

# Duurzame implementatie van technologie in de gehandicaptenzorg: Over deelnemers, vraagstukken en ervaringen uit de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls

**Auteurs** A. van der Poel, N. Vos, H. Buimer, M. ter Stal, S. van der Weegen, M. Gielissen & B. Boon

## 1. Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) startte in 2018 het programma Volwaardig leven om de gehandicaptenzorg meer passend en toekomstgericht te maken. Een van de deelprogramma's is de Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg (Ministerie van VWS, 2019a). Het doel van de Innovatie-impuls is dat het gebruik van technologie vanzelfsprekend wordt in de zorg voor mensen met een beperking. Dat lukt alleen als, ten eerste, de technologie aansluit bij de vragen van mensen met een beperking: de technologie moet erop gericht zijn hun kwaliteit van bestaan te verbeteren. En, ten tweede, als technologie op de juiste manier in de zorgorganisatie wordt ingevoerd. Dat betekent dat de zorgorganisatie vanaf de start moet optrekken met cliënten en naasten om inzicht te krijgen in vraagstukken, om daarna samen met zorgverleners en IT- en andere collega's te kijken hoe de geselecteerde technologische oplossing ingebed kan worden in de dagelijkse praktijk. Binnen de Innovatie-impuls werken zorgorganisaties aldus aan de duurzame implementatie van technologie, met ondersteuning van adviseurs en onderzoekers van Vilans en Academy Het Dorp.

*Veel innovaties blijven als het ware steken in de ontwikkelfase en na een klein haalbaarheidsonderzoek blijft implementatie in de zorg uit.*

### 1.1 Aanleiding Innovatie-impuls

Deze ondersteuning is nodig omdat brede opschaaling van technologische oplossingen in de setting van de gehandicaptenzorg (nog) niet gerealiseerd is. Het blijft veelal bij beperkte pilots waarin technologische

oplossingen worden uitgetest, maar uiteindelijk slechts kortdurend worden gebruikt (WHO, 2019; Wouters et al., 2019). Veel innovaties blijven als het ware steken in de ontwikkelfase en na een klein haalbaarheidsonderzoek blijft implementatie in de zorg uit. Bij bestaande innovaties of technologische oplossingen die een zorgorganisatie zou willen implementeren, blijft duurzame inbedding in de zorg achter (WHO, 2019; Ministerie van VWS, 2019a). Dat heeft verschillende oorzaken (zie o.a. Boot et al., 2018; Ross et al., 2016), zoals onvoldoende aandacht voor het feit dat technologische oplossingen veranderingen in bestaande zorgprocessen met zich meebrengen. Ook vraagt inzet van technologie om nieuwe vaardigheden van zowel cliënten als zorgprofessionals, die 'ingesleten' moeten worden. In veel gevallen is er geen of weinig aandacht voor het integreren van de technologische oplossingen in de IT-systemen van de organisatie, en daarvoor is het noodzakelijk dat zorg- en IT-professionals elkaar begrijpen, dezelfde taal spreken. Als laatste zijn de verwachtingen over het bereik van technologie vaak te hoog: de doelgroep is vaak kleiner (want: 'one size fits none'). Duurzaam implementeren is maatwerk – en dat is het uitgangspunt van de Innovatie-impuls.

### 1.2 Opzet van de Innovatie-impuls

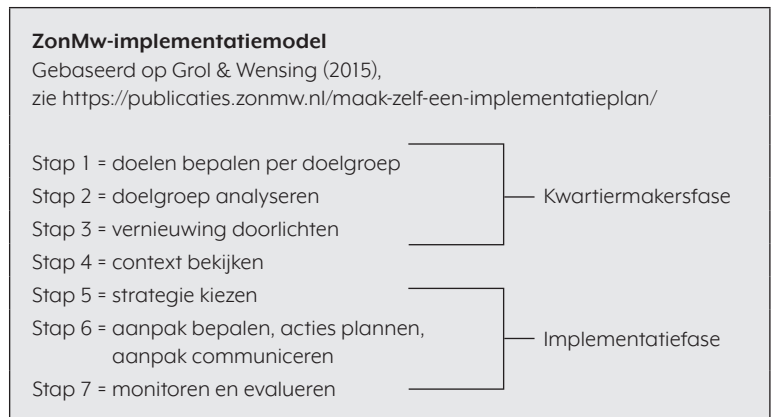
De Innovatie-impuls kent twee fasen: de kwartiermakersfase en de implementatiefase. Als kader wordt het Implementatie-stappenmodel van ZonMw gebruikt (zie Figuur 1). In de kwartiermakersfase starten deelnemende zorgorganisaties met de formulering van een relevant zorginhoudelijk vraagstuk, geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt, samen met cliënten en/of naasten (stappen 1 en 2). Dit vraagstuk wordt geformuleerd als: "Ik, cliënt X, wil dat ...". Op een systematische wijze wordt vervolgens een bestaande technologie gekozen die een bijdrage

levert aan de oplossing van het vraagstuk (stap 3). Tegelijkertijd worden de organisatiecontext en de IT-infrastructuur in kaart gebracht (stap 4). Met alle informatie uit deze fase stellen organisaties vervolgens hun implementatieplan op.

In de implementatiefase wordt gewerkt aan de daadwerkelijke implementatie van de gekozen technologie. Doel is de technologie duurzaam te borgen in werkprocessen om zo de toegevoegde waarde voor de cliënt te realiseren. Door dit proces met veel zorgorganisaties tegelijkertijd te doorlopen en samen te leren, maken zorgorganisaties zichzelf het implementatieproces eigen. Om die reden is de zorgorganisatie in de Innovatie-impuls 'in the lead'.

Iedere zorgorganisatie stelt een kwartiermaker (projectleider) aan en idealiter stelt de zorgorganisatie een multidisciplinair projectteam samen, met onder andere zorgverleners, cliëntenraad/MR, IT-afdeling en bestuur. Vanuit de Innovatie-impuls wordt – gedurende de looptijd tot eind 2021 – ondersteuning geboden door de inzet van adviseurs op het gebied van verandkunde en IT, onderzoekers en communicatiespecialisten van Vilans en Academy Het Dorp, en experts uit het brede veld. Het leren en samen leren vindt plaats binnen thema's en bijbehorende themanetwerken van drie tot zes organisaties. Bij een eerste inventarisatie zijn zes thema's benoemd door cliënten en zorgverleners, waar technologie mogelijk een rol kan spelen (Ministerie van VWS, 2019c). De organisaties komen bij elkaar op zogenaamde werkplaatsen: bijeenkomsten van een dagdeel waar kwartiermakers en anderen uit de organisaties elkaar ontmoeten, kennis opdoen en ervaringen uitwisselen.

Bijzonder aan de opzet van de Innovatie-impuls is dat het ontwerpen van de aanpak parallel loopt aan de uitvoering ervan: niet alles staat tevoren vast. Gaandeweg wordt bepaald wat de volgende concrete stappen zijn, met uiteraard het einddoel voor ogen en met het implementatiemodel als kader. Zo volgt de keuze voor de technologie op de uitwerking van clientvraag, wordt het implementatieplan opgezet met informatie uit de context van de organisatie, en volgen specifieke onderzoeksvragen uit doelstellingen per organisatie.



Figuur 1. ZonMw-implementatiemodel

Het onderzoek in de Innovatie-impuls is volgend aan de implementatie. Inzichten over duurzame implementatie van technologie in de gehandicaptenzorg worden opgehaald middels actieonderzoek en monitoring.

Deelname aan de Innovatie-impuls is voor zorgorganisaties kosteloos en vrijwillig, ook krijgen zij geen geldelijke vergoeding voor deelname. Deelname is daarmee echter niet vrijblijvend; de zorgorganisatie heeft een intrinsieke motivatie om technologie duurzaam in de zorg te willen implementeren en committeert zich (middels ondertekening van een overeenkomst) aan de uitvoering van doelgerichte activiteiten, aan de uitwisseling van kennis en ervaringen (samen leren) en aan deelname aan onderzoek.

### 1.3 Vraagstelling

De kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls is afgerond (Vos et al., 2020). Om tijdens en na de implementatiefase te kunnen bepalen welke kenmerken van organisaties of van het proces voorspellend zijn voor de al dan niet duurzame implementatie van technologie in organisaties voor gehandicaptenzorg, beantwoorden we in dit artikel de volgende vragen:

- Wat zijn kenmerken van zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase?
- Wie zijn betrokken bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk?
- Wat is de inhoud van de vraagstukken?
- Wat is, volgens de adviseurs, de toegevoegde waarde van deelname aan de kwartiermakersfase?

De resultaten worden op korte termijn gebruikt om de implementatieplannen en -activiteiten binnen de zorgorganisaties aan te scherpen. De resultaten van de kwartiermakersfase kunnen daarnaast nu al

toekomst- en meerjarenagenda's van het ministerie van VWS, gehandicaptenzorgorganisaties en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland informeren over de door hen bepleite inzet van technologie in de zorg (Ministerie van VWS, 2019a; VGN, 2020, 2021).

## 2. Methode

We maken gebruik van beschrijvende methoden. Data worden beveiligd opgeslagen. Data die persoonsgegevens bevatten worden beveiligd en gepseudonimiseerd opgeslagen.

### 2.1 Werving deelnemers

In 2019 is er een officiële uitnodiging voor deelname aan de Innovatie-impuls van de minister van Volksgezondheid via post of mail verstuurd naar de bij het ministerie bekende 342 gehandicaptenzorgorganisaties die zorg bieden in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz)-(Ministerie van VWS, 2019b). Deze uitnodiging stond ook op de websites van de Tweede Kamer en het programma Volwaardig leven. Via nieuwsbrieven en sociale media is de uitnodiging verder verspreid. Ook zijn twee informatiebijeenkomsten georganiseerd waarin het doel en de voorwaarden voor deelname zijn toegelicht.

Uiteindelijk hebben 39 zorgorganisaties zich aangemeld met een brief waarin zij hun motivatie voor deelname aangeven. Deze 39 organisaties zijn in september 2019 van start gegaan met de kwartiermakersfase.

*In september 2019 zijn 39 gehandicaptenzorgorganisaties van start gegaan met de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls.*

### 2.2 Kenmerken deelnemende zorgorganisaties

Twee onderzoekers raadpleegden afzonderlijk van elkaar verschillende bronnen om kenmerken van deelnemende organisaties te verzamelen. Verzamelde kenmerken zijn (1) motivatie voor deelname zoals beschreven in de aanmeldingsbrieven. Motivatie is uiterst kort tot zeer uitgebreid beschreven in de brieven. Twee onderzoekers hebben de motivaties individueel gegroepeerd waarna zij hun argumentaties samen bespraken; (2) omvang in aantal cliënten

per deelnemende zorgorganisatie, zoals vermeld op de websites van zorgorganisaties; (3) deelname aan één, twee of drie bijeenkomsten van de werkplaatsen, vanuit de presentielijsten van de bijeenkomsten; en (4) functie van de kwartiermaker, eveneens vanuit de presentielijst van de werkplaatsbijeenkomsten.

Deze kenmerken zijn, per organisatie, in een Excelbestand opgenomen. Voor het vaststellen van de kenmerken zijn deze steeds door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geraadpleegd.

### 2.3 Totstandkoming en inhoud zorginhoudelijke vraagstukken

Kwartiermakers en adviseurs voerden in de kwartiermakersfase allerlei activiteiten uit om te komen tot een vanuit cliënten geformuleerd zorginhoudelijk vraagstuk (stappen 1 en 2 van het implementatiemodel). Activiteiten zijn bijvoorbeeld: individuele of groepsgesprekken met cliënten en cliëntvertegenwoordigers, met naasten en verwanten, met zorgverleners, met de IT-afdeling, met managers en met het bestuur.

Omdat organisaties 'in the lead' zijn, hebben zij vrijheid en ruimte om activiteiten in te vullen – er is geen blauwdruk vanuit de Innovatie-impuls opgelegd. Met behulp van een format legden zij verslag van de activiteiten. Dat format is ontwikkeld door onderzoekers die verder geen bemoeienis hadden bij de activiteiten van stappen 1 en 2 in de organisaties. In het format werd onder andere vastgelegd welke groep (cliënten, naasten et cetera) betrokken was bij de activiteit en wat de aard van de activiteit was. Het format was beschikbaar als Word-document en online in Survalyzer. Van september 2019 tot mei 2020 zijn naast de tientallen verslagen en documenten in Word, 183 verslagen vastgelegd via Survalyzer en meegenomen in de analyses. Van sommige organisaties was de verslaglegging niet volledig op orde, ook niet na enkele reminders. In het interview (zie verderop) hebben onderzoekers getracht zoveel mogelijk informatie te verkrijgen, zodat die meegenomen kon worden in de analyse. Onderzoekers hebben de verzamelde informatie opgenomen in een Excelbestand, waarin zij per organisatie het proces en het resultaat van de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk vastlegden, en daarvan een samenvatting maakten. Verschillende onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de verslaglegging van een aantal organisaties geanalyseerd, zijn samen tot overeenstemming

gekomen en hebben bij onduidelijkheid (bij andere organisaties) elkaar geraadpleegd.

## 2.4 Toegevoegde waarde van deelname: interviews met adviseurs

In het tweede kwartaal van 2020 zijn alle vijftien adviseurs die op dat moment betrokken waren geïnterviewd. Dat interview had een tweeledig doel: ten eerste om de hierboven genoemde samenvattingen door te nemen en in voorkomende gevallen direct aan te vullen (gestructureerd deel; adviseurs kregen samenvatting ruim tevoren), en ten tweede om de adviseurs te laten reflecteren op de eventuele toegevoegde waarde van het programma voor de organisaties die zij ondersteunen (open vragen). Liever hadden de onderzoekers de kwartiermakers zelf geïnterviewd, maar door het uitbreken van de coronapandemie en de bijbehorende maatregelen bleek dat onhaalbaar. De adviseurs kennen de organisaties goed en velen hebben er met kwartiermakers over gesproken. Per organisatie duurde het interview ongeveer 45 minuten. De eerste interviews zijn door twee onderzoekers afgenomen, latere interviews door individuele onderzoekers. Zij maakten tijdens en direct na het interview een verslag van het tweede deel. De gegevens zijn door twee onderzoekers eerst individueel geclusterd, waarna zij bij verschillende bevindingen in overleg zijn gegaan, tot alle gegevens in een cluster ondergebracht waren. De clusters zijn daarna voorgelegd aan drie adviseurs met de vraag of zij het geschetste beeld herkenden, wat zo was.

## 3. Resultaten

### 3.1. Kenmerken van zorgorganisaties

#### 3.1.1 Motivatie deelname

De 39 zorgorganisaties noemden in totaal 100 overlappende motieven om deel te willen nemen aan de Innovatie-impuls. Drie groepen motivaties zijn het meest genoemd. De meest genoemde groep motivaties is dat deelname in lijn is met de ambitie/doelstelling van de organisatie – zoals: de organisatie wil meer doen met innovatie, innovatie staat op de strategische agenda, inspelen op de toekomst en toekomstige zorgvraag van cliënten. Als voorbeeld: *“Wij ervaren als organisatie de urgentie om technologie een vanzelfsprekend onderdeel te maken van ons zorg- en ondersteuningsaanbod. We hebben hier verschillende investeringen voor gedaan. Maar de eerlijkheid gebied ook te zeggen dat dit alles bij ons in de kinderschoenen staat en dat wij geloven dat het traject Innovatie*

*Impuls, die extra stap voor ons kan bieden om zorgvuldig door te ontwikkelen en voor te bereiden op de toekomst.”*

Als tweede meest genoemde motivaties benoemden organisaties dat zij door deelname een oplossing voor een vraagstuk willen vinden. Als voorbeeld: *“Al langere tijd investeert de organisatie in technologische innovaties om de zorg voor onze cliënten te verbeteren. Nu zien we ons echter voor nieuwe uitdagingen geplaatst waar we ook weer nieuwe technologische slimigheden voor zoeken die ook nog eens mogen rekenen op een hoge mate van bruikbaarheid voor en acceptatie door onze cliënten.”*

De derde groep motivaties betrof het willen delen van kennis en willen samenwerken met andere organisaties – zoals op de hoogte zijn van ontwikkelingen, van elkaar leren. Als voorbeeld: *“We leggen de komende jaren ook de focus op het zoeken naar samenwerkingspartners om ‘best practices’ te delen, om technologie breder in te kunnen zetten en om goed in beeld te hebben welke nieuwe technologische middelen op de markt komen of in ontwikkeling zijn. Samenwerken helpt ook om nieuwe technologische ontwikkelingen vlot te implementeren.”*

#### 3.1.2 Omvang

De zorgorganisaties variëren in omvang. Als we kijken naar aantal cliënten, dan zijn drie organisaties klein (<100 cliënten), elf zijn wat groter (100-999 cliënten), acht zijn nog groter (1000-1999 cliënten) en zeventien organisaties zijn groot (2000 of meer cliënten).

#### 3.1.3 Deelname werkplaatsen

Bijeenkomsten vonden plaats in september en november 2019 en januari 2020. Een vierde werkplaats die plaats zou vinden in maart 2020 werd wegens corona geannuleerd. Van de 39 organisaties waren er 27 op alle drie de werkplaatsen aanwezig, en 10 organisaties waren bij één of twee werkplaatsen aanwezig. Twee organisaties waren bij geen enkele werkplaats aanwezig.

#### 3.1.4 Functie kwartiermakers

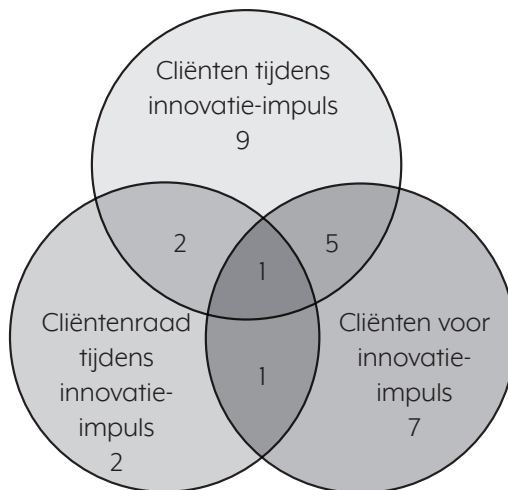
Veel kwartiermakers hebben een functietitel waar ‘innovatie’ of ‘technologie’ in voorkomt (denk aan: innovatie manager, programmaleider innovatie, hoofd digitale zorg, projectleider menselijke technologie). Daarnaast zagen we algemene functies als beleidsadviseur, beleidsmedewerker, en projectleider.

### 3.2. Formulering van zorginhoudelijke vraagstukken

#### 3.2.1 Betrokkenheid van cliënten, naasten en zorgverleners

Van de 39 zorgorganisaties hebben er 27 cliënten betrokken bij de vraagverheldering. Cliënten zijn betrokken voorafgaand aan deelname aan de Innovatie-impuls en tijdens de kwartiermakersfase (zie Figuur 2). De vorm van betrokkenheid was meestal in de vorm van een groepsgesprek, brainstormsessie, focusgroep, design thinking sessie, huiskamergesprek, of in de vorm van een één-op-één gesprek of interview met cliënten. Vaak waren begeleiders of zorgverleners van de cliënten aanwezig. Soms waren ook de kwartiermaker, manager, adviseur, vrijwilliger, coach en/of gedragskundige aanwezig. Betrokkenheid vóór aanvang van de Innovatie-impuls bestond (ook) uit bevragen van de cliëntenraad en het meenemen van informatie uit cliënttevredenheidsonderzoeken.

Twaalf zorgorganisaties betrokken geen cliënten. Vijf van hen geven daarvoor het ernstniveau van de verstandelijke beperking als reden. Tien organisaties gaven aan dat zij het cliëntperspectief ophaalden via zorgverleners en een enkele naaste.



Figuur 2. Aantal organisaties dat cliënten en de cliëntenraad betrok bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk voorafgaand en tijdens de Innovatie-impuls (n = 27).

Zeven zorgorganisaties betrokken naasten van cliënten om het vraagstuk te verhelderen. Het gaat om naasten van mensen met een licht, matige of ernstige verstandelijke beperking (LVB, MVB/EVB), om naasten van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en om naasten van ouderen met dementie en LVB. Dat gebeurde in groepsgesprekken (in ver-

wantenraad, design thinking sessie of empathy mapping sessie) en individuele gesprekken of interviews. Sommige andere organisaties consulteerden de verwantenraad. Organisaties die geen naasten betrokken, gaven aan dat cliënten goed voor zichzelf kunnen spreken en dat zij vaak niet willen dat naasten worden bevraged.

Dertig van de 39 organisaties betrokken zorgverleners in groepsgesprekken, zoals een (brainstorm) sessie, focusgroep of bijeenkomst van de projectgroep. Het gaat om ADL-zorgverleners en zorgverleners die niet direct bij de dagelijkse zorg betrokken zijn, zoals gedragsdeskundigen, orthopedagogen en teamleiders.

Vijf organisaties betrokken zowel cliënten, naasten als zorgverleners.

Organisaties betrokken ook anderen in de kwartiermakersfase: managers en beleidsmedewerkers (resp. 25 en 19 organisaties), ICT-collega's (25) en bestuurders (17). Enkele organisaties betrokken de ondernemingsraad, een communicatieadviseur, een collega van de zorgadministratie, de zorgadviseur van het zorgkantoor, een medewerker van de facilitaire afdeling en ICT-leveranciers.

#### 3.2.2 Zorginhoudelijke vraagstukken

Van de 39 organisaties beëindigden er elf hun deelname tijdens de kwartiermakersfase. Redenen daarvoor waren financiële perikelen, beperkt draagvlak binnen de organisatie en het niet aansluiten van de werkwijze van de organisatie bij de werkwijze van de Innovatie-impuls. Dat betekent dat 28 zorgorganisaties een zorginhoudelijk vraagstuk formuleerden waar technologie bijdraagt aan de oplossing ervan. Deze organisaties zijn op basis van overeenkomsten in hun vraagstukken ingedeeld in themanetwerken waarin organisaties kennis delen en ervaringen uitwisselen. Dat zijn: dagstructuur, zelfredzaamheid, sociaal contact, begrepen worden en spanning reguleren, lekker slapen, en veiligheid en zelfredzaamheid in de woning (zie Tabel 1).

Alle cliëntgroepen in de gehandicaptenzorg zijn doelgroep van één of meerdere vraagstukken. De cliëntgroep LVB is in alle themanetwerken een doelgroep. Met vijf cliëntgroepen heeft het themanetwerk dagstructuur de meeste spreiding over de cliëntgroepen in de gehandicaptensector.



Tabel 1. Thema's en zorginhoudelijke vraagstukken van 28 zorgorganisaties in de Innovatie-impuls.

<b>Dagstructuur</b> (5 organisaties)	
Vraagstukken: overzichtelijk maken van de dagplanning van en voor cliënten; daginvulling, bijvoorbeeld door stimulerende activiteiten	Cliënten: mensen met (L)VB, NAH, ernstig meervoudig beperking (EMB), lichamelijke beperkingen (LB)
<p>Voorbeelden van vraagstukken geformuleerd vanuit cliënt:</p> <p><i>"Ik wil zo zelfstandig mogelijk leven. Daarbij heb ik hulp nodig, maar ik vind het vervelend als begeleiders mij steeds moeten herinneren aan dagelijkse taken of zaken. Ik wil mijn leven kunnen leiden zonder dat begeleiding mij steeds moet herinneren."</i></p> <p><i>"Help mij om zelf structuur aan te brengen en vast te houden. Dan kan ik sociale contacten aangaan en zinvol bezig zijn."</i></p>	
<b>Zelfredzaamheid</b> (6 organisaties)	
Vraagstukken: interactie tussen cliënt en begeleider; gezond eten; zelfstandig reizen; leerplatform	Cliënten: vooral mensen met LVB, ook met MBV/EVB en NAH
<p>Voorbeelden van vraagstukken geformuleerd vanuit cliënt:</p> <p><i>"Hoe kan ik op ieder gewenst moment een (praktische) vraag stellen (aan de begeleiders) en inzicht hebben in de voortgang van de vraag en wie, waarin, wat doet."</i></p> <p><i>"Ik wil graag voor mijzelf of anderen lekker en gezond (leren) koken maar verwacht niet dat ik dat helemaal zelfstandig kan. Daar kan ik wel wat hulp bij gebruiken."</i></p>	
<b>Sociaal contact</b> (3 organisaties)	
Vraagstukken: bevorderen van sociale interacties en beweging; stimuleren van en verlagen van drempels om (sociale) activiteiten te ondernemen	Cliënten: mensen met (L)VB
<p>Voorbeelden van vraagstukken geformuleerd vanuit cliënt:</p> <p><i>"Ik wil graag meer sociale activiteiten met medebewoners, omdat ik op deze manier in beweging blijf waardoor ik beter in mijn vel zit."</i></p> <p><i>"Help mij over de drempel om in contact te komen met andere mensen."</i></p>	
<b>Begrepen worden en spanning reguleren</b> (4 organisaties)	
Vraagstukken: signaleren van spanning en het omgaan daarmee en/of het verminderen van spanning, door cliënten; betere signalering en begrip van wilsuitingen	Cliënten: mensen met LVB, EVB en autisme spectrum stoornis (ASS)
<p>Voorbeelden van vraagstukken geformuleerd vanuit cliënt:</p> <p><i>"Ik wil zelf, op de momenten dat ik het wil, rustiger in mijn lijf zitten."</i></p> <p><i>"Ik wil zelf om kunnen gaan met mijn gevoelens van spanning. Ook als ik onderweg ben en er geen behandelaar in de buurt is."</i></p>	
<b>Lekker slapen</b> (6 organisaties)	
Vraagstukken: monitoren van slaapgedrag + passende interventies; 's nachts makkelijk de weg (terug) kunnen vinden naar toilet of bed; zelfstandig beter slapen; balans ontspanning/alertheid op de dag	Cliënten: mensen met LVB tot EVB
<p>Voorbeelden van vraagstukken geformuleerd vanuit cliënt:</p> <p><i>"Hoe kan ik beter of lekkerder slapen? Wat kan mij daarbij helpen en welke mensen die om mij heen staan kunnen helpen?"</i></p> <p><i>"Ik wil overdag ontspanningsactiviteiten doen die geen negatieve invloed hebben op mijn nachtrust."</i></p>	
<b>Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning</b> (4 organisaties)	
Vraagstukken: zelfstandig en veilig wonen met domotica (huisbediening en/of alarmering/ zorgoproepen), met specifieke aandacht voor de nacht, minder vallen, ongestoorde zorgmomenten	Cliënten: mensen met LVB, MEVB/EVB, NAH en LB
<p>Voorbeelden van vraagstukken geformuleerd vanuit cliënt:</p> <p><i>"Hoe kan ik zelfstandig de gordijnen open en dicht doen, de voordeur en balkondeur open en dicht zetten, de lampen aan- en uitzetten en de verwarming bedienen, met als doel meer eigen regie in mijn woning?"</i></p> <p><i>"Ik wil in de nacht meer vrijheid in mijn doen en laten en dat medewerkers niet onnodig mijn kamer binnen komen."</i></p>	
Zie ook: <a href="https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/volwaardig-leven/innovatie-impuls">https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/volwaardig-leven/innovatie-impuls</a> → Thema's	

### 3.3. Toegevoegde waarde van deelname

De adviseurs gaven aan dat toegevoegde waarde van deelname aan de Innovatie-impuls werd ervaren door veel organisaties die doorgaan in de Innovatie-impuls, maar ook door sommige organisaties die hun deelname beëindigden. Een aantal organisaties ervaarde geen toegevoegde waarde; ook dit betreft organisaties die wel en niet doorgaan in de Innovatie-impuls. Hieronder geven we de verschillende clusters van de toegevoegde waarde van deelname weer.

#### 3.3.1 Toegevoegde waarde

*Verandering in denkwijze* – Het belangrijkste is een verandering in denkwijze, waarbij het vraagverhelderingsproces bottom-up is uitgevoerd vanuit cliënt-perspectief. Het heeft organisaties aan het denken gezet over wat ze willen bereiken met technologie en waarom het zo belangrijk is om de cliënt, naasten en zorgverleners en andere medewerkers vanaf het begin te betrekken. Het betrekken van cliënten bleek niet altijd even gemakkelijk en vanzelfsprekend. Het is ook niet alle organisaties even goed gelukt – het bleek een continu aandachtspunt om in gesprek te blijven met cliënten.

*Stapsgewijs* – De Innovatie-impuls heeft organisaties een stapsgewijs proces geleerd, onder begeleiding van adviseurs, waarin het zorginhoudelijke vraagstuk steeds in iteraties is aangescherpt en verduidelijkt. Voor veel organisaties betekende dit stapsgewijze ontrafelen en onderbouwen een nieuwe manier van werken.

*Context* – Adviseurs benoemden dat de organisaties die de context (veranderkundig perspectief van de organisatie) in kaart hebben gebracht of daarmee zijn gestart, daarvan geleerd hebben dat er veel organisatorische elementen zijn die een rol spelen in het – duurzaam – implementeren van technologie. De toegevoegde waarde is dat deze organisatorische punten nu onontkoombaar op tafel liggen en aandacht behoeven, omdat die (nog) niet altijd goed geregeld zijn. Zo werd duidelijk dat niet alle medewerkers het vraagstuk of probleem herkennen en ook de noodzaak van inzet van technologie niet allemaal zien, en dat digivaardigheden misschien niet overal voldoende aanwezig zijn. Deze context is evenwel sterk bepalend voor het succesvol implementeren en gebruik van technologie op de werkvloer.

*Delen* – Adviseurs zien ook toegevoegde waarde in het samenwerken en delen van kennis, ervaring en enthousiasme met andere adviseurs en organisaties, experts en de mensen van de Innovatie-impuls. Zij geven aan dat kwartiermakers en anderen dit ook zo ervaarden. Door op de werkplaatsen te delen waar je zelf als organisatie mee bezig bent en tegenaan loopt, en te horen waar anderen mee bezig zijn en hoe zij dat doen, ontstaat een basis van waaruit de samenwerking opgebouwd en versterkt kan worden.

*Status* – Sommige organisaties benoemden het al in hun motivatiebrief: deelnemen aan de Innovatie-impuls geeft status. Het is een groot programma met korte lijnen met het ministerie van VWS. Sommige adviseurs zien ook dat door deelname organisaties nu prioriteit geven aan technologie, en dat geeft weer kansen om intern draagvlak voor technologie te creëren of te versterken.

#### 3.3.2 Geen toegevoegde waarde

Soms werd er geen toegevoegde waarde van deelname aan de Innovatie-impuls ervaren. Dat gold vooral wanneer organisaties zich niet konden vinden in de werkwijze, bijvoorbeeld omdat een organisatie al veel ervaring met implementatie van zorgtechnologie had, of omdat een organisatie het vraagstuk al duidelijk geformuleerd had.

## 4. Discussie en conclusie

De Innovatie-impuls is een programma waarin zorgorganisaties –samen– leren technologie duurzaam te implementeren. Zij worden hierbij ondersteund door adviseurs, onderzoekers en experts. In de kwartiermakersfase zijn de stappen 1 t/m 4 van het ZonMw-implementatiemodel (Grol & Wensing, 2015) doorlopen. In de eerste twee stappen zijn het doel (zorginhoudelijk vraagstuk) en de doelgroep (cliëntgroep) bepaald, waarbij het perspectief van cliënten centraal staat bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk. Bij stap drie hebben organisaties op systematische wijze, ondersteund door onderzoekers en adviseurs, een technologie gekozen die past bij het vraagstuk (zie Reijnders et al., 2020). Stap vier omvatte het in kaart brengen van de organisatie- en ICT-context. Het doorlopen van de stappen verliep niet chronologisch, maar is een iteratief proces waarin activiteiten en uitkomsten in de ene stap invloed hadden op een andere stap.

In dit artikel focusten we op de eerste twee stappen. Ook hebben we enkele kenmerken van organisaties in kaart gebracht en de (volgens adviseurs) ervaren toegevoegde waarde van deelname aan de Innovatie-impuls opgehaald. Daarmee worden enerzijds de implementatieplannen en -activiteiten van zorgorganisaties verder aangescherpt en kunnen we verderop in het implementatieproces onderzoeken welke kenmerken van organisaties en van het proces voorspellend zijn voor het al dan niet duurzaam implementeren van technologie. Anderzijds zijn de resultaten van de kwartiermakersfase relevant voor het veld; het ministerie van VWS, veel gehandicaptenzorgorganisaties en hun brancheorganisatie VGN pleiten in hun toekomst- en meerjarenagenda's voor meer en betere inzet van technologie in de zorg (Ministerie van VWS, 2019a; VGN, 2020, 2021).

Van de 39 organisaties waren er 27 die cliënten op de een of andere manier betrokken bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk. Van de twaalf die dat niet deden, betrokken er tien zorgverleners en naasten. Opvallend is dat slechts vijf organisaties zowel cliënten, naasten als zorgverleners (de driehoek) betrokken. Veel meer organisaties betrokken cliënten en zorgverleners.

Relatief veel organisaties die geen cliënten betrokken, hebben hun deelname aan de Innovatie-impuls beëindigd. Het bleek toch voor veel organisaties nieuw te zijn om met cliënten als volwaardig gesprekspartner samen te werken. Bij veel andere organisaties die wel cliënten betrokken, is het ook niet helemaal of niet helemaal goed gelukt. Dat echt samenwerken soms of vaak moeilijk is, is alleen maar reden om de moeilijkheid te ontrafelen (waarom en wat is precies moeilijk?) en aannames te toetsen.

Naar aanleiding van dit resultaat wordt voor de implementatiefase extra inzet gepleegd, samen met ervaringsdeskundigen, om de implementatieactiviteiten aan te scherpen. Het is daarbij van belang dat cliënten en naasten, maar ook zorgverleners, geëquipeerd worden om een bijdrage te kunnen leveren. Er zijn instrumenten die richting geven aan cliëntenparticipatie (Bergen et al., 2019). In de Innovatie-impuls maakten we samen met het Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap (LSR) een handreiking voor cliënten- en verwantenraden in de sector: *Meepraten en meebeslissen over technologie in de gehandicaptenzorg* (Gaasterland et al., 2020). Breder kunnen ook organi-

saties als het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), IKONE, belangenvereniging LFB (voor en door mensen met een verstandelijke beperking) en het ECP | Platform voor de InformatieSamenleving bevroegd worden op hun expertise.

*Van de 39 organisaties waren er 27 die cliënten op de een of andere manier betrokken bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk.*

Samenwerken met cliënten (en naasten en zorgverleners) is een uitgangspunt van de Innovatie-impuls. Cliënten die de technologie accepteren en ermee willen werken is een belangrijke voorwaarde voor het duurzaam implementeren van technologie die bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg. Een vraagstuk dat geformuleerd is vanuit de zin "Ik, cliënt X, wil dat...", geeft een ander startpunt dan een doel dat vanuit de organisatie is geformuleerd. Rondom spanning luidt de organisatievraag: "Wij willen dat cliënten minder stress hebben en stress voorkomen, plus minder incidenten op de groep"; de cliëntvraag luidt: "Ik wil zelf, op de momenten dat ik het wil, rustiger in mijn lijf zitten". Een andere organisatievraag: "Wij willen dat cliënten minder eenzaam zijn, dat zij meer contacten hebben", waarbij de cliëntvraag is: "Help mij over de drempel om in contact te komen met andere mensen". De cliëntvragen zijn uitkomst van gesprekken met cliënten en daarmee concreter en persoonlijker. Overigens bijten de twee soorten vragen elkaar niet; gevolg geven aan een cliëntvraag kan wel degelijk (terechte) organisatievragen ook beantwoorden. Bij het verder ontrafelen van het vraagstuk en de mogelijke oplossingen komen ook altijd organisatievragen kijken.

Bij 25 organisaties was de ICT-afdeling betrokken in de kwartiermakersfase. Ook dit bleek nieuw voor veel organisaties. Voordeel van het optrekken door zorginhoud en ICT gezamenlijk is dat de (later) te selecteren technologische oplossing past bij de ICT-infrastructuur van de organisatie, of dat de ICT-infrastructuur passend kan worden gemaakt om de technologie te kunnen gebruiken.

De toegevoegde waarde van deelname aan de Innovatie-impuls is opgetekend door adviseurs. Die waarde zit in het bottom-up (vanuit cliënten) en ite-




ratief werken, om te komen tot vraagstukken waar technologie een oplossing kan bieden. In eerdere trajecten in organisaties werd de technologie als uitgangspunt genomen, waardoor die in principe niet goed kan aansluiten bij vragen van cliënten en niet ingebed wordt in zorg- en werkprocessen en in de ICT-infrastructuur. Door bottom-up en iteratief te werken gaat het implementatieproces trager, maar de kans op succes is vele malen groter. Want, door het vraagstuk vanuit de cliënt te formuleren, wordt duidelijk in welk werkproces de technologie geïmplementeerd en (bij positieve ervaringen) geborgd zal worden. Door daar naast, zorgverleners, managers, beleidsmedewerkers en ICT-collega's bij te betrekken, ontstaat er energie en draagvlak voor het vraagstuk én technologie in de bredere organisatie. Toegevoegde waarde is ook ervaren op het gebied van kennisdeling en samenwerking tussen organisaties, adviseurs, ervaringsdeskundigen en experts op inhoudelijk gebied. Organisaties ervaren dat zij hiermee geholpen en ondersteund worden in het zetten van de juiste volgende stappen.

#### 4.1 Beperkingen

Het onderzoek in de Innovatie-impuls is volgend aan de processen in de organisaties. Dat betekent dat dit praktijkonderzoek soms suboptimaal is. Zo bleek dat kwartiermakers en adviseurs de verslaglegging over de activiteiten (om het vraagstuk te formuleren) niet overal op orde hadden. Er waren activiteiten uitgevoerd waar geen verslaglegging van was. Onderzoekers hebben die informatie alsnog proberen op te halen in een interview. Het liefst hadden onderzoekers dit interview gehouden met de kwartiermakers. Dat bleek echter onhaalbaar vanwege de coronapandemie en er is voor gekozen om de adviseurs te interviewen. Hoewel adviseurs goed ingevoerd zijn, staan zij toch net wat verder af van de dagelijkse praktijk in de organisatie dan de kwartiermaker. Wel hebben adviseurs waar dat kon de kwartiermakers vóór het interview geraadpleegd.

#### 4.2 Vervolg

In de implementatiefase, die duurt tot eind 2021, wordt – samen met de organisaties – praktijkgericht onderzoek uitgevoerd naar de implementatie en de toegevoegde waarde van de technologie. In de themanetwerken delen organisaties kennis en ervaringen, en werken ze samen aan de implementatie van technologie in hun zorgprocessen. Met de ondersteuning vanuit de Innovatie-impuls leren zij dat systematisch

te doen, zodat zij dit proces bij een volgend vraagstuk wat sneller, en weer beter, kunnen doorlopen. Op die manier dragen we bij aan de digitale transformatie van de gehandicaptenzorg. Met onderzoek dragen we bij aan de wetenschappelijke onderbouwing daarvan. 

## Auteurs

*Dr. Agnes van der Poel*, coördinator onderzoek Academy Het Dorp.

*Nienke Vos Msc, Hendrik Buimer Msc en Minke ter Stal Msc*, onderzoekers eHealth, Vilans

*Dr. Sanne van der Weegen*, senior onderzoeker eHealth, Vilans

*Dr. Marieke Gielissen*, senior onderzoeker, Academy het Dorp

*Dr. Brigitte Boon*, hoofd wetenschappelijk onderzoek, Academy Het Dorp

*Correspondentie:* Agnes van der Poel, Academy Het Dorp [agnes.van.der.poel@academyhetdorp.nl](mailto:agnes.van.der.poel@academyhetdorp.nl), Het Oosterveld 1, 6813 AZ Arnhem

## Referenties

- Bergen, L. Engels, J., Hermsen, S., Haan, J., Meulen, M. van der, Nethe, A., & Suijkerbuijk, S. (2019). *Wegwijzer. Op weg met cliënten, familie en verwanten. Verder naar een passend beleid van de organisatie*. Utrecht: Vilans.
- Boot, F. H., Owuor, J., Dinsmore, J., & MacLachlan, M. (2018). Access to assistive technology for people with intellectual disabilities: A systematic review to assess barriers and facilitators. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 900-921.
- Gaasterland, A., Dam, K. van, Kroesbergen, T., Reijnders, R., Wiersma, H., Dijk, A. van, Ebben, J., & Poel, A. van der (2020). *Meepraten en meebeslissen over technologie in de gehandicaptenzorg. Handreiking voor cliënten- en verwantenraden*. Arnhem/Utrecht: Academy Het Dorp/Vilans (Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg).
- Grol, R., Wensing, M. (2015). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (6<sup>e</sup> druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ministerie van VWS (2019a). <https://www.volwaardig-leven.nl/projecten/innovatie-impuls>
- Ministerie van VWS (2019b). <https://www.volwaardig-leven.nl/documenten/brieven/2019/07/08/uitnodigingsbrief-innovatie-impuls>

- Ministerie van VWS (2019c). <https://www.volwaardig-leven.nl/documenten/publicaties/2019/07/08/inspiratiekaart-innovatie-impuls>
- Reijnders, R., Poel, A. van der, Geerdink, I., Vos, N., & Boon, B. (2020). *Technologie in de gehandicaptenzorg. Stappenplan: Hoe kies je een passende technologie?* Arnhem/Utrecht: Academy Het Dorp/Vilans (Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg).
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science, 11*, 146.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2020). *Visiedocument gehandicaptenzorg 2030. Een betekenisvol leven, gewoon meedoen*. Utrecht: VGN.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2021). *Manifest voor de gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.
- Vos, N., Buimer, H., Stal, M. ter, Weegen, S. van der, Gielissen, M., Poel, A. van der, & Boon, B. (2020). *Startsituatie in beeld van de gehandicaptenzorgorganisaties in de Innovatie-impuls. Rapportage van de kwartiermakersfase*. Utrecht/Arnhem: Vilans/Academy Het Dorp (Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg).
- WHO (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Executive summary*. Geneva: World Health Organization.
- Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., . . . Gennip, L. van (2019). *Samen aan zet! E-health monitor 2019*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.
- ZonMw (zonder jaar). <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/>

## Samenvatting

**Inleiding:** omdat de duurzame implementatie van technologie in organisaties voor gehandicaptenzorg achterwege blijft, is de Innovatie-impuls gestart, met als doel dat technologie vanzelfsprekender onderdeel wordt van de zorg voor mensen met een beperking. In de Innovatie-impuls leren zorgorganisaties op een systematische wijze om technologie duurzaam te implementeren. Leidend kader is het ZonMw-implementatiemodel. De zorgorganisaties zijn 'in the lead' en worden ondersteund door adviseurs. 39 organisaties startten in september 2019 met de kwartiermakersfase waarin de eerste vier stappen van het implementatiemodel doorlopen zijn. In dit artikel focussen we op de stappen 1 en 2 van het model: doel en doelgroep, of in termen van de Innovatie-impuls: zorginhoudelijk vraagstuk en cliëntgroep.

**Methode:** we brachten enkele kenmerken van deelnemende zorgorganisaties in kaart, vraagstukken en cliëntgroepen, en de ervaren toegevoegde waarde van deelname aan het programma.

**Resultaten:** grote en kleine zorgorganisaties doen mee omdat ze meer willen doen met innovatie en willen inspelen op de toekomst. Vraagstukken liggen op de thema's: dagstructuur, zelfredzaamheid, sociaal contact, begrepen worden en spanning reguleren, lekker slapen, en veiligheid en zelfredzaamheid in de woning. Alle cliëntgroepen in de gehandicaptenzorg zijn doelgroep van één of meerdere vraagstukken. De toegevoegde waarde van deelname ligt met name in de verandering in denkwijze (vanuit cliëntperspectief), het stapsgewijze proces van vraagverheldering en het meenemen van contextuele kenmerken van de organisatie in het proces.

**Discussie:** door de start van de implementatie met praktijkgericht beschrijvend onderzoek te volgen, kan verderop in het proces bekeken worden welke kenmerken van organisaties en van het proces voorspellend kunnen zijn voor het behaalde resultaat. De resultaten vormen aanleiding voor tussentijdse aanscherping van de implementatieactiviteiten binnen de zorgorganisaties. Ook informeren de resultaten de agenda's van onder andere het ministerie van VWS en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland over de door hen bepleite inzet van technologie in de zorg.