

Workshop 1 : Demonstratie van VitalHealth 'Keten Informatie Systeem'

In deze workshop werd per livestream vanuit Nederland een demonstratie gegeven van VitalHealth "KIS" (Keten Informatie Systeem). KIS is een ICT-tool, een multidisciplinair informatiesysteem voor integrale zorg waarmee men tracht een optimale ondersteuning te bieden voor de behandeling aan personen met (meerdere) chronische aandoeningen, uit de geestelijke gezondheidszorg of ouderenzorg. Dit systeem wordt momenteel in Nederland gebruikt voor detectie en toeleiding van de kwetsbare ouderen. Vraag is of dit wenselijk/toepasbaar/realistisch is in Vlaanderen? De gebruikersgroep gaf hierover hun mening en gaf aan wat D-SCOPE moet meenemen in verder onderzoek.

Deelnemers:

Lieselot Cole	Stad Aalst
Jannie Hespel	Thuishulp
Ilse Renders	Careville
Veerle Hobin	Zorgbedrijf Antwerpen
Jos De Neve	ARGUS innovation consort
Herwig Teugels	Kenniscentrum Woonzorg Brussel
Karel Hermans	Thuiszorgplatform OCMW Knokke-Heist

Moderatoren: Prof. Dr. Eva Dierckx, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers en Prof. Dr. Jos Schols

Notulisten: Michaël Van der Elst en Daan Duppen

Voordelen Keten Informatie Systeem

Het is mogelijk om dit systeem steeds verder uit te bouwen zodat een totaal **netwerk** wordt gevormd rond de zorgvrager. Dit netwerk van formele en informele zorgverleners draagt het systeem. In een vroeg stadium kan zo'n systeem al opgestart worden om ageing in place mogelijk te maken. Het zou ideaal zijn om het systeem dusdanig uit te breiden dat ook informatie over de **omgeving** wordt opgenomen: Van drempels aan de deur tot alle ondersteuningskanalen uit de directe omgeving. Buurtgerichte zorg ontbreekt nog in dit systeem.

Kritische bedenkingen en noden

Nood aan communicatieplatform met gedifferentieerde toegang. Dit systeem is arts-gericht is of vertrekt vanuit de formele zorgverlening. De casemanager van het systeem kan de huisarts zijn maar ook iemand anders. Wie de casemanager is, kan op termijn nog besproken worden en dat mag ook verschillen per regio waar het systeem gebruikt wordt. Het gebruik van dit systeem kan bepaalde zaken gemakkelijker maken en er zal sneller kunnen gewerkt worden met informatie. Maar, er schuilt gevaar dat de gebruikers over het hoofd van

de oudere gaan beslissen. Er is consensus dat de regie van een ICT tool bij de oudere moet liggen: die bepaalt wie toegang heeft tot welke aspecten en waar iemand geen toegang tot krijgt. De informele zorgverleners moeten ook zaken kunnen aangeven of corrigeren zodat een *werk-, behandel- of opvolgingsplan* ontstaat.

Nood aan interoperabel systeem: In het verleden werden er al projecten gedaan die achteraf niet werkbaar bleken te zijn. Het is belangrijk dat de bestaande systemen van nu, zoals het verpleegkundig dossier of andere systemen die al gebruikt worden in de thuiszorg, kunnen geïntegreerd worden of kunnen communiceren met elkaar. Er wordt anders dubbel werk gedaan en daar haken gebruikers van het systeem op af.

Als het systeem bestaat moet het ook verplicht kunnen worden om te gebruiken, of het gebruik ervan moet gestimuleerd worden d.m.v. incentives.

Link met bestaande Vlaamse tools. We zagen nu een voorbeeld uit Nederland en we moeten dit systeem dan ook in de Nederlandse context zien. Het is nog te vroeg om te bekijken waar het Vlaamse systeem minimaal aan moet voldoen. Dit kan in een volgende gebruikersgroep nog overlegd worden. Vandaag bestaan er al **toepassingen** die bijvoorbeeld valdetectie registreren. Het includeren van informatie uit dergelijke technologie die in huis wordt toegepast, maar ook informatie uit gezondheidsapplicaties van tablets of smartphones, tot apparaten in de toekomst die meteen laboresultaten kunnen weergeven of voorspellingen doen moeten via dit systeem kunnen doorgestuurd worden naar bijvoorbeeld de casemanager. ICT in de zorg staat er nog niet overal, maar het merendeel is klaar en ook veel ouderen kunnen hier mee werken. De groep die hier niet vlot mee werkt mogen we niet over het hoofd zien, zodat er geen groep **digitaal kwetsbare** ouderen ontstaat. Tenslotte moet dit systeem zeker te linken zijn met Vitalink. Daarover lopen reeds gesprekken.

Workshop 2: profiel van kwetsbare ouderen, hoe detecteren in de praktijk?

Tijdens deze workshop werd informatie verzameld omtrent de visie van de praktijk met betrekking tot de onderzoeksresultaten uit de eerste fase van het onderzoek (zie paper 'Preventie en kwetsbaarheid: Profielen/risicogroepen onder kwetsbare ouderen') en in welke mate deze bevindingen geïmplementeerd kunnen worden binnen het werkveld. De bevindingen werden tijdens de gebruikersgroep voorgesteld en meegegeven aan de aanwezigen onder de vorm van een artikel (draft versie van Nederlandse paper voor het Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie).

Deelnemers:

Frans Theys	Ouderenzorg Alexianen Zorggroep Tienen
Sophie Beyers	Steunpunt Mantelzorg
Stefaan Berteloot	Kabinet minister Jo Vandeuren
Jan lambrecht	OCMW Gent
Patricia Stokx	Focus-Plus
Hendrik Van Gansbeke	Wit-Gele Kruis Vlaanderen
Nicolas De Vos	Dienst Maatschappelijk Werk - Socialistische Mutualiteiten
Katia Sette	OCMW Gent
Jan Dhondt	Stad Oostende
Herman Vyverman	Zorgplatform regio Aalst
Kristel Peeters	zorg 24 Tienen-Hoegaarden
Bart Neels	Innovation Dynamics

Moderatoren: Prof. Dr. Dominique Verté en Dr. Sarah Dury

Notulisten: Ellen De Roeck en Deborah Lambotte

Wat kan de praktijk met de onderzoeksresultaten doen? In welke mate vormen deze uitkomsten een meerwaarde binnen het werkgebied?

Volgens het merendeel van de deelnemers zijn de profielen bruikbaar in de praktijk. De deelnemers geven aan dankzij de profielen meer gericht te kunnen werken in de praktijk. Bovendien geeft het de organisaties de kans om (potentieel) kwetsbare ouderen beter te bereiken, om met beperkte middelen maximale resultaten te behalen. Verder geven de deelnemers aan dat het onderzoek hulpverleners kan bewustmaken dat kwetsbaarheid niet louter fysiek is. Hierdoor kunnen preventieve acties en hulpverlening meer op maat gegeven worden.

De onderzoeksresultaten kwamen niet altijd overeen met de verwachtingen van de deelnemers.

- Zo was er een lichte verbazing bij sommigen dat ouderen met veel formele zorg, vaak ook kwetsbaarder zijn. Ook de onderzoeksbevindingen dat sociale ondersteuning en netwerken geen relatie hebben met kwetsbaarheid kwam onverwachts aan voor een aantal deelnemers. Deze resultaten worden genuanceerder omschreven in de volledige onderzoekspapers.
- Desalniettemin vinden de deelnemers de profielen en onderzoeksresultaten zeer bruikbaar. Dankzij de profielen kunnen organisaties een kwetsbaarheidsprofiel maken van de ouderen verbonden aan de organisatie. Volgens de deelnemers is voor detectie en interventie van kwetsbaarheid bij ouderen echter nood aan samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en organisaties.

Wat verwacht men van toekomstig onderzoek? Waar moet men rekening mee houden?

- nood aan meer inzicht in de relaties en verbanden tussen de verschillende kwetsbaarheidsdomeinen onderling en met de verschillende protectieve- en risicofactoren.
- aandacht voor kantelmomenten in het leven van ouderen wanneer we kwetsbaarheid onderzoeken.
- belang van empowerment zowel voor de oudere, professional als de gemeenschap besproken. Hierbij werd benadrukt dat alle drie de actoren empowered dienen te worden en dat dit geen gemakkelijk proces is. De deelnemers vroegen zich vooral af hoe mensen effectief empowered kunnen worden. De deelnemers geven aan dat er hiervoor een mind-shift nodig is. Voor de oudere zelf zou op tijd starten met empoweren en bereikbaarheid van hulp indien nodig dit proces kunnen bevorderen. Voor professionals zou opleiding hierbij kunnen helpen. Voor gemeenschappen dient er een soort shift in het denken plaats te vinden.
- buurten en gemeenschappen zijn belangrijke actoren waar de nodige aandacht voor moet zijn in onderzoek. Zo wordt hulp aan ouderen soms ook aangeboden door de buurt. Professionals moeten oppassen dat zij deze onzichtbare hulp niet overnemen.
- aandacht voor de mantelzorgers: mantelzorgers zijn namelijk niet enkel hulpverleners maar kunnen ook kwetsbaar zijn.

Tot slot raadden de deelnemers aan om digitale kwetsbaarheid ook te includeren binnen onderzoek. Digitale kwetsbaarheid kan namelijk een rol spelen op andere vormen van kwetsbaarheid. Bovendien kan ICT zorg en kwetsbaarheid ondersteunen.

Workshop 3 : Visie op kwetsbaarheid

In deze workshop werd de visietekst van D-SCOPE besproken en aan de leden van de gebruikersgroep gevraagd hun mening hierover te delen. Er werd tijdens de workshop gebruik gemaakt van elektronische stembakjes.

Deelnemers:

Marc Koninckx	Familiehulp vzw
Sophie Lambrechts	Vzw Liever Thuis LM
Nathalie Sluyts	Vlaamse Ouderenraad
Louis Paquay	Wit-Gele Kruis Vlaanderen
Muriel Milleville	OCMW Gent
Karen Horr�	Ziekenzorg CM
Sabine Temmerman	VLOCO
Bianca Ceccarelli	Zorgproeftuinen CareVille, Universiteit Hasselt, LifeTechLimburg
Pien Bos	Universiteit voor Humanistiek
Mirion Brands	Vugherstede
Tine Vandensande	Koning Boudewijnstichting

Moderatoren: Prof. Dr. Nico De Witte, Prof. Dr. Liesbeth De Donder, Prof. Dr. Tinie Kardol

Notulisten: Bram en Anne

Kort samengevat

- De volgende pijler ontbreekt: (1) informele zorg en vrijwilligers in de zorg expliciet benadrukken als titel in de visietekst, met daarbij behorend de integratie met formele zorg
- Pijlers die vooral van belang zijn binnen het onderzoek: (1) preventie; (2) buurtgerichte zorg; (3) een goede woon- en leefomgeving; (4) socio-economische ongelijkheid en (4) (in)formele zorg. (waarbij informele zorg ook weer nodig is om het buurtspect mogelijk te maken).
- Andere belangrijke, te onderzoeken, punten zijn: (1) juridische en economische aspecten; (2) mogelijkheden tot community-building; (3) maatschappelijke evoluties en hoe hierop in te spelen; (4) het slaan van bruggen en de integratie tussen zorg en welzijn; (5) levenskwaliteit (ook hoe meet je dit).

1. Ontbreken er pijlers?

Ja: 17%

- Informele zorg: dit valt nu onder de andere pijlers (bijv. bij empowerment), maar zou meer expliciet benoemd moeten worden. Tevens is de integratie / matching van informele en formele zorg belangrijk, "er moet nog veel intenser samengewerkt en afgestemd worden".

- Vrijwilligers: zij zijn een aparte groep, zowel binnen als buiten de organisaties, en zijn belangrijk voor verschillende pijlers (bijv. sociale participatie).

2. Welke pijler vindt u de belangrijkste voor ons onderzoek? Waar moeten we volop op inzetten?

- Preventie en buurtgericht: beide 29%
- Ageing well at home, sociaal-economische ongelijkheid, andere (informele zorg): allen 14%

Preventie

Staat vooral op nummer 1 omdat veel van de andere pijlers hier binnen te kaderen zijn.

- Preventie werd ook door ouderen (in burgerlabo) naar voren geschoven ("*het preventief organiseren van zorg*"). Het is van belang om mensen zo lang mogelijk gezond te houden, dus niet pas ingrijpen als iemand ziek is. Burgers willen een soort inversie van het systeem: je gaat naar je arts om gezond te blijven.
- Belangrijke aspecten van preventie zijn (onder andere):
 - Empowerment
 - Informatievoorziening (bijv. over diensten die worden aangeboden), mensen zijn namelijk vaak onvoldoende geïnformeerd
 - Woonomgeving (je kunnen verplaatsen (openbaar vervoer), mogelijkheden voor sport om in beweging te kunnen blijven, etc.)
 - Kwaliteit woning (want die is vaak ontoereikend)

Buurtgericht

- De overheid spreekt enkel over empowerment van de patiënt (wat an sich natuurlijk goed is), maar het is belangrijk om ook aandacht te vestigen op empowerment van de buurt
- Het aspect van de buurt zit ook in de informele zorg.

Sociaal-economische ongelijkheid

- Wat indien iemand met een laag inkomen, zonder premies (bijv. woonbonus) aanpassingen nodig heeft in de woning? Er is sprake van ongelijkheid. Kan omgezet worden naar een preventief iets; mensen de mogelijkheid geven tot een goede leefomgeving.
- Inkomen kan nodig zijn om uit een sociaal isolement te geraken (bijv. kaartclub)

Formele zorg

- Deconcentreren: naar de mensen toegaan, uit hun schulp krijgen

Informele zorg (andere)

- Buurtaspect: mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven, de mensen uit de omgeving zijn een belangrijk aspect om dit mogelijk te maken

En verder, belangrijke punten om op te focussen:

- Inzicht in juridische, financiële en economische aspecten van buurtgerichte zorg is nodig voor de daadwerkelijke implementatie. Hoe kan dit systeem gefinancierd worden? Hoe kan dit systeem betaalbaar zijn voor de cliënt? Wat zijn implicaties voor wetgeving? Etc.
- Hoe kan je "empoweren", en dan met name de buurt? Hoe kan je aan "community-building" doen? Welke vragen moet je dan stellen?
- Bij transitieprojecten van formele zorg naar informele- en buurtgerichte zorg moet er een brug geslagen worden. Men moet "*sensitief gemaakt worden voor wat er in de omgeving gebeurt*", de verbinding moet gemaakt worden.
- Het is van belang om te kijken welke interventies op welk niveau werken? Focus daarom op buurtgerichte interventies. Werken buurtgerichte interventies? Welke werken, welke niet? Waarom?
- Mensen op het platteland zullen andere behoeften hebben dan mensen in de stad; zij hebben bijvoorbeeld geen voorzieningen in de buurt
- De integratie tussen (en misschien ook wel binnen) welzijn en gezondheid is van belang > bruggen bouwen, ook tussen disciplines.
- Levenskwaliteit is belangrijk, wordt ook door ouderen zelf naar voren geschoven
 - o Het is belangrijk om goed te bekijken hoe je dit meet/operationaliseert. Het perspectief van de oudere is van belang. Noem dit echter niet subjectief, maar eerder kwalitatief/ persoonsgebonden (ouderen interpreteren 'subjectief' negatief: "een ervaring van een patiënt is niet subjectief, er zitten ook factuele elementen in").