



Innovatie-
impuls
IIG-2

Implementatie van technologie voor mensen met een beperking bekeken vanuit het verandermodel van Lippitt-Knoster

Ervaringen uit de Innovatie-
impuls Gehandicaptenzorg

Implementatie
van technologie

Zorg-
vraagstukken
en technologie

Verander-
model van
Lippitt-Knoster

Conclusie en
aanbevelingen



Vilans



ACADEMY
HET DORP



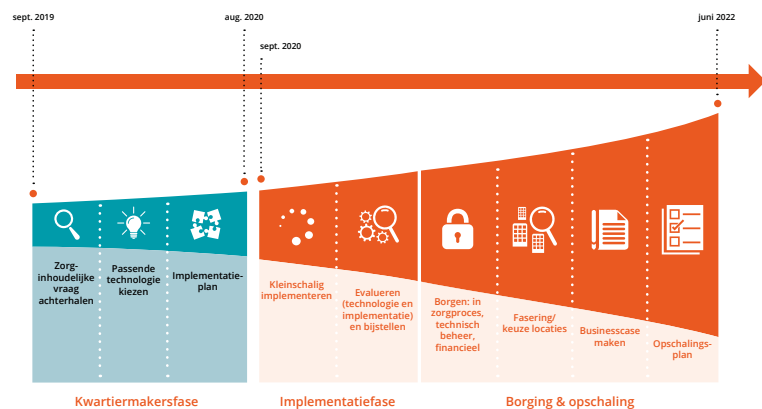
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Implementatie van technologie in IIG-1

Technologie kan pas bijdragen aan meer zelfstandigheid, eigenwaarde en eigen regie voor mensen met een beperking als de technologie écht een antwoord is op het vraagstuk van de cliënt. Pas dan is er een juiste match tussen vraag en aanbod en zal de technologie ook daadwerkelijk gebruikt worden. Zorgprofessionals en cliënten moeten er vervolgens ook goed mee kunnen werken en de technologie als waardevol ervaren. Maar de zorginhoudelijke vraag van de cliënt moet altijd het uitgangspunt zijn [1]. Het inzetten van technologie ter ondersteuning van het zorgproces betekent een andere manier van kijken naar zorg verlenen. Ingrijpender dan de inzet van de technologie zijn dan ook de veranderingen die het met zich meebrengt in de zorgorganisaties: de andere manier van werken, de andere gesprekken met cliënten, naasten en onderling tussen zorgverleners. Het zijn voorwaarden voor duurzame implementatie van technologie [2-6].

De Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg (IIG) is erop gericht om het gebruik van technologie vanzelfsprekender te maken in de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking [7]. Dit lukt alleen als zorgorganisaties technologie op de juiste manier in gebruik nemen. In de eerste Innovatie-impuls (IIG-1) leerden 26 organisaties in de gehandicaptenzorg hoe zij technologie succesvol kunnen implementeren. Zij voerden als individuele organisaties 28

Aanpak Innovatie-impuls (drie fasen)



Figuur 1. De fasen van de Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg. Bron: Eindrapportage Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg 2019-2022 [5]

implementatieprojecten uit, en leerden van elkaar in themanetwerken [5]. IIG-1 is gestart in september 2019 en geëindigd eind juni 2022. Het programma bestond uit twee fasen: de kwartiermakersfase en de implementatiefase (figuur 1). Iedere zorgorganisatie stelde een interne projectleider aan die een (multidisciplinair) projectteam samenstelde. Vanuit de IIG kreeg iedere organisatie een vaste implementatieadviseur toegewezen, die de projectleider op maat ondersteunde bij de implementatie. In alle fasen is ook ondersteund door onderzoekers en communicatiespecialisten. Alle op maat ondersteuning is geboden volgens het principe 'voordoelen, samendoelen, zelf doen', op basis van het ZonMw implementatiemodel [8] aangevuld met specifieke aandachtspunten voor implementatie van zorgtechnologie. Denk daarbij aan het in kaart brengen van de ICT-context in een organisatie, waar op gelet moet worden bij de samenwerking met een leverancier en het regelen van (technische) serviceprocessen [9]. De zorgorganisatie was 'in the lead' in het implementatieproject. De zorgorganisaties zijn daarmee in verschillend tempo gestart en hebben ook in verschillend tempo uitvoering gegeven aan hun implementatieplan.

Omdat de vanzelfsprekende inzet van technologie als onderdeel van zorg en ondersteuning vraagt om een andere manier van werken, om een organisatieverandering, hebben we de implementatieprojecten in IIG-1 bekeken in het licht van een veranderkundig model, het Lippitt-Knoster Model for Managing Complex Change.

Verantwoording: dataverzameling en -analyse

Met behulp van vragenlijsten en interviews zijn data over bevorderende en belemmerende factoren voor het in gebruik nemen van technologie verzameld bij de projectleiders van de 28 implementatieprojecten, gedurende de hele looptijd van IIG-1. Ook is een interviewronde gehouden met de vijftien IIG-implementatieadviseurs. Alle data is per implementatieproject geordend op een tijdlijn. De data is kwalitatief geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse. De gebruikte thema's zijn de elementen uit het Lippitt-Knoster model. In de tekst staan veel quotes van projectleiders (bij een enkele quote van een adviseur is dat aangegeven). Zie bijlage 1 voor een nadere beschrijving van de onderzoeksmethode.

Zorgvraagstukken en technologie

Zorgorganisaties hebben op basis van zorginhoudelijke vraagstukken de uiteindelijke keuze bepaald voor een technologie die zij gingen implementeren. Organisaties hadden zorgvraagstukken op zes thema's, hieronder een toelichting.

Lekker slapen

Zes zorgorganisaties werkten aan een zorginhoudelijke vraag en implementatie van technologie rondom slaap. Vier daarvan implementeerden een bed-/matrassensor bij cliënten met een ernstige verstandelijke beperking om hun slaap goed in kaart kunnen brengen. De vijfde implementeerde een stoel waarmee een actief rustmoment geboden kon worden op de dagbesteding, en de zesde een muziekkussen bij nachtelijke onrust.

Zelfredzaamheid en sociaal contact

Vijf zorgorganisaties implementeerden technologie om bij te dragen aan vraagstukken rondom zelfredzaamheid en sociaal contact bij mensen met een verstandelijke beperking. Vier daarvan implementeerden een app. Twee organisaties implementeerden een app die cliënten met een licht verstandelijke beperking helpt bij leuk, lekker en gezond koken en twee organisaties implementeerden een app die op de dag ondersteunt, bij het zelfstandig vinden van antwoorden op praktische vragen en bij het inzichtelijk maken van activiteiten in de omgeving van de zorglocaties. De vijfde organisatie implementeerde een zorgrobot die begeleiders ondersteunde bij groepsactiviteiten voor ouderen.

Dagstructuur

Vier zorgorganisaties werkten aan een vraagstuk rondom dagstructuur. Drie van hen implementeerden een app die ondersteunt bij taken en afspraken bij verschillende cliëntgroepen (licht verstandelijke beperking, lichamelijke beperking en niet-aangeboren hersenletsel). De vierde organisatie implementeerde een interactief projectiesysteem bij cliënten met een ernstige verstandelijke beperking.

Begrepen worden

Vier zorgorganisaties werkten aan een zorginhoudelijke vraag rondom spanning. Drie van hen implementeerden een app die cliënten met een licht of matige verstandelijke beperking en/of een autismespectrumstoornis helpt om spanning te herkennen en te reguleren door zelfgekozen stress verminderende activiteiten voor te stellen. De vierde organisatie implementeerde een systeem dat met behulp van biofeedback stress detecteert bij mensen een ernstige verstandelijke beperking en visualiseert in een dashboard voor begeleiders.

Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning

Drie zorgorganisaties implementeerden technologie (domotica) in nieuwe woningen van cliënten met een verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel en/of een lichamelijke beperking om hun zelfredzaamheid te bevorderen. Het gaat om domotica voor alledaagse handelingen (zoals openen en sluiten van gordijnen en deuren, aan- en uitschakelen van lampen) en om domotica voor de avond en nacht (zoals uitluister-, oproep- en videomonitoringssystemen).

Corona en contact op afstand

Zes zorgorganisaties zijn tijdens de corona lockdown in 2020 technologie gaan gebruiken omdat dat op dat moment urgent was. Nadien sloten zij zich aan bij de IIG om deze technologie duurzaam te implementeren. Bij drie organisaties ging dat om een vorm van zorg op afstand/beeldzorg en bij één om beeldbellen voor sociaal contact. Eén implementeerde een spraakgestuurd apparaat waarmee andere apparaten bediend kunnen worden en bij de laatste ging het om activiteiten voor dagbesteding.

Meer informatie:

- [Eindrapportage Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg 2019-2022](#)
- [Duurzame implementatie van technologie in de gehandicaptenzorg: Over deelnemers, vraagstukken en ervaringen uit de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls](#)

Verandermodel van Lippitt-Knoster

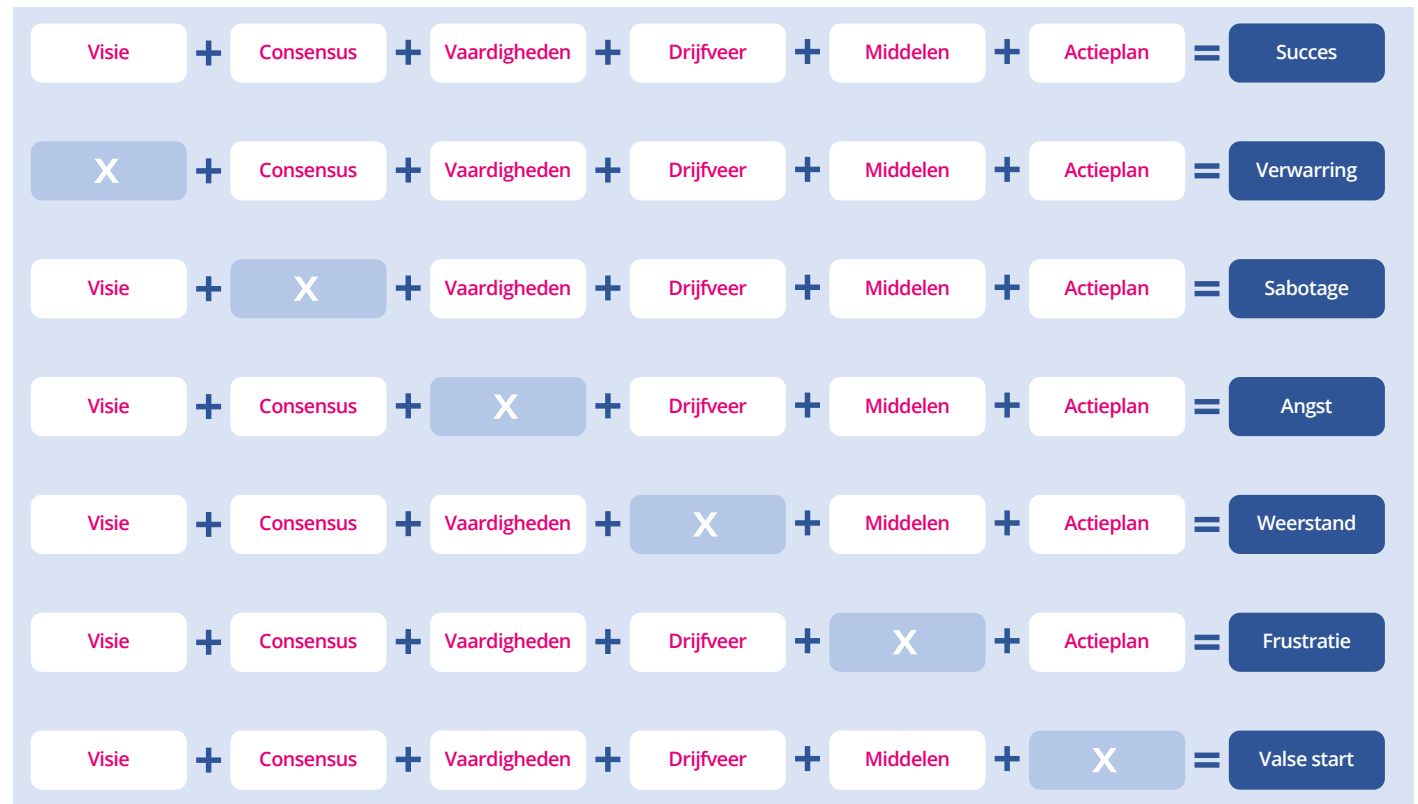
Mary Lippitt presenteerde in 1987 het nog steeds actuele en veelgebruikte model voor verandermanagement, met vijf elementen die van essentieel belang zijn voor het bewerkstelligen van een verandering in een organisatie: visie, vaardigheden, drijfveer, middelen en actieplan. Tim Knoster voegde daar in 2000 een zesde element aan toe: consensus. Dit model met zes elementen is bekend onder de naam 'Lippitt-Knoster Model for Managing Complex Change' (figuur 2) [10-11].

Een visie is noodzakelijk om te bepalen waar je naartoe wilt als organisatie en waarom een verandering noodzakelijk is. Daarover moet consensus bestaan in een organisatie. Betrokkenen moeten vaardigheden hebben om te kunnen doen wat van hen gevraagd wordt als onderdeel van de verandering. Om te veranderen hebben betrokkenen een drijfveer of prikkel nodig: het moet voor iedere medewerker duidelijk zijn wat de toegevoegde waarde van de verandering voor hem of haar is. Er moeten voldoende middelen beschikbaar zijn, in bijvoorbeeld menskracht, tijd en geld. Een actieplan moet worden opgesteld met vertegenwoordiging van alle stakeholders en de concrete stappen weergegeven die genomen moeten worden.

Op het moment dat één van deze elementen ontbreekt zal de beoogde verandering falen. Afhankelijk van welk element ontbreekt is er een andere uitkomst, zoals weergegeven in figuur 2. Zonder visie wordt er geen richting gegeven aan de gewenste verandering en dat resulteert in verwarring.

Ontbreekt consensus, dan zal mogelijk niet iedereen meewerken aan de verandering en kan sabotage (tegenwerking) voorkomen. Het missen van de benodigde vaardigheden zorgt voor angst en onrust bij medewerkers. Zonder drijfveer of motivatie zal de gewenste verandering gepaard gaan met weerstand. Ontbreken de middelen, dan zal dat resulteren in frustratie. Tot slot, is er geen actieplan, dan zorgt dat voor een valse start en een trage voortgang omdat de te nemen kleine stappen richting het gewenste doel niet helder zijn.

Dit model kan gebruikt worden om een nieuwe verandering te plannen, maar ook als instrument om een lopend traject te analyseren. Het model geeft geen volgorde aan – alle elementen zijn belangrijk.



Figuur 2. Verandermodel van Lippitt-Knoster [10-11].

Visie

Zorg en visie

Ieder traject in de IIG is gestart vanuit een zorgvraagstuk, waarbij de projectleiders ook de organisatie- en ICT-context van hun organisatie in beeld brachten. Soms paste dit zorgvraagstuk één op één binnen de visie, soms moest er gezocht worden naar waar het project een plek kon krijgen binnen de visie. Onduidelijkheid hierover heeft bij sommige organisaties voor vertraging gezorgd.

“Binnen welke organisatiedoelstelling past dat, waar kan je het aan hangen? En daaraan gekoppeld: wie is de opdrachtgever?”

“Omdat dat lang onduidelijk bleef was het lastig om plannen te maken waarvan je weet dat ze ook uitgevoerd kunnen worden.”

Starten met het zorgvraagstuk had als voordeel dat het project als relevant werd gezien en aansloot bij waar de energie in de organisatie zat. Dit is van belang omdat het veranderen van werkprocessen veel vergt van de organisatie.

“Het is belangrijk dat je weet in hoeverre het aanbod, de technologie, aansluit bij de behoeftes die er zijn, anders hebben mensen geen zin om er energie in te steken. Dit is ook belangrijk omdat beleid en werkprocessen veranderd moeten worden.”

“Het in de zorgprocessen krijgen en de vraag achter de vraag achterhalen, waarvoor ga je het inzetten, is essentieel.”

Projectleiders en adviseurs rapporteerden zowel bevorderende als belemmerende factoren als het om visie gaat. Er zit met name een verschil tussen het hebben van een visie ‘op papier’ en het daadwerkelijke inbedden van technologie in het zorgproces en het ervaren van steun en prioriteit door het bestuur en management. Het puur vaststellen van de ambitie tot het inbedden van technologie als onderdeel van het zorgproces in een strategisch document is niet voldoende. Aan een strategisch kader moeten ook acties en opdrachtgevers verbonden zijn.

“Een werkbaar visie- en beleidsdocument maken van waaruit innovatie keuzes gemaakt kunnen worden.”

“Werk aan positionering en communicatie van zorgtechnologie en innovatie binnen de organisatie.”

Volgens een aantal projectleiders was het noodzakelijk dat er een visie is op zowel de zorg waar de technologische innovatie ingebed moet worden, als op de inzet van de specifieke technologie. Bijvoorbeeld in het geval van beeldzorg was een visie op het inzetten van beeldzorg van belang, maar ook een visie op blended care en behandeling als zorgconcept. Beide waren nodig om tot borging en opschaling te komen. Hetzelfde gold voor het opzetten van hybride dagbesteding. Digitale dagbesteding is in coronatijd ontstaan uit noodzaak. Bij het wegvallen van die noodzaak is een organisatie terug naar de tekentafel gegaan om te bepalen in welke vorm men digitale dagbesteding wil blijven aanbieden.

“We willen de huidige livestream die is ontstaan in coronatijd als vervangend vrijetijdsaanbod borgen in de organisatie en aanbieden als hybride vorm van dagbesteding. Waarbij cliënten de keuze kunnen maken om fysiek of op afstand deel te nemen. Het grote voordeel van digitaal is dat er nu ook cliënten kunnen aanhaken die dat eerst niet konden, bijvoorbeeld doordat ze te ver weg woonden of de prikkels niet aan kunnen.”

Innovatie keuzes

Een visie bleek helpend bij het maken van innovatie keuzes. Dat had voor sommige organisaties ook betrekking op het aantal innovatietrajecten dat tegelijkertijd binnen een organisatie loopt. Klein starten in een pilot was waardevol om te leren of het toekomstige zorgproces of zorgpad ook werkt. Andere organisaties maakten de keuze om juist meerdere elkaar versterkende technologieën rondom hetzelfde zorgvraagstuk tegelijkertijd in te zetten om op die manier meer impact te maken.



“Innovatie staat bij ons nu hoog op de strategische agenda, dus we hebben een visie op zorginnovatie gemaakt. We doen één opdracht per jaar met impact, waar nu dus beeldzorg voor is gekozen, omdat dit veel vraagt van de hele organisatie, straks ook met zorgprocessen die moeten worden aangepast.”

“Eerst een paar casussen en daarvan leren, dan echt de praktijk in. Het blijft leren van iedere casus, maar je kunt checken of je van tevoren bedachte werkwijze klopt en dat eventueel bijstellen waar in de praktijk blijkt dat het anders kan.”

“We kiezen voor de kracht van de combinatie van verschillende oplossingen die maakt dat iemand zo zelfredzaam mogelijk woont. Een elektrisch gordijnrails heeft niet per se meerwaarde, maar de combinatie van verschillende domoticoepassingen zorgt ervoor dat het succesvoller is.”

Betrokkenheid bestuur en management

Betrokkenheid van het bestuur of het management was cruciaal en bestond uit verschillende elementen: eigenaarschap, tijd, budget, middelen, een concrete visie op de inzet van zorgtechnologie en draagvlak.

“Die betrokkenheid merkte je in de uren, maar ook in beslismomenten, want de ‘go’ is er, maar ook in het vertrouwen.”

Bij sommige organisaties was het bestuur of het management niet eindverantwoordelijk, maar was er sprake van zelfsturende clusters. Dit betekende een extra effort om aansluiting te blijven houden met elk van deze clusters.

“Wat we willen is aansluiting vinden en vooral aangesloten blijven met de locaties die geografisch gezien ver uit elkaar liggen en heel autonoom worden aangestuurd door clustermanagers met een eigen visie, zodat iedere cliënt met deze vraag een oplossing krijgt aangereikt.”

Het niet hebben van een visie betekende een langere doorlooptijd richting borging en opschaling van de technologie omdat visieontwikkeling min of meer parallel liep aan het project. Zelfs wanneer alles in de startblokken stond voor verdere opschaling kon een project tot stilstand komen bij het ontbreken van een visie.

“Het project leek te ‘zweven’, zonder richting en managementsupport kun je niet starten met een grootschalige uitrol.”

Aanvullend hierop was het cruciaal dat innovatie een vaste plek in de organisatie heeft. Zonder vaste plek was het lastiger om goed te borgen en moeilijker om op te schalen. Ook zorgde het ervoor dat medewerkers die werken aan innovatieprojecten het gevoel hadden niet ondersteund te worden.

“Niet voortdurend vechten voor een plek, maar verankerd in je organisatie.”

“Als je weet waar je naartoe wilt, kun je de roadmap daarnaar toe maken. Dus dat heb ik vooral nodig. De visie van waar gaan we heen. Dan kunnen we als projectgroep zorgtechnologie aan de slag en mijn rol kan daarin ook veel duidelijker worden.”



Consensus

Prioriteit

Veel organisaties hebben tijdens IIG-1 te maken gehad met projecten of activiteiten die een hogere prioriteit hadden (nog los van de prioriteiten die gesteld moesten worden vanwege corona). Dat zorgde soms voor zorgen over de continuïteit van het project. De belastbaarheid van medewerkers bij het parallel uitvoeren van verschillende projecten en de weerstand die dat kan veroorzaken was een ander belangrijk aspect.

“Het MT heeft teveel projecten tegelijkertijd, en ze zeggen dus dat ze dat [IIG-project] wel echt belangrijk vinden, alleen is de aandacht moeilijk te verdelen over alle projecten.”

“Bewustzijn van belang van zorgtechnologie is er, evenals budgettaire ruimte. Knelpunt zit met name in prioritering ten opzichte van andere projecten en ontwikkelingen.”

“We zitten nu in een hele fijne flow. Maar hoe houden we dit vast? Onze organisatie staat voor een aantal veranderingen wat ervoor kan zorgen dat de aandacht en de middelen minder naar technologie toe gaan.”

“Naast de Innovatie-impuls is er bijvoorbeeld nog een ander implementatietraject voor het ECD. Dus begeleiders voelen al heel snel: oh jee, er is nóg iets.”

Gezamenlijke stip op de horizon

Een ander aspect van consensus is het hebben van een gezamenlijke stip op de horizon en het belang van intrinsieke motivatie. Helpend bij het behouden van motivatie zijn succesverhalen. Wacht niet met het delen van resultaten tot het einde van je traject, maar neem collega's mee in de toegevoegde waarde van technologie.

“Je gaat tegenslag tegenkomen. Als een team er goed instaat en zegt: ‘De stip op de horizon is dat we de zorg voor de cliënt beter maken.’ Met dat idee is het makkelijk om over tegenslagen heen te stappen.”

“Eerste resultaat van gebruik technologie binnen: minder fixaties!”

“We zien dat er op de werkvloer een olievlek ontstaat, veel informeren en mensen meenemen in de succesverhalen en geleerde lessen.”

De gezamenlijke stip op de horizon bereik je wanneer technologie-projecten niet als losstaande projecten of leuke gadgets worden gezien, maar dat technologie ingebed moet worden in de zorgprocessen. Deelnemers van IIG onderschreven dit, maar zaten midden in het proces om dit te veranderen.

“Veel medewerkers zijn enthousiast en gemotiveerd. Maar de kunst is nu om dit vast te houden. De noodzaak laten zien van het integreren van de technologie in het zorgproces. Velen zien dit nog als een leuke gadget voor erbij en zien de noodzaak nog niet van de integratie. Dit moeten we nog methodisch inzetten.”

“We gaan de technologisch projecten nu in als proeftuinen, waardoor je technologie niet groot kan uitrollen en er moeilijker een basis gecreëerd kan worden, we zitten nu erg te zoeken naar een manier dat het wel goed werkbaar is voor iedereen met als uitgangspunt de client.”

Duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden

Wat verwachtingsmanagement betreft is het belangrijk om afspraken te maken over eenieders rol en verantwoordelijkheden in het project. Vaak was dit breder dan alleen de eigen medewerkers.

“Wij hebben een bijeenkomst georganiseerd over rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende stakeholders. Dit is heel zinvol gebleken daar iedereen met betrekking tot zijn eigen vakgebied inbreng had en zich daarvan bewust werd.”

“Belangrijk om het netwerk van cliënten, denk aan familie, vrienden, naasten, goed mee te nemen. Wat verwachten zij ervan? Maar wat het netwerk ervan vindt heeft ook invloed op de motivatie van het team.”



Veranderangst onder medewerkers speelde in een aantal organisaties, wat negatieve invloed had op draagvlak en consensus voor de inzet van technologie. Helpend bij het overwinnen van veranderangst zijn succesverhalen. Sociale invloed door collega's is tevens bepalend voor mogelijke weerstand onder medewerkers. Heb daarom niet alleen aandacht voor de ambassadeurs en de early adopters, maar luister ook naar de verhalen van medewerkers die negatief staan ten opzichte van de beoogde verandering.

“Zien dat je werk verandert, niet iedereen vindt dat fijn. Meestal omdat mensen niet weten hoe het verandert. Brengt onzekerheid. Als je het niet goed aanvliegt gaan de hakken in het zand.”

“Wat is de kernboodschap, zo laagdrempelig mogelijk. Vernieuwing brengt angsten met zich mee, dus we hebben gekeken hoe we daar iets mee kunnen in de communicatie.”

“Om een succesverhaal te krijgen waarbij mensen meer zien hoe technologie je kan helpen, in plaats van je werk overnemen waardoor jij op straat komt te staan. Technologie helpt om de kwaliteit van je zorg te kunnen regelen en voor de cliënt de kwaliteit van leven te verhogen.”

Samenwerking met de ICT-afdeling

Deze samenwerking is van belang omdat de bestaande infrastructuur niet altijd klaar was voor technologische innovaties. Verschillen in prioriteiten en inzichten tussen de ICT-afdeling en het projectteam hadden een remmende werking op de inzet van innovaties en kon ook frictie veroorzaken. Dit kon echter ook in positieve zin gebruikt worden om met elkaar het gesprek aan te gaan. De IIG had hier een stimulerende rol, zoals deze adviseur aangeeft:

“Ze kwamen nu ook samen tot de conclusie dat de ICT hun basis op orde aan het brengen is. Projectleider is nu veel bezig met de technologische ontwikkelingen, waardoor ICT daar nu natuurlijk ook op aangepast wordt. Daarom willen ze nu een digitaal team op gaan stellen, zodat ze daar samen mee aan de slag gaan. IIG heeft er dus voor gezorgd dat de verbinding tussen zorg en ICT is gekomen.”

Samenwerking met de leverancier

Een specifiek aandachtspunt bij het inzetten van technologie is de samenwerking met de leverancier. Binnen de projecten heeft deze samenwerking op verschillende manieren vorm gekregen. Aan de start van een project waarbij door middel van pitches door leveranciers een keuze voor een specifieke leverancier is gemaakt. Bij de implementatie waarin trainingsmateriaal van leveranciers aangepast werd naar de eigen organisatie. En met name tijdens de implementatie en ingebruikname van de technologie waarbij het meedenken met en snel reageren op vragen en het doorvoeren van aanpassingen als cruciaal werden ervaren. Extra aandachtspunt is dat het niet alleen gaat om de leverancier van de gekozen technologie, maar ook om de ICT-leverancier binnen de zorgorganisatie. Veelal moet een koppeling tussen beiden plaatsvinden voor een optimale werking van de gekozen technologie.

“Het is heel prettig dat het een bedrijf is die veel meedenkt met ons als klant, en is heel erg bereikbaar om te sparren.”

Vaardigheden

Digivaardigheden

De digivaardigheden van zorgmedewerkers varieerden sterk, van heel veel tot heel weinig. Er waren verschillen tussen organisaties in de hoeveelheid aandacht die is besteed aan het trainen van medewerkers. Een organisatie had het idee om te gaan werken met een buddysysteem waarbij een collega met veel digivaardigheden een collega met minder digivaardigheden begeleidt. Een aantal organisaties heeft gewerkt met digicoaches. De ervaringen met de digicoaches waren overwegend positief.

“Meer facilitering van digicoaches vanuit het zorgkantoor zou wel mooi zijn, daarmee kun je zorgtechnologie wel echt een boost geven. Dat hebben wij wel kunnen doen met key-users en digicoaches, maar dat zou je willen uitbreiden.”

“Wij zijn nu een advies aan het schrijven om de digicoaches een goede plek binnen de organisatie te geven, om digicoaches als adoptie ambassadeurs in te zetten gaat ons een heel stuk helpen om dit beter te borgen.”

Bij een aantal technologieën was het van belang breder te kijken dan de digivaardigheden van eigen cliënten en medewerkers. Bijvoorbeeld bij de inzet van beeldzorg waar ook verwanten een rol hebben.

“De digivaardigheid van familieleden liet ook nog wel eens te wensen over.”

Training

Sommige organisaties hebben specifieke trainingen opgezet voor de verschillende functies binnen de organisatie, om te leren werken met de technologie. Er waren verschillende aanpakken.

“Alle medewerkers en begeleiders overdag en van de nachtzorg hebben een opleiding gekregen. En key-users een nog uitgebreidere training. De technische dienst is getraind en regiebehandelaren hebben ook eigen training gehad.”

“We koppelden training aan implementatieweken. Vóór het gebruik uitleg gegeven. Een soort escaperoom door het gebouw heen. Tijdens de implementatieweken konden medewerkers trainen in oefenuurtjes, samen met taakhouders. Aanvullend zijn handleidingen gebruikt.”

Projectleiders en adviseurs gaven aan dat training een terugkerende activiteit zou moeten zijn. Eén keer uitleggen is niet voldoende. Daarnaast bleek het van belang dat iemand (een key user of super user) beschikbaar is voor vragen en om daarop snel in te spelen. Ook training van cliënten is van belang. En denk bij het vergroten van de vaardigheden ook aan op het eerste oog kleine dingen die in praktijk een groot verschil maken.

“Digitale vaardigheden van medewerkers vraagt continue aandacht, anders is het een belemmering voor het blijven gebruiken van technologie, en als de ‘aanjager’ wegvalt kan ook het gebruik stagneren.”

“Persoonlijk contact met de cliënt is heel belangrijk. Blijven motiveren om het te begrijpen, snel inspelen op vragen, thee momenten. Heel tijdsintensief, maar werkt wel heel goed.”

“Ik maakte me zorgen over de motivatie bij begeleiders. Dat kwam door weinig onderling persoonlijk contact. De oplossing was een zeer praktische toolkit waarin het supersimpel wordt om de app in te regelen bij de cliënten en begeleiders.”

Drijfveer/motivatie

Gevoel van urgentie

Het gevoel van urgentie is een sterke drijfveer voor het inzetten van technologie. Die urgentie wordt bijvoorbeeld veroorzaakt door het personeelstekort op de arbeidsmarkt, waarbij het de vraag is wat technologie in dat kader kan betekenen. Ook corona had invloed op het gevoel van urgentie bij het inzetten van technologie. De 'corona-urgentie' lijkt wel van meer tijdelijke aard; binnen IIG-1 zijn er organisaties die tijdens corona uit noodzaak beeldzorg hebben ingezet en toen de corona-urgentie wegviel, heroverwogen hoe beeldzorg structureel in te zetten. Hoe dan ook wordt urgentie ervaren om de zorg te veranderen. Steeds moet bekeken worden welke toegevoegde waarde de inzet van technologie en andere innovaties kan hebben. Op management- en bestuursniveau gaat het over het grotere geheel van zorgverlening. Op de werkvloer gaat het om gedragsverandering in de daadwerkelijke zorg en ondersteuning van cliënten.

Elkaar enthousiasmeren

In alle projecten is veel energie gestoken in het elkaar enthousiasmeren. Vanuit de gedachte dat enthousiasme een belangrijke drijfveer is voor het slagen van een innovatie. Het was belangrijk om dit enthousiasme vast te houden en uit te breiden. In veel projecten is er sprake van een olievlek die zich langzaam uitbreidt.

“De projectleider heeft een vlog gemaakt om iedereen enthousiast te krijgen, wat goed is gelukt. In die vlog vertelde de projectleider over de inhoud van het project en waarvoor het bedoeld is, zodat mensen de toegevoegde waarde inzien en dat is gelukt” (adviseur).

“Één van de cliënten heeft de begeleider de oren van het hoofd gevraagd of hij al eindelijk aan de beurt is en ze ermee kunnen gaan werken.”

“Dat er nóg meer early adopters aan het werk gaan op de werkvloer om de voordelen van technologische ondersteuning te ervaren.”

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Een andere drijfveer was het persoonsgericht ondersteunen van de cliënt, de – grotere – inbreng van de cliënt en de reactie van de cliënt op de technologie die is ingezet. Wanneer projectleiders spraken over de ervaringen van cliënten werden woorden als 'mooi' en 'trots' veel gebruikt.

“Wat is er tussen jou en deze cliënt dat niet goed gaat of beter kan in de begeleiding en hoe kunnen we jou helpen om dit op te lossen of beter te doen? Gekoppeld aan het soort technologie. Ingebed in zorgproces, daarmee maak je het klein: ‘gaat over jou en mij’.”

“Het mooie vind ik wel dat cliënten soms enthousiaster zijn over beeldbellen dan medewerkers!”

“Het meest trots ben ik op het moment dat de cliënten de app mochten gebruiken, dat ze ook eigen manieren gingen vinden om de app toe te passen. Niet altijd hoe het bedacht of bedoeld was, maar wel heel mooi om dat zo te volgen.”

“Het is goed om te zien dat door deze technologie het signaleringsplan anders aan wordt gepakt. Er wordt veel meer input gevraagd bij cliënten, waardoor in gesprekken ook andere vragen en gedachten komen van cliënten. Ze hebben zelf heel veel inbreng, wat het heel leuk maakt, maar ook heel nuttig om het signaleringsplan erbij te pakken.”

Intrinsieke motivatie

Een voorbeeld van het positieve effect van intrinsieke motivatie is de werkwijze binnen expertteams rondom slaap. Het met sensoren en wearables in kaart brengen van de slaap van EMB-clieñten heeft een heel directe relatie met de kwaliteit van zorg, het leidde tot nieuwe inzichten.

“Het expertteam bestaat uit mensen die hebben gesolliciteerd voor een functie in het slaapteam, met verschillende functies: nacht zorgmedewerker, gedragsdeskundigen, verpleegkundig specialist en een coördinerend verpleegkundige. Dan krijg je een inhoudelijk bevlogen team. Mensen gaan dan zelf aan het werk. Zij hebben samen met de IIG-adviseur zelf het hele plan opgesteld in samenwerking met managers en



bestuurders. In de laatste evaluatie hoorde ik terug dat zij hun sollicitatie een heel belangrijk moment vonden. Dat toen al duidelijk werd dat het niet om een leuk taakje erbij ging, maar om een serieuze beweging van betekenis waarin zij hun aandeel konden leggen. Dat vonden zij enorm uitdagend. Zij moeten het verhaal naar buiten toe zelf vertellen, zelf vertellen wat ze waar kunnen maken. Op die manier worden ze ook niet overvraagd. Dat vinden we een belangrijk organisatiepunt.”

Leren van elkaar

Het gezamenlijk optrekken en delen van ervaringen (in dit geval binnen de IIG als programma) is als drijfveer ervaren en genoemd als een mooie ontwikkeling.

“Dat er contact is met andere organisaties en deskundigen die deelnemen aan de Innovatie-impuls en wij elkaar kunnen helpen.”

“Wat ik heel prettig vind is de adviseur. Zij ziet wat er binnen alle organisaties gebeurt en zij heeft ons ook al in contact gebracht met andere organisaties. Dat netwerk is heel erg belangrijk, ook voor andere projectleden. Ze bellen elkaar hoe ze iets hebben gedaan.”

Middelen

Tijd/uren en geld/budget

Cruciaal was de beschikbaarheid van de middelen tijd en geld. Voldoende tijd (uren) en geld (budget) waren randvoorwaardelijk voor uitvoering van het project. Uit het vrijmaken of vrijspelen van medewerkers van andere taken bleek support van management. Om te kunnen opschalen moeten tijd en geld niet alleen beschikbaar zijn voor pilotperiode, maar structureel beschikbaar zijn.

“Projectleiders zijn dus helemaal vrij gespeeld voor dit project. Je kan het er niet ‘even’ bij doen.”

“Grootste hobbel was het bewustzijn dat het een investering vraagt. Heel lang was het idee ‘er zijn wel mensen die het leuk vinden om dit erbij te doen’. Dus heel mooi dat we nu een werkgroep hebben die er wat breder mee bezig kan zijn.”

“Dit alles heeft een behoorlijke impuls gekregen omdat we door de komst van de adviseur zorgtechnologie meer manuren hebben om de acties ook daadwerkelijk uit te voeren.”

Een veelgenoemde belemmerende factor was corona, veel van de geplande activiteiten moesten online plaatsvinden. Door het wegvallen van bezoeken aan locaties was het lastiger om medewerkers te ondersteunen bij de inzet van technologie.

Multidisciplinair team

Sommige organisaties waren direct gestart met een multidisciplinair team, andere gaven aan dat dit voor hen een verbeterpunt is. Voordeel van een multidisciplinair team is dat er snel geschakeld kon worden met verschillende afdelingen. Ook experts van buiten de organisatie kunnen – tijdelijk – deel uitmaken van een team, bijvoorbeeld om medewerkers op te leiden volgens het principe voordoen, samendoen en zelf doen.

“Bij vraagverheldering nu ook meteen mensen van financiën, ICT meteen meenemen in plaats van alleen zorgbegeleiders. Komt erop terug dat het stukje organisatorisch, dat daar de uitdaging zit, en niet in de individuele technologie.”

“Er is een DenkTank opgericht met cliënten, verwanten, medewerkers. De DenkTank wordt in de toekomst bij elk innovatieproject betrokken.”

“Wij werken samen met een somnoloog voor de analyse van metingen. Hoe beter medewerkers dat uiteindelijk zelf kunnen, hoe minder we uiteindelijk de somnoloog hoeven in te zetten bij vraagstukken.”

ICT-infrastructuur

Voor de inzet van technologie is een goed functionerende ICT-infrastructuur een belangrijke randvoorwaarde. Veel organisaties ervaren problemen in de praktijk vanwege het feit dat het wifi-sigitaal niet sterk genoeg is om de technologie goed te kunnen laten werken. Veelal was de ICT-infrastructuur ingericht voor ICT-systemen voor medewerkers. Het is van belang een plan te hebben op het moment dat er vragen of problemen zijn. Wat als de technologie kapotgaat, wie gaat dat oplossen? Is er een helpdesk ingericht in de organisatie voor vragen? Binnen sommige organisaties werd een verbinding gelegd naar de structuren die reeds bestonden voor hulpmiddelenbeheer. Het verankeren in structuren en processen is met name voor de borging en opschaling van belang. Er schuilt gevaar als hier niet vanaf de start aandacht voor is en er gewerkt wordt met tijdelijke, niet duurzame, oplossingen. Sommige organisaties ervaren uitdagingen op deze vlakken.

“Als je iets binnen de ICT gedaan wilt hebben, dan kost dat normaliter heel veel tijd. Toch wordt er vaak gezorgd voor een ‘workaround’ om toch snel aan de slag te gaan, buiten de bestaande processen. Dat werkt dan vaak wel bevorderend. Verdere uitrol moet dan wel weer volgens de reguliere processen, daar moet tijdig mee begonnen worden om te voorkomen dat het zorgt voor vertraging.”



“We merken dat we hierin wel wat hindernissen te nemen hebben, met name gericht op het borgen en optimaliseren van de technische randvoorwaarden. Zoals snelle en zorgvuldige afhandeling van nieuwe aanvragen, aanpassingen, storingen en reparaties.”

Verloop van personeel

Het verloop van personeel in alle lagen van de organisatie heeft met name een effect op de continuïteit van de inzet van technologie. Bij het wegvallen van personeel verdwijnen kennis en vaardigheden rondom de inzet van technologie. Nieuwe medewerkers moeten ingewerkt worden en personeel dat incidenteel werkt kent de cliënten soms niet goed genoeg om optimaal gebruik te kunnen maken van de technologie. Wisselingen in het bestuur van een zorgorganisatie leiden tot onzekerheid of de visie rondom technologie wel hetzelfde zal blijven of beslissingen worden uitgesteld totdat de nieuwe bestuurder er is.

Actieplan

Nut en noodzaak van een implementatieplan

Binnen IIG-1 hebben projectleiders en anderen van zorgorganisaties, met ondersteuning van de IIG-adviseurs, actie- of implementatieplannen opgesteld. In zo'n plan stonden de volgende onderdelen uitgewerkt: uitgangspunten, projectorganisatie, doelen en resultaten, draagvlak, afstemming in zorgprocessen, opleiding, financiën en planning & risico's. Niet voor iedereen was de meerwaarde van een implementatieplan direct duidelijk.

"Het is gegaan van 'ik schrijf dit op omdat het moet' naar 'ik schrijf dit op, en snap waarvoor ik dit doe'. Dit zorgt ervoor dat dingen anders op papier komen, ook meer vanuit de cliënt dan vanuit de organisatie."

"In najaar 2020 implementatieplan geschreven. Grootste les: installeren is niet implementeren."

"Goed bedenken hoe je het organisatorisch wil wegzetten. Wie gaat verantwoordelijk zijn voor het wel of niet inzetten van de technologie, wie moeten er dingen doen, wat is het budget, et cetera? De precieze uitwerking kan later nog wel, maar een grof idee is wel belangrijk voor je ermee aan de slag gaat."

Het maken van een implementatieplan liet zien dat niet alle organisaties zo ver zijn dat alles goed geregeld is. Wel worden stappen gezet richting borging van de inzet van technologie in het zorgproces, in de dagelijkse werkwijze. Belangrijk is ook dat opleiding voor nieuwe medewerkers geborgd is, en dat de werkwijze ook voor nieuwe cliënten ingezet wordt. Een door projectleiders veel geuite zorg rondom borging is wat er gebeurt op het moment dat zij een project loslaten. Onderdeel van borging is dan ook het beleggen van taken en verantwoordelijkheden van verschillende functies rondom de inzet van technologie in het zorgproces.

"Inkoop van technologie, Service Level Agreement, opleiding en scholing van medewerkers, financiering. Er valt nog een wereld te winnen."

"We hebben het afgelopen jaar hard gewerkt om de innovatiefunnel sluitend te krijgen en vooral ook de overgang naar implementatie en groei qua structuur in te regelen. Maar 'the proof of the pudding is in the eating.' De structuur staat, maar nu moeten we het nog echt werkend zien te krijgen. Hoe gaan we het in de praktijk brengen en hoe gaan we alle kleine en grotere blokkades die we daarbij tegenkomen oplossen."

Samenwerking met cliënten

Een specifiek element van het implementatieplan is de samenwerking met cliënten en ervaringsdeskundigheid. Dat bleek niet overal vanzelfsprekend, er is vanuit IIG-1 continu aandacht aan besteed.

"Cliënten worden niet zomaar betrokken, maar het is echt een duurzame samenwerking. Waarin ze onderbouwing krijgen maar het ook aangepakt wordt als iets leuks. Je geeft dus wat voorzetjes aan cliënten, om er ook iets leuks van te maken. Het is ook belangrijk dat de begeleiders goed ondersteund worden om dit gesprek met cliënten goed aan te pakken in plaats van alleen te zeggen: dit is de techniek en dit is hoe het werkt. Er zijn juist tools gegeven aan de begeleiders om hiermee aan de slag te gaan. Het gaat dus niet per se om de technologie an sich, maar hoe pak je het aan."

Systematische aanpak en evaluatie

Projectleiders spraken waardering uit voor de tools (zie kader op volgende pagina) die zijn aangeboden en gaven aan dat die hebben bijgedragen aan de uiteindelijke implementatie en voorbereiding voor opschaling. Belangrijk kenmerk van tools is dat duidelijk moet zijn welk doel ze dienen en daarmee draagt gebruik ervan bij aan een systematische aanpak en evaluatie.



“De projectmatige aanpak zou ik meer vooraf vastleggen om te versnellen.”

“De onderzoeker heeft ons heel erg geholpen, die heeft meegedacht en meegekeken: wat gaan we onderzoeken en wat gaan we doen met de uitkomst? Ze kon in de app bijvoorbeeld zien hoe vaak en lang cliënten inlogden, hoe ze het hebben gebruikt en ervaren, en wat het heeft opgeleverd. Dat hebben we allemaal mee kunnen nemen in onze go/no-go en dat hadden we zelf niet voor elkaar kunnen krijgen. Daardoor hebben we er veel meer uit kunnen halen.”

“Doordat er met cijfers onderbouwd is wat technologie oplevert, helpt het om de technologie verder te verspreiden. Je kan onderbouwen bij het MT en bestuur. Dit helpt ook voor borging en opschaling. Je kan hiermee aantonen dat de technologie een meerwaarde heeft voor je organisatie.”

Tools, opgenomen in Innovatie-Route

- [Format voor het implementatieplan](#)
- [Projectplan op één pagina](#)
- [Persona Puzzel](#)
- [RASCI waarin taken en verantwoordelijkheden worden vastgelegd](#)
- [Kosten en baten in beeld met: Mini-HTA Innovatie Gehandicaptenzorg en Stappenplan maatschappelijke businesscase](#)
- [Handreiking Meepraten en meebeslissen over technologie voor cliënten- en verwantenraden](#)
- [Werkboek ‘Ga je mee?’, over samenwerken met ervaringsdeskundigen](#)
- [Service blueprint](#), om zorg- en andere processen in kaart te brengen
- [Evaluatiemodel](#)

Opschaling

Opschaling van gebruik van technologie naar alle locaties en cliënten voor wie betreffende technologie meerwaarde kan hebben, moet ook beschouwd worden als een organisatieverandering. Hiervoor geldt dat opnieuw – net als bij een eerste project of pilot – alle onderdelen van het Lippitt-Knoster model op orde moeten zijn. In de tweede Innovatie-impuls (IIG-2) wordt de werkwijze voor opschaling uitgewerkt.

“Ik vind de uitdaging om op te schalen en toch maatwerk te blijven leveren.”

“Het liefst had ik morgen 1100 cliënten deze technologie willen aanbieden. Maar we zijn geen ‘u vraagt wij draaien machine’. Wij bieden mensenzorg dichtbij. Mensenzorg aan onze cliënten. Mensenzorg aan onze zorgprofessionals. We kunnen pas bouwen aan meerdere verdiepingen van het huis als het fundament stabiel en rotsvast is.”

De elementen van het verandermodel van Lippitt-Knoster en de implementatie van technologie in de gehandicaptenzorg

Visie

- Een visie werkt bevorderend als er acties aan gekoppeld zijn.
- Een visie helpt bij het maken van innovatie keuzes.
- Er is een visie op zorg en een visie op de plaats en rol van technologie in de zorg.
- De visie wordt uitgedragen door bestuur en management.

Consensus

Een enkel individu kan niet de verandering bewerkstelligen, de verandering kan alleen worden bereikt als er consensus is. Daarvoor is nodig:

- Afstemming over prioriteiten
- Een gezamenlijke stip op de horizon
- Duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden, verwachtingsmanagement
- Samenwerking met de ICT-afdeling
- Samenwerking met de leverancier

En het delen van succesverhalen stimuleren consensus en motivatie.

Vaardigheden

Zorgmedewerkers, cliënten en verwanten zijn niet allemaal even digivaardig. Zij moeten getraind worden, bijvoorbeeld door en met digicoaches of key users, demonstraties en buddysystemen. Door persoonlijk contact en continue aandacht voor training wordt geleerd, wat succes en borging bevordert.

Drijfveer

Versnelling van de adoptie van technologie wordt teweeggebracht door:

- Gevoel van urgentie, voor een toekomstbestendige gehandicaptenzorg
- Elkaar enthousiasmeren
- Zichtbaarheid dat cliënten toegevoegde waarde van de technologie ervaren en daarmee motivatie voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- Intrinsieke motivatie van medewerkers
- Leren van elkaar, niet het eigen wiel uitvinden

Middelen

- Cruciale factoren zijn tijd/uren en geld/budget, net als een multidisciplinair team en een goed werkende ICT-infrastructuur.
- Verloop van personeel in alle lagen van een organisatie werkt belemmerend.

Actieplan

- Een actie- of implementatieplan helpt om het project organisatorisch neer te zetten en biedt concrete handvatten. Een implementatieplan omvat alle elementen van het Lippitt-Knoster model, zowel voor implementatie en borging als voor opschaling.
- Samenwerking met cliënten, het werken vanuit en met cliëntperspectief, levert meerwaarde op.
- Een systematische aanpak inclusief evaluatie werkt, zowel in het maken als het uitvoeren van het implementatieplan.
- Ook voor opschaling is een plan nodig.

Conclusie

De vanzelfsprekende inzet van technologie in de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking gaat niet zonder slag of stoot. Het betekent een verandering in veel processen in de organisatie, waarbij – volgens het model van Lippitt-Knoster – een zestal elementen van belang zijn. Een projectleider vatte dit verander- en adoptieproces goed samen:

“Mensen komen in een dip terecht omdat ze het oude moeten loslaten en het nieuwe accepteren, en dat kost tijd. Zolang de randvoorwaarden van een project dan kloppen. Belangrijk om de dip te accepteren, en daar ook echt doorheen te gaan en niet te stoppen, bereid mensen hier dus ook op voor. Visie, belang, plan, middelen, competenties zijn belangrijk, zorgen voor een maximaal effect op adoptie. Het is het allermooiste om niet te beginnen met de oplossing maar met de ondersteuningsbehoefte. Het kost meer tijd dan je soms denkt, maar dat het wel goed is om samen helder te krijgen wat de cliënt wil. En vervolgens dan kijken hoe implementatie van technologie daarbij kan ondersteunen. Dat is echt een hele mooie opbrengst.”

- **Visie:** In het model van Lippitt-Knoster wordt aangenomen dat er verwarring ontstaat bij het ontbreken van een visie. De verwarring in de projecten binnen de IIG zat met name in ‘en hoe nu verder?’ na afloop van het kleinschalig implementeren van een technologie.
- **Consensus:** In de projecten uitte het ontbreken van consensus, onder andere door een veelheid aan veranderingen in een organisatie en onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden, zich in weerstand tegen de verandering.
- **Vaardigheden:** Als medewerkers, cliënten en verwanten niet de benodigde vaardigheden hebben en daar onvoldoende training in krijgen, dan kunnen ze niet optimaal gebruik maken van de ingezette technologie, wat zich in de projecten uitte in angst, frustratie en weerstand.
- **Drijfveer:** Het ontbrak aan drijfveer/motivatie als gevoel van urgentie en enthousiasme ontbrak, of als zorgmedewerkers niet overtuigd waren van de meerwaarde van de technologie, resulterend in weerstand.
- **Middelen:** Gebrek aan tijd en geld voor de implementatie van technologie resulteerde direct in frustratie, met name bij het projectteam.
- **Actieplan:** Elke organisatie heeft gewerkt met een actieplan en vanuit IIG-1 zijn tools aangereikt om de onderdelen van het actieplan verder uit te werken. Dat liet onverlet dat de plannen varieerden in het detailniveau waarop ze uitgewerkt waren. Hierdoor waren er organisaties die, zoals voorspeld door het model, een valse start hadden of een trage voortgang.

Aanbevelingen

1. Besteed aandacht aan de zes elementen

De implementatie-ervaringen binnen IIG sluiten volledig aan bij het uitgangspunt van het Lippitt-Knoster model dat alle zes de elementen van belang zijn voor succesvolle verandering. Besteed aandacht aan alle zes elementen!

2. Alle zes elementen zijn continu van belang

Door het (bijna) maandelijks volgen van de implementatieprojecten, die verschilden qua startpunt en tempo, is duidelijk dat de elementen uit het model gedurende de gehele looptijd van een implementatieproject van belang zijn. Dit leidt tot extra bewustwording dat er veel tegelijkertijd moet gebeuren en dat dat uitdagingen met zich meebrengt. Toekomstige implementaties kunnen mogelijk beter en sneller verlopen omdat niet alle wielen weer uitgevonden hoeven te worden, bijvoorbeeld als er een gedragen visie op de inzet van technologie is of als de structuur van het actieplan hergebruikt kan worden.

3. Werk systematisch en evalueer

In de IIG is gestart met de zorgvraag, daar is passende technologie bij gevonden, de kleinschalige implementatie is voorbereid en uitgevoerd, waarna toegewerkt is naar borging en opschaling. Noodzakelijk onderdeel van deze systematische werkwijze is evaluatie: af en toe een pas op de plaats maken, reflecteren en bereid zijn om te leren. Immers, de praktijk is altijd weerbarstiger dan gedacht. Wanneer organisaties vaker en meer zorgtechnologie inzetten als onderdeel van de zorg, zullen zij deze stappen en de elementen – soms of hier en daar – anders invullen. Het blijft dus belangrijk om systematisch – inclusief evaluatie – aan verandering te werken.

Referenties

1. Poel, A. van der, Vos, N., Buimer, H., Ter Stal, M., Van der Weegen, S., Gielissen, M., & Boon, B. (2021). Duurzame implementatie van technologie in de gehandicaptenzorg: Over deelnemers, vraagstukken en ervaringen uit de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 47(2), 66-75.
2. Boon, B. (2022). Op weg naar een vanzelfsprekende inzet van technologie in de gehandicaptenzorg. Tilburg: Tilburg University, dept. Tranzo.
3. 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.
4. 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.
5. Weegen, S. van der, Smeets, O., Jansen, K., Baas, G., Kuile, S ter, & Poel, A. van der. (2022). Eindrapportage Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg 2019-2022. Utrecht/Arnhem: Vilans/Academy Het Dorp.
6. Weegen, S. van der, Poel, A. van der, Kagenaar, E, Bierhoff, I., & Boon, B. Barriers and facilitators to sustainable technology implementation in care for people with disabilities - Real world data from a three-year implementation programme. Submitted.
7. Ministerie van VWS. (2019). Over de Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg.
8. ZonMw (zonder datum). Maak zelf een implementatieplan.
9. Alle kennis en ervaringen uit de Innovatie-Impuls zijn gevat in de Innovatie-Route, het instrument voor de gehandicaptenzorg voor de implementatie van technologie.
10. Lippitt, M. (1987). The Managing Complex Change Model. Palm Harbor: Enterprise Management, Ltd.
11. Knoster, T., Villa, R., & Thousand, J. (2000). A framework for thinking about systems change. In R. Villa & J. Thousands. (Eds.). Restructuring for caring and effective education: Piecing the puzzle together. (pp. 93-128). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Bijlage 1. Methode: dataverzameling en -analyse

In de kwartiermakersfase kregen de projectleiders van de zorgorganisaties om de 6-8 weken een vragenlijst via email opgestuurd om in te vullen. In de implementatiefase kregen de 28 projectleiders (van de 28 individuele implementatieprojecten) bijna iedere maand de vraag om een online vragenlijst in te vullen via Survalyzer (18 keer in totaal). De online vragenlijst bevatte een deel vaste vragen naar de fase van implementatie en de uitvoering van een aantal activiteiten en de waardering daarvan. Deze vragen kregen gaandeweg andere antwoordmogelijkheden (bijv. in kwartiermakersfase vroegen we naar voorbereidende en verkennende activiteiten, zoals overleg met bestuur en cliënten, en in implementatiefase naar training en het invullen van de service blue print). De lijst bevatte ook een set vaste open vragen, zoals: waar liep je tegenaan, en waar was je trots op? Een enkele keer is een aantal vragen over een specifiek thema toegevoegd, zoals over samenwerking met cliënten. De vragenlijst is steeds opgesteld door onderzoekers en adviseurs, zodat de vragen en antwoorden ook direct relevant waren voor de praktijk. Het invullen van de vragenlijst varieerde van projectleiders die relatief trouw invulden, tot projectleiders die af en toe invulden. In totaal gaat het om 256 ingevulde vragenlijsten; gemiddeld 14 respondenten per vragenlijst (variërend van 5 tot 25 respondenten).

Alle data zijn in een Excel bestand opgenomen. Deze data is op vier momenten geanalyseerd en besproken met betrokkenen. Het eerste moment is tegen het eind van de kwartiermakersfase (april/mei 2020). Data is per organisatie geclusterd en met de vijftien adviseurs besproken in individuele interviews (zie ook Van der Poel et al., 2021). Vervolgens is op drie momenten tijdens de implementatiefase een interviewronde gehouden met projectleiders. In juni 2021, in januari 2022 en in juli 2022 hebben de onderzoekers resp. 27, 27 en 26 (van de 28) projectleiders geïnterviewd. Voorafgaand aan iedere interviewronde is voor elke zorgorganisatie de voortgang in kaart gebracht, onder andere door de antwoorden op de online vragenlijst overzichtelijk te presenteren en deelname aan overkoepelende activiteiten van de IIG inzichtelijk te maken (bijvoorbeeld of de bestuurder had meegedaan aan een deelonderzoek en of er een implementatieplan gemaakt was). Doel van de semi-

gestructureerde interviews was het ophalen en verdiepen van bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de gekozen technologie. Daarnaast is uitgevraagd hoe adviseurs en projectleiders deelname aan en ondersteuning vanuit de Innovatie-impuls ervaarden. Voor het laatste interview is een samenvatting gemaakt van de gehele projectperiode; deze is in dit derde interview met de projectleiders gecheckt en aangevuld. Ook is gereflecteerd op de gehele projectperiode.

De interviews duurden tussen de 30 en 90 minuten. De interviews zijn door twee onderzoekers afgenomen: de één was interviewer en de ander typte tijdens het interview mee. De opnames zijn indien nodig teruggeluisterd om de verslagen te completeren.

De data is kwalitatief geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse. De gebruikte thema's zijn de elementen uit het Lippitt-Knoster model. Uitgangspunt in de analyse was de focus op de toegevoegde waarde van een geleerde les voor andere zorgorganisaties, zoals aangegeven door projectleiders. Het ging dan ook niet om aantallen, vandaar dat de resultaten niet in kwantitatieve zin zijn weergegeven.

Door ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst met de Innovatie-impuls hebben zorgorganisaties expliciet ingestemd met deelname aan het onderzoek. Data is beveiligd opgeslagen. Data uit interviews en vragenlijsten die persoonsgegevens bevatten is beveiligd en gepseudonimiseerd opgeslagen. Geluidsopnames zijn vernietigd.

Quotes

In de tekst staan veel quotes. In de analyse kregen de 26 organisaties allen een willekeurige letter van het alfabet en kregen de meetmomenten een combinatie van letter en cijfer (M1 = interviewronde juni 2021, M2 = interviewronde januari 2022 en M3 = interviewronde juli 2022; S = Survalyzer-vragenlijst met maand en jaartal). Iedere quote is daarmee voor de onderzoekers te herleiden. Voor de leesbaarheid zijn de quotes anoniem opgenomen in de tekst.

Colofon

Verantwoordelijk voor uitgave

Vilans en Academy Het Dorp

Projectsubsidie

Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Auteurs

Ilse Bierhoff, Agnes van der Poel, Odile Smeets, Simone Heilijgers, Brigitte Boon en Sanne van der Weegen

Contact

Ilse Bierhoff, senior onderzoeker Innovatie-impuls, i.bierhoff@vilans.nl

Agnes van der Poel, coördinator onderzoek Innovatie-impuls, agnes.van.der.poel@academyhetdorp.nl

Met dank aan

Alle projectleiders, andere medewerkers en cliënten van de zorgorganisaties die deelnamen aan de Innovatie-impuls 1. En aan de onderzoekers, implementatieadviseurs en communicatiespecialisten van Vilans en Academy Het Dorp (in alfabetische volgorde): Malou Arends, Gerard Baas, Hendrik Buimer, Kirstin van Dam, Jorrit Ebben, Ghislaine Engelhardt, Annemarije Gaasterland, Isabelle Geerdink, Marieke Gielissen, Valerie de Groot, Sanne van der Hagen, Marjan Hurkmans, Karen Jansen, Robin de Koning, Saskia ter Kuile, Lobke Kuijs, Stefanie Mouwen, Marko Mravunac, Anneloes Mulder, Andrea Nijhuis, Ruud de Nooij, Sejal Patel, Kim Peters, Esther Roosdorp, Nienke Siebelink, Marijke Spiekhout, Minke ter Stal, Rieneke Sterken, Kiyomid van der Veer, Alwin Vos, Nienke Vos.

Innovatie-Route

Alle kennis, tools en geleerde lessen uit de Innovatie-impuls zijn gebundeld in de [Innovatie-Route](#), een instrument dat organisaties in de gehandicaptenzorg ondersteunt bij de implementatie van technologie. De Innovatie-Route wordt in de komende jaren aangevuld met nieuwe kennis en ervaringen.

Ontwerp

Marcom+design

Jaar van publicatie

2024

Disclaimer

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Ondanks onze zorgvuldigheid kunnen we er niet voor instaan dat de informatie in deze uitgave geen onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. We aanvaarden daar geen aansprakelijkheid voor. Op deze uitgave is de [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie](#) van toepassing. Dit betekent dat het gebruikt mag worden als wordt voldaan aan de daarin opgenomen voorwaarden.

Deze publicatie en het onderzoek gaat niet in op de toepasselijke wet- en regelgeving zoals de Medical Device Regulation, Cyber resilience act, AI act. De gebruiker moet zelf nagaan welke invloed de toepasselijke wet- en regelgeving heeft op zijn gebruik.



Innovatie-
impuls
IIG-2

Innovatie-impuls 2

In de Innovatie-impuls 2 inspireren en ondersteunen we organisaties in de gehandicaptenzorg om zelf met technologie aan de slag te gaan. Meer eigen regie en zelfredzaamheid voor mensen met een beperking zorgt voor meer kwaliteit van leven. De vanzelfsprekende inzet van zorgtechnologie kan hierin een positief verschil maken.

De Innovatie-impuls 2 is een samenwerking tussen Vilans en Academy Het Dorp. Opdrachtgever is het Ministerie van VWS, directie Langdurige Zorg. De Innovatie-impuls maakt deel uit van Toekomstagenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking'. Wil je meer weten over dit project en de laatste ontwikkelingen volgen? Ga dan naar: www.kennispleingehandicaptensector.nl.

Academy Het Dorp

Kemperbergerweg 139e
6816 RP Arnhem

088-3779999
info@academyhetdorp.nl
www.academyhetdorp.nl

Vilans

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

030 789 23 00
info@vilans.nl
www.vilans.nl



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

