voedsel- en vochttoediening.

De zorg die Curando wil bieden is integraal en legt de nadruk op zolang mogelijk zelfstandig kwalitatief wonen met aangepaste hulp.

Naast zorg voor de personen die op Curando een beroep doen is er ook aandacht voor hun naasten en voor de kwaliteit van het werk van de medewerkers.

5.2.2 Innovatie

De focus van deze casestudie is gericht op de implementatie van 'verzorgend wassen' en daarbij zijn drie betrokken partners: Curando, Odisee en SCA. Innovatie kan maar ontstaan wanneer

mensen samenwerken, implementatie is er de essentie van. We nemen hier van elk de eigen visie op innovatie mee.

- ▀ Volgens Curando zijn alle domeinen van de werking van Curando gevat in innovatie. Innovatie gaat zeker niet alleen over producten, maar evenzeer over het dienstenaanbod of -model. Zeker nu met de evolutie naar een integrale zorg is de integratie van de zorg en van de Thuiszorg Ondersteunende Initiatieven (TOI's) een cruciale vorm van innovatie. Innovatie moet participatief gebeuren en gericht zijn op een brede maatschappelijke valorisatie.
- ▀ Voor de gesprekspartner in Odisee is innovatie meer dan een nieuw product of dienst of proces. Er is geen innovatie als de implementatie ontbreekt of als deze onvoldoende evidence based is. Als er geen verbetering in de zorg is, is er geen sprake van innovatie. Innovatie dient altijd bekeken te worden in de specifieke context. Liefst gaat het om een kleine verbetering met een grote impact.
- ▀ SCA is een Zweedse groep met internationale uitstraling, die vanuit hun visie op zorg, een positieve bijdrage wil leveren op de kwaliteit van het dagelijks leven. SCA realiseert dit door middel van een sterke betrokkenheid met de zorgsector, door innovatieve concepten te ontwikkelen met aandacht voor milieu en duurzaamheid en door gebruik te maken van interne en externe informatie- en kennisbronnen. In het bedrijf heerst een participatieve cultuur waarin werknemers actief betrokken worden bij verbeteringen in producten, processen en andere aspecten van bedrijfsvoering. Innovatie staat niet per definitie voor nieuw, wel voor 'andere en betere oplossingen voor noden of behoeften – producten of processen – van de zorgvrager en de verzorgende'. Het kan gaan om producten, maar evenzeer om diensten en processen. De innovatie ligt in het resultaat: een verbetering voor de zorgvrager en verzorgende. Innovatie is ook de hoofdmotor van de toekomstverkenningen die regelmatig georganiseerd worden rond de vraag hoe de zorgproducten en –processen gebruikersvriendelijk gemaakt kunnen worden zonder aan kwaliteit in te boeten of beter nog te vergroten.

De innovatie in de dagdagelijkse praktijk van vzw Curando is omvattend en in alle aspecten van de organisatie terug te vinden.

- ▀ Een belangrijke innovatie in het beleid is de verdere uitbouw van de zeven zorgdiensten in de vijf regio's. Het dienstenmodel van Curando wordt in de komende jaren verder aangepast aan de zorgvragen in de regio's.
- ▀ Recent zijn er verschillende innovatieve projecten opgezet die inspirerend kunnen zijn voor collega zorgcentra.
 - Het project Airbreeze is een samenwerking met Bekaert Deslee en betreft de ontwikkeling van een 3D weefselsysteem met pro-biotica (allergiebestendig). De nieuwe matras is uitgetest bij bewoners en verzorgenden. Vanuit de wetenschappelijke wereld was Odisee hogeschool Sint-Niklaas de partner in het onderzoek. Een ethische commissie volgt de testen op en de resultaten zijn positief voor het welbevinden van bewoners die van de 3D-structuur houden: minder zweten en meer comfort. Later komen nog testen op het slaapritme. Er zijn nog geen plannen om het naar de commerciële markt te brengen.
 - Het reminiscentieproject gaat de mogelijkheden en de effecten na van het oproepen van herinneringen bij bewoners met dementie. Het project loopt in samenwerking met Odisee Sint-Niklaas en UAntwerpen. Op 25 september 2016 zijn de resultaten voorgesteld op een studiedag. De verbetering zit hier in het ophalen van herinneringen waardoor de relatie tussen de bewoner en de medewerker meer betekenis krijgt.

- Het project medicatie-analyse is een samenwerking met apothekers, Odisee Sint-Niklaas en Curando om het medicatiebeleid door te lichten en kadert in een actieplan voor een accurater medicatiegebruik.

Opvallend is telkens de samenwerking met onderzoekscentra aan hogescholen/universiteiten want aan wetenschappelijke onderbouwing – evidence based – wordt veel belang gehecht.

5.2.3 Project verzorgend wassen

Innovatie kan nieuw zijn voor de markt, maar innovatie is ook wat nieuw is voor een organisatie. Zo wordt verzorgend wassen sinds 15 jaar courant toegepast in Scandinavische landen. Ook in Nederland is men al langer bekend met dit concept. In België heeft men in de woonzorgcentra lang de boot afgehouden. Curando is de eerste grote zorggroep die verzorgend wassen als volwaardig alternatief aanbiedt. Het innovatieve wasproces is daarenboven gepaard gegaan met een specifieke methodiek om de innovatie sociaal en praktisch acceptabel te maken.

Curando koos er voor om het implementeren van verzorgend wassen wetenschappelijk - evidence based – te onderbouwen. Het is deze wetenschappelijke methodiek van implementatie van verzorgend wassen die als focus van de casestudie Curando wordt beschreven. De methodiek van het project verzorgend wassen is als good practice methodiek ook al voorgesteld in de Kamer van Koophandel in Kortrijk.

Het project verzorgend wassen is een samenwerking met zowel de wetenschappelijke als met de commerciële wereld. Hogeschool Odisee in Sint-Niklaas begeleidde de implementatie met medische testgegevens, het bedrijf SCA - TENA (specialist in incontinentiezorg) nam de informatie- en communicatie-aspecten op zich en deed hierop opvolgingstesten.

Aan de basis (trigger) van het project verzorgend wassen ligt een rondetafelgesprek, georganiseerd door SCA - TENA met de bedoeling om na te gaan of er in Curando zorgbehoeften of zorgprocessen waren die door hun producten of diensten konden ondersteund of verbeterd worden. Kern van het rondetafelgesprek was de vraag waar de Curando-medewerkers nog tegen aanliepen tijdens de zorg. De ochtendstress – in enkele uren tijd moeten heel wat zorgtaken afgewerkt worden – bleek het meest prominent probleem. De vraag was dan welk product of dienst dit ochtendproces kon verbeteren zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit. Verzorgend wassen kon een alternatief bieden, het gebruik houdt voordelen in voor zowel bewoners (hygiënischer, minder omslachtig, beter voor de huid) als voor verzorgenden (tijdbesparing of meer tijd voor de globale zorg, minder tillen, minder complexe handelingen), maar nieuwe technieken botsen altijd op weerstand. Communicatie en informatie zijn hierbij van groot belang. Voor de implementatie van vernieuwing is in Curando standaard een informatieproces gangbaar, maar men wou de testperiode voor verzorgend wassen ook wetenschappelijk laten begeleiden. Hiervoor is een beroep gedaan op de afdeling verpleegkunde van de hogeschool Odisee. Samen met ook het bedrijf SCA - TENA is een aangepaste methodiek ontwikkeld van opzet of design van de implementatie, parallelle informatie/opleiding en evaluatie aan de hand van objectieve indicatoren.

Vooraf aan de implementatie is men in Curando nagegaan wat verzorgend wassen inhoudt en hoe dit kan aangeleerd worden, welke drempels en weerstanden er te verwachten zijn en welke invloed deze nieuwe techniek kan hebben op de arbeidsorganisatie. De positieve aspecten werden opgelijst (verhoogd comfort, verbetering van de huidconditie, meer tijd voor betere zorg, minder vermoeiend voor de bewoners, minder kans op kruisinfecties, minder zeepresten op de huid dan bij wassen aan een lavabo, betere hydratatie, betere washygiëne voor zorgvrager en zorgverleners, minder fysieke werkbelasting en beter werk op vlak van kwaliteit van de zorg) maar

ook de potentiële weerstanden tegen het product en de nieuwe methodiek van wasproces (kan je proper wassen zonder water, is dit geen besparingsronde, enz.).

Op basis van de verkregen gegevens is in Curando een informatie- en opleidingspakket gemaakt en een informatie- en overlegronde opgezet voor de zorgvragers, de familie en de werknemers. De informatie was vooral nodig om een aantal perceptieproblemen uit te klaren en afspraken te maken, zoals de deelname op vrijwillige basis en de wetenschappelijke monitoring en feedback. Zowel de zorgvragers als hun familieleden werden mondeling en schriftelijk gebriefd. Vragen en opmerkingen van werknemers en van de werknemersvertegenwoordigers werden uitgebreid met hen besproken.

Er zijn op vraag van Curando twee 0-metingen opgezet om de voor- of eventuele nadelen in kaart te brengen. Medisch heeft Odisee een meting van de hydratatie van de huid opgezet (wang, hand, been). SCA zorgde voor een subjectieve meting van de ervaringen van de zorgvragers en zorgverstrekkers, een tijdsmeting en een conditiescan van de huid (schilfers e.a.).

Halfweg de testperiode is een bijkomende opleiding en informatiesessie georganiseerd voor de verzorgenden als motivatieprik.

In Curando wordt de nieuwe wastechiek ook aangeleerd aan stagiaires en aan scholen wordt informatie verstrekt, met inbegrip van een film over verzorgend wassen. De vormingsfilm is consulteerbaar op de website www.curando.be en wordt gebruikt bij aanwerving van nieuwe medewerkers en bij interne vormingsmomenten rond 'verzorgend wassen'.

De implementatie van innovaties gebeurt in Curando telkens vanuit het uittesten in één woonzorgcentrum en pas daarna wordt dit uitgerold in gans vzw Curando. Hiervoor bestaat een draaiboek dat gebruikt wordt in alle voorzieningen van vzw Curando. Dit draaiboek bevat de verschillende stappen van bekendmaking, communicatie en informatie, implementatie en evaluatie. Nadat alle voorzieningen in de vzw de implementatie hebben voltrokken, wordt verder werk gemaakt van een blijvende vorming voor stagiairs, vakantiejobs, nieuwe medewerkers.

De SCA - TENA methodiek voor acceptatie van innovaties in de zorg is ontwikkeld als algemene methodiek die per innovatie kan aangepast worden. In dit project is de methodiek gebruikt die ook de implementatie van de slimme luier begeleidt.

- In een eerste stap is de context gecreëerd: bergplaats voor de verzorgende washandjes, microgolfoven voor de voorbereiding, locatie van het wasgebeuren inrichten.
- De tweede stap bestond uit een uitgebreide communicatiestrategie en opleidingsmomenten om het commitment van de verzorgenden en de acceptatie van zorgvragers en familie te bekomen. Van hoofdverpleegkundigen tot poetsploeg, van bewoner tot ruime familie- en vriendenkring, iedereen werd geïnformeerd.
- Als derde stap is een nulmeting opgezet over de subjectieve ervaring van het wasproces bij de zorgvragers.
- Gevolgd door een vierde stap van effectmeting waarbij de nulmeting aangevuld werd met nog enkele meer diepgaande vragen. Deze bevragingen verliepen parallel met de metingen van de medische indicatoren door Odisee.
- Stap vijf verzamelt alle bovenstaande gegevens in een rapport.
- Ten slotte is er de zesde stap waarin de resultaten breed gecommuniceerd worden met de betrokkenen.

Na een succesvol implementatieproces is het gebruik van verzorgend wassen uitgerold naar alle zorgformules en zones in Curando.

5.2.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Kennisdiffusie en samenwerking worden in alle aspecten van de werking van Curando nagestreefd. Het voorbeeld van de implementatie van verzorgend wassen is een treffende illustratie.

Bij het ontwikkelen van innovaties is participatie van de zorgvrager maar zeker ook de zorgverstrekker van groot belang. Innovatie moet in deze zin zeker even vraaggericht als vraaggestuurd zijn. De verschillende partners uit het onderzoek beklemtonen het belang van communicatie met de bewoners. Bewoners hebben recht op informatie, inspraak en feedback bij onderzoek en besluitvorming. Bij de terugkoppeling van resultaten is het taalgebruik van groot belang. In Curando is er een bewonersraad en ook de familie kan daaraan participeren. Bij de bovenstaande beschrijving van de methodiek is uitgebreid ingegaan op de betrokkenheid van de bewoners.

Niet alleen de eigen medewerkers van Curando maar ook alle medische en paramedische hulpverleners worden geïnformeerd, geraadpleegd en betrokken bij problemen die zich stellen of bij projecten die worden opgezet. Vooral ook bij onderzoeksprojecten zijn zij belangrijke stakeholders. Medewerkers krijgen met het oog op onderzoek of het introduceren van nieuwe procedures of producten ook de nodige begeleiding en opleiding. In de case van verzorgend wassen werd een was-setje mee gegeven om thuis uit te proberen en de nodige feedback hierop te geven.

De samenwerking van Curando met externen neemt verschillende vormen aan, van praktische wederzijdse ondersteuning tot en met gezamenlijk onderzoek met zowel collega-zorgcentra, commerciële bedrijven, hogescholen en universiteiten. Curando heeft om de dienstverlening te versterken en de kwaliteit permanent te verbeteren diverse structurele en actieve samenwerkingsverbanden met externe partners: ziekenhuizen in de omgeving, Universiteit Antwerpen, Familiezorg, De Oesel (een centraal informatiepunt), Kobalt (zorgcoördinatie voor 60+ers), vzw Schakel en vzw Oranje (project gemeenschapsmunt), Malysse-Sterima (was- en strijkproject), Bekaert Textiles (project Airbreez), Odisee (projecten verzorgend wassen, Airbree, en medicatieanalyse), SCA HYGIENE PRODUCTS AB (project verzorgend wassen).

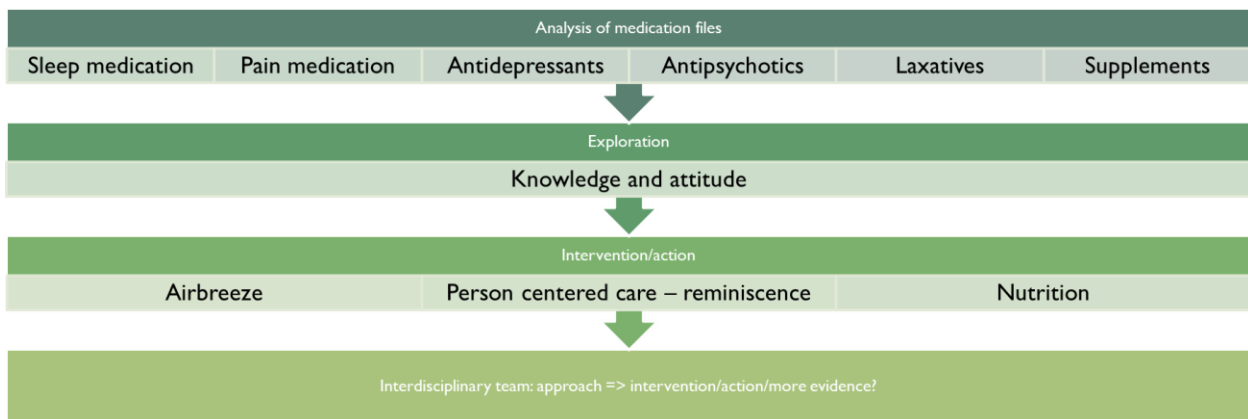
Curando hecht veel belang aan wetenschappelijk onderbouwde innovatie, zowel in het introduceren van nieuwe technieken (bv. verzorgend wassen), als producten (bv. matras- en kussenovertrekken) en diensten (bv. analyse van het medicatieverbruik van bewoners, reminiscentie binnen persoonsgerichte zorg). De wetenschappelijke onderbouw voor de methodiek verzorgend wassen is in samenwerking met hogeschool Odisee tot stand gekomen.

Sinds 2011 wordt de opleiding verpleegkunde van Odisee betrokken in innovatieprojecten van Curando, eerst projectmatig maar sinds enkel jaren op structurele basis. Deze structurele vorm van samenwerking in de vorm van toegepast wetenschappelijk onderzoek, heeft voor de hogeschool diverse voordelen.

- Door deze samenwerking betreft het steeds relevant praktijk- en implementatiegericht onderzoek. Het onderzoeksthema voldoet rechtsreeks aan een behoefte in het werkveld.
- Met een structurele partner – zoals met de middelen van Curando het geval is - kan een groter geheel aan praktijkgericht onderzoek worden opgebouwd.

Odisee kadert het onderzoek binnen een ruimer geheel van zorggerelateerde interventies

Figuur 4 Kader van onderzoek naar zorg gerelateerde interventies (Odisee 2016)



Onderzoek in opdracht van een organisatie staat garant voor een hoge mate van ‘bruikbaarheid’ en kans op implementatie en de resultaten worden gedeeld met de betrokken partners.

De samenwerking van Odisee met Curando overstijgt ook het directe belang voor het zorgcentrum. De resultaten zijn ruimer beschikbaar voor andere projecten waar Odisee bij betrokken is. Zo is er in navolging ook een samenwerking met een andere vzw in de ouderenzorg die naar aanleiding van de geslaagde implementatie in Curando ook openstaat voor verzorgend wassen.

Op samenwerking met collega-zorgbedrijven wordt meer en meer ingezet. Er zijn contacten met collega’s in de verschillende zorgzones van Curando en ziekenhuizen zijn (wettelijk bepaald) partners, zij hebben nood aan opvolging van chronische en palliatieve patiënten. Met woonzorgcentra in de regio worden coördinatievergaderingen gehouden om de diensten op elkaar af te stemmen. Er komen meer en meer contacten met gemeentelijke OCMW’s en deze verlopen vlot en goed.

Samenwerking met bedrijven uit de commerciële sector gebeurt enkel voor zeer specifieke aspecten. Het project verzorgend wassen is getriggerd door de partner SCA - TENA die voor de woonzorgcentra van Curando het incontinentiemateriaal levert en deelneemt aan het maandelijks overleg over de evaluatie ervan. Op uitnodiging van SCA zijn de directeurs in 2014 op bedrijfsbezoek gegaan en hebben zo kennis gemaakt met verzorgend wassen. In een rondetafelgesprek is verzorgend wassen als beter alternatief naar voor geschoven om de ochtendpiek van verzorging te ontlasten. Sommige beslissende leidinggevenden van Curando waren terughoudend omwille van subjectieve gevoelsmatige argumenten tegen wat zij dachten ‘droog’ wassen was, anderen eerder positief wegens gunstige werkbelastingseffecten voor de verzorgenden en de sociale tewerkstelling waarbinnen het product ‘verzorgend washandje’ geproduceerd wordt door SCA. Voor- en tegenargumenten die ook bij andere projecten van implementatie van producten of processen van SCA naar boven komen, waarvoor SCA een methodiek ontwikkelde om de implementatie te begeleiden. En er is naast het voorbeeld van verzorgend wassen ook een voorbeeld van samenwerking met commerciële partners waarbij twee complexen van assistentiewoningen gebouwd worden (respectievelijk 24 en 43 wooneenheden) met privéfinanciering (investering en verkoop). De samenwerking met Curando beperkt zich hier tot de bouw van de assistentiewoningen, de uitbating gebeurt door Curando. De assistentiewoningen zijn koopwoningen, waarbij per complex een woning voorzien wordt voor de dienstverlening. De samenwerking met commerciële bedrijven kan volgens Curando maar binnen bepaalde grenzen omdat de doelstellingen anders liggen. In de Curando-woonzorgcentra is de doelstelling nooit puur economisch.

5.2.5 Drempels en triggers voor innovatie

Voor dit onderzoek is de focus van innovatie gericht op verzorgend wassen en de methodiek van implementatie in Curando, een samenwerking met hogeschool Odisee en het bedrijf SCA. Bij onderstaande drempels en triggers nemen we de opmerkingen van de drie partners mee.

▀ Drempels

De belangrijkste drempels voor Curando om kennis te delen en samen te werken zijn het ontbreken van vertrouwen of concrete voordelen voor de organisatie. Als een voorstel te vaag blijft of er is geen meerwaarde voor de organisatie, dan wordt afgezien van samenwerking. Financiële aspecten zijn normaal gesproken geen drempel, de organisatie wil investeren in kennis en samenwerking.

Voor Odisee ligt de voornaamste voorwaarde om samen te werken in het vertrouwen. Als vertrouwen en een win-win context ontbreken wordt er geen samenwerking opgezet.

Voor SCA - TENA zijn de belangrijkste obstakels om projecten met zorgcentra uit te werken de weerstand tegen veranderingen en nieuwe technologie. Zowel sociale acceptatie als praktische acceptatie vragen tijd. Succesvolle introducties van innovaties vragen doorgaans een kwalitatieve en een financiële optimalisatie. Bedrijven moeten rekening houden met deze drempels en een methodiek ontwikkelen om de weg naar samenwerking en implementatie te begeleiden. In de samenwerking met scholen moet ook rekening gehouden worden met een andere kalender, maar daar kan een bedrijf als SCA meestal wel flexibel mee omspringen.

▀ Triggers

Voor Curando ligt de kern van de triggers om kennis te delen en samen te werken in de strategie van de organisatie. Excellentie in zorg kunnen aanbieden betekent blijvend zoeken naar nieuwe ideeën om bij de top te behoren. Kennisdelen en samenwerking worden gezien als de voedingsbodem en voorwaarde voor innovatie. Basis voor een goede samenwerking is voor Curando een open communicatie, vertrouwen en netwerking. De open communicatie wordt getriggerd door het geloof en vertrouwen in een win-win operatie voor alle partners. Uitwisselen van informatie wordt in die zin beloond met nieuwe ideeën.

Odisee ziet in netwerking en participeren in netwerken de belangrijkste bronnen van samenwerking en innovatie. Het is daarom volgens onze gesprekspartner van groot belang om deel te nemen aan studiedagen, opleidingen en dergelijke meer. Dit zijn zeer inspirerende omgevingen om vernieuwing op gang te trekken. Daarnaast biedt samenwerking met een structurele partner grote voordelen en verlaagt dit de drempel voor nieuw onderzoek. Wanneer voortdurend nieuwe projectdossiers moeten worden opgesteld – zoals bij PWO-projecten gebruikelijk - gaat veel energie en tijd naar het schrijven en motiveren van onderzoeksthema's en hun methodiek. Vooral ook een met de structurele partner gedeelde visie op zorg, in dit geval de absolute prioriteit voor kwaliteit van de zorg voor de bewoner, triggert nieuwe samenwerkingen. Elk project spit nieuwe aandachtspunten boven en het is eerder een kwestie van goed kiezen dan op zoek moeten gaan naar nieuwe thema's. Ook het feit dat de thema's altijd betrekking hebben op de kwaliteit van inhoudelijke aspecten van zorg en de implementatie van oplossingen direct een meerwaarde en comfort betekenen voor de bewoners, is een stimulans om nieuwe projecten op te zetten.

SCA bouwt in zijn contacten met zorgcentra structurele overlegmomenten in per kwartaal om samen met de klant belangrijke verwezenlijkingen te overlopen en de verwachtingen voor de komende periode te bepalen. Deze momenten zijn bronnen van nieuwe samenwerking. De informatie die hierbij beschikbaar wordt gesteld creëert betrokkenheid en hierbij is een

professionele kosten/baten-analyse zeer belangrijk, vooral om de gevolgkosten van een innovatie in te schatten op lange termijn.

5.2.6 Rol van de overheid

Curando vindt dat door een te strenge of strakke regelgeving soms de ruimte ontbreekt om te experimenteren of om keuzes te maken. Hier zou de overheid regelluwe proeftuinen kunnen voorzien om innovaties uit te proberen. Subsidies voor product- of procesinnovaties zijn niet gekend, wel wenselijk. Curando maakt wel gebruik van ESF-middelen om innovaties in de arbeidsorganisatie en het personeelsbeleid door te voeren.

Odisee vindt dat er vooral nood is aan onderzoek over concrete vragen uit het werkveld en dit gekaderd binnen de ruimere context van de zorgsituatie. Het evidence based introduceren van nieuwe zorgtechnieken en processen verdient een betere ondersteuning dan nu het geval is. De aandacht van de overheid gaat op dit moment nog teveel uit naar kwaliteitssystemen en hun afzonderlijke criteria rond kwaliteit en veiligheid. Kwaliteitscontroles zijn zonder twijfel van groot belang, maar daardoor wordt het ruimer kader van kwaliteit van het leven te weinig belicht.

Verder is er volgens Odisee ook nood aan continuïteit van onderzoek in plaats van ad hoc projecten waartoe de PWO-budgetten van de Vlaamse overheid veelal nopen. Odisee roept op tot duurzaamheid binnen praktijkgericht onderzoek en vraagt aan de overheid om meer steun te geven of in te zetten op structurele partnerschappen door deze vorm van onderzoek extra te belonen. Structurele partnerschappen kunnen onderzoek plaatsen binnen een groter en coherent geheel waarbinnen kennis kan opgebouwd worden. Als return voor de overheidssteun kan gevraagd worden naar multidisciplinaire onderzoeksprojecten, betrokkenheid van meerdere bedrijven, een brede disseminatie en een win-win voor alle stakeholders: zorginstellingen, onderzoeksgroepen én overheid. Voeg hierbij ook de bewoners en werknemers en je hebt open innovatie 2.0².

In een recente presentatie van Odisee worden de voordelen van duurzaamheid binnen praktijkgericht onderzoek als volgt samengevat.

² Open Innovation 2.0 (OI2) is a new paradigm based on a Quadruple Helix Model where government, industry, academia and civil participants work together to co-create the future and drive structural changes far beyond the scope of what any one organization or person could do alone. This model encompasses also user-oriented innovation models to take full advantage of ideas' cross-fertilisation leading to experimentation and prototyping in real world setting. Europese commissie digital market <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/open-innovation-20>

Figuur 5 Voordelen van duurzaamheid binnen praktijkgericht onderzoek

DUURZAAMHEID BINNEN PRAKTIJKGERICHT ONDERZOEK: TAKE HOME MESSAGE

- Voordeel van **structurele partners**
- Onderzoeker is **deel** van de organisatie
- win – win – (win)
- Voldoet aan behoefte van het werkveld: **duidelijke doelstelling**
- Geen academische taal – spreek de **taal van het werkveld**
- Wederkerigheid met het onderwijs: kennis **delen** en kennis **genereren**
- **Verspreiding** van kennis naar gelijkwaardige settings is **belangrijker** dan opnieuw onderzoeken
- **Interesse** creëren: bv Voka, Serv
- Ook aandacht voor de **implementatie** van resultaten => dan is er pas sprake van **innovatie**

Zolang kennis niet geïmplementeerd is, blijft het eenvoudig een idee.
Innovatie is er pas als er een verschil is in de praktijk.

Naast de implementatie hecht Odisee ook veel belang aan disseminatie. Zo heeft Odisee de resultaten van het onderzoek Airbreeze voorgesteld op een congres en daar de vraag gekregen om hierover ook Europees samen te werken.

SCA - TENA stelt dat de financiële middelen van de woonzorgcentra beperkt zijn, waardoor innovaties traag opgepikt worden. Dat is een jammerlijke zaak. De overheid zou de nodige financiële incentives moeten geven om innovatie te triggeren. Zo is bijvoorbeeld in Denemarken de slimme luier in de markt gezet met steun van de overheid. Na anderhalf jaar konden woonzorgcentra al de voordelen herinvesteren. Artsen zijn volgens SCA - TENA nog veelal terughoudend wegens de onbekendheid met innovaties. Informatiecampagnes, ook voor de zorgsector algemeen, kunnen een grote steun betekenen voor de introductie van nieuwe producten, diensten, processen, enz.

De innovatieverantwoordelijke voor SCA - TENA brengt op dit moment de mogelijkheden in kaart van ondersteuning door de Vlaamse overheid voor innovaties in de zorgsector waarbij SCA een rol kan spelen. In dit kader is de vraag van SCA naar transparante innovatiestructuren en – instrumenten van belang.

5.3 Triamant: CASMA in praktijk

Triamant wordt aangestuurd door voorzitter/Chief Executive Officer (CEO) Jo Robrechts en een directiecomité dat verder bestaat uit een Chief Operations Officer (COO), Chief Financial Officer (CFO) en Chief Real Estate Officer (CREO). Jo Robrechts is een seriële ondernemer met visionair kantje (Byl, 2016), in de jaren tachtig een van de architecten van een strategisch toekomstplan om de economische activiteit in de Kempen aan te zwengelen.

Triamant is in 2005 opgericht door twee maatschappelijk gedreven ondernemers, Jo Robrechts en Dirk De Baets, die in het licht van de vergrijzing een woon- en leefconcept wilden bedenken dat optimaal aansluit bij hoe mensen ouder willen en kunnen worden. Volgens de oprichters willen moderne senioren geen woonzorgcentrum op een grijs eiland. Ze willen in een zo natuurlijk mogelijke setting wonen, tussen vrienden en familie, maar wel veilig omringd met het nodige zorgcomfort. Cruciaal voor hen is vooral het sociale contact en de mogelijkheid om te genieten, voluit te leven. Daarop staat geen leeftijd.

Triamant wil op diverse plaatsen in Vlaanderen plekken realiseren waar mensen zo lang mogelijk en zo gezond mogelijk gelukkig kunnen leven. Het gaat om levendige buurten waar mensen – een mix van generaties, met of zonder zorgvraag – elkaar kennen en helpen. Men kan er wonen tot de laatste dag, ook bij een stijgende zorgbehoefte.

Vandaag zijn er twee Triamant-buurten: in het West-Vlaamse Geluwe, tussen Kortrijk en Ieper, en in het Zuid-Limburgse Velm, bij Sint-Truiden. In 2017 volgen nieuwe buurten in Ronse, Sint-Maria-Oudenhove (Zottegem) en in Bree. In alle buurten samen zijn er in totaal 950 wooneenheden. Zodra alles volzet is, zullen er zo'n 1250 bewoners bij Triamant wonen.

Figuur 6 Triamant-buurten



Van de eerste vijf Triamant-buurten is momenteel 1/3 in exploitatie, 1/3 in opbouw en 1/3 alvast volledig vergund.

Triamant wil geen klassieke zorgondernemer noch projectontwikkelaar zijn, maar een ‘total solution provider’: een unieke, innovatieve totaaloplossing die inspeelt op diepmenselijke behoeften, besparend voor de overheid en tegelijkertijd voldoen aan een competitieve kost voor de klant en met een kwalitatieve meerwaarde. Het bedrijf heeft hiertoe een financieel business model ontworpen en een professioneel team van medewerkers uitgebouwd. In totaal zijn er 110 medewerkers betrokken bij de conceptontwikkeling, realisatie en operationele werking van Triamant.

Triamant staat voor een geïntegreerde levensaanpak waarin gezondheidsbewust leven – ondersteund door de community – leidt tot optimale levenskwaliteit met het oog op individuele en maatschappelijke duurzaamheid. Zelfmanagement is de kern van het concept.

Figuur 7 Triamant: Zorg dragen in vijf lagen



Professionele zorgverleners zijn als terugvalpositie complementair aan zelfmanagement en aan het historisch vertrouwd netwerk.

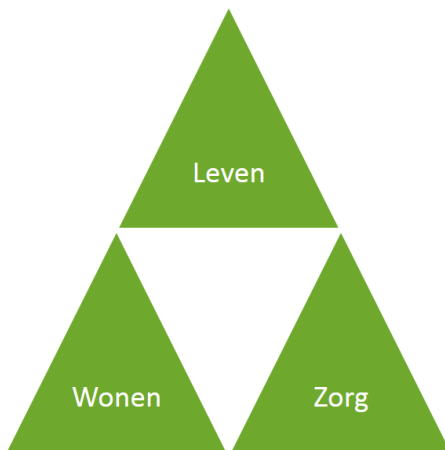
Er is bij Triamant een ruim dienstenaanbod met uiteenlopende comfortdiensten. De wooncoach is het eerste aanspreekpunt, vertrouwenspersoon en coördinator van het woon- en leefgebeuren. Bewoners vertellen de wooncoach welke hulp en/of steun ze wensen, en de coach maakt voor hen de nodige afspraken (bijvoorbeeld poetshulp, was- en strijkdiensten, organisatie van een familiefeestje, enz.).

Naast deze service is er ook een levensondersteunend- en zorgaanbod onder supervisie en begeleiding van een leefcoach en een zorgcoach.

5.3.1 Missie en visie

Triamant wil van de wereld een betere plek maken ('better place – better life'), vertrekkende vanuit plekken met een ziel, opdat mensen zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk gelukkig kunnen leven. Triamant wil een geheel ecosysteem, een dorps- of stadsdeel in al haar aspecten van A tot Z, creëren.

Figuur 8 De drie pijlers van de Triamant-buurt



Zo lang en zo gezond mogelijk gelukkig kunnen leven steunt op drie pijlers: wonen (mooie, comfortabele woningen), zorg (aanwezigheid van zorg) en leven (kwaliteit van leven).

▀ Mooie, comfortabele woningen.

Mensen van verschillende leeftijden, generaties en gezondheidsstadia die samenleven in een zo normaal mogelijke setting: elke buurt is volledig drempelloos, levensloopbestendig, kindervriendelijk en rolstoelvriendelijk en geïntegreerd in de omgeving. Gemeenschappelijke ruimten (in functie van de noden van de buurt) zoals een brasserie, sportruimte, bibliotheek, internethoek, zithoekjes, bloemen- en moestuintjes en een park of binnentuin met speeltuin en petanquebaan zorgen voor contact en verbinding.

▀ Aanwezigheid van zorg.

Triamant vertrekt vanuit zelfverantwoordelijkheid, van zelfzorg. Als bewoner heeft men de touwtjes van het leven zelf in handen. Ook het vertrouwde netwerk van familie en vrienden wordt gestimuleerd om de bewoner niet los te laten. Zodra de bewoner echter beslist dat hij of zij meer zorg nodig heeft, dan is Triamant er met het zorgteam. Men hoeft niet meer te verhuizen. Op elk moment – dag en nacht – is er zorg door professionals à la carte en op de achtergrond paraat. Dat kan zowel om acute, chronische als crisiszorg gaan. Maatwerk, al naargelang iemand veel of

weinig zorg nodig heeft, bijvoorbeeld voor koppels met één kerngezonde en één zorgbehoevende partner.

▀ **Kwaliteit van leven.**

De kern van Triamant is een leefomgeving die gezond gedrag, positivisme en preventie stimuleert. Autonomie (de regie over het leven behouden tot de laatste dag) acht Triamant belangrijk evenals vitaliteit, wat draait om een gezonde levensstijl. Triamant faciliteert, stimuleert en coacht de bewoner doorheen zijn of haar evoluerende gezondheidsfasen, in levensstijl en gezondheids- of behandelingsoplossingen. Triamant werkt aan een geïntegreerde levensaanpak, waarbij gezondheidsbewust leven – ondersteund door de community waarin men leeft – leidt tot optimale levenskwaliteit. Door de ontwikkeling van persoonlijke leefpaden zetten bewoners via zelfgekozen doelen en met de ondersteuning van hun CASMA-team stappen naar een zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk gelukkig leven.

5.3.2 Innovatie

In haar visie op innovatie zet Triamant de permanente evolutie van het concept levenslang wonen centraal. Niet alleen het concept 'levenslang wonen' of 'nooit meer hoeven verhuizen' is richtsnoer voor innovatie, maar meer nog de permanente evolutie ervan. Het concept evolueert nog voortdurend en Triamant wil blijven innoveren. Met het concept wil Triamant buiten de koker van de zorg treden.

Bij innovaties worden de resources op een creatieve manier samengebracht voor betere effecten, processen, diensten en producten die daarenboven beter aansluiten bij de impliciete en expliciete behoeften van de bewoners en/of gebruikers van de diensten.

Innovatie zit ook in de naam Triamant:

- Als een diamant: met vele facetten, schitterend, waardevol.
- 'Amant' als in 'amare', heb de klant lief: zijn autonomie respecteren, gastvrij en sociaal betrokken zijn.
- De 'tri' gaat over de drie pijlers van duurzaamheid: sociale betrokkenheid, ecologische efficiëntie en economische rendabiliteit.
- In het Engels staat de 'try' ook voor proberen, testen (=innoveren) en initiatief nemen (=ondernemen).

Leven en gastvrijheid staan centraal, met de focus op twee essentiële zaken: autonomie (bewoners voluit ondersteunen in de regie over hun leven, zelfs palliatief tot de laatste dag) en vitaliteit (het promoten en ondersteunen van een laag risico-gezonde levensstijl).

De innovatie is gericht op het creëren van een leefomgeving die gezond gedrag stimuleert. Triamant helpt haar bewoners om actief aan hun gezondheid te werken door in te zetten op gezonde voeding, actieve beweging, sociaal-emotioneel welbevinden, persoonlijke ontwikkeling, intellectuele stimulatie, enz. Mentaal en fysiek fit blijven kan door zinvolle vrijetijdsbesteding en stimulerende activiteiten. Aan de medewerkers wordt gevraagd om zorg te dragen in 5 lagen door in eerste instantie zelfzorg te stimuleren, vervolgens ook burens te vragen om elkaar te helpen, en de familie actief te betrekken en vrijwilligers in te schakelen.

In de praktijk wil Triamant nadrukkelijk innoveren in haar aanbod en kreeg daar enig jaren terug ook een IWT-subsidie voor. Triamant kreeg ook reeds verschillende nominaties en awards voor realisaties op vlak van woon-, leef- en zorgvormen.

- IWT Innovatie Award 2009
 - Conceptinnovatie 'levenslang wonen'
 - Genomineerd in de categorie 'Beste startersproject'
- I²C (Innovation to Care) zorginnovatieprijs 2010
 - Genomineerd in de categorie 'Concept'. Deze award focust op vernieuwende ontwerpen van zorginstellingen en is een initiatief van Probis, organisator van de vakbeurs Healthcare. Probis doet dit samen met de Bond van Vlaamse Architecten, met ORI (de Organisatie voor Raadgevende Ingenieurs), Redactie bureau Palindroom en diverse mediapartners.
- Unizo KMO Laureaat 2010
 - Genomineerd in de categorie 'Meest energiebewuste KMO-ondernemer'
- Prijs Vlaamse Bouwmeester 2012
 - Genomineerd in de categorie 'Zorg'
- Schrijnwerk Award 2015
 - Awardwinnaar in de categorie 'Schrijn- en timmerwerk' voor houten dakconstructie en bovenste verdieping van Triamant Geluwe
- Unizo KMO laureaat 2016-2017
 - Awardwinnaar in de provincie Antwerpen
 - Genomineerd voor de nationale award

Triamant creëert buurten waar jong en oud zich kunnen thuis voelen: van actieve senioren en ouderen met een grote zorgbehoefte tot jongere koppels en alleenstaanden. Deze mix zorgt voor een natuurlijke hechte, warme gemeenschap. Met haar 'levende buurtmodel' wil Triamant het kernvoordeel van elk van de zeven klassieke woonvormen in Vlaanderen combineren, zonder hun nadelen: de huiselijkheid van een eigen woning, de infrastructurele toegankelijkheid van een assistentiewoning en de 24/7 zorgbeschikbaarheid van een woonzorgcentrum, maar ook aan het buurtgevoel van nieuwe verkavelingen en de individuele aandacht en solidariteit van kangoeroewonen en cohousing.

Figuur 9 Triamants levendebuurtmodel



Waar projectontwikkelaars en vastgoedpromotoren doorgaans focussen op een aangepaste infrastructuur, en traditionele zorgspelers de zorgverlening voorop zetten, verplaatst Triamant de klemtoon naar voluit leven. De juiste infrastructuur en de beschikbaarheid van professionele zorgverlening moeten levenslang wonen mogelijk maken en bovenal zorgen voor kwaliteit van leven.

Triamant is geen klassiek commercieel bedrijf.

- Het businessmodel is gebaseerd op een volledige herinvestering van de winsten en het ontwikkelen van een financieel product (woonrechtobligatie, niet registratie en btw-plichtig, gedekt door een levensverzekering) voor de bewoners, met een levenscyclus van 50 jaar.
- Verder worden langetermijninvesteerders binnengebracht via een financieel product met erfpachtformule, bij voorkeur levensverzekeraars.

Bovenstaand businessmodel laat toe om ook flats op de reguliere verhuurmarkt beschikbaar te stellen. Triamant bouwde ervaring op in het zoeken naar de juiste schaalgrootte (minimaal 120 en maximaal 240 wooneenheden) om enerzijds alles kostenmatig in de hand te houden en een ruim levensondersteunend zorg- en dienstenaanbod te kunnen verzekeren, en om anderzijds de mens centraal te stellen en maatwerk te bieden. Het moet voelen als 'bij Triamant is men thuis'.

Triamant staat voor community assisted living en valt daardoor buiten de zorgwetgeving en maakt meer gebruik van de regelgeving voor thuisverpleging en thuiszorg. In deze sector zijn de vergoedingen lager en door centralisatie probeert men verder de kostprijs voor de overheid te verkleinen (doelstelling is halveren). Triamant wil kostenbesparend zijn en potentiële zorg betaalbaar maken voor de overheid. In plaats van een klassiek rusthuismodel komt een slank thuiszorgmodel, zonder rondrijdende zorgverstrekkers en zonder schotten tussen de deelsectoren van ouderenzorg. De bedoeling van Triamant is om in het businessmodel het economisch haalbare te koppelen aan normale rendabiliteit. Er is geen interesse om naar de beurs te gaan of met risicokapitaal te werken. Duurzaamheid staat voorop. Kern van het businessmodel blijft de maatschappij veranderen naar levenslang wonen: change & shape. Hierbij zijn ecologische en sociale aspecten van groot belang.

5.3.3 CASMA in de praktijk

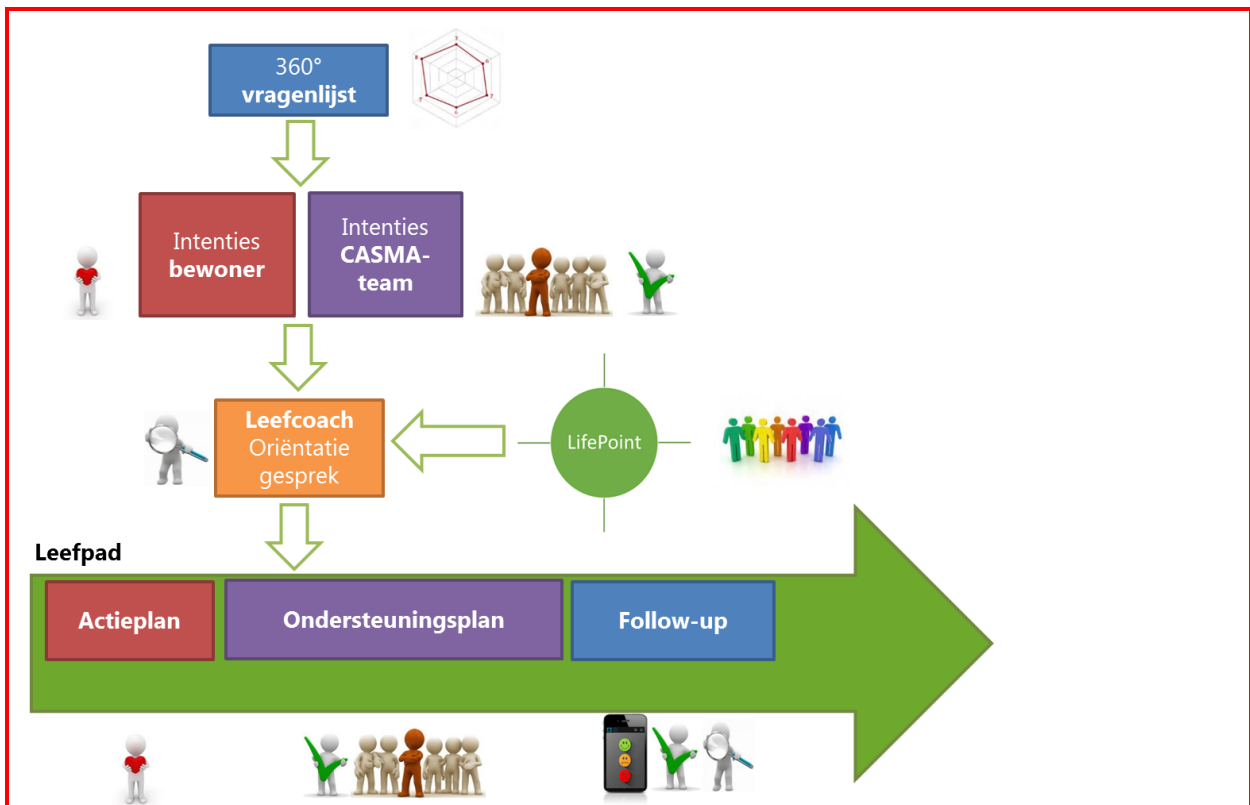
Triamant is Vlaanderens eerste CASMA-ambassadeur (Community Assisted Self-Management), een project van Voka Health Community waarbij het belang en de toekomst van gezondheidspreventie voorop staat. *'Voka Health Community pleit voor een ruime preventie-aanpak waarbij mensen als individu via self-management actief en bewust met gezondheid bezig zijn, ondersteund door een netwerk, omgeving én een zorgsysteem dat positief stimuleert.'* (bron: website Triamant). Triamant gaat in zekere zin nog een stap verder dan preventie en wil ook bijdragen tot 'gelukkig leven'.

De verantwoordelijkheid voor de gezondheid ligt in het Triamant CASMA-model bij het individu terwijl de gemeenschap ondersteunt. Opgeleide vrijwilligers (CAS genoemd) maken samen met het vertrouwde netwerk rondom een bewoner concrete afspraken rond autonomie, vitaliteit en sociale activiteiten.

Een professionele leefcoach bewaakt het kader. Wanneer er zorg nodig is wordt de zorgcoach actief ingezet.

De taakverdeling tussen CAS, de leefcoach en de zorgcoach sluit nauw bij elkaar aan.

Figuur 10 De totstandkoming van een persoonlijk leefpad voor de Triamant-bewoner



- CAS en de leefcoach.** Bewoners kunnen een beroep doen op een vrijwilliger, CAS genoemd, en op de leefcoach. Een CAS is een opgeleide Triamant-vrijwilliger die het vertrouwde netwerk van familie, vrienden en kennissen van een bewoner mobiliseert om mee een CASMA-team rond hem of haar te vormen. Eén CAS begeleidt zeven bewoners en ziet hen regelmatig. Het team engageert zich voor de informele zorg. De leefcoach coördineert en houdt toezicht op het ruimere kader, inspireert en geeft inzichten om vitaal te blijven en zelf de touwtjes van het leven in handen te houden. Samen met de CAS en de leefcoach komen bewoners tot hun persoonlijk leefpad om de kwaliteit van leven te ondersteunen waarbij de bewoner zijn mate van tevredenheid met de eigen levensgebieden scoort (360° bevraging over wonen, leven, zorg), doelen stelt en opvolgt via de leefcoach of een mobiele app (in ontwikkeling). Bewonersinitiatief wordt aangewakkerd en gestimuleerd. Via zelfgekozen doelen en de ondersteuning van het CASMA-team zetten bewoners stappen naar een zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk gelukkig leven.
- Zorgcoach.** Een zorgcoach coördineert op vraag van bewoners de interactie tussen alle partijen die bij de zorg betrokken zijn. De zorgcoach legt zich specifiek toe op de persoonlijke noden en wensen van de individuele bewoner. Hij fungeert als een persoonlijke zorgmanager of woordvoerder. De zorgcoach helpt de bewoner zoeken naar de best passende (in)formele zorg die hij of zij nodig heeft.

Met haar 'better place better life'-aanpak wil Triamant met gastvrije, levendige buurten een modelaanpak voor Vlaanderen creëren. Triamant is open naar de ruimere omgeving toe. Gemeenschappelijke ontmoetingsruimten zoals een centraal binnenplein, een brasserie met petanqueveld en speeltuin, een zwembad, een buurtwinkel en een multifunctionele zaal en diverse ontmoetingsplekken stimuleren contact en verbinding. Vrijwilligers steken mee de handen uit de mouwen en stimuleren contact met de ruimere omgeving. Zo nemen ze bijvoorbeeld

Triamant-bewoners op uitstap met de Triamant-deelauto waarmee ook rolstoelvervoer mogelijk is. Workshops (Skype-cursus, naailes voor dummies, enz.), fototentoonstellingen, (re)creatieve namiddagen, optredens of avondlezingen (de 'Triamant Academy') staan ook open voor de ruimere buurt, voor niet-bewoners. Bewoners worden gestimuleerd om zelf initiatieven op te zetten. Zij zijn vrij om er zelf wat van te maken, Triamant levert de methodieken aan. Zo richtten enkele bewoners van Triamant Haspengouw een eigen vzw op, waarmee ze zelf de middelen bijeenzochten om de ruïne in hun park weer op te bouwen en er een kapel van te maken. Anderen brachten ieders oude boeken bijeen om er een Triamant-bibliotheekwand mee te vormen, enz.

5.3.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Als waarden gedreven organisatie hecht Triamant bij haar activiteiten belang aan haar kernwaarden: integriteit, verantwoordelijkheid, verbinding, passie, wendbaarheid en ondernemerschap. De waarden spelen in op de verwachtingen van alle stakeholders: klanten; medewerkers; burens en omgeving; leveranciers, onderaannemers en partners; investeerders en overheden. Kennisdelen gebeurt op alle niveaus in de organisatie (raad van bestuur, directiecomité, medewerkers, klanten). Triamant vertrekt van een permanent speuren naar maatschappelijke grondstromen: waar gaat de maatschappij naartoe? Wat zullen het individu en de gemeenschap in de toekomst willen? Welk aanbod weet de maatschappij in de toekomst te creëren: op medisch vlak, op technologisch vlak, op woonvlak? Beslissingen die nu genomen worden hebben immers impact op het leven in pakweg 2030. Zeker bij wonen moet meer dan 40 jaar ver worden gekeken. Woonzorgcentra zijn volgens Triamant nu niet multifunctioneel, maar de toekomstige vragen vereisen wel multifunctionele oplossingen. Daarnaast wordt er jaarlijks een brede bevraging of marktstudie georganiseerd met als centrale vraag wat men morgen wil. Op die basis kan Triamant analyseren welke keuzes gemaakt moeten worden. Bij het marktonderzoek wordt vooral gepeild naar de leefbehoeften en hoe die 'los van verkokering van zorg' kunnen ingevuld worden. Ten slotte integreert het beleid de CASMA-aanpak van Voka Health Community.

Medewerkers krijgen bij indiensttreding een Triamant-bijbeltje, dit is een harmonicafolder die samengevouwen de grootte van een credit card heeft. In dit bijbeltje worden de verschillende kernonderdelen van Triamants missie toegelicht. Ook de bedrijfswaarden, gedragscodes en attitudes worden erin beschreven. Het handzame formaat laat toe het bijbeltje te allen tijde bij zich te hebben. Medewerkers dragen de woorden van het Triamant-bijbeltje rond leven, wonen en zorg actief, bewust en expliciet mee uit. De Triamant-zorgcoach coördineert op vraag van zorgbehoevende bewoners de interactie tussen alle partijen die bij de zorg rondom hen betrokken zijn, door zich specifiek toe te leggen op de persoonlijke noden en wensen van de individuele bewoner. De zorgcoach helpt de bewoner zoeken naar de best passende (in)formele zorg die hij of zij nodig heeft. Bewoners ontvangen een nieuwsbrief met lokaal nieuws alsook informatie op Triamant-groepsniveau. Systematisch worden er workshops en lezingen gehouden over het verbeteren van de gezondheid en het geluksgevoel. Er is een bewonersraad. Ook de familie van bewoners wordt actief betrokken. Bewoners hebben ook inspraak in bijvoorbeeld de kunstwerken die in de Triamant-buurt worden opgenomen. Triamant werkt aan een verregaand participatiemodel.

Medewerkers worden bevraagd in tevredenheidsenquêtes en komen samen om problemen of nieuwe zorg- of ondersteuningsvragen te bespreken. Regelmatig worden inspiratiesessies gehouden en dagdagelijks verrijken medewerkers hun terreinkennis. Er zijn vanuit Triamant ook overlegstructuren met medewerkers.

Belangrijke plaatsen van kennisdelen zijn de netwerken waaraan actief geparticipeerd wordt, zoals de professionele organisaties Voka, Unizo en Etion. Er is ook actieve samenwerking met aanverwante professionals en organisaties zoals de huisartsen, ziekenhuizen, paramedische beroepen, gemeentebesturen, enz. Met het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid van de KU Leuven wordt een uniek project opgezet om een strategische samenwerking te realiseren rond de wetenschappelijke onderbouw van leefpaden en leefzorgpaden voor de individuele klant. De contacten staan altijd in functie van de verwevenheid met de buurt. Zo werden rond de site te Geluwe alle zorgactoren actief opgezocht (woonzorgcentra, enz.) met het oog op een mogelijke samenwerking rond ondersteuning naar zorgzwaarte, bijvoorbeeld door middel van een herstelhotel voor revaliderende personen. Andere potentiële partners zijn zorgverzekeraars, mutualiteiten, organisaties voor personen met een handicap en andere voorzieningen in de zorg.

Kennis over collega-aanbieders van ondersteuning en zorg is belangrijk met het oog op integratie van het aanbod. De contacten met collega-bedrijven zijn relatief divers en betreffen voornamelijk professionalisering en kwaliteit. Voor bijvoorbeeld het herstelhotel wordt samengewerkt met een ziekenhuis en paramedici. Voor de B&B-formule wordt een beroep gedaan op de toeristische diensten. Met Toerisme Vlaanderen werd een samenwerking opgezet rond het programma 'Toerisme voor Allen'. De lokale besturen zijn interessant voor het opbouwen van netwerken. De samenwerking met anderen, bijvoorbeeld de architecten, is dan weer vooral op commerciële basis zoals bij andere leveranciers. Doel van de samenwerking is altijd een win-win creëren.

5.3.5 Drempels en triggers voor innovatie

Drempels voor de interne kennisdeling zijn er niet vanuit de eigen werking, maar wel door de geografische spreiding. Digitale communicatiekanalen zoals sharepoint, e-mailverkeer en skype trachten dit te overbruggen. Naar externe partners worden weinig drempels ervaren wanneer de openheid tot samenwerking bestaat.

Belangrijkste trigger is inherent aan het concept: blijvend zoeken naar een optimale ondersteuning van kwaliteit van leven en van zorg. Bronnen zijn de behoeften van huidige en potentiële klanten alsook internationale maatschappelijke tendensen die de richting waarin de samenleving evolueert aangeven.

5.3.6 Rol van de overheid

Voor nieuwe initiatieven als Triamant die de wereld herdenken is een sterk gereguleerd kader een beperking tot vernieuwing. De overheid moet volgens onze gesprekspartner zorgen dat ze de reglementering eerder afbouwt dan uitbreidt. De overheid mag innovatie niet in de weg staan en ruimte geven tot experimenteren is in deze context de sleutel tot verdieping en groei. Het gaat er om dat de mensen zo goed mogelijk ondersteund moeten worden in hun eigen leven.

De ondersteuning van de overheid is op dit moment zeer verticaal georganiseerd: ouderen, zieken, personen met een handicap, enz. Voor elke groep zijn er aparte ondersteuningsinstrumenten. De verkokering staat volgens onze gesprekspartner haaks op het leven dat horizontaal georganiseerd wordt. De verkokering van het beleid is daarmee de grootste drempel tot innovatie. Het rugzakmodel van de persoonsvolgende financiering is een stap in de richting van het teruggeven van de regie over het leven en het centraal stellen van de klant.

5.4 Zorgbedrijf Roeselare: werknemersparticipatie als sleutel tot innovatie

Zorgbedrijf Roeselare is opgericht op 1 januari 2015 en omvat alle Roeselaarse openbare zorgdiensten. Het Zorgbedrijf Roeselare is een publiekrechtelijke vereniging en beantwoordt aan

de regelgeving van openbare besturen. Het is opgericht naar analogie van het Zorgbedrijf Antwerpen en is een autonome en verzelfstandigde OCMW-vereniging. Juridisch is dit een Extern Verzelfstandigd Agentschap of EVA. In het Zorgbedrijf Roeselare zijn alle zorgdiensten van het OCMW en de Stad samengebracht in een nieuwe structuur. Dit zijn dezelfde diensten die het vroegere OCMW aanbood, aangevuld met de naschoolse kinderopvang die voorheen door de stad werd verzorgd. Het zorgbedrijf bestaat uit volgende entiteiten.

- Vier woonzorgcentra (De Waterdam, De Zilverberg, Ter Berken, Sint-Henricus).
- Drie lokale dienstencentra (Ten Elsberge, Schiervelde en De Zilverberg).
- Een dienst Thuiszorg.
- Voorschoolse en naschoolse kinderopvanginitiatieven KIDZ (KIDZ Roeselare, KIDZ Beveren, KIDZ Rumbeke en KIDZ Onthaalouders).
- De diensten therapeutische kindzorg Het Roer en De Boom.

Door alle zorgdiensten te bundelen kan efficiënter worden samengewerkt en kan men meer flexibel werken. Het streefdoel is een efficiëntere organisatie die minder nood heeft aan financiële ondersteuning vanuit de publieke middelen van de Stad.

Figuur 11 Dienstenpakket Zorgbedrijf Roeselare

Dienstenpakket		
Ouderenzorg Wonen & zorg Kortverblijf Dagverzorgingscentrum Diensten aan huis Mantelzorg Dienst Audioprothesie	Dienstencentra Gezondheidsconsultaties Huisvuilzakken Middagmaal Pedicure Rookmelders Telefoonster Verhuur lokalen Vervoerdiensten Zitdagen externe diensten	KinderenKIDZ Therapeutische zorg Speeltheek Pipo De Tovertuin
Diensten aan huis Thuisverpleging Maaltijden aan huis Zorgcoördinator Was- en strijkwervice Boodschappendienst Huishoudelijke hulp Klusjesdienst Verhuur alarmtoestellen	Vorming & Vrije tijd Beweging Creatief Informatica Taalcursussen	

De samenstelling van het dienstenaanbod is een economisch samenhangend geheel en zal in de toekomst in die geest worden uitgebreid en vorm gegeven. Het dienstenpakket omvat een brede waaier aan activiteiten om de zorgvrager zo lang en zo autonoom mogelijk te laten functioneren.

In het zorgbedrijf werken 760 mensen en zij verlenen diensten aan enkele duizenden zorgvragers, de klanten.

5.4.1 Missie en visie

De missie en visie zijn een bevestiging van de missie, visie en waarden van het OCMW Roeselare (Zorgbedrijf Roeselare, 2013). De opdrachten van Zorgbedrijf Roeselare zijn vastgelegd in een beheersovereenkomst en vertonen hierin sterke gelijkenissen met andere zorgbedrijven in Vlaanderen. De bedoeling is om de bestaande diensten verder uit te bouwen en vooral om een rendabele bedrijfsvoering te realiseren. Voor de dienstverlening zijn er 'gesubsidieerde voorbehouden middelen' om kwetsbare groepen te ondersteunen, andere diensten moeten zichzelf verdienen.

Het zorgbedrijf stelt zich als missie een kwaliteitsvolle en betaalbare zorg aan te bieden voor elke klant in iedere fase van zijn leven en dit met extra aandacht voor kwetsbare personen.

De visie van Zorgbedrijf Roeselare is samen te vatten als *'streven naar een kwaliteitsvolle dienstverlening, op commerciële basis maar met sociale vezels in alle diensten en voor alle betrokkenen'*. Het doel is: tevreden klanten, tevreden medewerkers, betere dienstverlening. Hierbij is respect voor de leefwereld en leefomgeving én de autonomie van groot belang, met extra aandacht en voorbehouden plaatsen voor kwetsbare personen. Voor de bestede middelen van de lokale gemeenschap wordt verantwoording afgelegd. Als werkgever gaat ook aandacht naar de kwaliteiten en het welzijn van de medewerkers, optimale werkomstandigheden, diversiteit, autonomie en groei- en ontplooiingskansen staan voorop. Samen met de medewerkers, professionelen en vrijwilligers, wil men mee vorm geven aan de verdere ontwikkelingen binnen het zorglandschap door vernieuwing na te streven en een voorbeeld voor andere zorgdiensten te zijn. In de werking wordt gestreefd naar transparantie en actief communiceren met klanten, medewerkers en de buitenwereld.

Met waarden zoals samenwerking, professionaliteit, integriteit, klantgerichtheid en engagement wil Zorgbedrijf Roeselare bijdragen aan een duurzame en warme samenleving.

5.4.2 Innovatie

Bij het Zorgbedrijf Roeselare ziet men innovatie in de eerste plaats als de transitie van een overheidsbedrijf naar een onderneming met een publiek mandaat en de overheid als belangrijkste aandeelhouder.

De transitie gaat gepaard met vele verbeteringen op vlak van organisatie en een uitbreiding van diensten. Men zet in op incrementele innovaties die nodig zijn om later disruptieve initiatieven te kunnen ontwikkelen.

Kern van innovatie bij de transitie zelf is de participatie van de werknemers en werknemersvertegenwoordigers.

De innovaties die in functie van de transitie worden ingezet zijn vooral methodieken en businessmodellen die ook in de reguliere sector ingezet worden. De vernieuwingen zijn dus niet nieuw of uniek, maar wel nieuw voor de sector van de zorgbedrijven. Het gaat om volgende innovaties.

- Het uitbouwen van een dienstenmodel (aanbieden van extra diensten, het optimaliseren van de schaalgrootte, het toepassen van nieuwe marktmodellen).
- Het optimaliseren van de backoffice (het rationaliseren van logistieke diensten, het uitbouwen van de digitalisering).

Zorgbedrijf Roeselare is een early adopter van innovaties die elders zijn ontwikkeld. De meeste vernieuwingen hebben plaats op incrementele wijze als een logisch gevolg van doorgedreven

kwaliteitscontrole. Het Deming-verandermanagement 'plan, do, check, act' is ingebed in de bedrijfscultuur. Disruptieve innovatie is voorlopig een langetermijnstrategie maar zeker de ambitie. De eerste innovaties in deze transitie betreffen volgende aspecten.

- Het sterker maken van de diensten.
- Nieuwe diensten om de zorgcirkel rond te maken.
- Eén zorgloket en zorgcoach voor elke zorgvrager.
- Het slim en sociaal uitbesteden van diensten.
- De backofficediensten innoveren.

Men wil de diverse diensten voor de diverse doelgroepen meer 'lean' organiseren, sterker maken en waar mogelijk verbinden met andere diensten. Het silodenken moet verdwijnen en diensten moeten waar mogelijk geïntegreerd worden.

De verbinding of koppeling van diensten heeft altijd een dubbele doelstelling, een betere service én een efficiënter verdienmodel. Volgende voorbeelden illustreren het rationaliseren van het verdienmodel.

- Er is de inbedding van zomerkampen voor kinderen in woonzorgcentra met wederzijds een winsituatie voor de respectievelijke dienstverlening.
- Door afzonderlijke thuisdiensten op te nemen in één logistieke keten kan de thuisondersteuning efficiënter georganiseerd worden. De was & strijkdienst is bijvoorbeeld opgenomen in de ronde van de maaltijdbedeling en meteen is er ook ruimte gecreëerd voor nieuwe diensten of extra kwaliteit. De maaltijdbedeling is zo kwalitatief versterkt kunnen worden door in een systeem van beurtrol de werknemers die de thuisbezorging doen te laten mee eten met de klant en zo vereenzaming mee ondervangen. Recent is thuisverpleging toegevoegd aan het dienstenpakket met het oog op volledige zorg en ondersteuning van de zorgvrager. Hierdoor is dossier- en klantenopvolging een totaalpakket van diensten voor de inwoners en is er een vlotte informatiedoorstroom en communicatie tussen diensten mogelijk.
- Zorgbedrijf Roeselare streeft naar een breed pallet, een menukaart aan diensten die via één loket kunnen bekomen worden. In de aangrenzende zones wordt nagegaan welke verdere ruimtelijke of geografische uitbouw van de dienstverlening van het zorgbedrijf nog mogelijk is. Met de niet door gemeenten of steden geleide dienstverleners wil men op commerciële basis de concurrentie aangaan en zo een schaalvergroting van het eigen aanbod doorvoeren.
- Zorgbedrijf Roeselare heeft één zorgloket en zorgcoach voor elke zorgvrager in de ruime omgeving. De regio is in zones opgedeeld en per zone is er een zorgloket met zorgcoach om de mensen efficiënt naar de zorgdiensten te brengen. De zorgcoaches in de verschillende loketten zijn momenteel sociaal verpleegkundigen of maatschappelijk werkers, maar in principe is er geen specifieke vooropleiding vereist. De wil en de competenties om mensen efficiënt door te verwijzen, maar vooral ook feeling volstaan om deze functie op te nemen.
- Slim en sociaal uitbesteden van diensten. De meerderheid van de activiteiten wordt door eigen diensten georganiseerd, maar sommige worden uitbesteed. De keuze wordt afgewogen tussen de eigen beschikbare competentie en het externe aanbod. Voor de zorgvragers of de klanten maakt dit echter geen verschil. Er is per regio één aanspreekpunt, de zorgcoach, en de rekeningen worden geregeld met het zorgbedrijf. Bij het inkopen van diensten of het uitbesteden van opdrachten speelt de prijs-kwaliteitverhouding een voorname rol, maar de sociale insteek is nooit afwezig. Bij een zowat identiek voorstel zal de voorkeur gaan naar een

sociaal bedrijf. Zo worden de was- en strijkactiviteiten in de thuiszorg uitgevoerd door een sociaal leer- en werkbedrijf.

Tenslotte worden ook de backofficediensten geïnnoveerd. Een integratie van al de diverse diensten vraagt om een meer efficiënte organisatie van de backoffice, met inbegrip van de ICT. Voor de ICT is gekozen om een eigen dienst uit te bouwen.

5.4.3 Participatie van werknemers en hun vertegenwoordigers

Bij de transitie van de OCMW-dienstverlening naar het autonoom Zorgbedrijf Roeselare (OCMW-dienstenbedrijf) is van bij de start intensief gecommuniceerd met de werknemers en met de werknemersvertegenwoordigers. In de visienota werd deze intentie vastgelegd *'(...) is het een uitdaging om verder te evolueren naar een personeelsbeleid dat de toets met de private sector kan doorstaan, maar anderzijds nog steeds een aantrekkelijke werkgeverspositie in een krappe arbeidsmarkt te behouden. Constructief overleg met de vakorganisaties zal hiervoor een essentiële succesfactor zijn. Bovendien zal er ook voldoende rekening moeten worden gehouden met het verleden. Er kan uiteraard geen sprake zijn van sociale afbouw en beknotting van eerder opgebouwde rechten'* (Zorgbedrijf Roeselare, 2013).

Door hun betrokkenheid hebben de werknemersvertegenwoordigers een belangrijke bijdrage geleverd bij de inkanteling van de diensten in een autonoom zorgbedrijf. De samenwerking met de werknemersvertegenwoordigers was open en transparant. Hun rol bij het uitbouwen van het zorgbedrijf is volgens de directie een interessant gegeven in de innovatie en in de transitie naar een zorgbedrijf. De werknemersafgevaardigden hebben het proces als zeer positief ervaren, er was ook volgens hen een open dialoog en een constructieve samenwerking.

De werknemersvertegenwoordigers sluiten zich op het punt van innovatie aan bij de visie van Zorgbedrijf Roeselare. Het gaat ook voor hen niet in eerste instantie om innovatie, maar om veranderingen en aanpassingen in functie van verbeteringen voor de organisatie én verbeteringen voor werknemers.

Vooraf aan de formele besprekingen in het Basisoverlegcomité (BOC), een overleg tussen de vertegenwoordigers van het zorgbedrijf en de vakbonden van het personeel, werden de werknemersvertegenwoordigers informeel geïnformeerd over de komende organisatieveranderingen. Als variapunt op het sociaal overleg in het BOC werd zeer vroegtijdig vermeld dat er werd gewerkt aan een visietekst en dat er denkwerk lopende was over de omvorming naar een autonoom bedrijf. Zo werden de werknemersvertegenwoordigers vroegtijdig op de hoogte gebracht van de ideeën en plannen over hoe de omvorming zou gebeuren en wat de mogelijkheden waren.

De werknemersvertegenwoordigers hadden zo de tijd en mogelijkheid om over de opties na te denken en meningen te formuleren. Voor hen waren twee aspecten van cruciaal belang.

- De diensten zouden openbaar blijven en onder publieke controle.
- Het statuut van de betrokken werknemers zou niet (of amper) wijzigen. De werknemersvertegenwoordigers waren geen vragende partij om het statuut van nieuw personeel aan te passen, maar waren wel bereid om hierover te praten indien dit nodig zou zijn.

De werknemersvertegenwoordigers waren zich bewust van het feit dat de werking meer afgestemd moest worden op de markt en dat ook publieke diensten elementen uit de private bedrijfsvoering kunnen overnemen om de organisatie performanter te maken.

Die uitgebreide informele aanloop naar het formeel overleg over de concrete uitvoeringsmodaliteiten zorgden voor een positieve voedingsbodem en constructief overleg.

De formele betrokkenheid van werknemers en hun vertegenwoordigers gebeurde verder in drie stappen van overleg op het BOC en communicatie met het personeel.

- Stap 1: overleg op het BOC. Tijdens het overleg werd uitgebreid informatie gegeven over wat een zorgbedrijf is en welke veranderingen dit teweeg brengt, wat de planning van de stad was, welke consequenties er waren voor het personeel en wat hiervoor de timing was.
- Stap 2: in een gezamenlijk overleg werd de rechtspositieregeling van het personeel aangepast aan de structuur van het zorgbedrijf. Inhoudelijk waren er echter heel minieme wijzigingen.
- Stap 3: informatie en communicatie voor het personeel. Hierbij was naast de informatie vanuit de directie ook ruimte voor een inbreng van de werknemersvertegenwoordigers. Wat niet in de uiteenzetting duidelijk was kon verduidelijkt worden bij de vragenronde.

Op die manier werd de onrust bij het personeel – eigen aan alle veranderingen – snel gekanaliseerd naar de juiste informatiebronnen. De samenwerking tussen de directie en de werknemersvertegenwoordigers is bij de oprichting van het Zorgbedrijf Roeselare van cruciaal belang gebleken voor een vlotte overgang. Collega-werknemersvertegenwoordigers van andere steden en gemeenten die ook met een omschakeling te maken krijgen komen informatie inwinnen over de manier waarop dit in Zorgbedrijf Roeselare is gebeurd. Niet in alle gevallen is er een dergelijk grote openheid en transparante communicatie en hieruit willen de collega's duidelijk leren of voorbeeld halen.

Drie elementen bepaalden dat de werknemersvertegenwoordigers in Zorgbedrijf Roeselare positief en constructief ingesteld waren tijdens het proces van omvorming naar een autonoom zorgbedrijf.

- De zeer vroege betrokkenheid van de werknemersvertegenwoordiging, ook informeel.
- De transparante informatie en communicatie, de openheid en het respecteren van afspraken.
- De duidelijke optie van de politieke overheid van Roeselare voor een autonoom zorgbedrijf met behoud van het publiek karakter.

Ook na de omvorming tot zorgbedrijf blijven de werknemersvertegenwoordigers de werking opvolgen en hun aandacht gaat naast het algemeen beleid vooral naar het personeelsbeleid.

Wat betreft het algemeen beleid delen zij de zorg om een evenwichtig dienstenpakket in functie van een financieel gezond bedrijf. Zo is er zeker tevredenheid over de uitbreiding met een thuisverplegingsdienst en de uitbreiding van maaltijdvoorzieningen. Naast aspecten van noodzakelijke maatschappelijke dienstverlening waar financiële tekorten soms niet uit te sluiten zijn, kan een zorgbedrijf ook commerciële diensten aanbieden die voor de nodige compensatie kunnen zorgen. Bij die keuzes en ook bij uitbestedingen mogen volgens de werknemersvertegenwoordigers wel de sociale doelen niet uit het oog verloren worden. Op deze punten vinden de werknemersvertegenwoordigers in Zorgbedrijf Roeselare naar eigen zeggen een luisterend oor en hun bedenkingen worden waar mogelijk meegenomen in latere beslissingen. Er is ruimte om standpunten te verduidelijken en argumenten aan te brengen. De werknemersvertegenwoordigers zijn er zich wel van bewust dat de problematiek complex is, vooral voor de woonzorgcentra. De (nieuwe) financieringsmodaliteiten maken het moeilijk om als autonoom zorgbedrijf met ook een publieke opdracht (mensen weigeren kan niet) in woonzorgcentra een break even te halen of te benaderen.

Het personeelsbeleid blijft voor de werknemersvertegenwoordigers het voornaamste aandachtspunt en de omvorming tot zorgbedrijf maakt dat nu (nog) meer aandacht gaat naar loon- en arbeidsvoorwaarden. Zo zijn de arbeidsvoorwaarden bij de uitbreiding met thuisverpleging van nabij opgevolgd. Hetzelfde gebeurde bij de reorganisatie van de kinderopvang. De aandachtspunten voor de werknemersvertegenwoordigers verschillen van situatie tot situatie, maar zijn altijd gericht op een efficiënte organisatie, kwaliteit van de tewerkstelling en op 'iedereen aan boord houden'.

Tewerkstelling blijft ook in de toekomst een primordiaal agendapunt voor de werknemersvertegenwoordigers. Het uitgangspunt om bij reorganisatie medewerkers de kans te geven om hun voorkeur te laten weten betreffende een eventuele andere tewerkstelling, evenals het voornemen om iedereen aan boord te houden, zelfs al wordt iets afgebouwd, vinden de werknemersvertegenwoordigers dan ook heel belangrijk.

5.4.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Zorgbedrijf Roeselare wil graag de ervaringen delen met andere bestaande en nog op te starten zorgbedrijven.

Bij de zorgvragers wordt zowel informeel via de medewerkers als meer formeel in bevestigingen gepeild naar wensen en verwachtingen, met inbegrip van percepties over de profilering van het zorgbedrijf. In dit kader gebeurt ook marktonderzoek: *'Zowel de burger als potentiële medewerkers moeten worden aangesproken door een modern en wervend discours dat uitmondt in een breder succesvol bedrijfsimago. Eerder marktonderzoek (Memori 2010) toonde aan dat de Roeselaarse klant via de dienstverlening van bijvoorbeeld het woonzorgcentrum, dienstencentra of kinderdagverblijven het OCMW een positief imago toemeet.'* (Zorgbedrijf Roeselare, 2013).

De medewerkers zijn sterke stakeholders en de samenwerking en open communicatie met de werknemers en hun vertegenwoordigers was dé sleutel bij de transitie van een OCMW- naar een autonoom zorgbedrijf. Zie beschrijving van de casestudie in § 5.4.3. Participatie van werknemers en –vertegenwoordigers.

Kennisdelen en samenwerking met externen kent in het Zorgbedrijf Roeselare verschillende vormen.

Op de eerste plaats is er de open communicatie met de bestuurders. In de visienota wordt de samenwerking met het bestuur als volgt omschreven. *'Corporate governance: (...) Een essentiële component om via verzelfstandiging naar een meer performante en bijgevolg meer rendabele organisatie toe te kunnen werken betreft de mate waarin het management het mandaat en de autonomie krijgt om accuraat en flexibel de bedrijfsvoering aan te sturen. (...) De relatie t.a.v. de bestuursleden moet er één zijn van strategische afstemming en consensus, maar tevens een verregaande operationele autonomie. (...) Om de bovenlokale en sectorspecifieke knowhow op bestuurlijk niveau maximaal te integreren met de publieke verantwoordelijkheid van de mandatarissen voorziet een publiekrechtelijke EVA de mogelijkheid om enkele externe bestuurders al dan niet tijdelijk met een adviserende stem toe te voegen aan het beheersorgaan. Deze externe deskundigen dekken dan bij voorkeur een breed spectrum aan sectorspecifieke inzichten af om de mandatarissen en het management vanuit een strategische invalshoek mee input te geven over de complexe ontwikkelingen in de zorgsector of vertegenwoordigen een stakeholder waarvan de aanwezigheid door de raad van bestuur als een meerwaarde wordt beschouwd. Het behoort uiteraard tot de bevoegdheid van de raad van bestuur in hoeverre men wenst gebruik te maken van de mogelijkheid om aanvullende expertise toe te voegen.'* (Zorgbedrijf Roeselare, 2013).

In de praktijk wordt nauw samengewerkt met het bestuurlijk beleid, zowel informeel als formeel. *‘De uitvoering van deze beheersovereenkomst wordt bij voorkeur dan ook door mandatarissen van de Stad Roeselare systematisch mee opgevolgd. Het Zorgbedrijf zal door de integratie van de stedelijke buitenschoolse kinderopvang en de inbreng van de bovenvermelde jaarlijkse dotatie voor de maatschappelijke opdrachten mee opgericht worden door de Stad. Een democratische vertegenwoordiging van het stadsbestuur in de algemene vergadering en raad van bestuur van het zorgbedrijf is bijgevolg evident en noodzakelijk, want stelt de Stad Roeselare in staat om van dichtbij en in alle transparantie de evolutie van het zorgbedrijf op te volgen. In die zin is het zorgbedrijf een instrument van het lokaal bestuur om een zorgbeleid over de stad te voeren. Die mogelijkheid is ook expliciet voorzien in het OCMW-decreet.’* (Zorgbedrijf Roeselare, 2013).

Het Zorgbedrijf Roeselare wordt in het kader van de oprichting van autonome zorgbedrijven regelmatig gevraagd om de kennis te delen met collega’s uit OCMW’s en stadsdiensten en gaat daar graag op in. Ook werknemersvertegenwoordigers worden hierbij betrokken want vooral de manier waarop in samenwerking met de werknemers en hun vertegenwoordigers de omschakeling plaatsvond is inspirerend.

Het zorgbedrijf gaat in de bredere Midwest-regio actief op zoek naar opportuniteiten van samenwerking met partners die een gelijkaardige of complementaire dienstverlening aanbieden om zo positieve effecten van schaalvergroting na te streven.

Het zorgbedrijf vertrekt vanuit het idee dat het omwille van zijn omvang en positie een leidende rol moet spelen en er worden geen restricties wat potentiële samenwerkingspartners betreft gedefinieerd. Het enige criterium is het succesvol kunnen uitvoeren van de missie en visie van het Zorgbedrijf Roeselare. Als inspiratie voor het verdienmodel wordt sterk gekeken naar de actuele managementstrategieën en businessmodellen. *‘Een zij het openbare, zij het private organisatie die binnen een gezond langetermijnperspectief werkt, vraagt een operationele aansturing die gebaseerd is op marktanalyse, efficiëntie, effectiviteit en rendabiliteit. M.a.w. een dergelijke organisatie moet zoals gelijk welk ander bedrijf op basis van de ‘best practices’ betreffende strategie en operationeel management worden geleid en aangestuurd.’* (Zorgbedrijf Roeselare, 2013).

5.4.5 Drempels en triggers voor innovatie

Drempels om te innoveren waren er in Roeselare vooral in de vroegere OCMW-structuur. De personeelskost was een zware concurrentiehandicap en de bedrijfscultuur was gebaseerd op een mindset van ‘behouden’ wat is. Strategisch werd het OCMW strakker aan de lijn gehouden en was er een zeker gebrek aan performantie.

Triggers en stimuli rond innovatie komen voor het Zorgbedrijf Roeselare uit diverse hoeken. De transitie naar een zorgbedrijf zorgt voor vernieuwing an sich: men zet er op in om een autonoom zorgbedrijf uit te bouwen, op een moderne managers-leest geschoeid, met focus op het uitbouwen van integrale en vraaggestuurde dienstverlening. Het nieuwe zorgbedrijf heeft een positieve invloed op de aantrekkingskracht voor nieuwe werknemers. Vacatures trekken veel meer belangstellenden en de keuze aan competenties van de kandidaten heeft aan kwaliteit gewonnen. Er is een transitie naar een nieuwe mindset bij de werknemers, een mindset die open staat voor vernieuwing en innovatie. De medewerkers zijn cruciale partners in de nieuwe dienstverlening. De nieuwe structuur laat ook meer en vlotter kennisuitwisseling en externe expertise toe.

5.4.6 Rol van de overheid

Vanuit het bestuur van het zorgbedrijf wil men positief meewerken aan meer verzelfstandiging van de activiteiten van het OCMW. Er zijn wel enkele premissen, zoals in de visienota (Zorgbedrijf Roeselare, 2013) verwoord: 'Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel OCMW's, hierin trouwens aangemoedigd door de Vlaamse overheid, de piste(n) van (een) Publiek Private Samenwerking (hierna "PPS") verkennen om aan deze moeilijkheden te remediëren. Ook voor andere dienstverlening betekent externe verzelfstandiging een mogelijke meerwaarde. Denken we maar aan de schuldbemiddelingsdiensten, kinderopvang, sociaal verhuurkantoor, diensten aan huis, sociale tewerkstelling (...). Premissen daarbij zijn de volgende.

- De keuzevrijheid van de besturen respecteren en faciliteren met aandacht voor de lokale autonomie en maatwerk.
- Samenwerking mag geen verplichting worden maar een mogelijkheid zijn.
- Duidelijkere regels hanteren inzake het beheer van de (openbare) vereniging.
- Het verzelfstandigingspallet moet ook toegankelijk zijn voor bestaande diensten.

De werknemersvertegenwoordigers van Zorgbedrijf Roeselare zijn er zich van bewust dat de Vlaamse overheid deze omschakeling mee heeft mogelijk gemaakt door het bestaande reglementair kader, onder andere op vlak van samenwerkingsmogelijkheden en nieuwe structuren. De schrik is echter dat bij een nieuw lokaal decreet de reglementering zo ver wordt opengetrokken dat het publieke karakter van de zorgbedrijven aangetast kan worden. De werknemersvertegenwoordigers vragen aan de Vlaamse overheid om voldoende waarborgen in de reglementering in te bouwen om het publieke karakter van zorgbedrijven te behouden. Onder andere in de sectoren zorg en welzijn is het volgens onze gesprekspartners belangrijk dat de overheid naast regisseur ook effectief actor is op het werkveld. Daarom is het volgens hen noodzakelijk dat de Vlaamse overheid de lokale sector op dezelfde wijze behandelt als de private instellingen.

5.5 De Zwaluw: sensomotorische integratie

De Zwaluw nv is opgericht in 1989 in de dorpskern van Vollezele, een landelijk dorp in het Pajottenland. Het woonzorgcentrum is gebouwd in drie fasen tussen 1989 en 2003 en evolueerde als woonzorgcentrum van een opnamecapaciteit van twaalf naar 88 bewoners.

Van bij de start werd er naar gestreefd om voor de bewoner een thuis te creëren, rekening houdend met de gewoontes en keuzes van de bewoners. De vrijheid en zelfstandigheid van de bewoners wordt zoveel mogelijk gestimuleerd en in het verlengde ook deze van de bezoekers en familie van de bewoners.

Personen met dementie worden in De Zwaluw in de mate van het mogelijke verspreid over het woonzorgcentrum. De beveiligde afdeling 'Klaproos' is enkel voor personen met dementie die een verhoogde beveiliging nodig hebben omwille van bijvoorbeeld weglooptgedrag of rondlopen.

Er werken in De Zwaluw 53 werknemers (49 VTE) en er verblijven 88 bewoners.

5.5.1 Missie en visie

De Zwaluw stelt zich als doel het bewonersgericht toedienen van kwaliteitsvolle vraaggerichte zorg in samenspraak met bewoners en familie. Bewoners moeten in staat zijn om hun persoonlijke waardigheid en interpersoonlijke relaties te behouden, met respect voor ieders privacy.

In de strategie wordt dit als volgt geformuleerd:

- De Zwaluw biedt residentiële hulp- en dienstverlening aan zijn bewoners.
- De Zwaluw probeert een professionele hulp- en dienstverlening te realiseren steunend op de kracht van opgeleide medewerkers en op de uitbouw van hun kennis en expertise.
- De Zwaluw zorgt voor een zorgzame, aangename en aangepaste omgeving en infrastructuur voor de bewoners.
- De Zwaluw creëert een huiselijke en familiale sfeer.
- De Zwaluw laat elke bewoner zijn kamer inrichten volgens zijn persoonlijke levensstijl.

Tijdens sollicitatiegesprekken met nieuwe werknemers wordt de visie van De Zwaluw besproken en getoetst met deze van de kandidaat. Het is voor de directeur van het woonzorgcentrum van wezenlijk belang dat alle werknemers de visie delen.

De bewoner staat in De Zwaluw steeds centraal, wat zich vertaalt in drie principes.

1. Holisme: de bewoner moet zich goed voelen in zijn totaliteit, sociaal, fysisch en psychisch. Alles wat in het woonzorgcentrum gebeurt moet daaraan getoetst worden.
2. Regie: elke bewoner moet zo veel mogelijk zelf beslissingen nemen over de zorg die hij of zij wenst, ongeacht de levensfase moet de regie in eigen handen blijven. Concreet betekent dit dat bij alles wat gedaan wordt ook de mening van de bewoners of de vertegenwoordigers ervan gevraagd wordt. De Zwaluw stimuleert de zelfstandigheid van de bewoners en streeft ernaar dat de bewoners zelf inhoud en richting aan hun leven geven.
3. Uniek: elke bewoner is een unieke persoon met een eigen levensgeschiedenis, fysiek, psychisch, sociaal, familiaal en qua geloofsovertuiging.

Kernwaarden hierbij zijn respect (voor gewoontes en keuzes van bewoners en familie), open huis (waar bezoek altijd welkom is) en dialoog (open communicatie met alle betrokkenen).

5.5.2 Innovatie

Innovatie is voor de directeur van De Zwaluw het verlengde van kwaliteitszorg en heeft als finaal doel om aan te sluiten bij de vragen van de huidige bewoners. Het leveren van vraaggestuurde zorg is de ultieme vorm van innovatie. Hierbij staat de vraag van de bewoner centraal en niet bijvoorbeeld de vragen van de familie of de visie van de verzorgenden. Met de mening van deze laatsten wordt wel rekening gehouden, maar in tweede orde. Indien de visie van familie of verzorgenden botst met deze van de bewoners zal men de visie van de bewoners respecteren, maar deze wel stimuleren tot andere leefgewoonten zoals meer bewegen, maar nooit verplichten. De bedoeling is wel om de familie mee te betrekken in het verhaal.

Innovatie laat zich in de praktijk in diverse aspecten voelen. De Zwaluw zet op verschillende manieren op innovatie in. Het woonzorgcentrum maakt onder meer werk van een vroegtijdige zorgplanning, zet in op het aansluiten bij vragen en leefwereld van bewoners door een goede inrichting van de gebouwen en gaat doordacht om met nieuwe technologie.

- Werk maken van een vroegtijdige zorgplanning.

De zorgplanning - nadenken, spreken en beslissen over de zorg die men wil bij ernstige ziekte en hoge ouderdom – wordt vroegtijdig aangevat. Bij de zorgplanning gaat veel aandacht naar communiceren en luisteren, het is belangrijk om de mensen goed te leren kennen en de wensen juist te capteren.

▀ Doordacht omgaan met nieuwe technologie

In de praktijk zit bij De Zwaluw innovatie in talrijke dagelijkse dingen, eerder dan in het gebruik van de nieuwste technologie. Nieuwe technologie wordt maar ingezet als de bewoners daarom vragen of wanneer het gebruik ervan zou aansluiten bij de behoeften. Zo wordt er voorlopig nog niet gewerkt met bijvoorbeeld domotica. Het zal pas een volgende generatie bewoners zijn die - vanuit de thuissituatie met tablets en andere digitale communicatie vertrouwd - dit ook zullen willen gebruiken in het woonzorgcentrum. Met andere woorden, het kan net innovatief zijn om sommige nieuwe technologie te weren of gefaseerd in te voeren. Voor medewerkers wordt er wel getracht om de nieuwe technologieën toe te passen in functie van werkontlasting. Het huidig oproepsysteem is aan vernieuwing toe en er is gekozen voor Aperi, een zorgplatform dat vertrekt van de basisfunctionaliteit van een oproepsysteem en kan uitgebreid worden met een waaier aan diverse technologieën, aanpasbaar aan de behoeften. Het gaat om een communicatietool die op een eenvoudige manier de zorgactoren met elkaar verbindt. Voor de integratie en digitalisering van de dossiers is gekozen voor Careresolution omdat dit een open systeem is.

▀ Aansluiten bij vragen en leefwereld van de bewoners bij de inrichting van de gebouwen

Vanuit de gedachte dat innovatie vooral betekent zo dicht mogelijk aansluiten bij de vragen van de bewoners, kiest men er in De Zwaluw ook voor om de kamers te laten inrichten met de eigen meubels van de bewoners. Ook denkt men bewust na over de bouwstijl of architectuur van nieuwe woonzorgcentra. Nog teveel wordt de architectuur bepaald door wat de bestuurders van een instelling mooi vinden en nog te weinig vanuit de leefwereld en behoeften van de betrokken ouderen.

▀ Sensomotorische integratie

Om tegemoet te komen aan de vragen van de bewoners wordt ook ingezet op de principes van de sensomotorische integratie. Dit behandelen we hieronder meer uitgebreid in een aparte paragraaf.

5.5.3 Sensomotorische integratie

De interesse voor sensomotorische integratie is gewekt tijdens de opleiding ergotherapie van de directie. De studie van dit thema in het kader van een opdracht, en latere literatuur en voorbeelden in andere woonzorgcentra hebben geleid tot een eigen toepassing in het woonzorgcentrum De Zwaluw.

▀ Motorische reacties stimuleren

Sensomotoriek gaat over de motorische reactie van mensen op zintuiglijke informatie. Omdat de zintuiglijke waarnemingen, bij ouderen algemeen en bij personen met dement gedrag in het bijzonder (80% van de bewoners) verminderd zijn, worden bij sensomotorische integratie de zintuiglijke prikkels versterkt om zo het gewenste gedrag te beïnvloeden.

▀ Sensomotorische impact als toetssteen

Concreet betekent dit voor De Zwaluw dat bij strategische maar vooral ook bij operationele keuzes telkens de toetssteen 'sensomotorische' impact gehanteerd wordt. Zo wordt bijvoorbeeld de kleurkeuze in de gangen en bij vernieuwing van de kamers/badkamers daardoor bepaald. Contrasterende kleuren zorgen er voor dat de badkamerelementen meer correct gebruikt worden, valrisico vermindert, langer netjes blijven. Rode knoppen voor het bedienen van deuren of toestellen worden sneller opgemerkt omdat deze kleur het langst helder wordt onderscheiden.

▀ Sensomotorische principes in animatie

Een ander voorbeeld is het creatief afleiden van ongewenst gedrag zoals kloppend gedrag, bijvoorbeeld op tafels. Met het kloppen zoeken personen met dement gedrag de pijnprikkel op, fysiek of auditief. Ingaan tegen het gedrag zonder alternatief heeft daarom weinig zin, de persoon zal andere plaatsen opzoeken of ten treure herbeginnen. Als de persoon een activiteit kan aangeboden worden die dezelfde gewaarwording geeft of sublimeert, dan wordt de prikkel naar voldoening beantwoord. Zo worden animatie-activiteiten gekozen in de lijn van sensomotorische integratie, als voorbeeld hiervan is er een tovertafel.

▀ Het voorbeeld van de belevingstuin

Werken volgens sensomotorische integratie betekent dat de woonzorgomgeving voldoende prikkels moet voorzien om aan de verschillende zintuigen voldoende uitdagingen te bieden. Een element dat hiervoor nogal eens wordt gebruikt is de belevingstuin. In De Zwaluw is men gestart met de aanleg van een belevingsgerichte tuin met veel aandacht voor de verschillende zintuigen. Er is plaats voor fruit, groenten en kruiden en de paadjes zijn voorzien van diverse soorten bestrating. Personen met dementie kunnen met begeleiding of hulp van andere bewoners of familie, op verschillende vlakken baat hebben bij een belevingsgerichte tuin. Het denken kan worden gestimuleerd door reminiscentie aan bloemen, planten en kruiden of andere typische ornamenten. Door het zien van planten en kruiden, worden de zintuigen aangesproken en bij activiteiten wordt een beroep gedaan op (senso)motorisch vlak zoals bij het onkruid wieden, verplanten van bloemen, water geven, enz. Activiteiten in de tuin stimuleren ook sociale contacten, intern en extern, en personen met dementie kunnen interesses delen en zo gesprekken op gang zetten. Ook sociale en emotionele functies kunnen worden gestimuleerd door samen te zitten in de tuin. Kortom, alle zintuigen kunnen worden aangesproken waardoor ouderen zich ook beter gaan voelen.

5.5.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Kennisdelen en samenwerking gebeurt bij De Zwaluw met alle stakeholders en aanverwante organisaties en dit op verschillende manieren en met volle overtuiging van het belang ervan.

Kennisdelen met de zorgvragers gaat terug op de missie en visie van de organisatie. In de missie verwijst men uitdrukkelijk naar met 'respect en open en in dialoog met de bewoners en familie omgaan'. Zoals wettelijk vastgelegd is er ook een bewonersraad. De bewoners zelf worden dagdagelijks rechtstreeks informeel naar hun welbevinden gevraagd, er is tijd voor communicatie. Zoals de overheid het vraagt worden bewoners ook meer formeel betrokken in tevredenheidsbevragingen waarin gepeild wordt naar de kwaliteit van het leven.

De medewerkers van De Zwaluw delen een gemeenschappelijk visie op zorg en nieuwe werknemers worden daar ook op geselecteerd. Aansluiten bij de vragen van de bewoners is niet altijd evident en het vraagt een gezamenlijke aanpak van alle zorgkundigen, verplegenden, artsen en andere hulp- en verzorgend personeel. Innovatie betekent soms ook zorg of hulp uitstellen tot het moment dat de bewoner er behoefte aan heeft. Zo worden maaltijden niet opgedrongen of beweging niet verplicht, wel getriggerd. Elke dag is er een korte briefing met de werknemers over de dagdagelijkse zorg en er is over alles een open communicatiebeleid.

Werknemers worden nauw betrokken bij het beleid. Rond enkele belangrijke thema's zijn werkgroepen opgericht bestaande uit de betrokken personeelsleden. De medewerkers komen uit verschillende disciplines en de werkgroep heeft de bedoeling om te reflecteren over het thema met het oog op de verbetering van het welzijn op specifieke zorgaspecten of bij doelgroepen.

Het voedingsteam en de werkgroep diabetes volgen de voedingswaarden voor de bewoners op, inclusief de begeleiding als dat noodzakelijk zou zijn. De werkgroep dementie vertaalt de visie

naar de werkvloer en zorgt er voor dat de omgeving aangepast is aan de mogelijkheden van de personen met dementie.

Alle werkgroepen hebben ook oog voor aangepaste activiteiten of acties, zoals een poëziesamiddag voor personen met dementie en hun familie. In het kader van kennisdelen met de medewerkers is voor de directie het personeelsbeleid van De Zwaluw een cruciale factor. Het personeel is hét kapitaal van dit woonzorgcentrum en daarom wordt ook geïnvesteerd in de polyvalentie van alle medewerkers.

Kennisdelen en samenwerken met externen is voor woonzorgcentrum De Zwaluw zeer belangrijk. Alles start met netwerken, onontbeerlijk voor een gezonde bedrijfsvoering, maar er is best een brede waaier van occasionele tot structurele contacten met collega's en aanverwante ondernemingen, zoals gezamenlijke aankopen en lidmaatschap van beroepsverenigingen. Een collega-directeur van een woonzorgcentrum is lid van de raad van bestuur met oog op een inbreng van nieuwe perspectieven en een toetssteen voor het beleid in het woonzorgcentrum De Zwaluw. Deze keuze is doelbewust genomen om de geslotenheid van een raad van bestuur van een kmo te vermijden. Meerdere externen betrekken is een moeilijke en naar kostprijs weinig haalbare zaak.

Andere momenten van kennisdelen en inspiratiebronnen voor innovaties vindt de directeur in talrijke contacten met bedrijven én organisaties in de sector van zorg en welzijn, lidmaatschap van een platform voor gezamenlijke aankopen, deelnames aan studiedagen, lidmaatschap van verenigingen – waaronder VLOZO, een werkgeversfederatie die de belangen van de onafhankelijke (semi-) residentiële ouderenvoorzieningen verdedigt.

Een zeer specifieke vorm van kennisdelen en samenwerken is de deelname van de directeur aan gebruikersgroepen rond zorgindicatoren. Deze worden georganiseerd binnen het Vlaams Indicatorenproject (VIP). Het VIP meet de kwaliteit van zorg in de Vlaamse woonzorgcentra met het oog op (1) woonzorgcentra die zichzelf evalueren en het kwaliteitsbeleid verbeteren, (2) bewoners en het bredere publiek informeren, (3) instrumenten bij inspecties en erkenningsbeslissingen en (4) voorzieningen met elkaar te vergelijken (benchmarking). De inbreng van ervaringen vanuit de woonzorgcentra zijn van groot belang voor het realistisch vastleggen en kiezen van indicatoren. Ook de deelname aan studiedagen – bijvoorbeeld over valrisico's bij ouderen en sensomotorische integratie – zijn volgens de directie niet alleen een bron van informatie maar ook van uitwisseling van ervaringen.

5.5.5 Drempels en triggers voor innovatie

Drempels hebben aldus de directie van De Zwaluw vooral te maken met de specifieke situatie en actuele evoluties in de sector. De context van concurrentie maakt dat kennisdelen en samenwerking altijd gepaard gaan met een zekere spanning. Enerzijds wil men graag kennis delen en zelf leren van anderen, anderzijds wil men de eigen kennis beschermen als concurrentieel voordeel. Jezelf blootstellen is jezelf kwetsbaar maken en soms ook in de kijker stellen voor de monitoring van de overheid. Wie nieuwe initiatieven neemt verkent meestal de grenzen van de reglementering, zeker als het om innovaties gaat die niet alleen nieuw zijn voor de organisatie maar ook voor het aanbod aan zorg. Een andere belangrijke factor is tijd, zeker voor een kmo waar de directeur zowat alle aspecten van de onderneming moet opvolgen. Ten slotte is er in de zorgsector een veelheid aan procedures en kwaliteitsmaatstaven die de eigen regelmogelijkheden sterk beperken.

Triggers en stimuli zitten in de aard of het karakter van de organisatie zelf. Voor de directie van De Zwaluw is de belangrijkste trigger de permanente zorg voor kwaliteitsverbetering en het

aansluiten bij de behoeften van de bewoners. Inspirerend hierbij zijn vooral de netwerken en de netwerking die ook aanleiding geven tot kennisdelen en samenwerking.

5.5.6 Rol van de overheid

Als de overheid innovatie in kmo's wil ondersteunen dan zal dat volgens onze gesprekspartner in De Zwaluw vooral kunnen gebeuren door een transparant en regelluw overheidsbeleid en vraaggestuurde ondersteuning. In een kmo staat de werkgever veel dichterbij de werkvloer en is de kans op hiaten in kennis van het brede werkveld algemeen en de werkvloer in het bijzonder bijvoorbeeld veel kleiner dan in grote bedrijven.

Bedrijfsleiders in een kmo zijn volgens onze gesprekspartner ook zeer gedreven en gepassioneerd door het activiteitenterrein van de organisatie. Dit alles maakt dat bedrijfsleiders van kmo's weinig regelgeving nodig hebben om bedrijfsprocessen te sturen. Alles verloopt op een veel informelere manier. De vele procedures en de monitoring die door de overheid worden opgelegd remmen in zekere mate vernieuwing of aanpassingen af, terwijl de praktijk vraagt om dagdagelijks in te spelen op de vragen van de bewoners.

De inspectie van de zorg zou zich volgens onze gesprekspartner daarom ook niet moeten richten op het volgen van procedures, maar op de kwaliteit op de werkvloer. Niet 'je moet voldoen aan x en y' maar wel de vraag 'lever je kwaliteit aan de klant?'. Er is meer nood aan 'superviserend vertrouwen' in plaats van 'controle' en de indicatoren die de overheid wil opvolgen moeten in eerste instantie ook zorgen voor informatie voor het woonzorgcentrum om de kwaliteit te borgen.

Het forfaitstelsel van financiering door de Vlaamse overheid is een andere bron van drempels voor innovatie. Het woonzorgcentrum anticipeert op mogelijke budgettaire onevenwichten door te werken met een gemengde bewonersgroep. Van de 88 plaatsen zijn er 56 bedden voor de opvang van zwaar zorgbehoevende ouderen, aangeduid als 'rust- en verzorgingstehuisbedden (RVT-bedden) en 32 bedden Rustoord voor Bejaarden' (ROB-bedden). Bij deze laatste groep wordt er voor gezorgd dat een aantal bewoners ook voldoen aan de hogere eisen van zorgbehoevendheid waardoor zij een switchgroep vormen wanneer er RVT-bedden vrijkomen.

Alleen op deze manier is continuïteit te verzekeren en kan er een strategisch beleid gevoerd worden. Aansluitend hierbij stelt de gesprekspartner de vraag of de huidige tendens om ouderen zolang mogelijk in de thuisomgeving te verzorgen voor alle ouderen wel de beste garantie op kwaliteit is. Er zijn beslist bewoners in De Zwaluw die baat hadden gehad bij een vroege opname. Vroegtijdige zorgplanning zou best starten bij de eerste vraag om zorg en moet gaan over wat het beste is of wat de wensen zijn van de zorgvrager.

De norminterpretaties woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor kortverblijf laten op dit moment te weinig keuze wat betreft de samenstelling van de zorgomkadering in een woonzorgcentrum. Zo zijn er volgens De Zwaluw soms teveel verpleegzorgers in vergelijking met de zorgers. Een meer open normering zou toelaten om binnen het woonzorgcentrum meer vernieuwende – aan de bewoners aangepaste – zorg te bieden. Als een woonzorgcentrum meer vrijheidsgraden zou hebben om personeel in te zetten op vraag van de bewoners kan het woonzorgcentrum beter scoren op vlak van innovatie. De Zwaluw is vragende partij om het normeringskader minimaal vast te leggen en meer vrijheden toe te laten bij het inzetten van het personeel. Het beroep van zorgkundige is een knelpuntberoep geworden omwille van het onderscheid met verzorgende. De overheid zou kunnen voorzien in een soepele doorstroom van verzorgenden naar zorgkundigen en meer vrijheden bij het inzetten van de medewerkers. De diplomavereisten zijn volgens onze gesprekspartner aan herziening toe.

De aandacht van de overheid voor diversiteit in de raden van bestuur van zorginstellingen (Vandeurzen, Jo, 2016) wordt door de directeur van De Zwaluw als positief ervaren, maar er is ook de vraag om de aanbevelingen hiervoor goed te laten aansluiten bij de situatie voor organisaties met een nv of cbva-statuu. Anders dan in vzw's kunnen nv's zoals bijvoorbeeld De Zwaluw hiervoor geen extra middelen voorzien. In de raad van bestuur van De Zwaluw zetelt een collega die geselecteerd is op een aantal kenmerken. Het gaat om een collega die dezelfde visie over het organiseren van een woonzorgcentrum heeft en waarvan het woonzorgcentrum voldoende veraf gelegen is om geen concurrentie te zijn. Die kenmerken en vooral het wederzijds vertrouwen zorgen er voor dat de aanwezigheid in de raad van bestuur een steun is en een belangrijke bron van advies. De collega neemt met kennis van zaken deel aan de discussies en beslissingen. Een verplichte wissel om de zoveel jaar zoals in vzw's wel bepleit wordt is in deze kmo niet aan de orde. Collega-kmo's met verschillende woonzorgcentra kunnen misschien baat hebben bij een temporele wissel in de raad van bestuur, voor De Zwaluw houdt dit geen voordelen in.

Ook het engageren van vrijwilligers, een inspiratiebron en steun voor innovaties, is voor een nv als De Zwaluw net iets moeilijker dan voor een vzw. De regelgeving zou wat dit betreft volgens onze gesprekspartner beter aangepast moeten zijn aan de werking van een kmo.

Tot slot wordt het positief ingeschat als de overheid het invoeren van digitale technologie zou ondersteunen in functie van een betere communicatie met de andere zorgactoren zoals artsen, apothekers, vroegere thuisverpleging of –zorg. Vraag is wel om voor gebruikersvriendelijke interfaces te zorgen en om geen verplicht programma op te leggen.

5.6 Landelijke Thuiszorg: zorgdiensten digitaal stroomlijnen

Gezinshulp vindt zijn oorsprong in het vrijwilligerswerk van vrouwenorganisaties en private charitatieve instellingen die bijstand verleenden aan gezinnen in nood. De erkenning en subsidiëring kwamen er voor het eerst door het Regentsbesluit van 1 maart 1949. In 1959 is de Vereniging voor Gezinshulp opgericht en erkend door het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin. De dienst startte met 64 gezinshelpsters en verzorgde zelf de opleiding van de gezins- en (later) de bejaardenhelpsters.

In 1999 is de naam gewijzigd in Landelijke Thuiszorg.

Landelijke Thuiszorg biedt nu met zowat 1.400 professionele medewerkers en een 100-tal vrijwilligers hulp bij geboorte, ziekte, beperking, ouderdom of moeilijke omstandigheden en heeft drie erkende centra voor de opleiding tot polyvalent verzorgende en zorgkundige. Landelijke Thuiszorg is actief in de provincies Antwerpen, Limburg, Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen en de opleidingen vinden plaats in Wijgmaal, Herentals en Bilzen.

De zorgdiensten betreffen een waaier van ondersteuning: gezinszorg en kraamhulp (samen 80%), poetshulp, PAB-assistentie, dagopvang CADO, verenzorg, groen- en karweihulp en nachtzorg. Door ook woningaanpassingen te faciliteren (zelf of met doorverwijzingen) kunnen meer mensen langer veilig en comfortabel thuis blijven wonen. De thuiszorg kan ook in een assistentiewoning, abdij of in een andere vorm van groepswonen geboden worden. Er is mogelijkheid tot dagopvang In 15 CADO's verspreid over het werkingsgebied. In een Oriëntatie en OpgvolgingsTraject Thuiszorg voor kwetsbare ouderen (OOTT) worden cliënten tijdelijk opgevangen, in het jong-dementiehuis Kyma is er dagopvang met ook begeleiding voor mantelzorgers van deze doelgroep.

Ook personen met een beperking kunnen bij Landelijke Thuiszorg terecht, rechtstreeks of via toeleiding door de Diensten Ondersteuningsplan (DOP), bijstandsorganisatie, ziekenfondsen, Nieuwe samenwerkingsverbanden met voorzieningen voor personen met een beperking worden nu verkend. Met deze doelgroep knoopt Landelijke Thuiszorg aan bij haar oorsprong waar ook de zorg voor personen met een handicap een belangrijke plaats innam.

De zorgkundigen zijn polyvalent opgeleid maar kunnen zich ook bekwamen in bepaalde thema's zoals dementie.

5.6.1 Missie en visie

De missie van Landelijke Thuiszorg is gericht op iedereen die hulpbehoevend is, met bijzondere aandacht voor de meest zorgbehoevende, de minst begoede en kansarme personen.

De missie wordt uitgevoerd vanuit de waarden van nabijheid, autonomie, verbondenheid, flexibiliteit, en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Landelijke Thuiszorg wil voeling houden met een evoluerende maatschappij en kiest bewust voor duurzaamheid en voor vernieuwing.

5.6.2 Innovatie

In de visie op innoveren staat het inspelen op evoluerende behoeften en op de nieuwe context centraal. Innoveren betekent dat de diensten op een maximaal verantwoorde manier verder moeten uitgebouwd worden, en de arbeidsprocessen en -methodieken vernieuwd.

Innovatie is steeds een belangrijke leidraad geweest voor Landelijke Thuiszorg. De historiek van de activiteiten wijst er op dat Landelijke Thuiszorg zich parallel heeft ontwikkeld met de maatschappelijke veranderingen.

Op dit moment zijn de belangrijkste uitdagingen de complexiteit van de zorg of zorgafhankelijkheid, de tendens tot vermaatschappelijking van de zorg, de invoering van de persoonsvolgende financiering en de ontwikkelingen op het federale beleidsniveau met belangrijke impact voor de gezinszorg op Vlaams niveau.

In de praktijk en in de huidige context wordt innovatie vooral ingezet op vier zorgterreinen: de integratie van de zorg en samenwerking, kwaliteitszorg en aangepaste competenties, de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen zoals kleinschalige dagopvang en als sluitstuk van de innovaties is er de ondersteuning door informatisering en digitalisering van zorgverlening en gegevensuitwisseling. Dit laatste aspect wordt in een volgende paragraaf apart besproken.

▀ Meer geïntegreerde zorg en samenwerking

Meer geïntegreerde zorg en samenwerking is dé innovatie in de arbeidsorganisatie. De polyvalent verzorgenden moeten (economisch) worden ingezet voor de taken en zorgdoelen waarvoor zij best geplaatst zijn en waarvoor hun kwalificatie vereist is. Bij geïntegreerde zorg moet worden samengewerkt tussen meerdere actoren, zowel intern binnen Landelijke Thuiszorg als extern met andere zorgpartners. Concreet betekent dit dat verzorgenden bijvoorbeeld niet meer zelf maar in samenwerking met schoonmaakhulp de wekelijkse poetsbeurt uitvoeren. De zorgtaken moeten ook in de beste omstandigheden kunnen worden verleend om het werk efficiënt te laten verlopen. Het voorbeeld van de badkameraanpassing – niet louter ten behoeve van de zorgvrager, maar ook in functie van een vlotte persoonlijke verzorging - is hiervan een mooie illustratie: als de badkamer van een cliënt niet meer toegankelijk of onvoldoende veilig is voor het dagelijkse of wekelijkse toilet, dan wordt de coördinator woningaanpassing ingeschakeld die samen met de zorgvrager kijkt of een aanpassing mogelijk is. Een veilig zitje in het bad of enkele steunarmen op de muur kunnen heel wat verhelpen. Het bad vervangen door een inloopdouche of elders een

toegankelijke inloopdouche laten installeren is een andere optie. Er is ook een groeiende behoefte aan oog voor het globaal welzijn van de zorgvragers én van de zorgverleners.

■ **Kwaliteitszorg en nieuwe doelgroepen vragen aangepaste competenties**

Omdat nieuwe doelgroepen steeds meer de weg vinden naar de gezinszorg stelt dit de organisatie voor nieuwe uitdagingen, voor vernieuwing en verder bekwaming. Daarom zet Landelijke Thuiszorg in op vorming in functie van de nieuwe doelgroepen, en de meer complex wordende zorgsituaties. Er zijn vormingstrajecten waarbij medewerkers zich kunnen specialiseren in een thema en zo naast hun polyvalente inzetbaarheid een bijzondere expertise opbouwen. De trajecten zijn bijvoorbeeld dementiekundige basiszorg, zorg bieden in complexe (psychische) zorgsituaties, zorg bij gezinnen in kansarmoede of bij personen met een handicap, in situaties met patiënten met kanker, enz. Themaverzorgenden delen hun kennis en vaardigheden met de leden van hun zorgteam en verrijken zo de expertise van het ganse team. Dit komt de cliënten ten goede en is ook voor de medewerkers een waarderende manier van werken. De groeiende nood aan samenwerking vraagt eveneens nieuwe competenties van alle medewerkers, nieuwe methodieken van intake en toeleiding én van communicatie met de partners, met respect voor de privacy van de cliënten. Twee frequente situaties illustreren het belang van gegevensdeling. Ten eerste brengen verzorgenden heel wat tijd door bij de gezinnen en zorgvragers en kunnen ze zich een goed beeld vormen van de medicatietrouw en de eventuele bijwerkingen van geneesmiddelen. Informatie die van onschatbare waarde is om signalen te detecteren die relevant zijn voor de medische equipe rond de zorgbehoevende persoon. Een tweede voorbeeld is een gedeeld (elektronisch) zorgenplan met de contactgegevens van de zorgpartners en hun rol in het globale zorggebeuren. Voor een optimaal afgestemde zorg zijn gezamenlijke zorgafspraken van cruciaal belang.

■ **De ontwikkeling van nieuwe zorgvormen**

De ontwikkeling van nieuwe zorgvormen vraagt om innovatieve activiteiten zoals kleinschalige dagopvang. Om de schaarse middelen zo effectief mogelijk in te zetten wordt overgestapt van werken in een 'één op één relatie' waarbij één verzorgende aanwezig is bij één cliënt, naar nieuwe zorgvormen, waarbij één verzorgende meerdere personen gelijktijdig kan ondersteunen. Zo is een nieuw type van dagverzorgingscentrum ontstaan. Het Collectieve Autonome DagOpvang CADO staat als dagopvanginitiatief los van een woonzorgcentrum, een grote zorgcampus of zelfs de site van een woonzorgcentrum. Een CADO bevindt zich bij voorkeur in de dorpskern op een vertrouwde plek, bijvoorbeeld een oude pastoriewoning. Door de CADO-locatie kunnen gebruikers overdag in de vertrouwde buurt verblijven en voor het overige gewoon thuis zijn. Met de dagopvang CADO wil men het sociale isolement doorbreken en zorg op maat bieden. De cliënten gaan hier samen koken, lezen, kaarten, koffiekletsen, wandelen, enz. Verzorgenden kunnen helpen bij een ontspanning, zoals een relax bad, haarverzorging, een hand- en voetmassage.

De werking van de CADO's is erg laagdrempelig:

Men mag heel flexibel naar de CADO komen voor enkele uren, een dagdeel, enkele dagen, ... Een mantelzorger die gewoon even naar de kapper moet kan bijvoorbeeld een zorgbehoevend familielid gedurende die tijd naar de CADO brengen. Maar even goed kan iemand er voor kiezen om elke maandag en woensdag te komen.

De personeelsbezetting is beperkt tot één verzorgende per 4 CADO-gebruikers en een 1/3de voltijdsequivalent coördinator. Dit volstaat omdat er geen medische of paramedische staf nodig is, zoals in een instelling. Net zoals thuis, komt immers de eigen dokter of verpleegkundige, of

kinesist langs in de CADO, en betaalt de zorgbehoevende persoon deze ook gewoon zoals hij/zij dit thuis zou doen.

Thuis kan je bezoek ontvangen, dus ook in de CADO is dit mogelijk, zelfs onaangekondigd.

Als je thuis geen zin hebt om te (helpen met) koken of tuinieren of knutselen, dan doe je dat niet, dus geldt dit ook in de CADO. Je doet wat je nog kan en ook graag wil doen.

CADO's proberen de buurt te betrekken bij het gebeuren door bijvoorbeeld producten van lokale producenten aan te kopen, vrijwilligers te zoeken voor het vervoer van en naar de CADO's, enz. De nieuwe vorm van dagopvang krijgt een eigen leven in de dorpsgemeenschap, met een werking die sterk geïntegreerd is in de buurt. Eén van de belangrijke troeven is het doorbreken van het sociaal isolement, ongetwijfeld één van de grootste problematieken op het platteland.

5.6.3 De zorgdiensten digitaal stroomlijnen

Efficiëntie en samenwerking – noodzakelijk om kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden - vragen om gedigitaliseerde gegevensdeling. Alle zorgpartners moeten zich inschrijven in de wereld van digitalisering. Daarom zouden ook de zorgverleners volgens Landelijke Thuiszorg best consultatiemogelijkheid krijgen tot bijvoorbeeld het medicatieschema van de cliënten dat nu enkel door artsen, verpleegkundigen en apothekers opgemaakt en te consulteren is. Zonder toegang tot E-health en Vitalink voor de ondersteunende welzijnsactoren, de cliënt en zijn mantelzorgers dreigt de dialoog tussen zorgpartners moeizaam en inefficiënt te verlopen. Innoveren is de boodschap.

ICT en informatisering wordt door Landelijke Thuiszorg als katalysator gezien die ingezet wordt ten dienste van de mensen om hun kennis, competenties en creativiteit samen te voegen, te ondersteunen en te versterken. De inzet van ICT is steeds strategisch gericht. Mobiele applicaties en hun oplossingen voor het primair proces gaan in de toekomst sterk toenemen, net zoals het ontsluiten van gegevens en informatie voor medewerkers, klanten en andere doelgroepen.

Meer dan 50% van de verzorgenden van Landelijke Thuiszorg maken nu al afspraken en planning met EII@, de eerstelijns Assistent. Met EII@ kan een hulpvraag snel verwerkt worden en zijn de verzorgenden meteen op de hoogte. Het platform biedt de mogelijkheid om de administratie te digitaliseren en versneld af te werken. Het digitaal systeem maakt vooral ruimte vrij voor het zorgwerk. Met EII@ worden medewerkers en cliënten op een zeer laagdrempelige manier in aanraking gebracht met innovatie en het verkleinen van de digitale kloof.

EII@ op kruissnelheid. Ruim 56% van onze eerstelijnsmedewerkers stappen over op digitale prestatieregistratie met behulp van hun EII@-toestel. Dit brengt een belangrijke omslag teweeg op kantoorniveau waar planning vlot digitaal kan worden gecommuniceerd en prestaties digitaal verwerkt. De digitale pioniers in de regiokantoren voelen onmiddellijk het tijdbesparende effect van deze administratieve vereenvoudiging. Bron: jaarverslag 2015

Het personeelsbeheersysteem is geïntegreerd in POEMA, er wordt gewerkt aan een nieuw thuiszorgmaatwerk Zebra en er is de ontwikkeling van een prototype voor een planningsautomatisatietool op maat van de thuiszorgsector in samenwerking met de iMinds-onderzoeksgroepen.

Digitalisering schept hoge verwachtingen bij de organisatie en bij de medewerkers.

In een context van schaarse middelen en complexere zorgsituaties, kan dankzij de planningstool, de tijd (kost) die vandaag wordt geïnvesteerd in het plannen van thuiszorg afgebouwd worden zodat deze kan geherinvesteerd worden in het bieden van meer geïntegreerde zorgkwaliteit.

De planningstool zal rekening houden met het verhogen van de kwaliteit zowel naar de werknemer als de cliënt toe, bijvoorbeeld minder verplaatsingen voor de werknemers, betere afstemming van competenties en expertise van verzorgenden op de noden en zorgsituatie van de cliënt, ...

Kortom er is een verhoging van de efficiëntie en betere inzet van de beschikbare middelen zodat de prioriteit kan gaan naar het aanbieden van een kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg.

Innovatie of digitalisering is geen doel op zich maar een middel om gegevens, informatie en kennis te delen over sectoren heen om de cliënt en zijn omgeving maximaal te ondersteunen.

Bron: (Vanhees, 2016)

Landelijke Thuiszorg wordt graag gesolliciteerd om samen te innoveren op vlak van ICT.

Momenteel lopen drie belangrijke ICT-projecten in samenwerking met volgende collega-dienstverleners en met kenniscentra.

Haces (Haas): Icon project onder de vleugels van iMinds en met daarnaast ook financiële steun van IWT. Haces staat voor Human-centred automated home care scheduling. Er is samenwerking met : thuiszorg vleminkveld, Gezinszorg Villers, Tobania, KU Leuven – Research & Development iTec-CODES en Mintlab (voorheen CUO)

Ell@: ontstaan vanuit het project eZorgCommunicatiePlatform met eZorgLogboek – project via Flanders Care. Er is samenwerking met: Vasco (Data Security), Cubigo, Centrum voor Zorg Technologie van Universiteit Antwerpen

Zebra: een nieuw cliëntenmaatwerk. De ontwikkeling gebeurt door Landelijke Thuiszorg, samen met de ICT dienst van Ons.

Verder zijn er nog een aantal partners in de thuiszorg die gebruik maken van het maatwerk van Landelijke Thuiszorg en Landelijke Thuiszorg werkt verder aan de ontwikkeling van Zebra in kerngroepen en workshops om op die manier de verschillende werkingen te kunnen implementeren.

5.6.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Landelijke Thuiszorg analyseert samen met de medewerkers de noden van de cliënten en werkt voor het vormgeven en uitvoeren van de verzorgingsdiensten samen met externen en dit op basis van efficiëntie. Kennisdelen en samenwerken is volgens hen een win-win voor alle zorgpartners.

De behoeften en vragen worden vooral via de verzorgenden meegenomen naar het beleid van Landelijke Thuiszorg; de verzorgenden zijn de ogen en oren van de regioverantwoordelijken die deze gecapteerde noden bundelen voor het management van de organisatie. De tijd die zorgverleners hieraan besteden is geen kost maar een winst voor de performantie van de organisatie. Met het oog op zelfevaluatie wordt met een steekproef een cliëntentevredenheidsmeting gehouden bij de cliënten gezinszorg en de ouders die gebruik maakten van de kraamzorg. De resultaten geven aan hoe groot de tevredenheid is met de diensten en nieuwe vragen kunnen worden opgepikt.

In deze meting gaan we na hoe tevreden onze cliënten zijn over de informatie die ze krijgen enerzijds en de hulpverlening door de verzorgenden thuis, en de omkadering anderzijds. Met een algemene tevredenheid van 93% kunnen we inderdaad stellen dat onze cliënten tevreden zijn. Bijzondere waardering is er voor onze eerstelijnsmedewerkers die voor hun taken bij de mensen thuis steeds boven de 95% tevredenheid scoren. De laatste meting leerde ons dat men de afgelopen jaren een beter kennis kreeg van de andere dienstverleningen die we aanbieden naast

de klassieke gezinszorg, met name de woningaanpassing, de aanvullende klusdienst, het team zorg met vaart voor snelle opstart, de nachtzorg enz. (Vanhees, 2016)

In de CADO's is de jaarlijkse tevredenheidsmeting aan een gebruikersraad gekoppeld. De resultaten worden gebruikt bij de opmaak van het beleidsplan.

Van de medewerkers wordt verwacht dat ze de behoeften actief opsporen door gerichte vragen en eigen reflecties op de thuissituatie van de cliënten. De algemene gezondheid en de sociale participatie moeten niet alleen worden opgevolgd maar ook actief gestimuleerd. De zorgverlener denkt mee met de cliënt over de kwaliteit van de zorg en de thuiscontext. Behoeften of vragen kunnen als nodig onmiddellijk en rechtstreeks gemeld worden aan de regioverantwoordelijken (van opleiding maatschappelijk assistent en sociale verpleegkundigen), maar worden daarnaast ook samen besproken op het tweewekelijks zorgteam. Het maandelijks zorgteam en de inbreng van de verzorgende hebben een drievoudig doel, het is motiverend en waardierend ten aanzien van de werknemer, het brengt de knelpunten naar boven en verhoogt de kwaliteit van de zorg en ten slotte verhoogt het de performantie en het rendement van de organisatie.

Landelijke Thuiszorg is vragende partij voor samenwerking met collega's en dit op alle vlakken van zorgverlening en de digitale logistieke ondersteuning ervan. De samenwerking moet de zorg voor de hulpbehoevenden meer toegankelijk maken en stroomlijnen. Landelijke Thuiszorg is coördinator of partner in vijf projecten van Protocol III, zorgvernieuwing voor kwetsbare ouderen, waarbij wordt ingezet op nachtzorg, zorg voor personen met jongdementie, zorg voor psychisch zieken en tijdelijk zorgverblijf. De zorgvernieuwingprojecten hebben tot doel om de opname in een residentieel verblijf zolang mogelijk uit te stellen, een garantie voor zorgcontinuïteit te bieden, samenwerking te stimuleren en de zorg te decentraliseren naar de maatschappij toe. Zo is er het Oriëntatie en OpgvolgingsTraject Thuiszorg voor kwetsbare ouderen (OOTT-project) dat zich richt op ouderen vanaf 60 jaar uit het arrondissement Leuven. Het kan gaan om ouderen die uit het ziekenhuis mogen, maar waar de thuissituatie een terugkeer nog niet mogelijk maakt. Of het kan gaan om een crisissituatie waar tijd nodig is om alles te organiseren of om het huis aan te passen aan de nieuwe situatie. Zorgverleners over de grenzen van de deelnemende organisaties heen zoeken samen met de cliënt naar de juiste zorg- en hulpverlening, woningaanpassingen en advies over hulpmiddelen. Bij aanvang kan de cliënt gebruik maken van tijdelijke opvang en de cliënt kan er hulpmiddelen uitproberen. OOTT is een project van: Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant, Huisartsenkring KHOBRA, Christelijke Mutualiteit, Socialistische Mutualiteit van Brabant, OCMW Leuven, Familiehulp, Landelijke Thuiszorg, zorg KU Leuven, MCH, SEL GOAL. Landelijke Thuiszorg is ook actieve partner in de Huizen van het Kind, een initiatief van brede ondersteuning van gezinnen met kinderen. Op praktisch vlak wordt vaak samengewerkt met PUUUR, een schoonmaakbedrijf dat met dienstencheques werkt en deel uitmaakt van hetzelfde samenwerkingsverband ONS, waartoe ook Landelijke Thuiszorg behoort, wat samenwerking gemakkelijker maakt. De samenwerking vertaalt zich op het terrein in meer efficiëntie en kwaliteitsvolle hulp en zorg. De permanente mogelijkheden om informatie uit te wisselen ten behoeve van een betere zorg zijn een troef. Op vlak van digitalisering en ICT-ondersteuning wordt in diverse projecten met externen samengewerkt. Zie hiervoor § 5.6.3 De zorgdiensten digitaal stroomlijnen.

5.6.5 Drempels en triggers voor innovatie

Drempels om kennis te delen of om samen te werken zijn er niet. Samenwerken wordt als een pluspunt ervaren. Het samenwerkingsverband moet wel zinvol en doelgericht worden samengesteld. Op het terrein is samenwerking met alle partners wenselijk, evenals bij het behartigen van de belangen van de subsector bij de overheid. De verschillen in

beleidsbevoegdheden van medische en verzorgende beroepen en instellingen maakt het werk op het terrein niet altijd gemakkelijk.

Landelijke Thuiszorg heeft nooit externe stimuli nodig gehad om innovatie hoog op de agenda te houden, maar de actuele ontwikkelingen zorgen er wel voor dat het van een vrijwillig gekozen engagement evolueerde naar een actief en trekkende factor. Innoveren op alle mogelijke terreinen van de werking is de enig mogelijke strategie om de thuiszorg in de toekomst voor iedereen en op een betaalbare manier te kunnen realiseren. Innovatie is nu een corebusiness geworden.

Evoluties in de vraagzijde bepalen mee het creatief zoeken naar nieuwe diensten, binnen de geldende financiering.

De evoluties langs vraagzijde worden niet automatisch gevolgd langs aanbodzijde, zoals dit wel het geval is in de thuisverpleging. Diensten voor gezinszorg werken immers met een gesloten subsidiabel urencontingent: de uren die kunnen worden gepresteerd liggen bijgevolg vast.

Deze uren evolueren niet mee in verhouding tot de toenemende veroudering van de bevolking, de nieuwe doelgroepen en de impact van veranderingen op andere beleidsniveaus. Meer nog, de schaarste aan overheidsmiddelen heeft het urencontingent de afgelopen 2 jaar zwaar onder druk gezet.

Binnen deze context worden de diensten uitgenodigd om hun werking op een maximaal verantwoorde wijze uit te bouwen, en hun arbeidsprocessen en methodieken te innoveren. (Vanhees, 2016)

Triggers voor samenwerking met collega-organisaties op het terrein, in de wereld van de zorg vooral concullega's genoemd, zijn groot omwille van de win-winsituatie, op hoger niveau is wegen op het beleid de grootste drijfveer. Samenwerking op vlak van digitalisering is er bij de start vooral vanuit de nood aan elkaars kennis en inbreng. Na de ontwikkeling kunnen de digitale producten ook ter beschikking gesteld worden van andere zorgpartners, of wordt de informatie gedeeld met de sector via bijvoorbeeld studiedagen. Voor Landelijke Thuiszorg is de specifieke situatie van de doelgroep landelijke zorgbehoevenden nog een aparte bron van creatief zoeken naar innovaties. De situatie is zo specifiek dat initiatieven zoals CADO extra belangrijk zijn. Landelijke Thuiszorg is dan ook heel vroeg met deze huizen begonnen.

5.6.6 Rol van de overheid

Volgens Landelijke Thuiszorg zijn er twee belangrijke drempels voor innovatie in de zorgsector algemeen en zeker ook voor Landelijke Thuiszorg: de mate van regulering door de overheid en de dringende nood aan digitalisering.

Onze gesprekspartner in dit onderzoek stelt: 'Zo zien we enerzijds dat een regelgevend kader ontbreekt voor bepaalde zorguitzichten, zoals de begeleiding woningaanpassing. Nochtans weten we vanuit literatuur en praktijkervaring dat de onaangepastheid van de woningen een belangrijke reden is voor opname in een woonzorgcentrum. Anderzijds zijn bepaalde zorguitzichten te zwaar gereguleerd, en dienen bijvoorbeeld de CADO's te beantwoorden aan de zeer zware normen van woonzorgcentra op het vlak van brandveiligheid, infrastructuurvoorwaarden en voedselveiligheid.'

Daarnaast is er ook op het vlak van digitalisering volgens onze gesprekspartner nog een weg af te leggen: 'Zo zijn er een aantal issues m.b.t. Vitalink en E-health, vooral ook het ontbreken van mogelijkheden voor zorgverleners vanuit welzijn om hieraan informatie toe te voegen en/of er gebruik van te maken. Verzorgenden staan heel dicht en zeer frequent bij de zorgvragers en zien

veelal als eersten dat er iets dreigt mis te gaan. Het signaleren van calamiteiten is een belangrijke taak van de zorgverlener en hun informatie zou daarom ook veel beter kunnen benut worden als medische informatie (artsen, apothekers, verpleegkundigen) kan gekoppeld worden aan de sociale context. Deze koppeling is een belangrijke basis voor geïntegreerde zorgplannen. Eens die koppeling is gebeurd kan ook gedacht worden aan een informatisering van het zorgschriftje, een belangrijk communicatiekanaal tussen medisch en verzorgend personeel, cliënten en mantelzorgers.' De koppeling en informatisering in Vitalink en E-health-toepassingen worden dan ook door Landelijke Thuiszorg als zeer wenselijk en prioritair gezien.

5.7 thuiszorg vlemingveld: open innovatie

De thuiszorg vlemingveld kiest voor een platte organisatiestructuur. Leidinggevenden zijn vooral dé experts op het domein en coachend voor de medewerkers. Onderling switchen van team is geen probleem, voor iedereen wordt gezocht naar de juiste man op de juiste plaats.

De thuiszorg vlemingveld voorziet in gezinszorg, thuiszorg met ook nachtzorg en huishulp (poetsing) in de regio Antwerpen. Voor alle diensten worden ook opleidingen voor het eigen personeel voorzien. In 2015 waren er bij thuiszorg vlemingveld 213 medewerkers in dienst waarvan 131 verzorgenden, 59 huishulpsters en 23 bedienden.

In 2013 is de werkorganisatie van de thuiszorg aangepast om zorg op maat te kunnen bieden. De regioverantwoordelijken zijn nu teamverantwoordelijken van verzorgenden en huishulpsters (poetsvrouwen) binnen één werkingsgebied. Daarvoor bestonden teams van verzorgenden en teams van huishulpsters. De nu volledig geïntegreerde teams zorgen er voor dat er maar één aanspreekpunt meer is en dat de dienst gemakkelijker op de specifieke vragen en wensen van cliënten kan ingaan en er een nieuwe functie is bijgekomen, de zorgcoach. De zorgcoach coördineert het team van regioverantwoordelijken.

In 2008 wordt thuiszorg vlemingveld de nieuwe naam voor Sociale Familiezorg en zet de werking verder die sinds 1951 bestaat. Oorspronkelijk als opleiding voor gezinshulpsters gestart, groeide Sociale Familiezorg en later thuiszorg vlemingveld uit tot een thuiszorgdienst met meer en meer een aanbod op maat of op vraag van de cliënt.

In de jaren '60 is gekozen voor meer kleinschaligheid, in de jaren '70 gevolgd door de uitbouw van gezinszorg die een gestage groei kende tot 2000.

Sinds 2000 is vooral gewerkt aan de uitbouw van een onafhankelijke organisatie en werden diverse innovatieprojecten opgezet. Zo was er het initiatief 'opvang van ouderen in gastgezinnen', waarbij ouderen – om reden van sociale, medische of psychologische problemen - voor een korte (dagopvang) of langere (kortverblijf met overnachting) tijd terecht konden bij vrijwillige gastgezinnen in de provincie Antwerpen. Dit project is stopgezet bij gebrek aan subsidies. Sinds 2004 wordt - samen met 17 andere organisaties in Antwerpen – deelgenomen aan het Pluralistisch Project Nachtzorg, waarbij 's nachts ondersteuning en/of oppas geboden wordt aan zwaar zorgbehoevenden. Het project is sinds 2006 gesubsidieerd en erkend als reguliere dienstverlening door de Vlaamse overheid. In 2005 is naar aanleiding van een behoefteonderzoek het project 'Buurtdienst Centrum-Linkeroever' opgezet waar mensen die dringend nood hebben aan huishoudhulp - en die niet geboden kan worden door reguliere diensten – tijdelijk terecht kunnen. Dit project koppelt aan de noodhulp ook opleidings- en tewerkstellingskansen voor langdurig werklozen. Deze buurtdienst gebeurt in een intense samenwerking met de Stad Antwerpen en het OCMW. Sinds 2003 heeft Sociale Familiezorg/thuiszorg vlemingveld verschillende keren deelgenomen aan de verkiezing van 'Beste Werkgever' waarmee deze vzw ook op vlak van arbeidsorganisatie innovatief wil zijn. Vooral zo

goed mogelijk aansluiten bij de noden/vragen van de werknemers staat voor thuiszorg vleminkveld hierbij centraal. Beste werkgever is een initiatief van de HR-dienst van de Vlerick Management School in een samenwerking met het Great Place to Work Institute Europe. De definitie van Beste Werkplek is 'een werkomgeving waar de werknemers hun verantwoordelijken vertrouwen, fier zijn op en plezier beleven aan hun werk. De thuiszorg vleminkveld neemt ook deel aan het onderzoek 'Beste Werkplek van België' om te peilen naar de tevredenheid van de medewerkers. Op basis van de resultaten worden acties genomen om een nog betere kwaliteitsvolle zorg te bieden.

In 2007 is gestart met een Flex-dienst, bestaande uit een team van 4 verzorgenden die snel en acuut hulp kunnen bieden bij zorgbehoevende cliënten thuis. De Flex-verzorgenden bieden hulp in afwachting van de gewone gezinszorg die niet zo snel kan inspelen op bijvoorbeeld een plots ontslag uit een ziekenhuis.

In 2008 is met een nieuwe visie ook de nieuwe naam 'thuiszorg vleminkveld' op de kaart gezet.

Vanaf 2009 zijn de activiteiten verder uitgebreid met onder andere drie buurtdiensten (Berchem, Deurne en Antwerpen Noord) en samen met buurtdienst Antwerpen Centrum–Linkeroever en de poetsdienst is een nieuwe afdeling thuishulp opgestart. Zo wordt tegemoet gekomen aan de steeds stijgende vraag naar poetshulp.

In 2011 is de 60ste verjaardag creatief – lees innovatief – en met alle stakeholders gevierd, elk jaar nadien gevolgd door een themajaar of speciale acties zoals in 2012 met het project 'poetsen is een kunst' én het behalen van de doelstelling 'EcoTof', een bedrijfsvervoersplan, waarna ook bedrijfsfietsen ter beschikking zijn gesteld. 2013 was het jaar van talent, gevolgd door 'mijn veldweg', loopbaan-coaching initiatieven in 2014, en het jaar van de zelfzorg in 2015 waarbij extra aandacht ging naar de kwaliteit van het werk en het welzijn van de werknemers.

5.7.1 Missie en visie

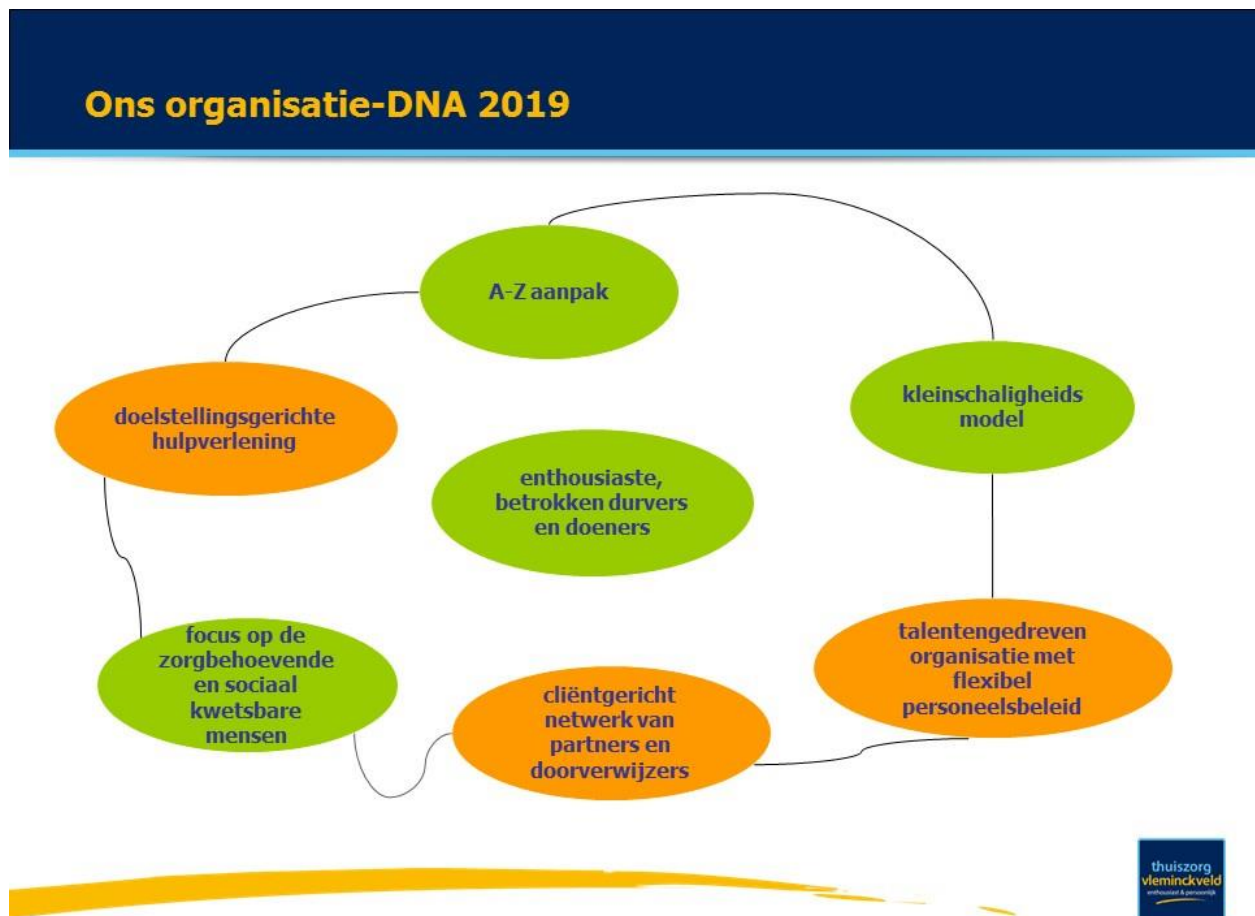
Het logo van thuiszorg vleminkveld verraadt ook de visie: de naam 'thuiszorg vleminkveld' staat in kleine letters, als kleinschalige dienst. De slogan in het logo 'enthousiast en persoonlijk' verwijst naar de enthousiaste en persoonlijke aanpak (jaarverslag 2015).

De thuiszorg vleminkveld heeft de missie om hulp aan huis te bieden in de Antwerpse regio, bij zorgbehoevende of sociaal kwetsbaren en dit met het oog op de kwaliteit van het leven. Voor de zorg en hulp worden ook opleidingen aan volwassenen voorzien.

De missie wordt gerealiseerd vanuit een visie waar medewerkers en kwaliteit van de zorg centraal staan. Centraal in de visie staan volgende ideeën.

- Een zelfstandige organisatie, die kwaliteit vooropstelt en geen winst nastreeft.
- Cliënten zonder vooroordeel en heel persoonlijk en meelevend benaderen.
- Zorg voor medewerkers en duurzame tewerkstelling voor hen met minder kansen.
- Resoluut kiezen voor solidariteit, diversiteit en verdraagzaamheid.
- Inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen en groeikansen voor cliënten.
- De missie is vastgelegd in het DNA van de organisatie.

Figuur 12 Organisatie-DNA 2019 thuiszorg vleminkveld



De thuiszorg vleminkveld wil de missie en visie waarmaken met gelijkgestemde organisaties in de zorgsector en daarbuiten.

Bij de missie en visie horen ook uitdrukkelijk enkel belangrijke waarden om naar te handelen: open, enthousiast, verbonden, attent en oprecht. De organisatie kiest ook resoluut voor solidariteit, diversiteit en verdraagzaamheid.

5.7.2 Innovatie

Innovatie is het resultaat van permanente en doorgedreven kwaliteitszorg, kwaliteitszorg die 100% gericht is op het aanbieden van diensten die aansluiten bij de zorgvragen van de doelgroep. In (de visie op) innovatie is de prioritaire doelgroep deze van de meest kwetsbaren.

In de praktijk is innovatie veel ruimer dan het inzetten van nieuwe technologie en gaat het eerder om het optimaliseren van de zorgprocessen: het wassen, strijken en alle andere aspecten van de zorgondersteuning.

De nadruk bij thuiszorg vleminkveld ligt zo sterk op kwaliteitszorg als lead van de innovatie dat hiervoor een balanced scorecard wordt ingezet.

5.7.3 Open innovatie

Er is bij thuiszorg vleminkveld een eigen balanced scorecard uitgewerkt waar strategische doelstelling in geoperationaliseerd worden met check-scores om de realisaties op te volgen. Voor zes beleidsdomeinen binnen de organisatie worden samen 14 kritische succesfactoren geselecteerd die verder gedetailleerd beschreven worden in sleutelprocessen en waarvan de

doelstellingen in prestatie-indicatoren worden vastgelegd. De beleidsdomeinen zijn: aanbod, partners, financieel, medewerkers, cliënten en beleid/strategie.

De expliciete aandacht voor een cliëntgericht netwerk van doorverwijzers en partners wijst op een sterk geloof in open innovatie. Samenwerken met externen is essentieel. Het zelfevaluatie-instrument 'Balanced Scorecard' werd ontwikkeld door de regioverantwoordelijken, de directie en de raad van bestuur van thuiszorg vleminkveld, ook hier is de inbreng van betrokkenen een blijk van zin voor open innovatie.

De scorecard laat toe om in één oogopslag te zien hoe de organisatie er voorstaat. Op basis van de resultaten worden gerichte acties opgezet. De balanced scorecard wijst erop dat thuiszorg vleminkveld op alle beleidsdomeinen kwaliteit nastreeft en inzet op innovatie. Ter illustratie hierbij de succesfactoren en sleutelprocessen met betrekking tot het aanbod, de partnerschappen en de cliënten.

Figuur 13 Balanced Scorecard thuiszorg vleminkveld voor enkele factoren

AANBOD	Kritische succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	
	Laagdrempelig		is herkenbaar en geeft duidelijke info over ons aanbod
		is goed bereikbaar	
		streeft sociale tarifiëring na	
	Aanbod aangepast aan maatschappelijke noden	doet aan marktonderzoek	
		heeft een flexibel aanbod	
		ontwikkelt nieuwe initiatieven	
PARTNERS	Kritische succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	
	Cliëntgericht netwerk van doorverwijzers en partners		doet aan gerichte PR en marketing
			heeft actieve samenwerkingsverbanden
		onderhoudt een netwerk met lokale spelers	
CLIËNTEN	Kritische succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	
	Tevreden cliënten		Heeft een kwaliteitsvolle dienstverlening
	Zorgbehoevend en sociaal kwetsbaar		Heeft een doelgroepgericht aanbod

Bovenstaande drie kritische succesfactoren beklemtonen het belang van open innovatie: permanent oog hebben voor de 'evoluerende' behoeften van de doelgroep en samen met partnerorganisaties zoeken naar de beste service met het oog op tevreden cliënten, in dit geval de meest zorgbehoevenden en kwetsbaren.

Dezelfde kenmerken van gerichtheid op open innovatie zijn ook terug te vinden in de prestatie-indicatoren van de medewerkers (vertrouwelijke informatie) waarvan de betrokkenheid zowel informeel als formeel zeer sterk wordt nagestreefd.

5.7.4 Kennisdiffusie en samenwerking

De thuiszorg vleminkveld is lid van de Vereniging van diensten voor gezinszorg (VVDG) en werkt samen met collega's om hun diensten te verbeteren, hun belangen te verdedigen en druk uit te oefenen op de overheid om de sector optimaal te ondersteunen.

De noden en behoeften van de zorgvragers worden informeel en formeel in kaart gebracht. De medewerkers brengen de vragen en bekommernissen mee naar de overlegmomenten, maar er

zijn ook formele behoeftepeilingen. Zo organiseerde thuiszorg vlemingveld in 2010 een behoeftepeiling en naar aanleiding hiervan is thuiszorg vlemingveld intensief gaan samenwerken met twee klusjesdiensten en een dienstencheque-organisatie.

Bij thuiszorg vlemingveld wordt veel belang gehecht aan kennisdelen en samenwerking met de medewerkers. In de balanced scorecard zijn in verband met de medewerkers vier kritische succesfactoren geformuleerd. De organisatie streeft naar competente, flexibele en tevreden werknemers en een stabiel personeelsbestand. Naast streefcijfers over regelmatig overleg (pitstops, opleiding en ontmoetingen) is vooral de prestatie-indicator voor 'betreft alle medewerkers zoveel mogelijk' een directe aanwijzing voor het belang dat de organisatie hecht aan de betrokkenheid van de medewerkers. De indicator stelt dat minimum 90% van de medewerkers tevreden moet zijn over de items over betrokkenheid (2-jaarlijks tevredenheidsonderzoek). Er zijn zowel formele als informele overlegmomenten en er wordt ook gepeild (op basis van een anonieme vragenlijst) naar de tevredenheid van de medewerkers. Jaarlijks is er een tweedaagse in verband met de organisatiestrategie, het DNA van thuiszorg vlemingveld, waar gezamenlijk de belangrijke beslissingen voor het komende werkjaar worden genomen. Deze visie-oefening wordt in latere werkgroepen geoperationaliseerd en vindt zijn neerslag in de balanced scorecard. De actieve betrokkenheid bij het uittekenen van de werkprocessen wordt gerealiseerd door werkgroepen die samengesteld zijn uit vrijwilligers die bepaalde processen onder de loep nemen. Zo is er bijvoorbeeld de werkgroep Business Proces Improvement (BPI) en de werkgroep ICT. Op basis van gesprekken met medewerkers, werkgroepen en brainstormsessies is een 'veldweg' ontwikkeld voor de functies, waarbij waarden, vaardigheden, taakcompetenties en talenten zijn vastgelegd. De competentieportfolio die daaruit is ontstaan dient als leidraad voor de pitstopgesprekken die jaarlijks met de medewerkers gevoerd worden. Nadien wordt er een soort veldweganalyse gemaakt op basis van open vragen waarbij wordt nagegaan hoe een medewerker zich voelt en worden er in overleg eventueel acties gepland om het goed functioneren van de medewerker te ondersteunen. De map met veldweg en competentieportfolio wordt door de medewerker zelf bewaard en aangevuld met talentogrammen van de coaches, bedoeld als compliment en talentgericht. Vijf tot zes keer per jaar is er ook een talentencafé op initiatief van regioteams en medewerkers worden uitgenodigd om zelf vorming te gaan geven in het kader van de opleidingen die thuiszorg vlemingveld organiseert.

De raad van bestuur is bewust zeer divers samengesteld met oog voor 'nuttige' competenties in het kader van de werking van thuiszorg vlemingveld. De deskundigheden betreffen onder andere mutualiteiten, juridische aspecten, academische invalshoek, tewerkstelling en personeelsbeleid. De leden denken mee na over de missie en de visie, maar zijn niet operationeel betrokken. De inbreng is strategisch, de betrokkenheid groot en onbezoldigd. Op zowat alle werkdomeinen wordt er samengewerkt met externe organisaties. Enkele voorbeelden illustreren de verscheidenheid.

Met de steun van de Stad Antwerpen en de Provincie Antwerpen is in samenwerking met Levanto 2 maal een opleiding voor poetshulpen in de thuiszorg georganiseerd waarbij de focus is gericht op werkloze jongeren. Het project noemt JATZ: 'Jongeren Activeren in de ThuisZorg'. Het succes was zo groot (bij de laatste JATZ stroomden 13 van de 14 afgestudeerden door naar de zorgsector, waarvan 2 naar een bijkomende opleiding) dat een derde opleiding is gepland. In de toekomst zullen de JATZ-opleidingen gesubsidieerd worden door VDAB, ook in regio's buiten Antwerpen (zoals bv. in Mechelen).

Er wordt samengewerkt met verschillende gelijkaardige organisaties (over de 'zuilen' heen).

Buiten de sector wordt ook met commerciële partners samengewerkt, bijvoorbeeld in het project 'opticien aan huis'.

Hulpvragen die geen betrekking hebben op ‘zorgbehoevende en sociaal kwetsbare mensen’, worden doorverwezen naar andere organisaties of collega-diensten. Omdat de noden bij de doelgroep van meest kwetsbaren meestal meervoudig zijn wordt veel samengewerkt met aanverwante organisatie om samen de hulp en zorg te kunnen bieden die nodig is. De samenwerking met een klusjesdienst is hiervan een voorbeeld. Naast deze exemplarische voorbeelden is vooral ook de actieve inzet van thuiszorg vleminkveld in de koepelorganisatie VVDG van belang. VVDG verzamelt en vertegenwoordigt de openbare en private diensten voor gezinszorg die erkend zijn door het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. De Vereniging is gesprekspartner in de overlegstructuren binnen de sector en aanspreekpunt voor administratie en overheid. De samenwerkingsvormen zijn organisch gegroeid en altijd gestoeld op een wederzijdse win-situatie.

5.7.5 Drempels en triggers voor innovatie

Als de doelstellingen of werkwijzen van andere organisaties te ver van de kernwaarden van thuiszorg vleminkveld liggen is samenwerking moeilijk. Bij thuiszorg vleminkveld zoekt men in de eerste plaats aanverwante organisaties om samen een sterker zorgaanbod voor de meest kwetsbare zorgvragers op te zetten. Dit geldt ook voor het opleidingscentrum in het kader van de stages. Voor een efficiënte samenwerking is het belangrijk dat er snel gezamenlijke doelstellingen uitgezet kunnen worden. Als de ideeën over de gewenste producten, diensten of activiteiten te ver uit elkaar liggen is samenwerking niet de beste optie. Ten slotte kunnen ook verschillen in bedrijfscultuur een samenwerking in de weg staan.

De belangrijkste triggers zitten in het DNA van de organisatie: focus op de meest kwetsbare mensen, kleinschalig model, cliëntgericht netwerken, talentgedreven organisatie, enz. Een heel directe trigger is de winst of het voordeel dat een organisatie kan halen door samen te werken. Een belangrijk aspect hierbij is het voordeel om samen beter op het beleid te kunnen wegen. Maar bovenal is er ook de persoonlijke trots van leiding, coaches en werknemers om kennis te delen. Het zit ook in de persoonlijke genen.

5.7.6 Rol van de overheid

Bij thuiszorg vleminkveld denkt men actief na over de rol van de overheid en men doet dat samen met de andere leden van de Vereniging van diensten voor gezinszorg (VVDG). Samen met de koepelorganisatie VVDG wil men mee vorm geven aan het beleid. In het verleden is actief mee gezocht naar mogelijkheden om flexibel zorg te kunnen bieden in crisissituaties en hieruit is de nooddienst ontstaan. De nooddienst die naar aanleiding daarvan wettelijk geregeld is mag 14 dagen hulp bieden zonder te moeten wachten op het gebruikelijk onderzoek naar het recht op hulp. Zo maken organisaties samen met hun belangenverenigingen mee het beleid.

De nieuwe vorm van financiering PVF biedt volgens de gesprekspartner zeker kansen om de sector efficiënt uit te bouwen, maar vraagt bij de implementatie een realistische planning, voldoende communicatie en transparantie van de financieringsmodaliteiten. De thuiszorg vleminkveld verwacht van de overheid dat de organisaties van sociale dienstverlening voldoende mogelijkheden krijgen om met de beschikbare budgetten een realistisch en financieel haalbaar dienstenaanbod te kunnen opbouwen. Als overheidsgeld gestuurd wordt door een beleid om diensten op te splitsen in functie van een meer economisch kostenplaatje, dan moeten

organisaties ook de tijd en ruimte krijgen om diensten hierop af te stemmen³. Het budget- en subsidiebeleid van de overheid moet innovatie in de sector ondersteunen, niet belemmeren.

De thuiszorg vlemingveld vraagt ook een vereenvoudiging van documenten en registratie van werkprocessen. Formulieren zoals het intakeformulier moeten eenvoudiger kunnen en meer doelstellings-gericht geformuleerd zijn, waarbij sneller een analyse van het probleem en een planning van de zorg of een doorverwijzing kan gebeuren. Aansluitend hierbij is ook de vraag naar digitalisering van de administratieve processen. Waarom kan geen tablet gebruikt worden om de intake te doen? Waarom is een digitale handtekening nog niet aanvaard?

Bij thuiszorg vlemingveld vraagt men vooral dat de overheid een partner is in het uittekenen van het zorgbeleid en de betrokken organisaties het nodige vertrouwen geeft om dit professioneel uit te werken. Een partnerschap van vertrouwen tussen overheid en organisaties is de beste borg voor kwaliteitsvolle hulpverlening. Zo zouden audits de kwaliteit van de werking beter ondersteunen als dit gebeurt in een partnerschap zoals dat bij ESF-dossiers gebeurt.

Tot slot is transparantie en continuïteit van beleid volgens thuiszorg vlemingveld de beste voedingsbodem voor het behalen van de doelstellingen.

5.8 Groep Backaert: specialisatie wondzorg en ICT in patiëntendossiers

Groep Backaert werkt enkel met zelfstandige medewerkers (zes zijn fulltime zelfstandig, twee in bijberoep) die als gelijkwaardige teamleden werken en ook elk hun eigen specialisatie inbrengen en hun kennis delen. Alle collega's zijn minimaal bachelor met liefst één of meerdere extra postgraduat en bijscholingen. Continue bijscholing is een must.

Enkele cijfergegevens

Patiënten. Doorheen de voorbije jaren zijn meer dan 14000 verschillende patiënten verzorgd. De jongste 30 minuten oud, de oudste 101 jaar. Ongeveer 60% van de prestaties draaien rond wondzorg.

Opleidingen. Alle zorgen kunnen aangeboden worden, van specifieke infuustherapie en beademing, tot stervensbegeleiding, tot zware wondzorgen maar ook eenvoudige hygiënische zorgen.

Het gespecialiseerd team van acht leden is samen goed voor meer dan het dubbele aan diploma's en getuigschriften: acht bachelors, één licentiaat in de medisch sociale wetenschappen en het ziekenhuisbeleid, één master in de verpleeg- en de vroedkunde, één master in management en beleid van gezondheidszorg, één postgraad management van gezondheidszorg, twee postgraduat diabeteseducator, twee postgraduat wondzorg, stoma en weefselherstel (en

³ Ter verduidelijking geven onze gesprekspartners van thuiszorg vlemingveld volgende voorbeelden. De sector van de thuiszorg wordt op dit moment geconfronteerd met wijzigingen op het vlak van financiering en subsidiëring die een directe impact hebben op de werking. Zo was er een verschuiving in urencontingent van gezinszorg naar thuishulp (poetsing). De Vlaamse overheid zet in op taakuitzuivering waarbij taken worden doorgeschoven naar de meest economische functies (laagste kostprijs). Verschuivingen in betoelaging maken het voor de organisaties moeilijk om strategisch te plannen en er is een risico dat de doelgroep van de meest kwetsbaren hierdoor in de verdrinking komt. In de voorbije jaren zijn de zorgvragen ook onder druk van maatschappelijke tendensen veranderd. Waar vroeger de vraag naar vier uur poetsing of huishoudhulp meest gebruikelijk was, is dit nu ook soms maar twee of maar één uur. Nieuw is de toenemende vraag naar kraamhulp en dit door de terugbetaling ervan door de mutualiteiten. De klassieke vier uur hulp wordt hier op vraag van de klant soms opgetrokken tot zes uur. Deze doelgroep dreigt hierdoor de zorguren voor de meest kwetsbaren in de verdrinking te brengen. De overheid moet waken over een evenwichtige verdeling van de ondersteunende zorguren over de verschillende doelgroepen en prioriteiten durven stellen. Hulp kan immers ook door de commerciële spelers geboden worden.

nog twee komende), twee postgraduatenspoed en intensieve zorgen, één kandidatuur scheikunde, één pedicure, één schoonheidsspecialiste, twee referentieverpleegkundigen diabetes, twee referentieverpleegkundigen wondzorg, één referentieverpleegkundige ziekenhuis-hygiëne (zorginfectiebeheersing), en één met twee jaar opleiding in vroedkunde. Daarboven zijn er nog kleinere extra opleidingen gevolgd en worden er ook zelf in de ruime regio opleidingen gegeven.

Advies. Meerdere RVT's en collega's groepspraktijken doen beroep op de expertise die permanent beschikbaar wordt gesteld. De complexere zorgen maken ook dat artsen vragende partij zijn naar een kwaliteitsvolle ondersteuning toe. Ook in het wondzorgcentrum te Moorsel wordt een brug gevormd tussen de eerste en de tweede lijn. Vaak is het de juiste triage in een interdisciplinaire setting of netwerk of samenwerking die kan leiden tot een snellere en betere zorg.

Diégo Backaert heeft de gelijknamige groep in 1990 opgericht en nadien stapsgewijs uitgebouwd van klassieke thuisverpleging - met de basiszorgen zoals toilet, wondzorg en spuiten geven – tot een aanbod van 'verpleging en totaalzorg aan huis, een thuishospitalisatie' zoals: zorgen aan tracheo-, colo-, ileo- en cystostomie, complexe wondzorgen, herplaatsen suprapubische en gastrostomie sondes, peritoneale dialyse, blaassondages, aspiraties, heparineslot vervangen en afsluiten chemotherapie, poortkatheter aanprikken & spoelen Hickman katheterzorg, allerhande inspuitingen, intramusculaire, subcutane en intraveneuze inspuitingen, sandostatine inspuitingen, Hyzentra pompen, infuustherapie, alle systemen van enterale voeding & totale parenterale voeding (TPN), thuisbeademing (volledige beademing), negatieve druktherapie in wonden, compressietherapie, intermitterende compressietherapie en lichttherapie.

De keuze voor een statuut van zelfstandig verpleegkundige was zeer bewust en is getriggerd door professoren tijdens bijkomende cursussen in ziekenhuisbeleid. Op deze manier draagt volgens de initiatiefnemer iedereen meer bij in het streven naar kwaliteit en naar verantwoordelijkheid.

Het opbouwen van praktijk- en vakkennis en het ontwikkelen van nieuwe inzichten waren belangrijke drijfveren om te kiezen voor thuisverpleging. Na twee jaar kwam een samenwerking met een broer, tevens ook verpleegkundige, en later in de jaren '90 werd een geleidelijke uitbreiding tot een zelfsturend kwaliteitsvol team thuisverpleegkundigen een noodzaak. De Groep Backaert bestaat nu uit acht verpleegkundigen die allemaal werken op zelfstandige basis. Het verloop is uitermate klein, de groei wordt bewust geleidelijk gehouden om kwaliteitsverlies te vermijden.

Naast de eerstelijnszorg met gespecialiseerde technieken wordt ook systematisch doorverwezen naar of advies gevraagd aan andere diensten die niet zelf kunnen geleverd worden: pedicure, podologie, psychologen, specialisten, kinesitherapie, poetsdiensten, installateurs van alarm- of detectiesystemen, enz., al dan niet in samenwerking met de andere gezondheidsverstrekkers.

Aansluitend heeft de Groep Backaert ook - via zijn www.wondzorgadvies.be en zijn betrokkenheid in de nieuwe wondzorg/opleidingsvereniging www.wounded.be en de betrokkenheid in het wondzorgcentrum Moorsel - een aanbod voor collega's in verpleeg- en zorgberoepen: adviesverlening naar collega's en artsen toe, opleiding en vorming. Er worden ook lezingen gegeven naar patiëntenverenigingen toe, zoals over diabetes of wondzorg. Begeleiding/coaching en palliatieve zorgen worden in samenwerking met de palliatieve equipe en de huisarts verzorgd.

Als gespecialiseerd team verpleegkundigen in de thuisverpleging is de Groep Backaert vrij uniek. In de sector van de thuisverpleging en thuiszorg werken immers veel verpleegkundigen en zorgverleners met een werknemersstatuut, zoals gebruikelijk bij bijvoorbeeld het Wit Gele kruis,

Bond Moyson, Solidariteit voor het Gezin, of andere kleinere organisaties met vzw of bvba structuur. Ook de verre gaande specialisatie in wondzorg is uitzonderlijk (+60% van de activiteiten), evenals de bijkomende advies- en opleidingsinitiatieven.

Diégo Backaert verwacht dat door de problematiek van toenemende vergrijzing en van verkorte ziekenhuisopnames het aantal zelfstandige verpleegkundigen zal toenemen en dat hun diensten polyvalenter zullen worden om tegemoet te komen aan de nieuwe behoeften. Een degelijke ondersteuning is daarbij een noodzaak. De scheidingslijn tussen eerste- en tweedelijnszorg vervaagt en er zal meer communicatie komen dankzij e-Health in het algemeen en de elektronisch patiëntendossiers in het bijzonder⁴. Solopraktijken kunnen volgens de heer Backaert niet standhouden, tenzij zij akkoorden kunnen maken met collega's over permanentie, specialisaties, enz. Zelfstandige verpleegkundigen zullen op zijn minst meer moeten gaan samenwerken, een interdisciplinair netwerk gaan vormen. In de toekomst verwacht men meer brede zorgteams die samen alle taken van thuishospitalisatie aankunnen. Teamwerk is in deze bijna een noodzaak omdat het in deze sector verplicht is om verpleegtaken die men niet machtig is te melden aan de behandelende arts, en om deze dan door anderen te laten uitvoeren.

Tot slot verwacht de heer Backaert dat het veranderende zorglandschap de opleidingsnood sterk zal doen toenemen, wat zijn implicaties zal hebben op het onderwijs. Hierdoor zullen de vormingsactiviteiten van de Groep Backaert wellicht uitbreiden. Externe professionals zullen nodig zijn in de opleidingen, wil men deze laten voldoen aan alle vereisten van kennis, praktijkervaring en de juiste implementatie van nieuwe richtlijnen.

5.8.1 Missie en visie

Centraal in de bedrijfsfilosofie staat het motto 'Patiënten verzorgen zoals men zelf graag zou verzorgd worden' en dit met een team van verpleegkundigen die kwaliteitsvolle thuisverpleging kunnen bieden met alle gespecialiseerde zorgen die daarbij horen en dit op permanente (7/7) basis.

Wondzorgadvies Amenthu, een bvba binnen de groep, verwoordt de missie en visie als volgt.

'Amenthu staat voor Alle MENSen THUIS en wil doorheen zijn praktijk de patiënt en zijn/haar zorg altijd centraal plaatsen. Door kundige zorg te verstrekken zijn wij overtuigd dat het mogelijk is om veel langer thuis te blijven, hetzij collega's te kunnen coachen om de mensen langer, voordeliger en comfortabeler thuis te verzorgen.' Samenwerken is altijd in het voordeel van iedere betrokkene.

De Groep Backaert kiest voor totale en gespecialiseerde verpleging. Wondzorgadvies en thuisverpleging moeten ingebed zijn in inter- en multidisciplinariteit en in samenspraak gebeuren met artsen, collega's en specialisten. Streefdoel is de hoogst mogelijke kwalitatieve zorg nastreven.

⁴ Met het oog op (meer) thuishospitalisatie wordt voor de zorgcoördinatie voorzien om gebruik te maken van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (uitwisseling van elektronische gegevens die (op termijn) zou kunnen gebruikt worden door alle gezondheidszorgbeoefenaars (en niet enkel door de ziekenhuizen)) en waar ook de patiënt toegang toe kan hebben. In een pilootproject van de FOD gezondheid wordt het gebruik van 'mobile health' toepassingen in het elektronisch patiëntendossier aangemoedigd. Bron: ['Tweede oproep tot kandidaatstelling: Pilootprojecten 'Thuishospitalisatie'](#). Brussel, 20 mei 2016

Figuur 14 Organisatiemodel van een inter- en multidisciplinair zelfsturend team Backaert



Met het organisatiemodel van een inter- en multidisciplinair zelfsturend team wil de Groep Backaert anticiperen op de evoluties in de sector van de gezondheidszorg en welzijn. Nu al wordt in Vlaanderen ruim de helft van de prestaties geleverd door de zelfstandige thuisverpleging en dat aandeel is groeiend. De zorgvragen worden meer en meer complex waardoor teamwerk een must is, fenomenen als thuishospitalisatie en palliatieve zorgen in de thuisomgeving illustreren dit. Een thuisverplegingsequipe (al dan niet in dienst of –zorgverband) moet alle zorgen van de patiënt kunnen opnemen en hierin eventueel samenwerken met andere diensten.

Een belangrijke ondersteuning voor kwaliteitsvol teamwerk is de permanente vorming. De evoluties in de medische ingrepen zijn continu en vragen permanente update van de totale gezondheidszorg, te denken bijvoorbeeld aan de toename van kijkoperaties. De aard van de ingrepen worden minder invasief, maar ook niet-invasieve operaties moeten gepast opgevolgd worden, en dit meer en meer in het kader van de thuisverzorging.

5.8.2 Innovatie

In de visie op innovatie staat kwaliteit centraal. Innovaties steunen steeds op een verder uitbouwen van de kwaliteit van de thuisverpleging en gebeuren in deze zin continu en incrementeel. De nood aan vernieuwing kan worden aangebracht door elk van de medewerkers en is het resultaat van het regelmatig overleg over de werking en de problemen binnen de organisatie. De continue zoektocht naar knelpunten in de zorgaanbieding van Groep Backaert gebeurt systematisch met het oog op kwaliteitsborging. In termen van incrementeel en disruptief wordt verwezen naar de noodzaak om incrementeel te innoveren. Als zorgverlener gaat men met de patiënten een soort contract aan waarbij veranderingen of wijzigingen nooit bruiks kunnen plaatsvinden.

Innovatie realiseert zich in de praktijk op alle domeinen en in de dagdagelijkse handelingen. In deze casestudie beperken we de informatie tot de voorbeelden van de specialisatie wondzorg en ICT in patiëntendossiers.

De rol en de impact van de persoon van de ondernemer is in de Groep Backaert zeer gelijkaardig als wat we konden vaststellen in de studie over kennisdifusie en innovatie in kmo's. Het zijn de gedrevenheid en de interesse, gekoppeld aan een grote inzet, die in belangrijke mate de innovatie

van de organisatie permanent triggeren. Voedingsbodem hierbij zijn een duidelijke visie op wat thuisverpleging en –zorg moet zijn en hoe het beleid kan anticiperen op de noden en de noodzakelijke vernieuwingen faciliteren.

5.8.3 Specialisatie wondzorg en ICT in patiëntendossiers

In de voorbije jaren zijn enkele initiatieven genomen om de kwaliteitsborging met een belangrijke vernieuwing of innovatie structureel te onderbouwen. Drie ervan zijn vrij ingrijpend en inspirerend op vlak van innovatie.

▀ Advies en opleidingen in de specialisatie van de wondverzorging

Een eerste initiatief is vrij snel na de opstart van het bedrijf genomen en betreft het geven van advies en opleidingen in de specialisatie van de wondverzorging. Het geven van advies en opleiding is ontstaan uit de behoefte om kennis te delen en de eigen kennis permanent bij te schaven. Ondertussen is advies en opleiding een zelfstandig deel van de bedrijfsactiviteiten.

▀ Het oprichten van een interdisciplinair wondzorgcentrum en privé vaatlabo

Een tweede initiatief is recenter en ligt in de lijn van het voorgaande maar is in zeker zin veel ingrijpender. Het betreft het oprichten van een interdisciplinair wondzorgcentrum en privé vaatlabo, waarbij ook een vaatchirurg wordt ingeschakeld. Achter een wondproblematiek schuilt vaak ook een vaatproblematiek en vanuit het streven naar een geïntegreerde aanpak en het faciliteren van thuishospitalisatie wil men met de Groep Backaert vanuit de eerstelijns, de eerstelijnszorg coachen en ondersteunen om zo naast de wondzorg ook de vaatproblematiek in de eerste lijn te kunnen aanpakken. Door een interdisciplinaire samenwerking na te streven tussen wondzorgverpleegkundige, vaatchirurg, thuisverpleegkundige en huisartsen of andere specialisten kan men veel korter op de bal spelen. Door een juistere triage van de diagnose, komt de patiënt sneller bij de juiste zorgverstreker terecht. Ziekenhuisopname wordt hierdoor ook veelal voorkomen.

▀ De technologische vernieuwingen op het vlak van ICT

De meest recente innovatie betreft de technologische vernieuwingen op het vlak van ICT. De voortschrijdende digitalisering zal een grote impact hebben op de organisatie en de dienstverlening, vooral bij het invoeren van het elektronisch patiëntendossier. De implementatie is nog niet uitgerold maar dit wordt voor de nabije toekomst wellicht de meest ingrijpende innovatie. Groep Backaert is ook overgegaan naar een ander softwarehuis dat zijn programma web based voorziet, en beter voorzien is op de toekomst (nu Allsoft). Het lezen van de e-ID om fraude tegen te gaan is altijd actief door Groep Backaert ondersteund. Delen van gegevens zou in de toekomst volgens hen ook een must moeten zijn.

Op dit moment zijn er – met directe linken naar deze subsector van gezondheidszorg - een achttal softwarepakketten die een centraal patiëntendossier ondersteunen, maar volgens onze gesprekspartner met helaas nog heel wat kinderziektes. Verwacht wordt dat de software gebruikersvriendelijk wordt en vlot toegankelijk wordt voor alle betrokken partijen.

Wat betreft de implementatie van ICT behoort de Groep Backaert tot de early adopters. Zo participeerden zij in de brainstormsessies van het pilootproject 'Centrale Medicatiefiche' van Vitalink, een softwaresysteem waarmee de betrokkenen (huisartsen, thuisverpleegkundigen en apothekers) digitale gegevens over patiënten snel, eenvoudig en veilig kunnen communiceren. Het doel is dat de zorgverleners beter samenwerken en zo hun patiënten de best mogelijke zorg en begeleiding kunnen geven. Vier projecten werden geselecteerd. In Aalst was dit een samenwerking tussen HAKA, AVLVA, KOVAG, Sel zorgregio Aalst, Wit Gele Kruis Oost

Vlaanderen, LMN Aalst en LMN Lede en Groep Backaert voor het pilootproject van Vitalink. Er is ondersteuning door verschillende softwarepartners.

Meest concrete kennis- en innovatie-objectieven (= wins) voor Backaert (en redenen om ook deel te nemen) zijn: (1) de werkwijze van de betrokken actoren met het medicatieschema, (2) de toegevoegde waarde voor de actoren t.o.v. de klassieke werkwijze zonder medicatieschema, (3) de toegevoegde waarde voor het medicatiegebruik van de patiënt, (4) de mate waarin het communicatieplatform Vitalink voldoet voor deze toepassing, en (5) de te verwachten valkuilen en opportuniteiten bij het uitrollen op grotere schaal. In dit project van Vitalink, de eerstelijnskluis, staan betrokkenheid van de patiënt en van de zorgactoren centraal. Groep Backaert wil als partner in dit project de doorstroming naar alle geïnteresseerde verpleegkundige beroepsverenigingen (NVKVV, VBZV, Mederi, ...) verzekeren en zij willen ook zorgen voor de verpleegkundige ondersteuning, op voorwaarde dat hun softwarepakket dit toelaat. In eerste instantie echter zal het project voornamelijk de huisartsen en apothekers ondersteunen.

5.8.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Voor de Groep Backaert betekent kennis delen zowat de grootste of belangrijkste innovatie op zich. De bronnen van informatie om te vernieuwen en te veranderen zijn zeer divers. Zowel intern als extern wordt zonder drempels vakkennis gedeeld, maar nog lang niet met alle gewenste organisaties. Vooral de klassieke spelers houden volgens onze gesprekspartner de kleine en nieuwe initiatieven zoals Groep Backaert op afstand, al is er een verbetering in de laatste jaren.

De medewerkers zoeken van bij de aanvang van de zorg voor een nieuwe patiënt ook contact met de familie. De inbreng van de gebruiker of zorgvrager (en hun familie/vrienden/vertegenwoordigers) in het verzorgingsproces is cruciaal en ondersteunt zo ook innovatie en het delen van kennis en vaardigheden in functie hiervan. Een mooi voorbeeld is het ontwikkelen van therapietrouw bij de patiënt vanuit een directe betrokkenheid bij het uittekenen van het zorgproces na spataderoperaties. In de nazorg wordt aangeraden steunkousen te dragen, maar niet alle patiënten willen dit consequent doen als die kousen te strak zijn. Dan is het aan de handigheid en de overlegcapaciteiten van de verpleegkundige om een middenweg te vinden en een compromisvoorstel van steunkous die men bereid is te dragen te zoeken. Een gelijkaardige situatie doet zich voor na voetoperaties bij diabetespatiënten. Het is af te raden in de eerste weken om op de voeten te steunen, maar de realiteit leert dat weinigen dit advies ook volgen. Het is dan samen zoeken naar uitsparingen in schoenen of andere comfortmiddelen om bij het lopen de voeten zo weinig mogelijk te belasten. Het zoeken naar positieve beïnvloeding van het coping gedrag leidt tot innovatie, in dit geval veelal langs de weg van het haalbare. Patiënten moeten een minimum aan comfort ervaren om in te stemmen met de 'last' van de nazorg, in lijn met de behoeftetopiramide van Maslov.

Beslissingen worden in teamverband genomen en daarbij heeft iedereen dezelfde mogelijke inbreng. De rol van de medewerkers, in dit geval collega zelfstandig verpleegkundigen is zowel op het vlak van innovatie als wat het opbouwen en delen van kennis en vaardigheden betreft bijzonder groot. Het is samen met de collega's dat vernieuwingen eerst besproken en nadien ingevoerd worden. De acht verpleegkundigen in de Groep Backaert delen zeer intensief alle informatie en kennis. Maandelijks is er een formeel event waarop alle technische en organisatorische aspecten van de groep besproken worden. Het is de uitdrukkelijke bedoeling om als zelfsturend team te functioneren en hierbij hoort een hoog niveau van communicatie. Communicatie gebeurt door middel van de verpleegdossiers, zowel digitaal als bij de patiënt, en via een dagelijkse overdracht naar alle collega's. Deze manier van werken staat in relatief contrast met wat tussen individuele zelfstandig verpleegkundigen gebruikelijk is. Het afschermen van

informatie is in de wereld van de thuisverpleging en –zorg volgens onze gesprekspartner nog dikwijls meer regel dan uitzondering. De verpleegkundigen in de groep nemen regelmatig deel aan opleidingen en geven ook zelf waar mogelijk opleidingen in wondzorg of aanverwante technieken.

Naast de interne communicatie is er ook systematisch overleg met de verzorgende artsen en ziekenhuizen van de betrokken patiënten. Er worden ook presentaties gegeven over specifiek technische prestaties, zoals aanprikken van poortcatheters, vervangen gastrotube, vervangen suprapubische sonden, infuustherapie, negatieve druksystemen, veneuze en arteriële ulcera, brandwonden, TIME en basismaterialen en verbanden in de wondzorg, casestudies, vaccineren, workshops compressietherapie, debrideren, enz. De ervaring van de medewerkers van de Groep Backaert is dat meer en meer thuisverpleegkundigen het belang inzien van opleidingen om kwalitatieve zorg te kunnen blijven bieden. Daarnaast is er een actieve deelname van de voorzitter van Backaert in beleidsgerichte (vak-) organisaties. De Groep Backaert is via de voorzitter Diégo Backaert sterk vertegenwoordigd en actief in talrijke verenigingen, werkgroepen, raden – dikwijls als voortrekker – en ook op beleidsniveau om het verpleegkundig beroep te promoten, kennis over nieuwe technieken te delen en de belangen te behartigen van én zelfstandige zorgverstrekkers én van deze in dienstverband. Er is bijvoorbeeld een sterk engagement op verschillende echelons en werkgroepen in het NVKVV, oorspronkelijk het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, nu een pluralistische beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verpleeg- en ziekenhuisassistenten. Hetzelfde engagement geldt binnen het kartel van zelfstandige verpleegkundigen e-vita, waar naast het NVKVV ook de Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandige Verpleegkundigen VBZV, VP Plus, CT Paramedics, maar ook Waalse collega's van het AIB-VUKB en UIAD vertegenwoordigd zijn. Deze organisaties zijn mee betrokken bij de hervorming van het KB 78 naar de wet op de uitvoering van de gezondheidsberoepen. Via het kartel wordt gestreefd naar één visie om daarmee sterker naar voor te kunnen treden. Volgens de heer Backaert is de versnippering van beroeps- en belangenverenigingen (té) groot, maar via het kartel kan men gezamenlijk belangen verdedigen. In de mate dat men er in slaagt om als één vereniging naar buiten te komen, zoals het geval is bij de boekhouders, zal men de impact op het beleid kunnen vergroten. De betrokkenheid bij beleidsaspecten gaat samen met eenzelfde engagement in vakorganisaties die op zorg- en verpleegkundig vlak nieuwe ontwikkelingen opvolgen en opleiding en vorming voorzien. Naast deelname aan studiedagen en seminaries wordt ook zelf als gastspreker opgetreden. Op de website staan onder andere volgende engagementen onder 'actief' op het CV van de voorzitter van Groep Backaert.

- *Voorzitter Groep Backaert Gespecialiseerde Thuisverpleging*
- *Zaakvoerder Amenthu bvba - Diabeteseducatie en Wondzorgadvies*
- *Interdisciplinair wondzorgcentrum en vaatlabo Moorsel www.wondzorgadvies.eu*
- *Voorzitter Thuisverpleegkundigen NVKVV (zelfstandigen en diensten)*
- *Secretaris Diabetesverpleegkundigen NVKVV*
- *Zetel Raad Van Bestuur NVKVV*
- *Zetel bureau NVKVV*
- *Zetel Commissie diabetes voet Diabetesliga/ secretaris*
- *Zetel Federale Raad voor de Verpleging*

- *Zetel Secretaris Kartel van zelfstandige verpleegkundigen e-vita*
- *Zetel Raad van Bestuur Federatie Vrije Beroepen*
- *Zetel Overleg Zorgverstrekkers Federatie Vrije Beroepen*
- *Board en webmaster Wound.eD*
- *Regionaal symposium Wound.eD i.s.m. ASZ Aalst en andere zelfstandige praktijken*
- *Multidisciplinaire stuurgroep MDS van het LMN Aalst*
- *Resonantieraad verpleegkunde Odisee*
- *Plaatsvervanger Kamer van beroep RIZIV*
- *Zetel Nederlandstalige kamer van de AUVB*
- *Mandaten allerhande werkgroepen (verpleegkundig voorschrift, KB 78, deontologische code, permanente vorming, hygiëne)*
- *Gastdocent*

Een groot voordeel haalt de Groep Backaert uit de actieve samenwerking met hogescholen, onder andere door betrokkenheid bij eindwerken en het plaatsen van stagiaires. Deze contacten zorgen voor zeer actuele informatie, los van het feit dat het bedrijf dit ook ziet als een maatschappelijke opdracht. De bronnen van informatie voor een thuisverpleegkundige of voor thuiszorg zijn zeer divers, gaande van het internet over vakliteratuur en kennis- en onderwijsvoorzieningen tot informatiedelen via de beroepsfederaties en koepels ervan. Ook de sociale media – vooral onder de vorm van facebook - worden actief gebruikt om kennis te delen. Zoals ook voor andere situaties moeten digitale bronnen met de gepaste dubbelcheck benaderd worden, de beschikbare informatie is enorm, maar volgens onze gesprekspartner niet altijd van de beste kwaliteit. De Groep Backaert streeft naar een sterke lokale inbedding en samenwerking met collega's uit de eerste en tweedelijns verpleegkundige en andere zorgberoepen. Ook samenwerking over (sub)sectoren heen is een aandachtspunt en er wordt ook actief naar gestreefd in projecten. Zie paragraaf concrete innovaties, pilootproject 'Centrale Medicatiefiche'.

5.8.5 Drempels en triggers voor innovatie

Volgens onze gesprekspartner zijn de complexiteit en de schrik voor totale transparantie van de wet- en regelgeving en praktijkvoering de belangrijkste remmende factoren voor innovatie bij vele verpleegkundigen. Ook protectionisme van hun eigen 'werk' speelt hierbij een remmende rol. Als belangrijke drempel voor samenwerking en kennisdelen wordt verwezen naar de klassieke machts- en invloedverdeling in de medische- en zorgsector. De klassieke grote spelers schermen hun informatie af en kleinere organisaties zijn bang om cliënten te verliezen. In dit kader is er ook nog te weinig samenwerking op vlak van opleiding, gemeenschappelijke inspanningen zouden de permanente vorming sterk kunnen ondersteunen. Verpleegkundigen, zeker in de thuiszorg, volgen te weinig opleiding en hebben schrik van ICT. Daarbovenop is ook 'tijd' een belangrijke factor. Opleidingen en netwerking vinden plaats in de 'vrije' tijd en dat is volgens onze gesprekspartner zeker ook een rem op bijscholing.

De maatschappelijke veranderingen en de nieuwe mogelijkheden die de digitalisering in petto heeft op vlak van patiëntopvolging zijn volgens onze gesprekspartner zonder twijfel de belangrijkste stimulerende factoren voor innovatie. In een iets verdere toekomst komt er wellicht ook telecoaching om zelfverzorging en 'patiënt empowerment' te ondersteunen waarbij elektronische mobiele dragers zoals smartphones een continue monitoring toestaan om zo de

betrokken artsen of andere gezondheidswerkers te kunnen verwittigen. Voorwaarde om dit effectief te laten werken is wel dat de nomenclatuur⁵ aangepast wordt, tegenover online prestaties moet ook de gepaste vergoeding staan. Hetzelfde geldt voor de aandacht voor preventie. Als verpleegkundigen vergoed zouden worden om hier op in te zetten worden verpleegkosten gespaard. Geplaatst in een situatie waarbij ICT taken kan overnemen is hier een perfecte switch mogelijk. De groep Backaert staat zeer open voor vernieuwingen, veranderingen en innovatie en ziet hierin vooral kansen. Ook van de digitale patiëntenfactuur⁶ wordt veel verwacht. Zorgtechnische vernieuwingen en innovatie zijn veel belangrijker dan het groeien van de praktijk. Triggers voor meer samenwerking tussen de (traditionele) organisaties in de 'non profit social profit' en de collega 'commerciële bedrijven met activiteiten in de social profit' kunnen vooral door de overheid worden uitgezet. Het pilootproject van Vitalink is een mooi voorbeeld. Verder kan de wetgever ook in de regelgeving stimulansen brengen om meer kennis te delen en meer te gaan samenwerken.

5.8.6 Rol van de overheid

Van de overheid verwachten de medewerkers van de Groep Backaert dat zij faciliterend optreedt en vooral een transparant beleid opzet.

Faciliterend optreden kan gebeuren door de nodige informatie voor een innoverende uitoefening van het beroep op de website van de overheid (bijvoorbeeld het RIZIV) beschikbaar te maken. Naast wet- en regelgeving gaat dit ook over studies en onderzoek⁷. Hier kunnen de media een belangrijke ondersteunende rol spelen, omdat complexe thema's ook vaak complexe wetgeving vragen.

Een transparant beleid voorkomt misbruiken, zeker in tijden van grote veranderingen. Transparante informatie is de basis voor eerlijke concurrentie en bij uitstek een ondersteuning van innovatie. Herinvestering van 'misbruikt kapitaal' kan een oplossing zijn voor de onder financiering van de verpleegkundige.

Via beroepsverenigingen is de Groep Backaert actief betrokken bij het evalueren en vormgeven van regelgeving. Deze betrokkenheid en de appreciatie van de inbreng is volgens onze gesprekspartner zeer motiverend. De ervaring is dat informatie die naar het beleid gebracht wordt vanuit de ervaring (evidence based) ook impact heeft, het beleid luistert naar de inbreng uit de praktijk. Als (inherente) return is het bedrijf ook goed geïnformeerd en voorbereid over hoe de regelgeving zich zal ontwikkelen. Dit maakt het bedrijf ook beter voorbereid op innovaties.

Een belangrijke plek voor opvolging en beïnvloeding van het beleid is het overlegplatform van zelfstandige zorgverstrekkers (binnen de Federatie Vrije Beroepen). Het Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers (OZZ) heeft recent een missie -en visietekst naar buiten gebracht met daarin ook een visie over hoe de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg er zou moeten uitzien. Er is specifiek aandacht voor de manier waarop zelfstandige zorgverstrekkers in een organisatienetwerk kunnen samenwerken. Voor het OZZ zijn dit soort netwerken de toekomst van de gezondheidszorg. Het netwerkmodel is niet hiërarchisch maar wel teamgericht en gebaseerd op een multidisciplinair partnership. Er is ook ruimte gevraagd voor meer samenwerking tussen

⁵ Nomenclatuur: De nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen is de gecodeerde lijst van prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed worden door de verzekering voor geneeskundige verzorging. De lijst en de wijzigingen zijn in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

⁶ De digitale patiëntenfactuur is altijd door de patiënt te consulteren www.patiëntenfactuur.be, al leert de ervaring dat dit nog weinig gebeurt.

⁷ Op de website van het RIZIV worden nu stapsgewijs studies van verpleegkundigen gepubliceerd;

de overheden. Het 'Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers' is de representatieve koepel van alle zelfstandige zorgverstrekkers in het vrij beroep. Doelstellingen zijn: belangen behartigen en standpunten bepalen, informatie uitwisselen en overleg faciliteren over het 'charter van de zelfstandige zorgverstrekker'.

In de gezondheidssector is de wet- en regelgeving vrij sturend en dwingend (KB nr. 78 / Wet 10 mei 2015. Wet 10 mei 2015. - Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening v/d gezondheidszorgberoepen). Verpleeg- en zorgtaken mogen alleen door bevoegden uitgevoerd worden. Onder druk van de wetgeving en van de nieuwe situatie met meer thuishospitalisatie zullen zich noodgedwongen andere soorten bedrijfsvormen ontwikkelen. Ook het beleid bereidt zich voor op deze evoluties in het gezondheidslandschap. Onze gesprekspartner verwijst hierbij naar de plannen voor een pilotoproject vanuit de overheid om chemotherapiebehandelingen meer in de thuisomgeving te laten gebeuren.

Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft de opdracht om het verpleeg- en zorglandschap na de komende hervorming uit te tekenen en Diégo Backaert is ook hier vragende partij voor een zeer gedetailleerde beschrijving van de competentie en bevoegdheidsverdeling. Hierbij horen ook de nodige opleidingen en certificeringen.

Binnen de beroepsorganisaties wordt het beleid, de wet- en regelgeving, kritisch opgevolgd en mee uitgewerkt. Zo is de Groep Backaert ook vragende partij om voor thuisverpleging een systeem van accreditering te volgen zoals bij artsen. De accreditering is een vorm van kwaliteitslabel waaraan voor zij die zich regelmatig bijscholen en werken volgens bepaalde kwaliteitsnormen een financiële beloning verbonden is. Een mogelijk voorstel is volgens de heer Backaert dat je bij accreditering de 100% kan ontvangen van je prestatiewaarde, maar indien je niet bijgeschoold bent je maar 90% ontvangt.

Samen met de beroepsorganisaties worden de belangen van de thuisverpleegkundige verdedigd, zo ondersteunt men acties op vlak van fraudebestrijding of oneerlijke concurrentie. Het geldt dat bij een betere fraudebestrijding kan uitgespaard worden kan volgens onze gesprekspartner geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld de online hulp en tele-advies.

Wat betreft de soms oneerlijke concurrentie wordt verwezen naar de verpleegkundigen die meestal zelfstandig zijn in bijberoep en die zich vooral richten op de gemakkelijk en snel verdiende prestaties. Zij vergeten daarbij wel dat je alle zorgen en totaalzorg moet kunnen bieden, en moet kunnen voorzien in een continuïteit, dus een permanentie moet kunnen verzekeren.

Ook vanuit de Algemene Unie van Belgische Verpleegkundigen (AUVB-UGIP) wordt er op een constructieve manier bekeken hoe en waar thuisverpleging een plaats heeft in het veranderende zorglandschap. Verpleegkundigen uit alle deelsectoren zitten daar samen aan tafel, om zo op een constructieve manier mee te kunnen werken aan het beleid.

De Groep Backaert verwacht van de overheid ook een grotere ondersteuning van de samenwerking tussen organisaties op het veld. Het uitwisselen van kennis, delen van opleidingen en ervaringen zijn een grote meerwaarde en ondersteuning van innovatie in de sector. De overheid ondersteunt samenwerking nu wel al via haar (subsidie-)projecten, maar er is zeker meer mogelijk. De respectieve ministers zouden in hun beleid maatregelen kunnen voorzien om structurele samenwerking aan te moedigen en te belonen. De netwerking rond patiënten zou moeten verplicht worden om de patiënt volledig te kunnen ondersteunen. Op dergelijke manier wordt er meer preventiegericht gewerkt en preventie heeft zijn outcome in een lagere gezondheidskost op termijn.

Gezondheidszorg is boeiend, spannend (en soms ook zo frustrerend) maar geeft zo een immense voldoening als je voor een kwalitatieve zorg kan staan voor al je patiënten.

5.9 OLO: maatschappelijke tendenzen vertalen naar aanbod

De roots van OLO gaan terug tot het instituut Remi Quadens, in 1931 een vrij uniek initiatief voor moeilijk opvoedbare kinderen waarbij Decroly en Freinet inspirators voor doel en methode waren. Onder de oprichter Remi Quadens kende de instelling gestaag uitbreiding, na zijn overlijden in 1968 kwamen er problemen, zowel op vlak van professionele methodieken als van financieel en algemeen beheer.

In 1980 is een nieuwe Raad van Bestuur geïnstalleerd en een nieuwe pedagogische richting gekozen, het principe van 'voor elk kind het geschikte onderwijs' was een eerste stap van een gesloten naar een open instelling, van segregatie naar integratie. Structureel is er toen gekozen voor een omvorming in vijf aparte en transparante vzw's met eigen autonomie, organisatorisch, bestuurlijk en financieel.

- vzw Openluchtvoeding met het MPI R. Quadens en de Tehuizen voor volwassenen met een mentale handicap.
- vzw Openluchtscholen met de scholen voor B.O.
- vzw Noordheuvel met de beschutte werkplaats.
- vzw PMS De Donk met het PMS-centrum.
- vzw Wegwijzer met het Observatie- en Behandelingscentrum.

In de beginjaren '90 is op basis van een sterkte-zwakteanalyse een grondige herstructurering van de leefgroepen, de dienstverlenende units en het personeel doorgevoerd met positieve invloed op de financiële gezondheid van de organisatie.

Sinds 1995 worden er vijfjaarlijkse strategische doelen geformuleerd vanuit de overtuiging dat de nood aan ondersteuning voor de doelgroepen mee evolueert met de tijd en de maatschappelijke tendensen. Door de veranderende zorgvraag is een diversificatie van het aanbod aangewezen, zowel naar doelgroepen als naar werkvormen. De strategische doelen vormen de kern van de innovatie in OLO, steeds gericht op een permanente aanpassing aan nieuwe noden in de samenleving.

Er worden verschillende sporen uitgewerkt: inclusieve kinderopvang, opvoedingsondersteuning, bijzonder onderwijs, thuisbegeleiding voor kinderen en jongeren en hun gezinnen, thuisbegeleiding voor volwassen personen met een (vermoeden van een) beperking, dagbesteding voor kinderen, jongeren en volwassenen met specifieke zorgbehoeften (licht mentale handicap, autisme spectrum stoornis, gedrags- en emotionele stoornissen) en verblijfsmogelijkheden voor kinderen en jongeren en volwassenen met specifieke zorgbehoeften. OLO vzw is een vergunde zorgaanbieder van het VAPH, erkend voor zijn begeleidingen door het Agentschap Jongerenwelzijn, Kind en Gezin en door het Ministerie voor Onderwijs en Vorming.

Een gedetailleerd overzicht van het aantal zorgvragers naar zorgaanbod is opgenomen in het jaarverslag 2015. Samen gaat het om meer dan 1.000 prestaties op vlak van zorgondersteuning, los van de diensten via de opvoedingswinkels. Bij de diverse activiteiten van OLO zijn meer dan 600 medewerkers betrokken.

5.9.1 Missie en visie

De visie van OLO is zeer sterk geïnspireerd op deze van Schalock in zijn boek 'Kwaliteit van het bestaan'. Deze definitie van kwaliteit van het leven legt de lat hoog. De kwaliteit van bestaan voor mensen met een handicap omvat dezelfde factoren en relaties als deze voor elke andere mens. De kwaliteit van het leven neemt toe als de persoon in staat is zelf te participeren in beslissingen omtrent het eigen leven, als men kan participeren in de eigen plaatselijke samenleving, als men wordt geaccepteerd en gerespecteerd wordt en volledig geïntegreerd kan leven (inclusie).

In het jaarverslag 2015 wordt de visie vertaald in volgende kenmerken van ondersteuning.

- Op maat en emancipatorisch.
- Betrokken en warm.
- Doelgericht en systematisch.
- Contextgericht en via gedeelde zorg.
- Naar een inclusieve samenleving.
- Wetenschappelijk onderbouwd en vernieuwend.
- In een lerende organisatie.

Vertaald naar waarden betekent dit respectvol, betrouwbaar, gelijkwaardig, integer en betrokken.

5.9.2 Innovatie

Centraal in de visie op innovatie staat continu verbeteren. Innovatie betekent dat men permanent de vragen uit de samenleving detecteert en er op inspeelt. Twintig jaar geleden waren de noden en behoeften anders, wat betekent dat men als organisatie continu moet innoveren.

Innovatie in de praktijk zit in alle aspecten van de organisatie. Organisatie is afgeleid van 'organon' (Grieks voor 'werktuig', 'methode') en wijst in deze betekenis naar 'middel' om een doel te bereiken. De organisatie moet zo worden ingezet dat ze (als middel) aansluit bij het wijzigende doel. Innovatie = aanpassingen aan het doel.

Deze visie op innovatie vindt zijn neerslag in de vijfjaarlijkse vertaling en uitbreiding van de strategische doelen. Hierbij wordt verwezen naar de rechten van de personen met een handicap, vastgelegd in een conventie van de VN en door België geratificeerd in 2009. De gehechtheid om deze conventie om te zetten in gepaste ondersteuning en zorg voor personen met een handicap is voor OLO een blijvende innovatieve opdracht.

De VN-Conventie wil ervoor zorgen 'dat personen met een handicap het volledige en gelijk genot hebben van alle mensenrechten. Het verdrag heeft als basisgedachte dat personen met een handicap volwaardige mensen met gelijke rechten zijn.' De basis voor dit streven is terug te vinden in het 'burgerschapmodel'. Daarin staat de 'kwaliteit van het leven' centraal. Het burgerschapmodel is een inclusief sociaal model, dat de klemtoon legt op de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de persoonlijke autonomie en de sociale solidariteit. Bron: website VAPH.

Actueel is in OLO een inclusieve zorg dé drijfveer voor innovatie om tegemoet te komen aan de vraag van de zorgbehoevende. Centraal hierbij staat de omkering van de zorgstrategie, van aanbod- naar vraaggerichte zorg.

5.9.3 Maatschappelijke tendensen vertalen naar aanbod

De baseline om aan te sluiten bij maatschappelijke tendensen als ultiem doel van innovatie wordt sinds 1995 vertaald in strategische doelen die regelmatig worden bijgesteld.

Figuur 15 Maatschappelijke tendensen vertalen naar aanbod in OLO

Strategische doelen	Gerelateerde innovaties
<p>1995</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuüm ambulant -> een residentieel aanbod kinderen en jongeren en volwassenen creëren 2. Doelgroepen diversifiëren <ul style="list-style-type: none"> • Autisme • NAH • Dubbele diagnose 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er werd een beleidsnota opgesteld ter optimalisering van de hulpverlening. Op basis van een sterkte/zwakte – analyse werd er een grondige herstructurering gedaan van de leefgroepen en de dienstverlenende units. Deze werden kleiner. 2. Dagcentrum De Piramide werd opgericht in 1997 voor 10 personen met een ernstige motorische handicap en een niet aangeboren hersenletsel. Ondertussen worden er 30 cliënten begeleid. Vanaf 1998 is het MPI zich gaan specialiseren in de opvang van kinderen en jongeren met een autismspectrumstoornis. Samen met MPI Dennenhof werd er in 1998 een experiment in thuisbegeleiding opgezet om kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen mobiel te begeleiden. Later konden residentiële plaatsen worden omgezet in ambulante begeleidingen wat leidde tot de oprichting van ITA (Intensieve Thuisbegeleidingsdienst Antwerpen) in 2002.
<p>1999 – 2000</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Inzetten op schaalvergroting 4. In andere sectoren activiteiten ontwikkelen 5. Inzetten op een inclusieve benadering (inclusieve huisvesting) 6. Inzetten op een emancipatorische visie 	<ol style="list-style-type: none"> 3. In 2000 werden er nieuwe statuten goedgekeurd waardoor de naam van de organisatie werd gewijzigd in 'Diensten- en Begeleidingscentrum Openluchtopvoeding vzw'. Met deze naam wordt er ruimte gemaakt om een continuüm in de hulpverlening uit te werken voor volwassenen en kinderen met een handicap. 4. Om naast het VAPH ook in te zetten in andere sectoren werden de dienst Humanistische thuisbegeleidingsdienst Antwerpen, een werking vanuit het Agentschap Jongerenwelzijn (toen nog BJZ) in 2001 overgenomen en het daarbij horende project 'Crisishulp aan Huis' dat in 2009 een eigen erkenning kreeg. 5. Er werd in 2001 eveneens een woonwensenonderzoek afgerond in de afdeling volwassenen waarbij er een nieuw concept voor huisvesting werd opgezet. De huisvesting werd inclusief en gediversifieerd. Om dit te realiseren werd er een samenwerking aangegaan met de Sociale Huisvestingmaatschappij De Voorkempen, werden er nieuwbouwprojecten opgestart en werden er privéwoningen aangekocht. 6. Deze diverse woonvormen maakten het mogelijk om per cliënt een begeleiding op maat te starten zowel in frequentie als in begeleidingsvorm (2001: Woonondersteuningscentrum, Tehuis Werkenden, Tehuis niet-werkenden, overname Begeleid Wonen)

<p>2005</p> <p>7. Gespecialiseerde kennis/expertise laagdrempelig en preventief inzetten</p> <p>8. Nieuwe opdrachtverklaring – missie</p> <p>9. Ontwikkeling van de lerende organisatie</p>	<p>7. Vanaf 2005 groeiden er plannen om de afdeling kinderen en jongeren te reorganiseren. Openluchtvoeding kreeg de vraag tot overname van de basisschool Remi Quadens in 2006. Hierdoor werd het aanbod van onderwijs voor jonge kinderen op het domein gewaarborgd. In het jaar 2007 werd er samen met Wegwijzer vzw (OBC Mastenhof) samengewerkt om een team op te richten voor Ambulante Diagnostiek Antwerpen (ADA). Om de infrastructuur af te stemmen op de noden van de cliënten werd er een Masterplan 2020 gemaakt. In dit plan werd het concept ontwikkeld voor nieuwbouw en verbouwingen en werden er ideeën opgenomen voor de uitbreiding van de basisschool, een nieuwe locatie voor het dagcentrum en de ontwikkeling van een bejaardentehuis. De eerste bouwfase (nieuwbouw van twee woonentiteiten, respectievelijk voor 20 en 33 kinderen/jongeren, bestaande uit twee of drie leefgroepen, met kantoren voor pedagogische ondersteuning) is gestart in oktober 2008.</p> <p>8. Er werd een nieuwe opdrachtverklaring uitgeschreven in 2000 waarin de algemene mensvisie, de visie op ondersteuning en de waarden worden meegenomen. Ondertussen is deze opdrachtverklaring opnieuw geactualiseerd in 2016.</p> <p>9. In 2005 werd er beslist om aan de staf van de algemene directeur van OLO een vormingscoördinator toe te voegen die de vormingsnoden van medewerkers in de voorziening kan analyseren en afstemmen met de visie van de organisatie. Er wordt een vijfjarenplanning gemaakt en jaarlijks een concreet vormingsplan gemaakt.</p>
--	--

2009 – 2010

10. Verruiming van de regio tot de provincie Antwerpen

10. Met de overname van HTA in 2001 werkte OLO al in de provincie Antwerpen. In juni 2009 kreeg OLO de goedkeuring om daarnaast een aanbod te realiseren van kortdurende thuisbegeleiding (KorDaaT) eveneens in het arrondissement Antwerpen. De werking in de provincie Antwerpen werd hiermee verder verankerd. In Brasschaat werd de vzw Wegwijzer – waar al een samenwerking mee bestond in het kader van ambulante diagnostiek - overgenomen. OLO krijgt hierdoor een erkenning bij van 50 plaatsen: 44 residentiële plaatsen en 6 mobiele en ambulante plaatsen. In hetzelfde jaar neemt OLO Ludentia vzw over met drie diensten: vrijetijdsinitiatief, trajectbegeleiding en de persoonlijke assistentie-dienst. Deze diensten werken zowel in Brasschaat als in de omliggende gemeentes. In 2011 werd een dienst voor vroeg- en thuisbegeleiding (VESTA) opgestart. Deze laatste dienst werkt voor een deel rechtstreeks toegankelijk en begeleidingen vinden plaats in de hele provincie Antwerpen.

11. Samenwerking andere welzijns-gezondheidspartners en lokale besturen

11. In samenwerking met het CAW Antwerpen en lokale gemeentebesturen werd er in 2009 een initiatief gestart om burgers uit verschillende gemeentes laagdrempelige opvoedingsondersteuning aan te bieden. De eerste opvoedingswinkel van OLO werd in 2009 geopend in Brasschaat. In 2010 volgde de opening van de opvoedingswinkel in Zoersel. Naast deze winkels werden er ook een aantal opvoedingspunten geopend op locaties van de betrokken gemeenten zelf. In 2010 ontvingen deze opvoedingswinkels een kwaliteitslabel van Kind en Gezin. Ondertussen werd er in Hoogstraten in 2014 ook een Opvoedingswinkel geopend. Nog in 2010 ging OLO een pilootproject aan voor jongeren met zeer ernstige gedrags- en emotionele stoornissen: Flexibele Individuele Intensieve Trajecten (Fiit). OLO is in 2010 de enige in Antwerpen die een specifieke werking in groep aanbiedt voor deze doelgroep. Nog in 2011 startte OLO dagbegeleiding voor geïnterneerden (Otwee). Er werden verder diverse samenwerkingsverbanden opgezet, met andere voorzieningen, zoals: 't Traject, Kadodder, De Terp (uitgediept), Klina, Andante en Jeugdzorg Emmaüs .

12. Inwortelen in de samenleving/gemeenschap

12. Door de oprichting van Kruispunt (2011) samen met Klina, Andante en CAW De Terp) wordt er geïnvesteerd in laagdrempelige, psychosociale hulpverlening, gratis en anoniem voor volwassenen met psychische problemen. Na een kortdurende begeleiding kan eventueel een doorverwijzing gebeuren naar 2^{de} lijnshulp. De rechtstreeks toegankelijke dienstverlening wordt verder uitgebouwd met de dienst Victoria. Deze dienst biedt rechtstreeks toegankelijke hulpverlening aan volwassen personen met (een vermoeden van) een mentale beperking én aan kinderen van 0 tot 18 jaar (met een vermoeden) voor een gedrags- of emotionele stoornis (onthaal, oriëntatie, informatie, adviesgesprekken en kortdurende begeleidingen).

2014 – 2015	
<p>13. OLO is een pluralistische regionale netwerkorganisatie met verbindingen tussen onderwijs, welzijn en gezondheid</p>	<p>13. De dienst Ludentia krijgt een erkenning om individuele inclusieve vrijetijdsbestedingen uit te bouwen (2014). Ze trachten dit te realiseren door cliënten te laten aansluiten bij reguliere bestaande vrijetijdsinitiatieven. In 2014 heeft OLO een nieuw pand gekocht in Zoersel waar zij samen met de gemeente een 'Huis van het Kind' openen. In dit gebouw krijgt naast de opvoedingswinkel van Zoersel ook Kind en Gezin een consultatieruimte. Ook de diensten van ITA, ADA, het MDT en Victoria, verhuizen naar die locatie. Door gedelocaliseerd te werken, kan OLO een groter publiek bedienen. De diensten van Jongerenwelzijn worden gereorganiseerd: gemoduleerd in verschillende vormen van contextbegeleiding met zowel rechtstreeks toegankelijke als niet rechtstreeks toegankelijke contextbegeleiding. In 2015 werden er nieuwe samenwerkingsverbanden gemaakt met verschillende scholengroepen, zoals onder andere: Scholengroep 1 (Antigon), Scholengroep 3 (Agora) en Scholengroep 5 van het GO. In samenwerking met AZ Klina wordt er in 2016 een voorbereiding gemaakt voor een liason met de pediatrie en kinderpsychiatrie.</p>
<p>14. Inclusieve kinderopvang (voorschools) ontwikkelen Hoboken – Deurne – Merksem – Ekeren</p>	<p>14. OLO vzw heeft einde 2015 een pand aangekocht met de bedoeling om daar een eerste kinderopvanglocatie op te richten. Einde 2015 krijgen zij ook de vraag om 't Zonnetje Essen en Kapellen over te nemen. Deze werkingen krijgen de naam Tierlantijn. Tierlantijn is een inclusieve kinderopvang: zowel kinderen met als zonder een specifieke zorgbehoefte kunnen worden opgevangen door professionele medewerkers. Begin 2017 neemt OLO eveneens 't Hemeltje over te Brasschaat. Met deze inclusieve kinderopvang is OLO vzw de eerste voorziening in de stad Antwerpen, erkend door Kind en Gezin die inclusieve kinderopvang aanbiedt.</p>
<p>15. Bijdragen aan een positieve beeldvorming van kwetsbare mensen</p>	<p>15. In OLO is men de mening toegedaan dat wanneer kinderen vanaf jonge leeftijd in contact komen met kwetsbare mensen, de beeldvorming naar deze mensen positief kan beïnvloed worden. Om deze positieve beeldvorming in de maatschappij verder te doen toenemen is contact met kwetsbare mensen belangrijk. OLO heeft plannen om in maart 2017 een nieuwe brasserie te openen waar de bediening zal gebeuren door personen met specifieke zorgbehoeften.</p>

Het vijfjaarlijks actualiseren van de strategische keuzes heeft er toe geleid dat OLO uiteindelijk een continuüm aan diensten aanbiedt van de 'minst' ingrijpende ondersteuning van kinderen in hun thuissituatie tot de meest ingrijpende zorg voor residentiëlen.

De evolutie in diensten laat zich vertalen in een beweging van diversificatie (jaren '90) over schaalvergroting (2000) en regionale spreiding (2009) tot regionale netwerken (2014) die ondersteuning bieden in de context van de persoon met een zorgvraag. De dienstverlening wordt uitgebouwd in een continuüm van diensten voor een diversiteit aan doelgroepen.

Exemplarisch voor regionale en lokale inbedding en inclusie is het voorbeeld van de uitbouw van ondersteuning voor inclusieve kinderopvang. De inclusieve kinderopvang streeft naar het opvangen van kinderen met een handicap in de lokale reguliere kinderopvangdiensten. Om dit te kunnen verwezenlijken is professionele ondersteuning nodig door orthopedagogen en andere professionelen. OLO kan deze ondersteuning bieden door de jarenlange opgebouwde vakkennis. Een ander voorbeeld is de thuisondersteuning die nu een sterke uitbreiding kent, voorlopig nog binnen de provinciale grenzen omwille van de financiering, maar wat OLO betreft voor uitbreiding vatbaar en bij voorkeur uitgebouwd in lokale netwerken. Het uitbouwen van contextgebonden diensten en ondersteuning die gericht zijn op inclusie vergt ook een nieuwe arbeidsorganisatie

en met het oog op de werk-privébalans van de betrokken professionelen geniet een lokale inbedding de voorkeur, wars van provinciale grenzen.

Het innovatieve zit hierin dat aan elke zorgvrager de meest aangepaste vorm van ondersteuning wordt gegeven, namelijk deze die de persoon in kwestie het meest inclusief kan laten functioneren. Op dit moment staat inclusie maatschappelijk hoog op de agenda. Bij de keuze van het instrumentarium gaat steeds de voorkeur naar de minst ingrijpende aanwezigheid van de zorgaanbieder en naar maximale empowerment van de persoon in kwestie. Voorbeeld van inclusie én empowerment was het initiatief om sociale huisvesting voor de doelgroep te regelen, gekoppeld aan begeleiding vanuit OLO. De samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappij was een win-win: jongeren konden zelfstandig wonen en de sociale huisvestingsmaatschappij kon doelgroepen prioriteren.

De keuze om nu kennis in te zetten in bestaande reguliere organisaties voor kinderopvang en om mee te helpen bij het opzetten van inclusieve kinderopvang is een illustratie van de integratie van de diensten van OLO in de actuele maatschappelijke agenda. Een ander voorbeeld is het inzetten van kennis in nieuwe eerstelijnsinitiatieven die dicht staan bij de zorgvrager en laagdrempelig zijn. Zo zijn in 17 gemeentes in Antwerpen opvoedingswinkels opgericht.

5.9.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Kennisdiffusie en samenwerking worden als een verrijking en als noodzakelijke voorwaarden voor het bereiken van de strategische doelstellingen gezien. Drempels worden er niet ervaren, angst om kennis te delen is er zeker niet. De persoonsvolgende financiering zal het dienstenaanbod beïnvloeden maar echte concurrentie tussen organisaties en bedrijven wordt niet gevreesd.

Er wordt op diverse manieren en intensief gepeild naar de behoeften en noden van de zorgvrager. De Leerstoel Leonardo Da Vinci - in opdracht van en betaald door OLO – doet dit op een wetenschappelijk onderbouwde manier, met academische neerslag in publicaties. De netwerkbegeleiding doet dit door actief luisteren naar cliënten (Jaarverslag 2015, blz. 25). Naast informele uitwisseling van wensen en behoeften tussen begeleiders en de jongeren, worden regelmatig formele vergaderingen of overlegmomenten ingepland. Bij de individuele trajecten zijn evaluatiemomenten voorzien. Ouders participeren zowel formeel (tevredenheidsmetingen) als informeel in de uitbouw van het dienstenproces/aanbod. De richtlijnen voor de betrokkenheid en de modaliteiten voor het collectief overleg (participatie) zijn vervat in het kwaliteitshandboek. De voorzitter van de gebruikersraad is ook waarnemend lid van de raad van bestuur.

Kennisdelen met en tussen werknemers is zeer sterk aanwezig onder verschillende vormen. Sinds 2005 profileert OLO zich als 'lerende' organisatie. Met lerende organisatie wordt bedoeld dat medewerkers permanent van elkaar leren op formele maar ook informele manieren. Naast het dagdagelijkse leren worden er ook formele kennisuitwisselingsmomenten, workshops en lezingen, voorzien. Het VTO-beleid is sterk uitgebouwd en er is regelmatig een call van vormingsaanbod. Eigen medewerkers worden ingezet om collega's op te leiden en zo de interne expertise te versterken. Jaarlijks is er een week van de inspiratie waar medewerkers hun 'ervaringen' delen. Naast de meer individuele participatie van werknemers in het beleid van de organisatie is er ook een constructief overleg met de drie vakbonden.

OLO heeft nog geen ervaring met samenwerking met commerciële bedrijven, wel met collega-organisaties. Op dit moment wordt sterk ingezet op kennis delen met reguliere eerstelijns-zorgdiensten. Er is een sterke samenwerking met de lokale besturen, CLB's en het CAW van Antwerpen. In het overzicht van strategische doelen en gerelateerde innovaties worden tientallen verwante organisaties vernoemd waarmee wordt samengewerkt. Samenwerken met externen maakt deel uit van hun strategische keuze voor inclusie. Al in 2000 is de corporate governance

stijl van bedrijfsbeheer in OLO toegepast. Concreet is de raad van bestuur doelgericht samengesteld uit diverse disciplines en met het oog op een deugdelijk bestuur. Met de Leerstoel Leonardo Da Vinci is samenwerking met hogescholen structureel verankerd. OLO ondersteunt onderzoek aan hogescholen ondermeer door het financieren van een Leerstoel Leonardo Da Vinci aan HoGent. Op dit moment loopt in dit kader een onderzoek naar een model om de kwaliteit van leven in kaart te brengen van kinderen met een gedrags- of emotionele stoornis (GES) en volwassenen met een niet aangeboren hersenletsel (NAH). Prof. Dr. Claudia Claes, houder van de leerstoel, is oprichter van het kenniscentrum E-QUAL en was coördinator tot haar aanstelling als decaan van de faculteit Mens en Welzijn (FMW) in 2015. De expertise zit in de vertaling van het ondersteuningsparadigma, de steunmaatregelen en instrumenten, in kwaliteit van leven bij personen met een verstandelijke beperking. In het kenniscentrum is de Personal Outcomes Scale ontwikkeld, een instrument dat kwaliteit meet vanuit een multidimensioneel construct. De valorisatie van de leerstoel, die betaald wordt door OLO in de vorm van onderzoeksgeld voor het kenniscentrum, vertaalt zich in publicaties in vakliteratuur en kennisdiffusie voor de ganse sector, stakeholders en betrokkenen, vragers en aanbieders van zorg.

5.9.5 Drempels en triggers voor innovatie

De grootste drempels om te innoveren zijn de wetten van de remmende voorsprong. Organisaties worden bang om hun innovaties te vernieuwen, uit schrik om hun voorsprong te verliezen, of om hun innovaties te delen. Gezien de vraag naar zorg nog altijd groter is dan het aanbod is de bereidheid tot samenwerken in de sector toch nog relatief groot.

Voor OLO zijn de belangrijkste triggers de maatschappelijke veranderingen en nu meer dan actueel de daaruit voortvloeiende wijzigende financiering. De maatschappij evolueert snel en daarom ook de aard van de zorgvragen.

Omdat op dit moment de maatschappelijke noden nog steeds veel groter zijn dan de middelen, is de druk op efficiënt en rationeel ontwikkelen van nieuwe oplossingen zeer groot. OLO heeft in de voorbije decennia altijd aansluiting gezocht bij de maatschappelijke veranderingen en haar langetermijnstrategie daarop afgestemd. Na een periode van kwalitatieve diversificatie van diensten (jaren '90) is in de jaren 2000 het aanbod vooral kwantitatief uitgebreid en is de visie en missie – inclusie en emancipatie – verder uitgediept als antwoord op de toen actuele maatschappelijke uitdagingen.

Meer recent wordt gewerkt aan een nieuw dienstenmodel, mede als antwoord op de nieuwe financieringsmodaliteiten. Er wordt voortdurend gezocht naar de blinde vlekken in het zorglandschap en OLO streeft daarbij naar een slimme samenwerking met andere organisaties. Zo wordt in dit kader voorzien dat de nieuwe school toegankelijk zal gemaakt worden voor externe organisaties en als brede school zal functioneren. Een goede trigger was er met de lerende netwerken over nieuwe dienstenmodellen die vanuit de sectororganisaties Welzijnsraad en SOM zijn opgezet in voorbereiding van de introductie van de persoonsvolgende financiering. Gezien het grote belang van het herdenken van de dienstenmodellen in functie van de nieuwe financieringsmodi, zou een verderzetting van zulke netwerken een belangrijke ondersteuning kunnen betekenen voor organisaties die nog minder ver gevorderd zijn in de omschakeling naar vraaggerichte diensten.

5.9.6 Rol van de overheid

Algemeen wordt van de overheid verwacht dat zij de innovaties faciliteert.

Op dit moment is een actieve begeleiding van de nieuwe financieringsvorm noodzakelijk. Het decreet op de PVF vindt nu zijn concretisering en heeft hierbij nood aan ondersteuning voor de zorgvrager en –aanbieder.

Een voorbeeld van steun kan zijn het mee uitdenken en uitwerken van nieuwe dienstenmodellen en ‘business’-modellen. Omdat de financiering voor de zorgaanbieders niet alleen totaal verandert, maar ook vooral nieuw is voor de sector. Organisaties in de social profit hebben niet geleerd om te werken met - en hebben geen ervaring in - wat klassiek ‘businessmodellen’ genoemd worden. Sommigen hebben ook weerstand om in termen van ‘winst’ te denken waardoor significant andere verdienmodellen zich opdringen.

De gesprekspartner stelt dat van de overheid mag verwacht worden dat social profit organisaties met de nieuwe financieringsmodaliteiten mee opgenomen worden in de reguliere innovatieprogramma’s voor bedrijven. Op dit moment zijn de mogelijkheden tot steun nog beperkt door allerlei voorwaarden die aan innovatiesteun verbonden zijn. De verwachting van OLO is dat deze drempels door de overheid worden weggewerkt. Het Agentschap Innoveren en Ondernemen zou volgens hen haar focus kunnen verbreden naar de social profit sector.

5.10 GID(t)S en Dominiek Savio Instituut: innovatie van dienstenmodel

Dienstencentrum GID(t)S is de koepel vzw van vier operationele vzw’s op het domein van zorg en onderwijs, tewerkstelling en toeleiding naar werk: (1) Zorg en Onderwijs: Dominiek Savio Instituut vzw (afgekort Dominiek Savio); (2) Tewerkstelling: Mariasteen vzw; (3) Sociale Werkplaats Molendries vzw; (4) Toeleiding naar werk: Jobcentrum vzw.

Dominiek Savio Instituut vzw (afgekort Dominiek Savio) is verantwoordelijk voor Zorg en voor Onderwijs binnen het Dienstencentrum GID(t)S en situeert zich binnen de zorg voor personen met een beperking en ondersteunt op jaarbasis meer dan 1.000 personen met een handicap op het vlak van onderwijs, dagbesteding en/of wonen. In de domeinen zorg, onderwijs en werk wil Dienstencentrum GID(t)S een gids zijn voor personen met een beperking, zowel in Gits als in de hele provincie West-Vlaanderen, vanuit het geloof in de mogelijkheden van personen met een beperking.

Er is een mobiel team voor begeleiding van kinderen en jongeren (over de laatste 2 jaar bereikte het meer dan 80 kinderen) en er is de mogelijkheid tot diagnostiek. Met het project ‘outreach’ kunnen medewerkers-experten inzichten brengen in vraagstellingen van specifieke doelgroepen. Buitengewoon Onderwijs Dominiek Savio helpt met GON (Geïntegreerd ONderwijs) leerlingen met een (neuro-)motorische beperking in het gewoon onderwijs in West-Vlaanderen of in Gits zelf in de gespecialiseerde onderwijssetting.

Naast deze kernactiviteiten zijn er ook aanverwante initiatieven. Zo is er ‘t Stationnetje, een kinderdagverblijf erkend door Kind en Gezin, voor zo'n 25 kinderen, met en zonder beperking.

Het Dominiek Savio biedt volgende activiteiten.

Figuur 16 Activiteiten Dominiek Savio Gid(t)s

	BABY'S	KINDEREN	JONGEREN	VOLWASSENEN
IN JOUW EIGEN OMGEVING	Een andere start Baby's met een andere start			
	't Stationnetje (tot max. 6 jaar) Groepsopvang & Centrum voor Inclusieve Kinderopvang (CIK)			
	Thuisbegeleidingsdienst 't Spoor: Gezinsgerichte ondersteuning			
	Mobiel Team: Kind- en jongerengerichte ondersteuning			
	Consult: Antwoorden op specifieke vragen rond de beperking(en) van je kind			
	Zorgconsulentschap: Aan de slag met je Persoonlijk Assistentie Budget			
	PASVU: Persoonlijke Assistentie voor U			
IN ONS CENTRUM	WERKING KINDEREN EN JONGEREN		WERKING VOLWASSENEN	
	Dagopvang - Ondersteuning bij maaltijden, verzorging, activiteiten op woensdagnamiddag ... - Aanvullend op het onderwijsaanbod		Dagondersteuning - Atelierwerking - Vrijwilligerswerk vanuit Gits/Rumbeke (<i>jobvrijwilligerswerk</i>) - Vrijwilligerswerk in de eigen omgeving (<i>begeleid werken</i>) - Projecten - Vorming - Vrije tijd en sport - Dagondersteuning binnen je woongroep	
	Dagbesteding - Schoolvervangend programma - Enkel voor kinderen met specifieke noden (bv. medisch)		Woonondersteuning - Individueel wonen - Wonen in een woongroep - Tijdelijk verblijf - Woonprojecten	
	Verblijf met overnachting - Sporadisch verblijf of systematisch verblijf - Beperkt of intensief gebruik		Gespecialiseerde ondersteuning - Medisch verpleegkundige diensten - Kinesitherapie - Ergotherapie - Logopedie - ...	
	Behandeling & Training - Medisch verpleegkundige diensten - Kinesitherapie - Ergotherapie - Logopedie - ...			
	Belangrijke accenten - Multidisciplinaire samenwerking (oa met onderwijs) - Gezinsgericht werken			

Tabel 2 Kerncijfers Dienstencentrum GID(t)S 2015

KERNCIJFERS Dienstencentrum GID(t)S 2015						
Beleids-domein	Zorg	Onderwijs	Werk		Toeleiding naar werk	TOTAAL
Vzw	DS	DS	Mariasteen	Molendries	Jobcentrum	DC GID(t)S
Bereik doelgroep	1109	718(*)	664	51	734	3276
Aandeel ambulante	52%	61%	29%	0%	85%	56%
% personen met fysieke en/of neuro-motorische beperking	95%	99,7%	41,7%	25%	37%**	71%
Nieuwe cliënten 2015	279	198	76	6	734	1293
Aantal FTE begeleidend personeel	435	162	129	5	44	775
Aantal (koppen) bezoldigde werknemers	521	189	832	37	48	1627

(*) bereik doelgroep Onderwijs: van de 718 zijn er 282 leerlingen die beroep doen op het domein Zorg.

(**) 37% is berekend op reguliere PH-MOO (Persoon met Handicap - Modulair Opgebouwde Opleiding)

In elk van bovenstaande activiteiten zijn ook heel wat vrijwilligers betrokken. Een verplaatsing begeleiden of een uitstapje of een echte reis maken, een cinema- of concertbezoek, samen een hobby uitoefenen, enz. Het is een kleine greep uit de taken waar vrijwilligers een belangrijke ondersteuning zijn.

5.10.1 Missie en visie

De missie en visie worden gezamenlijk gedeeld met alle geledingen van de organisatie.

- *Dienstencentrum GID(t)S gelooft in de mogelijkheden van personen met een beperking en creëert voor hen maximale kansen op een gelukkig en zinvol leven.*
- *De operationele vzw's binnen Dienstencentrum GID(t)S bieden hiertoe een veelzijdig en innovatief aanbod voornamelijk op het vlak van onderwijs, tewerkstelling, zorg en wonen.*
- *Dit gebeurt vanuit een gezamenlijke basishouding: vanuit christelijke inspiratie permanent luisteren naar de vragen en de noden van de doelgroep.*
- *De koepel-vzw Dienstencentrum GID(t)S heeft in dit geheel de opdracht het veelzijdige en sinds jaren opgebouwde aanbod van dienstverlening aan personen met een beperking binnen een werkbare structuur te bundelen en te coördineren. Ook wil ze de verdere uitbouw sturen, stimuleren en uitdragen naar de samenleving.*
- *De doelstelling is meerwaarde te realiseren zowel op inhoudelijk, professioneel als materieel vlak, voortbouwend op de synergie die tussen de verschillende geledingen bestaat.*

De koepel-vzw Dienstencentrum GID(t)S waakt er ook over dat iedereen de gezamenlijke basishouding trouw blijft.

Op alle terreinen worden de stakeholders, medewerkers en bewoners betrokken bij beleidskeuzes en/of de operationalisering van missie & visie.

Dominiek Savio maakt deel uit van het Dienstencentrum GID(t)S en vertaalt de missie - het geloof in de mogelijkheden van personen met een beperking en de missie om voor hen maximale kansen op een gelukkig en zinvol leven te creëren - in een veelzijdig aanbod op het vlak van onderwijs, dagbesteding en wonen. Het is een centrum dat op deze levensdomeinen in samenwerking en in netwerkvorming met andere externe organisaties voor de provincie West-Vlaanderen en – zo nodig – erbuiten informatie, advies, onderzoek, therapie, revalidatie, assistentie, begeleiding, leertrajecten, opvoeding en zorg uitbouwt en aanbiedt aan kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap en hun gezin. Dit kan zowel in hun eigen als in een specifieke omgeving. De deskundigheid wordt opgebouwd vanuit de vraagstelling van personen met een neuro-motorische handicap.

5.10.2 Innovatie

Innovatie, kennisdiffusie en samenwerking zijn belangrijk voor zowel Dienstencentrum GID(t)S als Dominiek Savio. Tijdens de gesprekken spraken we over deze aspecten, zowel binnen de koepelstructuur Dienstencentrum GID(t)S als in de operationele vzw Dominiek Savio. Voor de case focussen we op een veranderingstraject binnen Dominiek Savio – afdeling volwassenen.

Innovatie is een belangrijk aspect en staat prioritair ten dienste van de doelgroep personen met een beperking. Innovatie gebeurt steeds participatief met de betrokkenen en steunt op netwerken en samenwerken met kenniscentra en andere organisaties. Diffusie van kennis en innovaties is een permanent aandachtspunt.

Er worden verschillende typen van innovatie onderscheiden zoals procesinnovatie, productinnovatie en diensteninnovatie, maar er wordt ook meegewerkt aan projecten die

aansluiten bij sociale innovatie. Diensten- en procesinnovatie wordt eerder binnen de verschillende organisaties opgenomen. Bij product- en sociale innovatie is dit meestal als deelnemer binnen een partnerschap.

Samengevat is innovatie organisatie-breed, participatief en met oog voor disseminatie. Innovatie zit in de praktijk van elke dag.

Dienstencentrum GID(t)S neemt een coördinerende rol op met de 'Onderzoek en innovatie' cel. De cel bestaat uit een stafmedewerker (voltijds) en een academisch verantwoordelijke (20% ook verbonden als hoogleraar aan de Erasmus University Rotterdam). De cel 'Onderzoek en innovatie' wordt aangestuurd vanuit de strategische beleidscel.

Door deze cel ontvangen de medewerkers binnen de verschillende organisaties steun vanuit de koepel Dienstencentrum GID(t)S. Te denken valt hierbij onder andere aan het binnenbrengen van vernieuwende concepten zoals service design in organisatie. Bovendien wordt belang gehecht aan het uitbouwen van het sectoroverschrijdende netwerk.

Er zijn voorbeelden in de verschillende beleidsdomeinen maar in deze tekst focussen we op het beleidsdomein zorg voor personen met een beperking.

■ Productinnovatie.

In de periode 2011-2014 waren cliënten betrokken in het ALADIN project. ALADIN staat voor Adaptation and Learning for Assistive Domestic Vocal Interfaces. In dit onderzoek ontwikkelden de wetenschappers een zelflerende spraakbediening voor domotica voor mensen met spraakproblemen. In het verleden was Dominiek Savio mede-oprichter van vzw In-HAM samen met WTCB, BCDI (Belgian Centre for Domotics and Immotics) en IMEC (Interuniversitair Micro-Elektronica Centrum). Het stimuleerde onderzoek en ontwikkeling van producten voor inclusief wonen. Dit project is intussen stopgezet maar vormde een inspiratiebron voor tal van andere initiatieven zoals Cretecs, het expertisecentrum zorgtechnologie van VIVES.

■ Procesinnovatie.

Dominiek Savio heeft een ruime ervaring in processen en methodieken van het aanleren van taal aan kinderen voor wie spreken geen evidentie is. Deze processen zijn goed gestandaardiseerd en er wordt onderzocht hoe door middel van een nieuw technologisch hulpmiddel dit proces kan verbeterd worden. Hetzij door het mogelijk te maken voor meer kinderen, dit zijn kinderen die nu niet of pas veel later tot lezen en communiceren komen, hetzij door het leerproces te versnellen. Er wordt geëxperimenteerd met nieuwe technologische hulpmiddelen zoals de Eye Gaze. Een aantal kleutertjes en kinderen van de lagere school kunnen geen toetsenbord of joystick gebruiken om een computer te besturen en het oogbesturingsstelsel creëert voor hen dan ook heel wat kansen. Het 'fantastische' is volgens de medewerkers dat de kinderen nu ook al spelend kunnen leren en hun grenzen kunnen verleggen⁸.

■ Sociale innovatie.

Dienstencentrum GID(t)S is partner in de Fabriek voor de Toekomst - Zorgeconomie, een initiatief van POM West-Vlaanderen. De visie voor een sterkere zorgeconomie is: 'West-Vlaanderen ontwikkelt extra economische activiteiten door een innovatief – kwalitatief antwoord te bieden op de stijgende vraag naar zorg in de provincie, en met het potentieel om te scoren tot ver buiten de provincie.' De focus ligt op complexe samenwerkingsverbanden in de quadruple helix. Philip

⁸ Meer info: <http://www.eyegaze.com/> of <https://www.youtube.com/watch?v=x9gkCD5fo-k>

Vanneste, Gedelegeerd Bestuurder Dienstencentrum GID(t)S is voorzitter van de kerngroep zorgeconomie.

Dienstencentrum GID(t)S was partner in het project Nutrition Platform for Chronic Care (2015-2016). De partners – bedrijven én zorginstellingen – van het project Nutrition Platform for Chronic Care willen ondervoeding tegengaan bij personen met een chronische zorgnood. Ze willen daarvoor een nieuw, geïntegreerd businessmodel ontwikkelen waarbij op een innoverende manier wordt gekeken naar de waardeketen die voor een aangepast aanbod voor de zorgvrager moet zorgen. Dit project krijgt de steun van Agentschap Innoveren & Ondernemen en past binnen het kader van het Nieuw Industrieel Beleid van de Vlaamse overheid.

Binnen Dominiek Savio start een project rond sociaal ondernemerschap. De uitdaging is om na te gaan hoe een dagcentrum extra plaatsen kan creëren die niet of minder afhankelijk zijn van subsidies. Hierbij wordt nagegaan in hoeverre beperkte commerciële activiteiten kunnen toelaten om de omkaderingskost te financieren.

▀ Diensteninnovatie.

In Dominiek Savio wordt al 10 jaar of langer geanticipeerd op wat nu aan beleidsveranderingen op tafel ligt. Het dienstenaanbod is zich namelijk meer gaan richten op ondersteuning in de thuiscontext en op de vragen van de zorgzoekenden. Dominiek Savio ontwikkelde verschillende nieuwe diensten, waaronder volgende voorbeelden.

- Thuisbegeleiding vanuit partnerschap.
- Job coaches om het (vrijwilligers)werk dat door personen met een handicap kan gedaan worden dichterbij huis te zoeken.
- Mobiele ondersteuning thuis (therapie).

Uitgangspunt is altijd zolang mogelijk opvang in de thuisomgeving.

▀ Onderzoek.

Binnen Dienstencentrum GID(t)S wordt veel belang gehecht aan onderzoek. Dominiek Savio zet al lang in op onderzoek en samenwerking met kenniscentra in functie van technologische innovaties én zorginhoudelijke aspecten voor de doelgroep. De cel "Onderzoek en innovatie" vormt het aanspreekpunt. Een belangrijke parameter is dat het onderzoek steeds een meerwaarde moet genereren voor de doelgroep. De strategische beslissing werd genomen om voornamelijk te focussen op de subgroep mensen met cerebrale parese (CP).

Enkele voorbeelden ter illustratie.

- Uitwerken van Vlaamse referentiecurves voor kinderen met cerebrale parese voor groei, gewicht en botdensiteit. Deze onderzoeksvraag is geïnitieerd vanuit Dominiek Savio met financiële input vanuit fondsenwerving. Er zijn onderzoekers betrokken vanuit KU Leuven, UGent, VUBrussel en Erasmus University Rotterdam en er is medewerking vanuit 10 organisaties voor kinderen met CP.
- Onderzoek naar 'Secondary dystonia and choreoathetosis in children with dyskinetic cerebral palsy. From evaluation to a better understanding'. Doctoraatsproject uitgevoerd door Elegast Monbaliu, medewerker Dominiek Savio
- FWO-doctoraatsproject in samenwerking met UGent/EUR - Illuminating bright and dark sides of parenting a child with Down Syndrome, Cerebral Palsy or autism spectrum disorder: Evaluating needsatisfaction and -frustration as keys to well- and ill-being in parents and their children.

Verder wil de organisatie bij wetenschappelijk onderzoek partnerschappen aangaan met andere organisaties. Gezamenlijke standpunten worden ingenomen binnen het Comité voorzieningen voor personen met een motorische handicap van het Vlaams Welzijnsverbond.

Het overzicht van de belangrijkste lopende innovaties is niet exhaustief en geeft enkel een indicatie van de aard ervan. De innovatie met de meeste impact is ongetwijfeld de omvorming van het dienstenaanbod op basis van het model van de concentrische cirkels, zoals door het VAPH uitgewerkt als concept voor een (nieuw) vraag-gebaseerd aanbod. Heel wat innovaties van de voorbije jaren anticiperen op de nieuwe regelgeving. Het project Multifunctioneel Centrum MFC is in zekere zin een voorloper van de omvorming van het dienstenaanbod in functie van de persoonsvolgende financiering. Het betrof een pilootproject bij minderjarigen om het vroegere medisch-pedagogisch instituut MPI te vervangen door een ander dienstverleningsmodel, het MFC. Voor volwassenen gebeurde hetzelfde in een flexibel aanbod meerderjarigen (FAM). In plaats van een erkend semi-internaat komt een pakket aan erkenningen (Tehuis voor werkenden, Tehuis voor niet werkenden, Dagcentrum) waar personen op basis van hun puntenpakket kunnen uit kiezen.

5.10.3 Innovatie van dienstenmodel

De nieuwe financieringsmodi in de persoonsvolgende financiering stellen het Dienstencentrum GID(t)S voor grote uitdagingen. Het dienstenaanbod moet aangepast worden, maar op een dergelijke wijze dat de organisatie beter gewapend is om de nieuwe financieringswijze aan te gaan. De Vlaamse overheid heeft een model ontwikkeld dat door Dominiek Savio is gevolgd om een strategische reorganisatie door te voeren. De lessons to learn zijn inspirerend, een beschrijving van de praktijk van de werking van de persoonsvolgende financiering is een significante bijdrage voor de actuele uitdagingen van de sector.

Persoonsvolgende financiering (PVF) heeft als uitgangspunt dat zorg en ondersteuning voor personen met een handicap een gedeelde verantwoordelijkheid zijn. Vijf concentrische cirkels visualiseren die gedeelde verantwoordelijkheid. De persoon met een handicap is het middelpunt van de cirkels. De cirkels staan voor de verschillende mogelijke bronnen van ondersteuning voor de persoon. Die kunnen door elkaar en onafhankelijk van elkaar ingezet worden.

Het nieuwe dienstenmodel van Dominiek Savio sluit aan bij de nieuwe beleidsvisie van de Vlaamse overheid die stelt dat personen met een handicap zoveel mogelijk in de thuisomgeving moeten ondersteund worden. Dit is de baseline van de nota 'Perspectief 2020 - Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap' van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren.

Doordat het uitgangspunt van de overheid is dat zorg een gedeelde verantwoordelijkheid is, is een reorganisatie van het aanbod nodig. De uitdaging was om de persoonsvolgende financiering te koppelen aan ondersteuningspakketten en hiervoor een faire prijszetting te bepalen.

Tijdens het transitieproces werden volgende organisatieveranderingen uitgerold binnen de organisatie. De coördinatie gebeurde vanuit het beleid. De medewerkers waren betrokken in de verschillende werkgroepen. Een ZAP-werkgroep is verantwoordelijk voor de inhoudelijke vernieuwing en opvolging van Zorg, Administratie en Processen en een werkgroep communicatie staat in voor het transparant communiceren van het nieuwe zorgaanbod naar de zorgvragers.

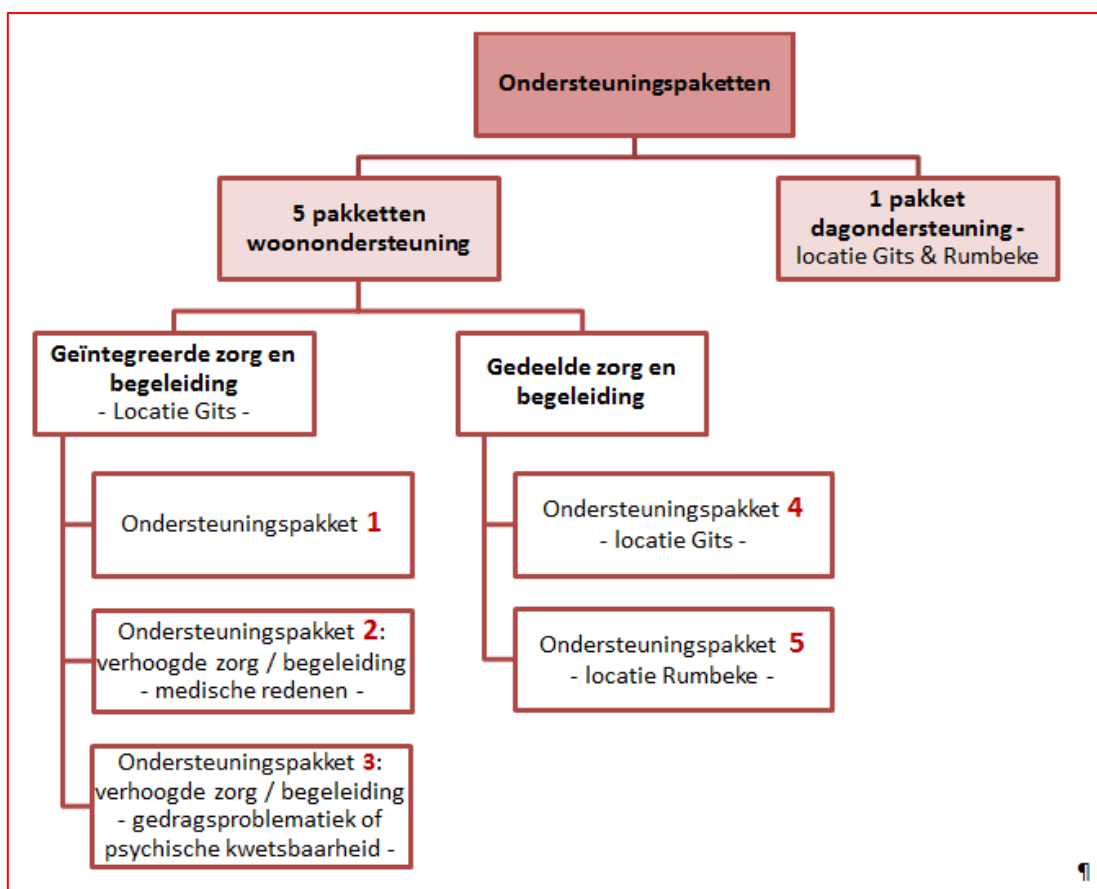
In een voorbereidende fase bepaalde de organisatie de verschillende 'cliëntengroepen': cliënten binnen de huidige FAM-werking, PAB-cliënten, volwassenen die beroep (kunnen) doen op thuisbegeleiding, personen op wachtlijsten. Deze cliëntengroepen vormden de basis voor de werkgroepen. Daarnaast bleek het ook nodig om twee transversale werkgroepen op te zetten.

De werkgroepen werken volgens een welbepaalde methodiek.

- Een eerste stap van de werkgroepen bestond erin het bestaande aanbod te vertalen naar de nieuwe ondersteuningsfuncties. Deze ondersteuningsfuncties zijn individuele (psychosociale begeleiding, globale individuele ondersteuning, praktische hulp) of globale ondersteuningsfuncties (woonondersteuning en dagondersteuning). Vanuit de overheid ontvingen de organisaties richtlijnen over de invulling van deze functies.
- In een tweede stap werd nagegaan welke diensten en ondersteuning de zorgvragers respectievelijk thuis en op de campus zouden wensen.

Zo ontstonden voor de globale ondersteuningsfuncties 5 pakketten woonondersteuning en 1 pakket dagondersteuning. Bij individuele ondersteuningsfuncties werkt de organisatie met overeenkomsten op basis van een eenheidsprijs.

Figuur 17 Het nieuwe dienstenmodel van Dominiek Savio



- De derde stap was er een van keuzes maken uit het potentiële aanbod in functie van het budget van de klanten en de onderhandelingsruimte. Welk dienstenaanbod is wenselijk en mogelijk om van Dominiek Savio een gezonde social profit organisatie volgens het nieuwe concept van concentrische cirkels te maken? Om de dienstverlening transparant te houden en daardoor ook toegankelijk voor iedereen, is gekozen om binnen de globale ondersteuningspakketten een beperkte keuzemogelijkheid toe te passen. De zorgondersteuning is de belangrijkste parameter. Wat is de impact van de zorgzwaarte (nodige ondersteuning)? Wat zijn de wensen van het zorggebruik (aanwezigheid op de campus tijdens vakanties en weekends). Het totale aanbod bestaat hierdoor uit 18 mogelijkheden, een behapbaar keuzepallet om door het bos de bomen nog te kunnen zien.

Samen met de zorgvrager wordt hieruit een evenwichtige keuze gemaakt, rekening houdend met zorgvragen en financiële middelen.

- ▀ De vierde en laatste stap van de werkgroepen bestond er in om op basis van een gezonde kostenstructuur voor elk ondersteuningspakket een faire kostprijs vast te leggen.

Bij de individuele ondersteuningsfuncties werkt men op basis van eenheidsprijzen en hield de organisatie rekening met de huidige kostenstructuur (competentie van zorgverlener, tijd, verplaatsing, loonbarena's, accommodatie, enz.), het budget van de cliënten en ontwikkelde de organisatie verschillende scenario's om verplaatsingstijd mee in rekening te brengen.

Bij de prijszetting voor de ondersteuningspakketten wordt afgestemd op de manier waarop de overheid voor de zorgvrager het budget berekende. Als een cliënt een aanvraag doet voor vijf dagen/week ondersteuning en daar op jaarbasis een bepaald bedrag voor krijgt van de overheid dan moet dit bedrag overeenstemmen met de kostprijs van de vijf ondersteunde dagen/week. Dat is een faire prijs.

Slotstuk van de transitie is de communicatie met de potentiële zorgvragers en hun familie. De werkgroep communicatie werkte een communicatieplan uit waarbij transparante communicatie via de website centraal staat, ondersteund door zorgverleners die samen met de zorgvrager de individuele zorgvraag formuleren. Kostprijzen worden in individuele dienstverlening verduidelijkt en eventuele meerprijzen in vergelijking met andere diensten worden in individuele gesprekken gemotiveerd.

5.10.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Er is binnen de koepelvzw een aparte cel voor onderzoek en innovatie die de intern opgebouwde kennis en expertise bundelt (in kaart brengt en versterkt), uitdraagt en valoriseert. Het doel is om op elke vraag een gepast antwoord te kunnen geven. Hierbij staat samenwerking centraal, zowel intern als met externe partners. Intern is er structureel op verschillende niveaus informatieuitwisseling en overleg. Extern wordt er samengewerkt met hogescholen, universiteiten en onderzoeksdiensten bij ook bedrijven. De cel Kennis & Expertise coördineert deze samenwerking met diverse hogescholen, universiteiten en onderzoeksinstituten binnen en buiten Vlaanderen. De innovaties worden uitgerold binnen de verschillende operationele organisaties en de kennisdeling gebeurt op het niveau van Dienstencentrum GID(t)S. Bovendien speelt de cel Kennis & Expertise een cruciale rol in het versterken van innovatie in de organisaties binnen de koepel. In 2016 is de strategische keuze gemaakt om onderzoek en innovatie te versterken vanuit fondsenwerving. Een specifieke 'target' groep van donateurs is benaderd. Bedrijfsleiders uit de regio met een duidelijke interesse in innovatie investeren mee in de innovatieprojecten. Er wordt naar buiten mee getreden onder de vlag "Move Forward".

Kennisdelen is vastgelegd in de missie van het Dienstencentrum GID(t)S: 'geloof in de mogelijkheden van personen met een beperking en voor hen maximale kansen creëren op een gelukkig en zinvol leven. De operationele vzw's binnen Dienstencentrum GID(t)S bieden hiertoe een veelzijdig en innovatief aanbod, voornamelijk op het vlak van onderwijs, tewerkstelling, zorg en wonen. Dit gebeurt vanuit een gezamenlijke basishouding: vanuit christelijke inspiratie permanent luisteren naar de vragen en de noden van de doelgroep.'

In alle projecten wordt steeds gezocht naar samenwerking en betrokkenheid van personen met een handicap en hun begeleidende diensten. Bewonersparticipatie/leerlingenparticipatie is belangrijk via verschillende overlegkanalen zoals de gebruikersraad. Bewoners worden ook betrokken bij intakegesprekken met nieuwe cliënten en zijn betrokken in het sollicitatieproces van de nieuwe medewerkers. Communicatie naar de cliënten over onderzoek en innovatie gebeurt

onder andere via communicatiekanalen zoals het tijdschrift. Meer nog dan in het verleden zullen zorgvragers bij de nieuwe regeling van persoonsvolgende financiering een inbreng hebben in de aard van de dienstverlening. Om bijvoorbeeld de overgang te maken van het Flexibel Aanbod Meerderjarige (FAM) naar de persoonsvolgende financiering worden de verschillende zorgvragers actief betrokken:

- alle volwassenen die nu een beroep doen op dagbesteding of wonen in een woongroep,
- alle volwassenen die nu een beroep doen op de thuisbegeleidingsdienst, zorgconsulentschap of PASVU,
- alle personen die op de wachtlijst staan met een vraag naar ondersteuning in de volwassenenwerking.

De formules van zorgaanbod en zorgondersteuning worden naderhand samen met de betrokkenen zo ver als mogelijk geïndividualiseerd. Naast informele kennisuitwisseling tijdens de dienstverlening zijn er ook meer formele momenten van kennisuitwisseling, zoals in de onderzoeksprojecten in samenwerking met kenniscentra. De actieve deelname van zorgvragers is daarin meestal prioritair.

Kennisdelen en samenwerken met medewerkers ligt in het verlengde van de betrokkenheid van de zorgvragers. Algemeen voor het Dienstencentrum GID(t)S zijn er twee belangrijke kanalen.

- ▀ Interne communicatie met posters, jaaractieplan en jaarverslag en toelichting in de verschillende beleidskanalen.
- ▀ Thematische kennisdeling tussen medewerkers van verschillende beleidsdomeinen.
 - HR beleid – Vorming Training en Opleiding.
 - Administratieve processen – COSO model.
 - Financieel beleid – langetermijn financiële planning in functie van infrastructuur en investeringen.

Door de persoonsvolgende financiering worden alle werkerterreinen en medewerkers betrokken bij beleidskeuzes en/of operationalisering van missie & visie. Er is een methodiek van innovatie met actieve medewerking van medewerkers die peilen naar behoeften. De medewerker leert de zorgvrager interpreteren en deelt de kennis met de organisatie. Bij de omvorming van FAM naar een vraaggericht aanbod in functie van de nieuwe persoonsvolgende financiering zijn diverse werkgroepen opgericht om mee het zorgaanbod vorm te geven. In voorbereiding op de implementatie van het nieuwe aanbod is een uitgebreid communicatieplan opgezet. Er zijn infosessies voor leidinggevenden en gebruikersraden, er is de website, een tijdschrift, enz.

Kennisdelen en samenwerking met externen wordt als essentieel gezien voor een kwaliteitsvolle werking en innovatieve organisatie. De voorstudie over een nieuw dienstenaanbod is geïnspireerd door methodieken uit anderen sectoren (Service design, Business Model Canvas, enz.) en er is samengewerkt met verschillende kenniscentra waaronder Flanders Inshape. Dienstencentrum GID(t)S werkt met vele kennisinstellingen samen, het begeleidt stages, eindwerken, enz. en is actief met Tetra-projecten die in een samenwerking met hogescholen verlopen. GID(t)S heeft ook ervaring met strategisch basisonderzoek, de SBO-projecten. Dienstencentrum GID(t)S neemt deel aan verschillende netwerkiniciatieven, waaronder de Fabriek van de toekomst⁹. Algemeen stelt het Dienstencentrum GID(t)S dat doelgroepspecifieke

⁹ Meer info <http://www.zorgeconomie.be/over-zorgeconomie/beheersstructuur/>

deskundigheid ten dienste kunnen stellen van de samenleving een prominente doelstelling is. Dienstencentrum GID(t)s heeft een uitgebreide net- en samenwerking met kenniscentra, collega-organisaties, bedrijven en publieke instellingen. Er is ook internationale samenwerking met bijvoorbeeld SCAD in Zuid-India en Taporí in Ecuador waar DC GID(t)S een partnerschap mee heeft voor ondersteuning bij de uitbouw van een centrum voor kinderen, jongeren en volwassenen met een beperking. DC GID(t)S is ook solidair met zij die het minder goed hebben in een Golemwerking. De Golem is symbool voor internationale solidariteit. Deze internationale samenwerking wordt gebundeld in de Golemwerking. Door de persoonsvolgende financiering wordt kennisdelen nog belangrijker. De methodiek om een nieuw dienstenmodel op te bouwen naar het concept van concentrische cirkels kan inspirerend zijn voor collega's. Er is hierbij geen schrik voor concurrentie omdat de wachtlijsten lang zijn.

5.10.5 Drempels en triggers voor innovatie

Door de vele verandering van het overheidsbeleid worden organisaties gedwongen in een meer reactieve rol in plaats van een proactieve rol. Tijd en middelen worden schaarser in de huidige maatschappelijke context. De invloed van de persoonsvolgende financiering op kennisdelen en samenwerking wordt als reëel maar beperkt ingeschat. In het verleden waren er weinig drempels om samen te werken met andere organisaties en ook in de toekomst voorziet men geen echte moeilijkheden. Op dit moment is er nog wel onzekerheid in verband met de nieuwe vorm van financiering en dat zet een beetje een rem op volledige openheid. Grote vraag is immers hoe anderen de prijs van de diensten gaan zetten. Deze onzekerheid maakt kwetsbaar, wat de terughoudendheid versterkt. Ook intern hebben nog niet alle diensten een gedetailleerde beschrijving, wat aanspoort tot voorzichtigheid. In verband hiermee wordt vooral gekeken naar de werkgeversorganisaties. Zo wordt van het Welzijnsverbond en van SOM verwacht dat ze modellen voor marktconforme prijszetting ter beschikking stellen van de leden. Een open prijszetting zal een open innovatie met andere organisaties positief inspireren en beïnvloeden. In 2017 zal veel duidelijk worden en de kennisuitwisseling tussen collega-organisaties zal wellicht toenemen.

Op niveau Dienstencentrum GID(t)S speelt de provincie en meer specifiek de POM een belangrijke stimulerende rol bij innovatie. Initiatieven zoals Fabriek van de Toekomst en het initiëren van project zoals Nutrition Platform for Chronic Care zijn een stimulans voor de innovatie. Bij de transitie als gevolg van de persoonsvolgende financiering ligt dat anders. Er is in de wereld van zorg en welzijn veel vraag naar kennis en dit bij zowat alle stakeholders. De belangrijkste vraag is altijd of er een win-win mogelijk is, indien ja dan is dat de belangrijkste trigger. Gezien de druk op de financiering is de hoofdvraag altijd of er voldoende return is. Naast return voor de samenwerking is ook vertrouwen essentieel. Als de andere een onbekende is worden kennisdelen en samenwerken spontaan afgeremd. Netwerking is daarom een belangrijke trigger voor de samenwerking. Met wie gekend is wordt ook sneller kennis gedeeld. Voor het triggeren en stimuleren zijn de werkgeversorganisaties (Vlaams Welzijnsverbond) heel belangrijk voor het uitwerken van modellen (dienstverleningscontracten, enz.) en het delen van goede praktijken.

5.10.6 Rol van de overheid

Dienstencentrum GID(t)S verwacht van de overheid vooral tijd en middelen als stimuli om te innoveren en een vereenvoudiging van de subsidiemechanismen. Soms leeft het gevoel dat bij overheid gefinancierde innovatieprojecten (Vlaams, Europees) meer tijd kruipt in het inpassen van het project in het subsidiekader en de administratieve opvolging dan in de effectieve uitwerking van innovaties.

Naar aanleiding van de persoonsvolgende financiering wordt van de overheid verwacht dat ze zich zoveel mogelijk terugtrekt en een regelluwe context biedt om aangepaste diensten te ontwikkelen en uit te bouwen. In de mate dat die ruimte gecreëerd wordt zal er ook samenwerking en netwerking kunnen ontstaan.

De overheid initieerde in het verleden een aantal experimenten en pilootprojecten die uiteindelijk geleid hebben tot de uitrol van de persoonsvolgende financiering. Met de veralgemening van de persoonsvolgende financiering (januari 2017) moeten de organisaties voor ondersteuning van personen met een handicap bovenstaande experimenten (proeftuinen) vertalen in algemene toepassingen.

De overheid heeft de taak om het dienstenconcept te ontwikkelen en daarna de implementatie op te volgen en te monitoren, samen met de werkgeversvertegenwoordigers. De werkgeversorganisaties zijn betrokken partij in de werkgroepen van de overheid die de monitoring uitwerken en dat is volgens de gesprekspartners in Dominiek Savio een juiste keuze. Eindresultaat voor de overheid is het in kaart brengen van de diensten en het bepalen van de parameters voor de opvolging. Op basis van de resultaten van de opvolging kunnen de knelpunten opgespoord worden en het concept bijgesteld. De monitoring steunt best op twee methodieken, enerzijds gerichte enquêtes bij gebruikers en organisaties, anderzijds evaluaties van de dossierhouders van de hen toevertrouwde persoonlijke dossiers. Een goede combinatie van deze evaluatiemethodieken moet zorgen voor de nodige bijsturing na enkele werkjaren.

Een goed georganiseerd werkveld biedt de beste voedingsbodem voor samenwerking tussen collega-organisaties en met andere stakeholders.

5.11 Monnikenheide: inclusie in twee richtingen

Monnikenheide is opgericht in 1973 als kortverblijf-centrum om 35 personen met een handicap voor korte periodes op te vangen en de ouders en familie te ontlasten. Enkele jaren nadien is ook een thuisbegeleidingsdienst opgericht met de bedoeling de ouders emotioneel te ondersteunen, pedagogische adviezen en tips te geven en samen op zoek te gaan naar de best passende ondersteuning. Deze dienst groeide uit tot een zelfstandige organisatie, vzw Kadodder.

Van bij de opstart was het creëren en ondersteunen van een huiselijke omgeving, in tegenstelling tot de toen overheersende opvang in grotere instellingen, een cruciale motivator. Monnikenheide was de eerste organisatie in Vlaanderen die de principes van 'normalisatie' in de zorg voor personen met een handicap introduceerde. Integratie en normalisatie moesten bijdragen tot de positieve beeldvorming van hen en hun familie (Qi & Demeester, 2014).

In 1980 kwam er een tehuis voor niet werkenden (toen: Monnikenbos). 25 personen met een verstandelijke beperking konden hun intrek nemen in vier kleine, gezinsbenaderende woningen. Monnikenhuis was een vorm van beschermd wonen avant la lettre.

In 1985 is 't Werkhuis geopend met een uitgebreid aanbod aan ateliers. Dit zorgde voor grotere activering van de bewoners en ook voor een scheiding tussen wonen en werken. De ateliers waren een bakkerij, akkerwerking, kleiatelier, houtbewerking en dieetkeuken. Vanaf 1989 namen ook de gasten van het dagcentrum Monnikenheide deel aan deze activiteiten.

In de jaren '90 zijn het project begeleid wonen (1993) en de dienst beschermd wonen (1997) opstart. Het beschermd wonen wordt uitgebouwd in het dorp van Zoersel. En vanaf 2008 wordt ook geïntegreerd wonen aangeboden.

Sinds 2004 kunnen personen met een persoonlijk assistentiebudget in Monnikenheide terecht voor ondersteuning.

In september 2012 kwam er dagopvang tijdens het weekend in het kader van de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening.

Ook in 2012 is een ander innovatief concept ontwikkeld met Zorgwoning Huis aan't Laar. Naast een alternatieve formule van begeleid wonen een architecturaal en financieel innovatieve constructie.

Vanaf 1 januari 2015 is Monnikenheide deel van vzw Emmaüs, maar blijft zijn activiteiten zelfstandig organiseren.

Sinds 2015 heeft Monnikenheide een beheersovereenkomst Flexibel Aanbod Meerderjarigen (FAM) met het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). De dienstverlening omvat: verblijf (volledige dag, verblijf met overnachting), dagopvang (opvang en/of dagbesteding zonder overnachting), begeleiding (individuele psychosociale begeleiding van 1 tot max. 2 uur). Daarnaast is er ondersteuning voor nog extra cliënten (o.a. opnames met persoonsvolgend budget, cliënten in overtal). Er is mogelijkheid tot PAB-ondersteuning en begeleid werken.

5.11.1 Missie en visie

Monnikenheide heeft als missie het aanbieden van kwaliteitsvolle en professionele dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking en hun gezin.

In de visie op dienstverlening is vervat dat er moet voorzien worden in een ruim aanbod om op alle zorgvragen te kunnen ingaan, kwaliteits- en cliëntgericht, duurzaam en in samenwerking met andere reguliere zorgactoren en gedragen door professionele medewerkers die werken volgens sterke methodieken. Het pedagogisch concept stelt integratie en emancipatie centraal en kiest als toetssteen de kwaliteit van het leven.

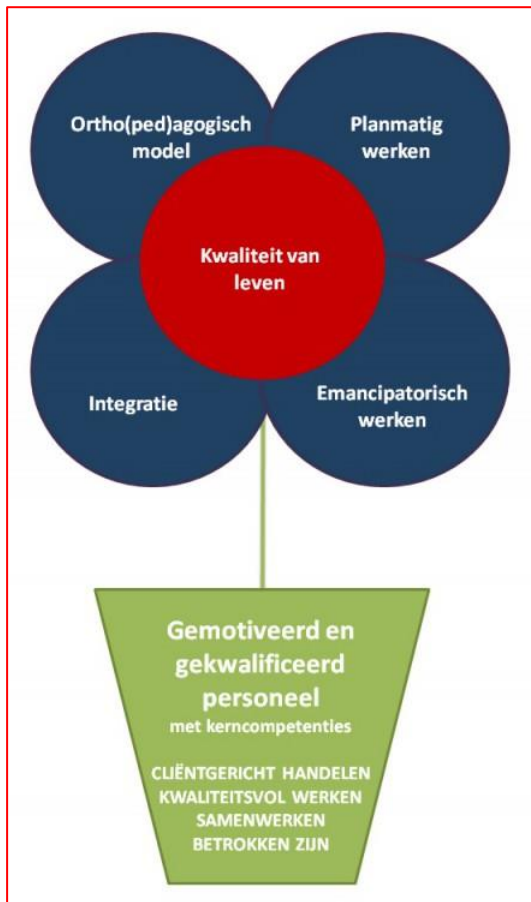
Als waarde staat maatschappelijke integratie voorop, rekening houdend met de eigenheid en de eigenwaarde van elk individu.

5.11.2 Innovatie

Centraal in de visie op innovatie staat continu de kwaliteit verbeteren. Innovatie is een dynamisch en evoluerend begrip en staat voor het permanent verbeteren van de toegevoegde waarde door het samenbrengen van de passend antwoorden op de veranderende noden voor inclusie. Hiertoe moeten voortdurend werkvormen worden uitgetest. Innovatie is het verlengde van een doorgedreven kwaliteitsbeleid waar de kwaliteit van het leven centraal staat.

Een halve eeuw geleden lag de nadruk op professionele instellingen en thuisdiensten, twintig jaar later was er de nood aan beschermd wonen, later geëvolueerd tot inclusief wonen.

Figuur 18 Voedingsbodem en werkvormen voor innovatie in Monnikenheide



De praktijk van de innovatie zit in vele kleine en grote initiatieven, maar kenmerkt zich vooral door de dubbele richting van inclusie en het uitbouwen van een continuüm aan diensten om de inclusie in de twee richtingen in te vullen.

5.11.3 Inclusie in twee richtingen met een continuüm van zorgondersteuning

In Monnikenheide wordt niet alleen gewerkt aan de integratie (inclusie) van de bewoners in de sociaaleconomische context van Zoersel. Ook de inwoners van Zoersel en omgeving worden actief uitgenodigd om deel te nemen aan het leven in Monnikenheide. Een vorm van dubbele inclusie: de bewoners in de ruimere maatschappij thuisbrengen en de maatschappij betrekken in de wereld van Monnikenheide.

Inclusie gaat een stap verder dan integratie. De gedachtegang die schuilt achter het woord integratie gaat er vanuit dat personen met een beperking zich moeten aanpassen aan de maatschappij en norm. Inclusie betekend letterlijk ‘ingesloten worden’. De verantwoordelijkheid tot ‘aanpassing’ ligt niet bij een sociale minderheidsgroep, maar het is de maatschappij die zich aanpast en diversiteit als meerwaarde ziet. Hindernissen voor sociale participatie worden (letterlijk en figuurlijk) verwijderd zodat iedereen kan deelnemen aan het maatschappelijke leven (bron: website Monnikenheide).

De basis voor innovatie in de praktijk ligt in het zoeken naar partnerschappen om nieuwe ideeën voor het uitbouwen van de inclusie uit te werken.

- De eerste vorm van inclusie brengt de bewoners van Monnikenheide naar de maatschappij door middel van allerlei samenwerkingsverbanden. Zo is de speltheek een inclusiegericht

samenwerkingsinitiatief van de gemeente en het OCMW Zoersel, Monnikenheide, psychiatrisch ziekenhuis Bethanië, beschut wonen 'De Sprong' en kringwinkel 'De Cirkel'. Ook voor het werken in ateliers op externe werkplekken wordt samenwerking gezocht. Deze ateliers worden begeleid door eigen medewerkers in een inclusief karakter door samenwerking met lokale partners. Zo is er de Werkplaats in Malle, het kurkatelier en het Semi-industrieel atelier. Verder zijn er mobiele werkplekken zoals het enclave atelier (een groepje van 6 cliënten ruimt zwerfvuil op in de gemeente Zoersel), de glastoer (in enkele straten rond het domein van Monnikenheide halen cliënten het glas op) en het tuinatelier (bij particulieren wordt op vraag de tuin opgekuist door de tuinploeg). Deze sociaal-economische activiteiten vragen (nieuwe) bedrijfsmatige inzichten (HR, PR, marketing, enz.) die samen met derden professioneel worden uitgewerkt.

- De tweede vorm of de omgekeerde inclusie brengt de bewoners en organisaties uit de omgeving naar het domein en de werking of de activiteiten van Monnikenheide. Voorbeelden hiervan zijn het educatieve bos en de wandelingen voor kleuters, zwemfaciliteiten voor doelgroepen en vele occasionele initiatieven waarbij externen mede doelgroep zijn.

De personen die een beroep doen op het aanbod van Monnikenheide verschillen sterk naar zorgbehoefte, van totaal zorgafhankelijk tot zeer beperkt afhankelijk. Monnikenheide speelt in op dit continuüm van zorgvragen door een nieuw model van zorg en wonen, waarbij het domein Monnikenheide aan de ene zijde als centrale plek van gebeuren staat en aan de andere zijde Zoersel als gemeente met alle domeinen van het sociaal-economisch leven.

Op het eigen domein wordt aangepaste dagbesteding georganiseerd die aansluit op de mogelijkheden en interesses van de cliënten: belevingsgerichte, creatieve en sportieve activiteiten en productieve ateliers. In ateliers op het domein van Monnikenheide werken 130 cliënten in allerlei ateliers, aansluitend op hun mogelijkheden en interesses. De eigen terreinen en activiteiten staan daarbij open voor externen.

Figuur 19 Inclusie in twee richtingen met een continuüm van zorgondersteuning

Op het domein		In het dorp	
Animatie ruimtes	Eigen ateliers:	Eigen externe beschermde werkplaatsen:	Werkplaatsen van derden:
Reminiscentie training	bakkerij, weven, akkerland... voor intern en extern gebruik	kurkatelier, spelotheek,...	administratie, groendienst, scholen, woon- en zorgcentrum, kindercrèche, zorgboerderij, ziekenhuis, onthaalgezin, brouwerij, politie, meubelzaak,...
Snoezel ruimte			
Enz.			
	Animatie/werken met coach		Begeleid of zelfstandig

De ateliers met een externe werkplek (inclusief en dienstverlenend) brengen de bewoners niet alleen naar buiten, er wordt ook samengewerkt met lokale partners. Telkens is er ondersteuning mogelijk door eigen medewerkers.

De eigen interne en externe ateliers hebben een vzw-structuur en kunnen zelfstandig, zonder subsidie, functioneren

5.11.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Kennisdiffusie en samenwerking wordt als sterkhouder van de social profit gezien.

Kennisdelen met de zorgvragers ligt aan de basis van Monnikenheide. Er is een structurele inbreng van de cliënten door middel van de gebruikersraden die de rol op zich nemen van bevoorrechte gesprekspartner om diverse aspecten van de dagelijkse werking en de inhoudelijke en structurele beleidsvoering te bespreken. Zo is er een gebruikersraad wonen op het domein en een gebruikersraad wonen in het dorp. Gebruikers van het dagcentrum worden periodiek uitgenodigd voor informatiesamenkomsten en overleg. Vragen van bewoners worden spontaan opgepikt en doorgegeven door de medewerkers. In nieuwe projecten worden de cliënten ook zoveel mogelijk betrokken om hun behoeften te delen en suggesties te formuleren.

Medewerkers worden structureel betrokken via werkgroepen en overleg. Ook stagiairs kunnen interessante ideeën aanbrengen en realiseren. Het doezelbos is daar een mooi voorbeeld van. Het doezelbos is het resultaat van een eindwerk van een stagiair die daarin een methodiek uitwerkt die concreet aansluit bij vragen van bewoners. Het kurkatelier is er gekomen op idee van een schoonmaakster die een gelijkaardig initiatief had gezien in een andere instelling en een jonge ergo-therapeute heeft het idee dan verder uitgewerkt. Op initiatief van een andere stagiair is een samenwerking met een kleuterschool opgezet. Stages en eindwerken zijn een bron van kennis en basis voor nieuwe initiatieven.

Monnikenheide heeft een traditie in samenwerking met externen, andere organisaties, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal. In de beginjaren is veel inspiratie gehaald in onder andere Scandinavische landen en Nederland. Naderhand is het model van Monnikenheide internationaal inspirerend geworden en met enkele Aziatische landen zijn er permanente (ontwikkelings-) samenwerkingsverbanden. Onder andere met China is er een intense uitwisseling van ervaringen en managementmodellen (Qi & Demeester, 2014).

Tot voor kort was samenwerken met collega-organisaties in Monnikenheide zeer laagdrempelig. Bij problemen of opportuniteiten die om een gezamenlijke oplossing vroegen werd vroeger vlot contact gezocht met de best geplaatste collega's. Nieuwe ideeën voor nieuwe initiatieven werden samen uitgepuurd. Met de nieuwe financiering van persoonsvolgende budgetten is de situatie genuanceerder. Voor projecten waar geen concurrentie voor bestaat blijft de situatie vrijwel hetzelfde. In geval van potentiële concurrentie worden de partners met zorg gekozen of vermeden. Dit geldt zowel voor kennisdelen als voor concrete samenwerking. Een mooi voorbeeld zijn de initiatieven waarbij afstanden minder een rol spelen, zoals de formules voor korte verblijven. Andere initiatieven zijn zo lokaal dat er weinig gemeenschappelijk 'financieel' belang is en dus ook weinig concurrentievrees. Rekening houdend met voor de toekomst een mogelijke terugval van contacten met collega-bedrijven omwille van de persoonsvolgende financiering is en blijft het wel zo dat de meeste samenwerking gebeurt binnen de eigen sector.

De 'verkokering' leeft nog sterk in de sectoren van zorg en welzijn. Zo is er bijvoorbeeld voor het kurkatelier wel samenwerking met economische actoren, maar toch in de eerste plaats met het netwerk voor kurkrecyclage Recycork bestaande uit partners uit de sociale economie en voorzieningen voor personen met een handicap die samenwerken met gemeenten, intercommunales en bedrijven. Het netwerk is ondersteund door medewerkers van de provinciale innovatiecentra (nu deel van het Agentschap Innoveren en Ondernemen). Met commerciële bedrijven zijn de relaties hoofdzakelijk 'klant-leverancier' en in die zin is kennisdelen en eventueel zelfs samenwerken altijd een mogelijkheid binnen de commerciële context.

De externe invloeden waren vroeger ook duidelijk in de raad van bestuur die voor de fusie met Emmaüs heel dicht bij de operationele verantwoordelijken stond. Nu wordt de RvB die 24 organisaties overkoepelt wel dichterbij de werkvloer gebracht in werkgroepen naar discipline, maar de afstand tussen raad van bestuur en dagdagelijkse werking is opmerkelijk groter dan voordien. Leden van een raad van bestuur kunnen echter een belangrijke rol spelen – als ze uit

de juiste competenties en vakgebieden samengesteld zijn – bij het binnenbrengen van de buitenwereld en het leggen van contacten met externen. Leden van de raad van bestuur zijn bij voorkeur ook verbonden met gelijkaardige organisaties en participeren actief in het uitwerken van een langetermijnstrategie. In Monnikenheide was de RvB altijd zeer divers samengesteld (financiële experts, deskundigen op vlak van organisatieontwikkeling, academici, enz.) en hun kritische discussies waren zeer belangrijk. Er werd veel belang gehecht aan tijd en ruimte om na te denken over strategieën op lange termijn.

De netwerking - vroeger onder andere sterk gedragen door de leden van de raad van bestuur - wordt nu sterk ondersteund door het Zorgstrategisch plan Zoersel. Het OCMW van Zoersel heeft het initiatief genomen om alle zorgverleners die actief zijn binnen de gemeente samen te brengen en samen een zorgstrategisch plan Zoersel 1.0 uit te werken.

Het enthousiasme van de deelnemers is groot alsook de voordelen.

- Mogelijkheden om interessante contacten te leggen over de sectoren, disciplines en organisatievormen heen.
- Delen van goede praktijken.
- Samenwerking.
- Gericht doorverwijzen.

Al zijn er ook hindernissen.

- Zelfstandigen kunnen zich niet steeds vrijmaken voor de vergaderingen.
- Er zijn geen prestatievergoedingen voor wie hierdoor werk mist (zoals geldt voor de zelfstandigen).
- Grote thuiszorgorganisaties nemen wel deel, maar hun werkgebied is groter dan Zoersel, wat maakt dat zij dit wellicht niet in alle gemeenten kunnen doen.

Om deze reden wil Zoersel graag een proeftuin opzetten met projectfinanciering en een tijdelijke regelluwte om het project te kunnen uitwerken. Zoersel krijgt hiervoor de steun van de provincie Antwerpen. Het eerste doel zou het opzetten zijn van een op maat vormgegeven woonvoorziening met individuele ondersteuning en waar de zorgvragers centraal staan. Met universiteiten of hogescholen zijn geen structurele samenwerkingsverbanden, behalve wat betreft stagiairs en het begeleiden van eindwerken waar zeer positieve en innovatieve resultaten mee geboekt worden. Elk jaar is er ook bezoek van een delegatie Indische studenten van het Rajagiri College of Social Sciences uit Kerala, India. Dit kadert in een internationaal uitwisselingsprogramma met de Katholieke Hogeschool in Kortrijk. Deze studenten volgen zes weken een studieprogramma met een korte stageperiode van drie dagen waarin diverse aspecten van het werkveld in de sociale dienstverlening geleerd worden. Occasioneel worden ook lezingen gegeven zoals bijvoorbeeld bij VIVES, opleiding sociaal werk.

5.11.5 Drempels en triggers voor innovatie

De belangrijkste drempels zijn ongetwijfeld geld en tijd. Er moet een keuze gemaakt worden tussen kerntaken en het bedenken en ontwikkelen van nieuwe diensten en producten. Als de keuze is om de omvang van de leefgroepen te verhogen van pakweg acht naar tien om mensen vrij te maken voor strategische denkoefeningen dan is de voorkeur duidelijk: op kwaliteit van de dienstverlening kan niet worden ingeboet. En met iets minder dan een halftijdse medewerker voor communicatie is het communiceren met de buitenwereld en het onderhouden van het netwerk – de basis voor samenwerking en innovatie- een moeilijke opdracht.

Het is nog de vraag welke impact de nieuwe vorm van financiering zal hebben op de ruimte voor strategisch denken. Een klant met een persoonsvolgende financiering wacht niet tot na een strategische oefening en een beter product, de klant wil de behoefte zo snel mogelijk vervuld zien. Het risico bestaat dat organisaties voorzichtiger gaan worden in het nemen van risico's (met nieuwe diensten en producten) en terugvallen op het vertrouwde. Inspelen op de vraag van de klant is veiliger dan strategische oefeningen, kortetermijnplanningen bieden een meer zekere toekomst dan langetermijnplannen.

Ook het sociaal ondernemerschap kan door de nieuwe vorm van financiering onder druk komen te staan, want de zekerheden en marges worden beperkter. Daarbovenop komen de werknemersvragen wat betreft tewerkstellings- en arbeidsvoorwaarden die zonder meer ook een impact hebben op de financiën. De nieuwe vorm van financiering is een grote bekommernis van Monnikenheide.

Als de overheid geen voldoende middelen kan voorzien voor de overheadkosten en de coördinatiekosten die ongeacht het aantal cliënten toch blijven bestaan, zoals de administratie, de gebouwen, enz., kan dit leiden tot harde concurrentie tussen initiatieven, ten koste van de uitwisseling van ideeën en informatie en dus ook van de kwaliteit van de zorg. Het pedagogisch model dreigt dan in de verdrukking te komen en een visionaire visie zal plaats moeten maken voor een financiële. Een niet ondenkbeeldig nevenverschijnsel is ook de versnippering van de initiatieven en het afbouwen van een totaalaanbod waar nu de eigen diensten naadloos aansluiten bij reguliere ondersteuning door externe diensten. Als bovenstaande versnippering van de initiatieven ter ondersteuning van personen met een handicap zich zou doorzetten, dan komt er wellicht een bijkomende drempel om te gaan samenwerken. De verscheidenheid aan aanbieders zou zo groot kunnen zijn dat de gemeenschappelijke taal verdwijnt. Bovenstaande drempels verplichten de personeelsdienst om bewust te zoeken naar strategische ruimte. Er is dus zeker een trigger, zonder echter directe stimuli.

Directe stimuli zijn er als de samenwerking een win-winbelofte inhoudt. Een mooi voorbeeld is de deelname aan het zorgnet en het zorgstrategisch plan in Zoersel. In 2014 is in Zoersel gestart met het inventariseren en in kaart brengen van vraag en aanbod en met het nadenken over leemtes en overlappingen. Zo is een totaalplan ontstaan voor een geïntegreerde en overkoepelende zorgstrategie. Het resultaat is een (win-win) betere afstemming en een kwaliteitsvoller aanbod over de sectoren heen. Overlappingen vermijden en efficiënt samenwerken is een grote meerwaarde voor alle betrokkenen in het zorg-strategisch plan algemeen en voor de zorgvrager in het bijzonder. Initiatieven in Zoersel zoals het huis van de zorg en de zorgbeurs zijn onmogelijk door één partner te organiseren, maar betekenen veel voor de kwaliteit van de zorg. Het lokaal beleid en zeker het lokaal zorgbeleid zijn een belangrijke potentiële trigger voor het samenbrengen van de zorgpartners en voor innovatie in de zorg. Hier kan een taak liggen voor de toekomstige stedelijke of gemeentelijke Zorgbedrijven als zij er in slagen om een onafhankelijke partner te zijn en niet grijpen naar een regierol maar een onafhankelijke faciliterende factor zijn.

5.11.6 Rol van de overheid

Monnikenheide verwacht van de overheid dat het een algemeen kader schept, zoals nu bijvoorbeeld voor het voeren van een inclusief beleid in uitvoering van het verdrag van de rechten van de personen met een handicap. Het beleid moet er op gericht zijn om deze doelstelling te realiseren.

Monnikenheide zet al lang in op inclusie en daar zal de nieuwe (persoonsvolgende) financiering in principe niets aan veranderen. De theorie van de concentrische cirkels is gekend, maar voor

de uitvoering wordt toch verder gebouwd op het inclusiebeleid. Van de overheid wordt wel verwacht dat er voldoende middelen voor de overhead of coördinatie voorzien worden en dat de vzw niet louter bevolkt wordt met de personen met de zwaarste zorgvragen. De hotelfuncties zullen ongetwijfeld nieuwe spelers aantrekken, maar de meer gespecialiseerde zorg blijft wellicht bij de bestaande vzw's. Het is de gespecialiseerde zorg die de grootste financiële kosten meebrengt.

De overheid moet mee nadenken over de nieuwe evenwichten die met de nieuwe financiering zullen ontstaan op vlak van diensten- en verdienmodel, werkbelasting, werktevredenheid en andere organisatieaspecten. Hiervoor is het volgens Monnikenheide van belang dat de overheid middelen inzet om het spanningsveld tussen individuele en organisatiegerichte financiële ondersteuning in evenwicht te houden. Om de innovatie te ondersteunen is er nood aan nieuwe concepten wat betreft de handelings- en pedagogische modellen, de diensten van zorgondersteuning en het dienstenmodel algemeen. Het concept waarbij multidisciplinaire teams een leefgroep ondersteunen zal plaats moeten maken voor buurtnetwerken en buurtopbouw die de zorg kunnen overnemen. Dit vraagt innovatie op alle fronten, maar ook het kritisch in vraag durven stellen van de heersende en de nieuwe modellen.

Met oog op de toekomst is het van belang dat de overheid intersectorale samenwerking triggert en ondersteunt. Het overheidsbeleid werkt verkokering al dan niet in de hand door middel van regelgeving, subsidiebeleid of fiscaliteit.

Tot slot, op dit moment is er in Vlaanderen nood aan experimenteeruimte in een regelluw kader.

5.12 Autimismus: Convent 22, een uniek woonmodel

Autimismus is een vzw zonder betaalde medewerkers en bestaat voornamelijk uit een raad van bestuur en vrijwilligers.

De raad van bestuur is zeer verscheiden samengesteld: ouders van personen met ASS en vrijwilligers die thuis zijn in de diverse aspecten van het managen van een vzw (financiën, juridische aspecten, communicatie, enz.). De vzw werkt volgens een horizontale structuur.

Sommige vrijwilligers worden aangetrokken op basis van hun deskundigheid, zoals procesbegeleiding of wetenschappelijke kennis over autisme.

De website wordt up to date en operationeel gehouden door 3 vrijwilligers.

Autimismus vzw is een samenwerking van normaalbegaafde volwassenen met een autisme spectrum stoornis en hun ouders, familieleden en vrienden. De vzw is open en pluralistisch met als kerntaak het ondersteunen en realiseren van het recht op wonen en bestaanszekerheid van volwassenen met ASS.

De vzw Autimismus is opgericht in 2009 en heeft een duidelijk afgebakend doel: zorgen voor kwalitatieve en betaalbare huisvesting en passende begeleiding voor volwassenen met een autisme spectrum stoornis. Daarbij zijn volgende uitgangspunten van belang.

- De vzw is opgericht omdat de ouders geen alternatief voor de woonvraag van hun kinderen in de eigen omgeving hadden. De woonmarkt is onaangepast voor mensen met ASS.
- Voor de oplossing wordt geopteerd voor (samenwerking met en tussen) bestaande initiatieven van de sociale huisvesting omdat de vzw zich richt tot alle mensen met autisme, ook (en zeker) zij die niet kunnen terugvallen op familie of op een sociaal netwerk.

Voor de begeleiding heeft Autimismus sinds 2009 steun gevonden bij de OBRA|BAKEN vzw, een erkende begeleidingsinstantie.

Aan de basis van de oprichting liggen enerzijds de ‘mama-meetings’, ontmoetingen van moeders om te praten over hun kind met een autisme spectrum stoornis en anderzijds een zelfhulpgroep, de zgn. Pass-groep voor personen met autisme spectrum stoornis. Het is een groep die logistiek ondersteund wordt door de VVA. De ervaringen in de Pass-groep leren dat personen met een autisme spectrum stoornis onafhankelijk en collectief kunnen optreden en dat er een brede vraag is naar een onafhankelijke en duurzame vorm van wonen en begeleiding.

Om de doelstellingen op vlak van wonen en begeleiden te realiseren, maar ook algemeen voor het bekend maken van de vzw, worden vergaderingen gehouden, seminaries gevolgd, contacten gelegd met gelijksoortige initiatieven, wandelingen en weekends gepland.

De vergaderingen van de kerngroep van de vzw dienen om zowel op korte als iets langere termijn acties en activiteiten te plannen, voor te bereiden en te evalueren. Centraal staat hierbij een pilootproject rond wonen met begeleiding op maat.

5.12.1 Missie en visie

Aan de basis van de missie van Autimismus ligt de overtuiging dat personen met een autisme spectrum stoornis niet thuishoren in een instelling maar evenzeer (veelal) niet zelfstandig kunnen wonen.

De personen met ASS met het profiel van de jongeren van Autimismus hebben geen nood aan een permanente begeleiding of 24-uur permanentie, maar wel aan begeleiding op maat. Begeleiding op maat staat voor ‘de ondersteuning waar ze zelf om vragen’. Te lang zijn personen met een autisme spectrum stoornis in de psychiatrie beland, soms zelfs ten onrechte verward met personen met een psychose. Autimismus wil zorgen voor gepaste woonondersteuning: *‘We verbinden ons ertoe mensen met ASS de mogelijkheid te geven op ‘zelfstandig wonen met ondersteuning’ en om in een stimulerende omgeving hun eigen leven te ontplooiën.’*

Autimismus verwijst naar optimisme en autonomie als houding en autisme als context.

De visie van Autimismus vertrekt van de grondgedachte dat mensen met ASS gewone burgers zijn met recht op een kwaliteitsvol leven. Vanuit deze gedachte streven zij naar inclusie voor de personen met ASS en naar het sensibiliseren van de samenleving. Met woonprojecten kan het integratieproces van mensen met ASS bevorderd worden. De verschillende aspecten van het leven die maken dat mensen zich goed voelen; vormen een keten en staan niet op zich. Wonen is een belangrijke schakel met directe link naar werk en sociaal netwerk.

De woonprojecten moeten een omkadering op maat bieden, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de doelgroep. Er is nood aan structuur en professionele ondersteuning. De begeleiding kan enkel vanuit een onvoorwaardelijke acceptatie, wederzijds respect, kennis van zaken en een positieve aanpak die vertrekt van de competenties en talenten van de bewoners om de kansen op zelfbeschikking te maximaliseren. Deze emancipatie groeit best binnen de plaatselijke samenwerkingsverbanden, verbondenheid met de onmiddellijke omgeving geeft zin en plezier aan het leven.

5.12.2 Innovatie

Innovatie is ingaan op de zorgvraag van de personen met een autisme spectrum stoornis op een zodanige manier, dat voldaan wordt aan hun recht op kwaliteit van leven.

Innovatie in de praktijk vertrekt vanuit de probleemsituatie van de doelgroep. De vaststelling is dat er voor normaalbegaafde volwassenen met een autisme spectrum stoornis geen alternatieven zijn op vlak van huisvesting. Thuis blijven wonen is geen optie en gezien de dikwijls precare werksituatie is wonen op de reguliere woonmarkt voor velen onbetaalbaar. De sociale

woningmarkt is helaas veelal onaangepast, te druk (teveel prikkels) voor de persoon in kwestie en een botsing tussen de leefwerelden.

Omwille van de specifieke leefwereld van personen met een autisme spectrum stoornis – het letterlijk nemen van wat gezegd wordt, een ogenschijnlijk gebrek aan empathie, eigenzinnigheid of andere minder aangename aspecten van hun gesloten wereld – is het ook nodig om te voorzien in ondersteuning op momenten dat het nodig is. Ze moeten als het ware regelmatig bij de les gehouden worden of er moeten brandjes geblust worden voor het uit de hand loopt en ze dreigen gemarginaliseerd te worden. Soms gaat het jarenlang goed maar komt er dan een crisis, door het verliezen van werk of vrienden of opgehoopte frustraties.

5.12.3 Een uniek woonmodel

Autimismus vertaalt innovatie in een project dat streeft naar een betaalbare en kwalitatieve huisvesting met ondersteuning op maat. Het model dat hiervoor samen met OBRA|BAKEN vzw is ontwikkeld is uniek.

- De woonunit Convent 22 in Gent is door de eigenaar van het complex, vzw het Groot Begijnhof Sint-Elisabeth in Sint-Amandsberg, verbouwd tot een wooncomplex van acht units, aangepast aan de prikkelgevoeligheid van de bewoners. De aankleding wordt sober gehouden met aandacht voor geluidsisolatie.
- De vzw Autimismus voorziet zelf in een gemeenschappelijke ontmoetingsruimte en activiteitenzone, een bindmiddel tussen de bewoners onderling en hefboom tot gemeenschapsvorming. Verder doel is een maximale participatie van bewoners in het maatschappelijk leven. Om de stap naar een sociaal netwerk te zetten kan een netwerk van 'lotgenoten' een opstap zijn. Binnen het convent is een aparte woning verbouwd door de eigenaar. Die woning wordt door Autimismus onderverhuurd aan 'een goede buur' die door zijn aanwezigheid een zekere veiligheid en continuïteit biedt. Het profiel van de bewoners vereist immers geen 24-urige permanentie.
- Ondersteuning door reguliere en/of gespecialiseerde diensten kan aangesproken worden waar nodig, op maat en op vraag, zoals ook andere burgers in de samenleving doen.
- De betaalbaarheid van de woning moet er voor zorgen dat alle mensen met een autisme spectrum stoornis een kans krijgen een wooneenheid te huren. Hiertoe wordt, in overleg met diverse partners, naar structurele oplossingen gezocht zodat het model in enige mate kopieerbaar is.

Om het concept structureel te verankeren worden drie financieringsbronnen aangeboord. De fiscaal aftrekbare giften (in de beginperiode via de Koning Boudewijn Stichting) en de startsubsidie via de provincie Oost-Vlaanderen hebben het initiatief in eerste instantie zuurstof gegeven. Op dit moment wordt de weg van de subsidies en de structurele samenwerking met financieel krachtiger instellingen bewandeld. De medewerking van de stad Gent via het sociaal verhuurkantoor maakt een meer structurele uitbouw van dergelijke initiatieven in de woonvoorzieningen mogelijk. Daardoor wordt de zelffinanciering van het project in zijn derde en operationele fase een haalbare kaart.

Er staat een tweede woonproject op stapel, nu in Eke-Nazareth (provincie Oost-Vlaanderen) en met een sociale huisvestingsmaatschappij (SHM) als partner. De SHM De Volkshaard (eigenaar van de oude pastorie en de omliggende gronden waar in de nabije toekomst meerdere sociale wooneenheden komen) wil met de gemeente en met vzw Autimismus als partner een aantal woningen voorbehouden voor de doelgroep van normaal begaafde mensen met autisme. Opnieuw zal er worden samengewerkt met OBRA|BAKEN vzw voor de begeleiding.

De expliciete wens bestaat dat dit woonconcept waarbij wonen en begeleiding – twee essentiële aspecten van de kwaliteit van het leven – toegankelijk wordt voor alle volwassen personen met een autisme spectrum stoornis, ongeacht of zij wel of niet sociaal en financieel sterk staan. Meer nog, vooral voor de financieel meest zwakken en sociaal kwetsbaren zijn zulke initiatieven noodzakelijk.

Voor de aanpak van Convent 22 is stapsgewijs tewerk gegaan.

In grote lijnen werden volgende stappen gezet.

- Stap 1: contact met andere organisaties met kennis over de autismeproblematiek in de regio Gent. De eigen kennis en ervaring delen en verrijken was noodzakelijk om verdere stappen te zetten. Uitbouw van een netwerk van experts en OBRA|BAKEN vzw als duurzame partner.
- Stap 2: bespreking en goedkeuring in de raad van bestuur van Autimismus om contacten te leggen met de eigenaar van potentiële woningen, het Groot Begijnhof. Het uitzuiveren van de ideeën van bij de startfase en inhoudelijke optimalisatie van ons woonmodel in nauwe samenwerking met onze 'inhoudelijke' partner OBRA|BAKEN vzw. In deze fase ook inschakeling van een professionele procesbegeleider. Overleg met de dienst Wonen van stad Gent voor aanpassing van de algemene huisvestingsregels via een doelgroepenplan, annex speciale toewijzingsregels, voor mensen met ASS.
- Stap 3: de mogelijke pistes van renovatie en samenwerking bespreken met de eigenaar die van zijn kant deels afhankelijk is van erfgoedsubsidies. Tegelijkertijd de eigenaar als sociale vzw overtuigen van het nut van de samenwerking met een sociaal verhuurkantoor. Concreet betekent dit: de onderverhuur via het SVK van de acht woonunits.
- Stap 4: goedkeuring door de gemeenteraad Gent van het doelgroepenplan en het toewijzingsreglement voor mensen met ASS. De samenwerking met OBRA|BAKEN vzw officieel bezegelen zodat de professionele begeleiding voor de bewoners in Convent 22 kan beginnen.
- Stap 5: samenwerking vorm geven tussen OBRA|BAKEN vzw, Sociaal Verhuurkantoor en Autimismus. Selectie en toewijs van de bewoners via het SVK en in overleg met OBRA|BAKEN vzw. Afspraken ivm huurbegeleiding via SVK en woonbegeleiding collectief en individueel met OBRA|BAKEN vzw als draaischijf in een regie van de bewoners. Dagelijkse inhoudelijke ondersteuning met Baken als coördinator. Financieel beheer van het gemeenschappelijke: Autimismus.

Essentieel voor het welslagen van de samenwerking is de win-win voor de betrokken social profit organisaties. Autimismus zag een kans om woonzekerheid en begeleiding te bieden aan zijn doelgroep. Het sociaal verhuurkantoor kon met dit project zijn sociale doelstellingen verwezenlijken en voor OBRA|BAKEN vzw is begeleiding een kerntaak. De baseline voor het succes is 'samenwerking' en de slimme combinatie van belangen zorgt voor de win-win.

5.12.4 Kennisdiffusie en samenwerking

Kennisdelen en samenwerking zijn voor Autimismus dé bron van innovatie en er worden geen drempels ervaren om zelf samenwerking te zoeken. Deelname aan deze studie van de Stichting Innovatie & Arbeid is er juist en enkel daarom gekomen. Deze idee is ook uitdrukkelijk opgenomen op de website van Autimismus.

'Als ouders van normaal begaafde personen met autisme hebben we al heel wat ervaring opgedaan. Onze kennis zetten we nu in om een droom van hen waar te kunnen maken: zelfstandig wonen met ondersteuning van deskundigen in de zorg.'

'Kennis delen is ervaringsdelen wat een enorme toegevoegde waarde betekent om een joint-venture te vormen tussen ouders/betrokkenen, personen met ASS en de professionele sector zoals OBRA|BAKEN vzw. Het is bijzonder verrijkend om doorheen heel het project/concept al de inzichten mee te nemen die al die groepen hebben als ze ieder vanuit zijn oogpunt naar de problemen kijken.' (bron: website).

Het woonproject is ontstaan vanuit de vraag van jongvolwassenen in de Pass-groep. Voor de concrete uitwerking is een kleine enquête gehouden om nog beter de behoeften aan ondersteuning te kunnen inschatten. Centraal in de bevraging stond het vraagteken 'wat zijn je dromen' en daaruit bleek een prioritaire vraag naar kwaliteit van huisvesting met ondersteuning op maat om onafhankelijk wonen mogelijk te maken los van de wooncontext van de ouders.

Het woonproject van Autimismus is als idee gegroeid uit contacten met de provincie Oost-Vlaanderen, Baken en de socialehuisvestingsmaatschappij van de stad Gent.

Het woonmodel is ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen vzw Autimismus, vzw Baken (een vzw die ambulante en mobiele ondersteuning biedt aan personen met een beperking), Groot Begijnhof Sint-Elisabeth in Sint-Amandsberg (inrichting van acht studio's voor mensen met ASS) en het Sociaal Verhuurkantoor van de stad Gent. De samenwerking kon maar slagen omdat er voor alle organisaties winst in zat. De 'win-win'-context maakt samenwerking gemakkelijker en kennisdelen is dan evident.

Het belang van samenwerken is ook expliciet opgenomen in de activiteiten van de vzw.

De ontmoetingen en seminaries hebben tot doel om in beide richtingen, van en naar de vzw toe, inzichten op te doen en informatie op te slaan. De intentie is de vzw voluit in de context van de problematiek van autisme en meer in het bijzonder die van het wonen en de begeleiding te situeren. Bij deze ontmoetingen horen zowel contacten met instellingen, stichtingen, belanghebbende personen en organisaties als overheidsinstanties op diverse niveaus. Zo werd o.a. samenwerking gezocht en deels gevonden met de Provincie Oost-Vlaanderen, de stad Gent en de Vlaamse Overheid. Voorzieningen zoals vzw Het Anker, Feniks, Woondroom in Middelburg e.a. werden bezocht.

Andere partners op afstand zijn de VVA en Autisme Centraal die reeds op de begijnhofsite gevestigd zijn.

De samenwerking met het al bestaande reguliere zorgaanbod zoals familiehelp, dienstencheques, warme maaltijden en andere diensten hangt af van behoeften en vragen van de bewoners.

Autimismus laat zich sterk inspireren door goede voorbeelden in het buitenland, met name Nederland en de Scandinavische landen. Ook bij verwante organisaties en verenigingen wordt naar kennis gezocht.

Een belangrijke inspiratiebron voor de visie en methodiek van werken is gevonden bij Oikonde. Inhoudelijk staat Autimismus dicht bij de kernwaarden en visie van Oikonde: anticiperen op maatschappelijke tendensen, vertrekken vanuit de kernwaarden verantwoordelijkheid, verbondenheid, respect voor mens en omgeving en realiteitszin, laagdrempelige aanpak, betaalbaar en degelijk, horizontale werking zonder schotten tussen de levensdomeinen, inspirerend voor anderen, enz.

5.12.5 Drempels en triggers voor innovatie

Drempels voor een vlotte kennisdeling en samenwerking liggen vooral in de ingewikkelde wetgeving, het vakjargon en administratieve spelregels. De ingewikkeldheid van de regelgeving in de gehandicaptenzorg met zijn vele afkortingen is een labyrint waar ouders, familie, vrienden en vrijwilligers in verloren lopen.

De meest belangrijke drempel is wellicht het feit dat de ondersteuning voor volwassen personen met een autismestoornis vanuit diverse sectoren van het overheidsbeleid moet komen en de hulpverlening sterk verkokerd is. Het betreft een problematiek van welzijn, maar evenzeer van wonen, werk en vrije tijd. Elk domein heeft zijn eigen regelgeving. Voor een kleine vzw is het niet alleen een hele karwei om aan de juiste informatie te komen, maar ook een helse opdracht om zulk complex project uit te werken.

Grootste drijfveer om contacten te leggen met andere (ervarings-)deskundigen is de grote nood aan expertise én aan bondgenoten. En bovenal natuurlijk: de mensen met ASS zelf. Vanuit de gedachte: 'wat als wij er niet meer zijn'.

5.12.6 Rol van de overheid

Onze gesprekspartner van Autimismus geeft aan dat het van belang is dat de overheid een regelluw horizontaal beleid voert om de kwaliteit van het leven van volwassenen met een autisme spectrum storing beter te kunnen ondersteunen.

De complexe wetgeving maakt dat de instrumenten van de dienstverlening niet als transparant ervaren worden. Een tekort aan transparantie kan leiden tot een deficit van gelijke toegang.

Volgens de gesprekspartner is het van belang dat de overheid zorgt voor een laagdrempelig en vlot toegankelijk (informatie-)platform of een uniek loket om (organisaties ontstaan uit) privé-initiatieven op weg te helpen (de drempels te slechten).

Voor de overheid kan het interessant zijn dat ze kan verder bouwen op initiatieven die grotendeels door vrijwilligers gedragen worden. Op dit moment is het aldus de gesprekspartner nog zeer moeilijk om initiatieven op te starten, je moet studeren vooraleer je de weg en de mogelijkheden die de overheid biedt kan inschatten. De overheid is vandaag al wel bereid om initiatieven te ondersteunen, maar de complexiteit van de regelgeving en het gebrek aan tijd en middelen maken dat de overheid soms nog als weinig bereikbaar voor de hulpzoekende burger wordt gezien. Volgens de gesprekspartner staat de complexe wetgeving een soepele communicatie en een vertrouwensband tussen de overheid en zijn burgers nog te veel in de weg. Burgers worden nog te veel afgeschrikt in plaats van uitgenodigd om initiatieven te nemen en de drempels om als vrijwilliger aansluiting te vinden bij de beleidsinitiatieven blijven hoog.

In het veld en op lokaal niveau, zo is de ervaring van Autimismus, is de bereidheid van overheid en administratie er wel om met de burger naar de beste oplossing te zoeken. Specifiek voor het woonbeleid is aldus de gesprekspartner een verdere aanpassing nodig om een specifieke wooncontext te voorzien voor personen met een autisme spectrum stoornis. Een klassieke sociale woning voldoet niet en is onaangepast. Het doelgroepenplan is een hefboom om voor speciale doelgroepen voorrangsmogelijkheden en afwijkingen te voorzien, maar het systeem is onvoldoende gekend en transparant om voor iedereen bereikbaar te zijn. Daarenboven is het ook geen wondermiddel. Nieuwe vormen van wonen zouden beter uitgetest worden. Maar als we het tempo zien waarin de veranderingen zich voltrekken op het terrein van de huisvesting zal het niet voor morgen zijn dat we kunnen rekenen op betaalbare en aangepaste woningen voor alle mensen met ASS.

Op vlak van financiële ondersteuning zou de overheid meer rekening moeten houden met de specifieke noden van personen met een autisme spectrum stoornis. Voor hen geldt niet dat ze de zaken 'niet kunnen', maar eerder dat ze er niet toe komen zonder een duwtje in de rug. Concreet zou de 'zorgzwaarte', een term voor de hoeveelheid ondersteuning of hulp die u als persoon met een handicap nodig hebt in uw dagelijks leven, aldus de gesprekspartner meer accuraat kunnen vastgesteld worden voor deze groep. Dit door middel van vragen die aangepast zijn aan de aard van de beperking. Nu wordt de zorgzwaarte van personen met een ASS gemeten met het zorgzwaarte-instrument, gebaseerd op de algemene vragen zoals kun je koken? Kun je poetsen? Voor personen met een autisme spectrum stoornis zouden de vragen 'Kun je en kook je zelf? Kun je en poets je zelf ? een beter beeld geven van de reële beperkingen.

6 Bevindingen over de cases heen

In dit deel vatten we een aantal bevindingen over de cases heen samen. We stellen vast dat (1) innovatie in de zorg- en welzijnssector prioritair is gericht op de kwaliteit van het leven van de zorgvragers, (2) bij de innovatie de betrokkenheid van zorgvragers en medewerkers essentieel is, (3) innovatie zich op alle organisatiedomeinen voordoet, (4) organisaties een keten aan zorgvoorzieningen uitbouwen, (5) er nood is aan een functie van zorgcoach, (6) de digitalisering de innovatieprocessen ondersteunt, (7) kennisdifusie en samenwerking hoog op de agenda staan, (8) er een zekere openheid is voor samenwerking met commerciële bedrijven en kenniscentra, (9) er nood is aan een langetermijnstrategie en (10) aan een aangepaste arbeidsorganisatie, en tot slot dat (11) inspirerend leiderschap een belangrijke motor van innovatie is.

6.1 Innovatie is gericht op de kwaliteit van het leven

In de cases in dit onderzoek staat innovatie voor 'excelleren' in kwaliteit in functie van de zorgvrager en dit organisatie-breed, participatief en continu. Innovatie is vooral incrementeel en soms disruptief. Technologische innovaties zijn geen doel op zich en bij innovatie wordt niet in eerste instantie gedacht aan technologische aspecten, die zijn ondergeschikt aan 'verbeteringen' in de zorg. Technologie staat in dienst van kwaliteitszorg.

Innovatie ligt in alle betrokken organisaties in dit onderzoek duidelijk in het verlengde van een organisatie-brede kwaliteitszorg met het oog op een betere dienstverlening aan de zorgvragers én aan de maatschappij. Een 'innovatief' product zonder toegevoegde waarde voor de zorgvrager is van geen betekenis op innovatievlak. Innovatie gaat om een 'andere' of 'betere' oplossing. Een nieuw product is geen innovatie als het geen betere oplossing voor behoeften biedt. Men wil via een 'permanente' evolutie beter aansluiten bij impliciete en expliciete behoeften van zorgvragers en inspelen op wijzigingen in de context waarin men zorg verleent. De bevroegde organisaties ontwikkelen zich parallel met de maatschappelijke veranderingen. Men wil in deze ontwikkelingen een goede kwaliteit van leven van de zorgvragers kunnen realiseren. Zoals een gesprekspartner het zei: *'Innovatie is ingaan op de zorgvraag van de personen op een zodanige manier dat voldaan wordt aan hun recht op kwaliteit van leven.'*

Innovatie is in belangrijke mate incrementeel en gericht op een verbetering van de kwaliteit van de producten, diensten, organisatieproces en dienstenmodellen. Disruptieve innovaties zijn eerder zeldzaam en komen vooral voor bij uitzonderlijke uitdagingen zoals de nood om nieuwe diensten te ontwikkelen.

Bovenstaande definiëring van innovatie in de cases sluit naadloos aan bij wat ook in de literatuur over innovatie in zorg en welzijn gezegd wordt. Het verschil met innovatie in de reguliere sector is ook in de cases van dit onderzoek de absoluut centrale positie van de zorgvrager, gekoppeld

aan een verdienmodel dat ofwel kostendekkend is ofwel gericht op herinvesteren in zorg. In de klassieke commerciële sector is kwaliteit, verbetering en vernieuwing of innovatie gericht op klanten en verkoop, zonder noodzakelijk participatief te gebeuren en niet noodzakelijk gericht op maatschappelijk belang. Winst is een doelstelling op zich en 'gratis' diensten betalen zich bij een volgend product terug.

Innoveren in de sociale sector is per definitie sociaal ondernemen en gaat in essentie over welzijnsgericht ondernemen in plaats van op winstmaximalisatie gebaseerd ondernemen.

6.2 Betrokkenheid van de zorgvragers en medewerkers is essentieel

Een aspect van innovatie dat we in zowat alle cases tegenkwamen is dat het participatief tot stand komt, in samenwerking met de betrokken zorgvragers en met de verzorgenden en het personeel. Ook hebben de inspirerende cases aandacht voor disseminatie naar andere organisaties in de zorg- en welzijnssector.

Kennisdelen met de zorgvragers en in bepaalde zorgcontexten ook de directe familie, zit vervat in zowat alle definities van wat innovatie voor de bevroegde organisaties is. De zorgvrager staat centraal bij het werken aan verbeteringen in de kwaliteit van de zorg. De betrokkenheid of de inbreng is er informeel gedurende de dagdagelijkse contacten tussen verzorgende en zorgvragers, maar wordt meestal ook ondersteund door tevredenheidsenquêtes of zelfs in enkele gevallen door marktonderzoek.

Kennisdelen en samenwerken met medewerkers in de zorg kent in alle cases informele en formele vormen. Marktonderzoek krijgt hier de vorm van werkgroepen met gesprekken over de persoonlijke visie op zorg en welzijn. In de opleidingen voor medewerkers wordt naast de aandacht voor gemeenschappelijke methodieken ook meestal plaats gemaakt voor ervaringsuitwisseling. De regelmatige briefings of meetings wijzen in alle cases op het belang van kennisdelen. Heel wat organisaties hebben ook thematische werkgroepen waarin de visie verder wordt uitgediept. In één case hebben we specifiek de focus gericht op de werknemersvertegenwoordigers als stakeholders in het transitieproces van de organisatie en gemerkt dat hun betrokkenheid en inbreng van ervaringen in het kennisdelen met de medewerkers van cruciaal belang was voor een geslaagde omvorming.

6.3 Innovaties van producten, processen en zeker van dienstenmodellen

Zonder onze cases op één element van hun innovatiedomein te willen vastpinnen, kunnen we voor elke case een vorm van innovatie onderscheiden die in onze beschrijvingen specifieke aandacht kreeg. Dit wil niet zeggen dat in de cases niet ook andere types van innovatie aanwezig zijn. Het is opvallend, zeker in de sector van de ondersteuning van personen met een handicap, dat onze inspirerende cases ook inzetten op innovatie in het dienstenmodel.

In de cases wordt de nadruk gelegd op de verscheidenheid aan innovaties, organisatie-breed met betrekking tot alle organisatiedomeinen. Dit kenmerk heeft de sector van zorg en welzijn ongetwijfeld gemeenschappelijk met de reguliere bedrijven. Wie innovatief is op één aspect is dat meestal op meerdere domeinen.

We onderscheiden voor onze opdeling product- of dienstinnovatie, procesinnovatie en innovatie van het dienstenmodel.

- Innovatie van product of dienst

Bij de trends hebben we een stijgende vraag opgemerkt naar ICT-tools en naar vernieuwde diensten als gevolg van de nieuwe zorgvragen. In de drie subsectoren zijn hiervan voorbeelden te vinden bij de cases. De Zwaluw en Triamant brengen 'thuisgevoel' in hun aanbod, Autimismus speelt in op de vraag naar zelfstandig wonen en thuisverpleging Backaert specialiseert in nieuwe diensten als gevolg van de kortere ligdagen in ziekenhuizen en de nieuwe medische hulpvragen bij ouderen met chronische aandoeningen.

Bij twee woonzorgcentra hebben we de focus gericht op nieuwe of innovatieve diensten. Bij De Zwaluw (sensomotorische integratie) en Triamant (nieuwe woonvormen en CASMA) is uitgebreid ingegaan op innovatie in de dienstverlening om beter aan te sluiten bij de thuissituatie, waardoor de zorgvrager een woon- en leefomgeving wordt aangeboden die ruimer dan zorg, ook comfort en thuisgevoel kan bieden.

Ook bij de organisatie voor personen met een handicap Autimismus is de focus gericht op een uniek woonmodel als innovatieve dienstverlening. Het woonmodel is een samenwerkingsverband tussen ouders en hun kinderen, de zorgsector die voor continuïteit zorgt via een begeleidingsinstantie, en twee woonactoren: de bouwheer als restaurateur en conservator van patrimonium en een sociale huisvestingsactor die mee aan huurbegeleiding doet.

De thuisverpleging Groep Backaert zet zeer specifiek in op specialisatie van de wondzorg en alle aspecten daarrond, bijkomend aan andere thuisverplegingsdiensten, en ook op logistieke ondersteuning door ICT. In de thuisverpleging zijn maar enkelen gespecialiseerd in wondzorg en de Groep Backaert koppelt aan haar specifieke dienst ook opleiding voor externen.

■ Innovatie van processen

De meer complexe zorgvragen nopen tot andere organisatievormen, competenties, digitalisering en samenwerking met externen. De zorgprocessen worden hieraan aangepast.

Bij de Wingerd (kleine en participatieve woonvorm), woonzorgcentrum Curando (implementatie van verzorgend wassen) en het Zorgbedrijf Roeselare (werknemersparticipatie als sleutel tot innovatie) zijn we vooral dieper ingegaan op de organisatieprocessen en meer bepaald de innovatieve manier waarop innovaties geïmplementeerd worden. Bij Landelijke Thuiszorg en thuiszorg vleminkveld hebben we de focus gericht op de methodiek achter de zorgprocessen zelf.

Voor De Wingerd steunt het concept van kleinschalig genormaliseerd wonen op de actieve participatie van de familie.

Bij het woonzorgcentrum Curando is de vernieuwing in de verzorgingsdienst van verzorgend wassen doorgevoerd met een begeleidend implementatieproces waarbij zowel de zorgvrager als de verzorgenden betrokken werden.

Het Zorgbedrijf Roeselare heeft bij het transitieproces van OCMW-rusthuis naar een Zorgbedrijf de werknemers en vooral ook de werknemersafgevaardigden actief betrokken. De participatie van stakeholders was voor de drie woonzorgvoorzieningen essentieel om tot een reële nieuwe dienstverlening te kunnen komen.

Landelijke Thuiszorg werkt actief om alle zorgdiensten digitaal te stroomlijnen om informatie directer en performanter te delen met alle betrokken stakeholders. De efficiëntie van de ICT-logistiek heeft een directe impact op de kwaliteit van de zorg. Hoe beter het zorgproces georganiseerd kan worden hoe meer innovatief de dienstverlening kan zijn.

Bij thuiszorgorganisatie vleminkveld zoemden we vooral in op open innovatie met andere dienstverleners. Door samen te werken en eventueel afspraak-gewijs of gezamenlijk een

dienstenpakket uit te bouwen zijn organisaties in de zorgverlening beter in staat om een vraaggestuurd dienstenpakket uit te bouwen.

▀ Innovatie van diensten- en verdienmodel

De verhoogde vraaggestuurde zorg en de noodzaak om in te spelen op nieuwe zorgvragen leidt meer en meer tot een aanbod van een keten van aanverwante zorgdiensten. Het product- en dienstenpakket van organisaties wordt uitgebreid. We vinden dit in alle onderzochte subsectoren van zorg en welzijn, maar het meest uitgesproken ongetwijfeld in de organisaties die diensten en ondersteuning bieden aan personen met een handicap. De hervorming van de financiering is hier zeker een belangrijke trigger, in de lijn van een aangepaste visie rond vraaggestuurd werken en het realiseren van maximale inclusie van personen met een handicap in het maatschappelijke leven. OLO, GiD(t)s – Dominique Savio en Monnikenheide hebben elk een aparte strategie om hun dienstenmodel mee te laten evolueren met de vragen om ondersteuning en zorg.

OLO kiest er voor om de innovatie te realiseren door maatschappelijke tendensen te vertalen naar strategische doelen en een daarop afgestemd aanbod aan dienstverlening.

Bij GiD(t)s - Dominique Savio is de diensteninnovatie het direct resultaat van de veranderende regelgeving over de persoonsvolgende financiering. Stapsgewijs wordt een plan ontrolt waarbij een dienstenmodel ontwikkeld kan worden dat meteen een realistisch verdienmodel is.

Voor Monnikenheide is het dienstenmodel gebaseerd op inclusie in twee richtingen waarbij een evenwicht gezocht wordt in diensten intern en extern het eigen woongebied en een koppeling van diensten voor eigen bewoners en voor bezoekers uit de regio.

De omschakeling van aanbod- naar vraaggestuurde dienstverlening, mede door de wijzigingen in de financieringsmodaliteiten, heeft invloed op zowat elke organisatie in ons onderzoek. Het brengt voor sommige organisaties zeker ongerustheid, maar is in onze casestudies toch vooral een extra trigger. Het dienstenpakket wordt onder de loep genomen en er wordt nagedacht over het 'verdienmodel' van de toekomst. Organisaties gaan op zoek naar 'blinde' vlekken in het zorglandschap en naar slimme samenwerking.

Innovatie gaat ook vooral om nieuwe organisatiemodellen in de lijn van sociaal ondernemerschap of om nieuwe samenwerkingsvormen met behoud van eigen identiteit. Fusies kunnen hierbij versterkend werken. Er zijn organisaties die met anderen activiteiten delen zoals logistiek, catering, ICT, organisatiemodellen en IKZ. Door wat niet tot de corebusiness behoort af te stoten kunnen de organisaties efficiënter werken.

6.4 Nood aan een goede langetermijnstrategie

Uit de gesprekken in de organisaties blijkt dat de meesten veel belang hechten aan strategisch management.

Geld en tijd zijn volgens sommigen een rem op het uitbouwen van een goede langetermijnstrategie. Wanneer men volop bezig is met de dagdagelijkse dienstverlening en hard moet werken om in een meer concurrentiële omgeving de organisatie draaiende te houden, kan het zijn dat men niet toekomt aan het maken van een doordachte langetermijnplanning. Toch benadrukken bijna alle gesprekspartners het belang van (sociaal) ondernemerschap.

Niet alle gesprekspartners gaan er van uit dat er meer en meer concurrentie (door verhoogde vrije keuze op basis van andere financieringsvormen) zal komen. Er zijn ook organisaties die er van uitgaan dat de vraag naar zorg altijd groter zal blijven dan het aanbod. De meningen hier lopen uiteen. Wel is het zo dat organisaties die vroeger voortrekkers waren op het vlak van innovatie, nu het risico lopen om te worden voorbijgestoken door organisaties die vandaag op

een meer vernieuwende manier met de gewijzigde context omgaan (wet van de remmende voorsprong).

6.5 Een keten aan zorgvoorzieningen

In de ouderenzorg, maar ook meer en meer bij de ondersteuning van personen met een handicap, ontstaat een keten aan zorgvoorzieningen en lokale zorgnetwerken, ondersteund door mantelzorg. De toenemende gespecialiseerde zorgvragen zoals gezinshulp, kraamzorg, nazorg na hospitalisatie, ouderenzorg voor specifieke aandoeningen, zorg voor personen met een handicap, zorg voor kwetsbare groepen, zorg voor personen met dementie, enz. maken dat gevestigde organisaties zoals de thuiszorg, -hulp en -verpleging hun diensten uitbreiden en er nieuwe initiatieven ontstaan.

Het resultaat is dat organisaties in deze sector veelal evolueren naar het aanbieden van meerdere voorzieningen binnen de keten van zorg voor ouderen. Vooreerst is er nood aan de integratie van zorgdiensten waarbij het streefdoel is om zorg te kunnen bieden aan huis zodra dit nodig is, tot en met de residentiële zorg en of palliatieve zorg. Woonzorgcentra breiden hun diensten uit met dagopvang, kortverblijven, herstelverblijven en soms ook thuiszorg of thuisverpleging. Een belangrijke innovatie in de woonzorgcentra is de wijziging in het dienstenpakket en de schakelfunctie met andere diensten.

Als gevolg van de integratie van diensten dringen zich organisatieveranderingen op.

De ontwikkeling en toepassing van ICT-tools om één dossier aan te maken dat kan aangroeien doorheen het gebruik van de zorgdiensten is van groot belang. Op dit moment is er voor de meeste vzw's nog geen softwarepakket beschikbaar dat alle zorgdiensten aan elkaar kan koppelen. Sommige commerciële aanbieders zouden volgens onze gesprekspartners hierin verder staan.

De geïntegreerde zorg vraagt van de sociale dienst en van de maatschappelijk werkers in het bijzonder andere competenties dan voorheen. Het gaat immers niet meer in hoofdzaak om een geschikt 'verblijf' te vinden of een andere dienst. Het gaat om het combineren van zorgdiensten en het samen uitzoeken met welke combinatie het zelfstandig wonen zo lang mogelijk kan georganiseerd worden.

Niet alleen de sociale dienst, ook de zorgdiensten veranderen van karakter door de focus op de thuisondersteuning. De thuiszorg en -verpleging krijgen tal van nieuwe zorgvragen en moeten zich bijscholen op typische geriatrische aspecten, wat ook de zorg- en verpleegkundige in een woonzorgcentrum moet doen. Om alle zorg beter op elkaar te laten aansluiten is ook meer teamwerk nodig.

In dit verhaal wordt zelfs het taalgebruik vernieuwd. De zorgvrager is geen cliënt, klant of patiënt maar een persoon met een zorgvraag naar thuisverpleging, thuiszorg, een assistentiewoning, enz. De diensten zijn als schakels die één geheel van zorg vormen.

Bovenstaande evoluties nopen tot samenwerkingen over de sectorgrenzen heen en tot een ontschotting van zorg en welzijn. De ontschotting ontstaat zowel tussen zorgvormen (thuiszorg, residentiële woonvormen, enz.) als tussen doelgroepen of zorgvragers (ouderen, personen met een handicap, gezinnen, jongeren in problemen, enz.).

6.6 Nood aan de functie van zorgcoach

Een opmerkelijke innovatienood in de meeste betrokken cases betreft de competentieprofielen. Nieuwe competentieprofielen moeten beter aansluiten bij de vraag naar geïntegreerde zorg.

Zorgvragen staan meestal niet op zich maar zitten vervat in een vraag naar ondersteuning van globaal welzijn. Daarnaast is er ook vraag naar meer gespecialiseerde zorg, denken we maar aan zorg voor personen met dementie of ondersteuning voor personen met een niet aangeboren hersenletsel.

Een belangrijk gegeven is dat de toenemende complexiteit van het zorglandschap de behoefte en zelfs de noodzaak doet ontstaan om ‘coaches’ in te zetten om de zorgvrager naar de gepaste zorg te brengen. Door de nieuwe dienstenmodellen heeft de zorgvrager meer nood aan assistentie of deskundige begeleiding om snel en efficiënt een antwoord te vinden op de zorgvraag. Voor de sector van zorg voor personen met een handicap wordt vanuit de overheid voorzien in een assistentiebudget, voor de andere sectoren zijn initiatieven afhankelijk van de betrokken organisaties. In de casestudies zien we dat organisaties zelf budgetten vrijmaken om deze functies in te vullen.

6.7 Digitalisering ondersteunt de innovatieprocessen

De belangrijkste technologische innovatie in de subsector van thuisverpleging en -zorg zit wellicht in het elektronisch patiëntendossier en de vereenvoudiging van de toegang ervan voor patiënten en zorgverleners. De invoering staat nog in de kinderschoenen maar de vraag staat bij de stakeholders hoog op de agenda. Vooral om de meer en meer complexer wordende zorgvragen beter op elkaar te kunnen afstemmen is een digitaal dossier van elke zorgvrager van groot belang.

Elke organisatie is bezig met het stroomlijnen van de organisatieprocessen algemeen en de digitalisering van de informatiestromen in het bijzonder, zowel intern als in de communicatie met externe diensten. Digitalisering staat daarbij ten dienste van de veiligheid van de zorgvrager en de vereenvoudiging van de opvolging van het zorgproces en de –ondersteuning.

6.8 Kennisdiffusie en samenwerking staan hoog op de agenda

Innovatie steunt op kennisdelen en in de cases in dit onderzoek loopt kennisdelen dan ook als een rode draad doorheen alle aspecten van de organisatie of onderneming, met interne zowel als met externe partners.

Verschillende organisaties in ons onderzoek hebben aangegeven vooral aan dit onderzoek te willen meedoen omwille van de kennisdiffusie. Andere organisaties en dan vooral de zorgvragers en de maatschappij moeten mee baat hebben bij hun ervaringen. Kennisdiffusie en ervaringen delen staat hoog op de agenda's.

Netwerken én samenwerken met externen staat hoog op de agenda van alle cases in dit onderzoek. Netwerking wordt gezien als de bakermat van kennis en de bron voor samenwerking. Kennisdelen en samenwerking met externen is in alle cases aanwezig en dit veelal op verschillende terreinen.

Heel wat organisaties zijn actief in leden- of belangenorganisaties en dit met een dubbel doel: enerzijds informatie en kennis verzamelen, anderzijds kennisdelen en invloed uitoefenen op het beleid om een betere omkadering voor de werking te bekomen. Het is opmerkelijk hoe belangrijk de directies van de verschillende cases deze vorm van participatie vinden. Beroepsfederaties worden als cruciaal gezien om het beleid mee te sturen.

Kennisdelen en samenwerken met collega-organisaties en organisaties met aanverwante activiteiten gebeurt in de cases vooral vanuit een behoefte aan kennisopbouw, lokaal maar ook internationaal, en het zoeken naar complementaire diensten om samen een breder aanbod te kunnen bieden. Ook in functie van opleidingen en stages wordt intensief samengewerkt.

Potentiële drempels om met collega- of aanverwante organisaties samen te werken kunnen bijvoorbeeld verankerd zijn in een andere of in een bureaucratische bedrijfscultuur, maar dat laatste zijn we in de cases niet tegengekomen en werd ons enkel vermeld als een historisch gegeven. Wel is verwezen naar fricties tussen de klassieke 'grotere' structuren en de nieuwe opkomende zorgorganisaties. De sector van zorg en welzijn staat op dit moment zo onder druk dat sommige organisaties toch geneigd zijn om enige terughoudendheid aan de dag te leggen.

Organisaties die samenwerken met andere organisaties, kenniscentra of met klassieke bedrijven wijzen vooral op het belang van vertrouwen. Als het vertrouwen ontbreekt, is zelfs kennisdelen onmogelijk. Een andere maar meer beperkte drempel is de geografische afstand. Voor veel samenwerking rond zorgactiviteiten is ruimtelijke nabijheid van groot belang.

Belangrijke stimulerende ervaringen zijn de win-win-samenwerkingen. De betrokkenen in deze studie zijn er van overtuigd dat samenwerking altijd, of toch bijna altijd, leidt tot win-winsituaties. Met meerdere kan je meer bereiken en hogere prestaties neerzetten.

In zowat alle cases wordt de raad van bestuur met aandacht voor verscheidenheid en expertise samengesteld. Heel wat organisaties in onze studie hebben zeer actieve leden in de raad van bestuur, de raad van bestuur wordt met zorg gekozen en is samengesteld uit diverse disciplines die voor een innovatief beleid interessant kunnen zijn.

Als externe triggers wordt in de cases verder ook gewezen op lokale of provinciale overheden én op de werkgeversorganisaties in de sector van zorg en welzijn. Zij kunnen een belangrijke uitlokkende factor zijn als het op samenwerkingsverbanden aankomt.

In gesprekken met deskundigen uit het middenveld en in literatuur over innovatie in zorg en welzijn worden doorgaans weinig drempels tot samenwerking aangegeven. De klemtoon ligt vooral op de noodzakelijkheid van samenwerking.

Een drempel die wel breed wordt ervaren is de koudwatervrees om samen te werken over de 'profit' en 'social profit' grenzen heen. Vanuit de kant van de profit ondernemingen binnen de zorg is er wel vraag naar kennisdelen en samenwerking. Organisaties in de social profit sector hebben het vooral moeilijk met het gebruik van klassieke businessmodellen voor 'maatschappelijke' dienstverlening en in het verlengde ook om samen te werken met bedrijven waarbij 'winst' een centrale pijler is.

Belangrijkste triggers zijn ongetwijfeld enerzijds de maatschappelijke tendensen in de zorg en anderzijds de schaarser wordende middelen. Vanuit deze specifieke verhouding tussen zorgnoden en zorgmiddelen dringen zich nieuwe samenwerkingsvormen op. Zowel binnen de diverse subsectoren als daartussen, over de muren van de profit en social profit heen.

6.9 Een zekere openheid voor samenwerking met commerciële bedrijven en kenniscentra

We merken in de cases nog drempels wat betreft de samenwerking tussen social profit en profit bedrijven met dezelfde activiteiten. Deze vaststelling vinden we bevestigd in de meeste casestudies. Deze contacten beperken zich veelal tot een klant-leverancier verhouding.

Samenwerking en kennisdelen tussen klassieke commerciële bedrijven en bedrijven in zorg en welzijn betreffen hoofdzakelijk 'klant-leverancier'-relaties. Maar er zijn ook voorbeelden waarbij producten deels samen worden ontwikkeld of getest en waar ook bij de implementatie door het bedrijf ondersteuning geboden wordt. Vernieuwingen brengen ook in organisaties van welzijn en zorg bij de zorgvragers weerstanden naar boven en dan is een begeleide implementatie een positieve bijdrage voor de acceptatie. Door wijzigingen in de financiering gaan vooral de

woonzorgcentra op zoek naar commerciële partners in de bouwsector om bijvoorbeeld gezamenlijk assistentiewoningen of wooncomplexen te realiseren.

De samenwerking met kenniscentra algemeen en kenniscentra aan hogescholen en universiteiten neemt vooral in de grotere organisaties een belangrijke plaats in. Kenniscentra zijn belangrijke bronnen van informatie en partners in projecten, studiedagen en vorming. Verschillende van de cases financieren een leerstoel aan hogescholen of een structurele onderzoekslijn waardoor onderzoeksgroepen in het hoger onderwijs in staat zijn om op een duurzame manier kennis te verzamelen rond specifieke thematieken van een bepaalde zorgvraag.

6.10 Nood aan een aangepaste arbeidsorganisatie

De noden betreffende innovatie en nieuwe dienstenmodellen hebben ook hun impact op de arbeidsorganisatie. Zo kunnen polyvalente teams die zelfstandig en zelfsturend werken de zorg efficiënter en meer op maat van de zorgvrager brengen, maar op hun beurt weer arbeidsorganisatorische uitdagingen creëren. De organisaties willen met nieuwe vormen van arbeidsorganisatie aan de slag, maar stoten op heel wat praktische vragen en drempels. Een krappe financiering zorgt hier ook voor de nodige druk.

6.11 Inspirerend leiderschap is een belangrijke motor van innovatie

Het is in de beschrijvingen van de casestudies niet expliciet opgenomen, maar de talrijke inspirerende innovaties zouden niet gerealiseerd kunnen worden zonder het enthousiasme en commitment van de verantwoordelijken en de leidinggevenden op de diverse niveaus. Een open minded beleid is een belangrijke factor voor open innovatie. Het is opvallend hoe enthousiast en inspirerend de betrokken leidinggevenden van de organisaties over innovatie praten en permanent op zoek zijn naar verbeteringen voor de werking. Dit inspirerend leiderschap gaat ook gepaard met een open bedrijfscultuur, een belangrijke voorwaarde om tot kennisdelen en samenwerking te komen. Deze bedrijfscultuur straalt ook af op de medewerkers en zoals iemand het verwoordde: 'het zit in de genen van de medewerkers in de zorg om permanent naar verbeteringen, vernieuwingen en innovatie te zoeken'.

Naast een grote gedrevenheid beschikken leidinggevenden en hun medewerkers in onze casestudies ook altijd over een groot netwerk, waarin nieuwe ideeën een vruchtbare voedingsbodem vinden en triggers bij uitstek zijn. Contacten op studiedagen, vakmeetings, enz. geven geregeld aanleiding tot latere kennisuitwisseling en samenwerking.

7 Vraag naar ondersteuning door de overheid bij innovaties

In de cases stellen we vast dat innovatie in de zorg- en welzijnssector prioritair gericht is op kwaliteit van het leven van de zorgvragers, dat de betrokkenheid van zorgvragers en medewerkers essentieel is en innovatie zich op alle organisatiedomeinen voordoet. Organisaties bouwen een keten aan zorgvoorzieningen uit en er is nood aan een zorgcoach om de weg in het zorglandschap te vinden. De digitalisering moet worden ingezet om innovatieprocessen te ondersteunen en kennisdifusie en samenwerking staan hoog op de agenda, met ook een zekere openheid voor commerciële bedrijven en kenniscentra. Er is vooral ook nood aan een langetermijnstrategie en aan een aangepaste arbeidsorganisatie. Tot slot, maar niet in het minst, is inspirerend leiderschap een belangrijke motor van innovatie.

Gezien de actuele transitie in het zorg- en welzijnslandschap hebben de organisaties en hun vertegenwoordigers belangrijke vragen aan de overheid naar ondersteuning van de werking algemeen en bij innovatie in het bijzonder. De volgorde van onderstaande bekommernissen is ook een spiegel van het belang dat aan de vragen in onze cases gegeven is.

We beginnen met (1) de vaststelling dat alle organisaties veel belang hechten aan betrokkenheid bij het tot stand komen van het beleid. Verder is er (2) een grote vraag naar standaarden in de digitalisering, (3) nood aan superviserend vertrouwen en vraaggestuurde steun, (4) dringend nood aan het verminderen van de administratieve lasten en (5) transparantie en continuïteit in regelgeving, (6) een vraag naar basisfinanciering die kwaliteit ondersteunt en een (7) regelluw ondersteuningskader voor vernieuwing, (8) toegang tot reguliere (innovatie-) ondersteuning, (9) ruimte voor nieuwe verdienmodellen, (10) ondersteuning van ontschotting en (11) kennisdifusie en samenwerking, (12) vernieuwing in de zorgprofielen en nieuwe functies en (13) een steunende omkadering voor vrijwilligers.

7.1 Betrokkenheid bij het beleid is van groot belang

Verschillende directies van de organisaties in deze casestudies zijn via werkgroepen onrechtstreeks of soms ook rechtstreeks betrokken bij het opmaken van het beleid. Zo is de nieuwe persoonsvolgende financiering mede tot stand gekomen op vraag en met de steun van betrokken organisaties en ook bij de concrete uitwerking is er een grote betrokkenheid van organisaties en van koepelorganisaties. In de sectoren van zorg en welzijn is er een historisch gegroeide belangrijke participerende rol voor de stakeholders bij het uittekenen van het beleid.

De betrokkenheid bij het beleid wordt door onze gesprekspartners in de cases heel sterk op prijs gesteld. Zowel voor algemene beleidsaspecten zoals de financieringsmodaliteiten, als voor concrete vertalingen van bijvoorbeeld kwaliteitseisen en nomenclaturen is de betrokkenheid van de stakeholders volgens onze gesprekken in de organisaties van groot belang. De kwaliteit van de zorg en in het verlengde de permanente innovatie van de zorgverlening kan maar verzekerd worden als ervaringsdeskundigen hun inbreng kunnen hebben in het sturende beleidskader.

7.2 Ruimte voor nieuwe verdienmodellen

De nieuwe financieringsmodaliteiten die recent in voege kwamen en verder ook nog op de politieke agenda staan in de sector van welzijn en zorg, vragen dat organisaties nieuwe 'verdienmodellen' ontwikkelen, gebaseerd op een dienstenpakket dat aansluit bij hun core competenties en kan zorgen voor een financieel gezonde organisatie. Hier ligt volgens onze gesprekspartners zowel voor de overheid als voor de belangenorganisaties een rol weggelegd.

Belangrijk om op te merken hier is dat alleen de grotere organisaties aparte diensten of functies hebben om het innovatiebeleid te coördineren, of dit uitdrukkelijk in het takenpakket van medewerkers is voorzien. De kleine organisaties verdienen bijzondere aandacht. Het ontwikkelen van deze verdienmodellen is een te complexe zaak voor kleinere organisaties en er is dan ook vraag naar voorbeelden en modellen die werken. De lerende netwerken over nieuwe dienstenmodellen die vanuit de sectororganisaties Vlaams Welzijnsverbond en SOM zijn opgezet in voorbereiding van de introductie van de persoonsvolgende financiering kunnen hier inspireren. Het belang van het herdenken van de dienstenmodellen in functie van de nieuwe financieringsmodi kan niet overschat worden. Een actieve ondersteuning is noodzakelijk voor organisaties die nog minder ver gevorderd zijn in de omschakeling naar vraaggerichte diensten.

In alle subsectoren wordt het 'verdienmodel' een belangrijk aandachtspunt en is veelal al in transitie. Het vinden van de best passende combinatie van dienstenaanbod – afgestemd op wat zorgvragers wensen en andere zorgaanbieders al beschikbaar stellen – zal in de toekomst het

verschil maken tussen duurzaam of niet. Kleine organisaties gaan zich een 'leefbare' plaats moeten verwerven in de ketens aan zorg. De verhoogde vraaggestuurde zorg doet welzijnketens wijzigen, rekening houdend met sectoroverschrijdende hulpverlening en de vermaatschappelijking van de zorg.

Als de persoonsvolgende financiering verder in de zorg wordt uitgerold zal dit de veranderingen in belangrijke mate mee sturen.

7.3 Vraag naar standaarden in digitalisering

ICT-ondersteunde informatiebehandeling en communicatie hebben een groot potentieel om op alle terreinen van zorg en welzijn de processen efficiënter en effectiever te maken. De vraag bij de organisaties in zorg en welzijn naar ICT-integratie en uniformiteit is dan ook groot. Hier kan de overheid in zijn regelgeving en ondersteuningsmaatregelen op ingrijpen. Van standaarden (op systeemniveau) zoals VITALink wordt veel verwacht.

De belangrijkste technologische innovatie in de subsector van thuisverpleging en -zorg zit volgens onze gesprekspartners wellicht in het elektronisch patiëntendossier en de vereenvoudiging van de toegang ervan voor zorgvragers, patiënten en zorgverleners. Maar ook in de ouderenzorg wordt nagedacht over gedigitaliseerde opvolging van de noden van zorgvragers.

Een aantal actoren in onze casestudies verwacht veel van de mogelijkheden om door digitalisering een betere afstemming van de verschillende dienstverleners te bekomen en ook om zorg te ondersteunen, op afstand of met ICT-tools. Digitalisering kan zo een belangrijke trigger zijn om kwaliteit en innovatie in zorg en welzijn naar een hoger niveau te brengen.

7.4 Superviserend vertrouwen en vraaggestuurde steun

In de gesprekken is verwezen naar de soms rigide controlerende rol van de overheid in bepaalde aspecten. De overheid legt dan bijvoorbeeld normen en kwaliteitseisen op, zonder mee te denken of te coachen naar nieuwe oplossingen. Uit de houding van de overheid spreekt volgens de betrokken gesprekspartners dan eerder wantrouwen dan vertrouwen en juist dit laatste is zo belangrijk voor de ondersteuning van innovatieve initiatieven. Een gesprekspartner formuleerde het als een vraag naar superviserend vertrouwen en ondersteuning in plaats van regelrijke sturende en inspecterende opvolging van de kwaliteit van de zorg.

7.5 Aanpak van administratieve lasten

De actuele administratieve belasting wordt niet alleen als hinderlijk tijdrovend ervaren, maar ook als contraproductief voor de werking algemeen en innovatie in het bijzonder. Slimme formulieren – formulieren die meteen ideeën voor verbeteringen of anticiperende zorgplanning bevatten - versnellen niet enkel de procedures, ze spitten ook nieuwe problemen boven én genereren oplossingen. De juiste vragen leggen de vinger op de pijnpunten en geven ook aan welke oplossingen de zorgvragers willen. Activerende indicatoren zetten veranderingen in gang in tegenstelling tot de dikwijls verlamme controles.

7.6 Transparantie en continuïteit in regelgeving

Van de overheid verwachten de betrokken organisaties dat zij een transparant beleid opzet en faciliterend optreedt. Als complexe regelgeving – zoals de combinatie van verschillende regelgeving uit verschillende beleidsdomeinen – een drempel wordt voor kleine organisaties of initiatieven om iets innovatief op te zetten, dan moet de overheid voorzien in één informatieloket en faciliterende omkadering. Regelgeving moet aangepast zijn aan de specifieke doelgroepen

binnen het domein van zorg en welzijn, wat complexiteit onvermijdelijk en professionele ondersteuning noodzakelijk maakt.

Gebrek aan transparantie of een te snelle wisseling van reglementeringen zetten een rem op de innovatie in de organisaties. Onzekerheden maken de organisaties terughoudend om nieuwe initiatieven te nemen. Zeker met het oog op de alternatieve financieringen die zich in zowat alle subsectoren opdringen is een helder handelingskader van groot belang.

Voor sommige nieuwe ontwikkelingen, zoals de noodzakelijke woonaanpassingen om de thuiszorg te ondersteunen, is het regelgevend kader nog niet scherp gesteld of voor andere zoals de gemeenschappelijke dagopvang, is de regelgeving volgens onze gesprekspartners te scherp gesteld. Ondersteunende regelgeving kan hier het verschil maken op vlak van innovaties in zorg en welzijn.

Complexe regelgeving heeft volgens onze gesprekspartners diverse negatieve gevolgen. Zo wordt als drempel om meer alternatieve activiteiten te ontwikkelen wel eens verwezen naar de complexe regelgeving en het gebrek aan transparantie ervan. Vooral voor organisaties die taken combineren die onder verschillende administratieve en beleidsdomeinen vallen, is dit een moeilijke oefening. Ook de dringende digitalisering van de onderlinge informatiestromen wordt belemmerd door de complexiteit van de regelgeving, wat nochtans door alle betrokken cases als hoogdringend wordt aanzien. Eenzelfde redenering geldt voor de opleidingen voor de diverse functies in zorg en welzijn, ook hier is, volgens onze gesprekspartners in de cases, het overleg en de samenwerking voor verbetering vatbaar, maar wordt gehinderd door de verschillende regelgevingen.

7.7 Een basisfinanciering die kwaliteit ondersteunt

In de sector van zorg en welzijn zullen er altijd basiskosten zijn die door de gemeenschap worden gedragen. Als die financiering onvoldoende is kan kwaliteit en dus ook innovatie niet verzekerd worden. Het verdienmodel komt dan onder druk te staan om een meer prestatiegericht pakket aan te bieden dan een pakket op maat van de zorgvrager. Zo laten norminterpretaties¹⁰ in woonzorgcentra niet altijd voldoende ruimte om tot een evenwichtige samenstelling van de woongroep te komen. Bij toenemende zorgzwaarte zal de financiering in voldoende mate moeten volgen om innovatie mogelijk te maken.

Uit de casestudies valt ook wel te leren dat sommigen zich vragen stellen over een lineaire 'migratie' van zorg en ondersteuning naar de thuissituatie. Sommige ouderen zouden beter af zijn met een meer vroegtijdige toegang tot een woonzorgcentrum en kwaliteitsvolle zorg voor personen met een handicap kan volgens onze gesprekspartners soms beter in een residentiële context. De vraag moet daarom niet zijn 'hoe kunnen we de zorgvragers zolang mogelijk ondersteunen in de thuiscontext' maar wel 'welke zorg is nodig voor kwaliteitsvol leven' en 'waar kan die zorg het best gegeven worden'.

7.8 Een regelluw ondersteuningskader voor vernieuwing

Vernieuwing, zeker in deze turbulente transitietijden, vraagt ruimte om te leren uit praktijkervaringen en die ruimte wordt in verschillende cases uitdrukkelijk gevraagd. Nieuwe woonvormen voor personen met een handicap of gemengde woonvormen om verkokering tegen

¹⁰ Norminterpretaties bestaan voor Woonzorgcentra, Rust- en Verzorgingstehuizen, Centra voor Kortverblijf, en voor Dagverzorgingscentra (vastgelegd bij decreet en uitvoeringsbesluit). Norminterpretaties bepalen onder andere het aantal zorgverleners (verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedische omkadering, enz.) naar zorgzwaarte van de bewoners of gebruikers.

te gaan hebben bij aanvang niet steeds de nodige middelen of passende regelgeving. Regelluwe proeftuinen zijn dan een opportuniteit om een nieuw ondersteuningsmodel uit te werken. Studiewerk van de SERV gaf al wel aan dat men hier doordacht mee moet omspringen (SERV, 2016).

7.9 Toegang tot reguliere (innovatie-) steunmaatregelen

Bij de sectororganisaties en ook in deze casestudies leeft de vraag naar transparantie en gelijke toegang tot steunmaatregelen zoals de bedrijven in de profitsector. Vooral de kmo-portefeuille van het Agentschap Innoveren en Ondernemen wordt als een belangrijk en laagdrempelig potentieel instrument gezien om de kwaliteit van de organisaties in zorg en welzijn te versterken en innovatie te triggeren. Recent is een nieuw ondersteuningsinstrument onder de vorm van een subsidie voor managementadvies in de sociale economie goedgekeurd om het ondernemerschap in de sociale economie en maatschappelijk verantwoord ondernemen algemeen te ondersteunen. Deze maatregel 'adviespremie' is een complementair aanbod op de kmo-portefeuille, die gericht is naar reguliere bedrijven en vzw's expliciet uitsluit en staat niet open voor social profit organisaties. Het zijn dergelijke steunmaatregelen die ook door de organisaties in zorg en welzijn gewenst zijn. Voor innovatieondersteuning is er een grote belangstelling bij de cases in dit onderzoek, maar de bestaande kanalen, zoals het Contactpunt Zorgeconomie, de cases van het innovatiecentrum en de innovatieadviseurs in de zorg van het Innovatienetwerk (Agentschap Innoveren en Ondernemen), zijn nog weinig bekend. Hetzelfde geldt voor de kenniscentra aan de hogescholen en de LEDs in zorg en zorgtechnologie. De vraag aan de overheid is dan ook dubbel: ondersteuning voor innovaties en een transparante communicatie over het aanbod.

7.10 Ontschotten ondersteunen

In Vlaanderen is ingezet op het systeem van persoonsvolgende financiering en op het uitbouwen van een palet aan verschillende zorgvormen waaronder ook minder ingrijpende vormen en ambulante diensten. Deze evolutie gaat ook gepaard met meer intersectorale initiatieven en het gedeeltelijk opheffen van de schotten tussen ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap. Deze evolutie vraagt naar dwarsverbindingen en partnerschappen met derden: werk, onderwijs, wonen, enz.

Een verkapping van de zorg naar Nederlands model in bijvoorbeeld boodschappendiensten, zorgondersteuning, maaltijdservice, pedicure, enz. is volgens een stakeholder in onze casestudies niet de best passende ondersteuning voor de zwaar hulpbehoevenden en kwetsbaren.

Ondersteuning en zorg die gericht zijn op inclusie noodzaakt meer en meer een coördinatie tussen diverse sectoren van het welzijns- en zorgbeleid van de overheid, een hulpverlening die vandaag nog sterk verkokerd is. Het betreft een problematiek van zorg en welzijn, maar evenzeer van wonen, werk en vrije tijd. Elk domein heeft nu zijn eigen regelgeving. Zeker voor kleinere organisaties is het niet alleen een hele karwei om aan de juiste informatie te komen, maar ook een helse opdracht om complexe projecten die sector overschrijdend zijn uit te werken.

Een belangrijke innovatie zit in het ontschotten van de diensten. Nu belemmeren de verschillende beleidsniveaus - subsidiekanalen verschillen immers tussen bijvoorbeeld ouderenzorg en thuiszorg (regionaal) enerzijds en thuisverpleging (federaal) anderzijds – de samenwerking.

Tot slot maakt het complex landschap aan subsectoren de samenwerking moeilijker, evenals de verschillen in culturen tussen profit en social profit organisaties.

De vraag vanuit onze gesprekspartners is om deze alternatieve samenwerkingsvormen beter te ondersteunen, zonder verplichtingen maar met duidelijke spelregels.

7.11 Ondersteuning van kennisdiffusie en samenwerking

De vraag naar ondersteuning van kennisdiffusie en samenwerking betreft de verschillende niveaus waarop samenwerking tot innovatie kan komen, zowel intern als extern. Kennisdiffusie is niet alleen bron van innovatie, maar ook bakermat van samenwerking tussen organisaties, bedrijven en kenniscentra. Een innovatiegericht ondersteuningsbeleid kan hierin sturen en samenwerkingsverbanden faciliteren.

Kennisdiffusie kan intern zijn en dan is een ondersteuning van het personeelsbeleid een vruchtbare optie, maar ook informatiecampagnes, studiedagen, uitwisselingen, enz. werken ondersteunend. De besparingen maken opleidingen moeilijker en een gebrek aan opleidingen is een rem op innovaties want er is geen aanbod aan opleidingen voor die innovaties. En hetzelfde geldt op vlak van weerstanden om om te gaan met veranderingen of innovaties: er zijn geen opleidingen of bruggen om de weerstand weg te nemen.

Een speciale plaats neemt de samenwerking met kenniscentra aan hogescholen en universiteiten in. Op het terrein bestaan al interessante samenwerkingsverbanden, zoals de twee voorbeelden van een Leerstoel, maar voor kleinere organisaties is extra steun nodig om daartoe te komen. Vooral de nood aan (meer) structurele samenwerking met kenniscentra staat hoog op de agenda in een aantal van de cases in dit onderzoek. Naast de vraag naar structurele partnerschappen wijzen onze gesprekspartners op de behoefte om multidisciplinaire onderzoeksprojecten op te zetten.

De samenwerking van social profit organisaties in zorg en welzijn met commerciële bedrijven is vooral gericht op klassieke aspecten van een klant-leverancier verhouding, behalve in enkele cases waar niet alleen het product maar ook de implementatie wordt geleverd. Hun ervaringen leren dat begeleide implementatie niet alleen zeer interessant is, maar er ook nood is aan uitdieping en disseminatie van dit soort samenwerkingen.

7.12 Vernieuwing in de zorgprofielen en nieuwe functies

Zowel het beleid als de betrokken organisaties leggen sterk de nadruk op het verschuiven van de zorg en de ondersteuning naar de thuissituatie. Diverse initiatieven ondersteunen dit met thuisverpleging, -zorg, -hulp en dagopvang. Er is in de voorbije jaren een evolutie geweest in de zorgberoepen zelf, mede door deze verschuivingen. Opvallende vaststelling en parallel in alle subsectoren is dat de inhoud van de functies verandert. Het is geen vastgelegd takenpakket meer en het gaat meer en meer om competenties die moeten kunnen nagaan wat de behoeften van de zorgvragers zijn. De twaalf cases in dit onderzoek coveren zeker niet alle functies in zorg en welzijn, maar er dringt zich een nieuw profiel op of althans een vraag tot aanpassing van de profielen door de overheid.

De opdeling van zorgkundigen enerzijds en verzorgenden anderzijds wordt eerder als kunstmatig ervaren en doet vragen rijzen rond het nut ervan. De taken zijn nauw verwant en één duidelijk en professioneel gevormd profiel zou knelpunten op deze arbeidsmarkt kunnen helpen oplossen, functies verruimen en innovatie ondersteunen.

De discussies over de verschillen tussen een verzorgende en een zorgkundige zijn illustratief voor de complexiteit van de functies in het zorglandschap. De verzorgende is een polyvalente basiswerker die deel uitmaakt van een gestructureerd team dat deskundig hulp- en dienstverlening verstrekt aan zorgvragers. Deze diensten omvatten persoonsverzorging,

huishoudelijke dienstverlening, psychologische ondersteuning en algemene pedagogische ondersteuning van de zorgvrager. De verzorgende kan werken in de ouderenzorg, thuiszorg en gehandicaptenzorg. De zorgkundige is specifiek opgeleid voor achttien extra verpleegkundige ondersteunende taken. De handelingen worden gedelegeerd door verpleegkundigen en de zorgkundige werkt onder toezicht van een verpleegkundige in een gestructureerde equipe. Naast de achttien handelingen mag de zorgkundige ook taken uitvoeren van een verzorgende. De zorgkundige is tewerkgesteld in de sector van de ouderenzorg, ziekenhuizen, thuisverpleging en geestelijke gezondheidszorg (psychiatrische verzorgingstehuizen). Recent zijn veel verzorgenden in woonzorgcentra omgeschoold tot zorgkundigen, wat nodig was voor de erkenning als woonzorgcentrum. Bij organisaties in de thuiszorg wordt daarom de vraag gesteld naar gelijkaardige opportuniteiten voor de eigen verzorgenden.

Los van bovenstaande discussie tussen zorgprofielen met overlappende taken, zijn er ook nieuwe taken die ingevuld moeten worden en waarvoor nieuwe functies aan het ontstaan zijn. Zorgcoaches, leefcoaches, zorgassistenten, en aanverwante hebben geen uitvoerende zorgtaken maar moeten er voor zorgen dat de zorgvrager naar de best passende hulp wordt gebracht. Dat kan gaan om ouderen die wegwijs moeten gemaakt worden in de keten van ouderenzorg, maar ook om personen met een handicap die – zeker nu met de persoonsvolgende financiering – hun weg moeten vinden in het zorglandschap.

De transities in het zorglandschap en de wijzigingen in de grenzen van de beroepsprofielen in de zorg en het ontstaan van nieuwe functies vragen gepaste antwoorden vanuit het opleidingslandschap.

Referentielijst

- Baisier, L. (2016). *Samenwerken aan materialen en energie. Aanpak en werknemersbetrokkenheid in acht ondernemingen*. Brussel: SERV/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Beel, V. (2016, augustus 4). Ik wil nooit meer ergens anders naartoe. Senioren huizen steeds vaker samen. *De Standaard*.
- Beel, V. (2016, oktober 8). Leefcoach houdt woonbuurt actief. Nieuw woconcept brengt ouderen samen met jongeren. *De Standaard*.
- Benders, J., & Messiaen, C. (2013). *Zorgvernieuwers. Betere zorg door anders organiseren, 9 praktijkverhalen*. Leuven: LannooCampus.
- Breda, J. (2016). Persoonsvolgende financiering brengt meer dynamiek. Niet zonder slag of stoot. *Sociaalnet.be*.
- Byl, R. (2016, juni 9). Eigenlijk zijn we zoals boomkwekers. Triamant opent tweede vestiging in Wervik. *Trends*.
- Cuyt, F., & Geerts, F. (2013). *Samen ondernemer in welzijn*. Tiel: Lannoo.
- De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., & Devroey, D. (2014). *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg. Nu meer dan ooit!* UGent KULeuven UAntwerpen VUBrussel.
- De Prins, P. (2016, November). De januskop van innovatie. Zin in een andere sociale dialoog (7). *HRSquare*.
- Demeester, W. D., De Koninck, K., & Vermeeren, J. (. (2013). *Monnikenheide '40'*. Zoersel: Monnikenheide v.z.w.
- Geen rusthuizen maar gastvrije, levende buurten. Jo Robrechts, woonzorginnovator Triamant. (2015, juni 25). *ZO magazine*.
- Geeraert, R., & (ed.). (2016). *Samen onderweg naar 2020. Uitdagingen voor een geïntegreerd Vlaams zorgbeleid voor personen met een handicap en ouderen*. Leuven: Politeia.
- Gemmel, P., & De Raedt, L. (2008, november). De gezondheidszorg als complex adaptief systeem. Een ander perspectief op innovatie. Leuven: Flanders District of Creativity.
- Gevers, H., & Sebrechts, L. (2012). *Hoe cash zorg verandert. Multidisciplinaire benadering van de persoonlijke financiering in de zorg*. Antwerpen: Garant.
- Gid(t)s. (2015). *50 Jaar Groeien in Vertrouwen – van Dominiek Savio Instituut tot Dienstencentrum GID(t)S*. Gits: Davidsfonds.
- Gid(t)s. (2016). *Jaarverslag 2015 Gid(t)s Groeien in Vertrouwen*. Gits: Gid(t)s.
- Gid(t)s. (2016). *Werkingsverslag Beleidsdomein Zorg 2015 - 2016*. Gits.
- Gillis, K., & ea. (2016). Skin hydration in nursing home residents using. *Geriatric Nursing nr. 37*, 175-179.
- Groep Maatwerk. (september 2016). Structurele veranderingen in de zorgsector. *Werkvormen*.
- Hermans, K., & Vranken, R. (2010). *Zet je licht op groen voor de zorginnovatie. Praktijkboek*. Brussel: Parys printing.

- Hoedemakers, C. (2012). Bond Moyson thuishulp maakt de bocht. Op weg naar geïntegreerde autonomie binnen een procesgerichte structuur. In J. Benders, & C. Missiaen, *Zorgvernieuwers. Betere zorg door anders organiseren. 9 praktijkverhalen*. Leuven: LannooCampus.
- Keirse, M. (2015). *Zie de mens. Pleidooi om anders naar elkaar te kijken*. Lannoo.
- Kerckhof, L. (2016). Techno"logische" Zorg. Belemmerende factoren van zorgtechnologie in de langdurige zorg. Brugge: CRETECS, Onderzoeksgroep Zorgtechnologie.
- Lamberts, M., & Van Dessel, P. (2014). *Focusstudie naar toekomstige competentienoden binnen de sector van opvoedings- en huisvestigingsinrichtingen en -diensten (PC 319)*. Leuven: HIVA.
- Meulemens, D., & Vanderstappen, K. (sept. 2016). De verleiding om een zorgbedrijf op te richten. *Lokaal*. (2013). *Monnikenheide 2015 in beeld*. Zoersel: Monnikenheide.
- Morris, Marc; (vu). (2013). *Leidraad bij het implementeren is het Perspectiefplan 2020. Een inclusieve samenleving in 2020: van droom naar werkelijkheid*. Brussel: Departement Welzijn Volksgezondheid & Gezin.
- Pacolet, J., & De Coninck, A. (2016). *Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen*. Leuven: HIVA.
- Qi, M., & Demeester, L. (2014). *Monnikenheide. Ivey Publishing*. Singapore: National University of Singapore and Richard Ivey School of Business Foundation.
- Robberechts, G. (2016). *Jaarverslag 2015 Woonzorgnet-Dijleland*. Leuven: Woonzorgnet-Dijleland.
- SAR WGG. (2012, december). Visienota. Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Brussel: SAR WGG.
- SARWGG. (2015, december). Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst. Een oriënterend kader. Brussel: SARWGG Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin.
- Schalock, R. (. (2005). Quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*.
- SERV. (2015, september 28). Advies. Conceptnota Vlaamse sociale bescherming. Brussel: SERV.
- SERV. (2016, oktober). Advies experimentwetgeving en regelluwe zones. Brussel: SERV.
- Spruytte et al. , N. (2016). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. Leuven: Garant.
- Tegen 2040 bestaan rusthuizen gewoon niet meer. Alle generaties samen in een minidorp van Triamant. (2016, juni 21). *Vastgoedexperts*.
- Van Herck, P. (2016). *Transformeren om te overleven in de zorg. Healthcare in het nieuwe tijdperk*. Leuven: Lannoo.
- Van Herck, P., & Staelraeve, S. (2015). *Community assisted self-management: van belofte naar realisatie*. Brussel: Voka vzw.
- Van Herck, P., & Staelraeve, S. (2016). *Go with the flow: value-based zorgintegratie en zorglogistiek*. Brussel: Voka VZW.

- Vandeurzen, J. (2014). Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019. afdeling Communicatie Departement Diensten voor het Algemeen Regeringsbeleid.
- Vandeurzen, J. (2015). Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Vlaamse Regering.
- Vandeurzen, J. (2015). Conceptnota Vlaamse sociale bescherming. Vlaamse Regering.
- Vandeurzen, Jo. (2016). Aanbevelingen goed bestuur in de welzijns- en zorgorganisaties. Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanhees, M. (2016). *Gezinszorg in een veranderde maatschappij: aan innovatie(nood) geen gebrek!* Wijgmaal: Intern document tav SERV/Stichting Innovatie & Arbeid.
- VAPH. (2014). *Meerjarenanalyse. Achteruit- en vooruitblik op de ondersteuningsbehoeften van personen met een handicap.* Brussel: VAPH.
- Verdonck, G. (2016). *Kennisdiffusie en innovatie bij Vlaamse kmo's.* Brussel: SERV/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Vermeerbergen, L., Van Hootehem, G., & Benders, J. (2016). Kwaliteit van arbeid in kleinschalige en genormaliseerde woonzorgcentra. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 32(4).
- Vermeiren, S. (2016, juli 23). Nog 15 jaar en rusthuizen staan leeg. Nieuwe woonvormen met mix van jong en oud zijn de toekomst. *Het Laatste Nieuws*.
- Vlaamse regering. (2015). Transversale beleidsnota Vlaanderen 2050. Brussel: Vlaamse regering.
- Vlaamse Regering. (2016, maart 7). Sectorconvenant 2016-2017 afgesloten tussen de Vlaamse Regering en de sociale partners van de social profit. Brussel: Vlaamse Regering.
- Vlaamse Regering. (2016). Sectorconvenant 2016-2017 afgesloten tussen de Vlaamse Regering en de sociale partners van de social profit. Vlaamse Regering.
- Voka Health Community mHealth. (2014). *mHealth als sleutel tot kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.* Brussel: VEVIA vzw.
- Voka Health Community wonen en zorg. (2014). *Onze visie op levensloopgeschied wonen voor ouderen in de 21ste eeuw.* Brussel: VEVIA vzw.
- Vranken, R., & Hermans, K. (2009). *Zorginnovatie: gebruikersgericht vernieuwen en veranderen Deel I & II.* Leuven: LUCAS.
- Wildiers (red.), P. (2013). *Dementie: van begrijpen naar begeleiden.* Antwerpen: Politeia.
- Zorgbedrijf Roeselare. (2013). Visienota. Externe verzelfstandiging van de marktgerichte activiteiten van het OCMW Roeselare samen met de stad. Het Zorgbedrijf Roeselare als toekomstgarantie voor een verantwoorde openbare zorgverlening. Roeselare.

Websites

organisatie/programma	website
Activ84health	https://www.activ84health.eu/
AIO & IWT-subsidie voor	http://www.vlaio.be/
Autismus Gent, vzw	http://www.autismus.be/
Cretecs	http://cretecs.khbo.be/
Cretecs led-zorgtechnologie	http://www.lednetwerk.be/led/zorgtechnologie
Curando Ruiselede, vzw	http://www.curando.be/
De Wingerd Leuven, vzw	http://www.wingerd.info/
De Zwaluw Vollezele, nv	http://www.rvtdezwaluw.be/
Demonstratieprojecten en Zorgproeftuinen Ouderenzorg	http://www.zorgproeftuinen.be/nl/projecten
EFRO	http://www.vlaio.be/efro
eHealthcommunity Voka	http://www.healthcommunity.be/
E-QUAL leerstoel Leonardo da Vinci	https://www.hogent.be/over-hogent/vakgroepen/orthopedagogiek/e-qual/leerstoel/
Etion	http://etion.be/
Europees Sociaal Fonds	http://esf-vlaanderen.be/
Expertisecentrum Dementie Vlaams-Brabant, Memo	http://www.dementie.be/memo/
Flanders Care	https://www.flanderscare.be/
Flanders Care Invest	http://www.vlaio.be/maatregel/flanders-care-invest-gearchiveerd
Flanders Synergy	http://www.flanderssynergy.be/
Gespecialiseerde thuisverpleging Groep Backaert Erpe Mere, bvba	http://groep-backaert.be/
GiD(t)s en Dominiek Savio Instituut Gits, vzw	http://www.gidts.be/
Hogeschool Odisee in Sint Niklaas	http://www.odisee.be/nl/verpleegkunde
In4Care	http://www.in4care.be/
Innovatienetwerk van het Agentschap Innoveren & Ondernemen	http://www.innovatienetwerk.be/
Landelijke Thuiszorg Leuven, vzw	http://www.landelijkethuiszorg.be/
LED Vlaanderen	http://www.lednetwerk.be/
LED Intelligente Zorg	http://www.lednetwerk.be/led/zorgeconomie
LED Zorgtechnologie	http://www.lednetwerk.be/led/zorgeconomie

organisatie/programma	website
LUCAS Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy	https://www.kuleuven.be/lucas/
Monnikenheide (Emmaüs) Zoersel, vzw	http://www.monnikenheide.be/
Nano4Health Project	http://www.nano4health.be/
Nieuw Industrieel Beleid Zorgeconomie	http://www.vlaio.be/nieuws/nieuw-industrieel-beleid-zorgeconomie
OLO, Diensten- en Begeleidingscentrum Openluchtvoeding Brasschaat, vzw	http://www.olo.be/
PRoF-leestoeel	http://www.prof-projects.com/prof-chair.html
SAR WVG	http://www.sarwgg.be/sarwgg
SCA - TENA (specialist in incontinentiezorg)	http://www.tena.be/
SERV/Stichting Innovatie & Arbeid	http://www.serv.be/stichting/
SOM	http://www.som.be/
strategisch basisonderzoek Cortexs	http://cortexs.be/doel/
thuiszorgorganisatie vleminkveld Antwerpen, vzw	http://www.thuiszorgvleminkveld.be/
Triamant Turnhout, nv	http://triamant.be/index.html
Unizo	http://www.unizo.be/
UNIZO – Federatie Vrije Beroepen	http://www.federatievrijeberoepen.be/
VAPH	http://www.vaph.be/vlafo/view/nl
Verso	http://www.verso-net.be/
Vitalink	http://www.vitalink.be/
VIVES West-Vlaanderen	https://www.vives.be/
VIVO	http://www.vivosocialprofit.org/
Vlaams Welzijnsverbond	http://www.vlaamswelzijnsverbond.be
VLOZO	http://www.vlozo.be/
Voka Health Community	http://www.healthcommunity.be/
VVSG	http://www.vvsg.be/
Zorgbedrijf Roeselare, publiekrechtelijke vereniging	http://www.zbroeselare.be/
Zorgnet-Icuro	http://www.zorgneticuro.be/

Afkortingenlijst

Afkorting	Omschrijving
BEL-profielschaal	Profiel schalen worden gebruikt om de zelfredzaamheid en zorgbehoefte te bepalen. voor een tegemoetkoming van de zorgverzekering (zorgkas) wordt meestal gebruik gemaakt van de BEL-score (ook wel BEL-profiel of BEL-foto genoemd).
BOB	Basisondersteuningsbudget
BOC	Basisoverlegcomité
CASMA	Community Assisted Self-Management.
CRZ	Centrale Registratie van Zorgvragen
cvba	Coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid
DOP	Dienst Ondersteuningsplan
eHealth	Toepassen van informatie- en communicatietechnologie algemeen
FAM	Flexibel Aanbod Meerderjarigen
KCE	Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MFC	Multifunctionele Centra
mHealth	Maakt gebruik van mobiele informatiedragers om informatie te verzamelen en te delen tussen de betrokkenen in de zorg (patiënten & zorgdragers)
Nomenclatuurcode	Elke medische of paramedische handeling heeft een code (staat voor het honorarium en voor het bedrag dat door het ziekenfonds wordt terugbetaald).
PVB	Persoonsvolgend Budget
PVF	Persoonsvolgende Financiering
ROB	Rusthuis of Rustoord voor Bejaarden
RTH	Rechtstreeks Toegankelijke Hulp
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
SHM	Sociale Huisvestingsmaatschappij
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
SAR WVG	Strategische adviesraad voor het Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid
Vergunde aanbieders	Vanaf 1 september 2016 zijn de erkende voorzieningen de vergunde aanbieders.
VIVO	Vlaams instituut voor opleiding en vorming in de social profit
VLOZO	Vlaams onafhankelijk zorgnetwerk
VVA	Vlaamse Vereniging Autisme
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
WHO	World Health Organisation

Zorgbedrijf	Publiekrechtelijke term voor OCMW-verenigingen die zich met zorg bezighouden, opgericht om diensten te verzelfstandigen. Synoniemen zijn zorgvereniging en zorggroep.
Zorgnetwerken	Ontstaan vanuit landelijke verenigingen en vanuit mantelzorg?

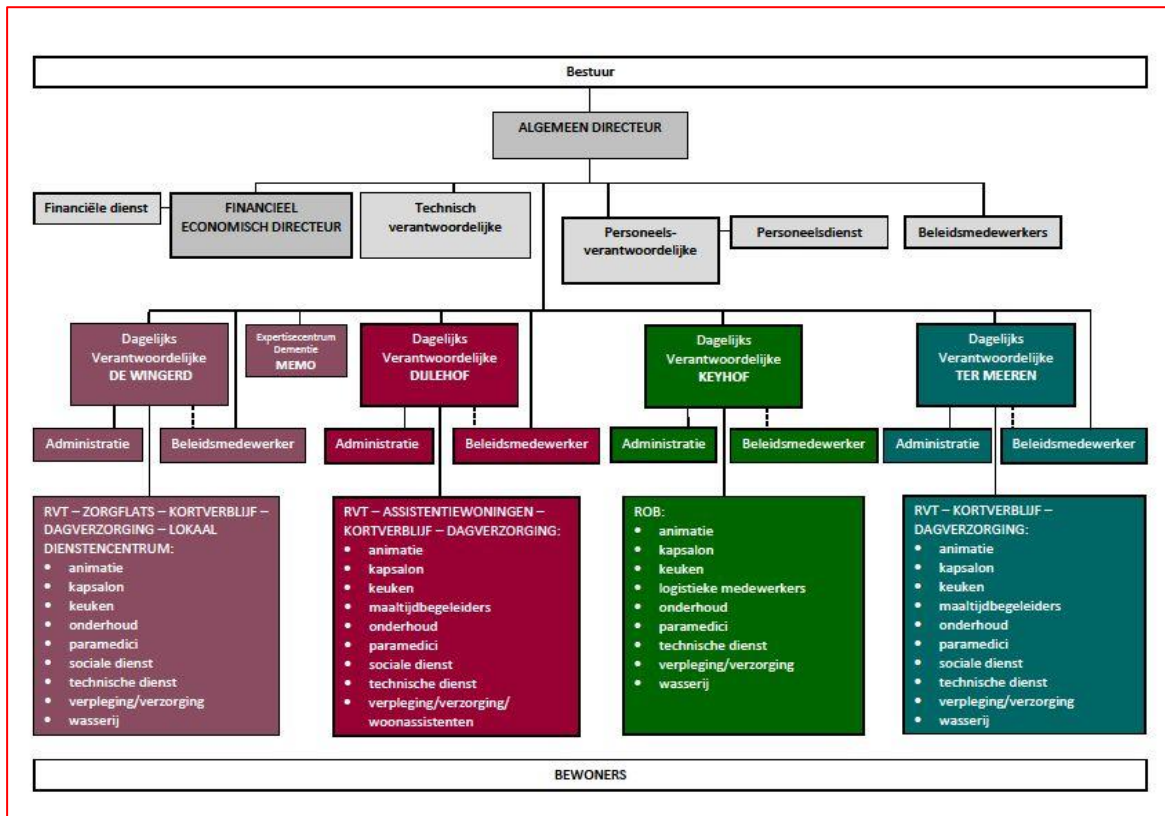
Lijst met figuren en tabellen

Figuur 1	VAPH concentrische cirkels van ondersteuning	20
Figuur 2	Informatiebogen bij digitale gegevensdeling	24
Figuur 3	Partners in zorg bij De Wingerd.....	36
Figuur 4	Kader van onderzoek naar zorg gerelateerde interventies (Odisee 2016)	44
Figuur 5	Voordelen van duurzaamheid binnen praktijkgericht onderzoek.....	47
Figuur 6	Triamant-buurt.....	48
Figuur 7	Triamant: Zorg dragen in vijf lagen	48
Figuur 8	De drie pijlers van de Triamant-buurt	49
Figuur 9	Triamants levendebuurtmodel	51
Figuur 10	De totstandkoming van een persoonlijk leefpad voor de Triamant-bewoner	53
Figuur 11	Dienstenpakket Zorgbedrijf Roeselare	56
Figuur 12	Organisatie-DNA 2019 thuiszorg vlemingveld.....	78
Figuur 13	Balanced Scorecard thuiszorg vlemingveld voor enkele factoren	79
Figuur 14	Organisatiemodel van een inter- en multidisciplinair zelfsturend team Backaert .	85
Figuur 15	Maatschappelijke tendensen vertalen naar aanbod in OLO	94
Figuur 16	Activiteiten Dominiek Savio Gid(t)s.....	101
Figuur 17	Het nieuwe dienstenmodel van Dominiek Savio	106
Figuur 18	Voedingsbodem en werkvormen voor innovatie in Monnikenheide.....	112
Figuur 19	Inclusie in twee richtingen met een continuüm van zorgondersteuning	113
Tabel 1	Vergelijking aantal erkende plaatsen VAPH 2009 - 2013	19
Tabel 2	Kerncijfers Dienstencentrum GID(t)S 2015.....	101

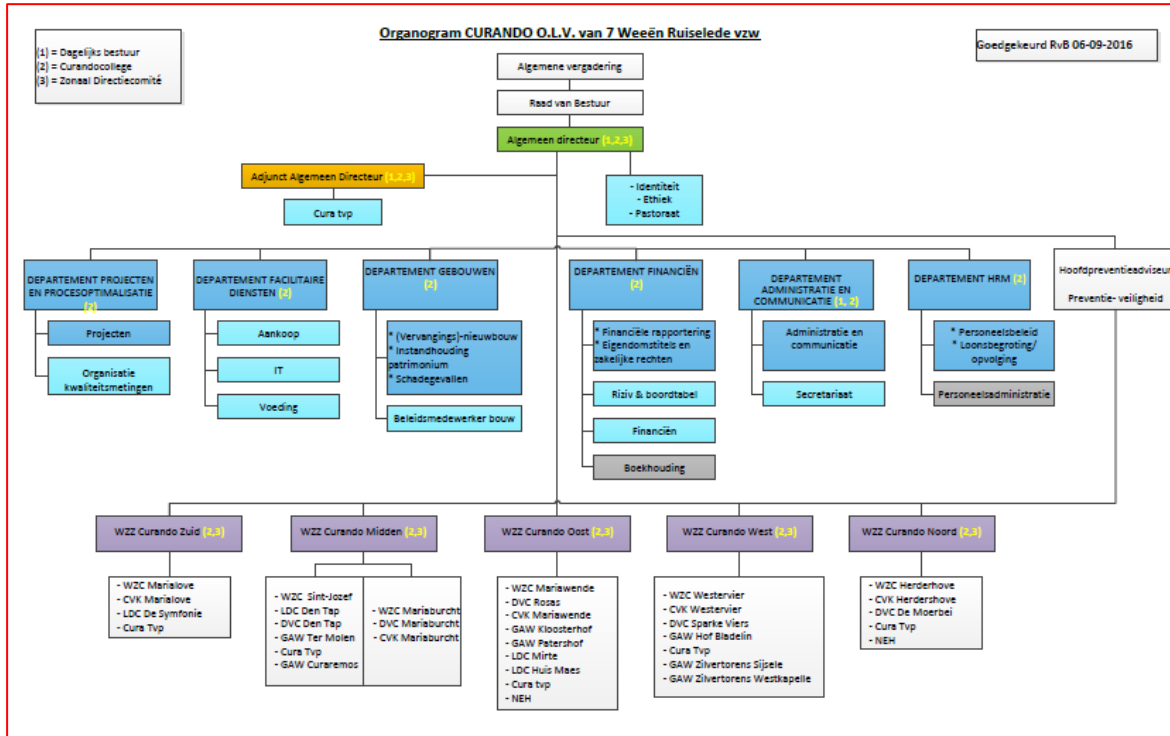
Bijlagen

Bijlage 1	De Wingerd: organigram	146
Bijlage 2	Curando: organigram	146
Bijlage 3	Triamant: organigram	147
Bijlage 4	Zorgbedrijf Roeselare: organigram	147
Bijlage 5	De Zwaluw: organigram	148
Bijlage 6	Landelijke Thuiszorg: organigram.....	149
Bijlage 7	thuiszorg vleminkveld: organigram	149
Bijlage 8	Groep Backaert: organigram	150
Bijlage 9	OLO: organigram	150
Bijlage 10	GID(t)S en Dominiek Savio Instituut: organigram	151
Bijlage 11	Monnikenheide: organigram	152
Bijlage 12	Autimismus: organigram.....	152
Bijlage 13	Topics in de gesprekken	153

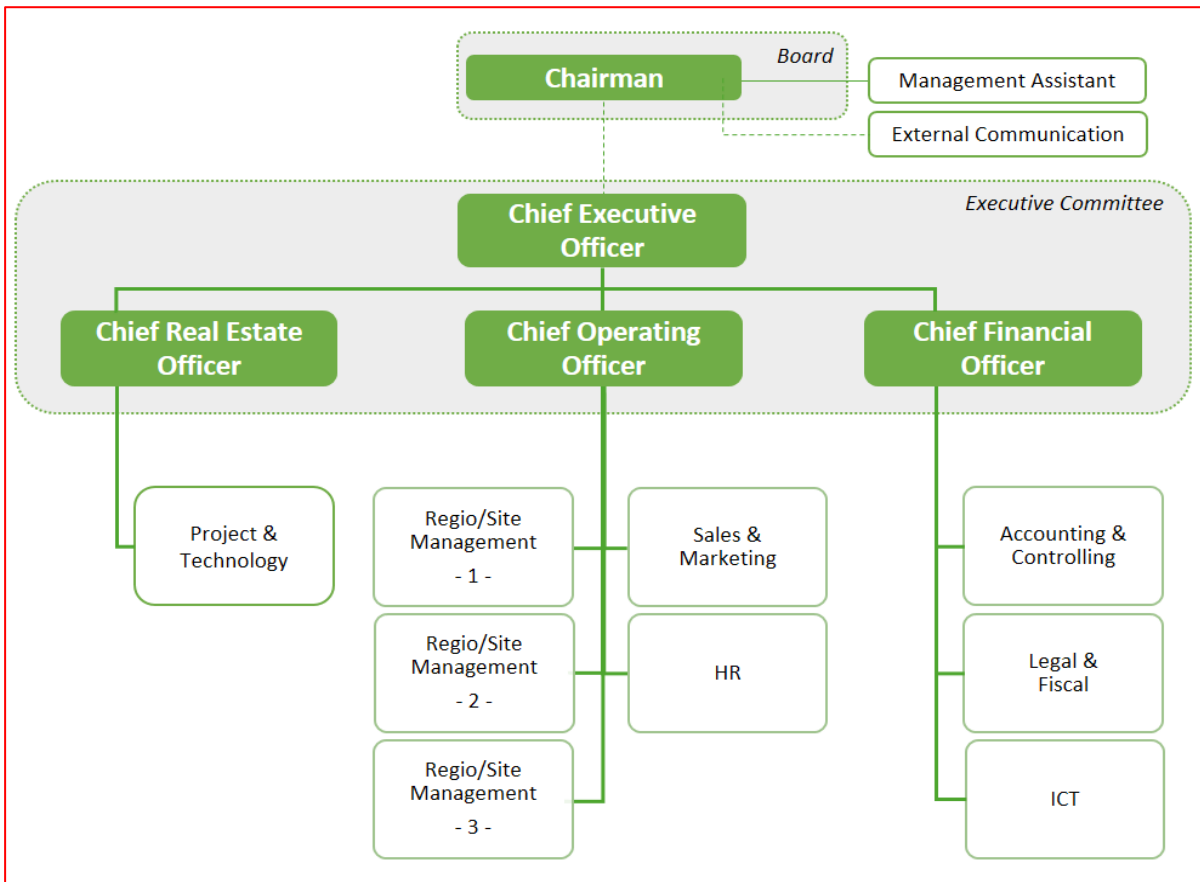
Bijlage 1 De Wingerd: organigram



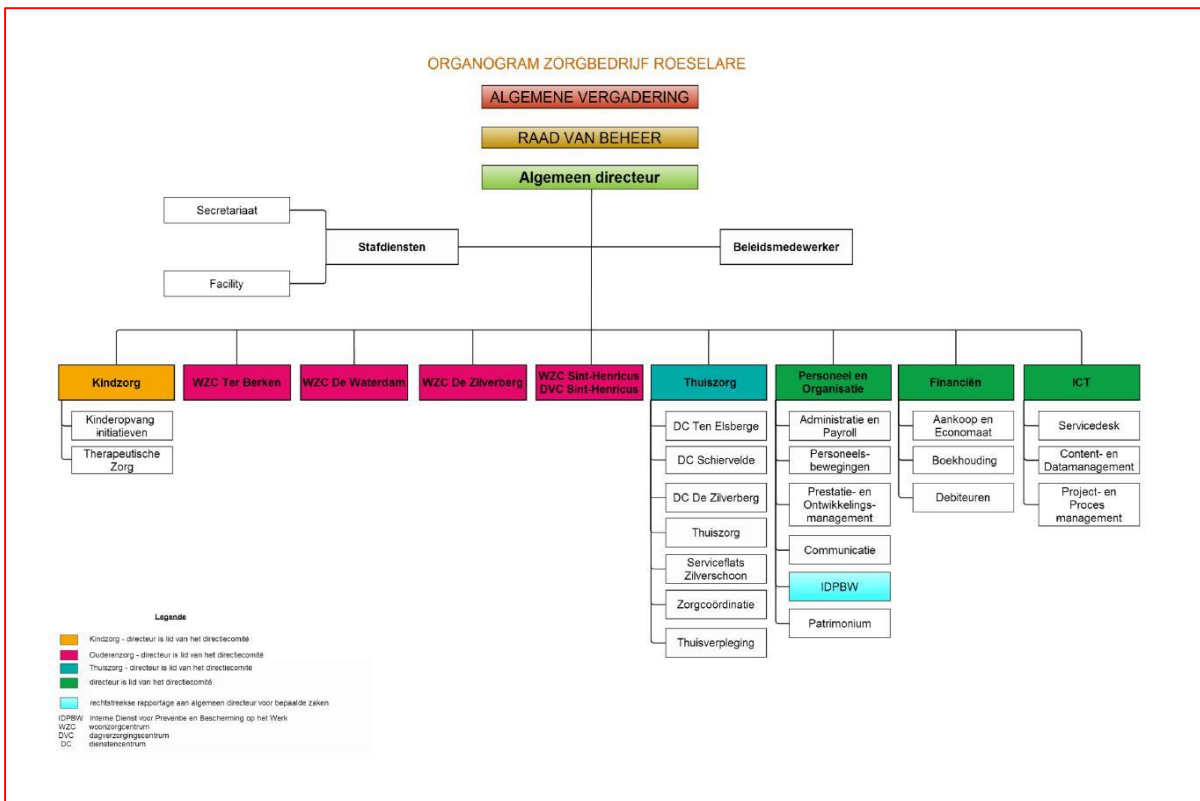
Bijlage 2 Curando: organigram



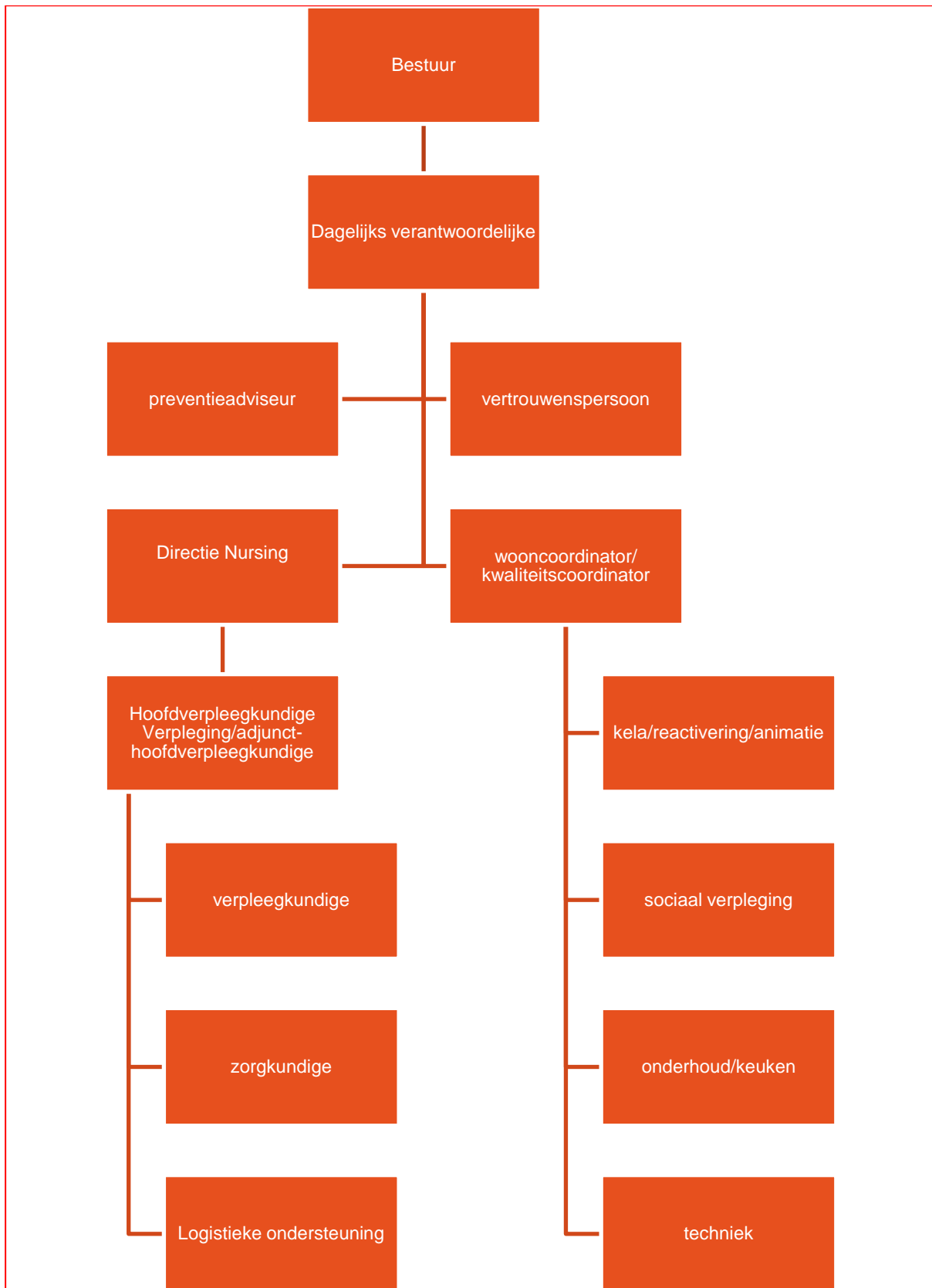
Bijlage 3 Triamant: organigram



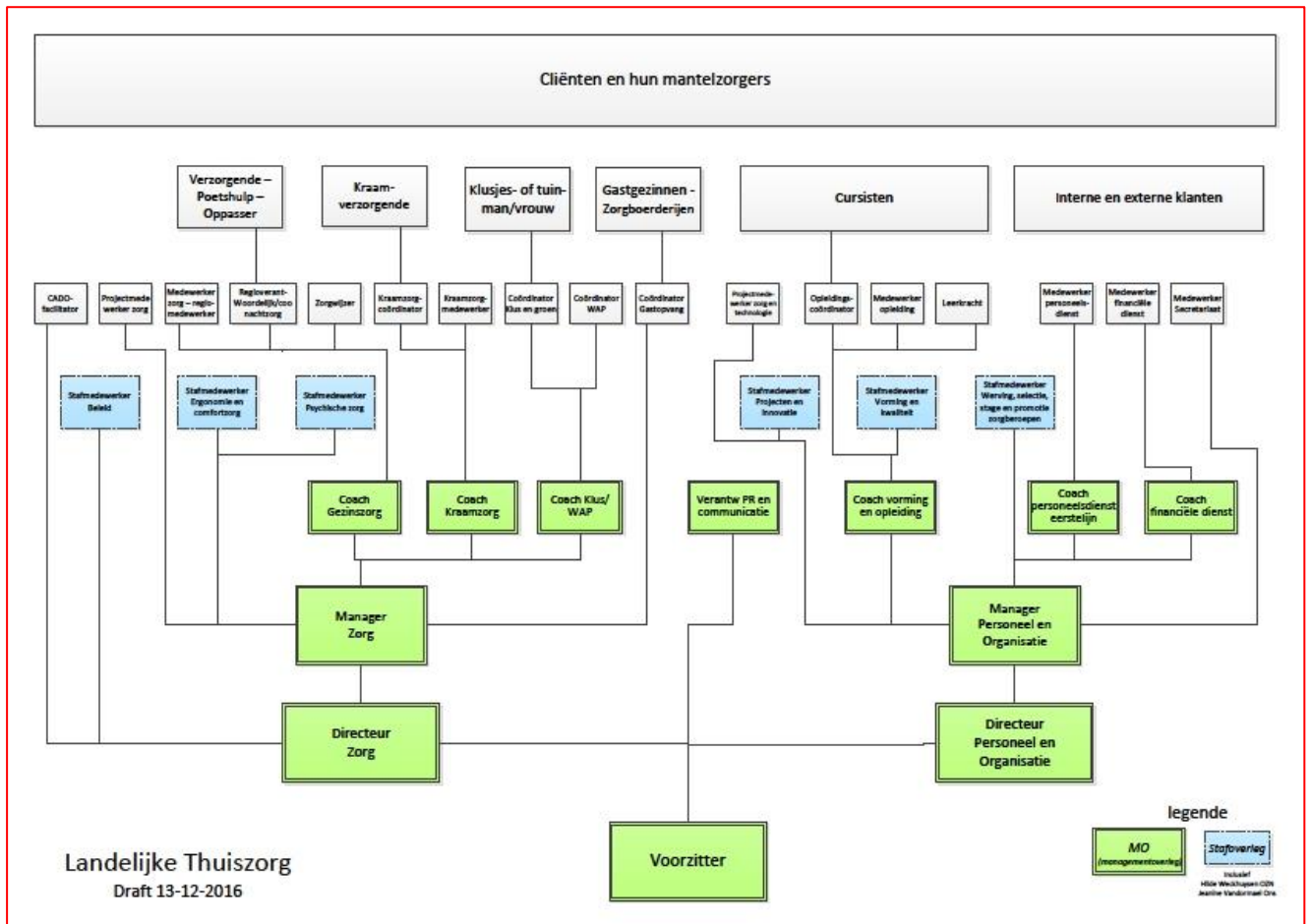
Bijlage 4 Zorgbedrijf Roeselare: organigram



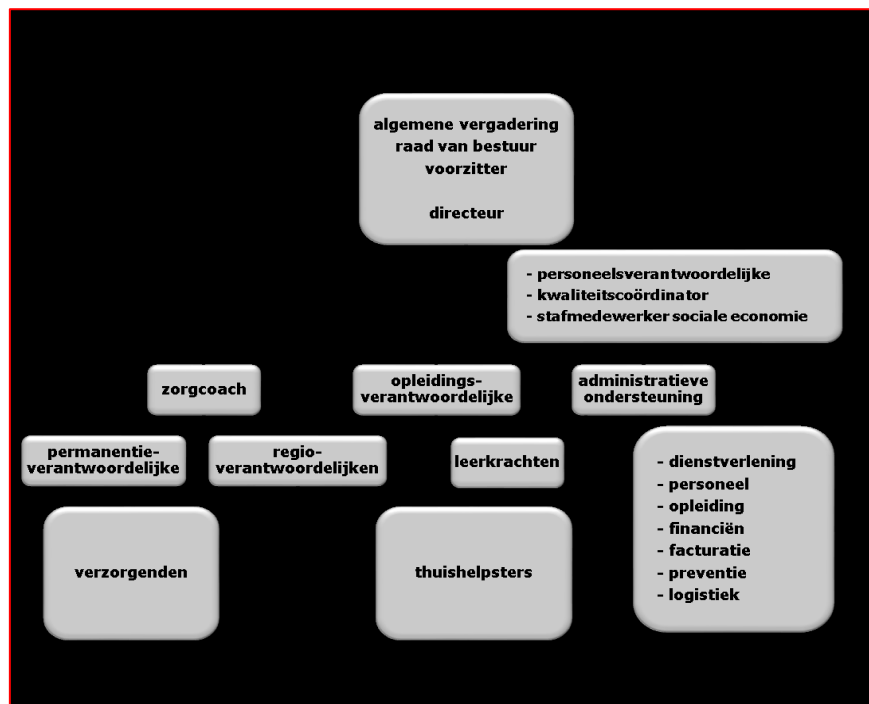
Bijlage 5 De Zwaluw: organigram



Bijlage 6 Landelijke Thuiszorg: organigram



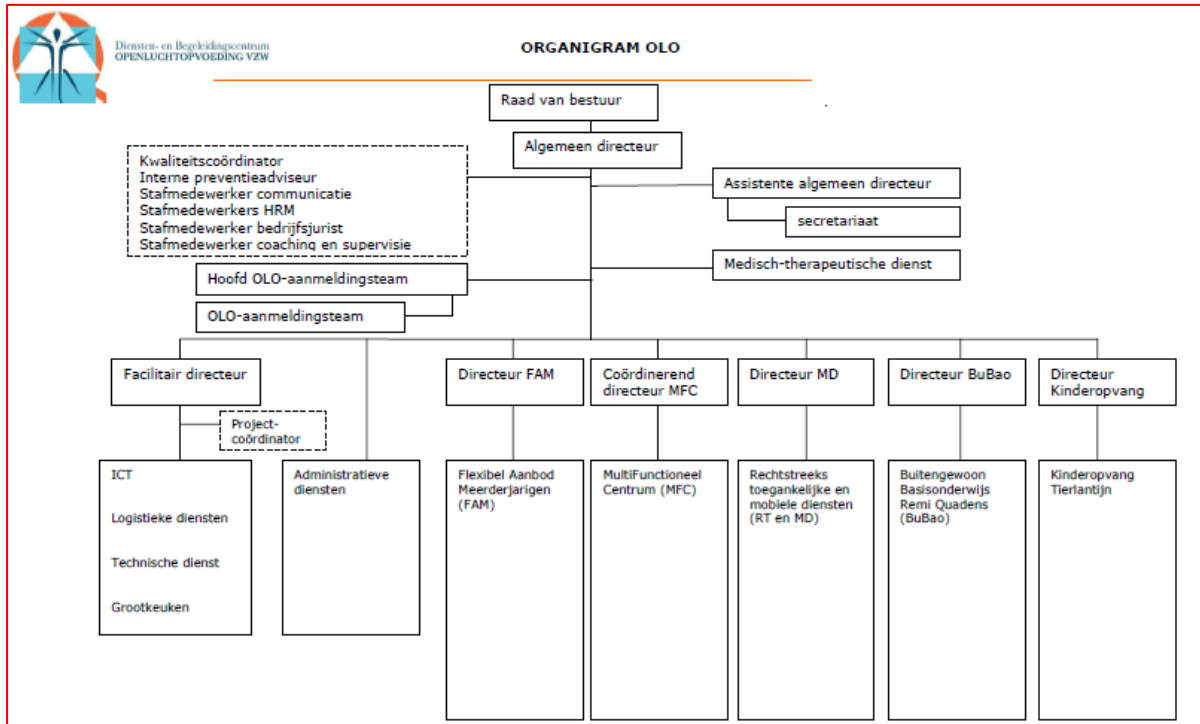
Bijlage 7 thuiszorg vleminkveld: organigram



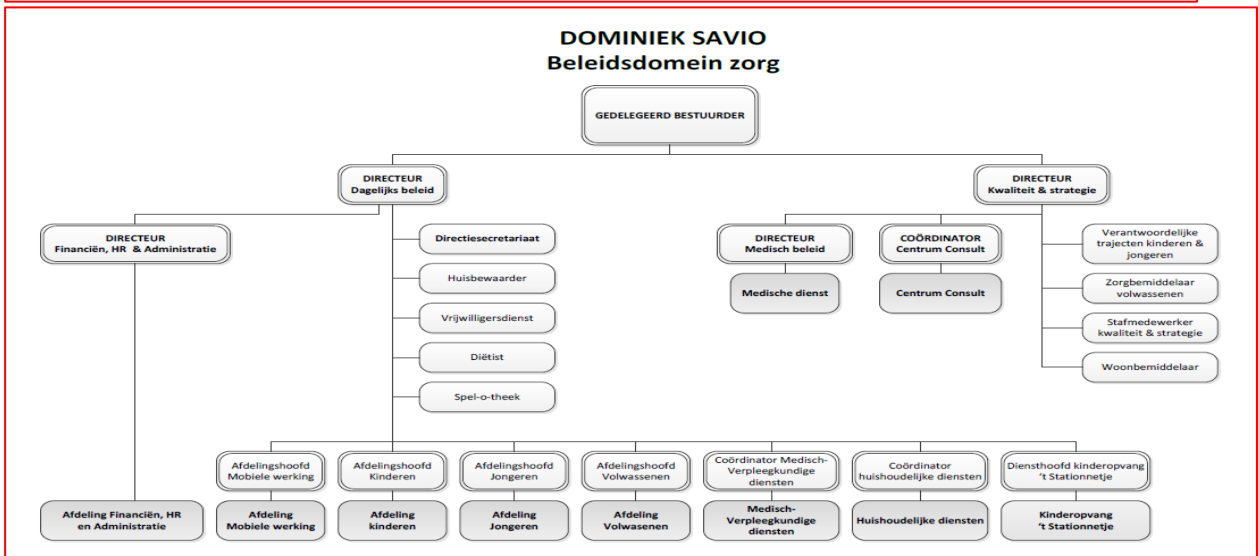
Bijlage 8 Groep Backaert: organigram

Groep Backaert werkt enkel met zelfstandige medewerkers.

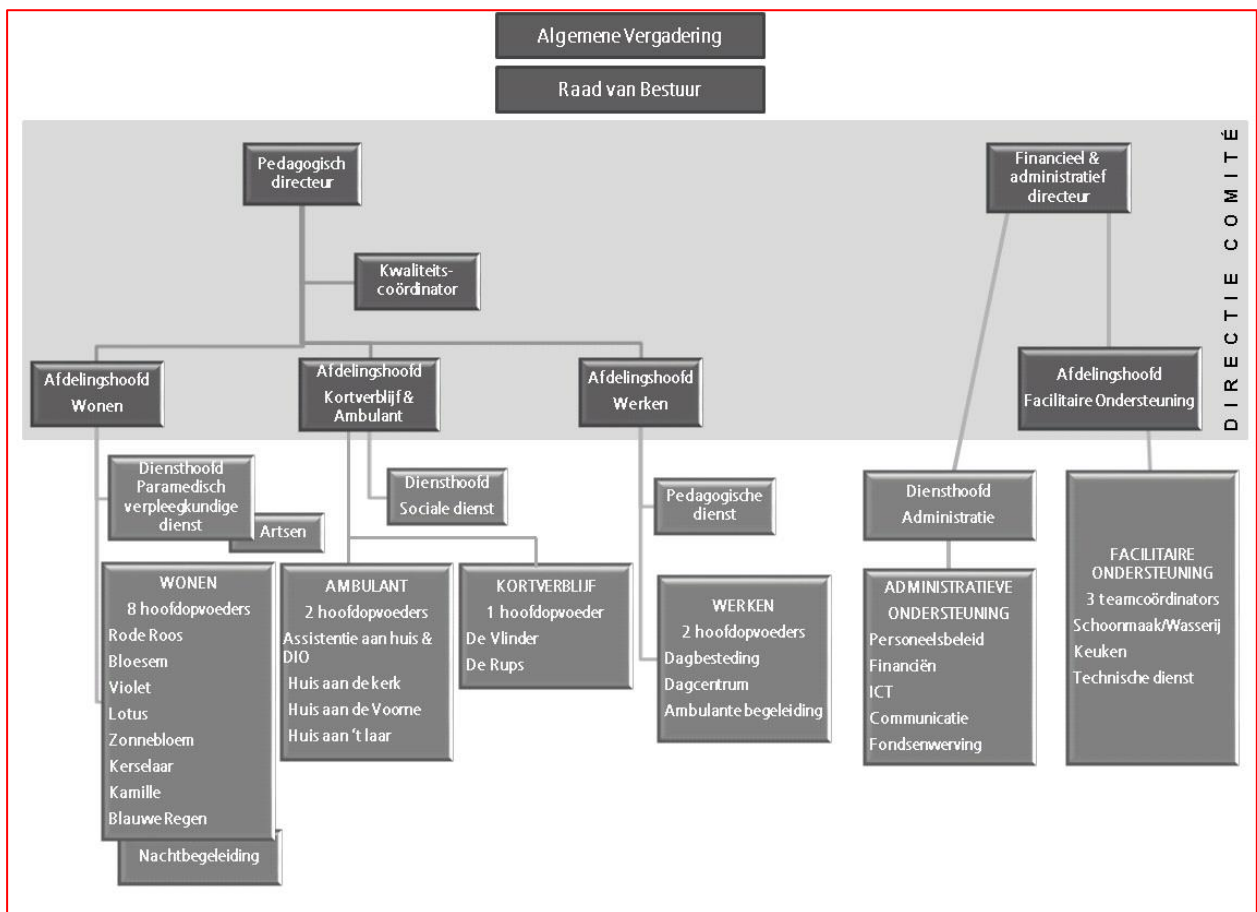
Bijlage 9 OLO: organigram



Bijlage 10 GID(t)S en Dominiek Savio Instituut: organigram



Bijlage 11 Monnikenheide: organigram



Bijlage 12 Autismus: organigram

Autismus is een vzw zonder betaalde medewerkers en bestaat voornamelijk uit een Raad van Bestuur en vrijwilligers.

Bijlage 13 Topics in de gesprekken

▀ Topics in voorgesprekken

In de voorgesprekken is – afhankelijk van de gesprekspartners – gepeild naar informatie over de (sub-) sector, de trends in innovatie, de problemen en de ondersteuning door de overheid.

- Historiek & activiteiten ivm innovatie in de sector
- Nuttige informatie/verwijzingen
- Ideeën voor project StIA

▀ Topics in casestudies

Hieronder geven we een overzicht van de topics in de gesprekken in de organisaties en ondernemingen.

Algemeen

- Kunt u kort iets vertellen over wat uw organisatie of onderneming doet (historiek en activiteiten) en vanuit welke missie/visie wordt vertrokken?
- Wat is uw eigen rol daarin?
- Heeft uw organisatie of onderneming recent belangrijke transformatieprocessen doorgemaakt? Zo ja, welke? Wat was de aanleiding hiervoor? Wat was het resultaat?
- Wat is voor u innovatie?
- Hoe kijkt u in het algemeen aan tegen vernieuwingen, veranderingen, innovatie? Welke uitdagingen komen nog op uw organisatie of onderneming af? Welke kansen/problemen ziet u voor de toekomst?
- Wat ziet u als de belangrijkste stimulerende factoren van innovatie (voor uw organisatie of onderneming en sector), en wat als de belangrijkste remmende factoren? Waarom?
- In welke mate wordt innovatie getriggerd vanuit problemen? In welke mate vanuit opportuniteiten die zich intern of extern voordoen?

Concrete innovaties

- Hoe wordt de nood tot vernieuwing in uw organisatie of onderneming vastgesteld? Is er iemand in de organisatie of onderneming verantwoordelijk voor het opvolgen van vernieuwingen in de sector? Hoe worden signalen gecapteerd?
- Kunt u specifiek inzoomen op vernieuwingen die een link hebben naar het organisatorische vlak? Naar de bedrijfsvoering/het organisatiemodel?
- Heeft u recent te maken gehad met technologische vernieuwingen of vernieuwingen op het vlak van ICT of digitalisering die impact op uw organisatie of dienstverlening hebben? Of verwacht u hier bepaalde zaken voor de nabije toekomst? Zo ja, welke? Hoe belangrijk zijn technologische vernieuwingen en evoluties in de ICT voor uw onderneming of organisatie? Hoe kijkt u daar tegen aan?

Samenwerking en kennisdiffusie

- Uit welke bronnen haalt u informatie om te vernieuwen, te veranderen?
- Werkt u met andere organisaties en ondernemingen samen? Wie? Hoe?
- Hoe maakt u werk van het delen van kennis, binnen/buiten de organisatie?

- Hoe kijkt u aan tegen de rol van de medewerkers (personeel) op het vlak van innovatie en het opbouwen en delen van kennis en vaardigheden? (of: tegen de rol van collega's indien u een zelfstandige zonder personeel bent)
- Hoe kijkt u aan tegen de rol van de gebruiker of zorgvrager (en hun familie/vrienden/vertegenwoordigers) op het vlak van innovatie opbouwen en delen van kennis en vaardigheden?
- Hoe kijkt u aan tegen de rol van de bestuurders/aandeelhouders/leden van de algemene vergadering?
- Welke rol spelen anderen, zoals: media (sociale media), internet, vakliteratuur, adviseurs/ingenieurs/ontwikkelaars/ consultants, banken/boekhouders, bedrijfsrevisoren trainingsbureaus, kennis- en onderwijsvoorzieningen, beroepsfederaties/koepels?
- Worden werknemersvertegenwoordigers betrokken? Welke rol speelt het sociaal overleg binnen uw organisatie op vlak van innovatie?
- Is de lokale inbedding op een of andere manier van belang: de buurt, lokale of regionale partners? Welke rol ziet u hiervoor?
- Hoe kijkt u aan tegen samenwerking over (sub)sectoren heen? Welke initiatieven neemt u daar zelf? Hoe kijkt u daar tegen aan?

Rol overheid

- Welke rol spelen de overheid (fiscaal, subsidies, reglementeringen/wetten, ...) en de administratieve diensten in de innovatie van uw organisatie of onderneming? Remmend? Stimulerend? Impact van verplichtingen?
- Welke rol speelt het beleid binnen Zorg en Welzijn (Vlaams/federaal) t.a.v. het innovatiebeleid in uw organisatie of onderneming? Wat loopt goed? Wat kan beter? Wat verwacht u van de overheid ter zake?
- Op welke punten ondersteunt het Vlaams innovatiebeleid het innovatiebeleid in uw organisatie of onderneming? Wat loopt goed? Wat kan beter? Wat verwacht u van de overheid ter zake?