

Voortgangsrapportage

# Begeleiding à la carte en Innovatie-impuls van Volwaardig leven

SEPTEMBER 2019 - SEPTEMBER 2020



# Inhoudsopgave

## 1 - Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls

1.1	Volwaardig leven	4
1.2	Begeleiding à la carte	8
1.3	De Innovatie-impuls	10
1.4	Impact van de coronamaatregelen	12

## 2 - Begeleiding à la carte

2.1	Inleiding	14
2.2	Doelstellingen	15
2.3	Het ontwerp	18
2.4	Deelnemende organisaties	20
2.5	Perspectief van cliënt en naasten	26
2.6	Voortgang vernieuwingstrajecten	28
2.7	Lerende netwerken en werkbezoeken	38
2.8	Kennisontwikkeling	42
2.9	Kennisverspreiding	48
2.10	Bijlagen	148 <i>en verder</i>

## 3 - Innovatie-impuls

3.1	Inleiding	56
3.2	De Innovatie-impuls	63
3.3	Deelnemende organisaties	66
3.4	Onderzoek in de Innovatie-impuls	78
3.5	Werkplaatsen	84
3.6	Kennisontwikkeling	87
3.7	Kennisproducten	91
3.8	Kennisverspreiding	94
3.9	Bijlagen	148 <i>en verder</i>

## 4 - Startsituatie in beeld

4.1	Inleiding	99
4.2	De Innovatie-impuls en onderzoeksvragen	100
4.3	De startsituatie van de zorgorganisaties in cijfers	104
4.4	Reflectie door adviseurs op de kwartiermakersfase	130
4.5	Onderzoeksvragen beantwoord en beschouwing	140
4.6	Colofon	147
4.7	Bijlagen	148 <i>en verder</i>





## Hoofdstuk 1

# Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls

# 1.1 Volwaardig leven

Met projecten van het programma Volwaardig leven wil het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de zorg beter laten aansluiten bij de zorgvraag van mensen met een beperking, door middel van persoonsgerichte zorg. Vilans, landelijke kennisorganisatie voor de langdurende zorg, voert in opdracht van het ministerie van VWS twee deelprojecten van Volwaardig leven uit: Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls, de laatste in samenwerking met Academy Het Dorp.

## **Bevindingen bij het invoeren van meer persoonsgerichte zorg**

In Begeleiding à la carte en in de Innovatie-impuls zien we de behoefte en belangstelling van professionals om cliënten en naasten structureel te betrekken bij de organisatie van meer persoonsgerichte zorg. Ambitieuze en betrokken zorgaanbieders hebben de wens om de zorg persoonsgerichter te maken, vaak vanuit de eigen visie en minder vanuit het bevragen van cliënten en naasten over hun ambitie voor de eigen zorg. Het betrekken van cliënten en naasten is noodzakelijk om daadwerkelijk te kunnen spreken van persoonsgerichte zorg.

Kennis over hoe dat te doen ontbreekt vaak. Bij de implementatie van technologie komt daar de afstand van ondersteunende diensten, zoals ICT en het zorg- en ondersteuningsproces van cliënten nog bij. Investeer in de kennis over het betrekken van cliënten, naasten en hun vertegenwoordigers. Maak duidelijk, samen met cliënten, naasten en professionals, dat de eerste stappen naar persoonsgerichte zorg veranderingen in gedrag en cultuur zijn. Niet over of voor maar met de cliënt. Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls stimuleren alle betrokkenen om met elkaar in gesprek te gaan over de invulling van persoonsgerichte zorg. Die gesprekken kosten tijd, maar zorgvragen worden daardoor verhelderd en aangepast. De kans op het niet lukken van verandertrajecten neemt daardoor af.

## **Ontwerp vanuit en met cliënt**

In zowel Begeleiding à la carte als de Innovatie-impuls wordt het betrekken van cliënten, naasten of cliëntvertegenwoordigers bij het ontwerp van de veranderingstrajecten door veel zorgprofessionals positief ervaren.

Bij Begeleiding à la carte zijn bij bijna alle vernieuwingstrajecten cliënten en/of naasten betrokken. De mate en manier waarop dit gebeurt, verschilt. Sommige organisaties hebben al veel ervaring met de samenwerking met ervaringsdeskundigen, terwijl dit voor andere organisaties nog relatief nieuw is. Door onderlinge uitwisseling leren organisaties van elkaar. De ervaringen en inzichten worden gedeeld met de deelnemers van de Innovatie-impuls en met zorgorganisaties voor gehandicaptenzorg.

Bij de Innovatie-impuls blijkt dat voor veel betrokkenen, zoals medewerkers van de ICT-afdeling, de consequente werkwijze om de vraag te formuleren met de cliënt, en cliënten, naasten én professionals continu aandacht verdient. Dit betekent een bewuste verandering in denkwijze. Daarbij leren organisaties het vraagverhelderingsproces rond veranderingstrajecten om persoonsgerichte zorg te versterken bottom-up uitvoeren, vanuit het perspectief van cliënten, naasten en begeleiders.

Uit het literatuuronderzoek van de Innovatie-impuls blijkt dat betrokkenheid van cliënten en van andere stakeholders, zoals management en bestuur, in de organisatie een positieve invloed heeft op de voorwaarden voor een duurzame implementatie. Of dit daadwerkelijk zo is, en in welke mate, zal blijken in de implementatiefase. Meer kennis over hoe de betrokkenheid van cliënten en/of naasten van waarde kan zijn voor veranderingstrajecten en hoe dit in de praktijk kan worden georganiseerd is nodig en zal in de volgende fase verder worden opgehaald.

Onder druk wordt alles vloeibaar. Dit hebben we in de eerste helft van 2020 kunnen zien. Door corona en met name de lockdown werden versneld allerlei innovaties ingevoerd als antwoord op een acuut vraagstuk. Snel veranderen kan, maar dan wel naar aanleiding van een – in dit geval – zware crisis. De situatie met corona dwong het urgentiebesef voor verandering – één van de uit de theorie bekende voorwaarden – af. Veel zorgorganisaties voerden zorg en contact op afstand versneld door. Vraagstukken over dagbesteding werden met veel creativiteit opgelost. Of we deze innovaties ook zonder crisis duurzaam weten vast te houden zal in de komende periode blijken. Willen we echt persoonsgerichte zorg en moet technologie een rol gaan vervullen in de zorg van de toekomst, dan is voor de versnelling het creëren van een vorm van urgentie wel gewenst. Mogelijk kunnen partners in de gehandicaptensector, zoals zorgkantoren, daar ook een bijdrage aan leveren.

Zowel Begeleiding à la carte als de Innovatie-impuls zetten zich in voor duurzame verandering naar meer persoonsgerichte zorg. De start daarvoor is om de meerwaarde van persoonsgerichte zorg voor cliënt, naaste en professional zichtbaar en overdraagbaar te maken. Veranderen kost tijd. Gedurende het afgelopen jaar bleek niet alleen corona tijd en aandacht te vragen, ten koste van de aandacht voor de verandertrajecten. Ook het leren samenwerken in veranderteams, in netwerken en met onderzoek kost tijd. Deze tijd is waardevol, omdat het verankeren van het perspectief van persoonsgerichte zorg in de hele zorgorganisatie inspanningen vraagt van alle betrokkenen. De open houding van cliënten, naasten, zorgprofessionals en medewerkers van de deelnemende zorgorganisaties en binnen de lerende netwerken verdient een pluim. De Innovatie-impuls is een structureel antwoord op een ander manier van zorgen. Het is een cultuurverandering en dat vraagt om tijd.

### **Hoe gaan we veranderen?**

Het verhelderen van de vraag en een goede analyse van de organisatiecontext voor de start van het verandertraject lijkt, net als cliëntbetrokkenheid, een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle verandering. Analyse van de vraag vanuit het perspectief van de cliënt, een goed plan van aanpak, inzicht in de randvoorwaarden en de gevolgen van de verandering en leiderschap vanuit de interne projectleider worden zowel bij Begeleiding à la carte als bij de Innovatie-impuls ondersteund door de inzet van adviseurs/coaches en experts. Bevindingen worden gedeeld in lerende netwerken van zorgorganisaties. De lessen die geleerd worden over de wijze waarop veranderingen het beste kunnen worden aangepakt, worden gedeeld met de hele sector gehandicaptenzorg. Leren veranderen in een zorgorganisatie blijkt lastiger dan gedacht. Ook de Innovatie-impuls en Begeleiding à la carte leren over de eigen aanpak van de trajecten in zorgorganisaties. Dat heeft in sommige situaties tot langere doorlooptijden geleid dan aanvankelijk gepland.

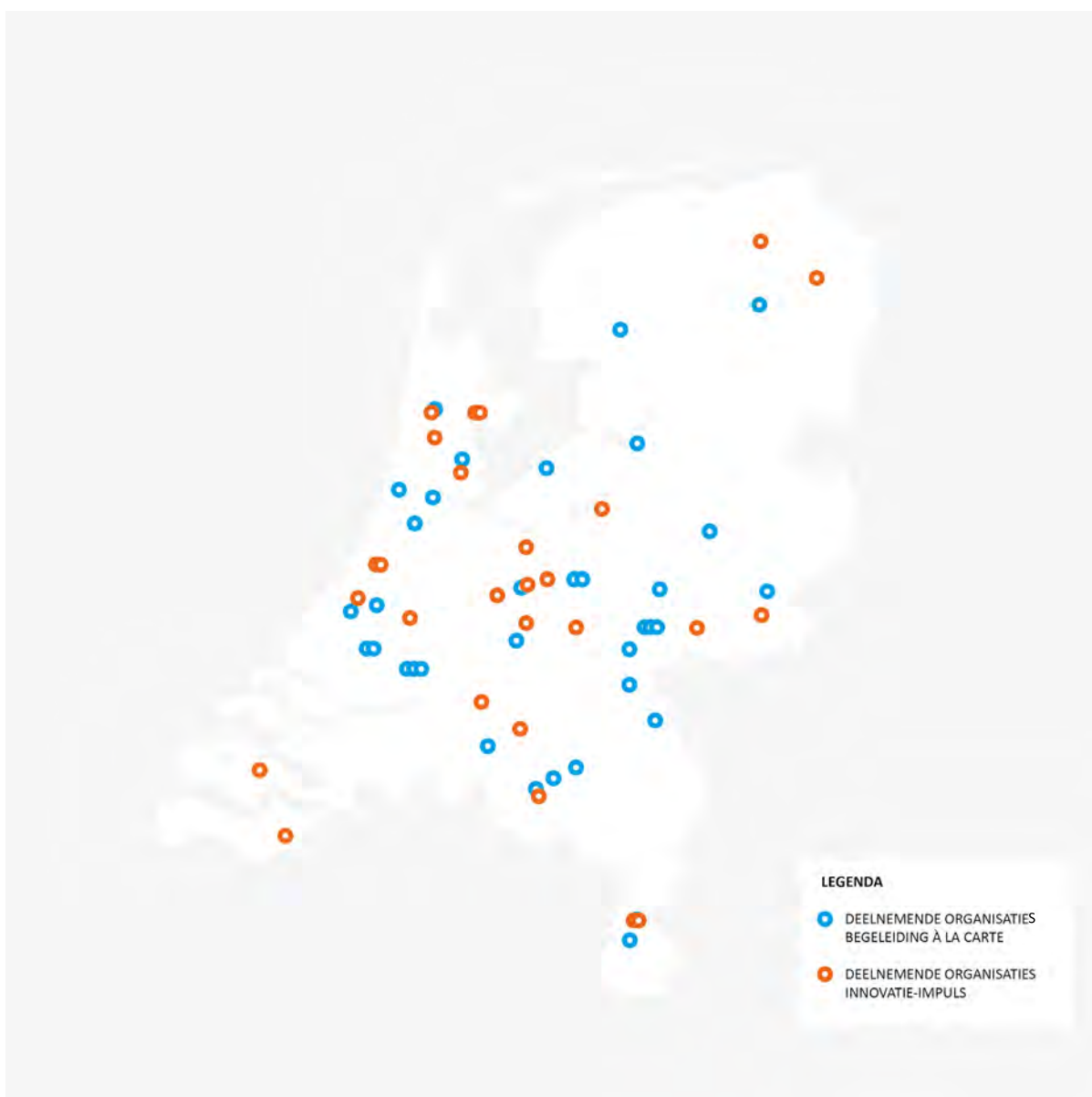
Kennis van de weg naar meer persoonsgerichte zorg is niet alleen van belang voor de deelnemers aan de Volwaardig leven-projecten. En persoonsgerichte zorg is niet alleen zaak van de zorgorganisaties die bereid zijn om veranderingen door te voeren. Uiteindelijk zijn de ervaringen, kennis en opbrengsten van belang voor alle betrokken partijen in de gehandicaptenzorg. Het creëren van de juiste randvoorwaarden in opleidingen, kennis en onderzoek, ondersteuning, in regelgeving en financiering zullen belangrijke bouwstenen zijn voor het realiseren van persoonsgerichte zorg, sectorbreed en op lange termijn. De lessen van Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls zijn ook van belang voor de betrokken kennisorganisaties, Vilans en Academy Het Dorp. Met de lessen kunnen wij de volgende fase van de projecten, samen met de deelnemers, nog scherper ontwerpen.

### **Belangstelling voor kennis**

De structurele contacten van zorgorganisaties met adviseurs, experts en de andere deelnemers, en de inzet van verschillende middelen voor kennisverspreiding, zoals het delen van best practices en toolkits op de website en de organisatie van bijeenkomsten en webinars, zorgen ervoor dat de deelnemers aan Volwaardig leven worden geïnformeerd, betrokken, geïnspireerd en uitgedaagd. Vanuit de sector gehandicaptensector is brede belangstelling voor de kennis die opgehaald wordt uit Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls. 8.462 unieke bezoekers op het Kennisplein Gehandicaptensector hebben de pagina's over Begeleiding à la carte 40.947 keer bezocht. Kennis uit de Innovatie-impuls is door bijna 4.000 unieke bezoekers geraadpleegd via ruim 15.000 pagina's.

Onderzoek is een belangrijk onderdeel van Innovatie-impuls. Onderzoek naar de implementatie van de technologische oplossing en de toegevoegde waarde van de technologie voor cliënten, zorgverleners en naasten levert inzichten op voor deelnemers en voor de sector. De resultaten van het onderzoek onderbouwen werkwijze en keuzes voor technologie en voorkomen daarmee mogelijk verspilling door verkeerde keuzes.

In de komende periode werken we aan nog meer verbinding tussen de kennis en ervaringen uit Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls. De bestaande inhoudelijke versterking, bijvoorbeeld in de overlap van inhoudelijke thema's als Nachtzorg en Lekker slapen, kan verder worden uitgebreid. Verdiepende, openbare bijeenkomsten voor deelnemers aan Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls en andere zorgorganisaties leveren ook weer nieuwe kennis en ervaringen op voor het kennisdossier Nachtzorg op het kennisplein.



Overzicht van de deelnemende zorgorganisaties aan Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls gedurende de periode september 2019 - september 2020, peildatum april 2020. Een aantal organisaties doet met beide projecten mee.



## 1.2 Begeleiding à la carte

Op 15 mei 2019 werden, op uitnodiging van minister De Jonge van VWS, ruim vijftig voorstellen voor meer persoonsgerichte zorg door medewerkers en cliënten van organisaties voor gehandicaptenzorg gepresenteerd op het landelijke congres Volwaardig leven. Hieruit is een selectie gemaakt van zorgaanbieders voor deelname aan Begeleiding à la carte. Gedurende twee jaar werken zij, met ondersteuning van een coach, aan hun eigen vernieuwing.

De onderwerpen van deze 36 vernieuwingstrajecten variëren enorm. Een greep uit de vraagstukken en oplossingen: vormen van flexibel wonen zodat de cliënt en naasten op maat begeleid worden in de overgang van thuis wonen naar begeleid wonen, bijvoorbeeld in de vorm van een 'tiny house' of flexibel logeren; cliënten meer regie geven op de eigen voeding en gezondheid door cliënten te faciliteren in het kiezen en bereiden van de eigen maaltijd; faciliteren van uitwisseling en ondersteuning van ouders onderling door middel van een netwerk voor ouders; morele reflectie bij zorgprofessionals bevorderen zodat zij cliënten optimaal tot hun recht kunnen laten komen.

Hierdoor bestaat Begeleiding à la carte uit een heel palet aan vraagstukken, ideeën en oplossingen voor persoonsgerichte zorg. Iedere cliënt heeft, net als ieder ander persoon, zijn eigen wensen en behoeftes. Binnen Begeleiding à la carte geeft ieder vernieuwingstraject op een eigen wijze kleur aan persoonsgerichte zorg.

### **Kijken en luisteren én vastleggen - meer geluk**

Severinus werkt continu aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan en ondersteuning van cliënten. Mensen met een ernstig verstandelijke (en meervoudige) beperking hebben vaak moeite om aan te geven wat hen gelukkig maakt. Uit een eerder uitgevoerde pilot blijkt dat door goede communicatie binnen het sociale netwerk van de cliënt een beter beeld van zijn/haar geluk ontstaat en een passender ondersteuningsbehoefte kan worden bepaald. Om de ondersteuningsbehoefte beter te begrijpen ontwikkelt Severinus een netwerkinstrument. Met dit instrument identificeren medewerkers de ondersteuningsbehoefte, maken zij een plan en meten zij de kwaliteit van de implementatie. Hierdoor wordt de zorg en ondersteuning voor mensen met EV(M)B beter en ervaren cliënten en naasten meer kwaliteit van bestaan.

### **Veranderen kost tijd**

We zien dat de meeste organisaties een behoorlijke aanloop nodig hadden. Het duurder langer dan verwacht voordat de trajecten echt aan de slag konden met het ontwikkelen of uitproberen van hun vernieuwing. In ruim 70% van de trajecten werd gewerkt aan het herformuleren en aanscherpen van het vraagstuk en/of het op orde brengen van de randvoorwaarden.



Deze activiteiten hebben veel tijd en energie gekost maar zijn ook waardevol. Als organisaties startten met een goed idee met een brede focus, dan hielp het om het vraagstuk te versmallen. In andere trajecten is het waardevol geweest om het aanvankelijke vraagstuk te delen met andere stakeholders, en met hen het vraagstuk verder vorm te geven en tot overeenstemming te komen. Zodat de oplossing gedragen wordt en een basis wordt gelegd voor implementatie en borging.

Terugkijkend was een afgebakende gezamenlijke fase voor de vraagstukverheldering en het op orde brengen van de randvoorwaarden (vergelijkbaar met de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls) ook in het ontwerp van Begeleiding à la carte passend geweest. Op die manier hadden we het belang van deze stap voor een vernieuwingstraject beter onder de aandacht kunnen brengen. Ook hadden we organisaties daar vanuit Begeleiding à la carte centraal in kunnen ondersteunen, onder andere door vooraf bestaande kennis en tools te delen. Nu moest iedere coach dat traject zelf met de organisatie doorlopen.

### **Rode draden**

Ook bleek dat de trajecten, rijp en groen door elkaar, bij aanvang in verschillende fases zaten. Sommige organisaties wisten al heel goed wat ze wilden gaan doen en/of waren al een tijd bezig met de vernieuwing, terwijl andere organisaties alleen nog maar een eerste idee hadden. Daarnaast is er ook grote variatie in het zorginhoudelijke vraagstuk. Deze variatie is krachtig omdat het recht doet aan de werkelijkheid, maar tegelijkertijd maakt dat het ook lastig om in de plenaire bijeenkomsten aan te sluiten bij ieders behoefte.

De organisaties zijn bij aanvang op basis van hun keuze voor een thema ingedeeld in een lerend netwerk. Gaandeweg bleek dat sommige deelnemers misschien toch beter in een ander netwerk hadden gepast of op andere thema's met andere organisaties wilden uitwisselen. Daarom hebben we (mede op basis van de monitorgesprekken en gesprekken met betrekking tot kennisontwikkeling) een aantal rode draden geïdentificeerd: overkoepelende thema's, waarop organisaties kunnen uitwisselen. Zo start dit najaar de focusgroep 'kleine zorgaanbieders met grote ambities' waarin deelnemers over gezamenlijke vraagstukken, specifiek voor kleine zorgaanbieders, kunnen uitwisselen. Daarnaast gaan we in de komende periode, mede geïnspireerd door de themasessies van de Innovatie-impuls, inspiratiesessies organiseren over een aantal overkoepelende thema's. Via een poll is bij de deelnemers van Begeleiding à la carte uitgevraagd in welke rode draden zij zich meer willen verdiepen. De uitslag hiervan vormt de basis voor het slim verbinden en thematiseren van kennis in de vorm van (gezamenlijke) kennisproducten en overkoepelende artikelen. De verspreidingsstrategie wordt het komende jaar aangescherpt, waarin we ons met name zullen richten op meer diverse content en het bereiken van de gehele sector.

## 1.3 Innovatie-impuls

Het doel van de Innovatie-impuls is dat het gebruik van technologie vanzelfsprekender wordt in de zorg voor mensen met een beperking. Dit lukt alleen als technologie op de juiste manier in de zorgorganisatie wordt ingevoerd. Dat betekent vanaf de start optrekken met de cliënt en/of naaste om inzicht te hebben in hun vraagstuk en samen met de zorgverleners en andere collega's binnen de zorgorganisatie te kijken hoe een oplossing past in de dagelijkse zorg. Door de implementatie met praktijkgericht onderzoek te ondersteunen, wordt inzicht gecreëerd in de waarde van de technologie voor de cliënt. In september 2019 zijn 39 organisaties voor gehandicaptenzorg van start gegaan met de kwartiermakersfase. In deze fase hebben de zorgorganisaties een zorginhoudelijk vraagstuk samen met de cliënt en zorgverleners uitgediept. Vervolgens heeft een deel van de de zorgorganisaties een technologie gekozen die zij willen inzetten voor dit zorginhoudelijk vraagstuk.

### **Eigen regie en kracht ondersteunen met technologie**

De Haardstee doet mee aan de Innovatie-impuls van het programma Volwaardig leven om in kaart te brengen hoe technologie de zelfredzaamheid van cliënten kan versterken. Voor cliënten kan technologie, zoals een app die helpt bij keuzes in het dagelijkse leven, een belangrijk hulpmiddel zijn om meer zelfregie en minder stress te hebben. Er is echter ook een groep cliënten die helemaal niets met technologie heeft. Zij dreigen achterop te raken omdat zij in zaken waarvoor technologie nodig is afhankelijk worden van anderen. Het is waardevol om te leren hoe je met deze groep toch stappen kunt zetten in technologie.

Per september 2020 zijn 26 zorgorganisaties zover dat zij aan de slag kunnen met de daadwerkelijke implementatie van technologie en het praktijkgerichte onderzoek. In 2020 en 2021 gaan zorgorganisaties in lerende netwerken rond thema's en in sessies met experts aan de slag.

Het formuleren van de vraag vanuit het perspectief van en samen met cliënten, naasten én professionals zet zorgorganisaties aan het denken over wat ze willen bereiken met technologie. Uit onderzoek naar de kwartiermakersfase blijkt de betrokkenheid van cliënten als positief te zijn ervaren door zorgprofessionals en medewerkers. Veel organisaties moeten wel wennen aan het systematisch bevragen van cliënten en naasten over hun wensen als volwaardige gesprekspartner en mede-ontwerper van een implementatieproces. De wens leeft bij zorgorganisaties om praktische problemen op korte termijn op te lossen. Dat leidt niet altijd tot juiste keuzes of werkwijzes. Negatieve ervaringen uit het verleden kunnen een hindernis zijn bij implementatie.

Door de coronacrisis ontstond meer belangstelling voor andere technologische oplossingen voor zorg en contact. Medewerkers werden versneld meegenomen in oplossingen als beeldbellen. Deze urgentie heeft bijgedragen aan meer kennis over en een positieve houding ten opzichte van technologische

oplossingen. Aandacht voor duurzame implementatie is noodzakelijk om met technologie daadwerkelijk structureel een bijdrage te leveren aan meer persoonsgerichte zorg.

De selectie van een technologische oplossing op een systematische en onderbouwde wijze, verkleint het risico op kostbare missers. Deze systematische wijze blijkt, net als cliëntbetrokkenheid, geen vanzelfsprekendheid. En negatieve ervaringen over de implementatie van technologie uit het verleden kunnen voor weerstand zorgen, bij zowel zorgprofessionals als bij cliënten en naasten. Zichtbaarheid van de meerwaarde van technologie voor cliënten, naasten en professionals is van belang.

### **Veranderen kost tijd**

De Kwartiermakersfase kende een langere doorlooptijd dan aanvankelijk gepland, mede door de coronacrisis. Een andere factor die plannings beïnvloedt, is het werken met multidisciplinaire teams, cliënten en naasten, dat meer organisatietijd kost dan aanvankelijk ingeschat. Ook voor de implementatiefase verwachten we invloed op doorlooptijd, die mogelijk het opschalen van eerste ervaringen naar staande praktijk kan beïnvloeden.

## 1.4 Impact van de coronamaatregelen

De uitbraak van COVID-19 heeft een grote impact op persoonsgerichte zorg en op de kwaliteit van leven van mensen met een beperking. Ook leert deze coronaperiode ons het belang van flexibiliteit van persoonsgerichte zorg. Uiteraard beïnvloedde deze periode ook de voortgang van de trajecten. In de eerste weken stopten veel activiteiten, want het primaire proces vroeg alle aandacht. Tegelijkertijd namen de urgentie en duidelijkheid van de vraagstukken toe. In een aantal trajecten werkte corona zelfs als katalysator. Bijvoorbeeld in het traject van Severinus (zie kader op pagina 8) waarin een netwerkapp wordt ontwikkeld waarmee het geluk van cliënten tot een dagelijks gespreksonderwerp wordt gemaakt, of het traject van de Parabool dat zicht richt op een zinvolle en passende dagbesteding. Deze periode heeft Begeleiding à la carte nieuwe inzichten opgeleverd en persoonsgerichte zorg in een nieuw perspectief geplaatst.

Door de coronacrisis ontstond binnen de Innovatie-impuls meer belangstelling voor andere technologische oplossingen voor zorg en contact. Medewerkers werden versneld meegenomen in oplossingen als beeldbellen. Deze urgentie heeft bijgedragen aan meer kennis over en een positieve houding ten opzichte van technologische oplossingen.

### **Kennisbehoefte corona**

Vilans heeft in afstemming met het ministerie van VWS alle kennispleinen, ook het Kennisplein Gehandicaptensector, ingezet om zorgorganisaties in de langdurende zorg te ondersteunen bij de vraagstukken rondom de coronacrisis. Vanuit de hele sector langdurige zorg is er tijdens de coronaperiode aantoonbaar meer belangstelling voor versnelde implementatie van toepassingen van zorg op afstand. Vilans heeft alle bestaande kennis hierover gerelateerd aan urgente vragen vanuit organisaties voor gehandicaptenzorg en toegankelijk gemaakt via het [kennisdossier Corona](#). Hierin zijn ook vanuit Begeleiding à la carte verschillende praktijkverhalen opgenomen. In totaal is deze informatie tussen 1 april en 1 september 59.560 keer bekeken door 41.206 unieke bezoekers.

In de volgende fase wordt in het project Innovatie-impuls een extra themanetwerk ontwikkeld voor zorgorganisaties die tijdens de coronacrisis onverwacht en versneld technologie hebben ingezet en deze nu duurzaam willen invoeren in de dagelijkse zorg.





Hoofdstuk 2

**Begeleiding à la carte**

## 2.1 Inleiding

Persoonsgerichte toekomstbestendige zorg voor mensen met een beperking. Dat is de focus van het vernieuwingstraject Begeleiding à la carte van het programma Volwaardig leven, dat in september 2019 startte. Met dit vernieuwingstraject beoogt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de gehandicaptenzorg en complexe zorg passender te maken en beter voor te bereiden op de toekomst. Zodat mensen met een beperking en hun naasten kunnen rekenen op goed geregelde zorg en ondersteuning. Begeleiding à la carte wordt door Vilans uitgevoerd.

“Alles moet gericht zijn op: mensen hebben mensen nodig, een menswaardige omgeving, regie over je eigen leven kunnen voeren, van betekenis kunnen zijn en in interactie staan met anderen.” Dick van ASVZ

Op 15 mei 2019 werden, op uitnodiging van minister De Jonge van VWS, ruim vijftig voorstellen voor meer persoonsgerichte zorg gepresenteerd op het landelijke congres Volwaardig leven. Hieruit is een selectie gemaakt van zorgaanbieders voor deelname aan Begeleiding à la carte. Gedurende twee jaar werken zij, met ondersteuning van een coach, aan hun eigen vernieuwing. De onderwerpen van deze 36 vernieuwingstrajecten en de fase waarin ze zich bij aanvang bevonden, variëren enorm. Hierdoor bestaat Begeleiding à la carte uit een heel palet aan vraagstukken, ideeën en oplossingen voor persoonsgerichte zorg. Iedere cliënt heeft, net als ieder ander persoon, zijn eigen wensen en behoeftes. Binnen Begeleiding à la carte geeft ieder vernieuwingstraject op een eigen wijze kleur aan persoonsgerichte zorg.

Deelnemers delen hun kennis en ervaringen en leren van en met elkaar in lerende netwerken. Ook nemen ze in werkbezoeken een kijkje bij elkaar in de keuken. De praktijkverhalen en praktische kennis worden gedeeld met de hele sector, zodat niet alleen de deelnemers maar ook andere zorgprofessionals geïnspireerd zijn en handvatten hebben om persoonsgerichte zorg (nog) passender en toekomstbestendiger te maken.

In deze voortgangsrapportage geven we het volgende weer:

- de activiteiten, resultaten en inzichten van het afgelopen jaar (1 september 2019 tot 1 september 2020);
- een koppeling van de resultaten aan de doelstellingen;
- de invloed van corona per relevant hoofdstuk;
- reflectie op het proces en de resultaten tot nu toe;
- vooruitblik naar de tweede helft van Begeleiding à la carte.

## 2.2 Doelstellingen en de belangrijkste activiteiten, resultaten en inzichten tot nu toe

Het vernieuwingstraject Begeleiding à la carte heeft als doel om een extra stap te zetten in het toekomstbestendig maken van persoonsgerichte zorg voor mensen met een beperking. VWS, Vilans en een deel van de gehandicaptensector werken gedurende twee jaar samen aan de volgende vier doelstellingen:

1. Deelnemende zorgaanbieders dragen met hun eigentijdse oplossingen bij aan persoonsgerichte zorg.
2. Zorgprofessionals zijn geïnspireerd en hebben de benodigde kennis en handvatten om meer persoonsgerichte zorg te bieden, nu en in de toekomst.
3. Bestuurders en beleidsmedewerkers weten wat er moet veranderen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen.
4. Een betere wisselwerking vindt plaats binnen de praktijk, en tussen praktijk en landelijk beleid.

In het eerste jaar zijn er verschillende activiteiten uitgevoerd, waarvan de resultaten en inzichten bijdragen aan deze vier doelstellingen (zie ook paragraaf 2.3 voor het ontwerp van Begeleiding à la carte en de bijlagen van hoofdstuk 2, voor een overzicht van de doelstellingen, beoogde resultaten en activiteiten). Hieronder vatten we de belangrijkste activiteiten, resultaten en inzichten van het eerste jaar (1 september 2019 tot 1 september 2020) van Begeleiding à la carte samen.

### Activiteiten, resultaten en inzichten tot nu toe

- Vanuit 40 zorgorganisaties maken in totaal 123 personen, van wie 9 cliënten en/of naasten, deel uit van de projectgroepen van de 36 vernieuwingstrajecten van Begeleiding à la carte. Daarnaast hebben we met Begeleiding à la carte nog ruim 400 zorgprofessionals bereikt met bijeenkomsten en 8.462 mensen via het Kennisplein Gehandicaptensector.
- Zorgorganisaties werken aan hun eigen vraagstuk gericht op toekomstbestendige persoonsgerichte zorg. Gezamenlijk vormen de trajecten een gevarieerd palet aan veelbelovende vernieuwingen van persoonsgerichte zorg.
- Een greep uit de zorginhoudelijke vraagstukken en vernieuwingen waaraan wordt gewerkt: vormen van flexibel wonen zodat de cliënt en naasten op maat begeleid worden in de overgang van thuis wonen naar begeleid wonen, bijvoorbeeld in de vorm van een 'tiny house' of flexibel logeren; cliënten meer regie geven op de eigen voeding en gezondheid door hen te faciliteren in het kiezen en bereiden van de eigen maaltijd; faciliteren van uitwisseling en ondersteuning van ouders onderling door middel van een netwerk voor ouders; morele reflectie bij zorgprofessionals bevorderen zodat zij cliënten optimaal tot hun recht kunnen laten komen.
- In 40% van de vernieuwingstrajecten is het vraagstuk direct (deels) voortgekomen uit een vraag of wens van cliënten en/of naasten.

- In bijna 90% van de trajecten spelen cliënten en naasten een rol. De mate waarin en manier waarop er wordt samengewerkt met cliënten en naasten variëren. Deelnemers ervaren op vier vlakken de meerwaarde van de inzet van cliënten en naasten: Draagvlak & inbedden, Verrijking & verbetering, Leren, Plezier & gehoord worden.
- Ieder traject kent naast het zorginhoudelijk vraagstuk ook een veranderkundig vraagstuk dat centraal staat binnen Begeleiding à la carte. Grofweg zijn deze in te delen in: 1. Ontwikkelen binnen de organisatie, 2. Invoeren binnen de organisatie, 3. Uitbreiden en verspreiden van een succesvolle aanpak of methode.
- In ruim 70% van de trajecten is het afgelopen jaar gewerkt aan het verhelderen van het vraagstuk en/of het op orde brengen van de randvoorwaarden. Daarbij zijn in twee derde van de trajecten (ook) stappen gezet in het ontwikkelen van de vernieuwende oplossing. Bijvoorbeeld het opzetten van een logeershuis of casuïstiektafel, of het ontwikkelen van workshops, trainingen en praatplaten om het personeel toe te rusten. In bijna een kwart van alle trajecten werd de vernieuwing ook al uitgetoet in de praktijk. Denk hierbij aan het uitproberen van een training voor cliënten, het uitvoeren van een pilot voor een woonvoorziening of de introductie van een kook-kratje op een aantal proeflocaties.
- Deelnemers van Begeleiding à la carte zijn drie keer bijeengekomen in hun eigen lerend netwerk, met voorafgaand een plenair programma rondom een centraal thema:
  - Bijeenkomst 1 (oktober 2019): Samenwerken met ervaringsdeskundigen; 70 deelnemers.
  - Bijeenkomst 2 (januari 2020): Delen wat we doen; 64 deelnemers.
  - Bijeenkomst 3 (mei 2020): Terugkijken en vooruitgaan (in coronatijd); 57 deelnemers.
- Deelnemers hebben met en van elkaar geleerd en hebben elkaar geïnspireerd. De opbrengsten van de bijeenkomsten zijn in 15 verslagen op het kennisplein gedeeld.
- Zorgorganisaties namen een kijkje bij elkaar in de keuken. In totaal hebben er negen werkbezoeken plaatsgevonden.
- In 35 monitorgesprekken is de voortgang van de vernieuwingstrajecten besproken. Zorgprofessionals maakten hier zelfs in de coronaperiode tijd voor vrij.
- De eerste kennisproducten zijn in de maak of al beschikbaar, waaronder:
  - Een kennisproduct over belevingsleren voor zorgprofessionals (ontwikkeling in samenwerking met de belangenvereniging voor en door mensen met een beperking, de LFB).
  - Een instrument voor een gesprek in de driehoek over het vinden van een rustig gevoel in spannende (corona)tijden.
  - Een praatplaat om samen in het projectteam en met ander betrokkenen de voortgang van het vernieuwingstraject te bespreken. Deze is ook bruikbaar voor andere (toekomstige) verandertrajecten in de sector.
  - Een draaiboek voor het inrichten van een werkwijze waardoor ouders en verwanten meer gehoord worden.
  - Een toolkit die organisaties helpt bij het delen van kennis.
  - Leerpijlers voor reflectie op het leerproces, in te zetten binnen de trajecten en breed binnen de organisaties.



- De inzichten werden online op het kennisplein gedeeld in 24 praktijkverhalen, onder andere over het samenwerken in de driehoek. Daarnaast heeft ieder traject zijn eigen deelnemerspagina. De pagina's over Begeleiding à la carte op het kennisplein (praktijkverhalen en deelnemerspagina's) werden 40.947 keer bezocht en trokken 8.462 bezoekers. Benieuwd naar de best gelezen praktijkverhalen? Zie pagina 43.
- Ook corona resulteerde in nieuwe inzichten, onder andere over de invulling van de dagbesteding, de persoonlijke voorkeuren van cliënten en het belang van maatwerk. De verhalen vanuit Begeleiding à la carte zijn breed gedeeld als onderdeel van het kennisdossier over het coronavirus op het kennisplein.
- In de eerste special (februari 2020) stond het thema nachtzorg centraal. Dit symposium 'Held in de Nacht' werd samen met de VGN georganiseerd en trok ruim 200 bezoekers.
- Meedoen aan Begeleiding à la carte zet aan tot reflectie op eigen handelen. En reflectie en delen zijn belangrijke pijlers voor leren en dus voor vernieuwing.

### **Impact van corona**

De uitbraak van COVID-19 heeft een grote impact op persoonsgerichte zorg en op de kwaliteit van leven van mensen met een beperking. Ook leert deze coronaperiode ons het belang van flexibiliteit van persoonsgerichte zorg. Uiteraard beïnvloedde deze periode ook de voortgang van de trajecten. In de eerste weken stopten veel activiteiten, want het primaire proces vroeg alle aandacht. Tegelijkertijd groeiden veelal de urgentie en duidelijkheid van de vraagstukken. In een aantal trajecten werkte corona zelfs als katalysator. De coronacrisis heeft Begeleiding à la carte enigszins vertraagd, maar ook nieuwe inzichten opgeleverd en persoonsgerichte zorg in een nieuw perspectief geplaatst.

## 2.3 Het ontwerp

Het ontwerp van het vernieuwingstraject Begeleiding à la carte bestaat uit meerdere samenhangende activiteiten. De resultaten van de activiteiten dragen bij aan het behalen van de vier doelstellingen (zie vorige paragraaf). In deze paragraaf beschrijven we het ontwerp in relatie tot de doelstellingen meer in detail. Bijlage 1 geeft een schematisch overzicht van de doelstellingen, beoogde resultaten en activiteiten.

“Ik vind het heel prettig om iemand buiten de organisatie te hebben, maar toch ook een beetje binnen de organisatie, met wie je kan sparren. En die nog eens op een andere manier de zaken belicht en ons aan het denken zet.” Wendy van Esdégé-Reigersdaal

In [36 vernieuwingstrajecten](#) werken zorgorganisaties gedurende twee jaar aan hun eigen vraagstuk gericht op persoonsgerichte zorg (**doelstelling 1**). De zorgdriehoek, de nauwe afstemming tussen cliënt, familie en naasten en de zorgverlener, vormt het hart van Begeleiding à la carte; de plek waar de vernieuwing plaatsvindt. Een coach ondersteunt de organisaties en kijkt wat nodig is om de vernieuwing een stap verder te brengen. We volgen in dit proces de energie en dynamiek van de organisaties.

Deelnemende organisaties leren niet alleen van hun eigen vernieuwingstraject, maar ook van elkaar. We faciliteren en stimuleren de onderlinge uitwisseling tussen de deelnemende organisaties (**doelstelling 2**). Zowel van goede voorbeelden en inspirerende verhalen, als van knelpunten en worstelingen. De organisaties komen drie keer per jaar in een lerend netwerk bijeen om te delen en te leren. In totaal zijn er zes lerende netwerken rondom vier inhoudelijke thema's (zie figuur 1). Ieder lerend netwerk krijgt begeleiding van een van de coaches, de zogenaamde 'coach plus'. Daarnaast gaan de organisaties ook bij elkaar op werkbezoek.

Samen leren doen we ook door Begeleiding à la carte te monitoren (door te tellen én te vertellen) en dit weer terug te koppelen aan de coaches, de lerende netwerken, VWS en Vilans, en door op de uitkomsten te reflecteren. Het monitoren vindt plaats op alle onderdelen van Begeleiding à la carte, met de vier doelstellingen als leidraad. Daarnaast hebben we een aantal onderzoeksvragen geformuleerd die we via monitorgesprekken met de betrokkenen van de verschillende vernieuwingstrajecten proberen te beantwoorden. Ook deze kennis wordt breed gedeeld met de hele sector.

Vilans faciliteert het leerproces en draagt actief bij aan de kennisontwikkeling door de kennis te verzamelen, verbinden, verrijken, valideren en vorm te geven om deze vervolgens breed te verspreiden binnen de sector. Dat doen we via inspirerende praktijkverhalen, geleerde lessen met werkzame elementen, tips en tricks en kennisproducten die de deelnemende organisaties direct kunnen inzetten. Aan het eind van het traject wordt de opgedane kennis gebundeld in kennis(eind)producten. De kennisverspreiding in de sector gebeurt online, met name via [www.kennispleingehandicaptensector.nl](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl) en bijbehorende social mediakanalen, en via landelijke bijeenkomsten (zoals het jaarlijkse Volwaardig leven-congres en specials). Op deze manier profiteert de hele sector van de kennis en handvatten

(doelstelling 2 en 3).

Met Begeleiding à la carte streven we tot slot naar een betere wisselwerking binnen de gehandicaptensector (doelstelling 4), om ook in de toekomst de krachten te (blijven) bundelen voor het versterken van persoonsgerichte zorg. Twee keer per jaar komt een spiegelgroep samen. Deze groep bestaat uit systeempartijen die mee leren uit de praktijk van de vernieuwingstrajecten van Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls.

Kortom, in het ontwerp van Begeleiding à la carte zit het vernieuwen, leren en ontwikkelen van kennis dus verweven in alle lagen en onderdelen van het traject. De kracht van een landelijk vernieuwingstraject als Begeleiding à la carte zit hem in het verbinden van mensen en het bundelen van kennis en ervaringen, om zo bij te dragen aan het meer passend en toekomstbestendig maken van persoonsgerichte zorg.



Figuur 1: Overzicht van de vernieuwingstrajecten en deelnemende organisaties per lerend netwerk

## 2.4 Deelnemende organisaties en hun vraagstuk

Op 1 september 2019 zijn 42 organisaties daadwerkelijk gestart met hun vernieuwingstraject. In totaal zijn er 36 vernieuwingstrajecten. Een aantal organisaties voert het traject in samenwerking met andere zorgorganisaties uit en een aantal organisaties heeft twee verschillende trajecten. In de samenwerkingen is in de eerste periode nog het een en ander gewijzigd. Uiteindelijk nemen nu 40 zorgorganisaties deel aan Begeleiding à la carte. Eén organisatie met twee trajecten heeft in januari 2020 besloten om zich met een van de trajecten terug te trekken uit Begeleiding à la carte. Dit traject is nog wel meegenomen in deze voortgangsrapportage.



Figuur 2: Bovenste paneel: Grootte van de deelnemende zorgorganisaties; Onderste paneel: overzicht van de doelgroepen waar de vernieuwingstrajecten zich op richten.

Het bovenste paneel van figuur 2 geeft een overzicht van de grootte van de organisaties die deelnemen aan Begeleiding à la carte (uitgaande van de organisatie die penvoerder is van het traject; in één geval gaat het om een vereniging en is het aantal cliënten niet van toepassing). Het onderste paneel laat zien op welke doelgroepen binnen de gehandicaptensector de vernieuwingstrajecten zich richten. Eén traject kan zich richten op meerdere doelgroepen, daarom tellen de percentages op tot meer dan 100%.



De deelnemers zijn bij de start ingedeeld in zes lerende netwerken rondom vier thema's:

1. Meedoen en activering (2)
2. Zeggenschap en dialoog (2)
3. Vakmanschap en trots (1)
4. Familiebetrokkenheid en ontzorgen (1)

Figuur 1 toont de deelnemende organisaties (locatie hoofdkantoor) en hun lerend netwerk. Ieder vernieuwingstraject heeft zijn eigen [deelnemerspagina op het kennisplein](#).

### Samenvatting van de zorginhoudelijke vraagstukken

De organisaties hebben zich elk met een eigen zorginhoudelijk vraagstuk aangemeld bij Begeleiding à la carte, op grond waarvan elk traject is ingedeeld onder een van de vier thema's van de lerende netwerken. Uit de startgesprekken in de zomer van 2019 (Meting 1) bleek een deel van de vraagstukken nog erg globaal of breed te zijn. In de eerste maanden van Begeleiding à la carte vond het verder verhelderen van de vraagstukken plaats. In de monitorgesprekken in de eerste helft van 2020 is daarom opnieuw ingezoomd op de vraagstukken (Meting 2: zie bijlage 4 voor meer informatie en de verschillende meetmomenten).

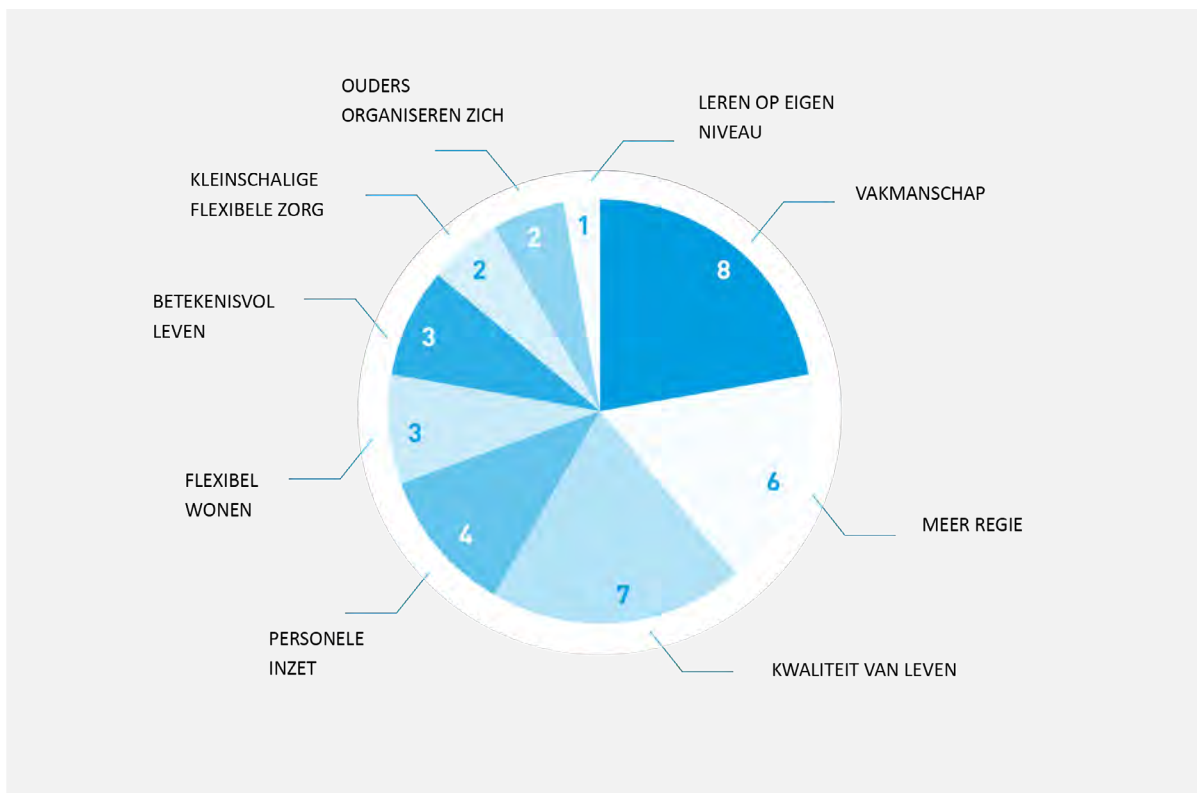
De uitkomsten van deze monitorgesprekken<sup>1</sup> laten zien dat maar enkele organisaties voor deelname aan Begeleiding à la carte een specifiek en afgebakend vraagstuk hebben gekozen. Vaker is het vraagstuk waarmee ze aan Begeleiding à la carte deelnemen een groter vraagstuk waar al langer binnen en/of buiten de organisatie aan gewerkt wordt. Binnen die grote vraagstukken valt soms duidelijk een deel aan te wijzen waar organisaties aan werken binnen hun vernieuwingstraject, maar vaker is de koppeling met Begeleiding à la carte meer vloeiend en organisch.

In dit hoofdstuk staan de zorginhoudelijke vraagstukken van de deelnemende organisaties in brede zin beschreven, en dus niet alleen het deel van het project binnen Begeleiding à la carte. In paragraaf 2.5 belichten we onder andere de rol van cliënten en naasten bij het ontstaan van deze vraagstukken. In paragraaf 2.6 gaan we dieper in op de focus van de trajecten binnen Begeleiding à la carte en de voortgang van de trajecten op basis van de activiteiten die het afgelopen jaar in de verschillende trajecten zijn uitgevoerd.

De analyse van de monitorgesprekken geeft de zorginhoudelijke vraagstukken weer van de verschillende vernieuwingstrajecten ingedeeld in negen thema's, zoals genoemd en toegelicht door de projectleiders. Deze thema's zijn niet dezelfde als van de lerende netwerken, al is er logischerwijs wel overlap. De thema's en vraagstukken worden op de volgende pagina samengevat en ingekleurd met uitspraken uit de monitorgesprekken<sup>2</sup>. Figuur 3 toont de verdeling van de vraagstukken per thema. Zie bijlage 3 voor [een overzicht van de zorginhoudelijke vraagstukken per vernieuwingstraject](#).

<sup>1</sup> In een van de 36 vernieuwingstrajecten (inclusief het traject dat begin 2020 is gestopt) kon door omstandigheden geen monitorgesprek worden gevoerd. Voor de volledigheid is het vraagstuk van dit traject op basis van andere beschikbare informatie samengevat, en wel meegenomen in de resultaten van dit hoofdstuk.

<sup>2</sup> In lijn met de afspraak met de deelnemende organisaties rapporteren we de uitkomsten van de gesprekken (dit geldt ook voor paragraaf 2.6) zonder naam en toenaam en maken we zoveel mogelijk gebruik van niet-herleidbare uitspraken. Voor het gebruik van uitspraken die wel te herleiden zijn naar de organisaties of persoon hebben we toestemming gevraagd.



Figuur 3: Aantal vernieuwingstrajecten per inhoudelijk thema op basis van de monitorgesprekken

### Vakmanschap

Acht organisaties werken aan projecten rondom de ontwikkeling of het vakmanschap van medewerkers. In vijf van deze projecten gaat het om het ontwikkelen, beschrijven, doorontwikkelen of overdragen van een methodiek. Er is bijvoorbeeld een basismodel voor goede begeleiding ontwikkeld op een aantal pilotlocaties, waar begeleiders, naasten en/of cliënten enthousiast over zijn. Op basis van die ervaring werkt een projectteam aan draagvlak en overdraagbaarheid, om ook op andere locaties cliënten en naasten te laten profiteren van deze aanpak. En om continuïteit te kunnen bieden aan cliënten, bijvoorbeeld tussen dagbesteding en woonvoorzieningen. *“Maar we hebben ook heel veel methodiekloze locaties, die eigenlijk niet vanuit een onderliggende theorie aan het werk zijn. Dus we zien nog te vaak dat er grote verschillen zijn in hoe begeleiders hun cliënten begeleiden. En dan blijft het altijd een kwestie van dat je je persoonlijkheid in je werk meeneemt en hoe je bent. Je doet het natuurlijk niet allemaal volgens het boekje strak hetzelfde, maar het gaat er meer om dat je op dezelfde manier kijkt naar cliënten en de begeleiding.”*

Ook zijn er trajecten die een ontwikkelvraag hebben voor hun medewerkers. Binnen de organisaties ontstond de behoefte om ergens meer aandacht aan te geven, bijvoorbeeld aan een toekomstbestendig leerklimaat voor begeleiders, of aan het creëren van meer mogelijkheden om binnen het werk tijd te hebben voor reflectie. De oplossingen binnen deze projecten richten zich primair op de professionals, zodat ze betere zorg aan de cliënten kunnen verlenen.

## **Meer regie**

Zes trajecten hebben als vraagstuk hoe cliënten (en naasten) meer regie kunnen krijgen over (aspecten van) hun leven. Denk bijvoorbeeld aan projecten die (zorg)informatie voor cliënten en naasten begrijpelijker maken, zodat cliënten en naasten beter in staat zijn om mede-eigenaar te zijn, en makkelijker zelf of mee kunnen beslissen. Dat gebeurt onder meer door verbeteringen in de zorgplannen visueler en begrijpelijker te maken. En door meer gepersonaliseerde, visuele en digitale informatie in de woonvoorzieningen aan te bieden. *“We hebben een training ontwikkeld om cliënten beter toe te rusten over wat ze zelf kunnen doen, waar ze zelf de regie kunnen voeren en hoe we ze daarbij kunnen ondersteunen.”*

Daarnaast zijn er ook projecten gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden voor cliënten, of op het beter faciliteren van cliënten, zodat ze daarmee in hun dagelijks leven meer regie ervaren. Bijvoorbeeld door cliënten te trainen om hun eigen moeilijk verstaanbare gedrag beter te reguleren. En om het geven van regie op de eigen voeding en gezondheid, door cliënten te faciliteren in het kiezen en bereiden van eigen maaltijden. *“Maar het is ook aansluiten bij de vaardigheden die iemand heeft. Je hebt het dan even over het ik-kook-kratje, ja dat draagt bij aan dat jijzelf iets kunt doen wat je voorheen niet zelf kon doen. Of je haalde een afhaalmaaltijd in de supermarkt of elders. Dus nu heb je veel meer variatie, je leert ook weer vaardigheden aan, dus in die zin kan je daar ook weer door groeien als mens.”*

## **Kwaliteit van leven**

In zes projecten beschrijven deelnemers aan de monitorgesprekken een vraagstuk over het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten (en naasten). Bij drie van deze projecten gaat het om een specifieke doelgroep. Organisaties lopen er tegenaan dat voor deze groep cliënten, de zorg nog onvoldoende kwaliteit van leven oplevert. Het gaat om cliënten met een migratieachtergrond, voor wie het huidige zorgaanbod nog onvoldoende aansluit. Dat heeft te maken met een beperkte cultuursensitiviteit bij medewerkers én met de behoefte van families om zelf voor hun kind te zorgen. Een ander project richt zich specifiek op mensen met een ernstige meervoudige beperking. Bij hen bestaat het risico dat de aandacht uitgaat naar het regelen van de complexe zorg, waardoor de aandacht voor het leven in brede zin onder druk komt. *“De vraag waar we continu mee worstelen is hoe wij mensen met een ernstige verstandelijke beperking op de beste manier kunnen ondersteunen en helpen om kwaliteit van bestaan en geluk te bieden. Twee jaar geleden zijn we een pilot gestart om te onderzoeken of je met gerichte vragen aan het netwerk van deze mensen dichterbij de werkelijkheid kunt komen. Door met elkaar in gesprek te gaan over de vragen en antwoorden, krijg je veel beter grip op wat iemand nou echt wenst en nodig heeft voor een kwalitatief goed leven.”*

Bij twee van de projecten gaat het om het verbeteren van kwaliteit van leven, door middel van het (door) ontwikkelen, beschrijven en/of implementeren van een werkwijze of methodiek. Deze organisaties hebben ervaren dat een werkwijze die ze op kleine schaal toepassen, bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Ze willen deze werkwijze voor meer cliënten van waarde laten zijn, en zoeken binnen Begeleiding à la carte naar mogelijkheden om dat op een goede manier te doen. *“Zodat je eindelijk kunt zeggen: zullen we eens even wat anders gaan doen? Zullen we eens kijken of die ene goede ervaring die we gehad hebben mogelijk voor meer van deze cliënten een doorbraak zou kunnen zijn?”*

### **Personele inzet**

In vier trajecten werken organisaties aan beleid of vernieuwende oplossingen voor goede zorg voor cliënten op het niveau van zorgprocessen. In drie van deze trajecten gaat het om het ontwikkelen van nieuwe zorglocaties of het samenvoegen van locaties of teams. Daarbij horen vraagstukken op het gebied van goed functionerende teams, het financieren van zorg uit verschillende bronnen, het zoeken en verbinden van de goede expertise, en het beleggen van verantwoordelijkheden binnen de organisatie. *“In onze kleinschalige organisaties is het een uitdaging om mensen te vinden in de huidige arbeidsmarkt. Hoe krijg ik ze binnen en hoe houd ik ze binnen? Veel begeleiders willen op een gegeven moment doorgroeien, maar omdat wij allemaal heel platte organisaties hebben, zijn er niet veel doorgroeimogelijkheden.”*

### **Flexibel wonen**

In drie trajecten wordt gezocht naar mogelijkheden om maatwerk te bieden in de overgang van thuis wonen naar begeleid wonen. Denk bijvoorbeeld aan een (grotere) behoefte aan flexibele woonvormen, anders dan de traditionele woongroepen. Naast van thuiswonende cliënten ervaren namelijk een hoge belasting die soms uitmondt in een crisis. Tegelijkertijd is wonen in een woonvoorziening nog niet de goede stap voor deze cliënten. Een tussenvorm, flexibel wonen, kan een oplossing zijn om naast te laten wennen aan het niet meer thuis wonen van hun kind, broer of zus. Of om te ervaren dat cliënten meer vrijheid aankunnen dan een woonvorm biedt. Flexibel wonen kan een mogelijkheid zijn om cliënten een goede balans tussen autonomie en veiligheid te laten ervaren. Organisaties zoeken naar duurzame oplossingen die ook voldoende rendabel zijn voor de organisaties. *“Er zit nog een groot gat tussen bij je ouders wonen of begeleid wonen in een appartement of groepswoning.”*

### **Betekenisvol leven**

In drie projecten is de oplossing gericht op aandacht voor de breedte van het leven van mensen met een beperking. Deze projecten kenmerken zich door de behoefte om aandacht te geven aan de kleine dingen in het leven, die voor mensen met een beperking een groot verschil kunnen maken. Aandacht voor maatwerk, individuele oplossingen, geluk in dagelijkse situaties en een grondhouding van echt luisteren. Deze projecten zoeken naar kansen voor cliënten om in kleine dingen zinvol en betekenisvol te zijn. Ook als hun mogelijkheden verminderen. Bijvoorbeeld door ouderdom of het verslechteren van hun situatie. *“Het vraagstuk is niet hoe krijgen we dit makkelijk georganiseerd. Maar hoe kunnen we een nog individuelere oplossing (maatwerk) bieden aan cliënten die dat nodig hebben? Want een deel gedijt prima in de structuur waarin ze zitten; ook met de dagbesteding.”*

### **Kleinschalige flexibele zorg**

In twee projecten is de vraag hoe een kleinschalige, flexibele organisatie het karakter van maatwerk en vraaggerichtheid kan behouden, als het aantal cliënten én het aantal personeelsleden toeneemt. Deze organisaties zijn klein gestart en daarin zit de kracht van hun manier van begeleiden. Ze hebben weinig belemmerende organisatiekaders en veel vrijheid om de behoefte van de cliënten te volgen. Het succes in deze organisaties en de mogelijkheden om te groeien, kennen ook uitdagingen. Binnen deze projecten rijst de vraag hoe deze organisaties hun gedachtegoed kunnen beschrijven en overdragen. Zodat zij meer cliënten op deze manier kunnen begeleiden, zonder hun kracht van kleinschaligheid

te verliezen. *“Wij vragen ons bewust steeds opnieuw af hoe we vanuit de cliëntvraag kunnen blijven werken.”*

### **Ouders organiseren zich**

Binnen twee projecten is het doel dat ouders van cliënten hun ervaringen beter en makkelijker kunnen delen, zodat meer ouders daarvan kunnen profiteren. Ouders hebben positieve ervaringen opgedaan: in één project met het opbouwen van een netwerk voor lotgenotencontact, en in een ander project met het opzetten van een ouderinitiatief. Binnen het vernieuwingstraject werken ze aan het beschrijven van hun ervaringen en/of het opzetten van een manier om deze ervaringen te verspreiden en toegankelijk te maken voor meer ouders van cliënten. *“Omdat mensen met een beperking dat vaak zelf niet kunnen, zoeken hun ouders een oplossing voor hen. Dat gaat makkelijker door samen op te trekken met andere ouders.”*

### **Leren op eigen niveau**

Eén project richt zich rechtstreeks op het leerproces van cliënten. Het maximaliseren van de zelfstandigheid van cliënten door middel van goed en prettig leren op eigen niveau, is een succes. Het vernieuwingstraject heeft als doel om de werkwijze te expliciteren, over te dragen en uit te breiden.

### **Reflectie en vooruitblik**

Terugkijkend zien we dat het herformuleren en aanscherpen van de eigen vraagstukken voor de trajecten energie en tijd heeft gekost, maar ook van waarde is geweest. Voor organisatie die zijn gestart met een goed idee, met een brede focus, heeft het geholpen om het vraagstuk te versmallen. Zodat echt duidelijk is waar de energie binnen Begeleiding à la carte naartoe moet gaan. In andere gevallen is het waardevol geweest om het vraagstuk te delen met andere stakeholders en met hen verder vorm te geven om tot overeenstemming en draagvlak te komen. Zodat de oplossing gedragen wordt en een basis wordt gelegd voor implementatie en borging.

Verder bleek dat de organisaties zich weliswaar met een inhoudelijk vraagstuk hebben aangemeld bij Begeleiding à la carte. Maar dat elk vraagstuk ook een veranderkundige component in zich heeft, met bijbehorende uitdagingen. De vraagstukken overlappen op beide vlakken, wat organisaties ook op beide vlakken kansen geeft om van elkaar te leren.

Vooruitkijkend ervaren veel van de projectteams dat het gedeelde, heldere vraagstuk hen richting geeft. Hoewel voortschrijdend inzicht altijd plaats kan vinden, is de verwachting dat deze vraagstukken de komende periode stabiel blijven. De organisaties gaan nu de volgende stappen zetten richting hun oplossing en kennisproduct, waar we in de eindrapportage van 2021 over zullen schrijven.



## 2.5 Perspectief van cliënten en naasten

Persoonsgerichte zorg is zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Daarom is het perspectief van de cliënt zelf en zijn naasten onmisbaar. Begeleiding à la carte richt zich met name op de zorgprofessional (zij voeren de vernieuwingstrajecten uit, leren met elkaar en de ontstane kennis wordt met andere zorgprofessionals gedeeld), maar uitdrukkelijk in nauwe afstemming met de cliënt en naasten in de zorgdriehoek. De zorgdriehoek vormt het hart van persoonsgerichte zorg. In dit hoofdstuk belichten we het perspectief van de cliënt en naasten in Begeleiding à la carte op twee manieren: 1. Door de rol van cliënten en naasten te beschrijven bij het ontstaan van de zorginhoudelijke vraagstukken van de vernieuwingstrajecten van Begeleiding à la carte (vanuit de monitorgesprekken) en 2. Door een korte beschouwing van de praktijkverhalen van afgelopen jaar. In paragraaf 2.6 wordt verder ingegaan op de manier waarop in de trajecten wordt samengewerkt met cliënten en naasten, en wat daar de meerwaarde van is.

### Ontstaan van de vraagstukken in de vernieuwingstrajecten

Tijdens de monitorgesprekken bleek dat de keuze voor het zorginhoudelijk vraagstuk nagenoeg altijd is gestart met het perspectief van cliënten en naasten scherp voor ogen. In een deel van de trajecten ligt er ook een expliciete vraag van cliënten en/of naasten aan ten grondslag. Dit geldt ten eerste voor de zeven vernieuwingstrajecten die vallen onder de thema's 'Flexibel wonen', 'Kleinschalige flexibele zorg' en 'Ouders organiseren zich' (zie vorige paragraaf voor de indeling van de zorginhoudelijke vraagstukken). Deze vraagstukken zijn expliciet ontstaan vanuit een vaker voorkomende, of terugkerende directe zorgvraag van cliënten of naasten die niet beantwoord kon worden door de organisaties. Deze trajecten zijn erop gericht om deze zorgvraag te kunnen beantwoorden. Trajecten onder 'Ouders organiseren zich' zijn compleet ontstaan op initiatief van, voor en door ouders van cliënten.

Voor zeven andere trajecten werd in de monitorgesprekken genoemd dat het traject in meer of mindere mate voortgekomen is uit een vraag van cliënten of naasten. Zo vertelt een van de projectleiders: *"De directeur vroeg of we dingen misten. Toen kwamen cliënten met verhalen en vragen [...] Die hebben eigenlijk allemaal te maken met geluk en aandacht."* In deze projecten is de richting van het vraagstuk bepaald door bijvoorbeeld een peiling onder cliënten en/of naasten, waaruit bleek op welk onderwerp duidelijk behoefte was aan verbetering of ontwikkeling. Ook zijn er trajecten gestart vanuit dialoogsessies met cliënten en/of naasten, waar wensen werden geïnventariseerd. In een ander vernieuwingstraject is een hoge cliënttevredenheid aanleiding geweest om een werkwijze op te schalen en overdraagbaar te maken. Tot slot is één traject gestart vanuit een advies van de cliëntenraad, waarbij actief onderzoek is gedaan onder locaties en de resultaten onder de aandacht zijn gebracht bij de directie. Dit heeft geleid tot het vernieuwingstraject waarmee de organisatie deelneemt aan Begeleiding à la carte.

## Praktijkverhalen

### Kwaliteit in menselijk contact

Wat opvalt in de verhalen van cliënten is dat zij vooral de kwaliteit van menselijk contact belangrijk vinden. Zij noemen zaken als ertoe doen, jezelf kunnen zijn en dat er tijd en aandacht voor je is. Dat klinkt allemaal heel vanzelfsprekend, maar dat is het kennelijk toch niet altijd. Zo vertelt een ervaringsdeskundige: *“Mensen denken al snel dat de nodige aandacht er wel is, want er zijn toch begeleiders? Maar vergeet niet: als je in een woongroep woont, moet je die begeleider met heel veel mensen delen.”* Ook vertelt een bewoner van WonenPlus: *“De begeleiders hebben hier wel tijd voor me. Bij de vorige organisatie was dit niet zo. Hier kan ik altijd op de begeleiders terugvallen.”*

### Zelf kunnen ervaren

Ook het zelf kunnen ervaren in plaats van dat er voor je wordt besloten dat iets niet kan, is belangrijk voor cliënten. Zo vertelt een bewoner van WonenPlus: *“Ik verlangde ernaar om op mezelf te wonen. Daarom heb ik een tijdje begeleid wonen geprobeerd. Maar dat bleek toch te moeilijk. Toen heb ik aan de manager aangegeven dat ik weer terug wilde naar een groep. Samen met de begeleiding heb ik toen besproken wat de beste oplossing is voor mij.”* Een andere ervaringsdeskundige vertelt: *“Ik heb ooit van een begeleider te horen gekregen dat ik nooit in staat zou zijn om presentaties te geven. Maar hij heeft ongelijk gehad. Want ik doe dat nu toch voor de LFB. Daarom moet je altijd oppassen met dit soort uitspraken.”*

Begeleiders kunnen het dus ook soms verkeerd inschatten. Ook daarom is het belangrijk om cliënten zelf te laten ervaren en ontdekken. Zo vertelt een bestuurder: *“We hadden een cliënt die zwaar dyslectisch was. Hij wilde een opleiding tot kok gaan volgen. We dachten dat dit niet haalbaar was, maar hebben het hem toch laten proberen. Door de aanschaf van een slimme bril lukte het hem alsnog om de tabellen in kookboeken te lezen. Later hoorde ik dat hij zijn diploma had behaald. En dat dus tegen beter weten in van iedereen.”*

### Als totaal mens worden gezien

Ook als totaal mens worden gezien, is belangrijk voor cliënten. Dit betekent dat er ook oog moet zijn voor ontwikkeling. Zo vertelt een ervaringsdeskundige: *“Wat ik jammer vind is dat je één keer een IQ-test krijgt en dat dan als je intelligentie wordt gezien voor de rest van je leven. Ik vind dat het mogelijk moet zijn om vaker een IQ-test te doen.”* Ook erkend worden in talenten vinden cliënten belangrijk. Zo vertelt een ervaringsdeskundige: *“Wat ik zo jammer vind aan de Participatiewet is dat de nadruk ligt op de arbeidsbeperking die mensen hebben. Terwijl ik zoveel te geven heb en ook iets moois kom brengen waar organisaties wat aan hebben.”*

## 2.6 Voortgang van de vernieuwingstrajecten

De vernieuwingstrajecten die worden uitgevoerd voor de verschillende zorgorganisaties uit de gehandicaptenzorg vormen de kern van Begeleiding à la carte. Hier vindt de vernieuwing van toekomstbestendige persoonsgerichte zorg daadwerkelijk plaats. Bovendien zijn deze trajecten de motor van het gezamenlijke leerproces en het ontstaan van kennis en inspiratie. De eerste doelstelling: 'Deelnemende zorgaanbieders dragen met hun eigentijdse oplossingen bij aan persoonsgerichte zorg' staat dan ook centraal binnen Begeleiding à la carte. In lijn hiermee besteden we in deze voortgangsrapportage uitgebreid aandacht aan de voortgang van de verschillende trajecten.

### **Voortgang op basis van de monitorgesprekken (Meting 2)**

Binnen alle trajecten (op één na) hebben we een monitorgesprek gevoerd met in ieder geval de projectleider van het vernieuwingstraject en de coach vanuit Begeleiding à la carte. De gesprekken vonden plaats van maart tot en met juni 2020. Vanwege de coronamaatregelen was het merendeel van de gesprekken op afstand via beeldbellen. In deze gesprekken kwamen naast het zorginhoudelijk vraagstuk, ook de activiteiten en het veranderkundig aspect van het traject, de betrokkenheid van cliënten en naasten en belemmerende en bevorderende factoren aan bod. Zie bijlage 4 voor een korte uitleg van de werkwijze voor de projectleiders en de processtappen van Meting 2. De belangrijkste uitkomsten beschrijven we in de volgende paragrafen per onderwerp beschreven (zie paragraaf 2.4 voor de zorginhoudelijke vraagstukken).

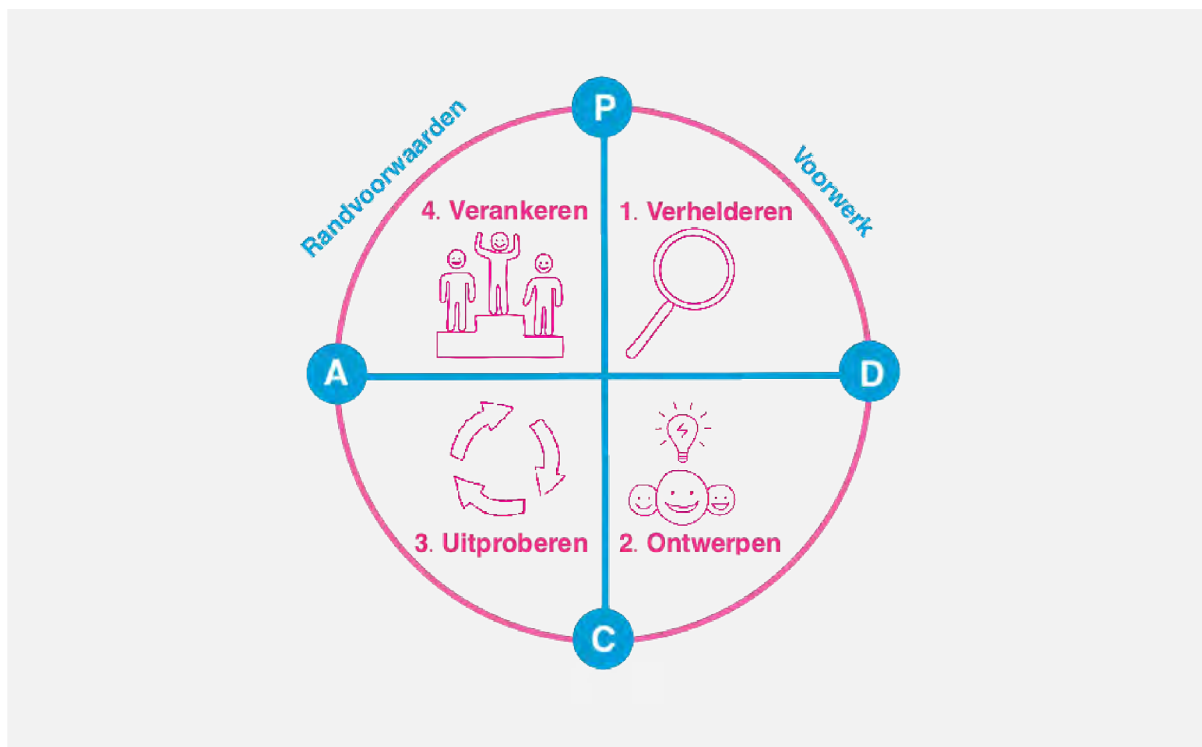
Gedurende de looptijd van Begeleiding à la carte vinden verschillende monitorgesprekken plaats met de deelnemende zorgorganisaties, over hun deelname aan Begeleiding à la carte en hun specifieke vernieuwingstraject (zie bijlage 4 voor de verschillende meetmomenten). Na het eerste startgesprek bij aanvang van de trajecten in september 2019 (zie ook de vorige voortgangsrapportage) vond in 2020 Meting 2 plaats in de vorm van een monitorgesprek.

Aanvankelijk was het idee om in deze tweede meting in het voorjaar met name in te zoomen op het zorginhoudelijk vraagstuk en in de zomer voor ieder vernieuwingstraject een uitgebreide focusgroep te houden om inzicht te krijgen in de aanpak, activiteiten en voortgang van ieder traject. Omdat de betrokkenheid van cliënten en naasten een belangrijk aandachtspunt is binnen Begeleiding à la carte, zouden naast de projectleider en eventueel een bestuurder, ook cliënten en naasten gevraagd worden deel te nemen aan de focusgroep. Na het uitbreken van COVID-19 vonden wij deze vorm te belastend en niet meer gepast.

### **Activiteiten in de vernieuwingstrajecten**

De vernieuwingstrajecten zijn gestart in de zomer van 2019. Sinds die tijd hebben betrokkenen binnen alle trajecten, vanuit hun eigen startpunt, activiteiten ondernomen. De beschrijvingen van de activiteiten, genoemd in het monitorgesprek waarin we terugkeken naar het afgelopen jaar, zijn in te delen in de vier categorieën van de Plan-Do-Check-Act-cirkel. Binnen Begeleiding à la carte maken we daarbij gebruik van de volgende benamingen van deze vier fases: 1. Verhelderen; 2. Ontwerpen; 3. Uitproberen; en 4. Verankeren (zie figuur 4). Deze fases vormen ook de basis voor de praatplaat die binnen dit vernieuwingstraject is ontwikkeld ter ondersteuning van de trajecten (zie ook paragraaf 2.8

Kennisproducten). Voor de indeling van de activiteiten hebben we nog een extra categorie toegevoegd: Voorwerk/randvoorwaarden.



Figuur 4: De vier fases van de Plan-Do-Check-Act-cirkel

De projecten bevinden zich vrijwel altijd in meer dan één fase, ze combineren verschillende activiteiten of hebben in de afgelopen periode meerdere fases doorlopen. De getallen bij elk type activiteiten tellen daarom ook niet op tot 35 projecten<sup>3</sup>.

### Voorwerk/randvoorwaarden

In 17 van de 35 vernieuwingstrajecten is in de periode september 2019 tot voorjaar 2020 veel energie en tijd gaan zitten in het regelen van de juiste randvoorwaarden om het project te gaan starten. Deelnemers aan het monitorgesprek noemden daarbij:

- Zoeken naar interne samenwerking/draagvlak, op managementniveau, in de samenwerking met andere regio's, het ombuigen van eventuele weerstand, het vergroten van bewustzijn of informeren van collega's en het beleggen van de verantwoordelijkheid van het project bij de goede personen.
- Zoeken naar externe samenwerkingspartners.
- Het regelen van de goede randvoorwaarden, zoals financiën, bemensing, instellen van projectteam, bevestigen van tijdsinvestering projectleider.
- Praktisch werk, zoals het opstellen van geheimhoudingsverklaringen, samenwerkingsovereenkomsten en administratieve/werkprocessen.

<sup>3</sup> Met een van de 36 vernieuwingstrajecten (inclusief het traject dat begin 2020 is gestopt) kon door omstandigheden geen monitorgesprek worden gevoerd. De resultaten beschreven in dit hoofdstuk zijn dus gebaseerd op alle trajecten op één na.

### **Verhelderen**

Binnen vijftien trajecten vonden in de eerste periode al investeringen plaats in het goed verhelderen van het vraagstuk. Ze hebben een vorm van inventarisatie uitgevoerd, zoals het in kaart brengen van (de omvang van) de doelgroep, een behoeftenonderzoek onder cliënten en/of naasten, een krachtenveldanalyse, een businesscase of een achterbanraadpleging. Ook is het maken van een actieplan of plan van aanpak ingezet om de richting en focus van het project verder te versmallen en te concretiseren. En daarmee helder te krijgen waar het project naartoe moet, en hoe het team of de organisatie daar wil komen.

### **Ontwerpen**

In 22 trajecten zijn stappen gezet in het ontwikkelen van de vernieuwende oplossing of is een oplossing gevonden. Bijvoorbeeld:

- zorgproducten of zorgaanbod (logeerhuis, casuïstiektafel);
- vormen om personeel toe te rusten (workshops, trainingen, praatplaten, filmpjes);
- technische oplossingen (administratieprocessen, systemen);
- nieuwe functies;
- instrumenten of vragenlijsten.

### **Uitproberen**

Acht trajecten probeerden hun oplossing al uit in de praktijk. Het ging hierbij met name om het werven en includeren van deelnemers voor een ontwikkeld zorgaanbod en het werven van doelgroepen die niet makkelijk te vinden of bereiken zijn. Hiervoor zijn informatieavonden en persoonlijke gesprekken gehouden en is informatiemateriaal verspreid. Ook zijn binnen verschillende trajecten al pilots opgezet om hun instrument/methodiek/aanpak uit te proberen en verder te verspreiden. Gaandeweg komt feedback terug om het ontwerp verder aan te kunnen passen.

### **Verankeren**

Geen van de trajecten heeft in het eerste jaar al substantiële activiteiten uitgevoerd gericht op het verankeren van hun vernieuwing. Wel is in een aantal gesprekken het belang daarvan ter sprake gekomen en in een aantal trajecten zijn al concrete ideeën over hoe dit aan te pakken in het komende jaar.

## **Veranderkundige indeling van de vernieuwingstrajecten**

De vernieuwingstrajecten van de organisaties hebben, naast een inhoudelijke focus (zie paragraaf 2.4), ook een veranderkundige component. We onderscheiden drie typen veranderkundige vraagstukken:

- ontwikkelen binnen de organisatie;
- invoeren binnen de organisatie;
- uitbreiden van een succesvolle methode of aanpak.

### **Ontwikkelen binnen de organisatie**

Bij negentien organisaties richt het vraagstuk zich op het ontwikkelen van iets nieuws binnen de eigen organisatie. Binnen deze organisaties is een hiaat ontdekt waar als oplossing een nieuw aanbod of product voor wordt ontwikkeld.



### Invoeren binnen de organisatie

In drie trajecten wordt een bestaande methode of aanpak die in andere organisaties succesvol is ontwikkeld en/of geïmplementeerd, ingevoerd in de eigen organisatie.

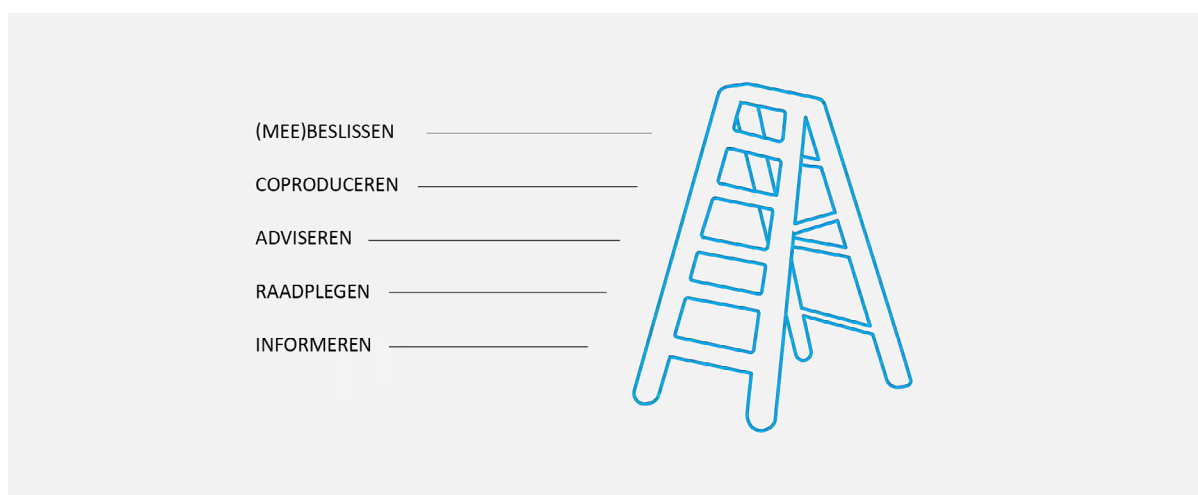
### Uitbreiden van een succesvolle methode of aanpak

In dertien trajecten wordt een reeds ontwikkelde aanpak of methode verspreid binnen en/of buiten de organisatie. In deze trajecten gaat het om de vraag 'Hoe kunnen we meer cliënten en/of naasten laten profiteren van een succesvolle methode of aanpak?' Hierbij gaat het om het overdraagbaar maken en/of verspreiden van een grondhouding, methodiek of organisatievorm.

### Hoe worden cliënten en naasten bij de vernieuwingstrajecten betrokken?

In de meeste trajecten spelen cliënten en naasten een rol of is het de intentie om ze in een later stadium te betrekken. Daarnaast stond men in een aantal trajecten op het punt om actief met cliënten- en naastenbetrokkenheid aan de slag te gaan, maar ontstond vertraging door de coronacrisis. Het was in die periode voor veel organisaties niet mogelijk om activiteiten met cliënten en/of naasten op te starten. Deels omdat ze de tijd en energie aan andere zaken moesten besteden, maar vaak ook omdat het in deze periode te belastend was voor de cliënten en/of naasten, of omdat de enige toegestane vorm van contact via (beeld)bellen niet haalbaar of wenselijk was.

Er zijn verschillende manieren om cliënten en naasten te betrekken in een traject, waarin ook de mate van invloed varieert, zie de participatieladder<sup>4</sup> in figuur 5. We hebben geprobeerd de manieren waarop cliënten en/of naasten in de vernieuwingstrajecten van Begeleiding à la carte zijn betrokken volgens de participatieladder in te delen. In veel trajecten worden meerdere vormen van het betrekken van cliënten en naasten gecombineerd, daarom telt het onderstaande overzicht niet op tot vijftientig.



Figuur 5: Participatieladder (Edelenbos & Monnikhof, 2001)

<sup>4</sup> Edelenbos, J., & Monnikhof, R. (2001). *Lokale interactieve beleidsvorming: Een vergelijkend onderzoek naar de consequenties van interactieve beleidsvorming voor het functioneren van de lokale democratie*. Utrecht: Lemma.

### **Geen cliënten of naasten betrokken**

Binnen vier trajecten is (nog) geen sprake van cliëntbetrokkenheid, vanwege het ontbreken van directe meerwaarde ervan op het moment van interviewen. Andere stappen gaan voor in het traject voordat de inbreng van cliënten iets toevoegt. Dit speelt met name in trajecten waarin een manier van werken verder ontwikkeld of uitgerold wordt. In een deel van de trajecten is het plan wel om cliënten in de toekomst te betrekken, als dat meerwaarde heeft.

### **Informereren**

In dertien vernieuwingstrajecten worden cliënten en naasten vooral geïnformeerd over de vernieuwing. Zo is in een aantal trajecten cliëntbetrokkenheid vormgegeven door het informeren van de cliëntenraad. Dit kan een structurele vorm hebben, waarbij de cliëntenraad periodiek wordt geïnformeerd, maar het kan ook een minder vaste vorm hebben, waarbij de cliëntenraad op specifieke momenten wordt geïnformeerd. Ook zijn er projectteams die specifieke informatiemomenten organiseren, bijvoorbeeld voor ouders. *“We hebben de ouders verteld dat we met een project bezig zijn en we hebben er in de nieuwsbrief iets over verteld. Ook hebben we in december een open avond georganiseerd waarin we hebben uitgelegd op welke onderwerpen we ons in dit project graag willen focussen. En dat iedereen met vragen bij mij (de projectleider) terecht kan.”*

### **Raadplegen**

Naast het informeren van de cliëntenraad, zijn er ook achttien trajecten waarin de cliëntenraad en/of specifieke cliënten of naasten worden geraadpleegd in bepaalde fases van het traject. Zo zijn er trajecten waar de cliëntenraad op bepaalde momenten input geeft op specifieke vragen. *“We hebben sinds een half jaar structureel contact met de cliëntenraad waarbij ook ouders en verwanten betrokken zijn en die laten we ook meedenken, die weten wat we aan het doen zijn en die laten we ook meedenken met de inhoud [...] maar daar is ook wel gevraagd van hé, zijn er nog dingen die we daarin missen of die jullie daarin missen. En een volgende stap zou natuurlijk wel zijn in dat wat structureler maken. We sluiten nu één keer in de zoveel tijd aan bij de cliëntenraad, maar eigenlijk moet dat nog wel wat meer body krijgen.”*

In andere trajecten kiest men voor een meer ad-hocbenadering bij het raadplegen van cliënten en/of naasten. *“We betrekken bewoners op een heel laagdrempelige manier. We organiseren daar geen bijeenkomsten voor, maar vragen gewoon als het zo uitkomt: ik ben hiermee bezig en ben benieuwd wat jij daarvan vindt.”*

### **Adviseren**

In tien trajecten krijgen cliënten en naasten op verschillende manieren de vraag om te adviseren in het project. Zo zijn (pilot)bijeenkomsten georganiseerd waar cliënten en/of naasten advies konden geven, of zijn cliënten uitgenodigd om deel te nemen aan projectbijeenkomsten. Ook zijn er trajecten waarin men werkt met een adviesraad voor naasten (ouderadviesraad). *“We hebben de ouderadviesraad betrokken en met hen de kernwaarden besproken.”*

### **Coproduceren**

In zes trajecten coproduceren professionals met naasten en/of cliënten. *“We hebben een paar*

*ervaringsdeskundigen die het leuk vinden om mee te werken aan het traject. En we zijn nu bezig om een soort pool te maken van mensen die dat interessant vinden, zodat we ze ook structureel kunnen inzetten voor trainingen.”*

### **(Mee)beslissen**

In vijf trajecten vinden alle activiteiten plaats samen met, voor en door cliënten en/of naasten. De trajecten waar ouders zichzelf organiseren zijn daar een voorbeeld van. Ook zijn er trajecten waar ouders of cliënten onderdeel zijn van de werkgroep en een zwaarwegende stem hebben. *“We hebben gewoon die twee ouders gevraagd aan deze werkgroep mee te doen en die betrekken wij.”*

### **Ervaringen met het samenwerken met cliënten /naasten**

De deelnemers aan de projecten rapporteren tijdens de monitorgesprekken op vijf vlakken ervaringen met het samenwerken met cliënten en/of naasten:

- **Draagvlak & inbedden in structuren:** betrokkenheid van de cliëntenraad zorgt ervoor dat er meer draagvlak ontstaat voor het project. Ook is samenwerking met de cliëntenraad een sterk middel om het project in te bedden in bestaande werk- en kwaliteitsprocedures. Daarmee is de kans op borging groter.
- **Verrijking & verbetering:** de verhalen van cliënten en naasten zijn voor de deelnemers een bron van verrijking; de verhalen maken indruk en door deze verhalen gaan deelnemers echt anders naar het project kijken. Daarnaast brengen cliënten en naasten goede inzichten in die het project naar een hoger niveau kunnen brengen. *“Het was een verrijking dat zij ook bij de leerlandschapsessie waren. De input die je krijgt vanuit de groep, daar kan weinig anders tegenop vind ik.”*
- **Lerend:** de deelnemers aan de monitorgesprekken geven aan dat ze lerend zijn op het gebied van de inzet van cliënten en naasten. Waar eerst alleen informatie werd opgehaald, zijn ze in het kader van het project voor het eerst gaan uitproberen of cocreëren of meebeslissen ook waardevol kan zijn.
- **Plezier & gehoord worden:** cliënten en naasten die deelnemen aan de projecten ervaren plezier in het meedoen; er vindt zelfs mond-tot-mondreclame plaats tussen cliënten om mee te mogen doen aan een project. Voor naasten is het prettig om in het project hun verhaal te doen, zij voelen zich daarmee gehoord.
- **Zoekend - wanneer kan het wel of niet:** er zijn ook deelnemers die nog zoekend zijn in het inzetten van cliënten en naasten. Als cliënten een te laag niveau hebben om mee te denken, en veel naasten ook hun eigen problematiek hebben, geeft de inzet van degenen die wel mee kunnen doen geen representatief beeld van over wie het project echt gaat. Dan kiezen projecten ervoor om af te zien van de inzet van naasten, of ervaren ze de inzet van naasten als niet helpend.

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

In de interviews kwamen de verschillende factoren ter sprake die de Begeleiding à la carte-trajecten beïnvloeden. Deze factoren hebben we onderverdeeld in bevorderende en belemmerende factoren. Soms kan een factor in het ene traject als belemmerend worden ervaren, en in een ander traject als bevorderend. Een voorbeeld hiervan is een reorganisatie die heeft plaatsgevonden, voorafgaand of tijdens de looptijd van Begeleiding à la carte. De impact van deze reorganisaties verschilt per project. In sommige gevallen heeft de reorganisatie tot vertraging geleid of het vernieuwingstraject op andere

manieren belemmerd. In andere gevallen heeft de reorganisatie een (matige) positieve impact op het Begeleiding à la carte-traject gehad, bijvoorbeeld vanwege het aanstellen van nieuwe managers of leidinggevenden die het vernieuwingstraject ondersteunden. Hieronder worden de bevorderende en belemmerende factoren onderverdeeld in categorieën en verder toegelicht.

## **Bevorderende factoren**

### *Het succesvol creëren van draagvlak*

Bij de factoren die positief bijdroegen aan de vernieuwingstrajecten en waar de geïnterviewden trots op zijn, werd regelmatig het succesvol creëren van draagvlak genoemd. Als de betrokkenen erin slagen collega's mee te nemen in het traject, wordt het makkelijker het project succesvol te maken. Daarnaast is het belangrijk dat ook andere lagen van de organisatie meegenomen worden (zie ook belemmerende factoren over organisatie). Tot slot speelt het draagvlak bij naasten ook een rol. Bijvoorbeeld in trajecten waarbij ouders ook enthousiast gemaakt zijn over de oplossing. *“Het belangrijkste is dat we dit project vanuit alle lagen hebben opgepakt: mensen op de vloer, stagiaires, ouders, deelnemers. Eigenlijk is iedereen mee gaan praten in dit project. Zo werd het iets van iedereen en was het niet langer alleen van ons.”*

### *Communicatie*

Het delen van verhalen en informatie heeft een positieve impact op de trajecten. Door over het traject te communiceren en mensen op de hoogte te houden, ontstaat bewustwording over het traject. Als mensen op de hoogte zijn van het traject (en de voortgang) en de kans krijgen daar input over te leveren of mee te denken, gaan ze zich medeverantwoordelijk voelen. Daarnaast worden korte lijnen in de communicatie ook een aantal keer genoemd als bevorderende factor. *“Ik ben er zelf groot voorstander van om positieve verhalen te verspreiden. Dat kunnen hele basic verhaaltjes zijn van één cliënt die vertelt wat het met hem of haar doet. Volgens mij is dat een krachtig middel om mensen te overtuigen.”*

### *Formele inbedding project*

Dat het vernieuwingstraject onderdeel is van een jaarplan of op een andere manier ingebed is in de organisatie maakt dat het makkelijker loopt. Er is dan, al dan niet gedwongen, draagvlak. Het bijvoorbeeld ingebed zijn in verantwoordingsstructuren zoals voortgangs- of kwartaalrapportages, maakt dat ook draagvlak wordt ervaren voor het vernieuwingstraject. Dit voorkomt dat het traject er 'los bijhangt' en misschien tussen wal en schip eindigt. *“Dan ben ik daar ook blij mee want dan blijft hij dus ook op de directietafel liggen. En dan moet daar wel een voortgangsrapportage steeds op gemaakt worden, maar dan blijft het dus wel een gespreksonderwerp. Anders dan wordt het weer zo'n project wat er los naast hangt, en dan ben je het vaak ook kwijt hier. In deze complexe organisatie.”*

### *Samenwerking*

Als de samenwerking in het projectteam goed verloopt, geeft dat energie. Samenwerking binnen de organisatie is belangrijk voor het eerdergenoemde draagvlak. Daarnaast maakt goede samenwerking het makkelijker om de juiste expertise op de juiste plek te krijgen of te vinden. *“De afgelopen tijd hebben we die samenwerking vormgegeven. We zijn nu op het punt dat we echt aan de slag kunnen en samen dingen kunnen gaan maken.”*

## Belemmerende factoren

### *Financiën*

In een aantal van de trajecten spelen financiële factoren een rol. Er zijn bijvoorbeeld projecten waar de financiering van het project nog niet rond is, wat maakt dat het project vertraging oploopt. Ook zijn er trajecten waar de verdere financiering onzeker is door reorganisaties of doordat financiering voor de komende jaren nog niet is toegezegd. Het komt ook voor dat de opdracht voor het traject van hogerhand is gegeven, maar er geen budget beschikbaar is gesteld. Dit maakt dat er gezocht moet worden naar manieren om de trajecten toch uit te voeren. Naast financieringsbelemmeringen zijn er ook trajecten die worstelen met de externe geldstromen (WLZ, WMO, subsidies). *“Maar ook wel, er was op dat moment nog geen financiële ruimte, we hadden niet een manager die boven ons staat die ons kon vertellen van volgend jaar gaan we het zo doen en dit budget is ervoor. Dus al met al heb ik dat wel lastig gevonden.”*

### *Cultuur in de organisatie*

In een aantal monitorgesprekken kwam ter sprake dat het lastig is om voldoende draagvlak voor een vernieuwing te creëren, om het goed te laten landen op de werkvloer. Dit lijkt vooral te spelen bij trajecten waar een werkmethodiek uitgerold of verbeterd wordt. Er wordt weerstand ervaren tegen verandering (in de manier van werken). Ook maken verschillen tussen teams of afdelingen dat het lastig kan zijn om projecten te laten landen. Onder cultuur in de organisatie vallen ook de volgende belemmerende factoren: gebrek aan bestuurlijk draagvlak en gerelateerd daaraan draagvlak op de werkvloer. In een aantal projecten speelt de vraag hoe je collega's en/of bestuurders meekrijgt. *“Wij hebben in onze eigen organisatie ook nog wel wat scepsis weg te nemen. Ik denk dat we nog heel wat te doen hebben op het gebied van beeldvorming.”*

### *Organisatie van het traject*

Er is ook een aantal factoren te noemen die de trajecten belemmeren die relateren aan de organisatie van het traject. Hierbij speelt bijvoorbeeld een rol dat de voortgang van sommige trajecten heel erg afhankelijk is van specifieke personen. Dit maakt het voor die persoon lastig om breder draagvlak te creëren voor de vernieuwing. Daardoor kan soms ook het gevoel ontstaan dat iemand tegen de organisatie en een gebrek aan budget moet opboksen, om het traject van de grond te krijgen/ draaiende te houden. Andere belemmerende factoren die zijn genoemd zijn een reorganisatie en vertrek van collega's of managers. Dit zorgt regelmatig voor onzekerheid over de voortgang van het traject. *“Daarvoor hebben we ook wel in de teams uitdrukkelijk gesproken over het projectplan en geprobeerd daar hen aan te verbinden. Maar ik vind dat echt nog wel de puzzel. Hoe zorgen we dat teams echt die verantwoordelijkheid houden?”*

### *Tijdsinvestering*

Tijdsinvestering in het project hangt deels samen met de eerste belemmerende factor. Het gaat om zowel de tijd die het kost om het traject te organiseren, uit te voeren en te laten landen, als ook de tijdsinvestering die deelname aan Begeleiding à la carte kost. Denk hierbij met name aan de bijeenkomsten van de lerende netwerken. *“Waar ik me enigszins in vergist heb, is de tijd die het project kost. Ik merk dat het soms lastig is om er tijd voor vrij te maken, hoewel ik dat wel graag wil.”*



### *Werkdruk*

In een aantal interviews kwam ook de hoge werkdruk in de zorg ter sprake. Deels kwam dit door de coronasituatie, waardoor alle zeilen bijgezet moesten worden. Maar deels werd werkdruk ook benoemd als structureel probleem. De zorg komt altijd eerst, waardoor het traject soms op een laag pitje terecht kan komen. *“Dus eigenlijk rol je wel van de ene casus in de andere, dat je continu aan het denken bent: hoe lossen we dit op? En dan die corona er natuurlijk ook nog bij, dat maakt het soms helemaal ingewikkeld.”*


### **Reflectie en vooruitblik**

Terugkijkend zijn de monitorgesprekken positief ontvangen door de deelnemers. Het hielp de deelnemers en de coaches om in een beperkte tijdsspanne te reflecteren op het vernieuwingstraject. Veel gesprekken vonden plaats in mei en juni 2020, op een moment in de coronaperiode dat deelnemers ook weer wat ruimte voelden om aandacht te hebben voor het vernieuwingstraject en ook graag weer wilden gaan opstarten. Het was dus een zeer passend moment om even stil te staan en terug en vooruit te kijken. *“Heel goed. Leuk om gewoon hier even over te praten. Fijn ook dat het zo even in een uurtje kon eerlijk gezegd.”*


Het gesprek heeft in veel trajecten ook als interventie gediend: de onderzoekers hebben, vanuit een oordeelloze basishouding, vragen gesteld over het project. Dat gaf gelegenheid voor de respondenten (een of meer projectleden en de coach) om te reageren en elkaars reactie te horen. In een traject, waarin je samen vooruit wilt komen, is daar niet altijd tijd voor. Nu dat voor de monitor werd gevraagd, werden deelnemers ook getriggerd om daar samen over na te denken en mee verder te gaan.

Vanuit Begeleiding à la carte is vanaf de start van het programma gestimuleerd om te zoeken naar mogelijkheden om cliënten of naasten te betrekken in de projecten. Er is onder andere tijdens een lerende netwerkbijeenkomst aandacht besteed aan dit onderwerp (zie ook paragraaf 2.7). Deze aandacht lijkt positief uit te zijn gepakt: in 90% van de trajecten zijn nu cliënten en/of naasten betrokken. Bij de deelnemers die geen cliënten en/of naasten betrekken, blijft de coach aandacht voor dit onderwerp hebben. De mate waarin cliënten en/of naasten betrokken zijn, verschilt. Organisaties kiezen voor manieren die bij hun eigen ervaring passen. Er doen organisaties mee die al veel gebruik maken van ervaringsdeskundigheid, maar ook organisaties waar de inzet van cliënten/naasten nog nieuw is. Meer kennis over hoe de betrokkenheid van cliënten en/of naasten van waarde kan zijn, is nodig. Daarom blijven we kennis verzamelen over de werkzame factoren bij de inzet van cliënten en/of naasten.


De uitkomsten van de monitorgesprekken geven ook aanleiding om van elkaar te leren en om het programma te verbeteren. Daarom worden de resultaten gedeeld en besproken in het kernteam, met de coaches en coaches plus en tijdens de lerende netwerkbijeenkomst op 5 oktober met de deelnemers aan de vernieuwingstrajecten.



"BEGIN GEWOON MET CONTACT MET DE CLIËNT."



"IK KAN WEL DENKEN DAT JIJ DAT NODIG HEBT, MAAR HEB JE DAT OOK ECHT NODIG?"




"... EEN KANS GEVEN OM TE ONTDEKKEN OF IEMAND DAT KAN, JA OF NEE. EN ALLES IS GOED."

"HET BEGINT AL BIJ: WE HEBBEN HET NIET OVER CLIËNTEN; WE HEBBEN HET OVER ONZE JONGEREN."



"WERKEN VANUIT DE VISIE VAN: WAT IS NOU EEN GOED LEVEN VOOR JOU? WAT IS JOUW DROOM EN WAAR WIL JE NAARTOE?"



"MANIER VAN WERKEN, DIE UITGAAT VAN VERTROUWEN."

## Persoonsgerichte zorg

Ingekleurd met uitspraken van zorgprofessionals die deelnemen aan Begeleiding à la carte

(Bron: aan tafel met monitoring)

"ALS JE WERKELIJK WILT KIJKEN GOH, HOE DOET IEMAND DAT NOU OF WAAROM DOET IEMAND DAT NOU ZO? DAN ZIT JE IN EEN HELE ANDERE VERBINDING MET ELKAAR."

"IEMAND GEEFT HET EEN KEER AAN MET WOORDEN OF ZONDER WOORDEN; DAT DAAR WEL IETS MEE GEDAAN KAN WORDEN."

"WIJ KUNNEN WEL ZEGGEN HET IS A, MAAR ALS ZIJ VINDEN DAT HET B IS, NOU LATEN WE DAN MAAR EENS GEWOON VOOR B GAAN."

"Persoonsgerichte zorg is dienstverlening die aansluit op de wensen en voorkeuren van de bewoner, die is afgestemd op het leven van de individuele cliënt en die gepaard gaat met echte betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden. Persoonsgerichte zorg komt voort uit de dialoog tussen de medewerkers en de cliënt of de directe vertegenwoordiger. Daarvoor is het nodig dat medewerkers de cliënt goed kennen en respectvol bejegenen. Bovendien moeten ze iemands beperkingen in het dagelijks leven overzien en inschatten hoe iemand met gezondheidsrisico's omgaat en welke hulp daarbij nodig is. Veilige zorg is een onderdeel van persoonsgerichte zorg en ondersteuning." Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022

"DE UITDAGING IS OM NIET ALLES STRAK VAST TE ZETTEN, MAAR VOORAL UIT TE PROBEREN, TE ERVAREN."

"DAT MENSEN TOCH ZOVEEL MOGELIJK ZELFSTANDIG KUNNEN DOEN."

"ALS JE ALLEEN MAAR ZORG ORGANISEERT DAN WORDT HET LEVEN VAN EEN CLIËNT OOK GEREDUCEERD TOT ZORG. TERWIJL ER ZOVEEL MEER IN HET LEVEN IS DAN ALLEEN MAAR VERZORGD WORDEN."

## 2.7 Lerende netwerken en werkbezoeken

Het voornaamste doel van de lerende netwerken: een betere wisselwerking binnen de praktijk bewerkstelligen; deelnemers kunnen met en van elkaar leren. Tegelijkertijd zijn de lerende netwerken een middel om kennis te delen en kennis op te halen. Dit draagt bij aan de andere drie doelstellingen (zie paragraaf 2.2). De zes lerende netwerken van Begeleiding à la carte zijn drie keer bij elkaar gekomen in centrale bijeenkomsten: in oktober 2019, januari 2020 en mei 2020 (digitaal).

Iedere bijeenkomst bestaat uit een plenair programma met een centraal thema en aansluitend een samenkomst van de deelnemers in hun eigen lerend netwerk. De 'coach plus' bepaalt samen met het netwerk de invulling voor dat deel. De keuze voor de thema's van de bijeenkomsten gebeurt op basis van wat op dat moment past of gewenst is. Thema's van de drie bijeenkomsten:

1. Samenwerken met ervaringsdeskundigen. Vanwege de centrale rol van cliënten en naasten bij het inrichten van persoonsgerichte zorg.
2. Kennisdelen. Veel organisaties waren namelijk nog wat voorzichtig in het delen van hun ervaringen.
3. Terugkijken en vooruitgaan (virtuele bijeenkomst). Na een periode van stilstand vanwege corona begonnen veel deelnemers weer ruimte te voelen om de draad van hun vernieuwingstraject op te pakken. Daar paste dit bredere thema bij.

Daarnaast hebben verschillende werkbezoeken tussen organisaties plaatsgevonden. Hierbij lag het initiatief steeds bij een van de organisaties binnen een lerend netwerk. De eerste werkbezoeken vonden op locatie bij de gastorganisaties plaats. In de coronaperiode werden in een aantal netwerken creatieve oplossingen bedacht om het werkbezoek digitaal plaats te laten vinden. Ook dit leverde mooie nieuwe inzichten op. Hieronder volgt een korte samenvatting van de verschillende bijeenkomsten en werkbezoeken.

De verslagen van de bijeenkomsten (vijftien verslagen) zijn op het kennisplein gedeeld met de hele sector, zodat de opbrengsten en nieuwe inzichten ook ander zorgprofessionals kunnen inspireren.

### Opbrengsten Lerende netwerkbijeenkomsten

#### Eerste bijeenkomst: samenwerken met ervaringsdeskundigen

Tijdens de eerste bijeenkomst stond het kennismaken en het samenwerken met ervaringsdeskundigen centraal. De deelnemers zetten deze bijeenkomst een gezamenlijk leerproces in gang: *"Hieraan meedoen maakt dat je buiten de situatie kan staan"*, benadrukt een deelnemer. *"Daardoor kun je elkaar beter helpen en een diepere laag bereiken."* Deelnemers spraken over het organiseren van werkbezoeken, over van en met elkaar leren en over wat ze met elkaar als netwerk willen oppakken. Denk bijvoorbeeld aan:

- Hoe zorg je ervoor dat alle partijen mee blijven doen (ook als het tegenvalt)?
- Hoe doe je praktijkgericht (narratief) onderzoek?
- Hoe laat je veranderingen ontstaan én beklijven?
- Hoe laat je resultaten op een aansprekende manier zien?
- Hoe zorg je ervoor dat kennis gaat leven?

De deelnemers bespraken hoe zij in het netwerk met elkaar wil leren en wat zij daarin essentieel vinden. Een aantal voorbeelden:

- doen en ervaren;
- feedback geven vanuit waardering;
- beeldend werken; uitdaging om kort en concreet te zijn;
- ontvangen feedback met een ander bespreken, als hulp in het reflectieproces;
- iets van een andere kant bekijken (omdenken) en breed verkennen;
- een veilige groep waarin je alles kan en durft te delen, ook wat er niet goed gaat.

Tot slot wisselden de deelnemers hun inzichten met elkaar uit over samenwerken met ervaringsdeskundigen. Dit naar aanleiding van de presentatie van Ellis Jongerius, ervaringsdeskundige en sinds 1 juli 2020 directeur bij de LFB. *“Gewoon doen”*, zegt Ellis op de vraag hoe je de inzet van ervaringsdeskundigheid kunt organiseren. Een van de deelnemers zegt graag met ervaringsdeskundigen te gaan willen werken: *“We hebben namelijk gemerkt dat we al snel de neiging hebben om voor een ander te denken. Ervaringsdeskundigen kunnen ons helpen om beter te gaan luisteren”*. Ellis legt vervolgens aan de hand van de ‘smoezenparade’ uit waarom je mensen met een beperking echt moet betrekken als je de zorg wilt veranderen en welke smoezen vaak worden gebruikt om dit niet te doen. *“Bij het samenwerken met ervaringsdeskundigen is veel meer mogelijk dan je misschien denkt”*. Rollen die een ervaringsdeskundige kan vervullen: deelnemer focusgroep, maatje/buddy, lid van het projectteam, adviseur, presentator, interviewer, voorlichter, belangenbehartiger/verbinder of (co-) onderzoeker. [Bekijk het verslag en de video](#). De eerste bijeenkomst werd door zeventig personen vanuit de deelnemende zorgorganisaties bezocht.

### **Tweede bijeenkomst: delen wat we doen**

De tweede bijeenkomst stond bol van de ideeën en inspiratie, vanwege de daadwerkelijke start van de projecten. Het thema was kennis delen/verspreiden, omdat we daar nog wat terughoudendheid opmerkten. Deelnemers gingen met elkaar in gesprek over succesverhalen, knelpunten en waar zij hulp bij nodig hebben. De geleerde lessen variëren per lerend netwerk. Een rode draad was het bieden van persoonsgerichte zorg. Voorbeelden:

- Kijk wat kan en ga uit van de vraag: wat wil je? Ga niet uit van de beperking, maar van de mens. Als je op die manier het gesprek voert, ook met ouders, krijg je andere resultaten.
- Maak moodboards met cliënten met dingen die zij leuk vinden of nog willen in het leven.
- Sociale contacten zijn heel belangrijk voor cliënten, begeleiders moeten zich hier goed van bewust zijn.
- Vaak worden de cliënt en de familie niet meegenomen in het leerproces. Stel medewerkers de vraag: ‘hoe leren we in de driehoek ‘team-client-familie’?

Daarnaast werden organisaties door verschillende workshops geïnspireerd om hun kennis en ervaringen te delen met de hele gehandicaptensector. Zo kregen zij handvatten om bijvoorbeeld artikelen, vlogs, persona’s en praatplaten te maken. Een deelnemer zegt: *“Deel mooie verhalen waarmee je laat zien wat je kunt betekenen”*. In totaal deden 64 deelnemers vanuit de vernieuwingstrajecten mee.

### Derde bijeenkomst: terugkijken en vooruitgaan

Tijdens de derde bijeenkomst deelden de lerende netwerken vanwege de coronamaatregelen hun ervaringen noodgedwongen digitaal via beeldbellen. Vanuit de vernieuwingstrajecten deden 57 deelnemers mee. De coronaperiode heeft grote invloed gehad op het verloop van de projecten. Ondanks de lastige tijd zijn er flinke stappen gezet. Tijdens de bijeenkomst werden ervaringen uitgewisseld die leidden tot waardevolle inzichten, zoals:

- Deelnemers constateerden dat ze in korte tijd allemaal digitaal vaardiger zijn geworden. Het digitaal werken biedt nieuwe kansen in het werk en sommige collega's zijn nu makkelijker te bereiken dan wanneer je met elkaar in een kantoorpand samenwerkt.
- Doordat de dagbesteding door de coronamaatregelen vaak op locatie plaatsvindt, zien enkele organisaties dat sommige cliënten rustiger zijn omdat de dagstructuur thuis plaatsvindt. Maar er zijn ook mensen die juist graag naar buiten willen. Hieruit blijkt het belang van maatwerk.
- Niet alles hoeft te gaan zoals we het hebben bedacht, afwijken mag. Vanwege corona passen we ons nu aan, waardoor mensen beter uit de verf komen.
- Wat deelnemers graag willen behouden zijn de lagere administratieve lasten. "Door corona hadden we een hele duidelijke focus en werd al het andere minder belangrijk, zoals het vullen van allerlei systemen."
- Deze periode was een kans voor het versneld inzetten van beeldzorg. Ineens ging iedereen digitaal werken en daardoor maakte het beeldbellen een vliegende start. De mensen die voorheen nog niet echt wilden, stonden nu vooraan.

### Werkbezoeken

Tussen de bijeenkomsten door hebben er negen werkbezoeken plaatsgevonden. Bij het ene netwerk ging de hele groep bij één organisatie op bezoek en bij het andere netwerk vonden er een-op-een werkbezoeken plaats. Tijdens de bezoeken gaf de organisatie die bezocht werd een rondleiding en presentatie over hun project. Daarnaast stond er meestal een thema centraal, zoals alledaags geluk, kleinschalig wonen, complexe zorg, onderzoek en reflectie in de zorgdriehoek. Zo ging een van de lerende netwerken van Zeggenschap & dialoog op werkbezoek bij Stichting Bont. De deelnemers kregen een rondleiding en een kijkje in hoe het leven voor de jongeren is georganiseerd. De deelnemers waren onder de indruk van de kracht van enthousiasme en het gewoon gaan doen en regelen, gericht op het gewone goede leven voor jongeren.

"Jullie input geeft mij weer nieuwe inzichten en inspiratie voor de volgende stappen."

Aniek van Driestroom

Tijdens de coronaperiode hebben twee werkbezoeken digitaal plaatsgevonden. Het netwerk van Zeggenschap & dialoog heeft een digitaal werkbezoek gehouden over alledaags geluk. *"Juist nu is het belangrijk om elkaar te zien en van gedachten te wisselen. Vooral over dit onderwerp."* Driestroom heeft verteld over hun Alledaags Geluk-model en de deelnemers koppelden geluk aan hun projecten.

Deelnemers gaven aan het waardevol te vinden elkaar juist in deze tijd te spreken en met elkaar van gedachten te wisselen over wat er allemaal gaande is en hoe om te gaan met de maatregelen. Binnen



het lerend netwerk Familiebetrokkenheid gaf Bertina van Ouders voor Ouders van ASVZ aan dat ze meer wilde leren over het bereiken van ouders in de multiculturele doelgroep. Daarvoor ging zij in de coronaperiode digitaal 'langs' bij Fenne van het project Kleurrijk Ontzorgen van Cordaan. Bertina: *"Dat leverde waardevolle inzichten op. Ik snap nu bijvoorbeeld dat het met verwanten in deze doelgroep niet werkt om te praten over 'loslaten'. Beter is een gesprek over 'samen zorgen'."*

En ook andersom deed Fenne inspiratie op tijdens het bezoek: *"ASVZ had in de coronatijd een videoboodschap gemaakt voor ouders, om hun zware situatie in deze moeilijke tijd te erkennen en hen te informeren over hoe de organisatie met de maatregelen omging. Zo'n leuk idee, misschien ook wel voor onze organisatie!"*

### **Reflectie en vooruitblik**

Lessen, waarnemingen en ervaringen 'lerende netwerken':

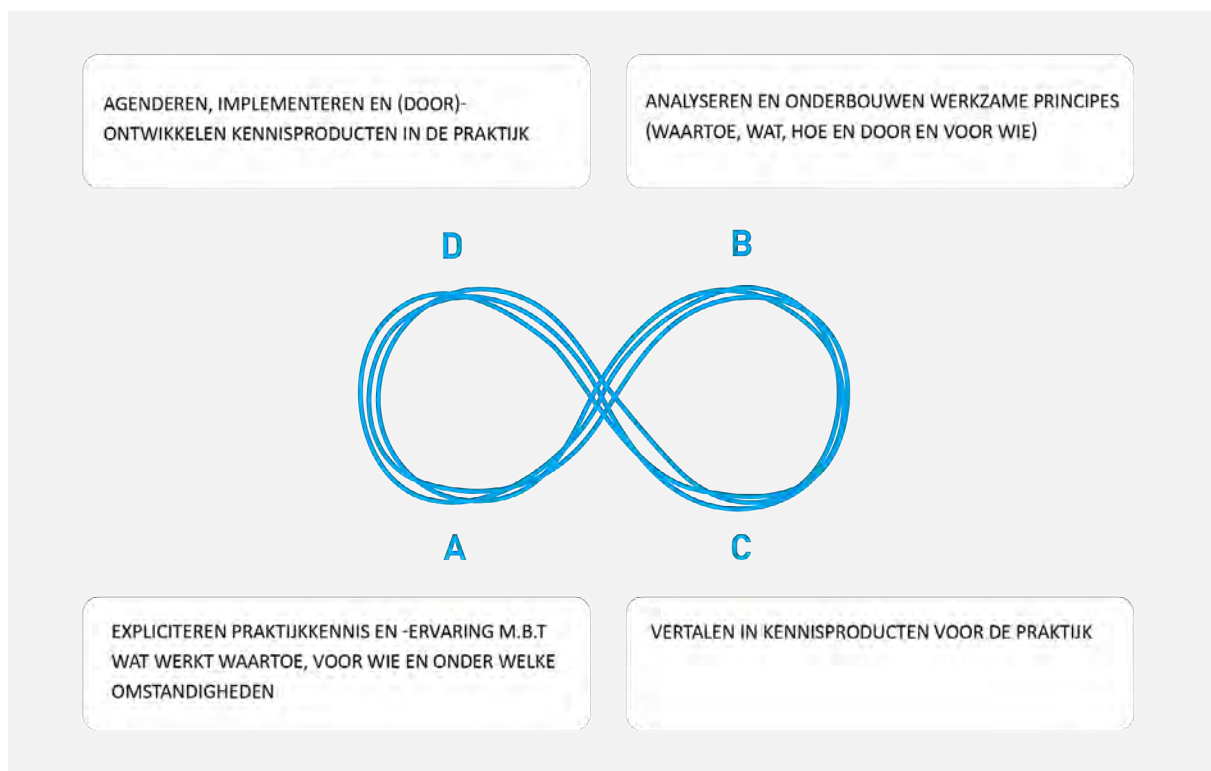
- Ontmoeten en uitwisselen gebeurt veelvuldig en wordt gewaardeerd.
- Open leerhouding deelnemers en voldoende vertrouwen om te delen en van elkaar te leren.
- Samen leren gaat makkelijker als je elkaar beter kent en er gemeenschappelijke thema's zijn. De werkbezoeken droegen hieraan positief bij.
- Volgens een aantal deelnemers biedt het 'lerend netwerk' te weinig; het is te veel 'top-down' bepaald en sluit niet goed aan op de behoeften.
- Poll uitzetten in de zomer om de verschillende behoeftes te inventariseren.
- Op basis van de uitkomsten van de poll in het najaar inspiratiesessies organiseren.

Op het moment van het schrijven van deze rapportage zijn de coronamaatregelen voor het najaar nog niet bekend. We houden er rekening mee dat alle bijeenkomsten van de lerende netwerken en de werkbezoeken in virtuele vorm plaatsvinden. De behoefte om elkaar te ontmoeten en uit te wisselen blijkt uit bovenstaande.

In het najaar geven we ook meer gevolg aan de derde doelstelling: bestuurders en beleidsmedewerkers weten wat er moet veranderen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen. Voor de vierde lerende netwerkbijeenkomst op 5 oktober ontvangt deze doelgroep dan ook expliciet een uitnodiging. Het thema van het plenaire deel is: 'De toekomst van persoonsgerichte zorg'. Theo van Uum, directeur Langdurige zorg bij VWS en Marc Bindels, lid raad van bestuur a.i. bij Vilans spreken over de toekomstige gehandicaptenzorg en veranderkundige onderwerpen. Daarnaast zoeken we naar een werkvorm voor de individuele bijeenkomsten van de lerende netwerken om te reflecteren op de uitkomsten van de monitorgesprekken, waarvan ook de bestuurder deel kan nemen.

## 2.8 Kennisontwikkeling

Een van de doelstellingen van Begeleiding à la carte is dat zorgprofessionals geïnspireerd zijn en de benodigde kennis en handvatten hebben om meer persoonsgerichte zorg te bieden, nu en in de toekomst. Om professionals van kennis en handvatten te voorzien, doorlopen we binnen Begeleiding à la carte de kennislemniscaat (zie figuur 6). Deelnemers aan de vernieuwingstrajecten (A) ontwikkelen en/of expliciteren hun kennis en handelen, (B) analyseren en onderbouwen werkzame principes, (C) vertalen deze in handreikingen en (D) met deze handreikingen kunnen ook anderen aan de slag.



Figuur 6: Kennislemniscaat

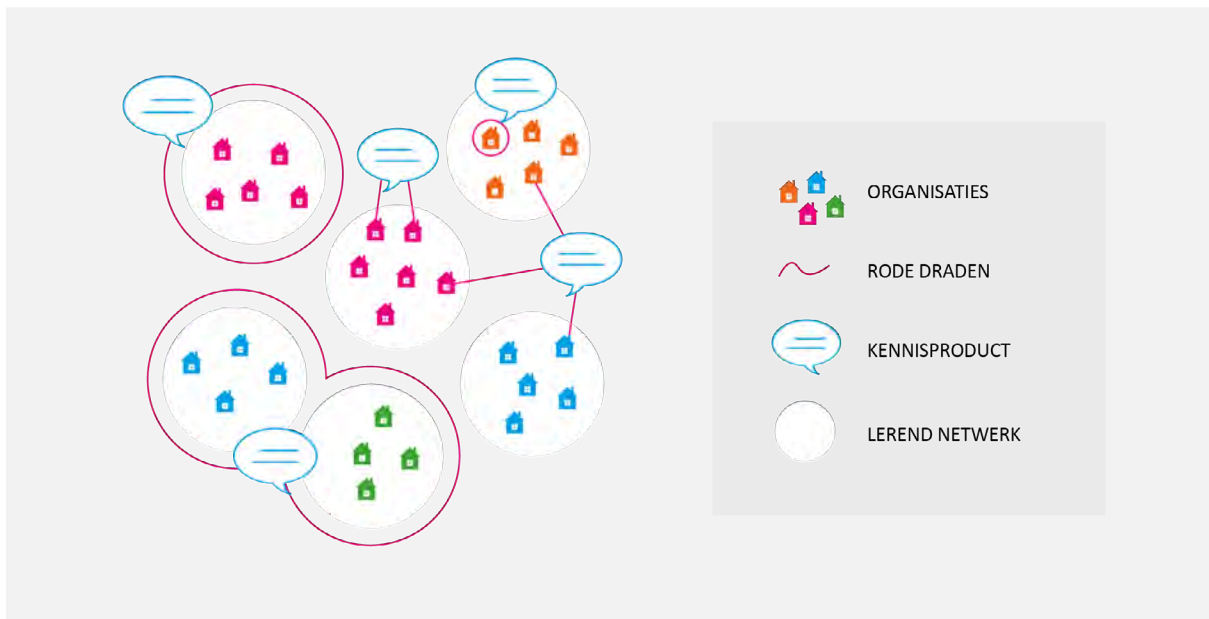
Wij faciliteren dit leerproces en dragen actief bij aan de kennisontwikkeling en kennisverspreiding. De deelnemende organisaties ontwikkelen in de eerste plaats kennis binnen hun eigen traject met ondersteuning van hun Begeleiding à la carte-coach. Ook wordt onderling kennis uitgewisseld binnen de lerende netwerken en tijdens de werkbezoeken. We halen deze ervaringskennis op in de vorm van communicatie-uitingen zoals praktijkverhalen, geleerde lessen met werkzame elementen en tips en tricks vanuit de ervaringen die zijn opgedaan. De werkzame elementen, geleerde lessen en gebundelde ervaringen van meerdere organisaties vormen de basis voor de te ontwikkelen kennisproducten. Daarnaast halen we professionele kennis op in de vorm van informatie over benodigde competenties, (werk)houding en visie. We ondersteunen het proces van bundelen, verbinden en vormgeven van kennis, zodat deze daarna verspreid kan worden in de sector.

“Het loopt bij iedereen anders, maar onze gezamenlijke visie op persoonsgerichte zorg is het belangrijkste.” Juul van Pluyn

De behoefte van de deelnemende organisaties staat hierbij centraal: wat hebben zij nodig in hun ontwikkeling naar toekomstbestendige persoonsgerichte zorg? Bij de uiteindelijke verspreiding van de geleerde lessen kijken we naar de overdraagbaarheid: hoe relevant is de nieuwe kennis voor de gehele sector? Tot slot onderzoeken we of de lessen uit de opgehaalde praktijkverhalen kunnen bundelen in kennisproducten. Er is gedurende de hele looptijd van Begeleiding à la carte aandacht voor de ontwikkeling van kennis en de verspreiding daarvan.

### Genomen stappen/proces

Om kennis te kunnen verspreiden en kennisproducten te ontwikkelen moet je de kennis kunnen verzamelen. Hiervoor is de ‘geleiding’ van kennis vanuit de trajecten naar de communicatieadviseurs en de productontwikkelaar van belang. Om dit te faciliteren hebben we het accounthouderschap geïntroduceerd: iedere coach heeft een communicatieadviseur als vast aanspreekpunt (de accounthouder). Met regelmaat vindt een gesprek plaats tussen de coach, de accounthouder en de productontwikkelaar, zodat de kennis kan stromen. De voortgang van het traject wordt besproken en er wordt gekeken naar mogelijke haakjes voor kennisverspreiding in de vorm van communicatie-uitingen en de ontwikkeling van kennisproducten. Kennisproducten onderscheiden zich van communicatie-uitingen doordat ze een handelingsperspectief bevatten: hoe kunnen ook andere organisaties met die kennis aan de slag in hun dagelijkse praktijk?



Figuur 7: Mogelijke samenwerkingen voor het tot stand komen van een kennisproduct

Een kennisproduct kan het resultaat zijn van de opgedane kennis van een individueel traject, maar kan ook kennis bundelen van meerdere organisaties (zie figuur 7). Naast de thema’s van de lerende netwerken zien we ook andere gezamenlijke (procesmatige en inhoudelijke) thema’s ontstaan die bij meerdere organisaties spelen: de zogenaamde ‘rode draden’. Deze rode draden kunnen ook dienen als basis voor een gezamenlijk kennisproduct. Kennisproducten worden niet enkel ontwikkeld na een traject als eindproduct, maar kunnen juist ook ondersteunen gedurende het proces. Een goed voorbeeld is een praatplaat. Voorbeelden van deze verschillende typen staan verderop in deze paragraaf.

## Nieuwe inzichten

Vanaf voorjaar 2020 zagen we dat organisaties er klaar voor waren hun geleerde lessen en praktijkverhalen naar buiten te brengen. Informatie over de verspreiding hiervan staat in paragraaf 2.9.

### *Deelname aan Begeleiding à la carte bevordert de reflectie op de eigen visie en het eigen handelen.*

De meeste deelnemers zijn niet van nature gewend om hun kennis te delen. Om kennis te kunnen delen moet je jezelf ervan bewust zijn dat er kennis te delen is die relevant is voor anderen. We horen vaak: *“Wat wij doen is eigenlijk heel gewoon, maar het maakt ons wel uniek”*. De coaching richt zich op het expliciet maken van wat de organisaties daar dan precies mee bedoelen. Soms helpt het om door middel van een interview scherp te krijgen wat dan precies die unieke elementen zijn en wat zij van hun begeleiders verwachten in houding en competenties. Zie bijvoorbeeld [de visie van Bas en Silvia](#) (Stichting Ela) op houding bij moeilijk verstaanbaar gedrag.

We hebben de afgelopen periode veel verschillende verhalen opgehaald (zie paragraaf 2.9). We zien daarin soms overkoepelende thema's terugkomen, zoals het thema over de samenwerking in de driehoek. Deze verschillende verhalen versterken elkaar en geven anderen inzicht in het thema.

*“In dit project wordt gekeken waar de regie eigenlijk ligt, hoe je leven eruit ziet en wat er dan bij je past. Dat vind ik veel waard en daarom denk ik graag mee, geef ik advies en deel ik mijn ervaringen.”* Melie, moeder

Zo delen verschillende organisaties hun verhalen over het centraal stellen van de zorgdriehoek, en de samenwerking met cliënten en naasten. Bijvoorbeeld bij Pameijer - Samen op weg doen cliënten en verwanten mee aan de brainstormsessies die erop gericht zijn inzicht te krijgen in wat de methodiek ‘Samen op weg’ nu precies inhoudt. Lees hierover meer in het interview met [Jack van Pameijer en moeder Melie](#). Bij De Berkelhof werken ze ook veel samen in de driehoek. Hoe ze dat doen en waarom lees je terug in het interview met [Susanne en Eelco](#). Eelco over het project ‘Een paar handen’: *“De missie en de visie, dat stellen we allemaal op in samenspraak met de ouders. De belangrijkste helpende factor is dat we als organisatie kleinschalig zijn; korte lijntjes en snel kunnen vormgeven.”*

Tot slot weten ze cliënten bij Ophovenerhof goed te betrekken bij de planontwikkeling voor de bouw van tiny houses. Projectleider Bert vertelt over de kracht van Begeleiding à la carte: *“We werden uitgedaagd om ons nog beter te richten op wat betrokkenen nu zelf willen. We zijn heel actief gaan ophalen bij ouders, medewerkers en cliënten: ‘Hoe zien jullie dit? Als we dit gaan doen: wat werkt voor jullie dan wel en wat niet?’ We zeggen tegen cliënten: ‘Het is jouw huis, geef het maar vorm en vertel ons wat je nodig hebt.’ Ik heb mijn leven zelfstandig mogen inrichten. Dat is voor hen ook belangrijk.”* [Lees het hele verhaal.](#)

## Kennisproducten

Zoals eerder beschreven zijn er verschillende manieren om tot een kennisproduct te komen. Allereerst zijn er kennisproducten die uit individuele trajecten ontstaan. Uit de vorige paragraaf bleek de fase te variëren waarin ieder vernieuwingstraject zich bevindt. Nog geen enkel traject zit in de fase van het verankeren. De individuele trajecten hebben in het eerste jaar dan ook nog geen concrete kennisproducten opgeleverd. Wel zijn voor vrijwel alle organisaties ervaringen en verhalen gedeeld via het kennisplein (zie paragraaf 2.9). Deze ervaringen en verhalen kunnen een basis zijn voor de te ontwikkelen (gezamenlijke) kennisproducten. Ook zijn er al concrete wensen en ideeën voor kennisproducten geformuleerd en wordt er gewerkt aan voorbereidingen van activiteiten die in de tweede helft van Begeleiding à la carte een kennisproduct opleveren. Voorbeelden van ideeën voor een kennisproduct vanuit de individuele trajecten: een draaiboek over de eigen aanpak met aandacht voor ‘de couleur locale’, een hulpmiddel waarmee je narratieve verhalen ophaalt en analyseert, en een stappenplan om aan de slag te gaan met persoonlijke toekomstplanning.

Een tweede variant zijn kennisproducten die ontstaan vanuit de lerende netwerken. Een aantal lerende netwerken heeft al ideeën voor een gezamenlijk kennisproduct. Zo praatten de deelnemers van een lerend netwerk over het ontwikkelen van een kennisproduct over de basishouding van een persoonsgerichte medewerker: *“Hoe leuk is het om straks die inzichten te publiceren en te delen met allerlei organisaties? Een manier waarop dat kan, is door middel van een focusgroep met deelnemers aan dit netwerk.” De groep is enthousiast. Moniek voegt nog toe: “Maar dan moet het niet alleen over de positieve dingen gaan. We mogen best kritisch zijn naar onszelf, om zo een beweging in gang te zetten. Twee vragen die hierbij horen zijn: 1. Waar komen we in de knel? 2. Wat hebben we wezenlijk anders te doen?”*

Daarnaast zijn er kennisproducten ontwikkeld die de deelnemers kunnen helpen in hun vernieuwingstraject. Deze kennisproducten zijn gedeeld met de deelnemers via de gezamenlijke Sharepoint-omgeving. De kennisproducten worden momenteel gebruikt door de deelnemers. Na de looptijd van Begeleiding à la carte passen we de producten zo nodig aan op basis van de ervaringen van de deelnemers. Vervolgens delen we deze producten ook via het kennisplein.

- **Praatplaat Begeleiding à la carte** (zie ook de bijlagen) helpt om in gesprek te gaan over de voortgang van het traject. Deze wordt in meerdere trajecten gebruikt en is ook als uitgangspunt genomen voor het categoriseren van activiteiten genoemd in de monitorgesprekken (zie paragraaf 2.6).
- **Een format voor unieke werkwijze** helpt om een unieke werkwijze of vernieuwing te beschrijven en te concretiseren. Veel deelnemers geven aan, als gevraagd wordt wat hun aanpak speciaal maakt, dat ze ‘gewoon doen’. Door dit format worden de deelnemers geholpen hun aanpak concreter te beschrijven.
- **Toolkit kennisdelen** met daarin praktische handvatten voor het delen van kennis. Aan de hand van een stappenplan laten we zien op welke manier je een aanleiding kunt vinden om kennis te gaan delen, hoe je cliënten betreft bij het maken van content en hoe je de juiste toon, vorm en het juiste kanaal kunt vinden.

Tot slot zijn er een aantal gezamenlijke kennisproducten in ontwikkeling die los staan van de lerende netwerken. Een aantal lichten we hieronder verder toe.

## **Belevingsleren**

In 2020 is er in nauwe samenwerking met de LFB een start gemaakt met het ontwikkelen van een visie op belevingsleren in de gehandicaptensector. Dit om voorbeelden uit de praktijk op te halen en deze te vertalen naar een kennisproduct om de waarde van belevingsleren in de praktijk te gebruiken. Het kennisproduct biedt handvatten om zelf aan de slag te gaan met belevingsleren. Met belevingsleren zoek je bewust ervaringen op die mensen met een beperking ook meemaken en beleef je deze (tijdelijk) zelf. Bijvoorbeeld het ervaren van een fysieke beperking door in een rolstoel te gaan zitten of een blinddoek te dragen. Maar ook door te ervaren hoe het zit met eigen regie en keuzes maken als je een verstandelijke beperking hebt. Zulke ervaringen kunnen je helpen om je te verplaatsen in de ander, diens afhankelijkheden te begrijpen en meer bewust te zijn van de impact van de beperking en de manier van ondersteuning. Leren door te ervaren, en hierop te reflecteren, kan zorgen voor betere afstemming tussen wensen van de persoon met een beperking en inzichten van de begeleiding.

In de eerste helft van 2020 is samen met ervaringsdeskundigen en aan de hand van bestaande literatuur en praktijkvoorbeelden gewerkt aan een visie over belevingsleren. Begin juli (een aantal maanden later dan gepland vanwege de coronaperiode) is via het kennisplein en social media [een oproep](#) verspreid om ervaringen met belevingsleren in de praktijk te delen. De reacties hierop zullen worden meegenomen in het verder vormgeven van het kennisproduct en de voorbereidingen van een special over belevingsleren in februari 2021. Tijdens de special zal ook het kennisproduct worden gepresenteerd.

## **Focusgroep Kleine zorgaanbieders: voor kleine zorgaanbieders met grote ambities**

Een aantal kleine zorgaanbieders binnen Begeleiding à la carte heeft aangegeven graag met elkaar kennis en ervaring uit te wisselen op het gebied van gezamenlijke vraagstukken en vernieuwende oplossingen. Welke mogelijkheden hebben kleine zorgaanbieders om te vernieuwen? Wat ervaren zij als kleine zorgorganisatie in bestaande structuren/wetgeving? Wat kunnen ze leren van elkaar? Het doel is een meer vernieuwende passende, toekomstbestendige gehandicaptenzorg. Zodra duidelijk is welke kleine zorgorganisaties (deelnemers van Begeleiding à la carte, maar ook andere geïnteresseerden uit de gehandicaptensector) willen deelnemen aan deze groep, zal vanaf het najaar 2020 in een aantal (online) bijeenkomsten uitwisseling plaatsvinden. Van de geleerde lessen en ervaringen maken we een kennisproduct, bedoeld voor de hele sector. We verspreiden dit over het hele palet van kleine zorgaanbieders.

## **Gespreksstappen om een rustig gevoel te vinden in spannende tijden**

De coronasituatie, zeker de lockdown, brengt met zich mee dat mensen verminderd of anders met elkaar in contact staan. Dit geldt ook voor de partijen in de driehoek (cliënten, naasten en zorgprofessionals). Daarnaast zien we in de gehandicaptenzorg een grote mate van verlies van regie, het wegvallen van (voorspelbare) (dag)structuren en angst. Deze elementen kunnen een grote impact hebben op alle partijen in de driehoek. De gespreksstappen zijn bedoeld als leidraad voor een gesprek tussen verschillende partners uit de driehoek, dat kan worden ingezet op momenten dat er spanning of stress wordt ervaren. Het helpt de gespreksdeelnemers om te vertellen wat er gebeurt als iets spannend voelt en wat rust geeft. Zo leer je jezelf beter kennen en leert de ander jou beter kennen. Het stappenplan helpt om duidelijk te krijgen wat je kan doen om je rustig te voelen. Het uitgangspunt daarbij is de huidige coronasituatie, wat een plotselinge spannende en onzeker situatie oplevert, maar het stappenplan zou in iedere andere spannende situatie toepasbaar moeten zijn.



Een eerste versie van de gespreksstappen is getoetst in de praktijk (gesprek tussen zorgprofessional en cliënt) en op basis van deze ervaringen aangepast. De nieuwe versie wordt momenteel door een aantal van de deelnemers van Begeleiding à la carte opnieuw uitgetest (niet alleen voor een gesprek tussen zorgprofessional en cliënt, maar ook tussen ouder en kind, en tussen ouders onderling). De gespreksstappen zullen eind 2020 klaar zijn om gedeeld te worden via het kennisplein.

### **Pijlers voor leren**

Aangezien leren als aanjager van vernieuwing verweven zit in het hele ontwerp van Begeleiding à la carte, hebben we de belangrijkste pijlers voor leren samengevat, aangevuld met reflectievragen. Dit kennisproduct wordt momenteel binnen de kerngroep uitgetest (en dient als middel voor de reflectiestukken in deze voortgangsrapportage). Het zal komende periode verder worden aangescherpt en ingezet in de vernieuwingstrajecten, de lerende netwerken en bij de intervisie van de coaches. Ook dit kennisproduct zal naar verwachting eind 2020 gedeeld worden via het kennisplein.

### **Reflectie en vooruitblik**

In het eerste jaar van Begeleiding à la carte is de ontwikkeling van kennis over toekomstbestendige persoonsgerichte zorg goed op gang gekomen, met name in de tweede helft. Dit komt waarschijnlijk doordat de vernieuwingstrajecten op dat moment focus en vaart begonnen te krijgen. Mede door de positief gewaardeerde rol van de coaches, met hun Vilans-kennisbril, en het samenspel met de accounthouder en kennisproductontwikkelaar kon de kennis gaan stromen. Tot slot lijkt ook corona een katalyserende werking te hebben gehad: er werden veel nieuwe inzichten opgedaan en in het voorjaar werd er opvallend veel gedeeld. Daarover lees je meer in paragraaf 2.9.

Naar verwachting zal de kennisontwikkeling in het tweede jaar een vlucht nemen. Dit omdat de verschillende vernieuwingen van de 35 trajecten steeds verder vorm krijgen en er steeds meer inzichten ontstaan over hoe persoonsgerichte zorg kan worden versterkt en toekomstbestendiger kan worden gemaakt. In de komende periode ligt de focus dan ook met name op het slim verbinden en thematiseren van kennis en de ontwikkeling van (gezamenlijke) kennisproducten. In het najaar van 2020 organiseren we, als opmaat naar de gezamenlijke kennisproducten, een aantal korte online inspiratiesessies over specifieke gezamenlijke onderwerpen (rode draden die we zien en/of onderwerpen die deelnemers zelf aandragen).

## 2.9 Kennisverspreiding

We willen zorgprofessionals inspireren, kennis en handvatten geven voor het bieden van (nog meer) persoonsgerichte zorg. Een ander doel van Begeleiding à la carte is dat bestuurders en beleidsmedewerkers weten wat er moet veranderen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen. Een ander doel is dat bestuurders en beleidsmedewerkers weten wat er moet veranderen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen. Dit geldt niet alleen voor de organisaties die deelnemen aan dit vernieuwingstraject, maar voor de hele gehandicaptensector. Het breed verspreiden van de kennis die we opdoen binnen Begeleiding à la carte is dan ook een belangrijke activiteit.

### Genomen stappen/proces

#### Primaire doelgroep: zorgprofessionals

Bij de verspreiding van de nieuwe kennis richten wij ons met name op de zorgprofessional. We maken hierbij gebruik van de inzichten rondom de persona van de uitvoerende professional: [Chantal](#).<sup>5</sup> Belangrijkste kennisbronnen voor Chantal zijn: 1. collega's; 2. intranet; 3. Facebook en 4. internet. In lijn met de voorkeuren van deze persona is Begeleiding à la carte allereerst gericht op het uitwisselen van kennis en ervaringen met collega-zorgmedewerkers van verschillende organisaties in de lerende netwerken en sectorbrede bijeenkomsten. Tweede uitgangspunt is dat we de deelnemende zorgorganisaties stimuleren om vooral zelf veel te delen over het traject binnen de eigen organisatie. Om hen daarbij te ondersteunen was het plenaire programma van de tweede bijeenkomst van de lerende netwerken gericht op het delen van kennis (zie paragraaf 2.7), met onder andere een workshop over persona's. Daarnaast hebben we de 'Toolkit kennisdelen' ontwikkeld met daarin praktische handvatten (zie ook paragraaf 2.8 Kennisproducten). In samenspraak met de coach adviseren we ook bij enkele trajecten over de verspreiding naar de interne organisatie en via de eigen kanalen naar buiten. Tot slot delen we zoveel mogelijk nieuwe kennis en ervaringen online.

#### Kennisverspreiding tussen de deelnemers en breed met de sector

Verspreiding van de kennis gebeurt binnen Begeleiding à la carte tussen de deelnemers, en buiten het vernieuwingstraject breed in de sector. Uitgangspunt is dat we de kennis met zoveel mogelijk geïnteresseerden willen delen en dat we de zorgprofessionals die niet deelnemen aan dit vernieuwingstraject, willen aanzetten om Begeleiding à la carte als 'vriend van de show' dichterbij te gaan volgen.

Kennisverspreiding tussen de deelnemers binnen Begeleiding à la carte vindt plaats binnen de lerende netwerken, werkbezoeken en inspiratiesessies. Deelnemers wisselen zelf onderling kennis en ervaring uit. Ook aan de hand van verslagen, artikelen, de interne nieuwsbrief en de Sharepoint-omgeving met materialen, zoals toolkits en praatplaten, vindt uitwisseling plaats. Qua onderwerpen spelen we in op de behoeften van de deelnemers. De input hiervoor halen we met name uit de lerende netwerken en coachingsessies.

---

<sup>5</sup> Chantal is de persona van de 'uitvoerende zorgprofessional' die door Vilans binnen het programma Kennisinfrastructuur Langdurige zorg (KIA) is ontwikkeld.

Kennisverspreiding buiten het programma gebeurt offline en online. De offline kennisverspreiding gebeurt in de vorm van sectorbrede bijeenkomsten, zoals de specials en congressen. In eerste instantie waren dat fysieke bijeenkomsten, maar sinds de corona-uitbraak is het meer en meer digitaal. Online kennisverspreiding gebeurt voornamelijk via het kennisplein en aanverwante sociale media (met name LinkedIn en Facebook) en de nieuwsbrief. Op het kennisplein wordt de opgehaalde en voor de hele sector relevante kennis zoveel mogelijk geborgd binnen de bestaande thema's van het kennisplein.

Overkoepelende verspreiding vindt met name plaats via de website van het ministerie van VWS, [www.volwaardig-leven.nl](http://www.volwaardig-leven.nl), en de [Volwaardig Leven-nieuwsbrief](#). Er is een samenwerking tussen Vilans en VWS met betrekking tot het ophalen van aansprekende, inspirerende verhalen. Zoals bij het werkbezoek van [minister de Jonge aan Middin](#). En de verslagen van bijeenkomsten zoals die van het [lerend netwerk](#) en de [spiegelgroep](#). Ook op deze manier willen we de olievlekwerking stimuleren.

### Kennisverspreiding tijdens de coronaperiode

De praktijkverhalen die in de coronaperiode door de organisaties werden gedeeld stonden ook vaak in het teken van COVID-19. De coronaperiode en de bijbehorende maatregelen hebben tot een heldere, soms aangescherpte blik op persoonsgerichte zorg en nieuwe inzichten en initiatieven geleid.

WonenPlus ging vooral dóór, **benaderde hun cliënten net als altijd als gewone burgers** en pasten zoveel mogelijk de maatregelen toe die voor alle inwoners van Nederland golden. Ze maakten hierover zelfs een indrukwekkende [korte documentaire](#).

In de coronaperiode werd ook duidelijker dan ooit tevoren **hoe belangrijk het is om te weten wat cliënten (en naasten) willen en om signalen op te pikken**, zodat de zorg zo persoonsgericht mogelijk is. Cemile, ervaringsdeskundige bij 's Heeren Loo van het vernieuwingstraject Wil je er voor mij zijn? vertelt waarom alert blijven op signalen zo belangrijk is: *“De maatregelen zijn extra heftig als je afhankelijk van anderen bent en niet goed kunt aangeven wat je nodig hebt. Dan is het fijn als mensen signalen bij je oppikken. Zo plaatste ik een reactie in een groepsapp. Mijn coach was zo scherp om op te merken dat ik anders reageerde dan normaal. Ze belde me toen op en zei: “Volgens mij zit jij niet lekker in je vel.” Dat klopt ook, want ik mis mijn werk in deze periode enorm. Dat zo iets wordt opgemerkt, scheelt al zoveel.”* [Lees het hele verhaal](#).

In het vernieuwingstraject Samen werken aan geluk van Severinus kwamen ze dankzij de coronasituatie tot een waardevolle ontdekking. Erwin en Ilona vertellen: *“Vanwege corona is onze dagbesteding nu geïntegreerd in woonhuizen. Daardoor zien we een stuk minder onbegrepen gedrag. Een aantal cliënten is rustiger omdat de dagstructuur thuis plaatsvindt, en ze zelf in een veilige omgeving kunnen aangeven wat ze prettig vinden. Dat willen we graag behouden, maar er zijn ook mensen die juist graag naar buiten willen. Hieruit blijkt het belang van maatwerk. We gaan onderzoeken hoe we ook na corona rekening kunnen houden met ieders wensen.”* [Lees het hele verhaal](#).

Het belang van persoonsgerichte zorg en maatwerk is door corona alleen maar duidelijker geworden. Voor Active4you werd het ook ineens glashelder dat het verhaal over wat je te bieden hebt als organisatie goed en duidelijk moet zijn. Chantal zegt daarover: *“Mensen komen niet zomaar naar de dagbesteding,*

daar is een reden voor. Corona heeft nog duidelijker gemaakt dat we aan de buitenwereld moeten laten zien wat we doen en op welke manier. We doen er echt toe.” [Lees het hele verhaal](#).

Ouders van kinderen met een beperking hebben vaak te maken met het nemen van moeilijke beslissingen. In de coronaperiode misschien nog wel meer dan anders. Daarom is een project als Ouders voor Ouders van ASVZ nu extra belangrijk. Initiatiefneemster en ouder Marty Wachtberger: “Ouders onderling hebben aan een paar woorden genoeg om te begrijpen hoe het voelt.” [Lees het hele verhaal](#).

In de coronaperiode ontstonden ook nieuwe ideeën voor de dagbesteding, doordat deze noodgedwongen anders moest worden ingevuld. Zo haalde Stichting de Parabool in de coronaperiode een aantal werkactiviteiten voor de oudere bewoners versneld naar de woonlocatie. Iets wat ze binnen hun vernieuwingstraject ‘Zin in mijn dag’ al graag wilden gaan doen. Persoonlijk begeleider Silvia Koerhuis: “Gek genoeg komt door de coronacrisis de uitvoering van dit project juist in een versnelling”. [Lees het hele verhaal](#). En de Academie voor Zelfstandigheid ontwikkelde een programma digitale dagbesteding voor mensen met een beperking, dat zij deelden met de sector. [Lees het hele verhaal](#).

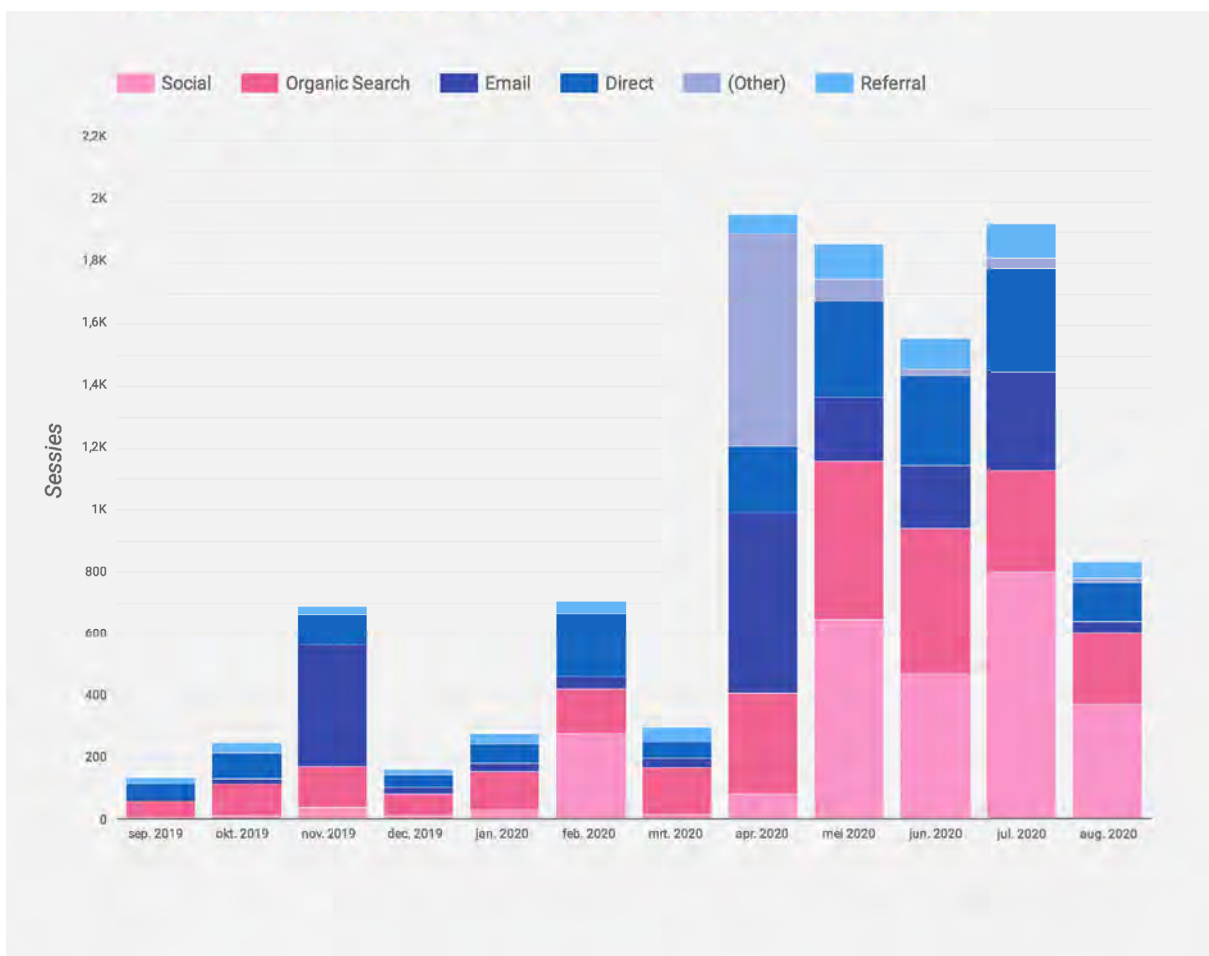
## Online kennisverspreiding

**Bereikcijfers Begeleiding à la carte** (periode 1 september 2019 tot 23 augustus 2020)

- In deze periode bezochten 8.462 van de in totaal 465.799 unieke bezoekers op het Kennisplein minimaal één pagina van Begeleiding à la carte.
- Dit resulteerde in totaal in 10.548 sessies (bezoeken) met minimaal één bezochte pagina Begeleiding à la carte. Figuur 8 geeft het aantal sessies weer per maand per bron (vanuit waar de bezoeker op de desbetreffende pagina van Begeleiding à la carte is gekomen).
- In totaal zijn de pagina’s over Begeleiding à la carte 40.947 keer bezocht.

Opvallend is dat het aantal sessies in de tweede helft van de periode (april-augustus 2020) aanzienlijk is toegenomen ten opzichte van de eerste helft. Dit hangt samen met de toename in de kennisverspreiding: vanaf april hebben de deelnemende organisaties van Begeleiding à la carte opvallend meer gedeeld dan daarvoor (zie paragraaf 2.8 voor meer toelichting). Sinds 1 september 2019 zijn 24 inhoudelijke artikelen gepubliceerd, naast 35 deelnemerspagina’s, 4 themapagina’s en verslagen van de lerende netwerkbijeenkomsten.

## VERWIJZENDE BRONNEN VAN 1 SEPTEMBER 2019 TOT 23 AUGUSTUS 2020



Figuur 8: Aantal sessies waarin een pagina van Begeleiding à la carte werd bezocht, per maand, per bron.

Verder valt op dat er in november 2019 en in april 2020 een relatief hoog aantal sessies was waarbij de bezoeker via de algemene nieuwsbrief van het kennisplein (bron: e-mail) op een pagina van Begeleiding à la carte is gekomen. In november 2019 stond deze nieuwsbrief geheel in het teken van dit vernieuwingstraject. Het aantal ontvangers van de nieuwsbrief was bij de start van de vernieuwingstrajecten 7.407 en aan het eind van deze rapportageperiode 8.764.

Tot slot zien we dat er vanaf mei 2020 ook veel bezoek is op de artikelen op het kennisplein vanuit de sociale mediakanalen. De belangrijkste twee kanalen zijn LinkedIn (met 1.054 volgers aan het begin de periode en 6.119 volgers aan het eind) en Facebook (met respectievelijk 7.708 en 8.367 volgers). Op LinkedIn werden 38 berichten gepost over Begeleiding à la carte en op Facebook 29 berichten.

## Top 10 best gelezen praktijkverhalen

### [1. Hoe kom je van beheers- tot leercultuur bij moeilijk verstaanbaar gedrag?](#)

Bas de Greef en Silvia Bijker van zorgorganisatie Ela delen hun kennis en ervaringen over anders, namelijk 'lerend', omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag.

### [2. 10 tips voor persoonsgerichte zorg tijdens corona](#)

Begeleiders Boudewijn en Mieke Vlot van 's Heeren Loo geven tien tips uit eigen praktijk over persoonsgerichte zorg tijdens corona.

### [3. Leren omgaan met heftige emoties](#)

Paula Sterkenburg en Hans van Stam van Bartiméus over mentaliseren en de-escaleren bij het omgaan met emoties bij jezelf en bij de cliënt. Begin bij erkennen dat gedrag van een cliënt iets met je doet.

### [4. Waarom het basisbegeleidingsmodel BRAVO! zo belangrijk is](#)

Met het BRAVO! model kun je kijken waar je nog meer aandacht aan wilt geven in de ondersteuning van cliënten. Maaïke Baron vertelt waarom zorgorganisatie Talant behoefte had aan zo'n model.

### [5. Samen werken aan geluk](#)

Ilona Senders en Chantal de Beer leggen uit hoe Severinus via de netwerkkapp, het geluk van cliënten tot een dagelijks gespreksonderwerp maakt. De coronapandemie werkt als katalysator.

### [6. Digitale dagbesteding bij zorgboerderij Ophovenerhof](#)

In één klap was het 'ouderwetse' samenwerken, handjes geven en gezellig met elkaar kletsen niet normaal meer. Het team van Ophovenerhof maakte filmpjes met leuke activiteiten voor thuis.

### [7. Familie betrekken bij de zorg: waar let je op?](#)

Karin van Rijn, moeder van een zoon met LVB, vertelt over haar betrokkenheid bij het initiatief 'Ouders voor ouders' van ASVZ. Haar advies: "Maak vooral gebruik van kennis van ouders".

### [8. Extra aandacht nodig voor mensen met een beperking tijdens corona](#)

Ervaringsdeskundige Cemile Dogan legt uit hoe waardevol het 's Heeren Loo-project 'Wil je er voor me zijn' is, vooral in coronatijd: "Mensen die normaal geen stem hebben, krijgen hiermee toch aandacht."

### [9. Met verhalen inzicht krijgen in kwaliteit van leven](#)

Via praktijkgericht onderzoek de effecten van de 'Vanboeijen Manier' meten. Leanne Helfferich legt uit: "Met een verhaal krijg je weer een ander zicht op kwaliteit van leven dan met cijfers en schema's."

### [10. Inzet beeldzorg bij Triade Vitree](#)

Meike Lenger van Triade over de waarde van beeldbellen: "Cliënten hoeven hun vraag minder lang uit te stellen waardoor ze minder last hebben van stress. Zo kun je een hele dag van stress voorkomen."



## Top 5 meest gewaardeerde social posts

De artikelen die we delen op het kennisplein, worden ook verspreid via de sociale media. Opvallend is dat berichten via Facebook minder likes krijgen dan via LinkedIn. Voor de totale berichtgeving via de socials van het kennisplein zien we een toename van het bereik en de betrokkenheid van LinkedIn en een afname van die van Facebook.

Bericht	Kanaal	Likes	Bereik
<a href="#">Familie betrekken bij de zorg: waar let je op?</a> (ASVZ Ouders voor ouders)	LinkedIn	91	4.908
<a href="#">Aanbod digitale dagbesteding tijdens corona</a> (Academie voor Zelfstandigheid)	LinkedIn	70	3.395
<a href="#">Hoe kom je van beheers- tot leercultuur bij moeilijk verstaanbaar gedrag?</a> (Ela)	LinkedIn	62	3.566
<a href="#">Leren omgaan met heftige emoties</a> (Bartiméus)	Facebook	21	3.493
<a href="#">Basisbegeleidingsmodel BRAVO!</a> (Talent)	Facebook	15	2.904

## Offline kennisverspreiding

Naast de kennisverspreiding via de online kanalen, delen we ook offline kennis en stimuleren we het onderling uitwisselen door het organiseren van sectorbrede bijeenkomsten. Vanuit het programma Volwaardig leven wordt in principe ieder jaar een **landelijk congres** georganiseerd. Het eerste congres vond plaats in mei 2019, waar organisaties hun eerste plannen voor het vernieuwingstraject Begeleiding à la carte presenteerden. Het tweede Volwaardig leven-congres zou plaatsvinden op 13 mei 2020 maar kon vanwege de coronamaatregelen niet doorgaan. Het congres zal nu in het najaar 2020 in digitale vorm plaatsvinden.

Naast dit jaarlijkse congres, organiseren we vanuit Begeleiding à la carte in samenwerking met de Innovatie-impuls een aantal **specials**, waarin een actueel thema binnen de zorg centraal staat. De eerste special, het symposium 'Held in de Nacht', vond plaats op 3 februari 2020. Dit symposium organiseerden we samen met de VGN. Het symposium trok ruim 200 bezoekers (uit de gehandicaptensector maar ook uit de verpleeghuissector), waarvan ongeveer een kwart bestond uit deelnemers van Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls. Verschillende sprekers deelden een gevarieerde verzameling inzichten rondom [nachtzorg in de gehandicaptensector](#).

Tot slot is in de afgelopen periode de **spiegelgroep** twee keer bijeengekomen. Het doel van de spiegelgroep, bestaande uit betrokken systeempartijen, is spiegelen op zaken die deelnemers van Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls in de praktijk tegenkomen en wat ze daarin nodig hebben. Tijdens de eerste bijeenkomst op 29 november 2019 maakten de leden van de spiegelgroep kennis met elkaar en met beide vernieuwingstrajecten. De bijeenkomst vond plaats op locatie bij een van de deelnemende organisaties van Begeleiding à la carte waar na afloop een werkbezoek plaatsvond van een andere deelnemende organisatie. Beide deelnemers presenteerden hun vraagstuk en bijbehorende vernieuwing.

Tijdens de [tweede bijeenkomst](#) op 9 juni 2020 (digitaal) werden twee ingebrachte vraagstukken besproken. Het vraagstuk vanuit Begeleiding à la carte ging over de financiering van flexibel deeltijdverblijf, dat nog niet zo lang bestaat, maar waar in de praktijk steeds meer behoefte aan is. De ervaringen uit het desbetreffende vernieuwingstraject zal door de NZa worden meegenomen in de gesprekken over de regeling deeltijdverblijf. De andere vier ingebrachte onderwerpen vanuit Begeleiding à la carte werden buiten de bijeenkomst door de relevante systeempartijen besproken met de organisaties die ze hadden ingediend.

### Reflectie en vooruitblik

Als gevolg van de verwachte toename in kennisontwikkeling (zie ook paragraaf 2.8) verwachten we dat ook de verspreiding van de kennis in het tweede jaar aanzienlijk zal toenemen. Offline via de (waarschijnlijk grotendeels digitale) bijeenkomsten, maar vooral ook online. Om via het kennisplein en sociale media een nog breder publiek te bereiken zullen we meer diverse content gaan maken. We denken daarbij vooral aan video's, vlogs en praktische tips, voor de zorgprofessionals die weinig tijd hebben en voorkeur hebben voor beeld.

Daarnaast zullen we ons ook meer gaan richten op de derde doelstelling van dit programma: bestuurders en beleidsmedewerkers weten wat er moet veranderen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen. Bestuurders zijn uitgenodigd voor de vierde bijeenkomst van de lerende netwerken op 5 oktober en in het programma zal aandacht zijn voor beleidsmatige en veranderkundige thema's. We gaan gerichte artikelen maken voor bestuurders en beleidsmakers die we verspreiden via vakbladen en andere kanalen zoals platforms (Vilans, Skipr, Zorgvisie, Markant, et cetera). We laten ons bij het bepalen van de kanalen inspireren door de [KIA-persona 'Sandra'](#).

Daarmee geven we ook nog meer invulling aan de vierde doelstelling: er is een betere wisselwerking binnen de praktijk en tussen praktijk en landelijk beleid. We blijven de spiegelgroep inzetten om vraagstukken aan het licht te brengen door voorbeelden uit de praktijk te verzamelen. We willen hierbij ook de inzet van de Academische Werkplaatsen verkennen, zoals Vilans al regelmatig doet, zie het voorbeeld van de antwoorden op [veelgestelde vragen over corona](#).

Tot slot hebben we het voornemen om als vervolg op de sectorbrede special 'Held in de nacht' een paar momenten te organiseren om de uitwisseling van kennis en ervaringen over de nachtzorg voort te zetten. Veertien organisaties hebben al laten weten interesse te hebben om deel te nemen. Met de opbrengsten van deze uitwisselingen zal de huidige kennis over het thema nachtzorg op het kennisplein worden verrijkt. Ook zal de kennis- waar relevant- worden meegenomen in de vernieuwingstrajecten van Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls (met name binnen het thema 'Lekker slapen').



Hoofdstuk 3

**Innovatie-impuls**

## 3.1 Inleiding

Vilans en Academy Het Dorp voeren samen het deelprogramma Innovatie-impuls gehandicaptenzorg (IIG) uit, als onderdeel van het brede programma Volwaardig leven. Het doel van dit deelprogramma is het versnellen van de digitale transformatie in de gehandicaptenzorg. We willen dat het juiste gebruik van technologie vanzelfsprekender wordt in de gehandicaptensector. De technologie moet erop gericht zijn de kwaliteit van leven van mensen met een beperking te verbeteren.

Meer kwaliteit van leven door de inzet van technologie bereiken we alleen als die technologie past bij de cliënt en op de juiste manier wordt geïmplementeerd. Daarom staat implementatie van bestaande technologie centraal in de Innovatie-impuls. De focus van dit project ligt bij deelnemende organisaties die belangstelling voor technologie hebben en ondersteuning vragen bij de juiste implementatie daarvan. Bij het invoeren van technologie staat de zorgvraag van de cliënt en zijn of haar naaste centraal. Zodat de technologische ondersteuning passend is en daadwerkelijk een duurzame bijdrage levert aan meer persoonsgerichte zorg. Het moment van daadwerkelijke implementatie van technologie vindt plaats nadat aan alle randvoorwaarden voor een duurzame implementatie is voldaan. Per september 2020 zijn 26 zorgorganisaties zover dat zij aan de slag kunnen met de daadwerkelijke implementatie van technologie en het praktijkgerichte onderzoek.

De Innovatie-impuls kent het mantra: *‘Formuleer de vraag vanuit het perspectief van en samen met de cliënt, en betrek cliënten, naasten én professionals. Maak heel duidelijk welk verschil de toepassing van technologie gaat maken in het leven van de cliënt en welke invloed deze toepassing heeft op het werk van de professional’*. Dit betekent een verandering in denkwijze, waarbij organisaties het vraagverhelderingsproces bottom-up uitvoeren vanuit cliëntperspectief. Dit zet de betrokken medewerkers aan het denken over wat ze willen bereiken met technologie en waarom het zo belangrijk is om de cliënt, naasten en medewerkers vanaf het begin te betrekken. Cliënten, zorgprofessionals en andere betrokkenen moeten wennen aan deze nieuwe, iteratieve, stapsgewijze werkwijze en aan het in kaart brengen van de context van de organisatie. Desondanks waarderen zij de uitkomsten. Onderdeel van de eerste fase, de kwartiermakersfase is de selectie van een technologische oplossing, op een systematische en onderbouwde wijze, waardoor het risico op kostbare missers wordt verkleind.

De Innovatie-impuls loopt van september 2019 tot eind 2021. Deelnemende organisaties worden ondersteund door adviseurs en door het systematisch ophalen en delen van ervaringen en kennis. De opbrengsten van de Innovatie-impuls zijn, naast de daadwerkelijk ingevoerde technologie en het versterken van persoonsgerichte zorg voor cliënten bij de deelnemende organisaties, de onderzoeksresultaten en de opgehaalde kennis. Die informatie is beschikbaar voor de hele sector gehandicaptenzorg. Deze voortgangsrapportage beschrijft de ontwikkelingen in de Innovatie-impuls van september 2019 tot september 2020.



## Samenvatting

De Innovatie-impuls kent vier doelstellingen. Hieronder beschrijven we per doelstelling de meest in het oog springende resultaten.

---

*Doelstelling 1: cliënten, naasten en zorgverleners in de deelnemende organisaties maken meer en beter gebruik van digitale en technologische oplossingen in de zorg.*

---

Deze doelstelling zal naar verwachting vooral in de komende rapportageperiode worden gerealiseerd.

Zorgtechnologie waar hij in zijn dagelijks leven wat aan heeft? Daar wilde Martijn best eens over praten. Maar dan wilde hij wel eerst de tijd hebben om erover na te denken, omdat hij dan ook echt met iets wilde komen. En dat lukte. 'Ik zou wel een app willen hebben die mij helpt in mijn dagelijks leven', vertelt hij. 'Een soort Google maar dan kleiner want Google is veel te groot. Ik denk aan een zoekmachine waarin ik een vraag of probleem invoer, en die dan stapsgewijs het aantal mogelijkheden inkrimpt totdat ik een antwoord krijg dat mij een oplossing biedt.'

Martijn, cliënt van de Haardstee [Bron](#)

In de rapportageperiode over het afgelopen jaar hebben kwartiermakers met cliënten, naasten en werknemers van de zorgorganisatie, voorbereidingen voor de implementatie van technologie en daarmee de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie gecreëerd.

Genoemde groepen zijn vanaf het begin betrokken bij het proces van vraagverheldering in de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls. Van de 39 startende organisaties betrokken 27 organisaties, 7 organisaties naasten en 30 organisaties zorgverleners. Vijf zorgorganisaties betrokken zowel cliënten, naasten als zorgverleners (de driehoek). Zestien organisaties betrokken cliënten en zorgverleners. Tien organisaties haalden het cliëntperspectief op via een alternatieve route, veelal via zorgverleners. Verder waren betrokken: managers, de ICT-afdeling, beleidsmedewerkers en bestuurders/RvB. De wijze waarop groepen betrokken zijn, varieert van terugkoppeling en focusgroepen tot design-thinkingsessies en een-op-eengesprekken. Uit onderzoek van de Innovatie-impuls blijkt dat het breed betrekken van deze groepen bij een implementatietraject niet een vanzelfsprekende manier van werken is in de gehandicaptenzorg. In de literatuur wordt het vaak aangehaald als een kritische voorwaarde voor het slagen van een implementatie. Bij de begeleiding van de deelnemers in de komende periode zal hier doorlopend aandacht aan gegeven worden.

---

*Doelstelling 2: cliënten, naasten en zorgverleners in de deelnemende organisaties maken meer en beter gebruik van digitale en technologische oplossingen in de zorg.*

---

Corina is al vanaf de start bij het project voor de Innovatie-impuls betrokken. 'Ik was meteen enthousiast', zegt ze. 'Als je de zelfredzaamheid van mensen vergroot, vergroot je hun eigenwaarde en maak je hun leven waardevoller. We zijn heel lang niet gewend geweest om langs die lijn te denken. We zijn uitgegaan van het idee dat deze mensen minder zelfstandig zijn en dus altijd begeleiding nodig hebben. De laatste jaren zijn we meer gaan kijken naar wat mensen zelf kunnen. Ze wel ondersteunen als dit nodig is maar niet de regie overnemen dus.'

Bron Corina van Kampen, persoonlijk begeleider van de Haardstee

In de Innovatie-impuls is via werkplaatsen (bijeenkomsten met alle zorgorganisaties), themanetwerken, webinars en door het ophalen en delen van praktijk- en expertverhalen een bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van competenties van mensen in de organisatie, zodat zij de volgende implementaties van technologie zelf kunnen uitvoeren.

Website: alle informatie vanuit de Innovatie-impuls wordt opgehaald en gedeeld via het Kennisplein Gehandicaptensector met eigen pagina's voor Volwaardig leven en de Innovatie-impuls. In de rapportageperiode bezochten in totaal 3.896 unieke bezoekers minimaal één pagina van de Innovatie-impuls op het Kennisplein. Dit resulteerde in totaal in 5.197 sessies (bezoeken). In totaal zijn de pagina's over de Innovatie-impuls 18.590 keer bezocht.

Werkplaatsen: de eerste werkplaats (bijeenkomst) werd door 68 personen (52 van zorgorganisaties) bezocht. De tweede door 76 (58 van zorgorganisaties) en de derde door 69 personen (53 van zorgorganisaties). Bij alle werkplaatsen waren ervaringsdeskundigen aangesloten. Twee derde van de zorgorganisaties was op alle drie de werkplaatsen vertegenwoordigd. Uit evaluaties blijkt het met elkaar leren en samenwerken aan vraagstukken een belangrijke motivatie voor deelname. Actieve deelname aan een lerend netwerk is een goede indicator voor duurzame implementatie. Het in de praktijk brengen van geleerde lessen en nieuwe werkwijzen zal plaatsvinden in de implementatiefase.



---

*Doelstelling 3: duurzame samenwerking binnen de praktijk en tussen praktijk, landelijk beleid en wetenschap.*

---

‘Naast betere zorg is de meerwaarde ook de onderzoekservaring die we als organisatie opdoen. We zijn zorgverleners en niet specifiek onderzoekers. De gehandicaptenzorgsector is redelijk ambachtelijk en individueel en daarom wordt er niet altijd voldoende geïnnoveerd of onderzocht. Terwijl in dit traject direct voelbaar is hoe enthousiast medewerkers worden als de zorg op basis van meetbaar bewijs te verbeteren valt. Dat werkt heel stimulerend. Bovendien zie je verschillende afdelingen volop samenwerken. De begeleiders van de dagbesteding, de nachtdienst, de technische dienst, de kwaliteitsmedewerkers, noem maar op. Zij hebben niet altijd evenveel kansen om samen te werken maar dat doen ze nu wél sterk in dit project.’ Guus Bannenberg, bestuursvoorzitter bij Tragel

Duurzame samenwerking binnen de praktijk wordt gerealiseerd tussen deelnemers in themanetwerken. In de komende periode wordt de samenwerking rond een inhoudelijk thema niet alleen gebruikt voor het versterken van het eigen netwerk. Ook de vindbaarheid van expertise wordt hierdoor naar verwachting vergroot. In themanetwerken wordt gebruik gemaakt van bestaande kennis van experts en academische netwerken.

Duurzame samenwerking tussen praktijk, landelijk beleid en wetenschap wordt in de Innovatie-impuls ingevuld door onderzoek naar grijpbare factoren die invloed hebben op implementatie van technologie in de zorg. Zo ontstaat een leereffect, waarbij zorgorganisaties samen leren en verbeteren. Onderzoek naar de toegevoegde waarde van technologie in de zorg maakt kennis over het gebruik en de waarde voor cliënt, naaste en zorgverlener beschikbaar. Naast onderzoek wordt samenwerking verder versterkt door het aanhaken van zorgkantoren en andere kennispartners.

**Onderzoek: beschikbare onderzoeksresultaten zijn:**

- ‘Startsituatie in beeld van de gehandicaptenzorgorganisaties in de Innovatie-impuls. Rapportage van de kwartiermakersfase’, augustus 2020 (zie Bijlage).
- De keuze voor een te implementeren technologie is voor de deelnemers ondersteund door een verdiepende verkenning van 55 technologische toepassingen. Deze verkenning is beschikbaar voor deelnemers.

**Kennisverspreiding:**

- Het betrekken van verschillende groepen belanghebbenden wordt ondersteund met een uitleg via een persona. De persona’s – fictieve weergaven van rollen en personen binnen het project – ondersteunen begrip voor verschillende perspectieven en versterken daarmee de samenwerking.
- Zeven praktijkverhalen met een herkenbaar perspectief van cliënt, naaste, zorgprofessional.
- Drie expertverhalen die praktijkervaringen en theorie aan elkaar verbinden.
- In werkplaatsen en themanetwerken wordt actief kennis gedeeld, onder andere door inbreng van experts. Betrokkenen waarderen het leren van elkaar.

---

*Doelstelling 4: bestuurders en beleidsmedewerkers zijn geïnspireerd en benutten de nieuwe kennis uit onderzoek over de succes- en faalfactoren en toegevoegde waarde met betrekking tot de (implementatie van) technologie.*

---

‘Ik probeer mijn steentje bij te dragen aan het intern en extern werven van enthousiasme voor technologie en zorgverlening. Af en toe kijk ik met plezier mee naar actuele ontwikkelingen en ik zorg ervoor dat budget beschikbaar is. Wij hebben ervoor gekozen om de discussie over financiering te voeren nadat gebleken is dat technologie succesvol is.’ [Bron](#) Jan van Kampen, bestuursvoorzitter bij InteraktContour

Het vinden van draagvlak, intern en extern, is een essentieel onderdeel in de Innovatie-impuls. Het loopt als een rode draad door het programma heen. Binnen een organisatie is steun van de raad van bestuur een belangrijke succesfactor. Dit programma beoogt ook de cultuur van de deelnemende organisatie zodanig te veranderen dat duurzame implementatie van technologie vanuit het perspectief van cliënt en naaste standaardpraktijk is. Daarvoor zijn het commitment van bestuurders en de uitvoeringskracht van beleidsmedewerkers en projectleiders nodig. Het bestuur kan zorgen voor manoeuvreerruimte bij de medewerkers. Betrokkenheid van bestuur en management wordt met name in de implementatiefase actief ingezet.

### **Bijzonderheden: de coronacrisis**

In het rapportagejaar september 2019 tot september 2020 hebben deelnemende organisaties in een kwartiermakersfase gewerkt aan vraagverheldering en planvorming. De overgang van de kwartiermakersfase naar de implementatiefase, die gepland was voor maart 2020, is beïnvloed door de coronacrisis. Specifiek voor de Innovatie-impuls betekende dit dat de intensieve ‘live’ interactie van adviseurs en teams in zorgorganisaties werd onderbroken en later werd vervangen door digitale ondersteuning.

De Innovatie-impuls heeft ook baat gehad bij effecten van de coronacrisis. Na de eerste weken, waarin alle aandacht bij zorgorganisaties gericht was op het opvangen van de crisissituatie en het beschermen van cliënten en medewerkers, ontstond belangstelling voor technologische oplossingen voor zorg en contact. Medewerkers werden versneld meegenomen in oplossingen, zoals beeldbellen. Urgentie heeft bijgedragen aan meer kennis over en een positieve houding ten opzichte van technologische oplossingen. Aan het einde van deze rapportageperiode worden de contouren van het ‘nieuwe normaal’ duidelijker. Technologische oplossingen in de zorg voor mensen met een beperking zijn niet weg te denken uit dit nieuwe normaal. De implementatiefase van de Innovatie-impuls kan gebruikmaken van deze context en zich nog meer focussen op de gewenste uitkomst: zorgorganisaties leren duurzaam en doelmatig om technologische ondersteuning in zorg en begeleiding in te voeren vanuit het perspectief van cliënten, naasten en zorgprofessionals. De gedwongen langere incubatieperiode van de Innovatie-impuls is benut voor een steviger fundament voor de volgende fase van het project en voor het versterken van de effecten van onderzoek en kennisverspreiding.

## Belangrijkste inzichten

- Het formuleren van de vraag vanuit het perspectief van en samen met cliënten, naasten én professionals, zet zorgorganisaties aan het denken over wat ze willen bereiken met technologie. Uit onderzoek naar de kwartiermakersfase blijkt de betrokkenheid van cliënten als positief te zijn ervaren door zorgprofessionals en medewerkers.
- Veel organisaties moeten wennen aan het systematisch bevragen van cliënten en naasten over hun wensen als volwaardige gesprekspartner en medeontwerper van een implementatieproces.
- Om de samenwerking met cliënten te bevorderen, schrijven we een handreiking met de (werk)titel: 'Meepraten en meebeslissen over technologie in de gehandicaptenzorg: handreiking voor cliëntenraden en cliënten'. Deze handreiking biedt informatie en handvatten over waarom hun betrokkenheid van belang is, op welke momenten zij invloed kunnen uitoefenen en op welke manieren zij dit kunnen doen.
- De insteek was om met 30 zorgorganisaties te starten met het project. Uiteindelijk meldden 39 zorgorganisaties zich aan. De deelnemende zorgorganisaties wilden aan de slag, niet alleen met een implementatietraject in de eigen organisatie, maar ook door het uitwisselen van kennis en ervaring met andere zorgorganisaties. Per september 2020 zijn 26 zorgorganisaties zover dat zij aan de slag kunnen met de daadwerkelijke implementatie van technologie en het praktijkgerichte onderzoek.
- Veranderen kost tijd. De kwartiermakersfase kende een langere doorlooptijd dan aanvankelijk gepland, mede door de coronacrisis. Een andere factor die planningen beïnvloedt is het werken met multidisciplinaire teams, cliënten en naasten, dat meer organisatietijd kost dan aanvankelijk ingeschat. Ook voor de implementatiefase verwachten we een langere doorlooptijd, die mogelijk het opschalen van pilot(s) naar staande praktijk kan beïnvloeden.
- Door de coronacrisis ontstond meer belangstelling voor andere technologische oplossingen voor zorg en contact. Medewerkers werden versneld meegenomen in oplossingen als beeldbellen. Deze urgentie heeft bijgedragen aan meer kennis over en een positieve houding ten opzichte van technologische oplossingen. Aandacht voor duurzame implementatie is noodzakelijk.
- Inspiratie en kennisoverdracht over technologie voor zorgprofessionals blijkt niet alleen uit betrokkenheid binnen het project Innovatie-impuls, maar uit een toename van belangstelling voor de relevante kennisdossiers van het Kennisplein Gehandicaptensector.
- Om een helder beeld te krijgen van de mensen die een sleutelrol spelen bij het succesvol implementeren van technologie in een zorgorganisatie, hebben we vanuit de Innovatie-impuls een uitgebreid persona-onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek is openbaar en beschikbaar voor de hele sector.
- Op basis van kennis en ervaringen in de Innovatie-impuls is het proces van selectie van een technologie samengevat in een stappenplan (gereed: september 2020). Dit stappenplan biedt houvast aan organisaties die op systematische wijze een technologie willen kiezen. Startpunt is daarbij altijd een zorginhoudelijk vraagstuk.
- De selectie van een technologische oplossing op een systematische en onderbouwde wijze verkleint het risico op kostbare missers.

## Leeswijzer

**Subhoofdstuk 1** geeft in de inleiding een samenvatting van de in het oog springende bevindingen van de rapportageperiode.

**Subhoofdstuk 2** is een beschrijving van de Innovatie-impuls vanuit de samenhang tussen implementatie, onderzoek en kennisverspreiding.

**Subhoofdstuk 3** geeft kenmerken van deelnemende organisaties en de betrokkenheid van de organisaties bij de Innovatie-impuls.

**Subhoofdstuk 4** is een korte beschrijving van het onderzoek in de Innovatie-impuls.

**Subhoofdstuk 5** beschrijft de bijeenkomsten (de werkplaatsen) van de Innovatie-impuls en de opbrengsten daarvan.

**Subhoofdstuk 6** geeft inzicht in de manier waarop de kennisontwikkeling wordt georganiseerd en wat dat oplevert.

**Subhoofdstuk 7** presenteert de kennisproducten die ontwikkeld zijn en worden uit de ervaringen en het onderzoek in de Innovatie-impuls.

**Subhoofdstuk 8** geeft de resultaten van de kennisverspreiding van de Innovatie-impuls.

Als bijlage is onder meer het onderzoeksrapport (Startsituatie in beeld van de gehandicaptenzorgorganisaties in de Innovatie-impuls; rapportage van de kwartiermakersfase) bijgevoegd.

## 3.2 Innovatie-impuls

‘Anderhalf tot twee jaar geleden hadden we een heleboel spullen en maakten we reclame voor deze spullen. Nu willen we bewuster kiezen. Als je straks van tevoren weet dat bepaalde technologie, bijvoorbeeld de sociale robot Tessa, bij bepaalde personen past, willen we die technologie massaler inzetten. In ons geval is de trekkracht van de cliënt en de naasten niet te onderschatten. Zij willen ook heel graag die nieuwe technologie. Dat moeten we benutten. De inzet van technologie moet het nieuwe normaal worden.’  
Jan van Kampen, bestuursvoorzitter bij InteraktContour

Met de Innovatie-impuls van Volwaardig leven leren deelnemende zorgorganisaties in de eigen organisatie en met elkaar al doende om technologie in de zorg voor cliënten succesvol in te voeren. Zij werken in themanetwerken samen aan vragen die op elkaar lijken. Dat zijn vragen die gaan over hoe we zorg door technologie nog persoonlijker kunnen maken. Deelnemende organisaties worden ondersteund door adviseurs en door het systematisch ophalen en delen van ervaringen en kennis. De opbrengsten van de Innovatie-impuls zijn, naast de daadwerkelijk ingevoerde technologie en het versterken van persoonsgerichte zorg bij de deelnemende organisaties, de onderzoeksresultaten en de opgehaalde kennis die beschikbaar zijn voor de hele sector gehandicaptenzorg.

Het project Innovatie-impuls bestaat uit een kwartiermakers- en implementatiefase. In de kwartiermakersfase formuleren de deelnemers heldere mijlpalen en maken ze duidelijk welk verschil de invoering van de techniek in het leven van de cliënt heeft en welke invloed deze toepassing heeft op het werk van de professional. Onderdeel van deze fase is de selectie van een technologische oplossing die past bij het zorginhoudelijke vraagstuk. Het formuleren van het vraagstuk en de gewenste oplossingsrichting gebeurt samen met cliënten of hun vertegenwoordiging en zorgprofessionals. Al deze informatie wordt samengevoegd in een zogenaamd beslisdocument voor de implementatiefase, dat voldoende draagvlak heeft bij alle betrokkenen: cliënten en/of naasten die gebruikmaken van de technologie, zorgprofessionals die ermee werken, IT-afdelingen en management en bestuur die verantwoordelijk zijn voor de juiste randvoorwaarden.

In de implementatiefase voeren deelnemers de gekozen technologie daadwerkelijk in, in samenspraak met cliënten en zorgprofessionals. Adviseurs en specialisten begeleiden en ondersteunen de zorgorganisaties. Begeleiding is voor een belangrijk deel maatwerk, omdat de implementatievraag van iedere zorgorganisatie unieke kenmerken heeft. Met behulp van analyses en onderzoek brengen we de implementatievragen van de organisatie nog verder in kaart. Wat is een goed fundament binnen de zorgorganisatie en waar leiden verbeteringen tot meer succesvolle invoering van technologie? Geleerde lessen worden in de themanetwerken en via kennisproducten onderling en met de sector gehandicaptenzorg gedeeld. Tijdens de implementatiefase werken de deelnemers in kleine netwerken

van zorgorganisaties samen in (virtuele) werkplaatsen, waarin zij de voortgang, implementatievragen en knelpunten bespreken, zodat ze van elkaar leren en opgedane kennis en ervaringen delen. De implementatie is voltooid als de gekozen technologie van pilot tot en met opschaling een min of meer gewoon onderdeel van de dag is geworden voor cliënten, naasten en zorgverleners. Als de implementatiefase is afgerond, weten de deelnemende organisaties hoe zij op een duurzame wijze in de toekomst zelf innovatieslagen kunnen blijven maken.

### Onderzoek en kennisverspreiding

Onderzoek speelt ook in de volgende fase van de Innovatie-impuls een belangrijke rol. Zo leren we van het implementatieproces in de zorgorganisaties en het samenwerken door zorgorganisaties in themanetwerken. Hoe voer je het werken met technologie succesvol in? Welke knelpunten zijn op welke manieren op te lossen? Daarnaast onderzoeken we de toegevoegde waarde van de gekozen technologieën voor de praktijk van de gehandicaptenzorg: voor cliënten, naasten én zorgverleners. De ervaringen en uitkomsten vanuit de zorgorganisaties en de themanetwerken delen we met de deelnemers én met de gehele gehandicaptenzorg via onder andere het kennisplein.

### Organisatie van een Innovatie-impulstraject

Bij de Innovatie-impuls loopt het ontwerpen van de aanpak parallel aan de uitvoering ervan: niet alles staat van tevoren vast. We werken volgens de methode 'Building the bridge while you walk on it'. De keuze voor de technologie volgt op de uitwerking van de zorgvraag van de cliënt. Kenmerkend is bovendien dat implementatie, onderzoek en kennisverspreiding drie onderling afhankelijke en elkaar versterkende pijlers zijn. De aanpak wordt gevoed door kennis en inzichten uit de (wetenschappelijke) implementatie-, onderzoeks- en communicatieliteratuur.

In de Innovatie-impuls gaat het om implementatie van bestaande technologie. De in te zetten technologie moet gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten en ingebed worden in werkprocessen. Startpunt is een relevant zorginhoudelijk vraagstuk, geformuleerd samen met cliënten en/of naasten vanuit het perspectief van de cliënt.

De deelnemende zorgorganisatie stelt voor het project Innovatie-impuls een kwartiermaker (projectleider) aan. De kwartiermaker wordt tijdens het project ondersteund door adviseurs vanuit de Innovatie-impuls, communicatiespecialisten, onderzoekers en inhoudelijke experts. De implementatie van technologie in de zorgorganisatie wordt geleid door een multidisciplinair projectteam, met onder andere zorgverleners, cliëntenraad/MR, IT-afdeling, communicatieadviseurs en RvB/directie. Elke deelnemende organisatie investeert substantieel met menskracht in het eigen traject. Ook de technologie die wordt geïmplementeerd is een investering van de zorgorganisatie. In de verslagperiode zijn 16 adviseurs (vanuit Vilans of Academy Het Dorp) actief geweest bij 39 organisaties.

### Selectie van thema's

De Innovatie-impuls werkt met een beperkt aantal zorginhoudelijke thema's die door cliënten en zorgverleners als het belangrijkste worden ervaren. De thema's zorgen ervoor dat de impuls gericht kan toewerken naar kennis. Bij ieder thema wordt bestaande kennis en experts betrokken. Vertegenwoordigers van zorgorganisaties hebben in 2019 een eerste opzet van de thema's geïnventariseerd. Dit is samengevat in een [inspiratiekaart](#) van de Argumentenfabriek.



De thema's zijn vervolgens tijdens de kwartiermakersfase nader ingevuld met de deelnemende organisaties en tijdens de bijeenkomsten in werkplaatsen. Vanaf september 2020 werken de deelnemers in zes zorginhoudelijke themanetwerken en in een netwerk voor de duurzame implementatie van tijdens corona opgeschaalde technologie. Deelnemers leren van elkaar en van de bestaande kennis over het thema. De eerste experts zijn aangesloten en de beweging naar meer is ingezet. Betrokkenheid van zorgkantoren en producenten en leveranciers van technologische producten heeft aandacht. Tijdens de kwartiermakersfase zijn voor de verschillende themanetwerken specifieke aandachtspunten op tafel gekomen.

## 3.3 Deelnemende organisaties

Om deelnemers te werven voor de Innovatie-impuls schreef het ministerie van VWS in het voorjaar van 2019 342 bij het ministerie bekende organisaties voor gehandicaptenzorg aan. Ook werden via nieuwsberichten en social media alle Wlz-zorgorganisaties voor gehandicaptenzorg uitgenodigd voor twee informatiebijeenkomsten in het najaar van 2019. De insteek was om met 30 zorgorganisaties te starten met het project. Uiteindelijk meldden zich 39 zorgorganisaties aan. Deze organisaties gaven aan dat deelname aan de Innovatie-impuls in lijn is met hun ambitie of doelstelling, namelijk het vinden van een technologische oplossing voor een zorginhoudelijk vraagstuk. De deelnemende zorgorganisaties wilden aan de slag, niet alleen met een implementatietraject in de eigen organisatie, maar ook door het uitwisselen van kennis en ervaring met andere zorgorganisaties.

### Variatie in deelnemers

De deelnemende organisaties zijn niet alleen instellingen met weinig ervaring met technologie, maar ook instellingen die al ruimschoots geëxperimenteerd hebben met sociale robots, sensoren en andere technologie die het leven van mensen met een beperking aangenamer kunnen maken. Deze organisaties zijn op zoek naar handvatten voor de borging van nieuwe technieken in de zorgprocessen. Voor die verankering van technologie tot in de haarvaten van de organisatie heeft de Innovatie-impuls vanuit de analyses van de kwartiermakersfase een gedetailleerd stappenplan aan de hand van het implementatiemodel van ZonMw ontwikkeld. [Bron](#) (publicatie ICT Health).

De 39 zorgorganisaties die zijn gestart met de kwartiermakersfase, hebben hun hoofdkantoor verspreid over Nederland. Een overzicht van de 28 deelnemende zorgorganisaties per april 2020 is opgenomen in een kaartje in de bijlage. Per september 2020 zijn 26 zorgorganisaties zover dat zij beginnen aan de implementatiefase.

### Analyse motivatie

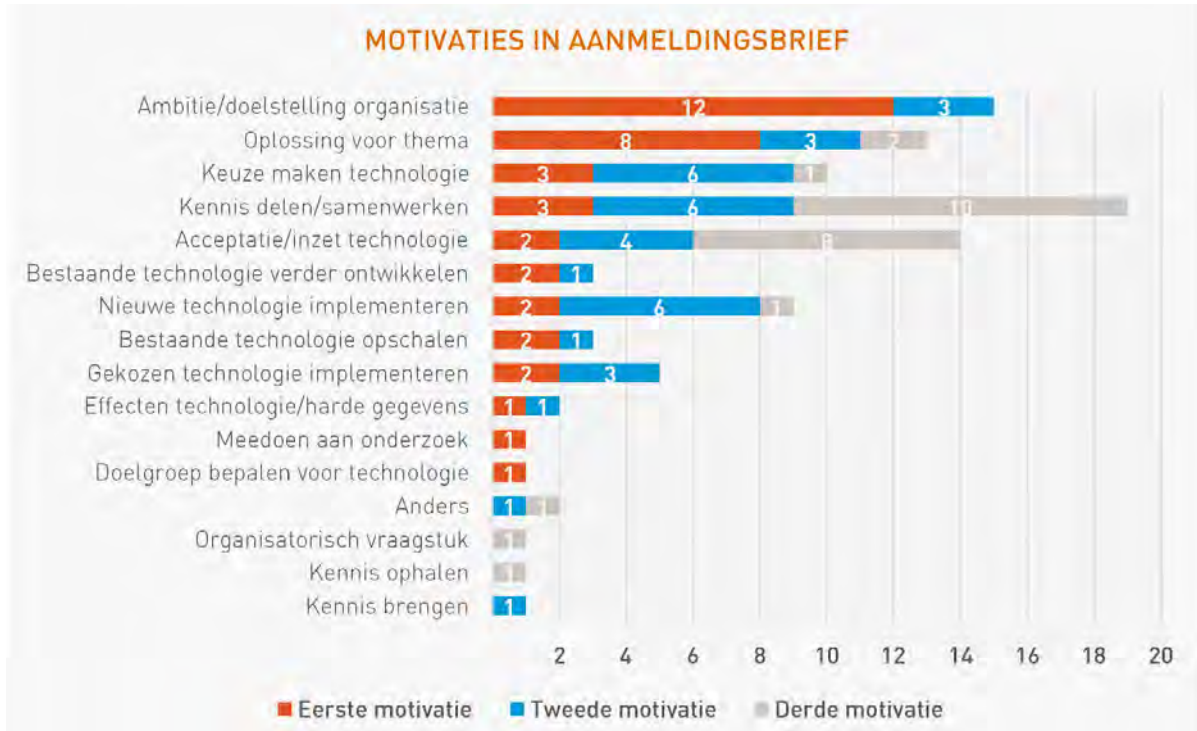
Om de motivatie voor hun deelname in kaart te brengen, zijn alle 39 motivatiebrieven die de organisaties instuurden, geanalyseerd. Via een internetsearch – de websites van alle organisaties – zijn de volgende kenmerken in kaart gebracht: aantal cliënten, aantal medewerkers, locatie hoofdkantoor. Ook is gekeken of technologie of innovatie expliciet onderdeel uitmaakt van de missie/visie van de organisatie. Adviseurs van Vilans en Academy Het Dorp hebben met de kwartiermakers (projectleiders van de deelnemende zorgorganisaties) diverse activiteiten uitgevoerd om het zorginhoudelijke vraagstuk van de organisatie te verhelderen. [Bron](#)

‘De Innovatie-impuls is de ideale kapstok om de activiteiten aan op te hangen waarmee wij als organisatie toch al bezig zijn. Het gaat minder snel dan we hadden gehoopt, dus het is fijn als iemand kan meedenken en ondersteuning kan bieden.’

Machteld Burggraaf, informatiemanager bij Stichting WilgaerdenLeekerweideGroep

‘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 gebiedt ook te zeggen dat dit alles bij ons in de kinderschoenen staat. Wij denken dat de Innovatie-impuls ons kan helpen bij het doortontwikkelen en het voorbereiden op de toekomst.’

Motivatie van een van de deelnemers



### Variatie in grootte

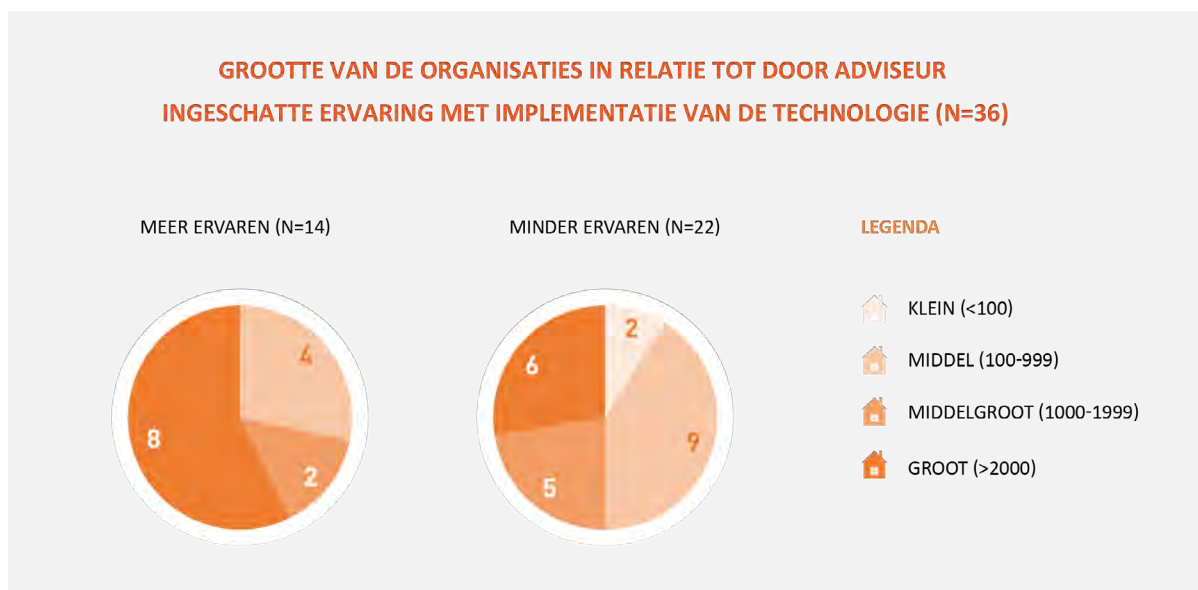
Niet alleen een aantal kleine organisaties doet mee, maar ook grote organisaties (met meer dan tweeduizend medewerkers en/of cliënten).



Figuur 9: Organisatiegrootte van deelnemers aan Innovatie-impuls.

## Meer of minder ervaring met technologie

Aan de Innovatie-impuls nemen zorgorganisaties deel die qua kennis en inzet van technologie variëren (zoals ingeschat door hun adviseurs). Meer ervaren organisaties hebben al eerder een technologie duurzaam geïmplementeerd, pakken regelmatig technologische vraagstukken op, of benaderen innovatie rondom technologie succesvol vanuit een bestaande cliëntvraag. Minder ervaren organisaties gebruiken vrij eenvoudige plug-and-playtechnologieën en hebben nog weinig draagvlak voor technologie weten te creëren op de werkvloer, doordat de ingezette technologie niet aansluit op de cliëntvraag<sup>1</sup>.



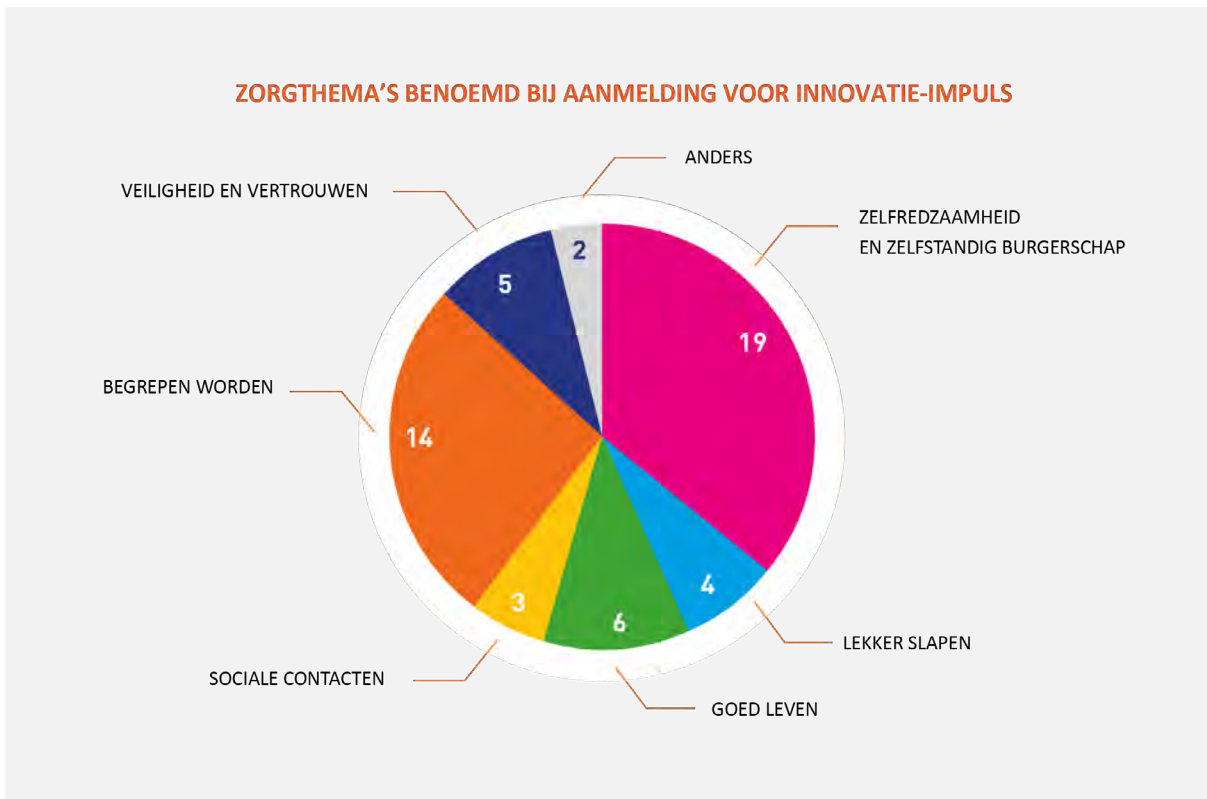
Figuur 10: Organisatiegrootte in relatie tot door adviseur ingeschatte ervaring met implementatie van technologie.

## Selectie zorgthema's

In de aanmeldingsbrief benoemden de zorgorganisaties een of meer van de zes zorgthema's waarin zij geïnteresseerd zijn. Veertien organisaties hebben meer dan één zorgthema genoemd, waardoor het totaal aantal benoemde zorgthema's uitkwam op 53. De helft van de zorgorganisaties benoemde 'Zelfredzaamheid' als zorgthema en een derde deel 'Begrepen worden'.

De meest voorkomende combinaties van zorgthema's waren 'Begrepen worden'/'Veiligheid en vertrouwen', en 'Goed leven'/'Zelfredzaamheid' (allebei drie keer).

<sup>1</sup> Bron: 'Startsituatie in beeld', 2020, zie hoofdstuk 4.



### Deelnemers Innovatie-impuls

Per september 2020 beginnen 26 zorgorganisaties aan de Implementatiefase<sup>2</sup>. Dertien organisaties zijn gestopt en/of gaan (vooralsnog) niet door. Redenen voor het stoppen of vooralsnog niet doorgaan zijn organisatorische en financiële vraagstukken, zoals beperkt draagvlak binnen de organisatie. Het verschil tussen groepen organisaties die wel en niet doorgaan zit vooral in de betrokkenheid van verschillende stakeholders. Meer van de actieve organisaties, dan van de organisaties die niet doorgaan, betrekken zorgverleners (93%), ICT-afdeling (82%), managers (75%) en/of cliënten (57%) (tegenover respectievelijk 36%, 18%, 36% en 36%) bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk. Een belangrijke geleerde les is dat betrokkenheid van interne stakeholders een belangrijke voorwaarde lijkt voor implementatie.

### Vooruitblik

In de implementatiefase gaan deelnemers zelf aan de slag met de gekozen technologie. Adviseurs van de Innovatie-impuls begeleiden en ondersteunen hen daarbij op de werkvloer. Dat gebeurt op basis van maatwerk, omdat iedere zorgorganisatie uniek is. Met behulp van analyses en onderzoek brengen we de organisatie nog verder in kaart. 'Wat behouden we omdat het al goed geregeld is en welke elementen ontbreken nog?' Aanpassingen zijn altijd in lijn met de organisatie en passend bij de zorg en ondersteuning die de cliënten ontvangen. We bevorderen hybride leren door combinaties van webinars, de inzet van de adviseur en het samen leren in de themanetwerken. Door het iteratieve proces (ook in de implementatiefase), is de verwachting dat de implementatie succesvol en duurzaam is.

### Thema's Innovatie-impuls

<sup>2</sup> Dit is op het moment van dit schrijven nog niet voor alle organisaties duidelijk. Voorwaarden zijn bijvoorbeeld dat organisaties het vraagstuk duidelijk vanuit de cliënt beschrijven en de ambitie helder hebben, alvorens zij door kunnen naar de implementatiefase.

Gaandeweg de kwartiermakersfase zijn organisaties met vraagstukken op ongeveer dezelfde thema's geclusterd in 'themanetwerken'. Per september 2020 zijn 26 zorgorganisaties zover dat zij aan de slag kunnen met de daadwerkelijke implementatie van technologie en het praktijkgerichte onderzoek. In 2020 en 2021 gaan zorgorganisaties in lerende netwerken rond thema's en in sessies met experts aan de slag. Hierbij worden ze ondersteund door coaches en experts.

- 1. Dagstructuur** – Vraagstukken richten zich op het overzichtelijk maken van de dagplanning en daginvulling van cliënten met LVB, NAH, EMB en LB.
- 2. Zelfredzaamheid** – Vraagstukken richten zich op interactie tussen cliënt en begeleider, gezond eten, zelfstandig reizen en leren, met name voor cliënten met LVB.
- 3. Sociaal contact** – Vraagstukken richten zich op het bevorderen van sociale interacties en stimuleren van beweging van cliënten en op het zelfstandig (durven) activiteiten te ondernemen, met name voor cliënten met LVB.
- 4. Begrepen worden en spanning reguleren** – Vraagstukken richten zich op het signaleren van spanning en het omgaan daarmee en/of het verminderen van spanning, voor cliënten met LVB, EVB en ASS.
- 5. Lekker slapen** – Vraagstukken richten zich op het bevorderen van goede slaap voor cliënten met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking. Het gaat om het monitoren van slaapgedrag, 's nachts rustig de weg kunnen vinden, maar ook met aandacht voor de dag (minder indutmomenten).
- 6. Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning** – Vraagstukken richten zich op voorbereiding van implementatie van domotica, al dan niet in nieuwbouw, zodat cliënten (met LVB, EVB, NAH, LB) zo zelfstandig en veilig mogelijk kunnen wonen.

De cliëntgroep LVB is in alle themanetwerken een doelgroep. Het themanetwerk Dagstructuur heeft met vijf verschillende typen cliënten de meeste spreiding over de cliëntgroepen in de gehandicapenzorg.

## Dagstructuur

“Fijn dat ik het niets steeds aan de begeleiding hoef te vragen, maar het zelf kan ontdekken. Dan voel ik me zelfstandig en minder afhankelijk.” Cliënt van een van de deelnemers

Het hebben van overzicht en een planning is niet vanzelfsprekend voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en mensen met een verstandelijke beperking. Cliënten stellen begeleiders vaak de vraag over hoe zij de tijd moeten doorbrengen en wat daarin het goede is om te doen. Overzicht en een goede balans op de dag helpen onnodige prikkels te verminderen en het gevoel van eigen regie te vergroten. Binnen het [thema Dagstructuur](#) werken zorgorganisaties aan de vraag hoe de inzet van technologie kan helpen. Zes organisaties zijn hiermee aan de slag gegaan. Afhankelijk van de kennis die uit deze trajecten voortkomt plaatsen we de nieuwe kennis binnen de bestaande kennisdossiers Leefstijl, Dagbesteding en werken en/of Eigen regie. [Bron 1](#) en [bron 2](#). Het aantal paginaweergaven binnen het dossier Dagbesteding bedraagt 20.378, binnen Eigen regie 73.427 en binnen Leefstijl 13.564.



## Zelfredzaamheid

“Uit interviews met cliënten leerden we dat voor hen vooral twee grote thema’s speelden: zelfredzaamheid en iets betekenen voor een ander. Tijdens de kwartiermakersfase hebben we het zorginhoudelijke vraagstuk aangescherpt op basis van de vraag van cliënten: ik wil zelf leren koken, kan ik daar hulp bij krijgen?” Innovatiecoördinator van een van de deelnemers

De Innovatie-impuls wil het toepassen van technologie voor mensen met een beperking makkelijker maken, zodat zij zelfredzamer zijn. Het gaat hierbij om technologie die in de praktijk van cliënten, zorgverleners en naasten écht waarde toevoegt en hen ondersteunt. [Bron 1](#) en [bron 2](#). Nieuwe kennis onder dit thema komt onder het bestaande kennisdossier [Eigen regie](#) op het kennisplein. Het aantal paginaweergaven van dit dossier bedraagt 73.427. Vijf zorgorganisaties nemen deel aan dit thema.

## Sociaal contact

“Ik wil graag meer sociale activiteiten met medebewoners. Dan blijf ik in beweging, voel ik me minder eenzaam en zit ik beter in mijn vel.” Cliënt van een van de deelnemers

In de gehandicaptensector hebben cliënten veelal contact met een kleine groep mensen. Zoals naasten, de begeleiding en de dagbesteding. Cliënten geven aan dat ze graag meer sociaal contact zouden willen. Binnen de Innovatie-impuls werken drie organisaties aan vragen rondom sociaal contact, hoe technologie daar een bijdrage aan kan leveren én wat de beste manier is om het duurzaam in de zorgorganisatie te implementeren. Kennis uit het thema Sociaal contact wordt geborgd in een nog in te richten dossier Sociaal contact Kennisplein Gehandicaptensector. [Bron](#)

## Begrepen worden

“Ik kan op mijn apparaat aangeven dat ik last heb van stress. Ik herken stress bij mijzelf en ik begrijp waardoor ik stress heb.” Cliënt van een van de deelnemers

Mensen met een verstandelijke beperking zijn afhankelijker van anderen om hun emoties te reguleren. Cliënten, zorgverleners en familie kunnen beter leren omgaan met dit gedrag door beter te begrijpen waar het vandaan komt en emoties te leren herkennen. Door emoties te signaleren, worden ze in staat gesteld anders te reageren. Cliënten zouden geholpen zijn als zij spanning of stress zélf leren signaleren. Als ze vervolgens weten welke keuzes ze hebben, helpt dat in het behouden van eigen regie. Zo krijgt de cliënt de mogelijkheid om zijn/haar stressniveau bij te houden en leert daarbij manieren om de stress te verminderen of anders te hanteren. Vier zorgorganisaties werken samen op dit thema.

Kennis uit het thema ‘Begrepen worden’ wordt toegevoegd aan het kennisdossier ‘Probleemgedrag op het Kennisplein gehandicaptensector’. [Bron 1](#), [bron 2](#) en [bron 3](#).

## Lekker slapen

“Hoe kunnen we cliënten een activiteit bieden waardoor de cliënt kan ontspannen, maar niet in slaap valt?” Zorgprofessional van een van de deelnemers

Een goede nachtrust is voor mensen met een verstandelijke beperking geen vanzelfsprekendheid. Binnen het thema Lekker slapen van de Innovatie-impuls, implementeren zorgorganisaties technologie voor een goede nachtzorg. Overdag slapen is namelijk niet goed voor het slapen 's nachts. Een van de aan [Innovatie-impuls](#) deelnemende organisaties zoekt daarom naar een oplossing voor overdag. Kennis uit het thema ‘[Lekker slapen](#)’ wordt toegevoegd aan de bestaande kennis uit het dossier Nachtzorg op het kennisplein. [Bron](#). De pagina's in het dossier Nachtzorg zijn 11.101 keer bekeken, waarvan 449 keer in combinatie met een pagina van Innovatie-impuls.

## Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning

“Een heel mooi voorbeeld van die ondersteunende rol (van technologie) zag ik bij een zorgaanbieder die slimme sensoren wilde toepassen om cliënten meer bewegingsvrijheid te geven.” Adviseur van een van de deelnemers

Slimme, aangepaste woningen kunnen een grote rol spelen in het verbeteren van het leven van mensen die dagelijks afhankelijk zijn van zorg. Technologie is een belangrijk deel van de oplossing. Maar wat werkt nou wel en wat niet? Zes organisaties werken samen om te kijken met welke bestaande technologie cliënten en zorgprofessionals echt worden geholpen. [Bron 1](#) en [bron 2](#). De kennis die voortvloeit uit deze trajecten brengen we onder in het kennisdossier ‘Technologie en apps’ onder het subthema Domotica. Dit subthema heeft 372 paginaweergaven.

## Redenen van niet-doorgaan

Dertien van de aangemelde organisaties gaan vooralsnog niet door naar de implementatiefase. Een deel van deze organisaties had nog geen vraagstuk (in detail) geformuleerd. Van de organisaties die al verder waren, waren de vraagstukken gericht op 24-uursnabijheid garanderen, educatieve technologie, een digitaal leerportaal, sociale contacten in de thuisomgeving, en het verkrijgen van inzicht in spanningen of gevoelens van onveiligheid (door biofeedback).

De redenen van zorgorganisaties om niet door te gaan naar de implementatiefase variëren. Adviseurs benoemden onder andere redenen van organisatorische en financiële aard, beperkt draagvlak binnen de organisatie (op dit moment), het niet aansluiten van beoogd vraagstuk/doelgroep bij de insteek van de Innovatie-impuls, of het niet aansluiten van de werkwijze van de organisatie bij de werkwijze van de Innovatie-impuls. Qua grootte van de organisatie zien we geen grote verschillen; wel zijn alle kleine organisaties door naar de implementatiefase<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Bron: ‘Startsituatie in beeld’, 2020, zie hoofdstuk 4.

Er zijn opvallende verschillen tussen actieve en niet-actieve organisaties als het gaat om welke doelgroepen betrokken zijn bij de vraagverheldering in de kwartiermakersfase. Meer actieve organisaties betrokken zorgverleners (93% tegenover 36%), ICT'ers (82% tegenover 18%) en managers (75% tegenover 36% van de niet-actieve zorgorganisaties). De verschillen zijn aanzienlijk kleiner bij het betrekken van cliënten tijdens de kwartiermakersfase (57% tegenover 36%).

### **Passende technologische toepassingen**

Onderzoekers stelden een zogenaamde longlist samen van alle mogelijke technologieën, binnen de zes oorspronkelijke thema's. Deze longlist is gebruikt om zorgorganisaties te voorzien van een lijst met technologieën die mogelijk passend zijn bij hun zorginhoudelijke vraagstuk (deze lijst noemden we de shortlist). Zorgorganisaties gaven vervolgens aan in welke technologieën zij geïnteresseerd zijn. Rondom deze technologieën hebben onderzoekers meer en verdiepende informatie gezocht (in een zogenaamde 'deep dive').

#### **Longlist**

De longlist kwam tot stand door bronnen te selecteren (veelal websites, waaronder het Kennisplein Gehandicaptensector, Zorginnovatie.nl, Zorgvoorbeter.nl) en experts te raadplegen. Daaruit ontstond een Excelsheet met technologische oplossingen en enkele kenmerken van die oplossingen, zoals type (app, wearable et cetera), korte omschrijving en link naar het product. De lijst is gaandeweg aangevuld met producten die door adviseurs en organisaties nog zijn aangedragen. Het aantal oplossingen of producten binnen de thema's bedraagt:

- Goed leven: 169
- Zelfredzaamheid en Zelfstandig burgerschap: 142
- Veiligheid en Vertrouwen: 61
- Lekker slapen: 60
- Sociaal contact: 41
- Begrepen worden: 30

Het kwam voor dat oplossingen bij meerdere thema's opgenomen zijn. In het algemeen kunnen we stellen dat meer dan 450 verschillende oplossingen in de longlist zijn opgenomen.

Om de toepasbaarheid van de longlist te vergroten zijn de oplossingen per thema onderverdeeld in categorieën en vervolgens in subcategorieën. Als voorbeeld: in thema 'Zelfredzaamheid' zijn producten ingedeeld in (onder andere) de categorieën 'wonen', 'zelf eten, drinken, koken', 'structuur', 'zorg' en 'eigen regie vergroten', en daarna per categorie in subcategorieën – zoals bij categorie 'zorg' – in 'contact met zorgverlener' en 'zelfzorg'.

(NB Dat een product in de longlist staat, zegt niets over de kwaliteit van het product of de leverancier. De longlist geeft bovendien geen compleet overzicht van alle beschikbare technologieën, maar beperkt zich tot mogelijk passende oplossingen bij de zes thema's. De longlist is ook geen op zichzelf staand (eind)product, het is een hulpmiddel in de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls.)

### Shortlist

Organisaties formuleerden een zorginhoudelijk vraagstuk. Team Onderzoek bekeek ieder vraagstuk nauwkeurig en kwam (na het volgen van een vastgelegd proces) tot een shortlist van oplossingen die mogelijk passen bij dat vraagstuk. Deze shortlist is via de adviseur teruggegeven aan de organisatie.

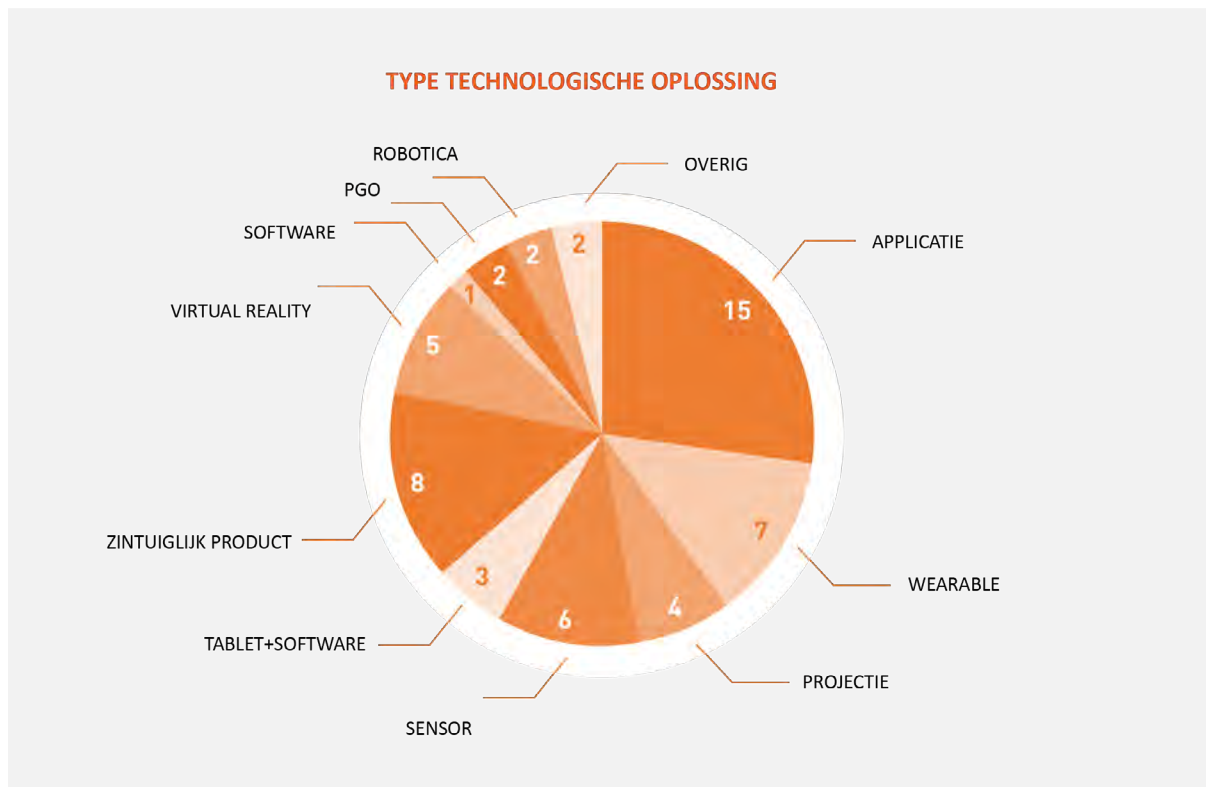
### Deep dive

Over oplossingen of producten waar organisaties vervolgens in geïnteresseerd waren, is door team Onderzoek verdiepende informatie gezocht, wederom volgens een vastgelegde procedure. Dit is de zogenaamde deep dive. Tot en met juli 2020 is voor 55 oplossingen verdiepende informatie gezocht. Deze informatie betreft het product, de producent of leverancier, en het bewijs.

Denk bij product aan: kosten, verkrijgbaarheid, levensduur, garantie, CE/MDR, training en voorwaarden voor gebruik. Bij producent/leverancier gaat het om: wie is ontwikkelaar, wie is leverancier, geboden service bij levering en onderhoud/repatriatie en contactmogelijkheden. En bij bewijs om: informatie over onderzoek en resultaten, onderzoek in welke sector en aantal producten in gebruik. Ook deze informatie is via de adviseur teruggegeven aan de organisaties. Leden van team Onderzoek hebben bij enkele organisaties toelichting gegeven.

Daarnaast is een aantal vragen geformuleerd, die organisaties zelf aan de producent of leverancier kunnen stellen. Met deze vragen kan een optimale match gevonden worden tussen het zorgvraagstuk, organisatiekenmerken en ICT-kenmerken. (NB De deep dive informatie is verzameld en enkel bedoeld voor zorgorganisaties die deelnemen aan de Innovatie-impuls.)

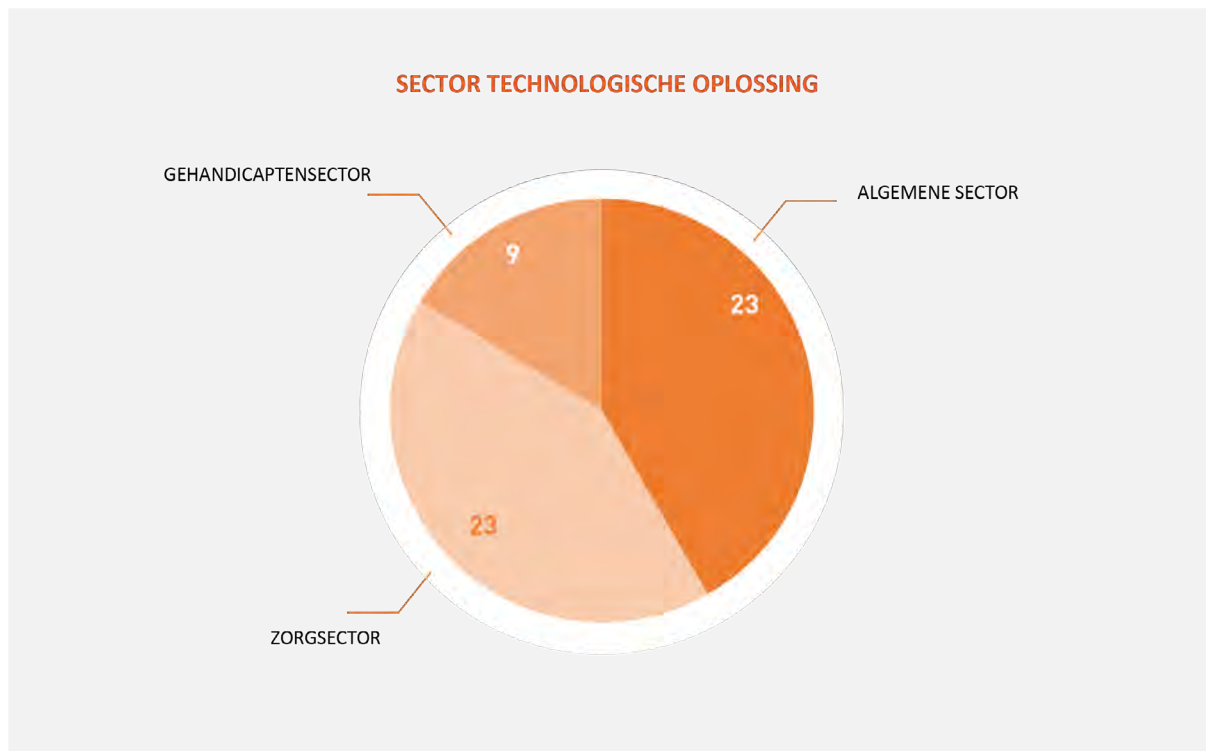
#### Enkele kenmerken van 55 technologische oplossingen in deep dive



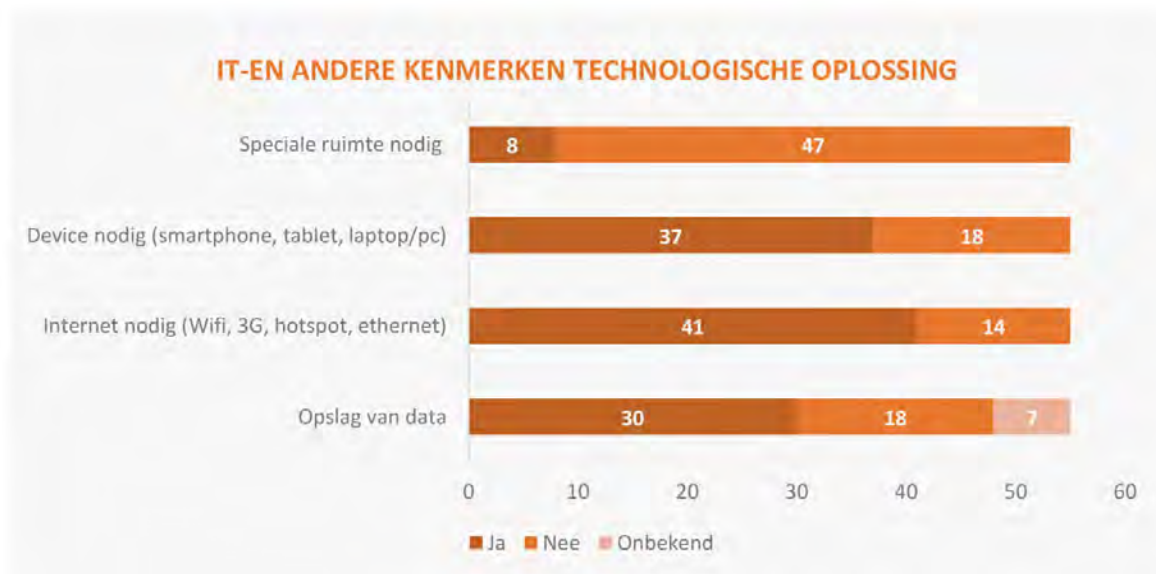
We hebben gekeken naar type product, de sector waar het product gebruikt wordt of kan worden, IT- en andere kenmerken, kenmerken van de ontwikkelaar en informatie over vergoedingenstructuur.

Van de in totaal 55 producten is het merendeel een app (15), zintuiglijk product (8), wearable (7) of sensor (6). De apps hebben met name als doel contactondersteuning (4) en het vergroten van de zelfredzaamheid. De wearables worden met name gebruikt voor leefstijlmonitoring (4), de sensoren voor slaapmonitoring (4) en het merendeel van de zintuiglijke producten (6) richt zich op ontspanning.

Van alle 55 technologische oplossingen zijn er 23 die zich volgens de producent richten op de zorgsector. Nog eens 23 richten zich op de algemene sector waarbij het product ook binnen andere doelgroepen ingezet kan worden volgens de producent. Slechts negen technologische oplossingen zijn specifiek gericht op de gehandicaptensector.



Voor 41 van de 55 technologische oplossingen is internet (wifi, 3G, hotspot of ethernet) nodig. Daarnaast is voor 37 technologische oplossingen een smartphone, tablet, laptop of pc nodig om het te kunnen gebruiken. Er zijn tien technologische oplossingen waarbij noch internet noch een device nodig is; dit zijn voornamelijk zintuiglijke producten (6). Bij een klein deel (8) van de technologische oplossingen is er een speciale ruimte nodig om het te kunnen gebruiken. Er moet bijvoorbeeld voldoende ruimte zijn vanwege de omvang van het product, het product moet gemeenschappelijk gebruikt kunnen worden of moet geplaatst worden in een donkere omgeving. Van dertig technologische oplossingen is bekend dat er data worden opgeslagen, maar het is niet altijd duidelijk op welke manier dit precies gebeurt, bijvoorbeeld lokaal of via de Cloud. Er is niet altijd training nodig om met een technologische oplossingen aan de slag te gaan, vaak voldoet een korte uitleg of handleiding. Als training wel nodig is, wordt dit meestal geregeld (soms tegen meerprijs) door de leverancier.



Het merendeel (33) van de technologische oplossingen is ontwikkeld door een Nederlandse partij, waarvan één product in samenwerking met een Engels bedrijf. Van de vijftien apps hebben er twaalf een Nederlandse ontwikkelaar. Alle sensoren en een groot deel van de wearables (vijf van de zeven) zijn ontwikkeld door een buitenlandse partij.

Meer dan de helft van de technologische oplossingen is direct te koop bij de eigenaar. Tot de producten die niet rechtstreeks te koop zijn bij de eigenaar, behoren ook een groot deel van de apps (acht) die wel rechtstreeks te downloaden zijn via de App Store of de Google Playstore.

Voor de meeste technologische oplossingen geldt dat er weinig tot niets bekend is over eventuele vergoedingsstructuren. Bij enkele producten wordt aangegeven dat er mogelijkheden zijn via gemeenten en zorginstellingen, zoals via pgb, Wlz, Zvw, of vanuit budget in het programma Waardigheid en trots.

### Reflectie vanuit onderzoek

Uit de eerste terugblik wordt duidelijk dat het belangrijk is dat beleidsmakers en bestuurders binnen de deelnemende organisaties het programma steunen. Heel basaal: de context moet kloppen. De deelnemers zijn met de neus op de feiten gedrukt. Er moet een goede digitale infrastructuur zijn met gebruiksvriendelijke devices, betrouwbare internetverbindingen en support door IT'ers. De zorgverleners moeten beschikken over voldoende digitale vaardigheden om te kunnen omgaan met de nieuwe technologie<sup>4</sup>.

Uit het onderzoek in de kwartiermakersfase blijkt dat veel organisaties moeten wennen aan het systematisch bevragen van zorgverleners, cliënten én naasten (driehoek) over hun wensen in een

<sup>4</sup> Bron: 'Startsituatie in beeld', 2020, zie hoofdstuk 4.



verandertraject. Voor veel organisaties was het nieuw om ondersteunende diensten (zoals de IT- en communicatie-afdeling) en zorgprofessionals, cliënten én naasten te betrekken als volwaardige gesprekspartner en medeontwerper van een implementatieproces.

Er zijn grote verschillen tussen organisaties als het gaat om het omgaan met technologie. De kwartiermakersfase heeft vooral gedraaid om het vinden van een vraagstuk waarvoor technologie een oplossing biedt. En om het vinden van draagvlak binnen de organisatie. Het helpt bij de implementatie van technologie om aansluiting te zoeken bij een thema dat al in de aandacht staat in de organisatie<sup>5</sup>.

Organisaties hebben in de kwartiermakersfase in eerste instantie het zorginhoudelijke vraagstuk verhelderd en waar mogelijk de organisatorische en technologische context meegenomen. Context (veranderkundig perspectief van de organisatie) en operatie (situatie op gebied van ICT en techniek) zullen verder moeten worden uitgediept. Deze vraagstukken zullen met name aan het begin van de implementatiefase aan de orde komen en onderdeel worden van het op te stellen implementatieplan.

---

<sup>5</sup> Bron: [Lessons learned, interview ICT health](#) Eric Bassant.

## 3.4 Onderzoek in de Innovatie-impuls

Kenmerkend aan de Innovatie-impuls is dat implementatie, onderzoek en kennisverspreiding drie onderling afhankelijke en elkaar versterkende pijlers zijn. Dat geldt voor alle niveaus: de individuele zorgorganisaties, de themanetwerken (clusters van zorgorganisaties op inhoudelijk vraagstuk) en overkoepelend voor alle zorgorganisaties. Kenmerkend is bovendien dat het ontwerpen van de aanpak parallel aan de uitvoering ervan verloopt: niet alles staat van tevoren vast. De keuze voor de technologie volgt op de uitwerking van de cliëntvraag, het implementatieplan wordt vastgesteld op basis van onder andere informatie uit de context van de organisatie, onderzoeksvragen volgen uit de doelstellingen per organisatie, et cetera. We geven de aanpak vorm op basis van inzichten uit de (wetenschappelijke) implementatie-, onderzoeks- en communicatieliteratuur.

### Onderzoek: doelstellingen en uitgangspunten

Onderzoek neemt in de Innovatie-impuls dus een voorname plaats in, naast implementatie en kennisverspreiding. Met onderzoek beogen we kennis over implementatie van technologie en de toegevoegde waarde van technologie in de gehandicaptenzorg te ontwikkelen en – via wetenschappelijke en vakpublicaties en via kennisproducten – te verspreiden. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de onderbouwing van de digitale transformatie en van de beweging naar een toekomstbestendige en persoonsgerichte gehandicaptenzorg.

Inzet en gebruik van technologie brengt met zich mee dat werkprocessen in de zorg (in meer of mindere mate) veranderen. We willen weten wat maakt dat een implementatie succesvol en duurzaam is en wat je als zorgorganisatie kunt of moet doen om implementatie van technologie succesvol en duurzaam te maken. Ook willen we weten of de ingezette technologie van toegevoegde waarde is in het leven van klanten en zo ja, welke toegevoegde waarde dat dan is. Als er nauwelijks of geen toegevoegde waarde wordt ervaren of als de kosten en baten niet in een acceptabele verhouding staan, staat de sector voor een andere uitdaging. Van de kennis die we ophalen in het onderzoek profiteren de deelnemende organisaties én de sector als geheel.

### Het onderzoek in de Innovatie-impuls kent drie hoofddoelstellingen:

- Implementatie – zicht krijgen op wat nodig is voor een succesvolle implementatie.
- Toegevoegde waarde – vaststellen van de toegevoegde waarde van de ingezette technologie.
- Monitoring – monitoren van de impact van de Innovatie-impuls.

### De uitgangspunten van het onderzoek zijn:

- Actieonderzoek: we gebruiken kennis uit onderzoek om direct te leren en te verbeteren in de zorgorganisaties en de themanetwerken, en om overkoepelende lessen te leren voor het veld.
- Al het (deel)onderzoek is gericht op het verkrijgen van inzicht in belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en borging en/of toegevoegde waarde van technologie in de langdurige gehandicaptenzorg. Daarmee draagt onderzoek bij aan een grotere kans van slagen op de invoering van een technologische toepassing.
- Het onderzoek wordt opgesplitst naar onderzoek in de kwartiermakersfase en onderzoek in de implementatiefase.

- De onderzoeksopzet wordt gaandeweg specifiek ingevuld. Invulling en uitvoering zijn afhankelijk van het verloop van het proces in de zorgorganisaties en in de themanetwerken.

In de Innovatie-impuls gebruiken we het implementatie-stappenmodel van ZonMw als kader (zie figuur hieronder). In onderstaande paragrafen staat onderzoek in de kwartiermakersfase en in de implementatiefase en monitoring nader toegelicht.

### Implementatie-stappenmodel ZonMw

Gebaseerd op Grol & Wensing, [bron](#)

**Stap 1** = doelen bepalen per doelgroep

**Stap 2** = doelgroep analyseren

**Stap 3** = vernieuwing doorlichten

**Stap 4** = context bekijken

**Stap 5** = strategie kiezen

**Stap 6** = aanpak bepalen, acties plannen, aanpak communiceren

**Stap 7** = monitoren en evalueren

Kwartiermakersfase

Implementatiefase

#### Onderzoek in de kwartiermakersfase

In de kwartiermakersfase heeft team Implementatie input opgehaald voor stap 1, 2 en 4 van dit implementatiemodel. Met deze input heeft team Onderzoek de startsituatie van de zorgorganisaties in kaart gebracht (zie bijlage 'Startsituatie in beeld'). Team Onderzoek deed ook stap 3, met ondersteuning van techexperts. Stappen 1 t/m 4 geven input voor het implementatieplan van iedere zorgorganisatie dat richting geeft aan de invulling van de implementatiefase.

#### 'Startsituatie in beeld'

In deze rapportage hebben we de onderstaande onderzoeksvragen beantwoord. De resultaten zijn verwerkt in paragraaf 3.3 van deze voortgangsrapportage. Het rapport is in z'n geheel opgenomen in bijlage 1 van deze voortgangsrapportage. De informatie uit deze onderzoeksrapportage is verspreid door team Communicatie via onder andere nieuwsberichten.

### Onderzoeksvragen Startsituatie in beeld

#### Deel I – De startsituatie van de zorgorganisaties in cijfers

1. Hoe verliepen de werving en aanmelding van de zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls? Het gaat om: manier van werving, motieven in de brief, functie ondertekenaar brief.
2. Wat zijn kenmerken van zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase? Dit zijn: locatie, aantal medewerkers, aantal cliënten, of technologie genoemd staat in de visie, functie kwartiermaker, ingeschatte ervaring met technologie en deelname aan werkplaatsen in kwartiermakersfase.

3. Bij het proces van vraagverheldering: waren cliënten, naasten, zorgverleners, ICT-afdeling, en RvB betrokken? En zo ja, hoe?
4. Wat zijn de zorginhoudelijke vraagstukken van de zorgorganisaties waarmee ze aan de slag willen binnen de Innovatie-impuls? Met welke doelgroepen?
5. Hoeveel zorgorganisaties gaan wel of niet door naar de implementatiefase? Wat zijn redenen voor niet-doorgaan? Wat zijn onderscheidende kenmerken?

#### *Deel II – Reflectie van adviseurs op kwartiermakersfase*

6. Wat hebben adviseurs als bevorderende en belemmerende factoren ervaren in de werkwijze van de Innovatie-impuls? Waar ligt volgens hen de toegevoegde waarde van het programma?

#### **‘Stappenplan selectie van technologie’**

Om organisaties te faciliteren in de selectie van een technologische oplossing die past bij hun zorginhoudelijke vraagstuk, stelde team Onderzoek een longlist met technologie samen, onderverdeeld in de zes thema's. Na de selectie van bronnen, werden technologische oplossingen uit deze bronnen systematisch toegevoegd aan de longlist. Daarna stellen we voor iedere zorgorganisatie een shortlist samen met oplossingen die mogelijk passen bij hun vraagstuk. In de periode tot en met juli 2020 zijn 55 technologische oplossingen nader onderzocht in een deep dive: onderzoekers zoeken informatie over het product, de leverancier/ontwikkelaar (bedrijf) en het bewijs (onderzoek) op internet en via telefoongesprekken met bedrijven. Deze informatie helpt zorgorganisaties om te kiezen welke technologische oplossing zij in de implementatiefase willen implementeren. Zie paragraaf 3.3 van deze voortgangsrapportage voor meer informatie over dit proces en de resultaten.

#### **‘Meepraten en meebeslissen over technologie: handreiking voor cliëntenraden en cliënten’**

Inzet van technologie moet een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van cliënten in de langdurende gehandicaptenzorg. Een van de uitgangspunten van de Innovatie-impuls is dat cliënten betrokken moeten zijn bij de inzet van technologie in de zorg en ondersteuning. Om die betrokkenheid van cliënten – of beter: de samenwerking met cliënten – te bevorderen, schrijven we met input van de LSR en van cliëntenraden een handreiking met de (werk)titel: ‘Meepraten en meebeslissen over technologie in de gehandicaptenzorg: handreiking voor cliëntenraden en cliënten’. Deze handreiking biedt informatie en handvatten over waarom hun betrokkenheid van belang is, op welke momenten zij invloed kunnen uitoefenen, en op welke manieren zij dit kunnen doen. Kennis en ervaringen uit de Innovatie-impuls wordt aangevuld met tools die al beschikbaar zijn en ervaringen van cliënten en cliëntenraden uit het brede veld. De handreiking wordt vormgegeven als folder met vooral informatieve afbeeldingen, zodat deze toegankelijk is voor de doelgroepen. In het najaar van 2020 wordt de handreiking onder de aandacht gebracht en verspreid.

## Onderzoek in de implementatiefase

In de implementatiefase doen we onderzoek (1) in de individuele zorgorganisaties, (2) in de themanetwerken (clusters van zorgorganisaties op inhoudelijk vraagstuk) en (3) overkoepelend over alle zorgorganisaties (onafhankelijk van themanetwerk). Het onderzoek bestaat uit onderzoek naar generieke componenten, componenten die bij elke organisatie of binnen elk themanetwerk gemeten worden, en onderzoek naar specifieke indicatoren, die afhankelijk zijn het zorgthema, de doelgroep en/of de technologische oplossing.

Hoofdvragen in de implementatiefase zijn:

1. Hoeveel zorgorganisaties hebben een technologische oplossing geïmplementeerd? In hoeverre is het gelukt om de technologie duurzaam te borgen?
2. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren? Onder welke condities en binnen welke context zijn de resultaten behaald?
3. Wat is de toegevoegde waarde van de technologie, volgens en voor cliënten, naasten, mantelzorgers, zorgverleners en/of anderen?
4. Wat is nodig voor verdere opschaling en borging van de technologische oplossingen?
5. Themanetwerken: Hoe verloopt het proces in de netwerken en wat vinden deelnemers van het netwerk en de bijeenkomsten?
6. Ondersteuning Innovatie-impuls: wat vinden de organisaties van de geboden ondersteuning (implementatie, onderzoek, kennisverspreiding)?

Team Onderzoek legt de onderzoeksopzet voor aan een CMO (Commissie Mensgebonden Onderzoek). Dit is nodig om later de resultaten van onderzoek te mogen publiceren.

### In (1) zorgorganisaties en (2) themanetwerken

Voor ieder van de themanetwerken doet team Onderzoek in 2020 een literatuurstudie naar de actuele stand van zaken in de wetenschappelijke literatuur gekoppeld aan een specifiek onderwerp binnen een thema (voorbeelden: implementatie van apps, gebruik van technologie door specifieke doelgroepen, wat is er bekend over slaapmonitoring).

In iedere organisatie en themanetwerk wordt onderzoek op maat uitgevoerd. Vragen naar implementatie en toegevoegde waarde stelt team Onderzoek aan iedere organisatie en in ieder netwerk. De zorgorganisaties hebben invloed op het onderzoeksontwerp. Uitgangspunt is dat er zo min mogelijk nieuwe/specifieke processen ingericht worden ten behoeve van onderzoek en dat zo min mogelijk nieuwe data verzameld worden. Beoogd wordt zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat bestaat en al verzameld is. Qua methoden van onderzoek gaat het om bijvoorbeeld: registraties, observaties, logboek, interviews en focusgroepen. Team Onderzoek helpt bij de opzet en uitvoering van het onderzoek in de organisaties.

De *implementatie* wordt onderzocht. Team Onderzoek gaat in overleg met de organisaties over onderzoek en tracht dit te borgen in de implementatieplannen, zoveel mogelijk met hypothesen/duidelijke doelstellingen. Ook maken we een analyse van de implementatieplannen, per themanetwerk

en overkoepelend. Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn al benoemd in de plannen en op welke manier willen organisaties die oplossen dan wel daar gebruik van maken? Dit is de start van het actieonderzoek.

Op periodieke bijeenkomsten van de themanetwerken wordt de voortgang van de implementatie besproken. Daarvoor treffen de organisaties zelf voorbereidingen. Iedere organisatie beantwoordt zodoende zes tot acht keer dezelfde vragen over hun implementatieproces. De resultaten geven input voor verdere acties in de organisatie en het themanetwerk, die team Onderzoek weer gaat volgen. Zodoende wordt door het actieonderzoek tussentijds geleerd en verbeterd. We doen aanvullend verdiepend onderzoek naar specifieke factoren die in de implementatieplannen en in de voortgang naar boven komen.

Aantonen van *toegevoegde waarde* (die ook nul of negatief kan zijn) is zinvol als de implementatie (redelijk) geslaagd is. Het gaat om de waardering van de verandering, bijvoorbeeld in de werk- en zorgprocessen, in de inzet van de technologie, in uitkomsten op zorg en ondersteuning (voor cliënten, maar ook voor zorgverleners) en in de houding ten opzichte van technologie. Binnen themanetwerken zullen organisaties op verschillende meetmomenten meedoen aan onderzoek. Hoe dit onderzoek eruit zal zien, is in grote mate afhankelijk van de gekozen technologische oplossing. Waar mogelijk zullen we data uit de technologische oplossing (gebruiksdata) analyseren en samen met de organisatie interpreteren. We gebruiken 2020 om dit onderzoek samen met de organisaties goed op te zetten. Denk aan: inrichten van de technologische oplossing, organiseren van dataopslag en output van data uit de technologie, bepalen van criteria waaraan cliënt moet voldoen om de oplossing te gebruiken (in- en exclusie), meetinstrumenten bepalen et cetera In 2020 zullen ook bij een aantal organisaties al metingen gedaan worden. Qua methode kan het bij dit toegevoegde waardenonderzoek ook gaan om zogenaamde N=1- of single-casestudies. Waar organisaties dezelfde technologische oplossing implementeren, kunnen gegevens (geanonimiseerd) gepoold worden en kunnen we over een grotere groep gebruikers uitspraken doen. Ook onderzoek naar kosten en baten (in euro's uitgedrukt) en businesscases, is mogelijk als onderdeel van het onderzoek naar toegevoegde waarde.

### **(3) Overkoepelend**

Overkoepelende lessen voor het veld zijn het resultaat van overkoepelend onderzoek (over de zorgorganisaties en themanetwerken heen), zoals belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie los van de gekozen technologische oplossing en/of thema en/of doelgroep, de invloed van ethische overwegingen op de implementatie en kosteneffectiviteit (maatschappelijke businesscases) van de inzet van technologie in de zorg.

### **Onderzoek: monitoring**

Monitoring geeft informatie over de Innovatie-impuls als geheel, het gaat om bereik en impact. Gedurende de looptijd van de Innovatie-impuls wordt het *bereik* gemonitord met de volgende indicatoren: hoeveel en welke organisaties doen mee, welke bijeenkomsten worden georganiseerd, wie zijn daarbij aanwezig en wat hebben ze eraan gehad en het aantal en het bereik van online publicaties. Deze monitoring loopt samen op met de monitoring van Begeleiding à la Carte en is in lijn met de monitoring van het gehele programma Volwaardig leven.



Daarnaast is er monitoring op de *resultaten en impact* van de Innovatie-impuls. We stellen indicatoren vast – in de lijn met de doelstellingen van de Innovatie-impuls – die we vullen met resultaten uit het implementatie- en toegevoegde waarde-onderzoek. De onderzoeksrapportage 'Startsituatie in beeld' is voor een groot deel van belang voor de monitoring. Op basis van data wordt periodiek gemonitord in hoeverre de geplande inspanningen zijn uitgevoerd en/of extra inspanningen nodig zijn.

### **Organisatie van onderzoek**

Onderzoekers van Academy Het Dorp en Vilans vormen team Onderzoek, onder leiding van een coördinator en een 'principal investigator.' Externe expertise wordt waar nodig toegevoegd aan het onderzoeksteam. Daar waar het opportuun is en men deze wens heeft, kunnen onderzoekers uit de zorgorganisaties bijdragen aan de uitvoering van het onderzoek in de eigen organisatie. Ook onderzoeken we in hoeverre samenwerking met hoogleraren, lectoren, practoren en academische werkplaatsen meerwaarde oplevert, gezien de onderwerpen waar zij mee bezig zijn. De Wetenschappelijke Advies & Ethiek Raad (WAER) van Academy Het Dorp functioneert als wetenschappelijke adviesraad rondom het onderzoek.

## 3.5 Werkplaatsen

In de periode september 2019-september 2020 vonden drie werkplaatsen (bijeenkomsten van zorgorganisaties en adviseurs) plaats, op 27 september 2019, 18 november 2019 en 13 januari 2020. Een vierde werkplaats, gepland voor 13 maart 2020, kon door de coronacrisis niet doorgaan.

### **Kick-off 27 september 2019**

Op 27 september 2019 vond de eerste werkplaats plaats: de officiële kick-off van de Innovatie-impuls, waarbij betrokken partijen uitlegden aan deelnemende organisaties wat de Innovatie-impuls omvat. [Zie verslag](#). Centraal stond de vraag hoe je bij het nadenken over de inzet van zorgtechnologie de vraag van de cliënt naar boven krijgt. Hiervoor gingen de aanwezigen aan de slag met de ‘empathy map’, een hulpmiddel dat mensen in staat stelt om zich in het gevoel en de belevingswereld van de cliënt te verplaatsen, zonder meteen in oplossingen te denken.

### **Uitwerken thema's in werkplaatsen**

Tijdens de tweede en derde werkplaats was er ruimte voor ontmoeten en leren voor zorgorganisaties met een vraagstuk op hetzelfde zorgthema. Experts op het specifieke thema sloten aan bij deze bijeenkomsten. Tijdens de tweede werkplaats stond vraagverheldering en het in kaart brengen van de organisatiecontext centraal. Ook was er veel aandacht voor het belang om vanaf de start van de Innovatie-impuls samen te werken met cliënten en verwanten.

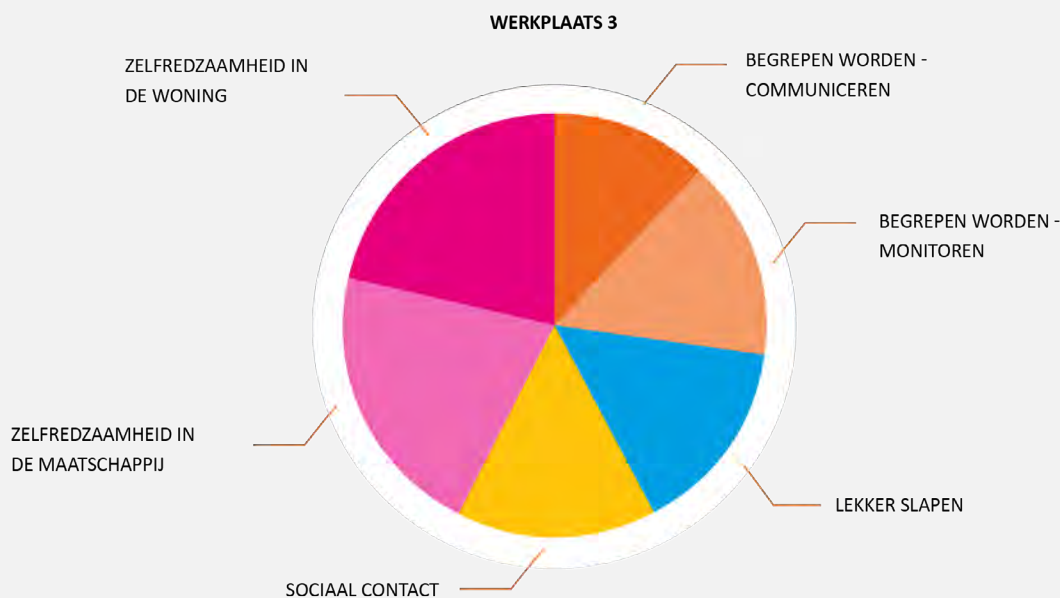
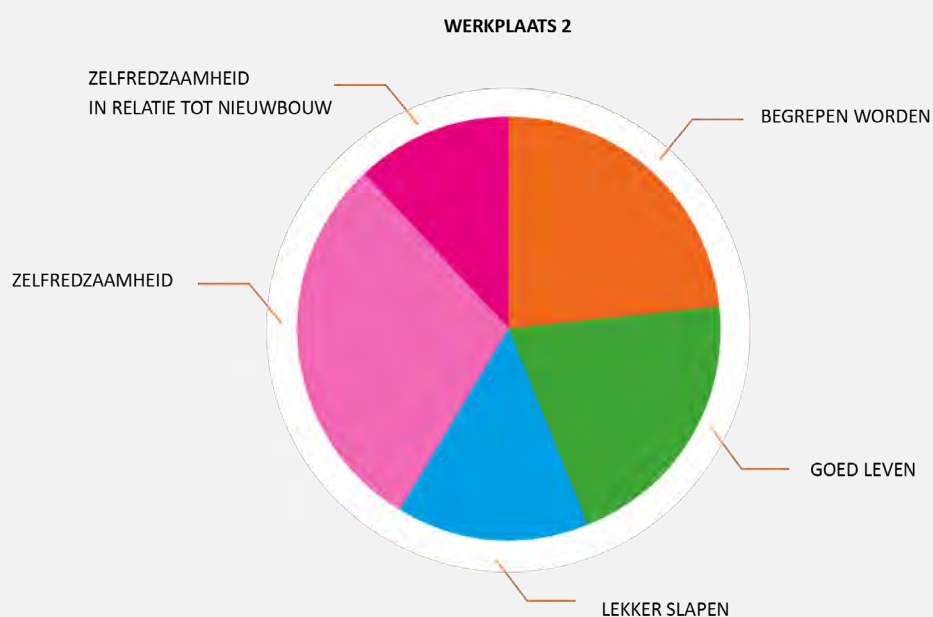
Vanaf de tweede werkplaats ontstonden meer specifieke benamingen voor de zorgthema's waarbinnen organisaties een vraagstuk formuleerden. Zo zijn er bijvoorbeeld binnen het zorgthema ‘Begrepen worden’ organisaties die zich specifiek richten op communiceren en op monitoren. En binnen het zorgthema ‘Veiligheid en vertrouwen’ zijn er organisaties die zich nadrukkelijker richten op veiligheid en zelfredzaamheid in de woning. Verslagen van de drie werkplaatsen zijn opgenomen als bijlage van het onderzoeksrapport kwartiermakersfase. De vierde werkplaats – gepland, maar niet doorgegaan vanwege de coronacrisis – had als doel de deelnemers mee te nemen in hoe een goede samenwerking met leveranciers opgezet kan worden.

### **Deelnemers werkplaatsen**

De eerste werkplaats werd door 68 personen (52 van zorgorganisaties) bezocht. De tweede door 76 (58 van zorgorganisaties) en de derde door 69 personen (53 van zorgorganisaties). De aanwezigen waren afkomstig van 47 verschillende organisaties, waarvan een groot gedeelte van de deelnemende organisaties, maar ook aanwezigen van onder andere Academy Het Dorp, Vilans en VWS. Bij alle werkplaatsen zijn ervaringsdeskundigen aangesloten (twee tijdens de eerste, drie tijdens de tweede en vier tijdens de derde).

Bij de eerste en tweede werkplaats waren 6 van de 39 organisaties afwezig. Bij de derde werkplaats waren 7 organisaties afwezig en 2 organisaties waren bij geen enkele werkplaats aanwezig (beiden niet meer actief in de Innovatie-impuls). Daartegenover staat dat 27 zorgorganisaties bij alle drie de werkplaatsen vertegenwoordigd waren.

## GROEPSINDELING OP THEMA BIJ WERKPLAATSEN 2 en 3 (AANTAL ORGANISATIES PER THEMA)

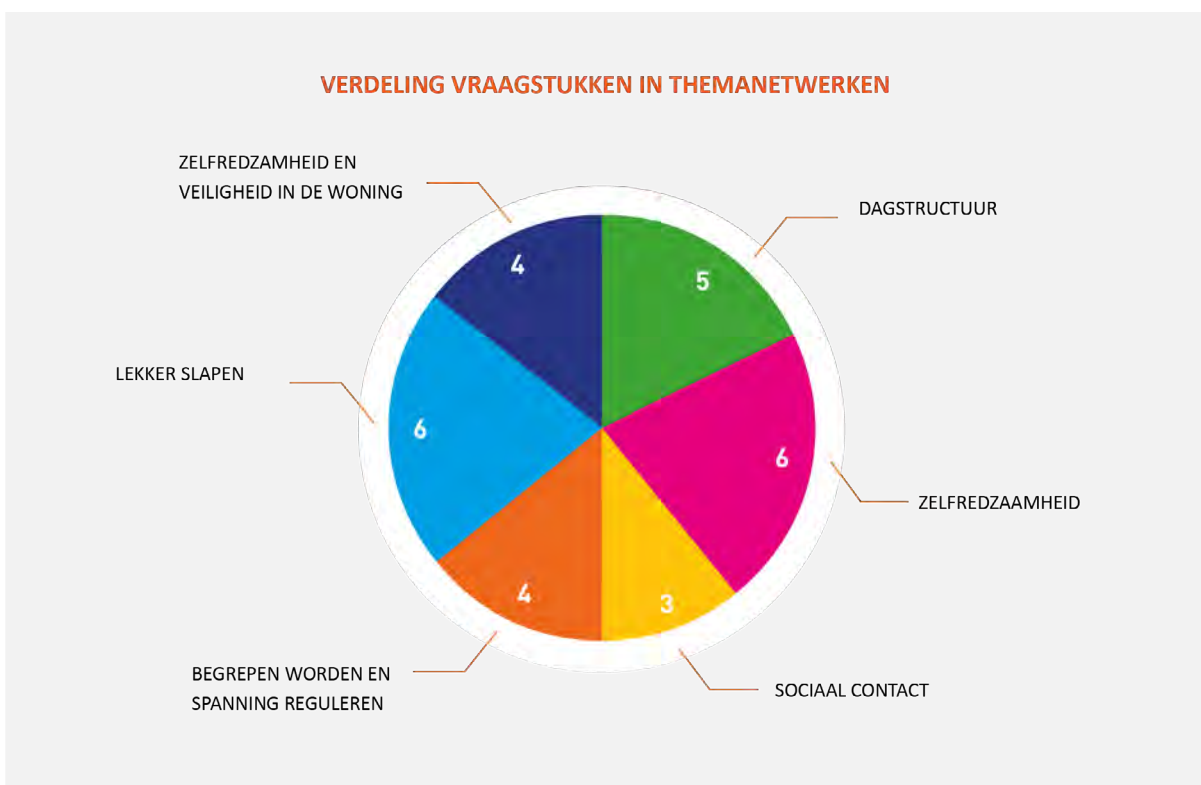


### Resultaten werkplaatsen

De werkplaatsen hebben een positief effect op het vormen van themanetwerken. Door deel te nemen aan de werkplaatsen hebben deelnemers en adviseurs elkaar leren kennen. Daarnaast waren bij elke werkplaats ervaringsdeskundigen en specialisten aanwezig. Hun kennis en ervaring zijn een waardevolle aanvulling. Kennisuitwisseling door samenwerking binnen een thema versnelt vraagverheldering en maakt doelen scherper.

## Ontwikkeling themanetwerken

In de zes zorginhoudelijke themanetwerken staat de uitwisseling van kennis, intervisie en samenwerking op het vlak van inzet van technologie in de zorg centraal. Het oorspronkelijke zorgthema 'Goed leven' bleek te veelomvattend en komt als titel niet meer voor. Organisaties met interesse in zorgthema's 'Begrepen worden' en 'Zelfredzaamheid' zijn gegroepeerd in het themanetwerk 'Dagstructuur'. Bij Dagstructuur gaat het om overzicht creëren in de dag, dat te maken heeft met zowel begrepen worden als zelfredzaamheid<sup>6</sup>. De themanetwerken starten eind augustus, begin september 2020 en bepalen de inhoud van hun startbijeenkomst zelf.



<sup>6</sup> Bron: 'Startsituatie in beeld', 2020, zie hoofdstuk 4.

## 3.6 Kennisontwikkeling

Onderdeel van het project Innovatie-impuls is het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis onder de deelnemers en binnen de hele sector.

De Innovatie-impuls kent twee fasen: de kwartiermakersfase en de implementatiefase. Deze voortgangsrapportage gaat vooral over de kwartiermakersfase. In de Innovatie-impuls maken we gebruik van het [Implementatie-stappenmodel van ZonMw](#).

Periode aanvang tot heden (augustus 2020)

**Stap 1** = doelen bepalen per doelgroep

**Stap 2** = doelgroep analyseren

**Stap 3** = vernieuwing doorlichten

**Stap 4** = context bekijken

Vervolgstappen in implementatiefase

**Stap 5** = strategie kiezen

**Stap 6** = aanpak bepalen, acties plannen, aanpak communiceren

**Stap 7** = monitoren en evalueren

“Als innovator voel je je vaak alleen, omdat je aan het pionieren bent. Maar we hoeven het niet in ons eentje te doen. We kunnen gebruikmaken van een groot netwerk van andere zorgaanbieders en van de expertise van Vilans en Academy Het Dorp.”

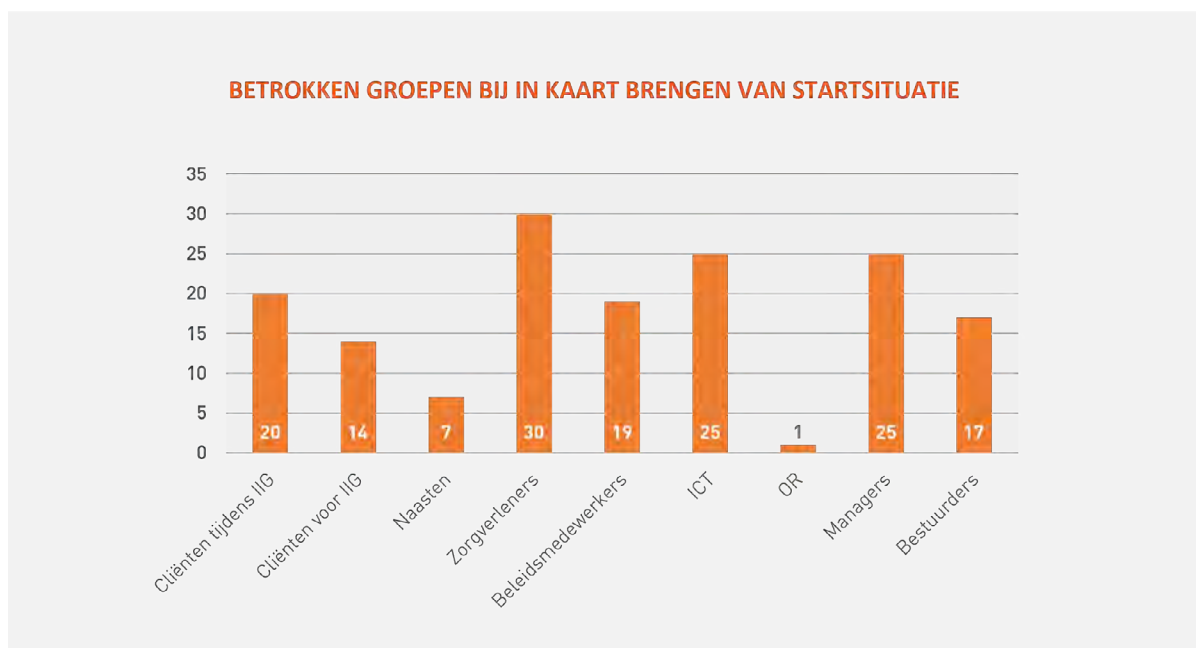
Bart Rijgersberg, innovatiecoördinator van Middin [Bron](#)

### Voordoelen, samen doen, zelf doen

Door de verschillende stappen van de Innovatie-impuls met veel zorgorganisaties tegelijkertijd te doorlopen en samen te leren, is de verwachting dat iedere zorgorganisatie zichzelf de voorbereiding en alle noodzakelijke stappen in het implementatieproces eigen kan maken. Zodat bij een volgend vraagstuk het proces wat sneller, en weer beter, doorlopen kan worden. Een zorgorganisatie die geen (goede) ervaring heeft, zal stappen zetten om te zien en te organiseren wat nodig is om technologie te implementeren. Een zorgorganisatie die meer of veel (goede en/of minder goede) ervaring heeft, zal stappen zetten in de versnelling van de implementatie.

Met name door corona hebben organisaties in de deze eerste fase van het project vooral het vraagstuk verhelderd. Bij dit proces van vraagverheldering waren cliënten, naasten, zorgverleners, ICT'ers en bestuursleden betrokken.

Bij 30 organisaties zijn zorgverleners betrokken, 27 organisaties betrokken cliënten en 7 organisaties betrokken naasten<sup>7</sup>.



### Betrokkenheid van cliënten

Vrijwel alle deelnemende zorgorganisaties hebben op verschillende momenten en op verschillende manieren cliënten en naasten betrokken bij de zorginhoudelijke vraagverheldering. Van de 39 zorgorganisaties betrokken 27 organisaties cliënten direct bij de vraagverheldering (individuele cliënten en/of via de cliëntenraad) van de Innovatie-impuls.

- Veertien organisaties hadden al cliënten betrokken bij het zorgvraagstuk voordat de Innovatie-impuls begon; zeven daarvan betrokken ook cliënten tijdens de kwartiermakersfase (individuele cliënten en/of cliëntenraad);
- Zeventien organisaties betrokken individuele cliënten tijdens de kwartiermakersfase; acht daarvan betrokken cliënten ook voorafgaand aan Innovatie-impuls en/of via de cliëntenraad;
- Zes organisaties betrokken de cliëntenraad tijdens de kwartiermakersfase; vier daarvan betrokken cliënten ook individueel en/of voorgaand aan de Innovatie-impuls.

Cliënten zijn betrokken om het zorginhoudelijk vraagstuk helder te krijgen en de problemen die er spelen inzichtelijk te maken. Hiervoor zijn verschillende vormen gebruikt. De meest voorkomende vorm was een groepsgesprek of groepssessie met meerdere cliënten (dertien van de zeventien organisaties). Dit was meestal een gesprek met meerdere mensen vanuit verschillende disciplines (bij acht organisaties), maar een gesprek met alleen cliënten en de gespreksleider kwam ook voor (bij vijf organisaties). Een van de organisaties heeft de groepssessie in de vorm van een focusgroep georganiseerd, andere organisaties deden dit in de vorm van een brainstormsessie, 'design-thinkingsessie' of huiskamergesprek. Naast groepsbijeenkomsten zijn ook een-op-eengesprekken of interviews met cliënten gevoerd (vijf van de zeventien organisaties).

<sup>7</sup> Bron: 'Startsituatie in beeld', 2020, zie hoofdstuk 4.

## Ophalen cliëntperspectief via alternatieven

Twaalf zorgorganisaties betrokken geen cliënten, bijvoorbeeld – zo geven zij aan – omdat cliënten een te laag niveau hebben of niet geschikt zijn om betrokken te worden (EMB, VB). Tien organisaties hebben via een alternatieve route het cliëntperspectief ‘opgehaald’. Acht organisaties betrokken zorgverleners en één organisatie heeft naast én zorgverleners betrokken. De tiende organisatie geeft aan dat zij wetenschappelijk onderzoek heeft bestudeerd als alternatief. Zeven zorgorganisaties hebben, tijdens de kwartiermakersfase, naast van de cliënten betrokken op de volgende manieren:

- In de verwantenraad is met acht naasten besproken.
- Een begeleider heeft acht naasten geïnterviewd.
- Er zijn individuele gesprekken gevoerd met naasten.
- Naasten hebben meegedaan met een design-thinkingsessie.
- Een ‘empathy-mappingsessie’ met medewerkers en familie.

Bij één organisatie waren naasten al voorafgaand aan de Innovatie-impuls betrokken bij het vraagstuk. Daarnaast zijn twee zorgorganisaties wel van plan om naasten te betrekken, maar lukt dat vanwege corona nog niet of gaan ze dat pas doen als de locaties bekend zijn waar de implementatie gaat plaatsvinden. Verder heeft een organisatie naasten niet bij activiteiten betrokken, maar wel voorbeelden meegenomen die begeleiders over thuissituaties hebben. Een reden om naasten niet te betrekken bij de vraagverheldering, is omdat cliënten goed voor zichzelf kunnen spreken en niet willen dat naasten worden bevroegd.

## Zorgverleners

30 van de 39 organisaties betrokken zorgverleners bij de vraagverheldering tijdens de kwartiermakersfase. Dat waren zorgverleners die direct betrokken zijn bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) van de cliënt en zorgverleners die niet direct bij de dagelijkse zorg betrokken zijn, zoals een teamleider, gedragsdeskundige, orthopedagoog. ADL-zorgverleners zijn bij 25 organisaties betrokken. Andere zorgverleners zijn bij 23 organisaties betrokken. Bij achttien organisaties zijn beide typen zorgverleners betrokken bij het proces van vraagverheldering.

## Overige betrokkenen

Naast de driehoek van cliënt, naasten en zorgverleners, waren ook anderen betrokken in de kwartiermakersfase. Zoals beleidsmedewerkers, ICT, managers en bestuurders<sup>8</sup>.

## Betrekken van experts

In de Innovatie-impuls worden diverse experts of specialisten op genoemde thema's betrokken. Bij het thema Lekker slapen is AVG-somnoloog en CCE-consulent Annelies Smits betrokken. Zij richt zich niet alleen op de theorie rondom slapen; ook de praktische toepasbaarheid en de vertaalslag naar zorg speelt een belangrijke rol. Op de website Kennisplein gehandicaptenzorg publiceerden wij het artikel '[Lekkerder in je vel door goede nachtrust](#)' over de grote voordelen die te behalen zijn, wanneer het lukt om die blijvende verandering te realiseren en de nachtrust daardoor verbetert. Een ander voorbeeld is het artikel van [GZ-psycholoog/neuropsycholoog Stijn Wopereis van Siza](#) over hoe technologie kan helpen om veilig te groeien in zelfredzaamheid.

<sup>8</sup> Bron: 'Startsituatie in beeld', 2020, zie hoofdstuk 4.



'Technologie kan helpen om veilig te groeien in zelfredzaamheid'

### **Reflectie kennisontwikkeling**

In de Innovatie-impuls verloopt het ontwikkelen van de aanpak parallel aan de uitvoering ervan. Er is dus geen sprake van een vooraf geformuleerd plan dat vervolgens wordt uitgevoerd. Startpunt van de Innovatie-impuls is een relevant zorginhoudelijk vraagstuk, geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt. De keuze voor de technologie volgt op de uitwerking van de cliëntvraag en het implementatieplan wordt vastgesteld op basis van onder andere informatie uit de context van de organisatie. Deze opzet komt voort uit de wens en noodzaak om technologie in de gehandicaptenzorg duurzaam te implementeren.

Voor veel gehandicaptenzorgorganisaties waren beide zaken – cliëntvraag als startpunt en iteratief ontwerpen en uitvoeren – nieuw. Daarom zijn ze in de Innovatie-impuls intensief begeleid door een adviseur. De focus in de kwartiermakersfase lag op formulering van een zorginhoudelijk vraagstuk en in kaart brengen van context en ICT-operatie. De kwartiermakers en de adviseurs leerden elkaar steeds beter kennen. Vaak was er wekelijks contact tussen beiden en was de adviseur ook bij gesprekken in de organisatie aanwezig.

Ervaringen, goede voorbeelden en kennisproducten worden gedeeld via de eigen [webpagina's](#) van Innovatie-impuls en via bestaande kennisdossiers van het Kennisplein Gehandicaptensector. Een gepland congres om de eerste ervaringen te delen is uitgesteld in verband met corona. Wel is een reeks webinars in ontwikkeling, waarvan de eerste inmiddels heeft plaatsgevonden. Er is speciale aandacht voor de rol van communicatie bij de implementatie van technologie. Hier worden aparte webinars voor ontwikkeld om de interne communicatie in de deelnemende zorgorganisaties te versterken.

## 3.7 Kennisproducten

Het werkbezoek van minister Hugo de Jonge aan Middin in Den Haag in februari 2020 is nog maar net begonnen of hij krijgt al het eerste voorbeeld van wat de Innovatie-impuls kan betekenen voor mensen met een beperking. Hij neemt uitgebreid de tijd om met zijn gastheer, cliënt Walter, kennis te nemen van het digitale planbord en de Mijn Eigen Plan-app. Middin werkt al ruim twee jaar met beide technologieën. [Bron](#)

De opgeleverde kennisproducten in het verslagjaar sluiten aan op de stappen van het [Implementatie-stappenmodel van ZonMw](#). In de rapportageperiode zijn gevalideerde kennisproducten opgeleverd.

### Doelen bepalen per doelgroep

In juli 2020 is een webinar gehouden over het thema 'Ken je interne klant'. Hierin zijn de verschillende methodes besproken die deelnemers toepassen om cliënten te betrekken en zijn de digitale vaardigheden van de zorgorganisaties aan de orde geweest. Op 20 augustus is dit webinar herhaald om een zo groot mogelijk bereik te realiseren.

- Een goede kwartiermaker kan de implementatie van nieuwe technologie beter ondersteunen. Maar wat is een goede kwartiermaker? Hierover is een artikel gepubliceerd op het kennisplein. [Bron](#).
- Longread over de Innovatie-impuls 'Inzet van technologie moet het nieuwe normaal worden'. Geïnterviewd zijn Jorrit Ebben en Jan van Kampen. [Bron](#).
- Publicatie van het rapport 'Startsituatie in beeld van de gehandicaptenzorgorganisaties in de Innovatie-impuls; rapportage van de kwartiermakersfase': samenvatting in een publieksversie gepland voor september 2020. Zie hoofdstuk 4.

"Ik probeer mijn steentje bij te dragen aan het intern en extern werven van enthousiasme voor technologie en zorgverlening. Af en toe kijk ik met plezier mee naar actuele ontwikkelingen en ik zorg ervoor dat budget beschikbaar is." Jan van Kampen, bestuursvoorzitter bij InteraktContour. [Bron](#)

### Doelgroep analyseren

Bij de implementatie van technologie in een zorgorganisatie, is het menselijke aspect minstens zo belangrijk als het technische aspect. Uiteindelijk zorgt een succesvolle samenwerking tussen mensen immers voor verandering. Om een implementatie goed te laten verlopen is het essentieel om specifieke personen te betrekken en mee te krijgen in de verandering. Denk aan de projectmanager (projectleider), cliënt, bestuurder, IT-specialist, communicatiemedewerker, HR-adviseur, behandelaar, begeleider, onderzoeker en de naaste. Deze persona's spelen allemaal een belangrijke rol. En alleen als je hen op de juiste manier betreft, kan een implementatie in de zorg succesvol worden.

Om een helder beeld te krijgen van de mensen die een sleutelrol spelen bij het succesvol implementeren van technologie in een zorgorganisatie hebben we vanuit de [Innovatie-impuls](#) een uitgebreid persona-onderzoek uitgevoerd.

De volgende persona's worden onderzocht, beschreven en gepubliceerd op de webpagina's van de Innovatie-impuls. Zie het [overzicht persona's](#).

- Projectmanager- gepubliceerd
- Cliënt- gepubliceerd
- Begeleider- gepubliceerd
- Behandelaar
- HR-adviseur
- IT-specialist
- Communicatiemedewerker
- Onderzoeker
- Naaste
- Bestuurder

In juli vond de eerste [webinar](#) plaats in de reeks 'inzicht in implementatie' vanuit de Innovatie-impuls. Voor collega's die er niet bij konden zijn, werd dit webinar herhaald op 20 augustus. De reeks webinars omvat tien digitale bijeenkomsten waarin we deelnemers meenemen in hoe zij bestaande technologie goed tot hun recht kunnen laten komen, zodat het waarde toevoegt voor cliënten, naasten en zorgverleners bij duurzame persoonsgerichte zorg. Het zorgvraagstuk van de cliënt is het uitgangspunt. Met de feedback uit deze eerste digitale bijeenkomst worden de volgende afleveringen vanaf september ingericht. Deelnemers gaven aan met name geïnteresseerd te zijn in 'communicatie om draagvlak te creëren' en 'onderzoek als onderdeel van implementatie'. Precies de onderwerpen waarvoor specialisten zullen aansluiten bij de themanetwerken. Dat bevestigt dat we daarin als Innovatie-impuls de goede keuzes maken.

### **Vernieuwing doorlichten: kennis over keuze van technologie**

Op basis van kennis en ervaringen in de Innovatie-impuls is het proces van selectie van een technologie samengevat in een stappenplan (gereed: september 2020). Dit stappenplan biedt houvast aan organisaties die op systematische wijze een technologie willen kiezen. Startpunt is daarbij altijd een zorginhoudelijk vraagstuk. Per stap worden 'wat', 'waarom' en 'hoe' omschreven en tools aangereikt en zijn praktijkervaringen van kwartiermakers, adviseurs en onderzoekers uit de Innovatie-impuls te lezen. Dit stappenplan delen we sectorbreed via websites waaronder de eigen pagina's op het kennisplein, via nieuwsbrieven (ook van organisaties in bijvoorbeeld de spiegelgroep), en we nemen het mee als tool naar andere organisaties, congressen, meetings enzovoorts.



*Technologie in de gehandicaptenzorg. Stappenplan: hoe kies je een passende technologie?*

Inzet van technologie moet een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van cliënten in de langdurende gehandicaptenzorg. Een van de uitgangspunten in de Innovatie-impuls is cliëntbetrokkenheid bij de inzet van technologie in zorg en ondersteuning. Om die betrokkenheid van cliënten – of beter: de samenwerking met cliënten – te bevorderen, schrijven we met inbreng van de LSR en cliëntenraden een handreiking voor cliëntenraden.

### Website

Alle informatie vanuit de Innovatie-impuls wordt opgehaald en gedeeld via het kennisplein met eigen pagina's voor Volwaardig leven en Innovatie-impuls. De verandering in denkwijze, waarbij het vraagverhelderingsproces bottom-up wordt uitgevoerd vanuit het cliëntperspectief, komt in alle casusbeschrijvingen expliciet aan bod. Organisaties zijn aan het denken gezet over wat zij willen bereiken met technologie en waarom het zo belangrijk is om de cliënt, naast en medewerkers vanaf het begin te betrekken.

- Voor de zes thema's zijn aparte pagina's ingericht. Per thema delen deelnemers, cliënten en experts hun ervaringen en kennis.
- We publiceren kennisproducten om de sector te informeren over technologische innovaties.
- We hebben een dashboard met de bereikcijfers van de Innovatie-impuls op het kennisplein gerealiseerd.
- Deelnemende organisaties krijgen een korte beschrijving op de webpagina's van Innovatie-impuls als onderdeel van het kennisplein. Communicatieprofessionals van deelnemende organisaties worden ondersteund om de ervaringen en resultaten van het eigen traject via interne communicatie te delen.

### Implementatiefase in voorbereiding

- [Toolkit 'Technologische innovatie'](#) in voorbereiding; eerste instrument gepubliceerd.
- Kennisproduct 'Stappenplan selectie technologie'.
- Artikel '[Wat definieert een goede kwartiermaker](#)', belemmerende en bevorderende factoren.

## 3.8 Kennisverspreiding

De structurele contacten met hun adviseurs en de inzet van diverse middelen, zoals het delen van best practices en toolkits op de website als ook de organisatie van werkplaatsen en webinars, zorgen ervoor dat de deelnemers aan de Innovatie-impuls op verschillende manieren worden geïnformeerd, betrokken, geïnspireerd en uitgedaagd om hun kennis te vergroten en meer technologie in te zetten in de langdurige zorg. De onderlinge contacten tijdens de werkplaatsen (bijeenkomsten) en webinars worden goed gewaardeerd.

Verhalen en ervaringen worden online en offline gedeeld. Via bijeenkomsten, werkoverleggen en via de eigen pagina's van de Innovatie-impuls op de website.

Voor de thema's worden op eigen themapagina's op het kennisplein praktijkverhalen en expertverhalen gepubliceerd. Alle deelnemers aan de implementatiefase krijgen een deelnemerspagina. Op de website zijn alle themapagina's gepubliceerd om kennis te delen en is een uitleg over het Innovatie-impuls-onderzoek gepubliceerd. De publicatie over de eisen waaraan een goede kwartiermaker moet voldoen, is in voorbereiding.

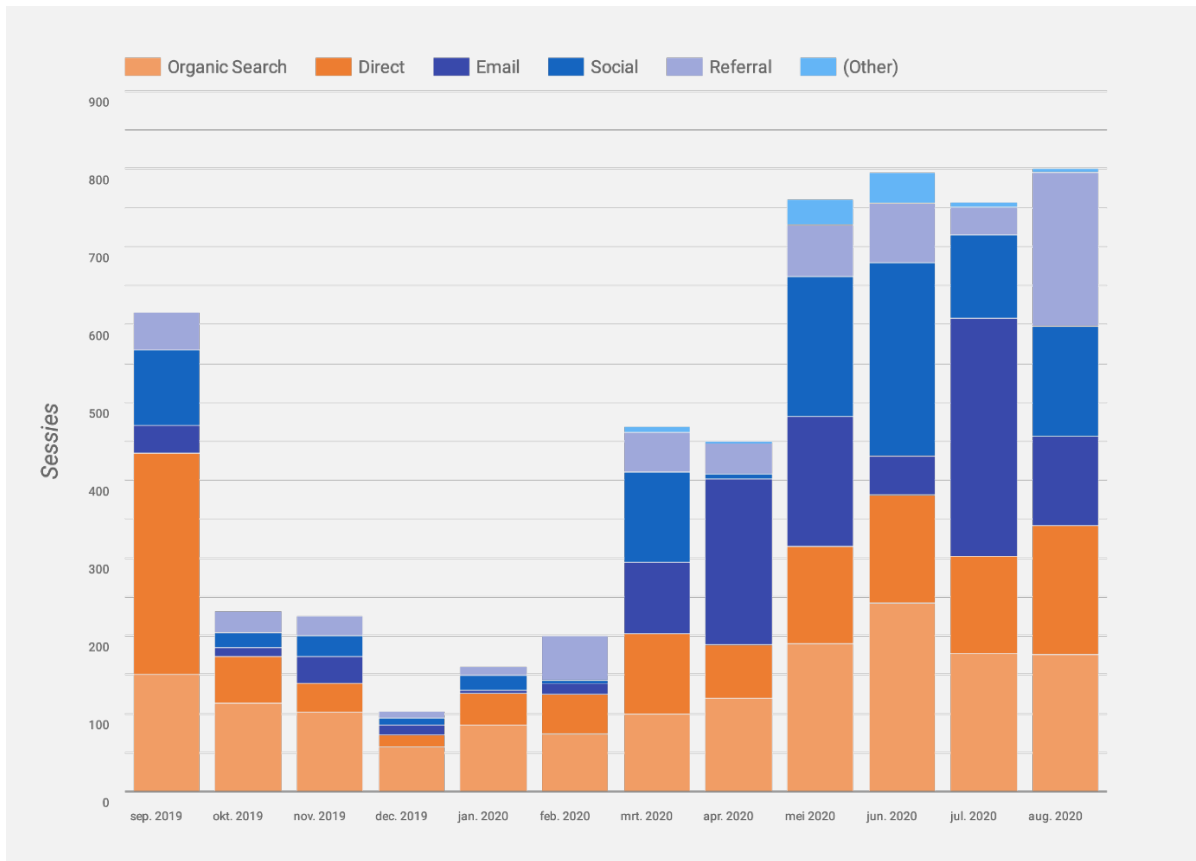
### Online kennisverspreiding

De pagina's voor het project Innovatie-impuls op het kennisplein worden steeds meer gevuld. Hieronder de bereikcijfers over de periode 1 september 2019 tot 23 augustus 2020.

- In deze periode waren er in totaal 3.896 bezoekers die minimaal één pagina van de Innovatie-impuls bezochten.
- Dit resulteerde in totaal in 5.197 sessies (bezoeken). De hiernavolgende figuur geeft het aantal sessies weer per maand (sept t/m aug), weergegeven per bron (vanuit waar de bezoeker op de desbetreffende pagina van Innovatie-impuls is gekomen).
- In totaal zijn de pagina's over Innovatie-impuls 18.590 keer bezocht.

In september 2019 was er een piek rondom de werving van deelnemers en de kick-off van het project. In de tweede helft (mei t/m juli 2020) zijn de bezoekcijfers aanzienlijk toegenomen ten opzichte van de eerste helft. Dit hangt samen met de toename in de kennisverspreiding. Vanaf maart 2020 zijn de eerste praktijk- en expertverhalen gepubliceerd en verspreid. In totaal zijn zestien inhoudelijke artikelen gepubliceerd, naast de zes themapagina's.

## VERWIJZENDE BRONNEN VAN 1 SEPTEMBER 2019 TOT 23 AUGUSTUS 2020



Verder valt op dat er in april en juli 2020 een relatief hoog aantal sessies waren, waarbij de bezoeker via de algemene nieuwsbrief van het kennisplein (bron: email) op een pagina van Innovatie-impuls kwam. Het aantal ontvangers van deze nieuwsbrief was bij de start van de vernieuwingstrajecten 7.407 en aan het eind van deze rapportageperiode 8.764.

Tot slot zien we dat er in mei en juni 2020 relatief veel bezoek is op de artikelen op het kennisplein vanuit de social mediakanalen. De belangrijkste twee kanalen zijn LinkedIn (met 1.054 volgers aan het begin de periode en 6.119 volgers aan het eind) en Facebook (met respectievelijk 7.708 en 8.367 volgers). Op LinkedIn werden 21 berichten gepost over Innovatie-impuls en op Facebook 14 berichten.

## Top 5 verhalen uit de praktijk

### 1. Lekkerder in je vel door goede nachtrust

Annelies Smits, AVG-somnoloog en CCE consulent, heeft al sinds lange tijd een fascinatie voor het thema slapen. Ze richt zich niet alleen op de theorie rondom slapen; ook de praktische toepasbaarheid en de vertaalslag naar zorg spelen een belangrijke rol.

### 2. Met zorgtechnologie de eigen regie van cliënten vergroten

Minister Hugo de Jonge nam tijdens een werkbezoek aan Middin een kijkje in de keuken en zag hoe de organisatie de eigen regie van cliënten vergroot door de inzet van zorgtechnologie.

### 3. Gezond slaappatroon bewoners Leekerweide

Yvonne Komen (nachtzorg), Lissa Damasco (begeleider) en Erik van de Klei (ouder) over het belang van goed slapen en hun positieve ervaringen met de inzet van zorgtechnologie.

### 4. Versterken digitale vaardigheden belangrijker dan ooit

Nieuw onderzoek van Vilans naar digitale vaardigheden in de praktijk van de zorg helpt projectleiders om te kiezen voor slim maatwerk. Zeer relevant nu door de coronacrisis zoveel mogelijk digitaal werken een pure noodzaak is geworden.

### 5. Profila Zorg wil de sociale contacten van haar cliënten verstevigen

Bestuurder Peter van Wijk, verwante Bartho Braat en teammanager Stephan Govers gaan in op de vraag hoe je technologie kunt inzetten om de cliënt in de directe zorg mogelijkheden te bieden om zijn sociale contacten te verstevigen.



## Top 5 social posts

De artikelen die we delen op het Kennisplein gehandicaptensector, verspreiden we ook via de sociale mediakanalen. We maakten een top 5 van best bekeken berichten. Opvallend is dat Facebook in de top 5 niet voorkomt, omdat de berichten via LinkedIn meer geliked worden en een groter bereik hebben. Ook voor overige berichtgeving via de socials van het kennisplein zien we een toename via LinkedIn en een afname via Facebook.

Bericht	Kanaal	Likes	Bereik
<a href="#">Gezond slaappatroon bewoners Leekerweide</a>	LinkedIn	41	2.926
<a href="#">Lancering podcast Held in de nacht</a>	LinkedIn	40	3.085
<a href="#">Met zorgtechnologie de eigen regie van cliënten vergroten (Middin- werkbezoek minister De Jonge)</a>	LinkedIn	35	2.330
<a href="#">Wakkere inzichten rondom nachtzorg tijdens symposium Held in de nacht</a>	LinkedIn	23	1.986
<a href="#">Profila Zorg wil de sociale contacten van haar cliënten verstevigen</a>	LinkedIn	22	1.870

## Reflectie en vooruitblik

Innovatie-impuls is goed op weg. De deelnemers aan de Innovatie-impuls stellen zich open op om met en van elkaar te leren. Een onderzoek naar de kwartiermakersfase is afgerond. Daarmee komt veel kennis vrij die van belang is voor de hele sector. Door de toename in kennisontwikkeling verwachten we dat de kennisverspreiding zal toenemen in de volgende fase van het project.

Voor de komende periode zijn meerdere berichten over het project gepland, worden de deelnemerspagina's ingericht en zullen we structureel nieuwsberichten versturen.

Om via het kennisplein en sociale media een nog breder publiek te bereiken, zullen we meer diverse content gaan maken. We denken daarbij vooral aan video's, vlogs en praktische tips voor de cliënten, naasten en zorgprofessionals die weinig tijd en een voorkeur voor beeld hebben.

Een serie webinars is in de maak. Door de uitkomsten van deze digitale werksessies te delen, neemt het bereik van de kennis toe.

Een eerder gepland congres kon in verband met de coronamaatregelen niet doorgaan. Op dit moment worden voorbereidingen getroffen voor een online congres Volwaardig leven in de laatste week van november 2020, met daarin ook aandacht voor de Innovatie-impuls.



Hoofdstuk 4

**Startsituatie in beeld**

## 4.1 Inleiding

Voor u ligt de rapportage “Startsituatie in beeld”, waarin we verslag doen van de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls.

### **Deze rapportage bestaat uit drie delen.**

In deel I beschrijven we de situatie van de 39 gehandicaptenzorgorganisaties die deelnemen aan deze fase van de Innovatie-impuls. In de kwartiermakersfase hebben zij een zorginhoudelijk vraagstuk geformuleerd en zijn ze gestart met het in kaart brengen van organisatiecontext en ICT-operatie. In de volgende fase, de implementatiefase, krijgen organisaties advies en ondersteuning bij de implementatie van een technologische oplossing die – naar verwachting – bijdraagt aan de oplossing van het zorgvraagstuk. Het in kaart brengen van de startsituatie van zorgorganisaties is relevant omdat de resultaten waardevolle input geven voor het opstellen van haalbare implementatieplannen<sup>1</sup>. En zowel de implementatie als de toegevoegde waarde van de technologie zijn (later) weer onderwerp van onderzoek.

In deel II reflecteren de adviseurs op de periode van de kwartiermakersfase. Wat zien zij als bevorderende en belemmerende factoren?

In deel III beantwoorden we de onderzoeksvragen. Ook bevat dit deel een beschouwing van de resultaten.

Voor de zorgorganisaties geeft deze rapportage een overkoepelend beeld van het project waar ze deel van uitmaken. Voor zorgorganisaties die niet deelnemen aan de Innovatie-impuls en wel technologie op een duurzame manier willen implementeren, valt er veel te leren van de startsituatie van de 39 organisaties en de reflectie op de kwartiermakersfase door de adviseurs.

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 leest u meer over de achtergrond van de Innovatie-impuls én staan de vragen die we in deze rapportage beantwoorden.

Deel I bestaat uit de beschrijving van de onderzoeksmethoden (Hoofdstuk 3) en de resultaten, dat wil zeggen een beschrijving van de startsituatie van de zorgorganisaties (Hoofdstuk 4).

Deel II bevat de reflectie van de adviseurs op de periode van de kwartiermakersfase (Hoofdstuk 5).

Deel III geeft een kort antwoord op de onderzoeksvragen en een beschouwing (Hoofdstuk 6).

---

<sup>1</sup> In het najaar van 2020 analyseren we de implementatieplannen, waarin ook aandacht wordt besteed aan organisatiecontext en ICT-operatie. Over de resultaten van die analyse schrijven we een onderzoeksrapportage.

## 4.2 De Innovatie-impuls en onderzoeksvragen

### Over de Innovatie-impuls

#### Doel

Het doel van de Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg (IIG) is versnelling van de digitale transformatie oftewel het gebruik van technologie in de gehandicaptensector. De technologie moet erop gericht zijn de kwaliteit van leven van mensen met een beperking te verbeteren.

De Innovatie-impuls is onderdeel van het programma Volwaardig Leven, door het ministerie van VWS gestart in oktober 2018. Doel van dit programma is de gehandicaptenzorg en complexe zorg meer passend te maken en beter voor te bereiden op de toekomst. Zodat mensen met een beperking en hun naasten persoonlijke zorg en ondersteuning krijgen van mensen die gemotiveerd en deskundig zijn. In de gehandicaptenzorg krijgen ongeveer 130.000 mensen elke dag intensieve zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Zij hebben vaak hun hele leven en op meerdere gebieden hulp of begeleiding van anderen nodig. Deze afhankelijkheid maakt hen kwetsbaar. Juist deze mensen en hun naasten moeten kunnen rekenen op goed geregelde zorg en ondersteuning. Zodat ook zij volwaardig kunnen leven. [Lees meer over het programma Volwaardig leven >](#)

De Innovatie-impuls heeft als doel bij te dragen aan de beweging die binnen Volwaardig Leven op gang gebracht wordt, specifiek door bestaande technologie in te zetten en duurzaam te borgen in de sector. Achtergrond is dat er veel mooie initiatieven zijn op het gebied van technologische innovatie binnen de gehandicaptenzorg. Maar het blijft echter vaak bij deze individuele initiatieven. De implementatie en opschaling van innovatie blijkt een groot struikelblok. Vanuit de Innovatie-impuls worden zorgorganisaties ondersteund in dit vaak lastige proces. Centraal staat de duurzame implementatie van technologie in de zorg – het gaat niet om de ontwikkeling van nieuwe technologie. [Lees meer over de Innovatie-impuls >](#)

Kenmerkend aan de Innovatie-impuls is dat het ontwerpen van de aanpak parallel aan de uitvoering ervan verloopt: niet alles staat van tevoren vast. De keuze voor de technologie volgt op de uitwerking van de cliëntvraag, het implementatieplan wordt vastgesteld op basis van onder andere informatie uit de context van de organisatie, onderzoeksvragen volgen uit de doelstellingen per organisatie, et cetera. Kenmerkend is bovendien dat implementatie, onderzoek en kennisverspreiding drie onderling afhankelijke en elkaar versterkende pijlers zijn. De aanpak wordt gevoed door kennis en inzichten uit de (wetenschappelijke) implementatie-, onderzoeks- en communicatieliteratuur. Verwachting is dat deze totaalaanpak leidt tot succes.

#### Uitgangspunten

Drie uitgangspunten van de Innovatie-impuls:

1. De technologie moet gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten en de technologie moet ingebed worden in werkprocessen. Het gaat om implementatie van een bestaande technologie.
2. Startpunt is een relevant zorginhoudelijk vraagstuk, geformuleerd vanuit het perspectief van de

cliënt, samen met cliënten en/of naasten.

3. De zorgorganisatie stelt een kwartiermaker/projectleider aan, die ondersteund wordt door IIG-adviseur(s), communicatiespecialisten, onderzoekers en experts. De implementatie in de zorgorganisatie wordt geleid door een multidisciplinair projectteam, met onder andere zorgverleners, cliëntenraad/MR, IT-afdeling, RvB/directie.

***Dit zijn de 6 IIG zorgthema's:***

1. Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap
2. Goed leven
3. Lekker slapen
4. Veiligheid en vertrouwen
5. Sociale contacten
6. Begrepen worden

**Kwartiermakersfase en implementatiefase**

De Innovatie-impuls kent twee fasen: de kwartiermakersfase en de implementatiefase. Hiervoor maken we gebruik van het Implementatie-stappenmodel van ZonMw (zie kader), waarin de stappen benoemd worden. Die stappen omvatten allerlei activiteiten en tips & tricks.

In de kwartiermakersfase worden de eerste vier stappen doorlopen van het Implementatie-stappenmodel. In stap 1, 2 en 4 staat de analyse en formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk centraal, naast de bepaling van de doelgroep, en het in kaart brengen van de context. In de Innovatie-impuls is dat vertaald naar drie assen waarop een organisatie informatie verzameld en analyseert: inhoud, context en operatie (zie kader). Ook zijn organisaties bezig geweest met de selectie van de technologie (stap 3) die bijdraagt aan de oplossing van het vraagstuk<sup>2</sup>. Door Corona heeft een aantal organisaties vertraging opgelopen; zij hebben stappen 3 en 4 nog niet volledig doorlopen. Met alle informatie die deze fase oplevert, wordt het implementatieplan van de zorgorganisatie gevoed.

In de implementatiefase wordt gewerkt aan de daadwerkelijke implementatie van de gekozen technologie. Doel is de technologie duurzaam te borgen in werkprocessen en daarmee de toegevoegde waarde voor de cliënt te realiseren. Door te monitoren en te evalueren wordt gekeken of de aanpak succesvol is of op punten aangepast moet worden.

---

<sup>2</sup> In een aparte publicatie zetten we het proces van selectie van technologische oplossingen uiteen.



### *Implementatie-stappen model ZonMw*

Gebaseerd op Grol & Wensing, [zie publicatie op de website van ZonMw >](#)

**Stap 1** = doelen bepalen per doelgroep

**Stap 2** = doelgroep analyseren

**Stap 3** = vernieuwing doorlichten

**Stap 4** = context bekijken

Kwartiermakersfase

**Stap 5** = strategie kiezen

**Stap 6** = aanpak bepalen, acties plannen, aanpak communiceren

**Stap 7** = monitoren en evalueren

Implementatiefase

#### *De drie assen van de startsituatie*

**Inhoud** = het zorginhoudelijke vraagstuk vanuit het perspectief van de cliënt

Denk aan: wat is het probleem, bij wie speelt het, omvang en kenmerken van de doelgroep, waarom is het een probleem, wat doet de organisatie nu (of heeft de organisatie al gedaan) om probleem op te lossen?

**Context** = veranderkundig perspectief van de organisatie

Denk aan: visie en ambitie over inzet van zorgtechnologie, leiderschap, formering van projectgroep, opdracht aan projectgroep, verwachte knelpunten en succesfactoren.

**Operatie** = situatie op gebied van ICT en techniek in de organisatie

Denk aan: werken met EPD, overall en altijd wifi aanwezig, digitale vaardigheden van medewerkers, innovatie-minded, positie van ICT-afdeling.

Door deze stappen met veel zorgorganisaties tegelijkertijd te doorlopen, en samen te leren, is de verwachting dat iedere zorgorganisatie zichzelf het implementatieproces eigen kan maken. Zodat bij een volgend vraagstuk het proces wat sneller, en weer beter, doorlopen kan worden. Een zorgorganisatie die geen (goede) ervaring heeft, zal stappen zetten om te zien en te organiseren wat nodig is om technologie te implementeren. Een zorgorganisatie die meer of veel (goede en/of minder goede) ervaring heeft, zal stappen zetten in versnelling in implementatie.

#### **Adviseurs en bijeenkomsten**

Iedere zorgorganisatie heeft een 'eigen' toegewezen adviseur, die vanuit de Innovatie-impuls de organisatie ondersteunt. Motto is: voordoen, samen doen, zelf doen. Organisaties met weinig tot geen ervaring worden op een andere manier door de adviseur ondersteund (voordoen), dan organisaties met meer ervaring (zelf – beter – doen). Iedere organisatie krijgt advies op maat. De adviseurs zijn geselecteerd op hun kennis en vaardigheden. Zij hebben intervisie met elkaar, delen bruikbare tools,

en raadplegen elkaar bij vragen. Voor Corona waren zij veelvuldig in de organisaties te vinden, tijdens Corona is een groot deel van hun activiteiten verschoven naar online ondersteuning en advies. In de kwartiermakersfase zijn 16 adviseurs actief geweest bij de 39 organisaties.

In de kwartiermakersfase zijn drie bijeenkomsten (werkplaatsen genoemd) georganiseerd waarop de kwartiermakers en anderen uit de zorgorganisaties elkaar ontmoeten, kennis opdoen en ervaringen uitwisselen. De vierde werkplaats ging in maart 2020 niet door vanwege Corona. Ervaringsdeskundigen, onderzoekers en communicatiespecialisten sloten steeds aan. Op de tweede en derde (en vierde) werkplaats was er ruimte voor ontmoeten en leren voor zorgorganisaties met een vraagstuk op hetzelfde thema, waarbij ook experts op het specifieke thema aansloten.

### **‘Startsituatie in beeld’: onderzoeksvragen**

Deze rapportage geeft een beeld van de startsituatie van de 39 zorgorganisaties die deelnamen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls. De nadruk ligt op de eerste as: het zorginhoudelijke vraagstuk en specifiek het proces van vraagverheldering<sup>3</sup>. Het beeld is een overkoepelend beeld, er worden geen uitspraken over individuele zorgorganisaties gedaan. Ook worden de zorgorganisaties in deze rapportage niet met naam genoemd. Wel worden de resultaten gebruikt als input voor het implementatieplan dat individuele zorgorganisaties samen met hun adviseur zullen opstellen.

In deze rapportage beantwoorden we de volgende vragen:

#### **Deel I – De startsituatie van de zorgorganisaties in cijfers**

1. Hoe verliepen werving en aanmelding van de zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls? Het gaat om: manier van werving, motieven in brief, functie ondertekenaar brief.
2. Wat zijn kenmerken van zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase? Dit zijn: locatie, aantal medewerkers, aantal cliënten, of technologie genoemd staat in de visie, functie kwartiermaker, ingeschatte ervaring met technologie, deelname aan werkplaatsen in kwartiermakersfase.
3. Bij het proces van vraagverheldering: waren cliënten, naasten, zorgverleners, ICT-afdeling, en RvB betrokken? En hoe?
4. Wat zijn de zorginhoudelijke vraagstukken van de zorgorganisaties waarmee ze aan de slag willen binnen de Innovatie-impuls? Met welke doelgroepen?
5. Hoeveel zorgorganisaties gaan wel of niet door naar de implementatiefase? Wat zijn redenen voor niet-doorgaan? Wat zijn onderscheidende kenmerken?

#### **Deel II – Reflectie van adviseurs op kwartiermakersfase**

6. Wat hebben adviseurs als bevorderende en belemmerende factoren ervaren in de werkwijze van de Innovatie-impuls? Waar ligt volgens hen de toegevoegde waarde van het programma?

---

<sup>3</sup> Zoals gezegd liep het in kaart brengen van de situatie op de assen ‘context’ en ‘operatie’ door Corona vertraging op, waardoor (op dit moment) geen volledig beeld geschetst kan worden. We analyseren de implementatieplannen van de organisaties met aandacht voor organisatiecontext en ICT-operatie (rapportage najaar 2020).



## 4.3 De startsituatie van de zorgorganisaties in cijfers

Deel I

### **Methoden van onderzoek**

In de kwartiermakersfase hebben adviseurs en kwartiermakers activiteiten uitgevoerd om het vraagstuk te verhelderen, en de organisatie- en ICT-context in kaart te brengen. Met name door Corona hebben organisaties in de kwartiermakersfase wel het vraagstuk verhelderd, maar zijn veel organisaties nog onvoldoende toegekomen aan context (veranderkundig perspectief van de organisatie) en operatie (situatie op gebied van ICT en techniek). Deze rapportage betreft daarmee vooral het proces rondom de vraagverheldering. In het najaar van 2020 analyseren we de implementatieplannen, waarin ook data over context en operatie opgenomen worden. Over de resultaten van die analyse schrijven we een rapportage.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we verschillende methoden gebruikt. Als onderzoekers hebben we niet zelf nieuwe data verzameld, maar gebruik gemaakt van wat er is en adviseurs en kwartiermakers gevraagd verslag te leggen van enkele kenmerken van hun activiteiten. We wilden de belasting (voor onderzoek) voor kwartiermakers en anderen in de organisaties, en voor de adviseurs, zo laag mogelijk houden. Methoden zijn:

- Raadpleging betrokkenen
- Analyse motivatiebrieven
- Internetsearch
- Analyse data uit verslaglegging activiteiten
- Interviews met adviseurs

Alle informatie is, per organisatie, in Excel opgenomen. Analyses zijn in Excel uitgevoerd.

### **Raadpleging betrokkenen**

In 2019 zijn door het ministerie van VWS, Vilans en Academy Het Dorp activiteiten uitgevoerd om zorgorganisaties te werven voor deelname aan de Innovatie-impuls. We inventariseerden deze activiteiten door met betrokkenen van die drie organisaties daarover te spreken. Ook hebben we met de projectassistent in kaart gebracht welke organisaties aanwezig waren op welke werkplaatsen (bijeenkomsten voor alle organisaties).

### **Analyse motivatiebrieven**

Om de motivatie voor deelname in kaart te brengen, zijn alle 39 motivatiebrieven die de organisaties instuurden, geanalyseerd. We keken naar zorgthema's waarop zij zich inschreven (aantal en welke), functie van de ondertekenaar van de brief, en naar de beschreven motivatie voor deelname. Over dit laatste: een onderzoeker heeft alle motivaties per organisatie genoteerd en over de organisaties heen gecategoriseerd.

### **Internetsearch**

Via een internetsearch – de websites van alle organisaties – zijn de volgende kenmerken in kaart gebracht: aantal cliënten, aantal medewerkers, locatie hoofdkantoor. Ook is gekeken of technologie of innovatie expliciet genoemd wordt in de missie/visie van de organisatie.

### **Analyse data uit verslaglegging activiteiten**

In de kwartiermakersfase hebben adviseurs en kwartiermakers activiteiten uitgevoerd, met name om het zorginhoudelijke vraagstuk van de organisatie te verhelderen. Team Onderzoek heeft voor de verslaglegging van die activiteiten een format ontwikkeld. Dit format geeft ruimte om – per activiteit – een aantal kenmerken van die activiteit in te vullen; het gaat om datum en duur van de activiteit, soort activiteit en een korte samenvatting van bevindingen, of het gaat om een activiteit voor vraagverheldering, organisatie-context of ICT-operatie, aantal en rol/functie van betrokkenen bij de activiteit (waaronder cliënten, cliëntenraad, zorgprofessionals, beleidsmedewerkers, RvB). Dit format kon in Word of via een online vragenlijst (Survalyzer) ingevuld en opgeslagen worden. 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. Een klein aantal adviseurs had de verslaglegging medio april 2020 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.

In het format kon per ingevulde activiteit aangegeven worden of het informatie opleverde voor vraagverheldering, organisatie-context en/of ICT-operatie. Regelmatig was meer dan één doel aangekruist. We hebben alle verslagen meegenomen in de analyse, waardoor het niet uit te sluiten is dat bijvoorbeeld een verslag dat enkel ging om ICT-operatie, hier geanalyseerd is in het kader van vraagverheldering.

Per organisatie is geanalyseerd wat voor soort activiteiten er hebben plaatsgevonden tijdens de kwartiermakersfase, wie daarbij betrokken waren, welk zorginhoudelijke vraagstuk zij willen beantwoorden en op welke doelgroep dit betrekking heeft. Dit is per organisatie samengevat en deze samenvatting is ter check naar de adviseurs gestuurd. Deze samenvatting diende als basis voor het interview.

### **Interviews met adviseurs**

In de laatste week van april en eerste twee weken van mei 2020 zijn de hierboven genoemde samenvattingen met de adviseurs doorgenomen en in voorkomende gevallen aangevuld. De onderzoekers hebben daarna het Excel-bestand weer aangevuld. Alle vijftien adviseurs die op dat moment betrokken waren, zijn geïnterviewd. Per samenvatting/organisatie is ongeveer 45 minuten gesproken. De lengte van de interviews varieerde omdat de ene adviseur meer organisaties ondersteunde dan de andere adviseur (vijf adviseurs ondersteunen ieder één organisatie, drie adviseurs ondersteunen ieder twee organisaties, één adviseur ondersteunt drie organisaties, vijf adviseurs ondersteunen ieder vier organisaties, en één adviseur ondersteunt vijf organisaties).

Adviseurs is in het interview gevraagd aan te geven hoe zij de organisaties die zij adviseren scoren op

‘ervaring met implementatie van technologie’, waarbij een 1 betekent dat hun inschatting is dat een organisatie daar geen ervaring mee heeft en een 5 dat een organisatie er heel veel ervaring mee heeft. Er waren geen specifieke criteria opgesteld; adviseurs schatten dit zelf in en gaven uitleg bij de gegeven score. Adviseurs gaven een score van 4 of 5 aan organisaties die al eerder een technologie duurzaam geïmplementeerd hebben, regelmatig technologische vraagstukken oppakken of innovatie rondom technologie succesvol benaderen vanuit een bestaande cliëntvraag. Ervaring werd dus niet zozeer gezien als het vaak uitproberen van technologieën, maar meer om eerdere duurzame implementatie van technologie. In analyses hebben we scores van 3 of lager als ‘minder ervaren’ gecategoriseerd en scores van 4 of 5 als ‘meer ervaren’. Op verschillende plekken in deze rapportage nemen we deze scores mee.

## **Resultaten**

### **Werving en aanmelding**

Hoe verliepen werving en aanmelding van de zorgorganisaties die deelnamen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls? Het gaat om: manier van werving, motieven in brief, functie ondertekenaar brief.

### **Werving**

Er is een officiële uitnodiging van de minister van Volksgezondheid via post of mail verstuurd naar de, bij het ministerie bekende, 342 zorgaanbieders uit de gehandicaptensector. Deze uitnodiging heeft ook op de website van de Tweede Kamer gestaan, evenals de website van het programma Volwaardig Leven, waar de Innovatie-impuls een onderdeel van is. Daarnaast is een bericht van deze uitnodiging gedeeld via LinkedIn, via websites en nieuwsbrieven van Vilans en Academy Het Dorp, via een podcast, brochures en door mond op mond reclame.

Vervolgens is op vergelijkbare wijze een oproep voor twee informatiebijeenkomsten gedeeld via websites en LinkedIn van VWS, Vilans, Academy Het Dorp en Volwaardig Leven. Bij de eerste informatiebijeenkomst waren zes zorgorganisaties aanwezig als deelnemer, waarvan drie organisaties die zich hebben aangemeld voor de Innovatie-impuls. Daarnaast waren er van vijf organisaties specialisten aanwezig. Twee van die organisaties waren zowel aanwezig als deelnemer, als expert. Bij de tweede bijeenkomst waren 36 zorgorganisaties aanwezig als deelnemer, waarvan twintig zich hebben aangemeld voor de Innovatie-impuls. Eén van deze zorgorganisaties was ook aanwezig op de eerste informatiebijeenkomst. Bij de tweede informatiebijeenkomst waren daarnaast van 18 organisaties specialisten aanwezig. Negen van die organisaties waren zowel aanwezig als deelnemer, als expert. Daarna hebben 39 organisaties zich aangemeld door middel van het versturen van een motivatiebrief.

### **Aanmelding: motivaties in brief**

Organisaties hebben in de aanmeldingsbrief voor deelname aan de Innovatie-impuls één (n=3), twee (n=11) of drie (n=25) motivaties voor deelname genoemd (Figuur 1). Waar organisaties twee of drie motivaties noemden, hebben we deze ‘als tweede genoemd’ en ‘als derde genoemd’ opgenomen. De eerstgenoemde motivatie is de motivatie die het duidelijkst naar voren kwam uit de aanmeldingsbrief.

Voor twaalf organisaties is de eerste motivatie dat deelname in lijn is met de ambitie/doelstelling van de organisatie. Zo gaven organisaties in de motivatiebrief aan dat ze meer willen doen met innovatie, dat innovatie op de strategische agenda staat en dat ze willen inspelen op de toekomst en toekomstige zorgvraag van cliënten.

#### **Motivatie voor deelname: ambitie / doelstelling**

“De ervaring die we de afgelopen periode hebben opgedaan smaakt naar meer. Er zijn veel vragen in de organisatie, maar door het ontbreken van een visie op innovatie kunnen we dit onvoldoende faciliteren. Voor 2019 staat het ontwikkelen en uitvoeren van innovatiebeleid op de strategische agenda. Een belangrijk thema om op te innoveren de komende jaren is de inzet van zorgtechnologie. Wij verwachten dat deze Innovatie-impuls gehandicaptenzorg voor ons een mooie ervaring is om te leren hoe we innovatieverandering kunnen inrichten.”

“Het vertrekpunt voor het toepassen van technologie is dat de organisatie in staat wil zijn aan de toekomstige zorgvraag van de cliënten te blijven voldoen. En tevens dat de inzet van technologie meerwaarde oplevert voor cliënten en hun naasten en voor medewerkers. Technologie zien we als vanzelfsprekend onderdeel van de zorg die we aan onze cliënten bieden.”

“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.”

Bij acht organisaties kwam de motivatie ‘het vinden van een oplossing van een vraagstuk binnen een van de zes zorgthema’s’ het sterkst naar voren. Er werd onder andere genoemd dat de organisatie voor nieuwe uitdagingen staat waarvoor technologie een oplossing kan bieden of dat technologie juist nieuwe kansen biedt om nog beter aan te sluiten op de zorgvraag van de cliënt.

#### **Motivatie voor deelname: oplossing voor vraagstuk**

“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. Die uitdagingen strekken verder dan we de ons nu beschikbare technologie kunnen ondervangen.”

“Wij proberen in onze reguliere zorg, en in de door ontwikkeling van behandeling en begeleiding, continue te onderzoeken hoe wij kunnen blijven aansluiten op de vraag van de cliënt. Wij zien als organisatie nieuwe (technische) kansen die wij willen verkennen om de cliënt beter te begrijpen.”

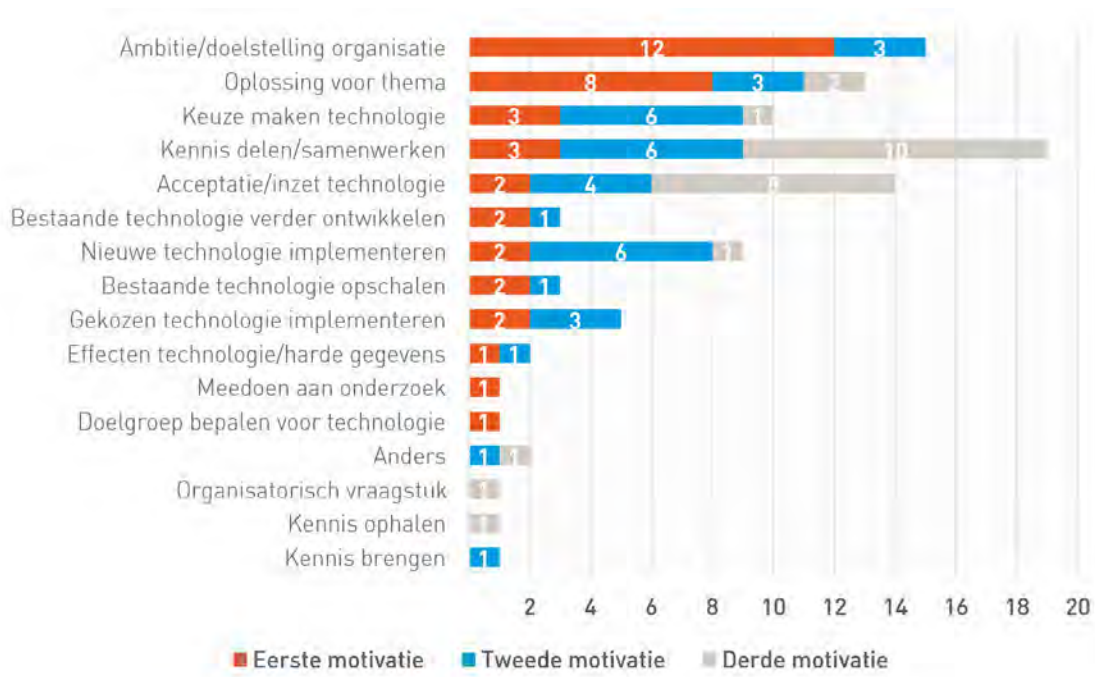
De meest genoemde motivatie is het delen van kennis en samenwerken met andere organisaties (n=19). Organisaties zien hier voordeel in, om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen, om van elkaar te leren wat wel en niet werkt in de praktijk en om innovatie meer onder de aandacht te brengen in de organisatie.

#### **Motivatie voor deelname: kennis delen en samenwerken**

“Wij geloven in de kracht van samenwerken en het delen van kennis. Waarom allemaal apart het wiel uitvinden, terwijl we dit ook gezamenlijk zouden kunnen oppakken? We vinden daarom dat wij alles wat we weten en kunnen moeten delen, maar dat we ook goed om ons heen moeten kijken en moeten leren van onze collega zorgorganisaties en moeten samenwerken met partners buiten onze sector.”

“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.”

## Motivaties in aanmeldingsbrief



Figuur 1. Motivaties benoemd in aanmeldingsbrief. In de brief werden door alle 39 organisaties een, twee of drie motivaties beschreven voor deelname aan Innovatie-impuls. In de figuur staat het aantal keren dat een motivatie is gegeven. Drie organisaties noemden geen tweede motivatie, 14 organisaties noemden geen derde motivatie.

## Zorgthema bij aanmelding

In de aanmeldingsbrief benoemden de zorgorganisaties één of meer van de zes zorgthema's waar zij in geïnteresseerd waren (Figuur 2). Veertien organisaties hebben meer dan één zorgthema genoemd, waardoor het totaal aantal benoemde zorgthema's uitkwam op 53. De helft van de zorgorganisaties benoemde 'Zelfredzaamheid' als zorgthema en een derde deel 'Begrepen worden'. De meest voorkomende combinaties van zorgthema's waren 'Begrepen worden' / 'Veiligheid en vertrouwen', en 'Goed leven' / 'Zelfredzaamheid' (allebei drie keer).

## Zorgthema's benoemd bij aanmelding voor Innovatie-impuls



Figuur 2. Benoemde zorgthema's bij aanmelding door 39 organisaties. In totaal 53 zorgthema's benoemd (één thema: n=25, twee-zes thema's: n=14). Anders (n=2): zorgvraag rondom leren en eigen regie (n=1), onbekend (n=1).

### Functie ondertekenaar aanmeldingsbrief

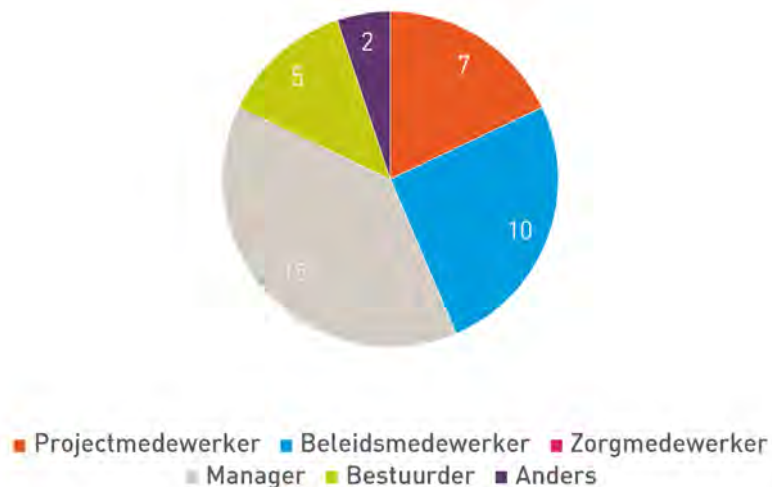
De 39 aanmeldingsbrieven zijn ondertekend door functionarissen uit allerlei geledingen van zorgorganisaties, zie Figuur 3a.



Figuur 3a. Overzicht van alle functietitels van 39 ondertekenaars van de aanmeldingsbrief.

Deze functietitels zijn onderverdeeld in vijf functieprofielen (Figuur 3b): projectmedewerker, beleidsmedewerker, zorgmedewerker, manager en bestuurder. Verreweg de meeste aanmeldingen voor de Innovatie-impuls zijn ondertekend door managers of beleidsmedewerkers (n=25).

### Functie briefschrijvers binnen zorgorganisaties (N=39)



Figuur 3b. Functies van ondertekenaar van aanmeldingsbrief, onderverdeeld in vijf functiegroepen. Anders (n=2): van 1 ondertekenaar is functie onbekend, van 1 is functie "gids samen vernieuwen".



## Kenmerken van zorgorganisaties

Wat zijn kenmerken van zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase?

Dit zijn: locatie van hoofdkantoor, aantal medewerkers, aantal cliënten, of technologie genoemd wordt in de visie, functie kwartiermaker, ingeschatte ervaring met technologie, deelname aan werkplaatsen in kwartiermakersfase.

### Locatie van hoofdkantoor

De 39 zorgorganisaties hebben hun hoofdkantoor verspreid over Nederland (zie Figuur 4). Alleen Friesland en Drenthe zijn niet vertegenwoordigd.

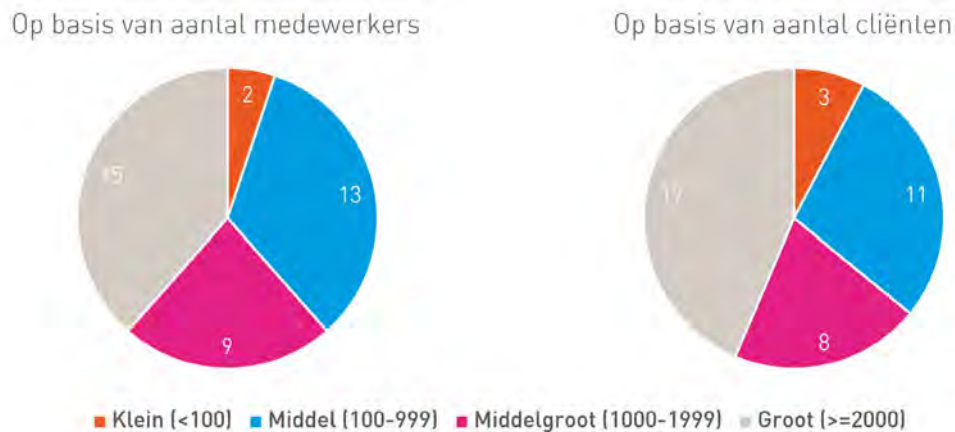


Figuur 4. Plaats van hoofdkantoor van de 39 zorgorganisaties in Innovatie-impuls.

### Organisatiegrootte

Niet alleen een aantal kleine organisaties doet mee, maar ook een aantal grote organisaties (met meer dan tweeduizend medewerkers en cliënten), zie Figuur 5.

## Grootte van de organisaties in Innovatie-impuls (N = 39)



Figuur 5. Organisatiegrootte van deelnemers in Innovatie-impuls (N=39). Links het aantal medewerkers, rechts het aantal cliënten.

### Technologie in visie

We hebben op de websites van de organisaties gekeken of ‘technologie’ of ‘innovatie’ wordt genoemd in de visie (die veelal kort benoemd staat op de website). Drie van de 39 organisaties benoemen technologie in hun visie op hun website. Dit is opvallend, aangezien zeker vijftien organisaties hun deelname aan de innovatie-impuls vinden passen bij de ambitie/doelstelling van de organisatie (Figuur 1). Tegelijkertijd staat technologie of innovatie mogelijk wel benoemd, bijvoorbeeld in relatie tot persoonsgerichte zorg, in jaarplannen of andere documenten.

### Functie kwartiermakers

Iedere organisatie benoemde een kwartiermaker. Kwartiermakers zijn veelal ook de projectleider van de Innovatie-impuls in de organisaties. Ze onderhouden contact met de adviseur en geledingen in de organisatie. Kwartiermakers hebben verschillende functietitels (zie Figuur 6a).



Figuur 6a. Overzicht van functietitels van de 39 kwartiermakers.

De functietitels zijn onderverdeeld in vijf functieprofielen (Figuur 6b): projectmedewerker, beleidsmedewerker, zorgmedewerker, manager en bestuurder. Verreweg de meeste kwartiermakers vallen in de categorie manager of beleidsmedewerker (n=25). Twee kwartiermakers zijn zorgmedewerker.

### Functie kwartiermakers binnen zorgorganisaties (N=39)



Figuur 6b. Functies van kwartiermakers, onderverdeeld in vijf functiegroepen.

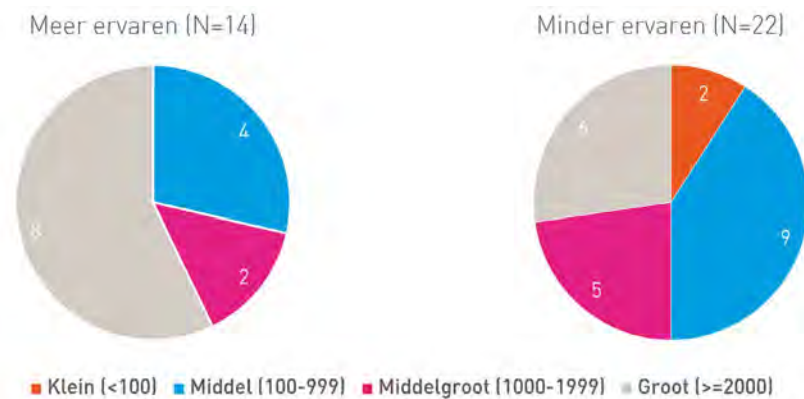
### Ervaring met zorgtechnologie (in relatie tot organisatiegrootte)

Aan adviseurs is in het interview gevraagd aan te geven hoe de organisaties die zij adviseren scoren op 'ervaring met implementatie van technologie' (zie Hoofdstuk 3). Deze scores zijn vervolgens ingedeeld naar 'minder ervaren' (scores 1-2-3) en 'meer ervaren' (scores 4-5) (Figuur 7).

'Meer ervaren' organisaties (n=14) zijn organisaties die al eerder een technologie duurzaam geïmplementeerd hebben, regelmatig technologische vraagstukken oppakken of innovatie rondom technologie succesvol benaderen vanuit een bestaande cliëntvraag. Het gaat dus niet zozeer om het vaak uitproberen van technologie, maar juist om eerdere duurzame implementatie van technologieën. Van de veertien organisaties zijn er acht grote organisaties.

'Minder ervaren' organisaties (n=22) zijn organisaties die vrij eenvoudige plug-and-play technologieën gebruiken en organisaties die weinig draagvlak voor technologie weten te creëren op de werkvloer doordat de ingezette technologie niet aansluit bij de cliëntvraag. Het grootste deel is een middelgrote organisatie (9 van de 22). Aan drie organisaties kon geen score toegekend worden.

## Grootte van organisaties in relatie tot ervaring met implementatie van technologie (N=36)



Figuur 7. Overzicht van organisatiegrootte in relatie tot ingeschatte ervaring met implementatie van technologie.

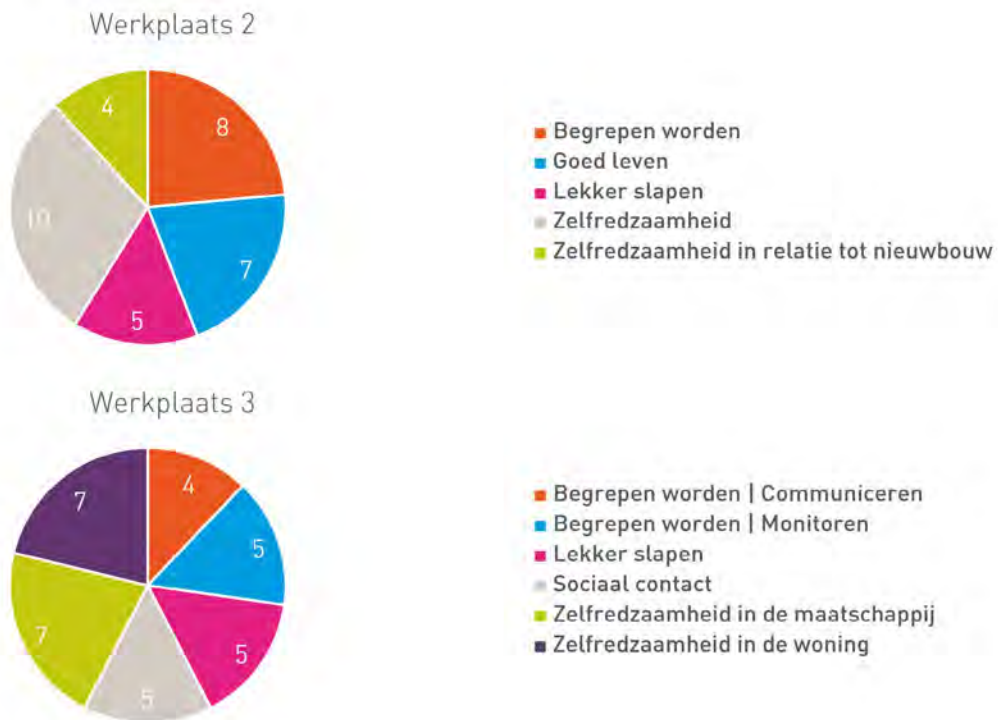
### Deelname aan werkplaatsen

Tijdens de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls hebben er drie werkplaatsen plaatsgevonden (27 september 2019, 18 november 2019, 13 januari 2020). Een vierde werkplaats, gepland voor 13 maart 2020, kon door de Corona-crisis niet doorgaan. Op de tweede en derde (en de vierde) werkplaats was er ruimte voor ontmoeten en leren voor zorgorganisaties met een vraagstuk op hetzelfde zorgthema, waarbij ook experts op het specifieke thema aansloten. Vanaf de tweede werkplaats ontstonden meer specifieke benamingen voor de zorgthema's waarbinnen organisaties een vraagstuk formuleerden. Zo zijn er bijvoorbeeld binnen het zorgthema 'Begrepen worden' organisaties die zich specifiek richten op communiceren en op monitoren. En binnen het zorgthema 'Veiligheid en vertrouwen' zijn er organisaties die zich specifiek richten op veiligheid en zelfredzaamheid in de woning. Verslagen van de drie werkplaatsen zijn opgenomen in Bijlage 1.

De eerste werkplaats werd door 68 personen (52 van zorgorganisaties) bezocht, de tweede door 76 (58 van zorgorganisaties) en de derde door 69 personen (53 van zorgorganisaties). De aanwezigen waren afkomstig van 47 verschillende organisaties, waarvan een groot gedeelte van de deelnemende organisaties, maar ook aanwezigen van onder andere Academy Het Dorp, Vilans en VWS. Bij alle werkplaatsen zijn ervaringsdeskundigen aangesloten (twee tijdens de eerste, drie tijdens de tweede en vier tijdens de derde).

Bij de eerste en tweede werkplaats waren zes van de 39 organisaties afwezig, bij de derde werkplaats waren zeven organisaties afwezig (Figuur 8). Twee organisaties zijn bij geen enkele werkplaats aanwezig geweest (beiden niet meer actief in de Innovatie-impuls). Daartegenover staat dat 27 zorgorganisaties bij alle drie de werkplaatsen vertegenwoordigd waren.

## Groepsindeling op thema bij werkplaatsen 2 en 3 (aantal organisaties per thema)



Figuur 8. Aantal organisaties dat op deze werkplaatsen aanwezig was, naar thema. Bij de tweede werkplaats waren 33 organisaties aanwezig, waarvan één deelnam aan zowel het thema Zelfredzaamheid als Goed leven. Bij de derde werkplaats waren 32 organisaties aanwezig, waarvan één organisatie deelnam aan zowel het thema Lekker slapen als Zelfredzaamheid in de maatschappij.

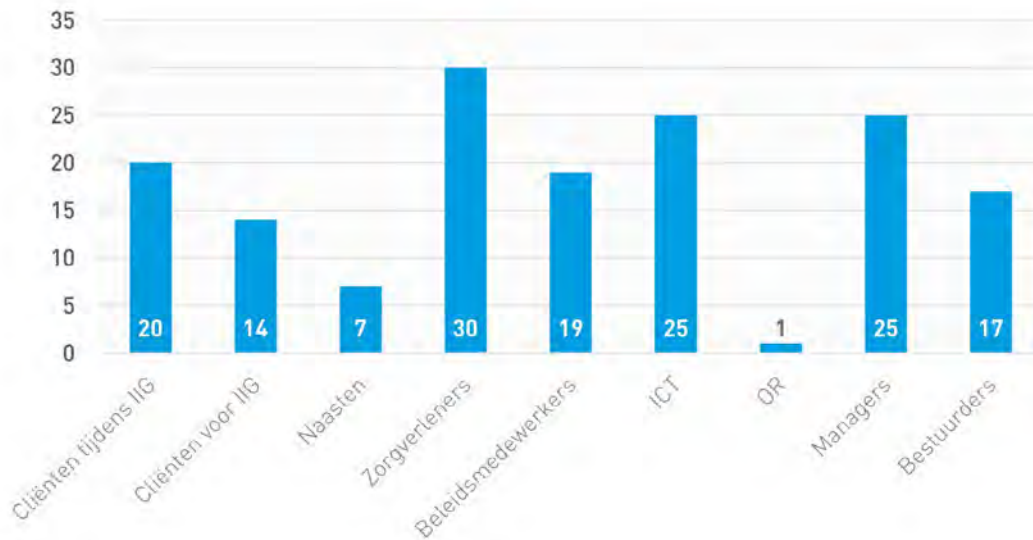
### Proces van vraagverheldering: wie waren betrokken?

Bij het proces van vraagverheldering: waren cliënten, naasten, zorgverleners, ICT'ers, en bestuursleden betrokken? En hoe?

De startsituatie van een zorgorganisatie heeft drie assen: inhoud/vraag, context en operatie. Vanwege Corona hebben veel organisaties niet het complete plaatje kunnen schetsen. Er is door de organisaties wel veel aandacht besteed aan de vraagverheldering (as: inhoud). Vandaar dat we ons in deze paragraaf focussen op het proces van vraagverheldering.

Eén van de uitgangspunten van de Innovatie-impuls is dat de technologische oplossing die in de implementatiefase geïmplementeerd zal worden, (deels) een oplossing biedt voor een zorginhoudelijk vraagstuk van cliënten. Dat laatste betekende dat de vraag verhelderd en geformuleerd moest worden met betrokkenheid van cliënten, naasten en zorgverleners (de driehoek). Figuur 9 toont dat dertig organisaties zorgverleners betrokken, 27 organisaties betrokken cliënten (n=14 vóór en n=20 tijdens de Innovatie-impuls, met n=7 overlap) en zeven organisaties betrokken naasten.

## Betrokken groepen bij in kaart brengen van startsituatie



Figuur 9. Aantal zorgorganisaties dat deze groep heeft betrokken (N=39). Onder cliënten tijdens IIG vallen zowel cliënten als vertegenwoordigers uit de cliëntenraad.

### Cliënten

Van de 39 zorgorganisaties hebben er 27 cliënten betrokken bij de vraagverheldering (voor de overige twaalf organisaties: zie volgende paragraaf). Cliënten zijn betrokken voorafgaand aan deelname aan de Innovatie-impuls en tijdens de kwartiermakersfase (dat laatste via individuele cliënten en/of de cliëntenraad) (Figuur 9).

Over de betrokkenheid van cliënten bij 27 organisaties (Figuur 10):

- veertien organisaties hadden al cliënten betrokken bij het zorgvraagstuk voordat de Innovatie-impuls begon; zeven daarvan betrokken ook cliënten tijdens de kwartiermakersfase (individuele cliënten en/of cliëntenraad);
- zeventien organisaties betrokken individuele cliënten tijdens de kwartiermakersfase; acht daarvan betrokken cliënten ook voorafgaand aan Innovatie-impuls en/of via de cliëntenraad;
- zes organisaties betrokken de cliëntenraad tijdens de kwartiermakersfase; vier daarvan betrokken cliënten ook individuele en/of voorgaand.

Van de 27 organisaties is er één die op alle drie de manieren cliënten betrokken heeft.

## Betrokkenheid van cliënten vóór en tijdens Innovatie-impuls (incl. cliëntenraad) (N=27)



Figuur 10. Aantal organisaties dat cliënten betrokken heeft bij de formulering van het zorginhoudelijke vraagstuk (N=27).

Bij de organisaties die individuele cliënten tijdens de kwartiermakersfase betrokken (zeventien van de 27 organisaties), varieerde het aantal betrokken cliënten van één tot negen cliënten. Zij zijn betrokken om het zorginhoudelijk vraagstuk helder te krijgen en de problemen die er spelen inzichtelijk te maken. Hiervoor zijn verschillende vormen gebruikt. Wat het meeste voorkwam was een groepsgesprek of groepssessie met meerdere cliënten (dertien van de zeventien organisaties). Dit was meestal een gesprek met meerdere mensen vanuit verschillende disciplines (bij acht organisaties), maar een gesprek met alleen cliënten en de gespreksleider kwam ook voor (bij vijf organisaties). Eén van de organisaties heeft de groepssessie in de vorm van een focusgroep georganiseerd, andere organisaties deden dit in de vorm van een brainstormsessie, design thinking sessie of huiskamergesprek. Naast groepsbijeenkomsten zijn ook een-op-een gesprekken of interviews met cliënten gevoerd (vijf van de zeventien organisaties).

Bij een aantal organisaties (zes organisaties) zijn cliënten zowel betrokken vóórdat de Innovatie-impuls van start ging als tijdens de kwartiermakersfase (het gaat dan zowel om cliënten als de cliëntenraad). In drie gevallen ging dat om een cliënttevredenheidsonderzoek. De functies van andere betrokkenen die bij deze groeps- of een-op-een-sessies aanwezig waren lopen uiteen. De begeleiders of zorgverleners van de cliënten waren het meest bij deze sessies aanwezig (bij acht van de zeventien organisaties, voor zover genoteerd). Ook de kwartiermaker, manager en adviseur werden meermaals betrokken. Betrokkenen die eenmalig aanwezig waren bij een sessie met cliënten hadden de volgende functies: vrijwilliger, coach, kwaliteitsmedewerker en een gedragsdeskundige.

Verder is de cliëntenraad bij zes organisaties betrokken. Bij een van deze organisaties waren leden van de cliëntenraad betrokken bij een focusgroep over het vraagstuk. Verder was de cliëntenraad betrokken op projectniveau (bijvoorbeeld door documenten mee te lezen) of meegenomen in het proces van de Innovatie-impuls. Bij andere organisaties was de cliëntenraad alleen op de hoogte gesteld van het onderwerp van de Innovatie-impuls, of was er een lid van de cliëntenraad een keer betrokken geweest bij een bijeenkomst om tot de kern van het vraagstuk te komen.



Het merendeel van de organisaties die cliënten hebben betrokken, hebben daarnaast ook zorgverleners betrokken (21 van de 27 organisaties), waarvan vijf organisaties ook naasten hebben betrokken (Figuur 10).

Zeven van de 27 zorgorganisaties die op de een of andere manier cliënten betrokken, gaan op dit moment (vooralsnog) niet door naar de implementatiefase.

### **Ophalen cliëntperspectief via alternatieven**

Twaalf zorgorganisaties betrokken geen cliënten. Vraagstukken van deze organisaties hebben betrekking op de volgende cliëntgroepen (met daarachter het aantal organisaties): Ernstig meervoudige beperking (EMB, n=3), verstandelijke beperking (VB, n=3), licht verstandelijke beperking (LVB, n=2), zintuigelijke beperking (ZB, n=2), niet aangeboren hersenletsel (NAH, n=1) en matig tot ernstige verstandelijke beperking (MEVB, n=1). Meer specifiek zijn genoemd cliënten met psychiatrisch/somatische problematiek, ouderen met dementie en mensen die doof zijn naast een verstandelijke beperking en mensen met moeilijk verstaanbaar gedrag en complexe problematiek. Van één zorgorganisatie is de cliëntgroep onbekend.

Van deze twaalf geven vijf als reden voor het niet betrekken van cliënten dat cliënten een te laag niveau hebben of dat ze niet geschikt zijn om betrokken te worden (EMB, VB).

Tien organisaties hebben via een alternatieve route het cliëntperspectief 'opgehaald'. Acht organisaties betrokken zorgverleners, en één organisatie heeft naasten én zorgverleners betrokken. De tiende organisatie geeft aan dat zij wetenschappelijk onderzoek heeft bestudeerd als alternatief.

### **Naasten**

Zeven zorgorganisaties hebben, tijdens de kwartiermakersfase, naasten van de cliënten betrokken om het vraagstuk te verhelderen (Figuur 10). De organisaties die naasten betrokken richten zich op verschillende doelgroepen, zowel VB, LVB, MEVB, EMB, NAH en Lichamelijke beperking (LB). Van vijf organisaties is bekend op welke manier zij naasten bij betrokken:

- In de verwantenraad met acht naasten besproken
- Een begeleider heeft acht naasten geïnterviewd
- Individuele gesprekken gevoerd met naasten
- Naasten hebben meegedaan met een design-thinking-sessie
- Een 'empathy mapping' sessie met medewerkers en familie

Bij één organisatie waren naasten al voorafgaand aan de Innovatie-impuls betrokken bij het vraagstuk. Daarnaast zijn er twee zorgorganisaties die wel van plan zijn om naasten te betrekken, maar dat het vanwege Corona momenteel niet door kan gaan (n=2) of dat pas gaan doen als de locaties waar de implementatie gaat plaatsvinden bekend zijn (n=1). Verder heeft een organisatie naasten niet bij activiteiten betrokken, maar wel voorbeelden meegenomen die begeleiders over thuissituaties hebben.

Ook bleek dat de verwantenraad soms wel geïnformeerd was, en dat in de implementatiefase naasten

- van cliënten die actief zullen deelnemen- gericht betrokken gaan worden.

Dat cliënten goed voor zichzelf kunnen spreken en dat zij vaak niet willen dat naasten worden bevraagd, worden genoemd als redenen om geen naasten te betrekken.

Van de elf organisaties die (vooralsnog) niet doorgaan naar de implementatiefase heeft één organisatie naasten betrokken tijdens de kwartiermakersfase. De overige 6 organisaties die naasten betrokken tijdens de kwartiermakersfase gaan (vooralsnog) wel door naar de implementatiefase.

### **Zorgverleners**

Dertig van de 39 organisaties betrokken zorgverleners (ook wel zorgmedewerkers genoemd) bij de vraagverheldering tijdens de kwartiermakersfase (Figuur 10). We maakten onderscheid tussen zorgverleners die direct betrokken zijn bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) van de cliënt (ADL-zorgverleners) en zorgverleners die niet direct bij de dagelijkse zorg betrokken zijn, zoals een teamleider, gedragsdeskundige, orthopedagoog.

ADL-zorgverleners zijn bij 25 organisaties betrokken. Andere zorgverleners zijn bij 23 organisaties betrokken. Bij achttien organisaties zijn beide typen zorgverleners betrokken zijn bij het proces van vraagverheldering. Een aantal organisaties betrok zorgverleners ook voorafgaand aan de Innovatie-impuls.

De meeste zorgverleners zijn betrokken geweest bij gesprekken met meerdere mensen, zoals een (brainstorm) sessie, focusgroep of bijeenkomst van de projectgroep.

Van de elf organisaties die (vooralsnog) niet doorgaan naar de implementatiefase hebben vier organisatie zorgverleners betrokken tijdens de kwartiermakersfase, en van drie organisaties is onbekend of zorgverleners zijn betrokken.

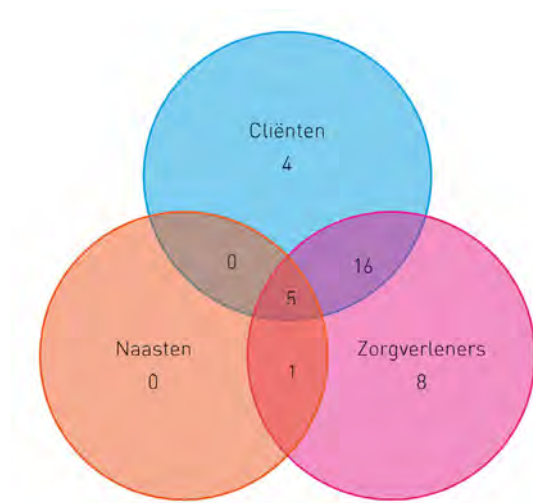
### **Driehoek**

Over de gecombineerde betrokkenheid van cliënten, naasten en/of zorgverleners bij de vraagverheldering zien we in Figuur 11:

- 25 organisaties betrokken cliënten. Van deze 25 betrokken er 21 ook zorgverleners.
- Zes organisaties betrokken naasten; alle zes betrokken ook zorgverleners.
- Dertig organisaties betrokken zorgverleners; 21 daarvan betrokken ook cliënten en 6 daarvan ook naasten.

Van de 36 organisaties zijn er vijf die zowel cliënten, naasten als zorgverleners betrokken bij de vraagverheldering.

## Betrokkenheid cliënten, naasten en zorgverleners



Figuur 11. Aantal organisaties dat cliënten, naasten en/of zorgverleners heeft betrokken tijdens de kwartiermakersfase. In deze diagram zijn alleen organisaties meegenomen waarvan gegevens beschikbaar zijn over het wel of niet betrekken van de genoemde doelgroepen (N=36). Van drie organisaties is het niet bekend of zorgverleners betrokken zijn. Let op: bij twee organisaties is het onduidelijk of zij naast cliënten ook zorgverleners hebben betrokken, vandaar het getal 16 i.p.v. 18.

### Overige betrokkenen

Naast de driehoek van cliënt, naasten en zorgverleners, waren ook anderen betrokken in de kwartiermakersfase.

### Beleidsmedewerkers

Beleidsmedewerkers zijn bij negentien organisaties betrokken. De beleidsmedewerker was ook de kwartiermaker bij elf organisaties en daardoor nauw betrokken bij de gehele kwartiermakersfase, waaronder de vraagverheldering (bijvoorbeeld door het meeschrijven aan een persona en betrokkenheid bij customer journey).

### ICT

ICT-medewerkers zijn bij 25 organisaties betrokken. Bij de meeste organisaties is een ICT manager of medewerker betrokken of bij één of enkele gesprekken aanwezig geweest om de ICT context in kaart te brengen. Bij een aantal organisaties was een ICT-manager ook lid van de projectgroep (soms als kwartiermaker) en daardoor nauwer betrokken bij het vraagverhelderingsproces. Bij één organisatie heeft een ICT manager ook deelgenomen aan de werkplaatsen.

### OR

De ondernemingsraad was bij één organisatie betrokken, in een adviserende rol.

### Manager

Managers zijn bij 25 organisaties betrokken. Bij zes organisaties was de manager ook de kwartiermaker. De managers waren bijvoorbeeld een manager dagbesteding, clustermanager, zorgmanager,

locatiemanager, innovatiemanager, programmamanager of regiomanager. De managers zijn op verschillende manieren betrokken zoals: kennismakingsgesprekken, voortgangsgesprekken of vraagverhelderingssessies.

### **Bestuurder**

Bestuurders zijn bij zeventien van de organisaties betrokken. Zij worden veelal op de hoogte gehouden door de terugkoppeling van de kwartiermaker. Bij één organisatie was de bestuurder aanwezig bij bijeenkomsten van de projectgroep en op deze manier ook betrokken bij de vraagverheldering. Bij één organisatie heeft de bestuurder ook deelgenomen aan de Customer Journey om de kern van het vraagstuk helder te krijgen.

### **Andere functies**

Bij enkele organisaties waren ook anderen nog betrokken, zoals een communicatieadviseur, een collega van de zorgadministratie (die goed is in processen in kaart brengen en daardoor inzicht heeft in waar middelen te vinden zijn), de zorgadviseur van het zorgkantoor, een medewerker van de facilitaire afdeling (meedenken in quick wins in een design thinking sessie), en ICT leveranciers (over wensen en eisen met betrekking tot de technologie).

### **Zorginhoudelijke vraagstukken**

Wat zijn de zorginhoudelijke vraagstukken van de zorgorganisaties waarmee ze aan de slag willen binnen de Innovatie-impuls? Met welke doelgroepen?

In de kwartiermakersfase hebben zorgorganisaties met ondersteuning van hun adviseurs gewerkt aan de formulering van een zorginhoudelijk vraagstuk op een zorgthema. Bij de start van de Innovatie-impuls waren zes zorgthema's benoemd (zie Hoofdstuk 2). Gedurende de kwartiermakersfase zijn de zorginhoudelijke thema's verder uitgediept, wat er toe heeft geleid dat de benaming van de thema's is mee veranderd (figuur 12). En gaandeweg werden organisaties met vraagstukken op ongeveer dezelfde thema's gegroepeerd. Deze clusters van organisaties met vraagstukken op hetzelfde thema worden 'themanetwerken' genoemd.

<b>De zes zorgthema's bij start</b>	<b>De zes zorgthema's gaandeweg</b>
1. Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap	1. Zelfredzaamheid
2. Goed leven	2. Dagstructuur
3. Lekker slapen	3. Lekker slapen
4. Veiligheid en vertrouwen	4. Zelfredzaamheid en veiligheid in de woning
5. Sociale contacten	5. Sociaal contact
6. Begrepen worden	6. Begrepen worden en omgaan met spanning

Figuur 12. De zorgthema's bij start en gaandeweg de kwartiermakersfase.

### Per thema / themanetwerk

Op basis van de geformuleerde vraagstukken, zijn de 28 zorgorganisaties (die – mits ze voldoen aan de voorwaarden van het programma – de implementatiefase ingaan) voorlopig ingedeeld in themanetwerken (Figuur 13). Met nadruk is dit een voorlopige indeling en benaming van de themanetwerken; die zijn nog voor verandering vatbaar. De meeste organisaties die zich aanmelden voor een zorgthema, zitten nu een themanetwerk rondom dat zorgthema (Tabel 1). Het oorspronkelijke zorgthema Goed leven bleek te veelomvattend en komt als titel niet meer voor. Organisaties met interesse in zorgthema's Begrepen worden en Zelfredzaamheid zijn gegroepeerd in het themanetwerk 'Dagstructuur'. Bij Dagstructuur gaat het om overzicht te creëren in de dag, wat te maken heeft met zowel begrepen worden als zelfredzaamheid.

Onder Figuur 13 beschrijven we per thema de vraagstukken en cliëntgroepen waar die op gericht zijn. Voor een overzicht van de specifieke vraagstukken met doelgroepen: zie bijlage 2.

**Tabel 1. Themanetwerken gekoppeld aan de zorgthema's waar organisaties zich mee aanmelden**

Zorgthema's gaandeweg / themanetwerken	Oorspronkelijk zorgthema (met tweede zorgthema tussen haakjes)	Aantal organisaties
Dagstructuur	Begrepen worden	2
	Begrepen worden (Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap)	2
	Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap	1
Zelfredzaamheid	Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap	2
	Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap (Goed leven)	2
	Goed leven	1
	Begrepen worden	1
Sociaal contact	Sociaal contact	2
	Goed leven / zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap	1
Begrepen worden en spanning	Begrepen worden	2
	Begrepen worden (Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap)	1
	Begrepen worden (Veiligheid en vertrouwen)	1
Lekker slapen	Lekker slapen	3
	Lekker slapen (Goed leven)	1
	Lekker slapen (Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap)	1
	Begrepen worden / Veiligheid en vertrouwen	1
Veiligheid en zelfredzaamheid woning	Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap	3
	Veiligheid en vertrouwen / begrepen worden	1

## Verdeling vraagstukken in themanetwerken



Figuur 13. Indeling op thema's van de 28 organisaties die - mits ze voldoen aan de voorwaarden van het programma - doorgaan naar de implementatiefase.

### Dagstructuur

Vijf organisaties zijn op basis van hun zorginhoudelijke vraag voorlopig ingedeeld in het themanetwerk 'Dagstructuur'. De meeste organisaties willen zich richten op het overzichtelijk maken van de dagplanning van cliënten, zodat dit hen meer zelfstandigheid biedt. Andere organisaties richten zich op de daginvulling van de cliënt, bijvoorbeeld door stimulerende activiteiten.

De vraagstukken richten zich op cliënten met LVB, VB, NAH, EMB, en LB.

### Zelfredzaamheid

Zes organisaties zijn op basis van hun zorginhoudelijke vraag voorlopig ingedeeld in het themanetwerk 'Zelfredzaamheid'. De vraagstukken onder dit thema lopen uiteen. Twee van de zes organisaties richten zich op de interactie tussen cliënt en begeleider. Andere organisaties hebben vraagstukken gericht op gezond eten, zelfstandig reizen of een leerplatform.

De vraagstukken richten zich met name op cliënten met een lichte verstandelijke beperking, en ook op cliënten met een matige tot ernstige verstandelijke beperking en NAH.

### Sociaal contact

Drie organisaties zijn op basis van hun zorginhoudelijke vraag voorlopig ingedeeld in het themanetwerk 'Sociaal contact'. Eén zorgorganisatie wil zich richten op het bevorderen van sociale interacties en stimuleren van beweging van cliënten. Een andere organisatie wil de drempel van cliënten verlagen om zelfstandig naar bijeenkomsten te gaan die eenzaamheid tegengaan. De derde organisatie wil cliënten meer zelfstandig activiteiten in de buurt laten ondernemen.

De vraagstukken richten zich voornamelijk op cliënten met een verstandelijke of licht verstandelijke beperking.

### Begrepen worden en spanning reguleren

Vier organisaties zijn op basis van hun zorginhoudelijke vraag voorlopig ingedeeld in het themanetwerk 'Begrepen worden en spanning reguleren'. De vraagstukken zijn vooral gericht op het signaleren van spanning en het omgaan daarmee en/of het verminderen van spanning, door cliënten. Eén van

de organisaties richt zich op de manier waarop de medewerkers wilsuïtingen kunnen signaleren en begrijpen.

De vraagstukken zijn gericht op met name cliënten met LVB, EVB en autisme spectrum stoornis (ASS).

### **Lekker slapen**

Zes organisaties zijn op basis van hun zorginhoudelijke vraag voorlopig ingedeeld in het themanetwerk 'Lekker slapen'. Drie organisaties willen zich richten op het monitoren van slaapgedrag zodat daar later passende interventies voor gekozen kunnen worden. Eén organisatie wil dat cliënten 's nachts makkelijker de weg (terug) kunnen vinden naar het toilet of het bed. Verder richt een van de organisaties zich niet op het inzichtelijk maken, maar op de technologische oplossingen om het slapen zelf te verbeteren. Daarnaast richt één organisatie zich indirect op het verbeteren van slapen, namelijk door cliënten ontspanningsmomenten te laten hebben en tegelijkertijd hun alertheid op peil te houden gedurende de dagbesteding overdag.

De vraagstukken binnen dit thema richten zich op cliënten met VB, LVB, MEVB en EMB.

### **Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning**

Vier organisaties zijn op basis van hun zorginhoudelijke vraag voorlopig ingedeeld in het themanetwerk 'Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning'. Alle vier de organisaties richten zich op de voorbereiding van implementatie van domotica (huisbediening en/of alarmering/zorgoproepen), al dan niet in nieuwbouw, zodat cliënten zo zelfstandig en veilig mogelijk kunnen wonen. Eén organisatie heeft het specifiek nog over de nacht, een andere organisatie over minder valincidenten, en een derde over ongestoorde zorgmomenten als gevolg van 'betere' alarmering.

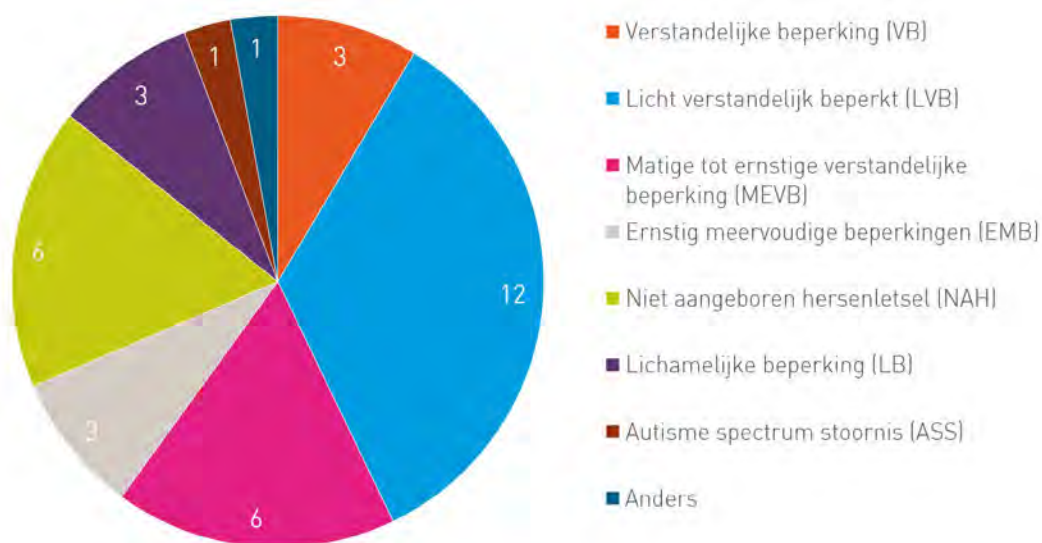
Er wordt binnen dit thema gewerkt aan vraagstukken die gericht zijn op vier verschillende cliëntgroepen: LVB, MEVB, NAH en LB.

### **Cliëntgroepen**

De 28 zorgorganisaties die – mits ze voldoen aan de voorwaarden van het programma – doorgaan naar de implementatiefase willen technologie implementeren voor in totaal 35 cliëntgroepen (Figuur 14). De cliëntgroep LVB is in alle themanetwerken een doelgroep. Met vijf verschillende typen cliënten heeft het themanetwerk Dagstructuur de meeste spreiding over de cliëntgroepen in de gehandicaptensector.



## Doelgroepen van vraagstukken



	VB	LVB	MEVB	EMB	NAH	LB	ASS	Anders	Totaal
Dagstructuur (n=5)	1	1		1	2	1			6
Zelfredzaamheid (n=6)		4	3		2				9
Sociaal contact (n=3)	1	1						1	3
Begrepen worden en spanning reguleren (n=4)		3	1				1		5
Lekker slapen (n=6)	1	2	1	2					6
Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning (n=4)		1	1		2	2			6
Totaal (n=28)	3	12	6	3	6	3	1	1	35

Figuur 14. Overzicht van cliëntgroepen van vraagstukken van de 28 organisaties die - mits ze voldoen aan de voorwaarden van het programma - doorgaan naar de implementatiefase. Drie organisaties richten zich op twee cliëntgroepen, en twee organisaties richten zich op drie cliëntgroepen. Daardoor komt het totaal aantal cliëntgroepen uit op 35.

### Organisaties die zijn gestopt

Elf van de aangemelde organisaties gaan vooralsnog niet door naar de implementatiefase. Een deel van deze organisaties had nog geen vraagstuk (in detail) geformuleerd. Van de organisaties die al verder waren, waren de vraagstukken gericht op 24-uurs-nabijheid garanderen, educatieve technologie, een digitaal leerportaal, sociale contacten in de thuisomgeving, en verkrijgen van inzicht in spanningen of gevoelens van onveiligheid (door biofeedback).

## Status deelname

Hoeveel zorgorganisaties gaan wel of niet door naar de implementatiefase? Wat zijn redenen van niet-doorgaan? Wat zijn onderscheidende kenmerken?

Van de 39 organisaties zijn er nog 28 actief in de Innovatie-impuls. Deze organisaties zullen verder gaan naar de implementatiefase, mits zij voldoen aan de voorwaarden van de Innovatie-impuls<sup>4</sup>. De overige elf organisaties gaan (vooralsnog) niet verder binnen de Innovatie-impuls<sup>5</sup>.

## Redenen van niet-doorgaan

Redenen om niet door te gaan naar de implementatiefase varieerden voor de 11 organisaties. Adviseurs benoemden onder andere financiële perikelen, beperkt draagvlak binnen de organisatie (op dit moment), het niet aansluiten van beoogd vraagstuk/doelgroep bij de insteek van de Innovatie-impuls, of het niet aansluiten van de werkwijze van de organisatie bij de werkwijze van de Innovatie-impuls.

## Onderscheidende kenmerken

We hebben gekeken of organisaties die wel en (vooralsnog) niet doorgaan naar de implementatiefase van elkaar verschillen op een aantal kenmerken.

Qua grootte van de organisatie zien we geen grote verschillen; wel zijn alle kleine organisaties door naar de implementatiefase (Figuur 15).

Organisaties die niet doorgaan benoemen in hun aanmeldingsbrief twee motivaties vaker dan organisaties die wel doorgaan (Figuur 16): 'keuze maken voor technologie' (19% tegenover 7%) en 'oplossing voor thema' (19% tegenover 11%). En andersom zijn er twee motivaties die bij aanmelding vaker zijn genoemd door organisaties die doorgaan: 'kennis delen en samenwerken' (21% tegenover 15%) en 'deelnemen past bij ambitie en doelstelling van organisatie' (16% tegenover 11%).

Figuur 17 geeft de thema's weer waar actieve organisaties en niet-actieve organisaties aan werkten in de kwartiermakersfase. Voor meer dan de helft van de niet-actieve organisaties was dat een vraagstuk dat paste bij het thema 'Zelfredzaamheid en zelfstandig burgerschap'.

Er zijn opvallende verschillen tussen actieve en niet-actieve organisaties in wie (welke groepen) betrokken zijn bij de vraagverheldering in de kwartiermakersfase (Figuur 18): meer actieve organisaties betrokken zorgverleners (93% tegenover 36%), ICT'ers (82% tegenover 18%) en managers (75% tegenover 36%).

---

<sup>4</sup> Op het moment van schrijven is dit nog niet voor alle organisaties duidelijk. Voorwaarden zijn bijvoorbeeld dat de organisatie het vraagstuk duidelijk vanuit de cliënt beschrijft en de ambitie helder heeft, alvorens zij door kan naar de Implementatiefase.

<sup>5</sup> Voor de leesbaarheid in deze paragraaf: "organisaties die – mits zij voldoen aan de voorwaarden van de Innovatie-impuls – doorgaan naar de implementatiefase" noemen we kortweg: organisaties die doorgaan of actieve organisaties. En "organisaties die (vooralsnog) niet doorgaan naar de implementatiefase" noemen we kortweg: organisaties die niet doorgaan, of niet-actieve organisaties.

De verschillen zijn aanzienlijk kleiner bij het betrekken van cliënten tijdens de kwartiermakersfase (57% tegenover 36%).

Als laatste toont figuur 19 dat van de 11 organisaties die niet doorgaan naar de implementatiefase er vijf door de adviseur gekenmerkt zijn als 'meer ervaren' met implementatie van technologie en vijf als 'minder ervaren' (n=1 onbekend). Van de 28 organisaties die doorgaan is het grootste deel 'minder ervaren' (n=17).

### Verdeling aantal medewerkers/cliënten en status deelname

*Op basis van aantal medewerkers*

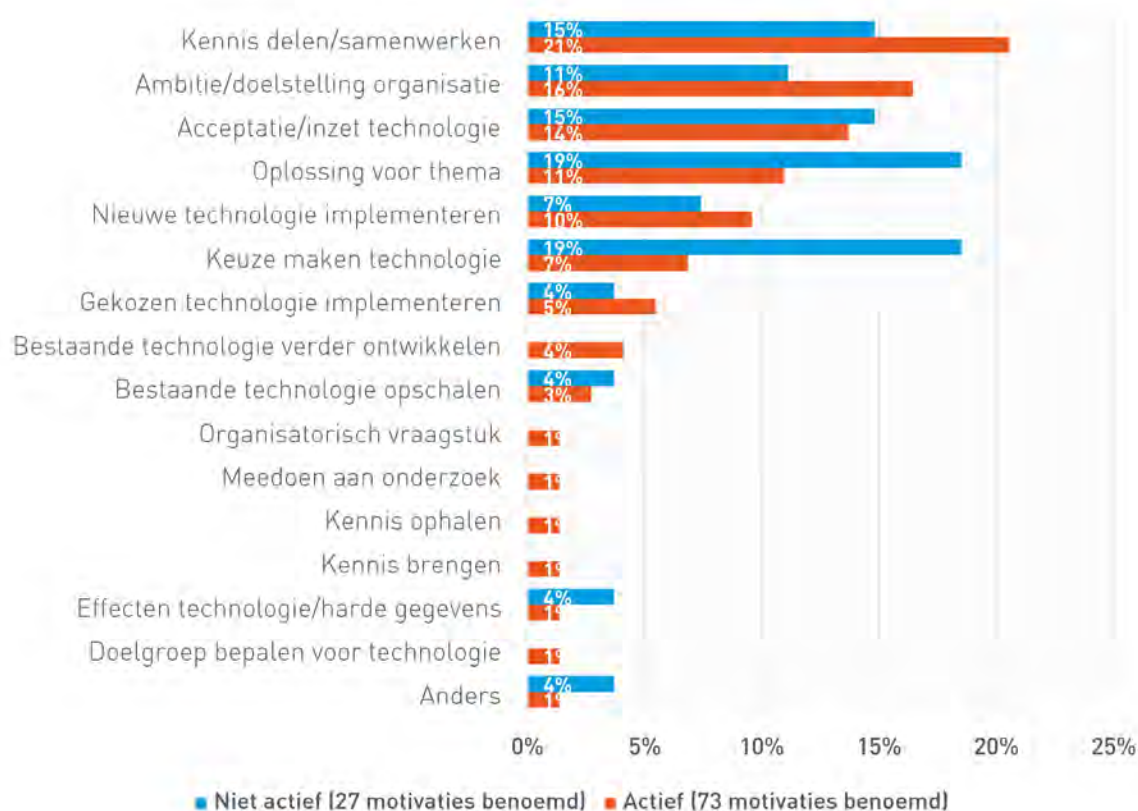


*Op basis van aantal cliënten*



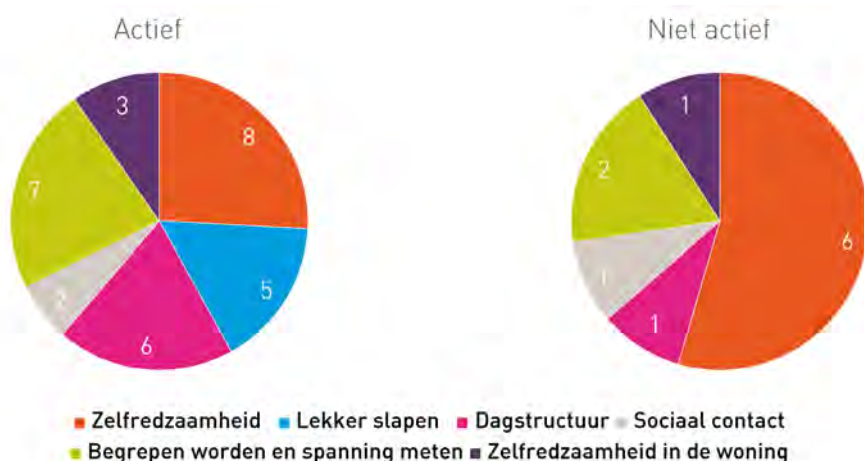
Figuur 15. Een overzicht van verdeling van het aantal medewerkers/cliënten in relatie tot status.

## Relatie motivatie in aanmeldingsbrief en status deelname (%)



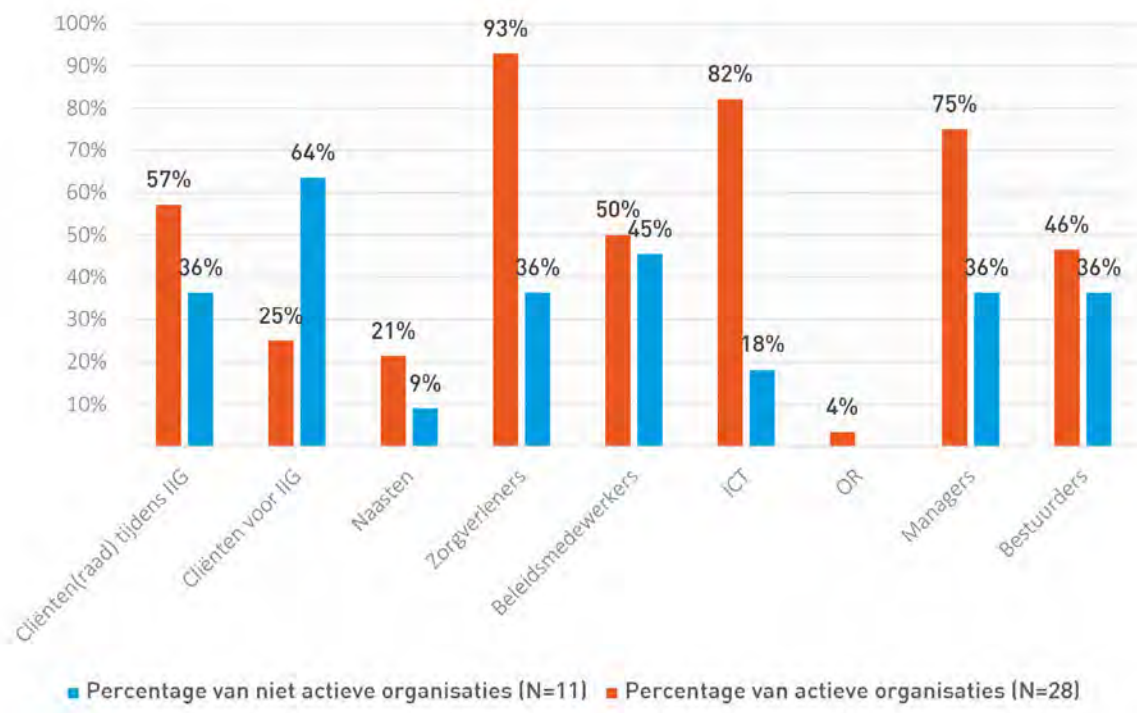
Figuur 16. Percentage keren dat een motivatie voor deelname aan de Innovatie-impuls genoemd is door zorgorganisaties, verdeeld naar huidige status van deelname. De bovenste balken (blauw) geeft het percentage van de elf niet actieve organisaties weer, de onderste balken (oranje) geeft de motivatie van de 28 nog actieve organisaties weer.

## Relatie status deelname en zorgthema in kwartiermakersfase



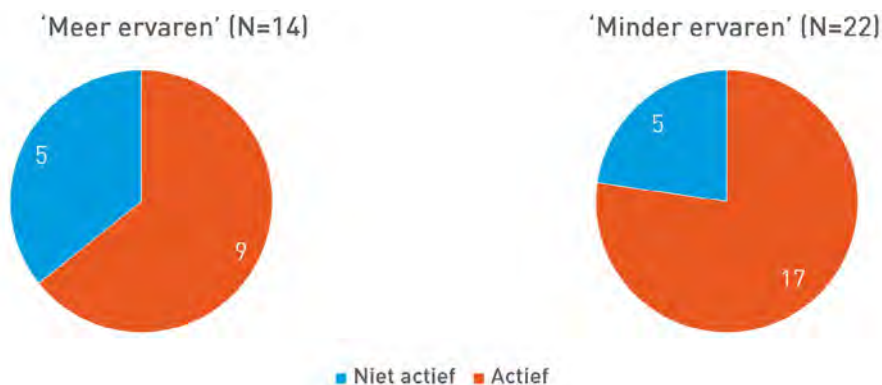
Figuur 17. Overzicht van de thema's van organisaties in relatie tot de huidige status van deelname aan de Innovatie-impuls. Rechts de thema's waar niet actieve organisaties zich mee bezig hielden. Links de thema's waar nog actieve organisaties zich mee bezig houden. Enkele van deze 28 organisaties hebben vraagstukken die onder meerdere thema's in te delen zijn; vandaar 31 thema's.

## Relatie status en betrokken groepen (%)



Figuur 18. Groepen die door organisaties zijn betrokken in de kwartiermakersfase. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen organisaties die nog actief zijn binnen Innovatie-impuls en dus doorgaan naar de implementatiefase (N=28) en organisaties die zijn gestopt (N=11). Omdat deze groepen verschillen in grootte worden de gegevens procentueel weergegeven.

## Ervaring met implementatie van technologie en status deelname



Figuur 19. Inschatting van ervaring met implementatie van technologie (door adviseur). Van drie organisaties konden adviseurs geen inschatting rondom ervaring met implementatie van technologie maken.

## 4.4 Reflectie door adviseurs op de kwartiermakersfase

Deel II

### **Inleiding en methode**

In de Innovatie-impuls verloopt het ontwerpen van de aanpak parallel aan de uitvoering ervan. Er is dus geen sprake van een tevoren geformuleerd plan dat vervolgens uitgevoerd wordt. Startpunt van de Innovatie-impuls is een relevant zorginhoudelijk vraagstuk, geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt, samen met cliënten en/of naasten. De keuze voor de technologie volgt op de uitwerking van de cliëntvraag, het implementatieplan wordt vastgesteld op basis van onder andere informatie uit de context van de organisatie, onderzoeksvragen volgen uit de doelstellingen per organisatie, et cetera. Deze opzet komt voort uit de wens en noodzaak om technologie in de gehandicaptenzorg duurzaam te implementeren.

### **Vraag**

Voor veel gehandicaptenzorgorganisaties waren beide zaken – cliëntvraag als startpunt en iteratief ontwerpen en uitvoeren – nieuw. Daarom zijn ze in de Innovatie-impuls intensief begeleid door een adviseur. Vraag is hoe adviseurs en organisaties deze eerste periode van de Innovatie-impuls, de kwartiermakersfase, hebben ervaren. In deze fase kon om verschillende redenen (zie Methode hieronder) niet met de organisaties hierover worden gesproken. Wel zijn de adviseurs gevraagd kort hun reflectie te geven. Vragen aan de adviseurs: wat hebben adviseurs als bevorderende en belemmerende factoren ervaren in de werkwijze van de Innovatie-impuls? Waar ligt volgens hen de toegevoegde waarde van het programma?

### **Methode**

De focus in de kwartiermakersfase lag op formulering van een zorginhoudelijk vraagstuk, en in kaart brengen van context en ICT-operatie. De kwartiermakers en de adviseurs leerden elkaar steeds beter kennen. Vaak was er wekelijks contact tussen beiden, en was de adviseur ook bij gesprekken in de organisatie aanwezig. Om die dynamiek niet te verstoren met onderzoek (dat zou een derde nieuw element zijn), hebben we ervoor gekozen om de kwartiermakers en anderen in de organisaties niet daarmee te belasten. Door Corona werd extra druk gelegd op de toegang tot organisaties.

Om toch iets te weten te komen over hoe de periode van kwartier maken is ervaren, hebben we enkele open vragen gesteld aan de adviseurs, op het moment dat we hen toch spraken (om de samenvatting van het proces zoals zij daar verslag van hadden gedaan door te nemen). De adviseurs kregen de vragen tevoren gemaïld, zodat zij zich konden voorbereiden. Antwoorden op deze open vragen zijn zo letterlijk mogelijk genoteerd, vervolgens hebben de onderzoekers die gecategoriseerd. Met nadruk geven we aan dat het open vragen waren. Er is niet – na een spontaan gegeven antwoord – nog een tevoren vastgesteld lijstje met andere mogelijke belemmerende of bevorderende factoren doorgenomen.



Uit de implementatieliteratuur zijn vele factoren die samenhangen met succesvolle implementatie bekend<sup>6</sup>. Het ZonMw-implementatiemodel dat we in de Innovatie-impuls gebruiken is er ook op gebaseerd<sup>7</sup>. In hun reflectie bevestigen de adviseurs veelal wat we al weten uit de wetenschappelijke onderzoeks literatuur. De zaken die zij noemen schijnen daarmee 'open deuren' of 'niks nieuws onder de zon'. Echter, ons inziens laat het juist zien dat implementeren in theorie makkelijk is, maar in de praktijk minder eenvoudig. Een veelheid aan factoren speelt tegelijkertijd, grijpt op elkaar in, versterkt elkaar. Het is niet vanzelfsprekend dat organisaties het implementatieproces zo inrichten dat aan alle factoren die we uit de literatuur kennen, is gedacht. Reflectie van de adviseurs geeft input op de implementatieplannen die de organisaties met ondersteuning van de adviseurs gaan maken. De grotere kans op een succesvolle, duurzame implementatie ligt er juist in dat het startpunt een inhoudelijke vraag moet zijn en dat het implementatieproces iteratief moet zijn – zoals in de Innovatie-impuls het geval is.

Het is daarom interessant om de ervaringen van de adviseurs toch op te nemen in deze rapportage. Indirect krijgen we daarmee zicht op ervaringen van kwartiermakers en organisaties. Met nadruk 'indirect', we hebben de resultaten niet systematisch bij hen gecheckt.

## Bevorderende factoren

Terugkijkend op alle activiteiten en gebeurtenissen in 'hun' organisaties in de periode van de kwartiermakersfase, welke factoren beschouwen adviseurs als bevorderend om voortgang te boeken en de startsituatie van de organisatie goed in beeld te krijgen? In hun reflectie beschrijven de adviseurs positieve ervaringen, die we ingedeeld hebben in de volgende categorieën: kenmerken van de organisatie, eigenschappen van de kwartiermaker, betrokkenen, en kenmerken van proces en vraagstuk.

### Kenmerken van de organisatie

- **Kennis en ervaring met innovatie** - Als zorgorganisaties kennis en ervaring op het gebied van innovatie in huis hebben, is er een basis om aan de slag te gaan. Organisaties hebben bijvoorbeeld al eerder technologie geïmplementeerd, of er zijn digi-coaches aanwezig, of de kwartiermaker heeft veel kennis over technologie en/of veranderprocessen, of de werkvloer is al gewend om met innovatie aan de slag te gaan.
- **Korte lijnen** - Korte lijnen binnen een organisatie zijn behulpzaam om zaken in gang te zetten en te houden. Korte lijnen leggen ook een goede basis voor laagdrempelige communicatie tussen

---

<sup>6</sup> Zie bijvoorbeeld: \* Boot FH, 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. \* 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* (2016) 11:146. \* WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. (WHO/RHR/19.8). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>7</sup> Zoals door 'Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg' van Grol en Wensing (2011) en het CFIR, Consolidation Framework for Implementation Research, <https://cfirguide.org/>



adviseur en de organisatie. 'Als externe kan ik dan makkelijker iets toevoegen aan de organisatie, het is makkelijker sparren,' aldus een adviseur.

- **Mét andere organisaties** - Kennisdeling en samenwerking tussen organisaties wordt ervaren als positief. Het brengt enthousiasme als organisaties ervaringen delen met organisaties met een vergelijkbaar vraagstuk of dezelfde technologie willen implementeren. Het gaat bijvoorbeeld om het krijgen van feedback op de eigen werkwijze (zoals op de werkplaatsen), of het horen hoe anderen te werk gaan (bijvoorbeeld bij het betrekken van relevante groepen). Benoemd voordeel: inspiratie! En kennisdeling en samenwerking kan potentieel meer markt-macht, financiële middelen en capaciteit genereren.
- **Duidelijke afspraken** - Als vooraf de rolverdeling en verantwoordelijkheden vastgelegd worden, met de betrokkenen, dan leidt dat tot een gestructureerde samenwerkingsvorm.
- **ICT-infrastructuur** - Bij een traject als de Innovatie-impuls waarbij implementatie van technologie centraal staat, helpt het als een organisatie beschikt over een goede ICT-infrastructuur, zoals goede Wifi en Cloud-toepassingen.

### Eigenschappen van de kwartiermaker

- **Sterk** - Enthousiast, proactief, kritisch, benutten van netwerk, kennis van de interne organisatie; allemaal eigenschappen van een sterke kwartiermaker/projectleider. Een sterke kwartiermaker weet de organisatie in beweging te krijgen.
- **Communicatie** - Als adviseur en kwartiermaker goed met elkaar kunnen communiceren, dan ontstaat er ruimte om als adviseur mee te denken en samen te sparren. Een sterke kwartiermaker zorgt voor een goede communicatie met de adviseur.

### Betrokkenen

- **Bestuurder** - Als een bestuurder betrokken en enthousiast is over de inzet en gebruik van technologie, dan leidt dat tot ruimte voor medewerkers om met de Innovatie-impuls aan de slag te gaan en dat zij zich hierin gesteund voelen.
- **Vast projectteam** - Het is gunstig als er snel een vast projectteam is samengesteld. Dit maakt het mogelijk om duidelijkheid over de rolverdeling en wie waarvoor verantwoordelijk is te verkrijgen. Dat is weer een pluspunt als het gaat om borging van voortgang, wanneer een van de teamleden uitvalt. Met een multidisciplinaire samenstelling van het team ontstaat een completer beeld (van vraagstuk, mogelijke oplossingen, knelpunten) vanuit verschillende perspectieven. Dit draagt ook bij aan een breed draagvlak binnen de organisatie.
- **Op de werkvloer** - In het projectteam en breder bij de implementatie van technologie, zijn zorgverleners van groot belang. Zij staan op de werkvloer en kennen de cliënten goed, weten wat er speelt en kunnen vanuit hun expertise een waardevolle bijdrage leveren aan onder andere de vraagverheldering.
- **Cliënten** - Betrekken van en samenwerken met cliënten is een uitgangspunt van de Innovatie-impuls. Natuurlijk niet nieuw voor alle organisaties, maar dat het zo expliciet als voorwaarde steeds werd benoemd, is het wel nieuw. Adviseurs geven aan dat veel cliënten goed kunnen aangeven wat er bij hen speelt en wat zij belangrijk vinden.
- **ICT-collega's** - Door tijdig en actief collega's van de ICT-afdeling te betrekken, bij voorkeur in het projectteam, wordt een vollediger beeld van de startsituatie verkregen. Implementatie van een

technologische oplossing vraagt om ICT-randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden. Vanuit hun kennis en ervaring kunnen ICT'ers meedenken over de selectie van de technologische oplossing en de randvoorwaarden. Dit draagt weer positief bij aan het brede draagvlak voor technologie en implementatie van technologie.

### Kenmerken van proces en vraagstuk

- **Stapsgewijs** - Voor de meeste organisaties was het stapsgewijze proces in het beschrijven van de startsituatie van de organisatie een nieuwe manier van werken. Adviseurs en kwartiermakers werkten met verschillende tools in de kwartiermakersfase om informatie te verkrijgen. De topiclijst met vragen over de drie assen (inhoud/vraag, context en operatie/ICT) werkte goed als instrument. Organisaties werden daarmee ondersteund om de startsituatie te ontrafelen en onderbouwen, en dat werkte verhelderend! In combinatie met enige tijdsdruk hielp de topiclijst ook om snel voortgang te kunnen boeken.
- **Draagvlak (1)**- De te implementeren technologie kan op meer draagvlak rekenen als er draagvlak voor het vraagstuk is in de organisatie, als er energie op zit. Draagvlak voor het vraagstuk lijkt groter als het vraagstuk aansluit bij de visie/strategie van de organisatie, als het vraagstuk al langere tijd speelt, en/of als het vraagstuk nauw aansluit bij behoeften of vragen van cliënten.
- **Draagvlak (2)**- Gebruik resultaten van wetenschappelijk onderzoek of intern beschikbare data om het vraagstuk in een bredere context te plaatsen. Het draagt bij een breder begrip van bijvoorbeeld vragen of problemen die spelen binnen een cliëntengroep en organisatorische knelpunten bij implementatie.

### Belemmerende factoren

In hun reflectie op de kwartiermakersfase, benoemden adviseurs ook minder positieve ervaringen en belemmerende factoren bij het in beeld krijgen van de startsituatie. We hebben die ingedeeld in de volgende categorieën: kenmerken van de organisatie, eigenschappen van de kwartiermaker, betrokkenen, kenmerken van proces en vraagstuk, en adviseur.

### Kenmerken van de organisatie

- **Beperkte financiële ruimte** - Als een organisatie beperkte financiële ruimte heeft, heeft dit gevolgen voor deelname aan de Innovatie-impuls. Soms was of is onduidelijk of de implementatie van technologie goed gefaciliteerd kan worden, of moet het project klein gehouden worden. Een adviseur gaf aan dat een organisatie om deze reden besloot om niet verder te gaan met de Innovatie-impuls. Onder andere organisaties lijkt er vooralsnog voldoende draagvlak om door te willen, ondanks beperkte middelen.
- **Verandermoeheid**- Als medewerkers wat veranderd zijn, dan heeft dat een nadelig effect. Te veel veranderingen tegelijkertijd, of eerdere verandertrajecten die niet altijd tot het gewenste resultaat hebben geleid, veroorzaken veranderd, waardoor er minder ruimte of draagvlak is voor nieuwe veranderingen (in dit geval: implementatie van technologie).
- **Grootte en structuur** -Binnen een grote organisatie kan het lastig zijn om de juiste mensen te vinden. Of is er minder flexibiliteit, doordat functies en rollen van medewerkers meer afgebakend zijn. Binnen een kleine organisatie moeten medewerkers soms meerdere rollen op zich nemen, waardoor

mensen 'te vol' zitten. Onderliggende belemmerende factor is het ontbreken van een duidelijke organisatiestructuur, waardoor het niet (soms) onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is.

### **Eigenschappen van de kwartiermaker**

- **Wisseling** - Enkele adviseurs vonden het tussentijds wisselen van de kwartiermaker nadelig. Door het wisselen gaat veelal basisinformatie over het project verloren en moesten adviseur en nieuwe kwartiermaker samen deels opnieuw beginnen.
- **Minder sterk** - Een adviseur kan zijn/haar werk het beste doen als de kwartiermaker volledige openheid geeft, voldoende tijd heeft voor het project en ervaring heeft als projectleider. Voor de adviseur is het dan makkelijker om de organisatie te leren kennen, te weten wat er speelt en hierop in te kunnen spelen.

### **Betrokkenen**

- **Projectteam** - Een onvoldoende groot en geen vast projectteam werkt belemmerend. De kwartiermaker moet dan veel zelf en alleen doen, zonder een team om op terug te vallen.
- **Disciplines** - Het beeld van de startsituatie in de organisatie is minder volledig als verschillende perspectieven en disciplines niet bevroegd of meegenomen worden.
- **Tijd** - Wanneer de kwartiermaker groepen wil betrekken, dan komt het voor dat die mensen weinig tijd hebben of tijd maken om hun bijdrage te leveren. Doordat dit veelal niet meteen blijkt (betrokkenen stellen steeds hun activiteit uit), leidt dat tot vertraging en frustratie.
- **Nieuw** - De Innovatie-impuls behelst een nieuwe manier van werken die niet altijd door iedereen meteen verwelkomd wordt. Zoals een adviseur verwoordt: 'Sommige medewerkers vinden het lastig om de oude manier van werken los te laten en te leren werken met de zorgtechnologie'. En: 'Zij zien ook minder de nut en noodzaak van de zorgtechnologie.' Hieruit blijkt een beperkt draagvlak.

### **Kenmerken van proces en vraagstuk**

- **Vraagstuk** - Enkele organisaties brachten een vraagstuk in dat niet aansloot bij de uitgangspunten van de Innovatie-impuls (implementatie van bestaande technologie, als oplossing voor een vraagstuk geformuleerd vanuit de cliënt). Als voorbeeld: een organisatie was op zoek naar een totaaloplossing voor een organisatievraagstuk; dit paste niet bij de Innovatie-impuls (deze organisatie is gestopt). Andere organisaties verloren tijd (en ook energie) doordat zij er lang over deden om het vraagstuk vanuit de cliënt te formuleren.
- **Proces** - Belemmerend was soms ook dat de manier van werken van de organisatie niet aansloot bij de werkwijze van de Innovatie-impuls. Sommige organisaties wilden 'snel uitproberen' en 'vanuit de oplossing vertrekken' in plaats van alle stappen in de kwartiermakersfase te doorlopen en eerst de cliëntvraag goed in kaart te brengen. Ook hier waren er (tijdelijke) negatieve gevolgen voor het draagvlak.

### **Adviseur**

- **Laat aansluiten** - Door onvoldoende capaciteit hebben enkele organisaties later dan gepland een adviseur gekregen. Deze adviseurs benoemden dat als belemmerend, omdat de organisaties niet zonder hen al een vliegende start hadden gemaakt. Hierdoor is er hier en daar tijdsdruk ontstaan.

- **Wisseling**- Ook adviseurs zijn gaandeweg gewisseld van organisatie (bijvoorbeeld door vertrek van een adviseur). Nieuwe adviseur en kwartiermaker moeten elkaar en de organisatie leren kennen. Informatie moet overgedragen en verhelderd worden.
- **Rol** - Soms bleek het lastig opereren als adviseur. Het was dan balanceren tussen 'kort op het proces zitten' en 'ruimte geven' zodat de organisatie meer het eigen proces doormaakt. Een adviseur gaf ook aan dat het lastig is als de adviezen met een weinig kritische houding aangenomen worden, en vroeg zich af 'of je als adviseur het project dan niet te veel overneemt'.

### Reflectie van adviseurs op toegevoegde waarde

De adviseurs gaven aan waar zij ervaren wat de toegevoegde waarde van de werkwijze van de Innovatie-impuls is, of waar zij juist geen toegevoegde waarde ervaren. Vaak betrokken zij organisaties in hun reflectie. Hun reflectie gaat over zowel organisaties die wel of (vooralsnog) niet doorgaan naar de implementatiefase. Ook organisaties die niet doorgaan ervaarden toegevoegde waarde, net als sommige organisaties die wel doorgaan minder of geen toegevoegde waarde ervaarden.

### Toegevoegde waarde van de werkwijze

- **Verandering in denkwijze** - Belangrijkste is een verandering in denkwijze, waarbij het vraagverhelderingsproces bottom-up is uitgevoerd vanuit cliëntperspectief. 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. De nieuwe denkwijze heeft nieuwe inzichten gebracht. Adviseurs ervaarden toegevoegde waarde wanneer een vraagstuk steeds beter ging aansluiten bij het perspectief van de cliënt.
- **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 topiclijst die hiervoor is gebruikt werd gewaardeerd. De toegevoegde waarde van de iteratieve werkwijze is dat deze organisatorische punten nu op tafel liggen en aandacht behoeven, omdat die (nog) niet altijd goed geregeld zijn. Zo werd duidelijk dat medewerkers het vraagstuk of probleem niet altijd herkennen en ook de noodzaak van inzet van technologie niet allemaal zien, en dat digivaardigheden misschien niet overal voldoende aanwezig zijn. En dat zijn wel zaken die sterk bepalend zijn 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.

### **Geen toegevoegde waarde**

Soms werd er geen toegevoegde waarde van de werkwijze van de Innovatie-impuls ervaren. Adviseurs geven aan dat dat vooral gold 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.

### **Tools & Tips**

De werkwijze van de Innovatie-impuls, gestoeld op wetenschappelijke inzichten uit de implementatieliteratuur, en de reflectie van de adviseurs op de kwartiermakersfase, laat zien dat er in de gehandicaptenzorg drie factoren of elementen zijn die positief bijdragen aan een potentieel succesvolle of duurzame implementatie van technologie. In drie regels geformuleerd zijn dat:

- Zorg voor voldoende draagvlak in de organisatie
- Zorg voor een passend vraagstuk
- Zorg voor een intensieve betrokkenheid

Voor iedere regel hebben we Tools & Tips geformuleerd. En ook hier geldt weer: het zijn open deuren, maar wel de open deuren uit de Innovatie-impuls. Zowel de regels als de Tools & Tips overlappen elkaar en hebben een elkaar versterkende werking.

### **Zorg voor voldoende draagvlak in de organisatie**

#### **1. Vast projectteam**

Een vast projectteam zorgt voor meer commitment, zowel van de projectmedewerkers als binnen de gehele organisatie. Het is een basis om taken te kunnen verdelen en tijdig op te pakken, waardoor de kans op succes groter wordt (en het risico op vertraging kleiner). Een ervaren, geëquipeerde en enthousiaste projectleider is belangrijk, want die moet ervoor zorgen dat mensen in beweging komen.

#### **2. Afspraken maken**

Maak vanaf de start duidelijke afspraken over de projectstructuur, rollen, verantwoordelijkheden en bijbehorende tijdsinvestering. Stel vast wat de rol van de cliënten is in de vraagverheldering en bij de selectie van technologie, en wie de verantwoordelijkheid heeft om deze rol te waarborgen (bijvoorbeeld: kwartiermaker). Stel ook vast wat de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur is en hoe deze mogelijk verandert gedurende het proces.

#### **3. Multidisciplinair team**

Door mensen vanuit verschillende disciplines en lagen uit de organisatie in het projectteam te betrekken

en verbinden ontstaat een completer beeld van het vraagstuk en de context daaromheen. Door ICT medewerkers gelijk te betrekken, kan sneller worden besloten welke technologieën mogelijk zijn bij de huidige infrastructuur (of hoe de infrastructuur aangepast moet worden aan de te implementeren technologie) en wordt de innovatie breder gedragen binnen de organisatie.

#### ***4. Inzetten van expertise***

In iedere organisatie is expertise te vinden, en wat niet in huis is kan in huis gehaald worden. Benut deze expertise, op het gebied van (zorg)innovatie, projectmanagement en ervaringsdeskundigheid, door deze mensen onderdeel te maken van het projectteam. Een ervaren projectleider waakt op de vooruitgang en kan tijdig bijsturen en aansturen, zodat het project niet stil hoeft te liggen na iedere stap.

#### ***5. Voortbouwen op bestaande thema's***

Grote kans dat thema's die al langer spelen en die aansluiten bij de visie/strategie van de organisatie breder in de organisatie erkend en herkend worden. Door aan te sluiten bij bijvoorbeeld bestaande data uit monitoring of tevredenheidsonderzoeken, krijgt het vraagstuk – en ook de oplossing – meer draagvlak.

#### ***6. Beleidsniveau betrekken***

Door iemand van (hoger) beleidsniveau te betrekken ontstaat er meer aandacht en voorrang voor deelname aan het programma (en zorginnovatie) binnen de organisatie, waardoor vaak meer tijd en financiële ruimte kan worden gemaakt. Beslissingen kunnen sneller worden genomen, wanneer er kortere lijnen zijn binnen het project. Daarnaast kan iemand op beleidsniveau overstijgend kijken en helpen om de organisatiecontext en ICT-operatie in kaart te brengen.

#### ***7. Financiële ruimte***

Breng bij de start van het project de financiële ruimte van de organisatie in kaart, zodat een realistische aanpak kan worden opgesteld en dit later niet zorgt voor onverwachte restricties (en frustratie).

### **Zorg voor een passend vraagstuk**

#### ***8. Plan voldoende tijd in***

Plan voldoende (extra) tijd in voor de vraagverheldering, zodat wanneer dat nodig blijkt, de juiste mensen kunnen worden ingeschakeld om tot verdieping en aanscherping van het vraagstuk te komen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan (externe) experts, begeleiders, naasten en anderen. Bij bepaalde doelgroepen is meer tijd nodig om ze te betrekken, omdat ze bijvoorbeeld tijd nodig hebben om te wennen. En daar moet dan in de planning rekening mee gehouden worden.

#### ***9. Inzetten van expertise***

Zet (inhoudelijke) expertise rondom thema's en cliëntgroepen vanaf het begin in, om meer inzicht te krijgen in het vraagstuk en de onder-/achterliggende oorzaken. Bij cliëntgroepen die moeite hebben zichzelf begrijpelijk te uiten (bijvoorbeeld mensen met een ernstige meervoudige beperking) vult dit ook het cliëntperspectief aan.

### **10. Vanuit de cliënt geformuleerd: "Ik wil ..."**

Zorg dat het vraagstuk vanuit de cliënt geformuleerd wordt. Betrek hiervoor de cliënten in de vraagverheldering, werk met hen samen en toets het vraagstuk tussendoor aan de werkvloer. Maak de vraag daarbij klein genoeg, zodat het persoonlijke situaties reflecteert en het mogelijk maakt om specifieke voorbeelden te noemen. Het helpt daarbij om te beschrijven hoe de technologie impact gaat hebben in de dagelijkse praktijk van een specifieke cliënt (en medewerker).

### **11. Iteratief proces**

Zet verschillende tools en activiteiten in en betrek verschillende doelgroepen, om het vraagstuk vanuit verschillende perspectieven steeds wat aan te scherpen en verder te ontdekken. Daarbij is het belangrijk om zowel in te zoomen, als uit te zoomen. Het werkt goed om eerst een themagesprek te hebben en dan op een specifiek thema de diepte in te gaan en hier persoonlijke ervaringen over uit vragen, zowel van de cliënt, als andere doelgroepen. Een medewerker kan bijvoorbeeld zien dat het een probleem is wanneer de cliënt uitgeput op bed ligt, terwijl de cliënt hier zelf weinig last van ondervindt. Door het stilstaan bij een onderwerp, wordt veel ontdekt en de verschillende perspectieven helpen om de vraag achter de vraag te achterhalen.

### **Zorg voor een intensieve betrokkenheid**

### **12. Afstemmen op de doelgroep**

Stem de vorm van de sessies af op de doelgroep, zodat ze de mogelijkheid hebben zichzelf te uiten.

- Een focusgroep is geschikt voor doelgroepen die redelijk zelfstandig functioneren en in staat zijn op elkaar te reageren. Denk hierbij niet alleen aan mensen met een licht verstandelijke beperking, maar ook aan naasten en zorgmedewerkers. Het is bij een focusgroep belangrijk om een ervaren gespreksleider te hebben die doorvraagt en antwoorden/reacties met elkaar verbindt.
- Een 1 op 1 gesprek is geschikt voor cliëntgroepen die meer moeite hebben zichzelf te uiten en op elkaar te reageren, zoals niet-aangeboren hersenletsel of een matige verstandelijke beperking. Wanneer het voor de cliënt lastig is om vragen te beantwoorden, kan een persoonlijk begeleider samen met de cliënt de vragen van een (externe) gespreksleider beantwoorden. Hij/zij herkent persoonlijke situaties en kan deze ter voorbeeld aandragen. Ook kan het helpen om een eerste gesprek 1 op 1 te voeren om vraagstukken te inventariseren en dit in een focusgroep meer verdieping te geven.
- Een woordvoerder gebruiken is geschikt voor cliëntgroepen die zichzelf slecht tot niet kunnen uiten. De voorkeur heeft hierin om zo dicht mogelijk bij de cliënt te blijven en iemand te betrekken die persoonlijke situaties kent. Een naaste, vrijwilliger of persoonlijk begeleider, kan dan voor de cliënt voorbeelden aandragen. Voor het vraagstuk is het belangrijk dat deze persoon spreekt vanuit de persoonlijke behoefte van de cliënt en niet vanuit een algemene behoefte binnen de organisatie.
- Observaties zijn geschikt voor cliëntgroepen die zichzelf slecht tot niet kunnen uiten. Op deze manier kan gedetailleerd een situatie in kaart worden gebracht, maar is het niet duidelijk wat de cliënt daar van vindt omdat de cliënt het geobserveerde niet kan interpreteren. (Cliënt ligt uitgeput op bed, maar we weten niet wat hij daarvan vindt.) Observaties kunnen ook worden gebruikt ter voorbereiding op een focusgroep, waarbij de uitkomst van de observatie als gespreksstarter dient en wordt getoetst met dezelfde of een andere doelgroep.



### ***13. Alternatieve communicatie***

Als aanvulling of alternatief op sessies waarin de focus ligt op een (verbaal) gesprek, kunnen tools worden ingezet.

- Een onderwerpenlijst dient ter suggestie en helpt om het gesprek meer richting te geven. Voor sommige doelgroepen is het lastig om spontaan voorbeelden te bedenken en biedt de onderwerpenlijst houvast.
- De schaalmethode is een tool voor onder andere mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Hierbij worden stellingen of voorbeelden beoordeeld op een schaal van 1 (niet relevant) tot 5 (veel prioriteit/zeer relevant). Op deze manier kan de persoonlijke mening van cliënten worden opgehaald, zonder dat zij zelf voorbeelden hoeven te bedenken.
- Persona's voegen persoonlijke verhalen samen, zonder deze algemeen te maken. Ze zijn een weergave van de doelgroep en geschikt om het vraagstuk te toetsen.
- Een customer journey brengt de context van een persoonlijke situatie in kaart en deelt deze vaak op in stappen.
- Blikopenersessies waarin mensen een situatie naspelen met miniatuur voorwerpen, waarbij indirect veel gedetailleerde informatie naar boven komt, maar niet hoeft te worden uitgesproken.

### ***14. Werkvloer betrekken***

Zorg voor meer draagvlak op de werkvloer, door medewerkers van het begin te betrekken in de vraagverheldering en regelmatig de uitkomsten te toetsen en terug te koppelen. Help ze ook om de kansen van zorgtechnologie en innovatie te zien, door bijvoorbeeld succesvol geïmplementeerde zorgtechnologie van collega-organisaties te laten zien. Door medewerkers altijd als partner te zien en te behandelen, zullen zij inzicht krijgen en sneller overtuigd raken van de toegevoegde waarde van technologie. 'Altijd' betekent ook tijdens de implementatie (en borging), omdat zij - samen met cliënten - gaan werken met deze technologie.

### ***15. Samenwerken met andere organisaties***

Zoek de samenwerking op met andere organisaties rondom een soortgelijk vraagstuk. Op deze manier kun je persoonlijke ervaringen, expertise en capaciteiten uitwisselen. Regelmatig zorgt een voorbeeld van een organisatie voor een verandering in gedachtegang van een andere organisatie. Ook zorgen deze persoonlijke voorbeelden er vaak voor dat vraagstukken, problemen en oplossingen meer gaan leven.

## 4.5 Onderzoeksvragen beantwoord en beschouwing

Deel III

Vanaf september 2019 tot en met april 2020 hebben 39 gehandicaptenzorgorganisaties deelgenomen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls van Volwaardig Leven. In deze periode hebben velen van hen een zorginhoudelijk vraagstuk geformuleerd en (deels) de organisatiecontext en ICT-operatie in kaart gebracht. In de volgende fase, de implementatiefase, krijgen organisaties advies en ondersteuning bij de implementatie van een technologische oplossing die – naar verwachting – bijdraagt de oplossing van het zorgvraagstuk. Door het iteratieve proces in de kwartiermakersfase, is de verwachting dat de kans op een succesvolle, duurzame implementatie groot is.

In dit hoofdstuk geven we eerst kort antwoord op de onderzoeksvragen en daarna bediscussiëren we een aantal resultaten.

### Onderzoeksvragen beantwoord

#### Deel I - De startsituatie van zorgorganisaties in cijfers

##### *1. Hoe verliepen werving en aanmelding van de zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls?*

De 342 bij het ministerie van VWS bekende gehandicaptenzorgorganisaties zijn aangeschreven. Via nieuwsberichten en social media zijn alle Wlz-zorgorganisaties uitgenodigd voor twee informatiebijeenkomsten in het najaar van 2019. Uiteindelijk meldden 39 zorgorganisaties zich aan voor deelname. Organisaties gaven aan dat deelname in lijn is met hun ambitie of doelstelling, een technologische oplossing willen vinden voor een vraagstuk, en dat zij willen samenwerken met andere organisaties. Zelfredzaamheid en Begrepen worden zijn het meest genoemd als zorgthema waar de organisaties mee aan de slag wilden. De meeste aanmeldingen zijn ondertekend door een beleidsmedewerker of manager.

##### *2. Wat zijn kenmerken van zorgorganisaties die deelnemen aan de kwartiermakersfase?*

De 39 zorgorganisaties hebben hun hoofdkantoor verspreid over Nederland (behalve in Friesland en Drenthe). De organisaties variëren in grootte, zowel qua aantal cliënten als medewerkers. Kwartiermakers in de organisaties zijn veelal managers of beleidsmedewerkers. Adviseurs schatten in dat 14 organisaties 'meer ervaren zijn' met implementatie van technologie. In de kwartiermakersfase zijn drie bijeenkomsten (werkplaatsen) georganiseerd voor alle zorgorganisaties; 27 zorgorganisaties zijn op iedere werkplaats aanwezig geweest (en twee bij geen werkplaats).

### ***3. Bij het proces van vraagverheldering: waren cliënten, naasten, zorgverleners, ICT-afdeling, en RvB betrokken, en hoe?***

Van de 39 organisaties betrokken er 27 cliënten (14 vóór en 20 tijdens de Innovatie-impuls, met 7 organisaties overlap), zeven organisaties betrokken naasten, en dertig organisaties betrokken zorgverleners. Vijf zorgorganisaties betrokken zowel cliënten, naasten als zorgverleners (de driehoek). Zestien organisaties betrokken cliënten en zorgverleners. Tien organisaties haalden het cliëntperspectief op via een alternatieve route, veelal via zorgverleners.

Verder waren betrokken: managers (bij 25 organisaties), ICT-afdeling (bij 25), beleidsmedewerkers (bij 19) en bestuurders (bij 17).

De wijzen waarop groepen betrokken waren variëren van terugkoppeling, tot focusgroepen, tot design thinking sessies, tot 1 op 1 gesprekken.

### ***4. Wat zijn de zorginhoudelijke vraagstukken van de zorgorganisaties waarmee ze aan de slag willen binnen de Innovatie-impuls? Met welke cliëntgroepen?***

Gaandeweg de kwartiermakersfase zijn organisaties met vraagstukken op ongeveer dezelfde thema's geclusterd in 'themanetwerken'. De 28 organisaties die doorgaan naar de implementatiefase zijn ondergebracht in de volgende zes themanetwerken:

- **Dagstructuur** – Vraagstukken richten zich op het overzichtelijk maken van de dagplanning en daginvulling van cliënten met VB, LVB, NAH, EMB en LB.
- **Zelfredzaamheid** – Vraagstukken richten zich op interactie tussen cliënt en begeleider, gezond eten, zelfstandig reizen, en leren, met name voor cliënten met LVB en MEVB.
- **Sociaal contact** – Vraagstukken richten zich op bevorderen van sociale interacties en stimuleren van beweging van cliënten, en op zelfstandig (durven) activiteiten te ondernemen, met name voor cliënten met (L)Vb.
- **Begrepen worden en spanning reguleren** – Vraagstukken richten zich op het signaleren van spanning en het omgaan daarmee en/of het verminderen van spanning, door cliënten met LVB, MEVB en ASS.
- **Lekker slapen** – Vraagstukken richten zich op het bevorderen van goede slaap voor cliënten met een (L)Vb, MEVB en EMB. Het gaat om het monitoren van slaapgedrag, 's nachts rustig de weg kunnen vinden, maar ook met aandacht voor de dag (minder indutmomenten).
- **Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning** – Vraagstukken richten zich op voorbereiding van implementatie van domotica, al dan niet in nieuwbouw, zodat cliënten (met LVB, MEVB, NAH, LB) zo zelfstandig en veilig mogelijk kunnen wonen.

De cliëntgroep LVB is in alle themanetwerken een doelgroep. Het themanetwerk Dagstructuur heeft met vijf verschillende typen cliënten de meeste spreiding over de cliëntgroepen in de gehandicaptenzorg.

**5. Hoeveel zorgorganisaties gaan (vooral nog) wel of niet door naar de implementatiefase? Wat zijn redenen voor niet-doorgaan? Wat zijn onderscheidende kenmerken?**

28 zorgorganisaties gaan – mits zij aan de voorwaarden voldoen van de Innovatie-impuls<sup>8</sup> – door naar de implementatiefase en 11 zijn gestopt en/of gaan (vooral nog) niet door. Redenen voor het stoppen of vooral nog niet doorgaan liggen in financiële perikelen, beperkt draagvlak binnen de organisatie (op dit moment), en een ervaren mismatch tussen werkwijze van de organisatie en die van de Innovatie-impuls. Verschil tussen groepen organisaties die wel en niet doorgaan zit vooral in de betrokkenheid van verschillende stakeholders: meer van de actieve organisaties, dan van de organisaties die niet doorgaan, betrokken zorgverleners (93%), ICT-afdeling (82%), managers (75%) en/of cliënten (57%) (tegenover resp. 36%, 18%, 36% en 36%).

**Deel II – Reflectie van adviseurs op de kwartiermakersfase**

**6. Wat hebben adviseurs als bevorderende en belemmerende factoren ervaren in de werkwijze van de Innovatie-impuls? Waar ligt volgens hen de toegevoegde waarde van het programma?**

Bevorderende en belemmerende factoren bij het goed in beeld krijgen van de startsituatie zijn gecategoriseerd in: kenmerken van de organisatie, eigenschappen van de kwartiermaker, betrokkenen, kenmerken van proces en vraagstuk, adviseur. Deze factoren spelen een rol bij de ervaring van toegevoegde waarde van de werkwijze van de Innovatie-impuls. Toegevoegde waarde wordt ervaren door de adviseurs in vooral de verandering van denk- en werkwijze: bottom-up, met betrokkenheid van cliënten, stapsgewijs en iteratief werken, context in kaart brengen. Voor veel organisaties is dat nieuw. Toegevoegde waarde wordt ook ervaren in samenwerken en delen van kennis, ervaring en enthousiasme. Als laatste zien adviseurs, wat we ook zien in de motivatiebrieven, dat deelname aan de Innovatie-impuls status geeft, door de korte lijn met het ministerie, en er is prioriteit voor technologie. Gebrek aan toegevoegde waarde werd ervaren als organisaties hun vraagstuk al geformuleerd hadden, wanneer de werkwijze van de Innovatie-impuls niet aansloot bij de werkwijze van een organisatie.

---

<sup>8</sup> Dit is op het moment van dit schrijven nog niet voor alle organisaties duidelijk. Voorwaarden zijn bijvoorbeeld dat organisaties het vraagstuk duidelijk vanuit de cliënt beschrijven en de ambitie helder hebben, alvorens zij door kunnen naar de Implementatiefase.

## Beschouwing

Brede opschaling van technologische oplossingen in de setting van de gehandicaptenzorg is (nog) niet gerealiseerd. Het blijft veelal bij beperkte pilots waarin technologische oplossingen worden uitgetest, maar uiteindelijk slechts kortdurend worden gebruikt (WHO, 2019<sup>9</sup>; Nictiz/Nivel, 2019<sup>10</sup>). Veel innovaties blijven als het ware steken in de ontwikkelfase en na een klein haalbaarheidsonderzoek blijft implementatie in de zorg uit. En bij bestaande innovaties of technologische oplossingen die een zorgorganisatie zou willen implementeren, blijft duurzame inbedding in de zorg achter (WHO, 2019<sup>9</sup>; VWS, 2019<sup>11</sup>). Dat heeft verschillende oorzaken, zoals onvoldoende aandacht voor het feit dat technologische oplossingen veranderingen in bestaande zorgprocessen met zich mee brengen. 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 noemen we hier dat de verwachtingen over het bereik vaak te hoog zijn: de doelgroep is vaak kleiner (want: 'one size fits none').

Uit de kwartiermakers fase blijken geen nieuwe knelpunten, ze zijn al vaak beschreven in de onderzoeksliteratuur (zie o.a. Boot et al., 2018<sup>12</sup>; Ross et al., 2016<sup>13</sup>). Duurzaam implementeren is maatwerk – en dat is het uitgangspunt van de Innovatie-impuls. Door in de kwartiermakersfase veel tijd en aandacht te besteden aan de formulering van een zorginhoudelijk vraagstuk vanuit cliëntperspectief, de organisatiecontext en ICT-operatie in kaart te brengen, wordt de kans op een succesvolle, duurzame implementatie groter. Daar komt bij dat wanneer de technologie niet goed

aansluit bij de doelgroep en wanneer zorgprocessen niet mee veranderen bij de inzet van technologische oplossingen, ook de toegevoegde waarde van technologie in de zorg niet kan worden aangetoond (Ross et al., 2016).

De in beeld gebrachte startsituatie geeft input aan de implementatieplannen van de organisaties. De organisaties kiezen een strategie en aanpak (stap 5 en 6 van het ZonMw implementatiemodel), die ze met hun adviseur uitwerken in een gestructureerd implementatieplan. Onderwerpen als draagvlak, betrokkenheid van verschillende groepen, samenstelling van de projectgroep, kwaliteiten van de kwartiermaker én van de adviseur komen daarin aan de orde. In het najaar van 2020 analyseren we

---

<sup>9</sup> WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. (WHO/RHR/19.8). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>10</sup> Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M, Groot J de, Lamain A, Bruin K de, Brabers A, Hofstede C, Friele R, Gennip L van (2019). Samen aan zet! E-health monitor 2019. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.

<sup>11</sup> Ministerie van VWS (2019). <https://www.volwaardig-leven.nl/projecten/innovatie-impuls>

<sup>12</sup> Boot FH, 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.

<sup>13</sup> 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* (2016) 11:146.

de implementatieplannen en schrijven we daarover een volgende onderzoeksrapportage. Daarin ook aandacht voor doelen, de gekozen technologische oplossingen en omvang van de cliëntgroepen.

Op twee punten gaan we hier nader in: de werkwijze van de Innovatie-impuls en betrokkenheid van cliënten.

### **Werkwijze van Innovatie-impuls**

Kenmerkend aan de Innovatie-impuls is de werkwijze waarbij ontwerpen van het proces parallel loopt aan uitvoering. Gaandeweg wordt bepaald wat de volgende stappen zijn, met uiteraard wel een einddoel voor ogen. Dit stapsgewijze, iteratieve proces is nieuw voor veel organisaties in de gehandicaptenzorg. Een aantal organisaties zag deze werkwijze in de kwartiermakersfase onverenigbaar met de eigen werkwijze. En een groter aantal heeft zich in het avontuur gestort, kwam knelpunten tegen en zag ook mooie resultaten. Door het vraagstuk vanuit de cliënt te formuleren, wordt duidelijk in welk werkproces de technologie geïmplementeerd en (en bij positieve ervaringen) geborgd zal worden. Door daarbij naast, zorgverleners, managers, beleidsmedewerkers en ICT-collega's te betrekken bij het in kaart brengen van de startsituatie, ontstaat er energie en draagvlak voor het vraagstuk én technologie in de bredere organisatie. En door kennisdeling en samenwerking tussen organisaties, adviseurs, ervaringsdeskundigen en experts op inhoudelijk gebied worden organisaties geholpen en ondersteund in het zetten van de juiste volgende stappen.

In de implementatiefase is er veel ruimte voor samenwerking en kennis en ervaringen delen – en daardoor samen verder te komen. Ook in die fase is de betrokkenheid van cliënten bij de uitvoering van plannen essentieel. Immers, het gaat om implementatie van technologie die op z'n minst gericht moet bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten.

### **Cliënten: betrekken bij? Of samenwerken met?**

Uitgangspunt van de Innovatie-impuls is de formulering van een zorginhoudelijk vraagstuk, geformuleerd vanuit het perspectief van cliënten. Veel organisaties hebben cliënten hierbij betrokken. Relatief veel organisaties die geen cliënten betrokken, gaan (vooralsnog) niet door naar de implementatiefase. Het bleek toch voor veel organisaties nieuw te zijn. Niet het werken met cliënten, maar wel met hen als volwaardig gesprekspartner samen te werken. De organisaties die cliënten betrokken zien de meerwaarde ervan. Een vraagstuk formuleren vanuit de zin "Ik, cliënt, wil dat...", geeft een ander startpunt dan een doelstelling die vanuit de organisatie wordt geformuleerd. Naast zijn door relatief weinig organisaties betrokken; blijkbaar zien veel organisaties daar (nog) geen meerwaarde in. Aangegeven wordt dat cliënten goed voor zichzelf kunnen spreken, echter, deze aanname is niet getoetst.

Door het vraagstuk vanuit verschillende perspectieven te bekijken, wordt het nog beter ontrafeld en onderbouwd. Veel organisaties betrokken cliënten en zorgverleners. Een handvol organisaties betrokken cliënten, naast én zorgverleners (driehoek) bij het verhelderen en formuleren van de zorginhoudelijke vraag.

De kans op succes is groot als cliënten de technologie accepteren en ermee gaan werken. In de kwartiermakersfase is de betrokkenheid van cliënten vooral georganiseerd door met hen te spreken in een groep of individueel. Onbekend is nog in hoeverre cliënten betrokken waren/zijn bij de selectie

van de technologie<sup>14</sup>. De vraag is wat 'betrokkenheid' inhoudt. Is het vooral informeren, iemand een keer bevragen, of gaat het om samenwerken of zelfs co-creëren? Dat echt samenwerken soms of vaak moeilijk is, is alleen maar reden om de moeilijkheid te ontrafelen (waarom en precies wat is moeilijk?) en aannames te toetsen. Er zijn instrumenten die richting geven aan cliëntenparticipatie<sup>15</sup>. Het is daarbij wel van belang dat niet alleen zorgverleners maar ook cliënten en naasten geëquipeerd worden om een bijdrage te kunnen leveren. En wanneer het onmogelijk blijkt om samen te werken met cliënten, vanwege hun verstandelijke beperking, dan er zijn naasten én zorgverleners die hun stem kunnen laten horen. In het organiseren van samenwerking tussen cliënten, naasten en zorgverleners kunnen organisaties (ook in de themanetwerken) leren van elkaar. En ze kunnen gebruik maken van de expertise van organisaties als het CCE, IKONE, het LFB en het ECP. De kans op een succesvolle implementatie wordt er veel groter mee.

### **Over dit onderzoek**

We hebben verschillende methoden van onderzoek gebruikt om tot deze bevindingen te komen. Er waren wat haken en ogen. Zo bleek verslaglegging van activiteiten in veel gevallen best lastig. In de interviews bleek meermaals dat de adviseur meer wist dan was vastgelegd. Zo bleek dat er vooral verslag was gedaan van activiteiten waar de adviseur bij betrokken was. Soms gaven adviseurs aan dat zij in het proces niet of niet tijdig van sommige activiteiten in de organisatie op de hoogte waren. Dit betekent dat het mogelijk is dat er zaken gemist zijn en dat die ook in het onderzoek dus niet zijn meegenomen. Voor onderzoek in de implementatiefase betekent dit dat onderzoekers dicht op de organisaties en de themanetwerken (en op de kwartiermakers en adviseurs) moeten zitten. Omdat veel adviseurs en zorgorganisaties geen ervaring hebben met onderzoek, zullen de onderzoekers een groot deel van de dataverzameling zelf uitvoeren, en meer controlemomenten invoegen waar organisaties en adviseurs zelf gegevens vastleggen.

### **Tot slot**

Doel van de Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg is versnelling van de digitale transformatie oftewel het gebruik van technologie in de gehandicaptensector. De technologie moet erop gericht zijn de kwaliteit van leven van mensen met een beperking te verbeteren. Als onderdeel van het grote programma Volwaardig leven wil de Innovatie-impuls bijdragen aan de beweging die de gehandicaptenzorg meer passend en toekomstbestendig te maken. De Innovatie-impuls doet dat door de duurzame implementatie van technologie te ondersteunen met advies en onderzoek.

Deze onderzoeksrapportage over de startsituatie van zorgorganisaties in de kwartiermakersfase is de eerste rapportage van Team Onderzoek. In de tweede onderzoeksrapportage analyseren we de implementatieplannen. Daarnaast worden kennisproducten gemaakt, ook op basis van onderzoek. We

---

<sup>14</sup> We nemen dit mee in de onderzoeksrapportage over de implementatieplannen.

<sup>15</sup> Zie bijvoorbeeld: <https://www.vilans.nl/8-principes-van-succesvolle-clientenparticipatie>



werken aan een stappenplan over hoe zorgorganisaties op een systematische wijze een technologische oplossing kunnen kiezen, gebaseerd op ervaringen uit de Innovatie-impuls. Daarvan zal ook een cliëntenversie verschijnen. En kennis en inspiratie wordt gedeeld via onder andere het Kennisplein Gehandicaptensector, zoals in de praktijkverhalen<sup>16</sup> en de webinars.

In de implementatiefase, die duurt tot eind 2021, doen we op verschillende manieren onderzoek naar de implementatie en naar de toegevoegde waarde van de technologie. Samen met de organisaties geven we dat onderzoek vorm. Gedurende de implementatiefase zal het onderzoek aantonen of de totaalaanpak van implementatie, (actie)onderzoek en communicatie zal leiden tot succes. Waarbij we in acht nemen dat zorgorganisaties die geen of weinig ervaring heeft met de implementatie van technologie, stappen zullen zetten in het zich eigen maken van dat proces, en zorgorganisaties met meer of veel ervaring zullen stappen zetten in versnelling in het implementatieproces. In beide gevallen is het uitgangspunt dat bij een volgend vraagstuk het proces wat sneller, en weer beter, doorlopen kan worden. En op die manier dragen we bij aan de digitale transformatie van de gehandicaptenzorg.

---

<sup>16</sup> *Neem een kijkje:* <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/volwaardig-leven/innovatie-impuls>

## 4.6 Colofon

### **Auteurs**

Nienke Vos, Hendrik Buimer, Minke ter Stal, Sanne van der Weegen, Marieke Gielissen, Agnes van der Poel en Brigitte Boon

### **Projectleiding**

Sanne van der Weegen en Agnes van der Poel

### **Met dank aan**

Alle zorgorganisaties die deelnamen aan de kwartiermakersfase van de Innovatie-impuls. Veel dank aan de kwartiermakers!

### **En dank aan**

De adviseurs van Team Implementatie: Simone Heijligers, Marjan Hurkmans, Joukje Janssen, Charlotte Lina, Zina Louter, Stefanie Mouwen, Ruud de Nooij, Charlotte Rekko, John Rietman, Will Schutte, Odile Smeets, Kyomid van de Veer, Joost ter Velde, Alwin Vos, Femke de Wit, Jorrit Ebben (coördinator)  
Andere leden van Team Onderzoek: Linda van den Bedem, Liesbeth van den Berg, Isabelle Geerdink, Annemarije Gaasterland, Janneke Haan, Rachelle Reijnders  
Van Team Kennisverspreiding: Malou Arends, Karen Jansen, Saskia ter Kuile (coördinator)  
Van Team Algemeen: Inge Klabbers, Christa de Jong, Yvonne Hoftijzer (coördinator)

### **Opdrachtgever**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directie Langdurige Zorg

### **Contact**

Sanne van der Weegen – projectleider  
S.vanderweegen@vilans.nl

Agnes van der Poel – coördinator Onderzoek Innovatie-impuls  
Agnes.van.der.poel@academyhetdorp.nl

Brigitte Boon – principal investigator Innovatie-impuls  
Brigitte.boon@academyhetdorp.nl

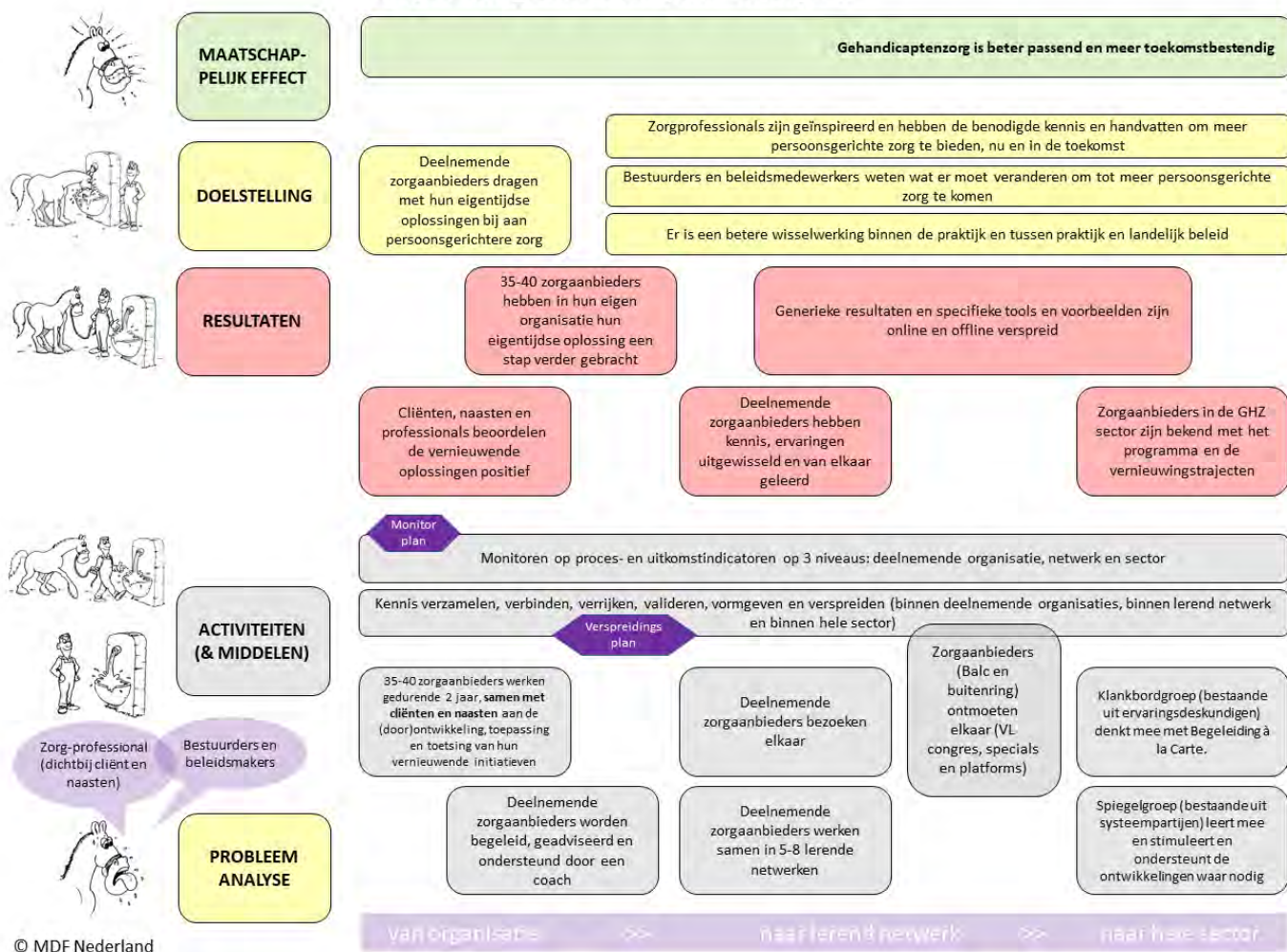
© Vilans / Academy Het Dorp, 2020

Alle informatie uit deze rapportage mag gebruikt worden, mits met juiste bronvermelding:  
Vos N et al. Startsituatie in beeld van de gehandicaptenzorgorganisaties in de Innovatie-impuls.  
Rapportage van de kwartiermakersfase. Utrecht/Arnhem: Vilans/Academy Het Dorp, 2020.

## 2.10 Bijlagen hoofdstuk 2

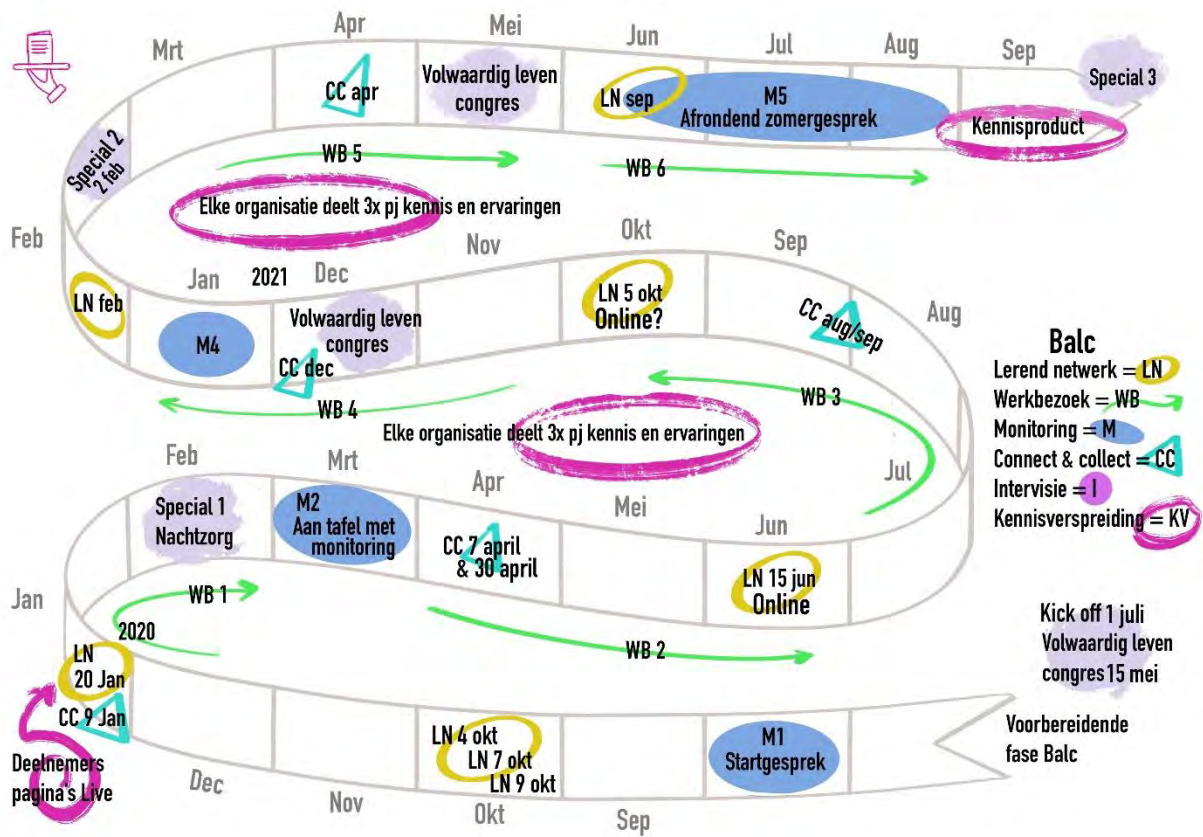
# Bijlage 1. DAP analyse Begeleiding à la carte<sup>1</sup>

## Begeleiding à la carte (DAP analyse)



<sup>1</sup> MDFnl (2019). Doelgerichte Activiteiten Planning. Een handleiding om tot een Logisch Kader te komen. Versie 4.0). [Download de handleiding.](#)

## Bijlage 2. Tijdlijn van de activiteiten



### Bijlage 3. Samenvatting van de zorginhoudelijke vraagstukken van de vernieuwingstrajecten

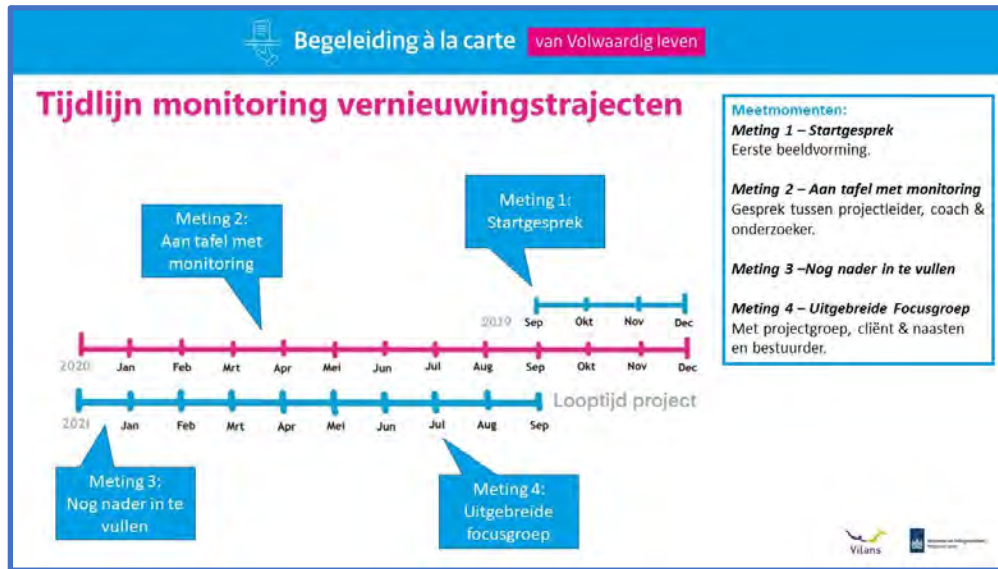
ORGANISATIE	VRAAGSTUK VAN HET VERNIEUWINGSTRAJECT
Academie voor Zelfstandigheid	Hoe kunnen we voor meer mensen met een beperking leren op hun eigen niveau, bij hen in de buurt organiseren?
Active4you (i.s.m. Stichting Pertoeti, Zorgboerderij de Vennekuus en Stichting OOK)	Hoe kunnen we continuïteit van zorg garanderen, door personeelsbeleid voor kleine zorgorganisaties te vernieuwen, zodat het boeien en binden van medewerkers meer effect heeft?
ASVZ (Ouders voor Ouders)	Hoe kunnen we zorgen dat meer ouders van een kind met een beperking elkaar kunnen steunen bij de zorgen die zij hebben voor hun kind?
ASVZ (Triple C)	Hoe kunnen we de kwaliteit van de toepassing van de Triple-C methodiek voor cliënten versterken, binnen en buiten ASVZ?
Bartiméus	Hoe kunnen we cliënten meer regie geven over (het reguleren van) hun moeilijk verstaanbaar gedrag, zodat ze zich veiliger voelen?
De Berkelhof (Zorgplan)	Hoe kunnen we cliënten meer regie over hun dagelijks leven geven, door middel van regie over het eigen zorgplan?
De Berkelhof (Eén paar handen)	Hoe kunnen we de dagbesteding zo organiseren dat de deelnemers zo weinig mogelijk verschillende mensen zien en waar therapeutische kennis onderdeel is van de dagelijkse zorg en het contact?
Stichting BONT	Hoe kunnen we als kleine zorgaanbieder met behoud van onze kernwaarden verder professionaliseren en groeien?
Cordaan	Hoe kunnen we de kwaliteit van leven van thuiswonende cliënten die 24-uur zorg nodig hebben, en hun naasten verhogen door zorg (woonvormen, cultuur, gedrag) beter op hen aan te laten sluiten?
De Parabool	Hoe kunnen we voor oudere bewoners, voor wie reguliere dagbesteding of werk niet meer past, een zinvolle dag-invulling, passend bij het individu, bieden en organiseren?
Dichterbij	Hoe kunnen we meer cliënten begeleiden in betekenisvol leven en werken, door de professionele basishouding van 'Als je het mij vraagt' te borgen in de organisatie?
Driestroom	Hoe kunnen we het model 'Alledaags Geluk' dat eraan bijdraagt dat cliënten zich elke dag gelukkig voelen, borgen binnen onze organisatie en delen met andere organisaties?
Ela	Hoe kunnen we cliënten zo 'normaal' mogelijk begeleiden zodat zij een zinvolle dagbesteding en prettige woonplek hebben en zich (onvoorwaardelijk) veilig en geliefd voelen?
Esdégé-Reigersdaal	Hoe kunnen we de individuele zorgvraag van kinderen met een beperking beter beantwoorden, met behulp van technologie?
Hartekamp groep	Hoe kunnen we personeel toerusten (transfer van training naar 'on the job') om beter om te gaan met snel complexer wordende zorgvragen?
's Heeren Loo	Hoe kunnen we de begeleiding nog beter aan laten sluiten bij de sociale behoefte van de cliënten, door middel van aandacht, een luisterend oor of er gewoon even zijn voor iemand?
Het Houvast	Er zijn meer cliënten die vragen naar onze aanpak dan dat we kunnen bedienen. Hoe kunnen we onze aanpak verspreiden en komen tot een plezierige en vruchtbare samenwerking met andere organisaties?

<b>Ipsse de Bruggen</b>	Hoe kunnen we de kwaliteit van leven en wonen verhogen voor SG-LVB cliënten die veel afgezonderd leven?
<b>Landelijke vereniging ouderinitiatieven LVOI (i.s.m. Woondroomzorg)</b>	Hoe kunnen we een lerend netwerk ontwikkelen van, voor en door ouderinitiatieven, zodat het wiel niet opnieuw uitgevonden hoeft te worden en we elkaar kunnen inspireren op basis van onze ervaring?
<b>Middin</b>	Hoe kunnen we werken aan eigen regie op voeding en gezondheid voor cliënten en hoe kunnen we onze succesvolle methodiek met andere organisaties delen?
<b>Ons Tweede Thuis</b>	Hoe kunnen we Goed Werk d.m.v. vernieuwend leren voor onze medewerkers realiseren, ten gunste van Goed Leven voor de cliënten?
<b>Ophovenerhof</b>	Hoe kunnen we de woonvorm Tiny Houses vormgeven, zodat cliënten eigen regie hebben over hun leven en hun eerste stappen naar nog meer zelfstandigheid kunnen uitproberen?
<b>ORO</b>	Hoe kunnen we cliënten en hun naasten beter ondersteunen in de overstap van thuis wonen naar begeleid wonen?
<b>Pameijer (Buurtcirkel)</b>	Hoe kunnen we Wlz-clients meer zelfvertrouwen, zelfstandigheid, eigen regie en een steunend netwerk bieden via het (doorontwikkelde) programma Buurtcirkel?
<b>Pameijer (Samen op weg)</b>	Hoe kunnen we ondersteuning beter aan laten sluiten bij het leven van cliënten met multiproblematiek, 'volwaardig leven' nastreven, en cliënten en naasten daar meer/zo volledig mogelijk regie in geven?
<b>Pluryn</b>	Hoe kunnen we bewoners meer regie geven over hun toekomst, door middel van regie over hun individueel plan?
<b>Plushome</b>	Hoe kunnen we de eenzaamheid van cliënten verminderen met behulp van een sociaal platform?
<b>Prinsenstichting</b>	Hoe kunnen we door middel van deeltijdverblijf-op-maat flexibel inspelen op de behoefte van cliënten en hun naasten?
<b>Severinus</b>	Hoe kunnen we, met input van naasten, mensen met EMB kwaliteit van bestaan en geluk bieden?
<b>Siza</b>	Hoe kunnen we nachtzorg zo organiseren dat cliënten veilig, persoonsgericht en op basis van de goede kennis, begeleid worden?
<b>Siza (i.s.m. HAN, Zozijn, Pluryn en BPSW)</b>	Hoe kunnen we morele reflectie bij zorgprofessionals bevorderen, zodat zij cliënten optimaal tot hun recht kunnen laten komen?
<b>Talant</b>	Hoe implementeren we het door Talant/Alliade en UMCG ontwikkelde basisbegeleidingsmodel BRAVO! bij alle medewerkers van Talant zodat alle cliënten ervaren dat er kansen zijn op ontwikkeling en meedoen?
<b>Triade Vitree</b>	Hoe kunnen we cliënten meer regie geven over hun dag/week door hen persoonsgericht en goed te informeren met behulp van technologie?
<b>Urtica De Vijfspromg</b>	Hoe kunnen we in de begeleiding aansluiten op de handelingsimpuls van cliënten?
<b>Vanboeijen</b>	Hoe kunnen we kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven verbeteren door de uitvoering van onze werkwijze narratief te beschrijven en een narratief te ontwikkelen?
<b>WonenPlus</b>	Hoe kunnen we onze ervaring en expertise in het werken met oudere cliënten met een beperking en verslavingsproblematiek in een handboek vatten zodat andere zorgaanbieders hierdoor geïnspireerd raken?



Bijlage 4. Achtergrondinformatie over monitoring: A. Overzicht meetmomenten; B. Briefing aan de organisaties over Meting 2 (Aan tafel met monitoring); C. Processtappen van Meting 2.

A



B

**Begeleiding à la carte van Volwaardig Leven**

### Monitor Meting 2 | informatie voor organisaties:

**Waarom monitoren?**

- Wij willen graag leren van het programma begeleiding à la carte door vragen te stellen als:
  - Wat ontwikkelen de deelnemende organisaties?
  - Wat helpt de ontwikkeling?
  - Wat zit de ontwikkeling in de weg?
- De geleerde lessen verspreiden we binnen de sector zodat andere organisaties er ook van leren.
- Aan de opdrachtgever kunnen we dan laten zien wat er gebeurt tijdens het programma en wat dat oplevert.

**Wat levert het u op?**

- Het is een moment om even achterover te leunen en met een frisse blik naar de ontwikkelingen binnen uw project kijken.
- Tegubliken op *waar staan we nu?* en *waar gaan we heen?* levert vaak nieuwe inzichten op.

**Wat monitoren we?**

- We monitoren op twee verschillende manieren:
  - Tellen: bijhouden wat er gebeurt, met wie, wanneer etc.
  - Vertellen: verhalen ophalen om de activiteiten te illustreren.

**Wanneer?**

- In verband met de COVID-19 situatie zullen de gesprekken met projectleider, coach en onderzoeker online plaatsvinden.
- De gesprekken proberen we in maart- mei 2020 te laten plaatsvinden, mits dat kan gezien de COVID-19 situatie
- We werken met ZOOM of Microsoft Teams (afhankelijk van uw voorkeur). Als een afspraak gepland is, zal de onderzoeker via de coach een vergaderlink delen. Het is niet nodig te registreren of iets te installeren, beide programma's kunnen in de browser gebruikt worden.
- Bij vragen over het gebruik van ZOOM of Microsoft Teams, kan contact worden opgenomen met Tamara Bouwman (t.bouwman@vilans.nl) of de onderzoeker die het gesprek voert.

**Wat gaan we doen?**

- We willen graag van u leren. Alleen als we uw verhaal kennen, weten we wat wel en niet werkt binnen het programma.
- Tijdens 'aan tafel met monitoring' komt een onderzoeker van het monitoringteam (samen met de coach) langs om naar uw verhaal te vragen en terug te kijken op de ontwikkelingen tot nu toe.

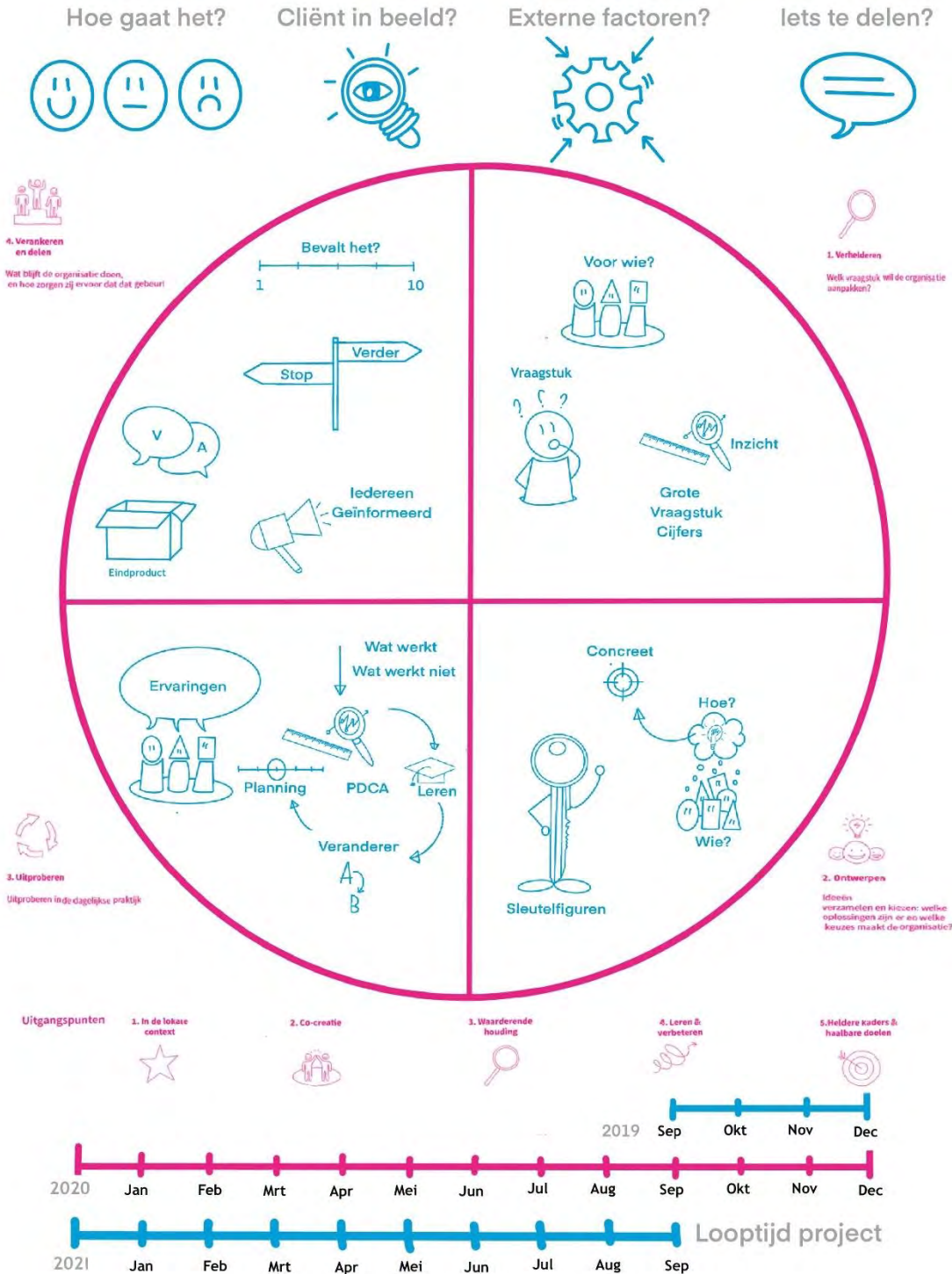
**Wat is verder belangrijk om te weten?**

- We nemen de gesprekken op, maar alleen voor intern gebruik.
- We rapporteren programma-breed, wat betekent dat er geen herleidbare informatie naar uw organisatie gepubliceerd wordt.
- Mocht informatie wel herleidend zijn, vragen we altijd vooraf expliciet toestemming om het te publiceren.

C

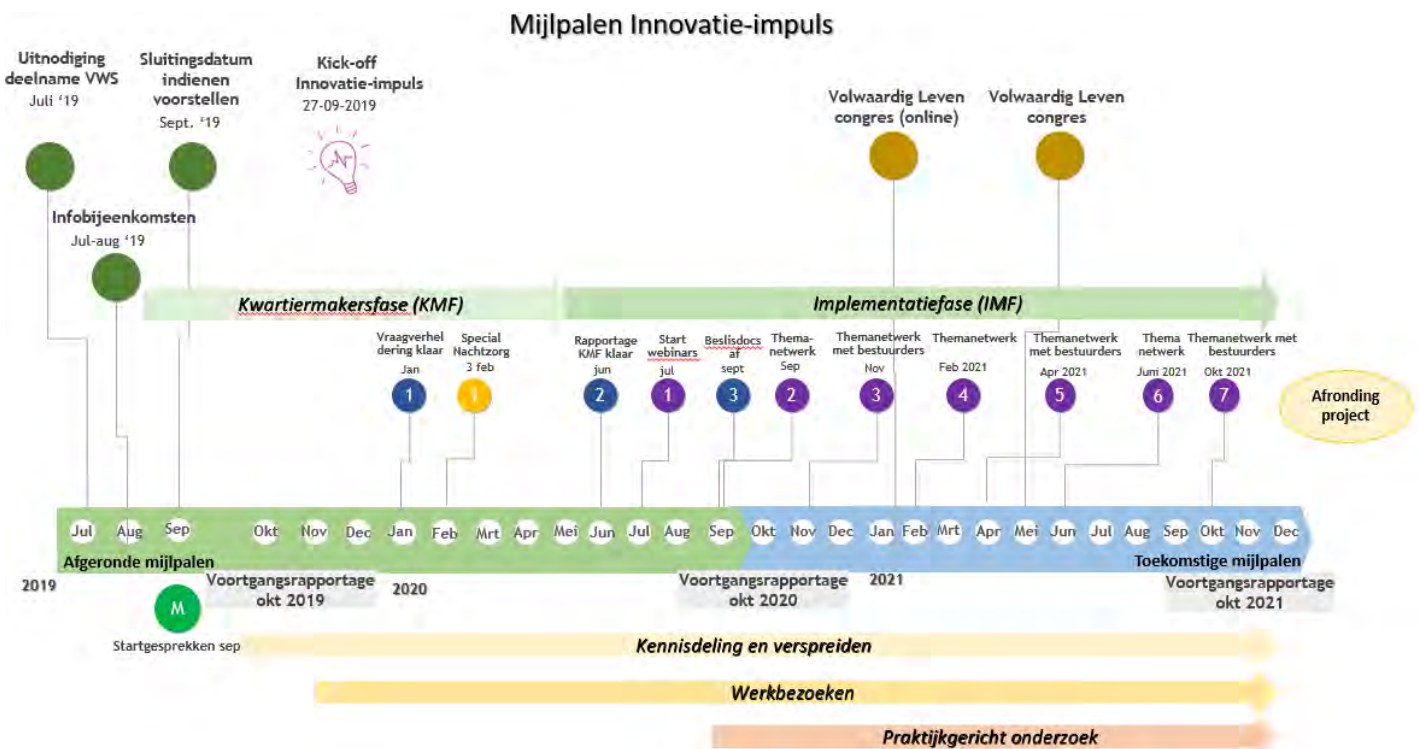


# Praatplaat Begeleiding à la carte

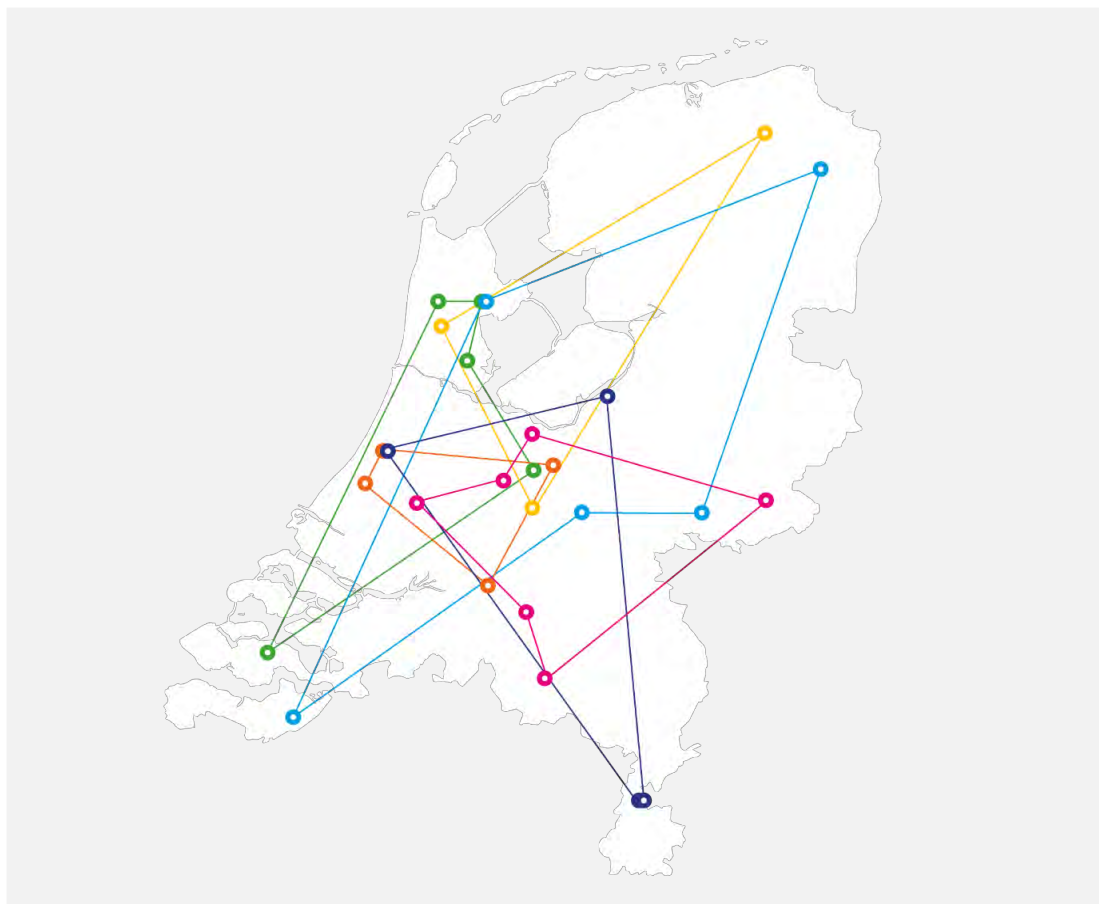


## 3.9 Bijlagen hoofdstuk 3

## Bijlage 1. Overzicht mijlpalen Innovatie-impuls



## Bijlage 2. Kaartje met overzicht deelnemers (april 2020)



### LEKKER SLAPEN

DE ZIJLEN  
ELVER  
LEEKERWEIDEGROEP  
TRAGEL  
ZIDERIS

### ZELFREDZAAMHEID

AMERPOORT  
CELLO  
DE LICHTENVOORDE  
GEMIVA  
REINAERDE  
SEVERINUS

### SOCIAAL CONTACT

COSIS  
ODION  
PROFILA ZORGGROEP

### DAGSTRUCTUUR

ABRONA  
AMSTA  
ESDÉGÉ-REIGERSDAAL  
GORS  
LEEKERWEIDEGROEP 2  
MIDDIN

### VEILIGHEID EN ZELFREDZAAMHEID

INTERAKTCONTOUR  
KORAAL  
SGL  
XENIA

### BEGREPEN WORDEN

HAARDSTEE  
IPSE  
PRISMA  
'S HEEREN LOO

## 4.7 Bijlagen hoofdstuk 4

# Bijlage 1. Verslagen van de werkplaatsen

Werkplaats I – 27 september 2019





## Kick-off Innovatie-impuls



### Kiezen voor zorgtechnologie die aansluit bij wat de cliënt wil

Welke zorgtechnologie heeft daadwerkelijk meerwaarde voor de cliënten in organisaties voor gehandicaptenzorg? Wat werkt wel en wat werkt niet? En als het werkt, hoe zorgen we er dan voor dat het normaal wordt om technologie te gebruiken in de dagelijkse zorg en ondersteuning? Welk effect heeft dat op de manier waarop we de zorg organiseren? Met die vragen worstelen veel instellingen. De Innovatie-impuls, één van de projecten binnen het VWS-programma Volwaardig leven, biedt deelnemers en belangstellenden handvatten. De kick-off op 27 september 2019 bij het ministerie van VWS, bood de deelnemers alle ruimte voor kennismaking en uitwisseling van eerste ervaringen.

Minister van VWS, Hugo de Jonge, heeft een aantal programma's om de zorg optimaal te laten aansluiten op de behoefte van de cliënt, 'en daarbij kan de gehandicaptenzorg niet ontbreken', zei Theo van Uum, directeur langdurige zorg bij het ministerie van VWS, tijdens de kick-off van de Innovatie-impuls. 'In de gehandicaptenzorg wordt al steeds meer vanuit de cliëntbehoefte gewerkt en het programma Volwaardig leven geeft daar nog een extra impuls aan. We werken daarvoor met ambassadeurs, we zoeken passende zorgoplossingen voor ingewikkelde vragen en we ontzorgen de naasten. Een rijk gevuld en mooi programma.'

Waarom is de Innovatie-impuls een van de onderdelen in dit programma? 'Omdat zorgtechnologie niet meer weg te denken is uit de gehandicaptenzorg', vertelde Van Uum. 'Maar er ligt wel de uitdaging om vanuit de cliënt te denken. Zelf heb ik jarenlang achter de rolstoel gelopen van mijn dochter, die cerebrale parese heeft. Nu ze een elektrische rolstoel heeft, praat ze niet meer in het luchtledige, maar voeren we een gesprek terwijl ik gewoon naast haar wandel.'

Van Uum gaf aan blij te zijn met het grote aantal aanwezigen bij de kick-off. 'Dat tekent uw betrokkenheid', zei hij. 'Maak er uw eigen feestje van. Deel uw kennis, ook de briljante mislukkingen, dan gaat het bruisen.'



### Samen met Vilans en Academy Het Dorp

Voor de uitvoering van de Innovatie-impuls heeft VWS twee waardevolle partners gevonden in Vilans en Academy Het Dorp. Vilans-adviseur en projectleider Annemarie Koopman schetste hoe de innovatie-impuls dienend wil zijn aan het proces in de organisaties om tot optimale inzet van zorgtechnologie te komen en hoe het de kennis wil delen die met de Innovatie-impuls beschikbaar komt. 'We hebben al voor deze kick-off bijeenkomsten gehouden bijvoorbeeld met zorgverleners en ervaringsdeskundigen om de thema's van de Innovatie-impuls vast te stellen. En informatiebijeenkomsten met geïnteresseerde deelnemers en specialisten', vertelde ze. 'Nu begint het écht te lopen en van onze kant zijn daar onderzoekers en leden van het communicatieteam heel actief bij betrokken.' Brigitte Boon, hoofd onderzoek van Academy Het Dorp, licht toe dat de implementatie van technologische oplossingen binnen de innovatie impuls ook gepaard gaat met onderzoek. 'Enerzijds kijken we daarbij of de implementatie succesvol verloopt en welke factoren daarop van invloed zijn, anderzijds onderzoeken we de toegevoegde waarde van de technologie voor de cliënten, zorgprofessionals en naasten.'

Jorrit Ebben, medeoprichter en directeur van Academy Het Dorp, vertelde dat in de laatste week voor de kick-off het aantal inschrijvingen nog sterk was gegroeid. 'Heel goed', zei hij, want wij kunnen waardevolle ondersteuning bieden aan de organisaties die werk willen maken van de inzet van zorgtechnologie, maar we hebben de wijsheid niet in pacht. We willen het programma echt sámen verder ontwikkelen.'

Brigitte Verhage, projectleider en bij VWS samen met Tessa Blankestijn verantwoordelijk voor de Innovatie-impuls, benadrukte het belang van het programma door te onderstrepen dat het dit keer niet gaat om het ontwikkelen van nieuwe ideeën. 'Er is al veel zorgtechnologie beschikbaar. Het gaat nu juist om succesvolle implementatie', zei ze, 'en om leren van waarom dit soms niet lukt. Als ministerie willen we sámen met de deelnemers leren. We kijken bovendien goed mee omdat we willen weten of de zorgtechnologie die wordt ingezet echt meerwaarde heeft voor de cliënt.'





## Niet direct in oplossingen denken

Samen aan de slag gaan als zorgaanbieders om tot optimale inzet van zorgtechnologie te komen, begint met elkaar leren kennen. De gelegenheid hiertoe grepen de aanwezigen met beide handen aan in werksessies die het tweede programmaonderdeel van de kick-off vormden. In de creatieve manier waarop de sessieleiders dit aanpakten bestond ruimte voor humor, maar de serieuze doelstelling van de middag werd geen moment uit het oog verloren. Na de kennismaking-in-spelvorm ging alle aandacht naar de vraag hoe je bij het nadenken over de inzet van zorgtechnologie de vraag van de cliënt naar boven krijgt. Hiervoor gingen de aanwezigen aan de slag met de empathy map, een hulpmiddel dat mensen in staat stelt om zich in het gevoel en de belevingswereld van de cliënt te verplaatsen. Dit voorkomt dat iemand in de valkuil trapt van denken te weten wat zijn doelgroep wil. De kern van de empathy map is dat die de behoefte, gevoelens, wensen en pijn van mensen in kaart brengt, waardoor niet meteen in oplossingen wordt gedacht.

Gijs van de Brink, een van de aanwezigen, wist al heel goed te vertellen wat zijn grootste wens op het gebied van zorgtechnologie is. Hij is door een hersenbloeding rolstoelafhankelijk. 'Wat ik wil is al ontwikkeld maar is nog niet breed beschikbaar: een sta op-rolstoel', zei hij. 'Dan ben ik in het café niet die gehandicapte maar iemand die tussen zijn vrienden aan de toog staat.' Gewoon one of the boys zijn dus. Hoe mooi verwoord.



## Programma Volwaardig leven

Het is essentieel dat de gehandicaptenzorg en de zorg voor mensen met een complexe zorgvraag goed voorbereid zijn op de toekomst. Om zeker te weten dat dit zo is, moet die zorg beter aansluiten op hun eigen wensen en behoeften. Het programma Volwaardig leven bewerkstelligt dat de zorg optimaal aansluit bij de veranderende vraag, persoonsgericht is en flexibel kan meebewegen. Een van de zeven projecten binnen Volwaardig leven is de Innovatie-impuls. Doel hiervan is het gebruik van zorgtechnologie stimuleren, zodat technologie een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de zorg en begeleiding.



[www.kennispleingehandigsectoren.nl/volwaardig-leven](http://www.kennispleingehandigsectoren.nl/volwaardig-leven)





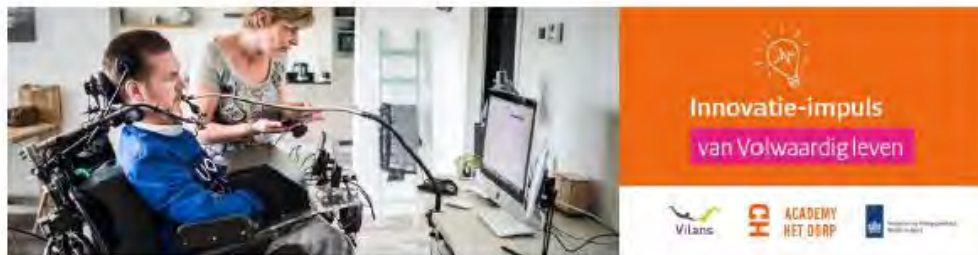
**Werkplaats 2 van de Innovatie-impuls van Volwaardig Leven:  
goede ideeën omzetten naar heldere vraagstukken**

Maandag 18 november zijn we met zo'n 50 mensen van ruim 30 zorgorganisaties aan de slag gegaan met de eerste stappen van de kwartiermakersfase. Vraagverheldering en het in kaart brengen van de organisatiecontext stonden deze dag centraal. In deze fase moet duidelijk worden of een bestaande technologische oplossing mogelijk kan bijdragen aan het verbeteren van de persoonsgerichte zorg, passend bij de persoonlijke behoefte van de cliënt en diens naaste. Er werd onderling ontzettend veel kennis en ervaring uitgewisseld. Onder andere over het belang van het vanaf de start samenwerken met cliënten en verwanten. Komende tijd staat in het teken van het verder uitdiepen van de zorginhoudelijke vraag en de eigen organisatiecontext, waaronder de ICT-context. De opbrengst hiervan delen we met elkaar tijdens de derde werkplaats in januari.



**Energieke aftrap**

Na een – voor sommige vrij sportieve – aftrap van deze tweede werkplaats in het charmante Bartholomeus Gasthuis te Utrecht, starten we met veel energie en dynamiek in de themawerkgroepen: begrepen worden, zelfredzaamheid in relatie tot nieuwbouw, lekker slapen, goed leven en zelfredzaamheid. De deelnemers gaan binnen de werkgroepen aan de slag met de vraagverheldering voor de eigen organisatie. We bevragen elkaar vanuit verschillende perspectieven om de zorginhoudelijke thema's helder te krijgen. Zo brengen we de behoeften van de diverse doelgroepen in kaart en stellen we elkaar de vraag hoe je technologie, passend bij de zorgvisie van de organisatie, hiervoor kunt inzetten. Dat dit heel leuk maar tegelijkertijd best lastig is, blijkt wel uit de reacties. *"Als je al bezig bent met de technologie zoals wij en je moet dan terug naar de onderliggende behoeftevraag, dan voelt dat toch een beetje gekunsteld"*. Een aantal mensen vraagt zich ook af waar ze moeten beginnen: *"Er gebeurt zo ontzettend veel tegelijk in onze organisatie, dan is het lastig kiezen voor welk vraagstuk we nu gaan"*. Een andere deelnemer vult aan: *"Ik wil eerst aan de slag gaan met het creëren van een gunstig klimaat binnen onze organisatie, zodat implementeren daadwerkelijk mogelijk is."* Annemarie Koopman, projectleider en werkzaam bij Vilans, legt uit: "De werkvorm die we hier gebruiken is gericht op het



in kaart brengen van een of meerdere specifieke vraagstukken, met als doel om straks met één vraagstuk de implementatiefase in te gaan. Dat is een bewuste keuze. Het dwingt je om klein te beginnen vanuit een concrete situatie en dan verder te onderzoeken naar wat er allemaal nog meer bij komt kijken binnen de context van je organisatie en de behoeften op bijvoorbeeld het gebied van IT-ondersteuning.

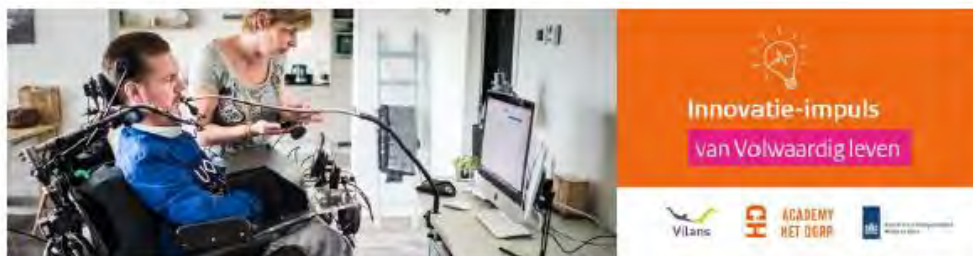
's Middags gaan de deelnemers in de themawerkgroepen aan de slag met een stakeholderanalyse van hun organisatie: welke netwerkspelers heb je straks bij de implementatie allemaal nodig bij jouw idee, wie is aan boord en wie wil je nog betrekken? Ook dit levert levendige gesprekken en verdieping op, maar het roept ook nog veel vragen op. Sommigen zijn bang dat ze voor de oplossing van een vraagstuk teveel in de richting van technologie worden geduwd, terwijl ze dat misschien helemaal niet vinden passen bij de behoefte. John Rietman, senior adviseur bij Vilans legt uit dat deze kwartiermakersfase nu juist bedoeld is om hier achter te komen. Om in jouw situatie het zorginhoudelijk vraagstuk helder te krijgen en te onderzoeken of bestaande zorgtechnologie hierin kan helpen of dat eigenlijk iets anders (een niet-zorgtechnologische oplossing) een veel beter antwoord kan bieden binnen je eigen organisatie. Aan het einde van deze fase, eind januari, willen we met elkaar scherp hebben of je als organisatie aan de slag wilt met de implementatie van zorgtechnologie. Kortom; of je daadwerkelijk gaat deelnemen aan het vervolg van de Innovatie-impuls of dat je een ander pad kiest.



#### Onderzoek: 'deep dive' in technologie

Uitgangspunt van de Innovatie-impuls is dat we de beweging in de sector gehandicaptenzorg naar meer persoonsgerichte zorg op gang brengen, met behulp van inzet van technologie. Brigitte Boon, hoofd onderzoek bij Academy Het Dorp: "Meedoen aan de Innovatie-impuls houdt in: 'Leren voor jezelf, voor elkaar en voor de andere organisaties in het veld'. Wat wij hier binnen het programma de Innovatie-impuls ophalen, willen we zoveel mogelijk delen met andere organisaties in het veld." Brigitte legt uit dat we door middel van onderzoek de toegevoegde waarde van het implementeren willen aantonen, om antwoord te krijgen op de vraag: "Wat maakt dat het lukt om te implementeren?". Brigitte: "Wat we hiervoor precies moeten meten, zal per technologie en per organisatie anders zijn. De onderzoekers van de Innovatie-impuls gaan helpen bij het maken van het pakket dataverzameling per organisatie. Het onderzoeksteam gaat nu eerst helpen onderzoeken welke bestaande zorgtechnologie er is in antwoord op de zorginhoudelijke vragen waar de deelnemers mee aan de gang willen. Er is nu op de thema's van de Innovatie-impuls al een 'longlist tech oplossingen' verzameld, maar die is nog heel breed. Als straks de zorginhoudelijke vraagstukken helder zijn kunnen we daarin echt een 'deep dive' doen en daar inzicht in verschaffen, zodat zorgorganisaties kunnen bepalen met welke concrete bestaande zorgtechnologie ze aan de slag zouden willen gaan.





#### Goede inrichting van I&T = geen verrassingen achteraf

Ruud de Nooij, programmaleider Innovatie bij Academy Het Dorp, legt uit dat de mate van betrokkenheid van de I&T afdeling invloed heeft op de slagingskans van een implementatietraject. Ruud benoemt vijf pilaren binnen de I&T organisatie die van belang zijn: de rol van I&T binnen het vormgeven en uitvoeren van een innovatievisie, de inrichting van het applicatielandschap met servicemodel, de mate van volwassenheid van de I&T dienst, de mate waarin veiligheid (o.a. privacy) geborgd is en de mate waarin een organisatie in staat is om de applicaties gebruiksklaar te maken op basis van de wensen van de eindgebruikers. Een complexe technologie vraagt logischerwijs een goed ingericht IT proces met een duidelijke strategie. Vaak voorkomend probleem is dat bij de ingebruikname van de technologie zich allerlei 'verrassingen' openbaren op het gebied van gebruiks(on)gemak en (gebrek aan) helpdesk-ondersteuning.

#### Samenwerken met cliënten en naasten: Abrona leert goed poetsen

Arina van Domselaar en Lineke van der Lee van Abrona leggen aan de hand van hun 4 fasen model "Mondzorg kan beter" uit hoe zij in samenwerking met cliënten en naasten, onderzocht hebben op welke manier technologie kan bijdragen aan een verbeterde mondzorg. De kracht zit 'm in het daadwerkelijk zien wat er gebeurt bij het tandenpoetsen door de cliënten en diens begeleider. Goed kijken naar en inspelen op de behoeften, wensen en mogelijkheden. Het gaat veel verder dan het betrekken van de cliënten, het gaat om samenwerken met hen. Dan krijg je pas commitment om de zorgtechnologie echt te gaan gebruiken.

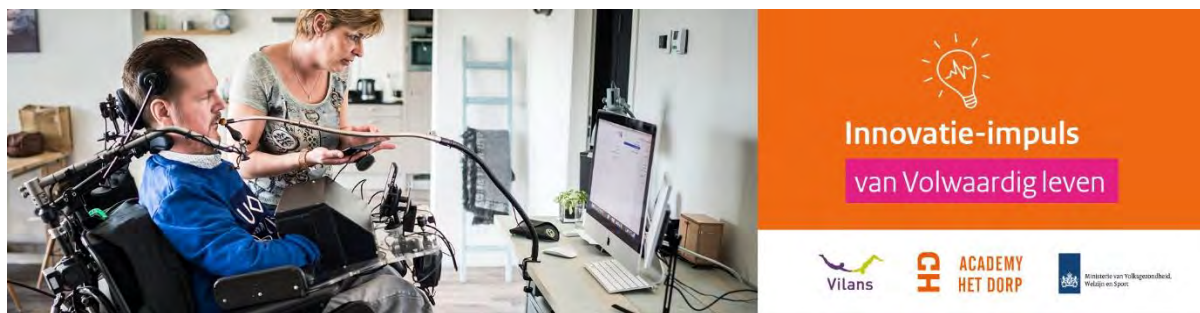
#### Ervaringsdeskundigen: die laat je vanaf het begin meedenken

Ellis Jongerius legt uit waarom het zo belangrijk is om ervaringsdeskundigen meteen vanaf het begin te laten meedenken en niet pas als het allemaal al bedacht is. Ellis: "Wij zijn degenen die het uiteindelijk gaan gebruiken. En je moet het ook goed aan ons uitleggen en ons trainen hoe het werkt. Anders wordt het niet iets van ons en dan is het niet effectief. Plan dat in binnen het ontwikkelproces."

Op de stelling dat niet iedereen zo mondig is als zij zegt Ellis: "Als je met cliënten te maken hebt die zich maar moeilijk kunnen uitdrukken, dan kun je beter een mondige ervaringsdeskundige vragen mee te denken en te doen dan helemaal niet. En kijk vooral bij het uitproberen naar de lichamelijke reacties van de cliënten. Besteed er tijd aan en neem iedereen effectief mee."

Op de vraag of het betrekken van een cliëntenraad voldoende is antwoordt Ellis dat je je ervan bewust moet zijn dat je ook dan alleen een mondige groep spreekt. "Probeer ook eens anderen in de organisatie te betrekken vanuit hun eigen mogelijkheden en vaardigheden. Het heeft geen zin om te ontwikkelen als je de eindgebruiker niet te betrekt bij het ontwikkelproces."





### Werkplaats 3 van de Innovatie-impuls van Volwaardig leven: Plenair: Vraagverheldering is van essentieel belang

We starten deze derde werkplaats bij het ministerie van VWS met een plenaire sessie waarin Jorrit Ebben (AHD) nog eens toelicht waarom het zo ontzettend belangrijk is dat we in deze fase van de Innovatie Impuls Gehandicaptenzorg (IIG) aandacht besteden aan vraagverheldering. Ieder vraagstuk moet zo specifiek en helder zijn, dat de keuze voor technologie als hulpmiddel voor dat vraagstuk, passend is en daarom waarde toevoegt aan het leven van de cliënt. We willen met IIG dan ook vooral het juiste gebruik van technologie stimuleren; een passende oplossing voor de cliënt.

#### Kapstok implementatie

Wat je van de adviseurs en onderzoekers binnen de IIG kunt verwachten, is implementatie aan de hand van een kapstok. Een kapstok die gaat helpen bij jullie specifieke vraagstuk en de daarop volgende implementatie. We gaan op basis van wat jullie zelf aandragen, passend bij (de mogelijkheden binnen) jullie locatie, bij jullie vraagstuk, meerdere mogelijke technologische oplossingen aan die kapstok hangen. De kwartiermakers en de adviseurs gaan in de eerste maanden na de kwartiermakersfase samen kijken wat past bij de combinatie van vraagstuk, organisatorische en IT-context. Niet alle technologie is voor iedereen beschikbaar, bijvoorbeeld omdat de technologie niet bij de bestaande infrastructuur past, of bijvoorbeeld doordat het (startende) bedrijf de technologie niet meteen in de aantallen kan leveren die nodig zijn. Het doel van de IIG is naast de implementatie, het aantonen wat het oplevert voor cliënten, naasten en zorgorganisaties.

#### Van klein naar groot

Jorrit: “We geven jullie het advies om klein te beginnen, met een beperkt aantal cliënten. Misschien heb je bedacht dat er mogelijk wel 100 cliënten in aanmerking kunnen komen omdat ze hetzelfde vraagstuk hebben voor het gebruik van de gekozen techniek. Het beste is klein te beginnen, met 4-8 cliënten. Houd het klein-cyclisch, leer ervan – inclusief de aanpassingen op het proces van zorgverlening – en pas je implementatie aanpak dan in verbeterde vorm toe richting de rest. En bedenk: het gaat om individuen, de oplossing zal misschien voor iedereen net een beetje anders uitpakken.”





Jorrit noemt als voorbeeld het vraagstuk van Siza: ‘hoe kunnen we ervoor zorgen dat cliënten overdag alert blijven zonder inzet van personeel?’. Mensen vielen overdag in slaap als ze even in hun eentje waren of ergens op zaten te wachten, er was een directe link met ’s nachts minder goed slapen. Door de vraag heel helder in beeld te krijgen, werd niet gekozen voor technologie in de nacht – een slaaprobot of monitoring van beweging in de nacht met behulp van sensoren, maar voor technologie overdag. Daarvoor waren meerdere oplossingen – zoals de Qwiek en de Tover tafel – geschikt, en omdat ze achterhaald hadden wat het precieze vraagstuk was én de voorkeur van de cliënt, sluit de oplossing aan en voegt deze waarde toe voor cliënt en zorgverlener.

### Vraagverheldering

Vandaag gaan we aan de slag met het verhelderen van de vraag. Voor de meeste organisaties geldt dat het vraagstuk nog meer specifiek kan. ***Daarom een dringende oproep: trek een sprint, samen met je adviseur om het vraagstuk zo specifiek mogelijk te maken.*** Als het vraagstuk helder is, kan de adviseur de mogelijke oplossingsrichtingen aan je kapstok hangen. We gaan je helpen de vraag te verhelderen binnen de context van je eigen organisatie. Een belangrijk aspect hierbij is bijvoorbeeld: is de ICT-infrastructuur voldoende ingericht voor het inzetten van technologie? Wat hebben zij nodig om het gebruik goed te ondersteunen? Denk bijvoorbeeld aan de sociale robot Tessa – er kan er maar eentje op 1 WIFI punt - en als er meerdere cliënten bij elkaar wonen, vraagt dit aanpassingen in de infrastructuur. En een gps werkt misschien binnen op Blue tooth en WIFI en buiten op een 5G-netwerk, dat moet je mogelijk kunnen maken.



## Werkplaats 3 van de Innovatie-impuls van Volwaardig leven: Subsessie begrepen worden

We trappen af met 'langs de lijn', iedereen verspreidt zich langs de lijn waarbij de zwaarte in het midden ligt: het vraagstuk is wel helder, maar nog niet concreet genoeg. Enkele reacties:

- het meenemen van ervaringsdeskundigen vraagt tijd, dat moeten we incalculeren
- doelen zijn helder, maar het is nog niet helder wat dit vraagt van de projectorganisatie
- we weten wel wat we willen, maar zijn ons ervan bewust dat de cliëntpopulatie heel wisselend is, divers en complex. Waar moeten we beginnen?

In deze sessie streven we ernaar de vraagstukken concreter en smaller te maken aan de hand van een presentatie en de 'incidentmethodiek'. Casuïstiek via bepaalde methodiek nog verder specificeren.



### Deel 1: presentatie door Jeroen Housmans - CCE

Jeroen is van oorsprong neuropsycholoog en werkt als programmaleider Gehandicaptenzorg en Meezorg bij het CCE, Centrum voor Consultatie en Expertise (consultatie, kennis en opleiden). Jeroen: "je kunt het CCE inschakelen voor expertise over ernstig en aanhoudend probleemgedrag.

Uitgangspunt daarbij is: probleemgedrag is een negatieve interactie tussen een persoon en zijn of haar omgeving. De context van een cliënt draagt bij aan het probleemgedrag of houdt het in stand.

Oorzaken en oplossingen voor probleem-

gedrag zijn zowel in de context als in de persoon te vinden, en ook in de interactie. Kortom: het probleem ligt bij vaak heel breed waardoor je er dus invloed op kunt uitoefenen.

### Visie op probleemgedrag

Jeroen laat aan de hand van een [filmpje](#) zien wat de visie van het CCE is op probleemgedrag. Zoals gezegd is probleemgedrag het resultaat van negatieve interactie tussen de persoon met zijn specifieke kwetsbaarheden en de context waarin hij zich bevindt. Kijk daarom in de zoektocht naar de oorzaken van probleemgedrag zowel naar de persoon zelf als naar de context (en de interactie daartussen). Het gaat erom dat we leren begrijpen waar het probleemgedrag vandaan komt. Factoren van belang zijn: cliëntfactoren (biologische en psychologische factoren), sociale omgeving (bv. familie, personeel, medecliënten), fysieke omgeving (bv. gebouw, inrichting, omgeving) en organisatie (bv. visie, personeel, opleiding). Kijk niet alleen breed, maar ook 'meervoudig' naar de persoon, zijn context en de interactie daartussen. Het gaat niet alleen om feiten, maar ook om hoe betrokkenen zaken beleven en welke betekenis zij aan feiten en gebeurtenissen geven. Verder kunnen belangen van invloed zijn of verschillende normen en waarden.

Het is belangrijk om de dialoog te voeren tussen betrokken professionals en verwanten om een gedeeld beeld te krijgen. Als hier verschillen in bestaan, kan dat leiden tot verschillende omgang met dezelfde problematiek. Hier spelen normen en waarden en verschillende belangen een rol. Het kan inzicht geven in hoe de cliënt zich voelt, hoe hij/zij communiceert en hoe je met het gedrag om kunt gaan. Het allerbelangrijkste is de dialoog gezamenlijk te voeren en vanuit daar de stappen formuleren.

## **Probleemgedrag en technologische innovatie**

Wanneer je technologische innovatie wilt toepassen, vraag je dan af: past de mogelijke innovatie binnen je zorgvisie? Zorg ervoor dat je goed reflecteert op het eigen handelen, op het gedrag van de cliënt en op de reden van het inzetten van de technologie. Past dat binnen jullie cultuur? Betrek alle partijen vanaf het begin, dus ook bijvoorbeeld verwanten.

## **Van onbegrepen bedrag naar begrepen gedrag: succesfactoren**

- Ga samen op zoek, niet alleen de gedragsdeskundigen/arts maar het hele team en de omgeving van de cliënt. Het gezamenlijk proces van bewust worden en leren is van het grootste belang
- Zorg dat je allemaal op één lijn zit qua begrip van het gedrag
- Neem als uitgangspunt de wenselijke situatie (=positief)
- Inbedding van de interventies (stabiel team, niet teveel verloop, weet iedereen waar hij mee bezig is, "hebben we daar met elkaar voldoende over na gedacht en tegenspraak georganiseerd?"). "Stellen we ons voldoende vragen over het gedrag en blijven we dat doen?" (alert blijven op wat we doen, reflecteren op wat je doet en hoe kun je daarvan leren)
- Behoudt intuïtie en verantwoordelijkheid
- Houd rekening met de cliëntfactoren en houdt oog voor deze specifieke cliënt in deze specifieke situatie
- Voer een open gesprek met als vertrekpunt: "wat willen we nou eigenlijk?" Of: "waar is dit eigenlijk een oplossing voor?"
- Hierin komt mogelijke spanning (normen/waarden bijvoorbeeld) aan de orde. Dit is niet altijd eenvoudig, er zijn verschillende perspectieven en opvattingen. Voorwaarde is een open en veilige cultuur. Vraag mogelijk iemand van buiten om het gesprek te begeleiden, om de goede vragen te stellen en om jezelf verder te helpen.
- Van 1 casus naar het inzetten van de oplossing naar meerdere cliënten; start met een kleine groep, pas je learnings toe op meerdere cliënten en bedenk steeds dat het gaat om de individuele persoon.
- Je kunt bijvoorbeeld ook met behulp van technologie inzicht krijgen in het probleemgedrag. Denk aan het toepassen van opgehaalde data waarbij gekeken wordt hoe de betreffende cliënt reageert. En: welke coping past de cliënt toe en hoe kunnen we die uitbreiden? Op deze manier kunnen technologie en methodieken aanvullend zijn op elkaar. Voorwaarde is wel dat de data geïnterpreteerd wordt door betrokken professionals; wat zegt deze data over de cliënt in deze situatie?
- Kijk of dat wat je kiest past bij de cliënt en je organisatie

## **Meer lezen:**

- De PowerPointpresentatie CCE van Jeroen (zie bijlage)
- Het filmpje: <https://vimeo.com/310094160/8f0b2770d7>
- Informatie zoals leren van casussen en CCE Podium: <https://cce.nl/kennis>

## **Aanvullende info: Wet zorg en dwang (Wzd)**

Zorgorganisaties die aan de slag gaan met vraagstukken rondom (on)begrepen gedrag, dienen rekening te houden met de eisen vanuit de nieuwe wet: de Wzd. Op 1 januari 2020 is deze Wet zorg en dwang (Wzd) ingegaan en vervangt de Wet Bopz. Het doel van de Wzd is dat onvrijwillige zorg bij mensen met een beperking zoveel mogelijk wordt voorkomen. De Wzd is in een aantal opzichten anders dan de Wet Bopz. Bijvoorbeeld: als de zorgaanbieder en de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) het niet eens worden over vrijwillige zorg, moet de zorgaanbieder een stappenplan doorlopen. Hierbij wordt steeds naar alternatieven gezocht in een multidisciplinair team. Een tweede verschil met de

Wet Bopz is dat de Wzd cliëntvolgend is. Dit betekent dat ook in de zorg aan huis, kleinschalig wonen, school of dagbesteding de wet kan gelden.

**Meer lezen en stappenplan downloaden:**

<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/vrijheidsbeperking/wet-zorg-dwang>

## **Deel 2: De vraagverheldering van de deelnemende organisaties (interview Communicatie)**

We starten met een energizer om de lunchdip te verminderen; een oefening waarin je ervaart hoe lastig het is om uit patronen te stappen! Daarna bespreken we twee casussen aan de hand van de incidentmethode.



### **Casus 1: hoe lossen we problemen met het dag-nachtritme op?**

“Cliënten zijn vaak niet op tijd op werk/dagbesteding, zitten niet lekker in hun vel, komen minder toe aan wat ze willen doen). Hoe krijg je mensen zover dat ze niet zo afhankelijk zijn, zelfredzamer zijn in de structuur van de nacht. We verwachten dat er veel verschillende onderliggende oorzaken zijn. Dat zou wel eens kunnen betekenen dat we aan de slag gaan met veel verschillende technologieën.”

#### **Verzamelde verdiepende vragen rondom deze casus:**

- Breng eerst in kaart wat er precies gebeurt tijdens de nacht en wie waar precies last van heeft
- Breng de omgevingsfactoren in kaart (bijv. prikkels vanuit sociale media en game-verslaving)
- Raadpleeg de bronnen, hoe komen signalen aan de orde? (moreel beraad, kwaliteitsregister, via gedragsdeskundige, etc.)
- Zijn de verwanten voldoende bevraagd en betrokken?
- Is er al eerder iets gedaan om dit op te lossen waar je uit kunt putten?
- Vraag jezelf af: hebben de cliënten inzicht in de gevolgen van te weinig slapen?

#### **Tips/advies:**

- Ga het gesprek aan met de cliënt en de verwant en achterhaal de reden/oorzaak. Niet alleen de oppervlakkige (gamen is leuk). Goed uitleggen waarom slapen belangrijk is, wat zijn de persoonlijke voordelen van goed slapen
- Zorg ervoor dat de cliënten ‘Goed slapen’ hoger gaan waarderen, neem het sociale netwerk hierin mee
- Kies in eerste instantie één concreet probleem, ga daar alvast mee aan de slag. Benut ook de kleinschaligheid van je organisatie
- Breng het probleem in kaart: wie heeft het probleem (doelgroep kaderen), kies één interventie, voor één doelgroep
- Breng dag- en nacht ritme in kaart en kijk waar de probleempunten liggen, speel daar op in
- Overleg met en ga bijv. op werkbezoek bij aantal organisaties die met deze problematiek te maken hebben (gehad), bijv. organisaties die meedoen binnen het thema ‘lekker slapen’
- Doe meer onderzoek naar de specifieke problemen, wat is er al gedaan en kies uit die opties

Reactie: fijn, helpend, herkenbaar, onderling uitwisselen, groot probleem willen aanpakken maar bij iedereen is het anders. De casusinbrenger heeft besloten na de pauze aan te haken bij 'lekker slapen', omdat ze daar wellicht nog inhoudelijke tips kan ophalen.

### **Casus 2: hoe kunnen we probleemgedrag beter begrijpen?**

"We hebben te maken met mensen met een ernstige verstandelijke beperking die zichzelf moeilijk verstaanbaar kunnen maken, zodat het lastig te interpreteren is wat de cliënt nodig heeft. We hinken op twee perspectieven: we zouden graag zien dat medewerkers (eerder) begrijpen dat de cliënten op hun manier aan het communiceren zijn en hoe ze daarop kunnen reageren en we zouden graag zien dat de cliënten leren beter om te gaan met 'wachtijd', oftewel: als iemand hulp nodig heeft, maar de begeleider is nog even met iemand anders bezig, dat diegene dan begrijpt dat hij/zij even moet en kan wachten. Anders gezegd: hoe creëren we het gevoel van nabijheid en begrip als we niet direct nabij zijn?"

### **Verzamelde verdiepende vragen rondom deze casus:**

- Concretiseer het probleemgedrag waarvan je wilt dat het begrepen wordt
- Is het helder beschreven, is er een gedeeld idee, over wat probleemgedrag is?
- Heb je helder waarom een medewerker wel op het ene gedrag maar niet op het andere gedrag reageert?
- Wanneer gaat het wel goed? Breng ook dat in kaart
- Wat zou je preventief kunnen doen? (bijv. wat betreft de inrichting van de fysieke omgeving)
- Nader omschrijven wat er bedoeld wordt met 'nabijheid', concretiseer en maak het haalbaar op onderdelen
- Er worden begrijpelijk aannames gedaan, onderzoek wat feitelijk is
- Maak onderscheid in wat je wilt verbeteren tussen proces en inhoud

### **Tips/advies:**

- Maak een keuze tussen het ene of het andere perspectief: hoe versta je de cliënt eerder/beter of: hoe laat je de cliënt weten dat je het signaal/de vraag hebt gezien en ze de tijd tot je er kunt zijn beter kunnen overzien/overbruggen
- Zorg voor een heldere visie van de organisatie op het vraagstuk
- Vraag een expert van buiten om mee te denken
- Betrek verwanten
- Werk met video-opnames om inzicht te krijgen in het gedrag en het effect van de reactie op dat gedrag
- Maak een signaleringsplan
- Stel jezelf de vraag of het hier een instrumenteel vraagstuk betreft
- Maak een video van iedere cliënt: 'dit ben ik' waarin het specifieke gedrag wordt uitgelegd, op welke signalen je kunt letten en hoe je daarop kunt reageren zodat (nieuwe) medewerkers weten wat en hoe werkt bij de client
- Ga in gesprek met de adviseur om je keuzeproces te structureren
- Breng in kaart wie in de organisatie je nodig hebt om de keuze te bevestigen
- Doe onderzoek naar de daadwerkelijke vraag en maak een keuze
- Onderzoek 'wat gebeurt er nu echt' en experimenteer met oplossingen (klok met timer)
- Heb vertrouwen in de keuze die je maakt
- Wensen en werkelijkheid samenbrengen naar een werkbare realiteit, je kunt niet alles voor iedereen (meteen) oplossen

**Reacties op deze manier van intervisie:**

De casusinbrengers vinden dat de feedback geholpen heeft bij het proces van vraagverheldering. Er was een veilige en open sfeer, dat is prettig. Iedereen heeft meer zicht gekregen op de eigen vraagstelling en zien de eerste vervolgstap zeker zitten om samen met hun adviseur aan de slag te gaan. De methodiek van de intervisie kan ook nog verder helpen om binnen de organisatie de vraag verder te verhelderen. Iedereen stelt andere vragen en geeft andere adviezen. Heel helpend dus!

**Mooie symboliek tot slot:**

Kies een foto/woord/lied die symboliseert wat je gaat doen bij verdere vraagverheldering.

- Meer tijd maken voor elkaar, in gesprek gaan met elkaar
- Vuurtje aanwakkeren bij de collega's met wie we dit willen gaan doen (informereren en betrekken)
- Mooie vragen in de knop. We weten nog niet wat er uit komt, maar ze gaan zeker iets in gang zetten
- Verder puzzelen op wat we nu echt bij de kop willen pakken en daarmee aan de slag gaan
- Keuzes maken kan ook door af te wegen wat er mogelijk is binnen de organisatie context
- Eén richting kiezen en daar vol voor gaan
- Houd heel goed voor ogen voor wie je het doet en organiseer tegenspraak
- Wees een gelijkwaardige gesprekspartner, vertrouw op je eigen kennis en ervaring

## Werkplaats 3 van de Innovatie-impuls van Volwaardig leven: Subsessie lekker slapen

### Deel 1: Presentatie Annelies Smits over Slapen

Annelies vertelt dat ze zich al twintig jaar bezighoudt met slaap. Gelukkig is er nu wel meer aandacht voor bij zorgaanbieders. Ze is blij met alle organisaties die slaapteams hebben om organisaties te wijzen op verbeterpunten.

*30% van ons leven slapen we!*

#### De hersenen zijn het orkest en slaap is de symfonie

Annelies gebruikt deze metafoor voor een goede slaap: als alle hersengebieden op hetzelfde moment meedoen en de dirigent doet zijn/haar werk goed, dan krijg je een mooie symfonie.

1. **Slaapregulatie** – voelbaar ritme: werk dirigent. Dit wordt geregeld door de hogere hersenfuncties en die zijn bij mensen met een verstandelijke beperking beperkt.

De zorgaanbieder kan daarin helpen door dag te reguleren en momenten op de dag herkenbaar en verschillend te maken, de zogeheten Zeitgebers. Donker, stil en rustig voor naar bed gaan.

Met actigrafie kan je de slaapactiviteiten bij de cliënt meten. Een actigraaf (bijvoorbeeld de Actiwatch®) is een minicomputer die als een horloge om de pols wordt gedragen. Deze is ervoor om het rust- en activiteitenpatroon op eenvoudige wijze te meten.

Slaap is een dynamisch proces dat verandert in de loop van je leven. Tegen 10-12 jaar moet je je eigen ritme hebben ontwikkeld, maar vaak is dit bij mensen met een beperking verstoord.

Bij het ouder worden verandert het slaapsysteem. Mensen met een beperking zijn vaak ouder dan hun kalenderleeftijd en bij hen verandert het slaapsysteem dus eerder.

2. **Slaapdruk** – de noodzaak om te slapen, hangt af van de kalenderleeftijd en de activiteiten overdag.

Een volwassene kan toe met ongeveer 7,5 uur per nacht. Cliënten liggen vaak langer in bed. Wil je ze overdag laten slapen? Dan maximaal 20 minuten.

Je bouwt de slaapbehoefte in de dag op door wakker en actief te zijn. Dat bepaalt hoeveel slaap je nodig hebt qua duur en diepte. Diepe slaap is voor het fysiek herstel, de REM-slaap zorgt mentaal herstel.

Volgens Annelies past het lichaam zich aan en gaat doen dat ie denkt dat er gevraagd wordt. Als cliënten 11 uur in bed liggen, slapen ze licht en dan is de slaap kwalitatief slecht. Ongezond dus!

3. **Slaapbereidheid** - de vaardigheid om te slapen. Het 'slaapsysteem' gaat pas aan als je je 'veilig' of rustig genoeg voelt om te slapen.

Annelies raadt het gebruik van slaapmedicatie in principe af. Alleen in specifieke gevallen bij verstoringen in de eigen hormoonhuishouding (melatonine) of een prikkelverwerkingsstoornis (antipsychotica) kan dit een tijdelijke optie zijn.

Verkeerd melatonine toedienen kan de slaap zelfs ontregelen. Kalmerende middelen hebben volgens haar zelden een goede impact. Alleen een beetje als ontspanning voor het slapen, maar de kwaliteit van de slaap neemt juist af. Je mag het ook alleen maar kortdurend gebruiken, omdat het effect voor gemakkelijker inslapen bij langer gebruik verdwijnt (gewenning).



### Het advies van Annelies Smits

Naast kennis en ervaring, wees vooral creatief in het zoeken van oplossingen. En blijf continu aanpassen.

Kijk naar het orkest: Als elk instrument een beetje beter meedoet, klinkt de symfonie beter.

### Meer informatie

- [Presentatie Annelies op het CCE-congres](#)
- [Presentatie bij werkplaats 13 januari](#)
- [asmits@seinl.nl](mailto:asmits@seinl.nl) of [ssz@seinl.nl](mailto:ssz@seinl.nl)

**Tip:** Meld je aan voor [Symposium Nachtzorg - Held van de nacht](#) op 3 februari in Nieuwegein!

## Deel 2: De vraagverheldering van de deelnemende organisaties

Twee deelnemende organisaties lichten hun vraagstelling toe waarna de andere deelnemers en Annelies vanuit hun ervaring en expertise daarop reageren. Door de gesprekken die daarop volgen, wordt voor meerdere deelnemers hun eigen vraagstuk ook helderder. Of zien ze juist aan welke punten ze nog verder moeten werken.



### Casus 1 – geborgenheid bieden

Het project gaat over geborgenheid vanuit het cliëntperspectief. De mogelijke doelgroep bestaat uit 1.000 cliënten intramuraal. Zorgorganisatie X wil graag dat deze mensen zichzelf kunnen redden. Dat mag door toepassing van techniek zijn, maar hoeft niet. Als dat niet zo is, dan is dit project mogelijk niet geschikt voor IIG.

X wil ook inzicht en inbreng van anderen. Wat kan X hier nog aan hebben? X is nu ook bezig met een aanbesteding technologie. Qua inzet van zorgdomotica loopt de organisatie al voorop.

### Casus 2 – dwalen in de nacht

Zorgorganisatie Y wil graag weten waarom sommige bewoners 's nachts dwalen. De doelgroep bestaat uit cliënten in de Sensatie-fase, cliënten met EMB.

Waarom zijn ze wakker? Waar zijn ze naar op zoek?

- Client: Hoe kan ik niet zo angstig zijn voor de stilte of onbekende geluiden, zodat ik wel genoeg slaap?
- Y: Hoe kan ik nabijheid bieden zonder fysieke aanwezigheid?

Y heeft een sessie met cliënten en andere stakeholders gehad voor de vraagverheldering en een klantreis gemaakt van 24 uur. Wat doet bewoner in die 24 uur?

Met de fictieve 24-uurs reis van Job hebben ze inzicht in wat er dag en nacht gebeurt. Voorlopige (voorzichtige) conclusie: te weinig activiteit overdag en andere onrustige cliënten met name in de avond.

### **Reacties van de andere deelnemers**

Een aantal punten die bij meerdere zorgaanbieders spelen of herkenbaar zijn:

1. Door de deelname aan de kwartiermakersfase van IIG zijn mensen snel geneigd aan technologie te denken. Het is belangrijk ook andere opties open te houden.
2. Het bij de werkplaats niet alleen zoeken in de technologische oplossing helpt meerdere deelnemers in de vraagverheldering.
3. Er is een verschil tussen willen en kunnen. Als cliënten wel willen, maar bang zijn om te kunnen liggen ze wakker van stress.
4. De vraag moet leidend zijn, niet de technologie.
5. Een manier om te kijken of de client veel wakker wordt/slecht slaapt is door gebruik van de LACCS-methode.
6. Hoe weet je dat het 'slecht functioneren' door de nacht komt? Is dwalen wel een symptoom van slechte nachtrust? Gedurende een nacht van 11 uur is het prima als iemand 7 uur slaapt en 4 uur wakker is. Dan heeft de cliënt voldoende slaap.
7. Mogelijk worden cliënten wakker door het verschonen van een andere cliënt door gehorigheid en licht.
8. Volgens Annelies zijn metingen vaak niet betrouwbaar, er is weinig wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek wat er is, is niet voor deze specifieke doelgroep. Veel meetapparatuur is nog niet gevalideerd en meestal niet getest bij doelgroep. Night-watch is wel bij een deel van de doelgroep getest, op epilepsie.

### **Adviezen**

1. Kijk als organisatie waar je je op richt en doe onderzoek naar de oorzaken.
2. Kijk als organisatie naar de behoeften van de cliënt en pas daar de organisatie op aan.
3. Laat reguliere metingen en onderzoeken basis of uitgangspunt zijn voor nader onderzoek. En ga in gesprek met naasten. Slaapgedrag is genetisch bepaald dus vraag ook naar het slaapgedrag van de ouders.
4. Bedenk eerst wat je wilt, en ga dan meten. Maak eerst alle dingen inzichtelijk die je al weet, zoals dagactiviteiten, rust, voldoende licht overdag etc. En creëer draagvlak voor verandering, bijvoorbeeld in de slaaptijden. Vervolgens ga je meten of mensen processen hebben aangepast en wat voor effect dit heeft.
5. Houd het klein, kies een praktische insteek en breng vanuit succeservaringen verdieping aan.
6. Concentreer je op de individuele situaties en kijk vooral naar wat de cliënt overdag doet.
7. Probeer de zorgmomenten zo min mogelijk in de nacht te houden, want dat heeft een negatieve invloed op de slaap van iedereen.

## Werkplaats 3 van de Innovatie-impuls van Volwaardig leven: Subsessie Zelfredzaamheid in de woning

Om een beeld te krijgen van waar de kwartiermakers staan wat betreft vraagverheldering, visualiseren sessieleiders Ruud de Nooij en Charlotte Rekko een denkbeeldige lijn. Het merendeel van de zorgorganisaties plaatst zichzelf tussen de veertig en zestig procent. Zij zijn ongeveer voor de helft 'klaar' met het verhelderen van het vraagstuk. Eén uitschieter bevindt zich op slechts vijf procent; ze zijn echter pas later in het programma ingestroomd.

### Deel 1: ervaringsdeskundige Gijs over zelfredzaamheid

Zes jaar geleden heeft Gijs van den Brink een hersenbloeding gehad. In plaats van terug te kijken, kijkt Gijs liever naar de toekomst: "Ik woon nu in het trainingshuis in Het Dorp in Arnhem. Daar wil ik helemaal zelfstandig worden. Alleen na het douchen heb ik nu nog hulp nodig bij het aankleden. En bij het naar de wc gaan."

Over wat zelfstandigheid in de woning voor Gijs betekent is hij duidelijk. "Zelf naar het toilet kunnen wanneer dat nodig is. Nu moet ik ver van tevoren iemand vragen om te helpen en ga ik standaard op vaste momenten. Dan zit ik soms op het toilet terwijl ik eigenlijk helemaal niet hoef. Om meer zelfredzaam te zijn, ben ik aan het trainen om van mijn rolstoel naar de wc te gaan. Als dat lukt kan ik



gaan wanneer ik wil." Om technologie te omarmen is motivatie vanuit cliënten en hun omgeving een belangrijk aspect. En behoud van persoonlijk contact. Gijs: "Ik ben heel actief. Maar er zijn ook mensen die blijven hangen in hun beperking. Ze gooien bij wijze van spreken de suikerpot omver, zodat ze de begeleider kunnen bellen en een praatje maken."

De kwartiermakers benadrukken het belang van het betrekken van zorgmedewerkers en verwanten. Van vroeger uit is men gewend cliënten te pamperen. En er moeten gewoontes doorbroken worden: 'we lopen rondes, want dat doen we altijd.' Het daadwerkelijk zien van verandering en verbetering is enorm belangrijk. Zo kun je dus iemand als Gijs inzetten als ambassadeur om te laten zien hoe het misschien anders kan. Want voor cliënten en verwanten is het soms aantrekkelijker en

eenvoudiger om dingen te laten voor wat ze zijn. Het vergt doorzettingsvermogen om iedereen zover te krijgen om te veranderen, maar daarna zien ze de voordelen.

### Deel 2: De vraagverheldering van de deelnemende organisaties (interview)

Als volgende onderdeel van de sessie introduceren kwartiermakers van twee zorgorganisaties hun casus, de overige kwartiermakers stellen vervolgens vragen, analyseren de situatie en adviseren over te nemen stappen.

#### *Casus 1: Angst voor vallen*

Zorgorganisatie X heeft een locatie waar ouderen met een visuele beperking wonen. Met name bij ouderen met dementie neemt het aantal vallen toe. Het vraagstuk gaat niet alleen over de angst voor het vallen, maar ook over het vallen zelf. "Sommige ouderen willen graag naar de bakker om de hoek, maar zijn bang dat ze vallen en niet meer overeind komen."

### *Casus 2: Dagstructuur en activatie*

Zorgorganisatie Y ondersteunt mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Vanuit cliënten en begeleiders komen signalen dat men moeite heeft met zelfredzaamheid in de woning. Op basis van gesprekken met cliënten, begeleiders en gedragsdeskundigen blijkt dat het vooral om de structuur gaat. “Hoe kunnen wij cliënten het beste ondersteunen op het gebied van dagstructuur en activatie?”

#### ***Vijf belangrijke inzichten***

Beide organisaties hebben aan de hand van de interviews adviezen ontvangen die waardevol kunnen zijn voor andere deelnemers van de Innovatie-impuls:

1. Breng focus aan en bepaal wat nu écht het vraagstuk is. *“Wil je weten waarom iemand valt, waar de angst uit voortkomt of wil je dat iemand snel ter plaatse is?”*
2. Definieer exact wie je doelgroep is, want alleen dan kun je de technologie echt goed laten aansluiten. *“Is wat betreft activatie voor de doelgroep een herinnering voldoende of moet iemand ook geholpen worden bij een handeling?”*
3. Betrek de cliënten en hun naasten er meer bij. Samen met jouw adviseur kun je deelvragen opstellen en informatie uitvragen.
4. Formuleer wat je uiteindelijk wil bereiken en maak daar een concreet plan van aanpak voor.
5. Inventariseer (eventueel met behulp van andere zorgorganisaties) welke kennis, onderzoeken en cijfers reeds aanwezig zijn rondom jouw vraagstuk.

## Bijlage 2. Zorginhoudelijke vragen per thema

### Thema: Dagstructuur

	Vraagstuk	Doelgroep
1	<p>Hoe krijgen we de steeds veranderende dagplanning overzichtelijk en toegankelijk voor de cliënten zodat zij zelfstandiger/minder afhankelijk worden?"</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hoe krijg ik meer inzicht en structuur in mijn dagplanning?</i></li> </ul>	LVB in woonhuis
2	<p>Hoe kunnen we mensen met NAH met een eenduidige, voorspelbare en persoonsgerichte technologische oplossing ondersteunen met planning en overzicht in hun dagelijkse handelingen. Zodat ze hiermee zelfstandig en zelfredzaam kunnen wonen.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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/zaken. "Mijn leven kunnen leiden zonder dat begeleiding mij overal/steeds moet herinneren."</i></li> </ul>	Mensen met lichamelijke beperking en/of Niet-Aangeboren Hersenletsel
3	<p>Hoofd-vraagstuk zit 'm dus in structuur: doordat cliënten de structuur niet hebben (daar zelf onvoldoende zicht op hebben), zijn ze de hele dag aan het plannen en bezig met wat er ook alweer moest gebeuren op welk moment, en dat kost veel energie. Het geeft houvast om zicht te hebben op de dagelijkse structuur. Het is belemmerend omdat dit zoveel energie kost dat ze minder toekomen aan andere dingen zoals sociale contacten en zinvol bezig kunnen zijn.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>"Help mij om mij zelf mijn structuur te creëren en vast te houden. (Is randvoorwaarde om in het leven te kunnen staan, om sociale contacten aan te kunnen gaan en zinvol bezig te kunnen zijn)"</i></li> </ul>	Cliënten met NAH met behoefte aan structuur voor duidelijkheid op de dag.
4	<p>Hoe kun je cliënten met complex gedrag diverse prikkelende en stimulerende activiteiten aanbieden, waarmee ze hun dag kunnen invullen?</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hoe kan ik het gewone leven ervaren door bezig te zijn gedurende de dag?</i></li> </ul>	Volwassen cliënten met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische en eventueel somatische problematiek. Zij hebben een laag sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau en zijn niet in staat zelfstandig hun dag in te vullen.
5	<p>EMB doelgroep heeft moeite met "niet ingevulde tijd". Dit levert de doelgroep stress op.</p>	<p>EMB: Deze cliëntengroep kan zich niet of nauwelijks uiten. Emoties, spanning of stress kan hierdoor niet of niet tijdig worden gesignaleerd, waardoor de stress oploopt en er uiteindelijk een woede uitbarsting of een andere emotionele reactie volgt. Vaak onprettig voor de cliënt en onprettig voor de begeleiders/ naasten.</p> <p>Het kenmerkende van de deze doelgroep is ook dat zij moeite hebben met 'niet ingevulde tijd' ofwel het levert hen stress op als in het dagprogramma even een moment zit waarin zij niet worden bezig gehouden of zij niet met een concrete activiteit bezig zijn.</p>

## Thema: Zelfredzaamheid

	Vraagstuk	Doelgroep
1	<p>Hoe kunnen cliënten met behulp van technologie 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.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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></li> </ul>	<p>Cliënten in de leeftijd van 20 tot 60 jaar. Ze hebben een matige verstandelijke beperking en ontvangen zorg vanuit de WLZ. Cliënten kunnen slechts beperkt begrijpend lezen en pictogrammen hebben daarom de voorkeur. Over het algemeen gebruiken cliënten een smartphone en maken regelmatig gebruik van apps.</p>
2	<p>Kunnen we ervoor zorgen dat cliënten gevarieerd en gezond eten? Voor zorgmedewerkers is het proces recepten bedenken, kopen en koken moeilijk.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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></li> </ul>	<p>Cliënten met een LVB die begeleid zelfstandig wonen.</p>
3	<p>'Hoe kunnen we het opbouwen van een vertrouwensband tussen cliënt en begeleider beter/snellet laten verlopen bij de start van het bieden van ondersteuning aan de ambulante cliënt'.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ik wil graag dat ik niet opnieuw hoef te beginnen bij wisseling</i></li> <li>- <i>Ik wil niet iedere keer opnieuw mijn verhaal hoeven vertellen</i></li> <li>- <i>Ik wil graag dat mijn begeleider weet wie ik ben als persoon</i></li> </ul>	<p>LVB cliënten (18+), die, met behulp van ambulante ondersteuning, zelfstandig wonen in hun eigen woning.</p>
4	<p>Hoe kan een cliënt zelfstandiger reizen in het openbaar vervoer?</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ik wil graag meer zelfstandig &amp; flexibel (spontaan) kunnen reizen naar verschillende locaties</i></li> </ul>	<p>Cliënten (LVB/MVB, NAH) die grotendeels zelfstandig kunnen/moeten functioneren.</p>
5	<p>Medewerkers, cliënten en familie willen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Leerplatform: Een plek met overzicht aan leermiddelen om bepaalde doelen te halen voor cliënten LVB en op dagbesteding/wonen met een hoger niveau</i></li> <li>- <i>Leerlingvolgsysteem: Per individu zien hoe zij zich ontwikkelen en wat de behaalde stappen zijn, toegankelijk voor alle 'stakeholders' (medewerkers, cliënten, familie/mantelzorgers)</i></li> </ul>	<p>Starten bij de cliënten met licht verstandelijke beperking (LVB) die zelfstandig wonen en zelf ook trainingen kunnen volgen. Ook cliënten met een matig verstandelijke beperking (MVB) met een wat hoger niveau bij dagbesteding of in woningen. Naast cliënten, willen we ook de begeleiders bereiken die met de cliënten samen lerend aan de slag gaan. Focus ligt eerst op de begeleiders van dagbesteding.</p>

## Thema: Sociaal contact

	Vraagstuk	Doelgroep
1	<p>Bevorderen van sociale interacties en het stimuleren van beweging van cliënten</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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></li> </ul>	<p>Groep met een verstandelijke beperking en groep voor cliënten met psychiatrische problematiek. De mensen uit deze doelgroep ervaren een gebrek aan sociale interacties.</p>
2	<p>Cliënten voelen zich regelmatig eenzaam. Er zijn wel initiatieven waar cliënten bij aan kunnen sluiten en deze lijken ook echt te helpen om eenzaamheid te verminderen. Echter, cliënten voelen een drempel om zelfstandig naar deze bijeenkomsten te gaan. Dit kan komen doordat cliënten niet zo goed durven, of omdat ze een zetje in de rug nodig hebben.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Help mij over de drempel om in contact te komen met andere mensen.</i></li> </ul>	<p>Een brede doelgroep bestaande uit zowel mannen als vrouwen in de leeftijd tussen 18 en 70, waaronder cliënten die (begeleid) zelfstandig wonen, cliënten met een LVB, cliënten in een (24 uren) woonvoorziening en cliënten binnen de dagbesteding.</p>
3	<p>Ambulante cliënten meer zelfstandig activiteiten laten ondernemen door ze zelf te laten opzoeken wat te doen in de buurt.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ik bepaal wat ik leuk vind en wat ik wil doen, niet alleen als begeleiding of netwerk tijd heeft.</i></li> </ul>	<p>Ambulante cliënten</p>
4	<p>Hoe kan de cliënt sociale contacten aangaan en onderhouden met (ziende) leeftijdsgenoten in de thuisomgeving?</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hoe kan ik contact leggen en onderhouden met leeftijdsgenoten in mijn thuisomgeving die niet afschrikken van mijn visuele beperking?</i></li> </ul>	<p>Jongeren met een (ervaren) visuele beperking en bijkomende psychosociale /psychische ontwikkelingsproblemen in de leeftijd van 13 tot 19 jaar.</p>

## Thema: Begrepen worden en omgaan met spanning

	Vraagstuk	Doelgroep
1	<p>Secundaire stressbeoordeling + handelen op basis daarvan, LVB.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Hoe kan ik als cliënt met een licht verstandelijke beperking beter mijn stress herkennen en dit kenbaar maken bij de begeleiding?</i></li> </ul>	<p>Volwassen cliënten met een LVB met een IQ tussen de 50-85.</p>
2	<p>Cliënten met LVB willen zelf hun spanning kunnen signaleren en hier op een goede manier mee omgaan. Ook als ze onderweg zijn.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ik wil zelf, op de momenten dat ik het wil, rustiger in mijn lijf zitten.</i></li> <li>- <i>Ik wil graag zelf om kunnen gaan met mijn gevoelens van spanning. Ook als ik onderweg ben en er geen behandelaar in de buurt is.</i></li> </ul>	<p>Doelgroep bestaat uit mensen met LVB die moeite hebben met spanning en spanningsregulatie</p>



3	Hoe kunnen cliënten meer zelfstandig (zonder begeleider) omgaan met spanning en stress, zowel in signaleren als verhelpen daarvan? <i>Vanuit de cliënt:</i> - <i>Hoe kan ik geholpen worden beter om te gaan met spanning en stress?</i>	Volwassen cliënten (18+) met een LVB en/of een psychische beperking ASS.
4	Hoe kunnen medewerkers wilsuitingen van cliënten met een (Z)EVB signaleren en begrijpen? <i>Vanuit de cliënt:</i> - <i>Hoe kan ik meer grip krijgen op mijn leven door mijn wil/mening op een begrijpelijke manier te uiten zonder gefrustreerd te raken?"</i>	(zeer) EVB die onvoldoende gehoord/begrepen worden en dit uiten door agressie, automulatie of apathie.

## Thema: Lekker slapen

Vraagstuk	Doelgroep
1 Dwalen in de nacht voorkomen, verminderen; veilig en effectief slapen door oudere cliënten met VB en dementie. <i>Vanuit cliënt:</i> - <i>Ik wil graag zonder verwarring/paniek 's nachts de weg kunnen vinden naar het toilet en/of terug naar mijn kamer.</i>	Ouderen met VB en dementie (evt. dwaalgedrag)
2 Het verbeteren van de slaap voor bewoners (EMVB). Door middel van langdurige monitoring van de slaap meer inzicht krijgen op het slaapritme van de cliënt	Bewoners met EMVB, moeilijk verstaanbaar gedrag. Cliënten hebben zelf weinig tot geen invloed op hun dag/nacht
3 Slapen verbeteren, daarom eerst inzichtelijk maken hoe het slaapgedrag momenteel is	Cliënten met LVB tussen de 59 en 63 jaar, hulpbehoevend in ADL, ondersteuning nodig bij onderhouden zelfredzaamheid, aangaan en onderhouden van sociale contacten en hebben van een dag-nachtritme
4 Cliënten ontspanningsmomenten laten hebben op de dagbesteding maar tegelijkertijd hun alertheid op peil houden (dus niet in slaap vallen) <i>Vanuit de cliënt:</i> - <i>Ik wil overdag ontspanningsactiviteiten doen die geen negatieve invloed hebben op mijn nachtrust.</i>	EMVB met regelmatig wakker worden 's nachts (evt. dwaalgedrag)
5 Welke instrumenten geven inzicht in en objectivering van de kwantiteit en de kwaliteit van de nachtrust? <i>Vanuit de cliënt:</i> - <i>Hoe kan ik beter slapen en welke mogelijke instrumenten en mensen die om mij heen staan kunnen mij daarbij helpen?</i>	Starten met LVB, MVB.
6 Het verbeteren van het (zelfstandig – met behulp van technologische oplossingen) inslapen, doorslapen en wakker worden bij volwassen cliënten: <i>Vanuit de cliënt:</i> - <i>Hoe kan ik zelfstandig lekker slapen?</i>	Cliënten met MVB, EVB.

## Thema: Veiligheid en zelfredzaamheid in de woning

	Vraagstuk	Doelgroep
1	<p>Domotica in woningen + ongestoord zorgmoment</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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?</li> <li>2. Hoe kan de zorg zo georganiseerd worden dat ik zorg en aandacht krijg tijdens mijn geplande zorg-/begeleidingsmomenten?</li> </ol>	<p>Cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH). Voornamelijk mensen met een zzp 6, zwaar hersenletsel, hand functie werkt niet optimaal of niet, immobiel.</p>
2	<p>Hoe kan de nieuwbouw in de basis worden voorbereid zodat, met individuele aanpassingen, de nieuwe woningen geschikt gemaakt kunnen worden voor zelfstandig en veilig wonen. Welke technische elementen dienen daarbij gekozen en geïnstalleerd te worden en hoe moeten deze worden ingezet om te kunnen voorzien in de beoogde functionaliteit voor toekomstige bewoners op de thema's alarmering en zorgoproep, Toegang en Veiligheid en Huisbediening?</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zorg en ondersteuning ontvangen op het moment dat ik dat zelf wil</li> <li>- er zeker van zijn dat ik altijd meteen word geholpen als ik urgente zorg nodig heb, bijvoorbeeld als mijn beademingsapparaat een storing geeft of als ik voel dat mijn luchtwegen moeten worden vrijgemaakt</li> <li>- zelfstandig mijn woning betreden/verlaten en zelf bepalen wie bij mij op bezoek komt op het tijdstip dat ik zelf wil</li> <li>- en zelfstandig apparatuur in mijn woning bedienen vanuit mijn rolstoel en bed, zoals verlichting, ramen, TV/audio, verwarming en gordijnen</li> </ul>	<p>Jonge mensen met progressieve spierziekten met nachtelijke beademing, mogelijk overgaand naar 24 uren beademing 24 uren zorgvraag. Bewoners zijn voor hun mobiliteit afhankelijk van een elektrische rolstoel. Bewoners hebben de fysieke mogelijkheden om op eigen initiatief en gecontroleerd tenminste één functie knop te bedienen</p>
3	<p>Het zorginhoudelijk vraagstuk is dat de cliënten/verwanten ervaren dat zij in de nacht in hun vrijheid beperkt worden en minder privacy ervaren door de huidige manier van werken met de huidige (verouderde) technologie. Platform reeds aangeschaft, willen platform met vele mogelijkheden implementeren. Starten met 'personaliseren' voor 10 cliënten.</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik wil in de nacht meer vrijheid in mijn doen en laten en medewerkers niet onnodig mijn kamer binnen komen</li> </ul>	<p>Cliënten met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking en een eventuele bijkomende fysieke beperking, in de leeftijd van 4 tot en met 80+ jaar.</p>
4	<p>Valpreventie / minder vallen, bij NAH (beperkt ziekte- en zelf-inzicht)</p> <p><i>Vanuit de cliënt:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) welke domotica willen ze in de nieuwbouw?</li> <li>2) Valpreventie bij mensen met NAH door zelfinzicht (ze over- of onderschatten zichzelf snel).</li> </ol>	<p>Mensen met NAH die vallen.</p>

# Begeleiding à la carte en de Innovatie-impuls zijn onderdeel van Volwaardig leven

## Meer informatie?

[www.kennispleingehandicaptensector.nl/volwaardig-leven](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/volwaardig-leven)

[www.volwaardig-leven.nl](http://www.volwaardig-leven.nl)

Postbus 8228  
3503 RE Utrecht

Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

030 78 92 300



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport