

Opschalen van technologie in de wijk

Auteur: Myrthe Frederiks

14 juni 2019



Opschalen van technologie in de wijk

Hoe kunnen succesvolle technologische innovaties opgeschaald worden in de thuiszorg zodat dit, met de juiste drijfveren bij medewerkers, is ingebed in de werkprocessen?

Auteur: Myrthe Frederiks

Studentnummer: 1677707

Onderwijsinstelling: Hogeschool Utrecht
Faculteit Economie en Management
Opleiding Bedrijfskunde
Heidelberglaan 15, 3584 CS Utrecht

Docentbegeleider: Dhr. Bas de Graaff

Eerste examiner: Dhr. Hans van der Kolk

Opdrachtgever: ActiZ
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Praktijkbegeleider: Drs. Henny Mulders

Foto omslag: Carintreggeland

Uitgave: 14 juni 2019, Utrecht

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van een onderzoek naar de opschaling van technologie in de thuiszorg, in opdracht van ActiZ. Dit onderzoek vond plaats in het kader van mijn opleiding Bedrijfskunde aan de Hogeschool van Utrecht. Van februari 2019 tot en met juni 2019 ben ik bezig geweest met het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

Gedurende het proces ben ik begeleid door mijn praktijkbegeleider Henny Mulders. Haar sturing heb ik als bijzonder prettig ervaren, haar altijd positieve, analytische en kritische blik op het onderzoek waren een grote bron van feedback, maar ook zeker van motivatie en inspiratie. Ik wil Henny dan ook hartelijk bedanken voor alle tijd en energie die zij gedurende de afgelopen periode heeft geïnvesteerd in mij. Mijn docentbegeleider Bas de Graaff was eveneens altijd kritisch en optimistisch, zijn inbreng heeft de afgelopen maanden zeker een verschil gemaakt, waarvoor ook hartelijk dank.

Ook wil ik de rest van het team Informatisering bedanken voor de mogelijkheden en de leuke tijd die ze mij hebben geboden. Door ieders enthousiasme binnen ActiZ ben ik zelf ook nog meer enthousiast geraakt over de zorgbranche en was het bij uitstek een kans om een kijkje te nemen binnen de wereld van de ouderenzorg. Ten slotte wil ik alle respondenten bedanken. Zonder hun medewerking had ik het onderzoek nooit kunnen voltooien.

Dit onderzoek vormt een verkenning voor de ervaringen en meningen omtrent het opschalen van technologie in de thuiszorg. Het vormt een vertrekpunt voor ActiZ om hierin haar leden te ondersteunen en te faciliteren.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Myrthe Frederiks

Utrecht, juni 2019

Samenvatting

Dit onderzoek gaat dieper in op de dialoogsessies die zijn gehouden voorafgaand aan de Stimuleringsregeling eHealth Thuis. Hieruit blijkt dat in de huidige situatie technologie, ondanks de positief bewezen gevolgen van eHealth, nog onvoldoende gestructureerd ingezet wordt in de zorg thuis. Met dit onderzoek wordt ingezoomd op bedrijfstechnische oorzaken zoals gebrek aan integratie in bedrijfsprocessen en de juiste drijfveren bij medewerkers. Tevens richt het onderzoek zich op twee andere oorzaken uit de dialoogsessies, namelijk onvoldoende capaciteit, budget, middelen en kennis en de terughoudende ambitie en/of het ontbreken van een visie/doel aan bod.

Op dit moment heeft Actiz, een te globaal beeld van mislukte implementaties en/of het gebrek aan opschaling van technologie in de thuiszorg. Dat geldt voor specifieke oorzaken die mogelijk samenhangen met de benodigde aanpassingen van de werkprocessen en het creëren van draagvlak. Het onderzoek heeft als doel om een beeld van de situatie in de branche te schetsen. Vanuit de probleemstelling, het doel en het vooronderzoek is de hoofdvraag opgesteld: Hoe kunnen succesvolle technologische innovaties opgeschaald worden in de thuiszorg zodat dit, met de juiste drijfveren bij medewerkers, is ingebed in de werkprocessen? Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag zijn veertien diepte-interviews afgenomen met diverse respondenten uit lid-organisaties van ActiZ. De uitkomsten uit de interviews zijn vergeleken met de theorie. De transcripten zijn geordend en gecodeerd per fragment.

Vrijwel iedere organisatie zet één of meerdere technologische toepassingen in zorgorganisaties in. De meest ingezette toepassingen zijn het ECD-systeem en de personenalarmering. Daarop volgt de leefstijlmonitoring, farmaceutische telezorg en beeldzorg. Zorgrobots worden nog niet structureel ingezet in de praktijk. Toepassingen waarbij het zorgproces complexer wordt of moet veranderen, worden aanzienlijk minder vaak structureel ingezet. Dit komt voornamelijk doordat medewerkers dan meer weerstand hebben bij de verandering. De organisaties die veel energie steken in het inbedden van zulke toepassingen in de organisaties, laten zien dat het mogelijk is om deze toepassingen op te schalen.

Bij vrijwel alle respondenten wordt de urgentie gevoeld om technologie in te zetten. Dit wordt echter door iedere organisatie anders vorm gegeven. Bij de ene organisatie is technologie geïntegreerd in alle onderdelen van de bedrijfsprocessen, waarbij technologie en innovatie onlosmakelijk verbonden is met de visie van de organisatie. Bij organisaties waar technologie niet of nauwelijks opgeschaald wordt, is te zien dat de toepassing op een meer incidentele basis ingezet wordt.

Het draagvlak van medewerkers om technologie in te zetten wordt gevoed door drie factoren: motivatie, capaciteit en gelegenheid. Medewerkers moeten hierin voldoende gefaciliteerd worden, zodat zij dit ook kunnen overbrengen richting de cliënt. De knelpunten rondom het gebruik van de toepassing moeten weggenomen. Neem als voorbeeld een oplossing voor wanneer er geen WiFi-verbinding aanwezig is of wanneer een cliënt niet over de benodigde digivaardigheden beschikt. Wanneer medewerkers en cliënten hierin niet gefaciliteerd worden, zal de toepassing nooit een integraal onderdeel worden van de organisatie. De meeste aandacht (75%) zit in de sociale kant van de innovatie, vergeleken met de technologische kant van de innovatie (25%). Dit wordt in de praktijk nog te vaak onderschat.

Om het bovenstaande te bereiken zal er binnen het ActiZ bureau het goede voorbeeld uitgedragen moeten worden. Laat ook het team Informatisering een integraal onderdeel zijn van het bureau. Tevens zal ActiZ een samenwerking moeten aangaan met belangenorganisaties V&VN en NWG¹. Ook is er vanuit de leden de behoefte om meer kennisdeling en samenwerking te stimuleren. Voor zorgaanbieders is het advies om een visie te ontwikkelen over de inzet van technologie en deze breed uit te dragen binnen de organisatie. Ten slotte moeten medewerkers gefaciliteerd worden in ieder opzicht rondom het inzetten van de toepassing. Dit richt zich op de motivatie, capaciteit en de gelegenheid om met de nieuwe toepassing te gaan werken. In de laatste punten kan ActiZ een rol spelen door een algemene visie over technologie te formuleren. Tevens kan ActiZ door de samenwerking met de V&VN en het NWG een stap zetten bij het faciliteren van de medewerkers.

¹ Beroepsvereniging Verzorgende Verpleegkundigen en het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap

Inhoudsopgave

Begrippenlijst.....	8
1. Inleiding	9
1.1 Organisatiebeschrijving.....	9
1.1.1 Kernactiviteiten.....	9
1.1.2 Missie en visie.....	9
1.2 Aanleiding.....	10
1.2.1 Maatschappelijke ontwikkeling	10
1.2.2 Opkomst van eHealth.....	10
1.3 Probleemanalyse	10
1.4 Probleem- en doelstelling.....	11
Onderzoeksvragen.....	12
1.5 Scope en beperkingen	12
1.6 Begripsbepaling	12
1.7 Leeswijzer	13
2. Theoretische achtergrond.....	14
2.1 Introductie in de zorg thuis	14
2.1.1 De zorg thuis nader bekeken	14
2.1.2 Medewerkers in de zorg thuis	14
2.2 Innoveren, implementeren en veranderen	14
2.2.1 Type innovaties	15
2.2.2 De acceptatie van technologische innovaties	15
2.2.3 Innovatie van eHealth in de praktijk	16
2.2.4 Routematig implementeren	16
2.2.5 Implementatiestrategieën en opschalen.....	17
2.3 Juiste drijfveren.....	17
3. Methodologie	19
3.1 Onderzoeksopzet.....	19
3.2 Dataverzamelmethode	20
3.1.1 Literatuuronderzoek	20
3.1.2 Discussie	20
3.1.3 Interviews.....	20
3.3 Verantwoording deelvragen	20
3.4 Toelichting data-analyse	23
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	23
3.5.1 Betrouwbaarheid	23
3.5.2 Validiteit.....	23
4. Resultaten.....	25
4.1 Respons	25
4.2 Technologische toepassingen in de thuiszorg.....	25
4.3 Houding ten opzichte van technologie.....	28

4.4 Drijfveren van medewerkers bij implementatie.....	30
4.5 Het zorgproces anders inrichten.....	32
5. Conclusie.....	34
5.1 Conclusie per deelvraag.....	34
5.2 Conclusie hoofdvraag.....	35
5.3 Conclusie op de behoefte richting ActiZ.....	35
6. Aanbevelingen.....	37
6.1 Kernbevindingen ActiZ.....	37
6.2 Kernbevindingen zorgorganisaties.....	37
7. Reflectie.....	39
7.1 Realisatie en bruikbaarheid.....	39
7.2 Sterkte- zwakteanalyse.....	39
Bibliografie.....	41
Bijlagen.....	43
Bijlage I.....	44
Bijlage II.....	45
Bijlage III.....	46
Bijlage IV.....	47
Bijlage V.....	49
Bijlage VI.....	51
Bijlage VII.....	53
Bijlage VIII.....	54

Begrippenlijst

Begrip	Afkorting	Definitie
Beroepsvereniging Verzorgende Verpleegkundigen	V&VN	De V&VN is met 100.000 leden de grootste beroepsvereniging van Nederland. V&VN is er voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.
Domotica	-	Domotica is een verzamelnaam voor toepassing van elektronica voor automatisering in huis. Het gaat vaak om een combinatie van omgevingsbewuste <i>sensoren</i> en actuatoren waarmee het leefklimaat in een woning kan worden geregeld of zaken in de woning automatisch kunnen worden bediend. Een ander voorbeeld is <i>persoonsalarmering</i> , waarbij in geval van nood vanuit de woning snel contact wordt opgenomen met een hulpverlener.
Elektronisch Cliënten Dossier	ECD	Een elektronisch cliëntendossier is een middel waarmee bedrijven in de gehandicaptenzorg, verpleging en thuiszorg gegevens bijhouden over hun cliënten. Dit omvat doorgaans het zorg- en begeleidingsplan, adresgegevens en resultaten van gedane onderzoeken.
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	IGJ	De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is onderdeel van het VWS. De Inspectie verzorgt het toezicht op de kwaliteit van de zorg, medische producten en jeugdhulp.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	VWS	Dit ministerie draagt in de eerste plaats de zorg voor de volksgezondheid. Dit betreft onder andere het beleid met betrekking tot ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsen.
Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap	NWG	Het Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap is een onafhankelijke kennisorganisatie voor en door wijkverpleegkundigen. Zij faciliteren wijkverpleegkundigen om hun kennis, vaardigheden en ervaringen belangeloos onderling te delen en elkaar zo blijvend te versterken.
Stimuleringsregeling eHealth Thuis	SET	Ouderen en mensen met een (risico op) chronische ziekte of beperking die thuis wonen de mogelijkheid bieden om langer zelfstandig thuis te blijven wonen met behulp van bestaande eHealth. In 2019 is €8 miljoen beschikbaar.
Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg	VVT	De branche verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg. ActiZ is de grootste brancheorganisatie in de VVT-branche.
Wet langdurige zorg	Wlz	De Wet langdurige zorg is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Denk daarbij aan chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige geestelijke of lichamelijke beperking/aandoening.
Wet maatschappelijke ondersteuning	Wmo	De Wet maatschappelijke ondersteuning is een wet in het kader van hulp en ondersteuning. Het doel van de wet is om burgers te helpen, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en deel kunnen nemen aan de maatschappij. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor uitvoering van de Wmo.
Zorgverzekeringswet	Zvw	In de Zvw is er meer ruimte voor marktwerking en krijgen consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeringen meer ruimte om zelf keuzes te maken. Dit wordt middels een inkomensafhankelijke bijdrage (belasting), premie van de verzekerde, eigen risico en een algemeen fonds aan de hand van risicoverevening bekostigd.

1. Inleiding

In het eerste hoofdstuk wordt allereerst de organisatie geanalyseerd. Daarna is de aanleiding beschreven, waaruit de doelstelling voortvloeit. Vervolgens staat de onderzoeksvraag en enkele deelvragen beschreven, die vanuit de probleemstelling en de blokkades zijn samengesteld. Ten slotte worden de begrippen afgebakend en is een leeswijzer opgesteld om de lezer te begeleiden in het verdere rapport.

1.1 Organisatiebeschrijving

Actiz is de branchevereniging van bijna 400 organisaties die actief zijn op het gebied van zorg en ondersteuning aan ouderen, (chronisch) zieken en jeugd. De leden zijn heel divers; in omvang en dienstverlening. Met ongeveer 280.000 fte bieden zij zorg en ondersteuning aan circa 2 miljoen cliënten. Het doel van Actiz is om met een maatschappelijke verantwoordelijkheid de zorg dichtbij, professioneel, betaalbaar en toegankelijk te houden. De Actiz-vereniging bestaat uit een bestuur en drie kerngroepen (Zorg Thuis, Wonen & Zorg en Revalidatie & Herstel). De kerngroepen behartigen aan de hand van de ALV de belangen van hun segment. Daarnaast is er de afdeling Jeugd, deze staat los van de segmenten. Actiz kent twee branche brede commissies: Arbeid en Informatisering. Deze worden geleid door themateams en vallen onder de verantwoordelijkheid van het bestuur. De algemene ledenvergadering bepaalt het beleid, benoemt de bestuursleden, stelt de begroting en de hoogte van de contributie vast en keurt de jaarstukken goed. Ook zijn er ieder jaar regiobijeenkomsten, waarin discussies plaatsvonden over actualiteiten en belangrijke beleidsissues. Ter verduidelijking is het organogram is opgenomen in bijlage I.

De opdracht zal uitgevoerd worden bij het team Informatisering. Dit themateam richt zich met zeven medewerkers op belangenbehartiging en beleidsadvisering voor thema's als benchmark, big data, uitwisseling (medische) gegevens, faciliteren van opschaling technologische innovaties, kennisdeling door technologische ontwikkelingen zichtbaar te maken en standaardisering Elektronische Cliënten Dossier-pakketten.

1.1.1 Kernactiviteiten

De kernactiviteiten van Actiz zijn het samen met leden behartigen van belangen bij derden, beleidsontwikkeling, het tot stand brengen van CAO Verpleeg-, Verzorgingshuizen & Thuiszorg, maken van intern en extern bindende afspraken, het verstrekken van informatie aan leden, het bevorderen van het imago van de (sub)branche(s) en het stimuleren van geriatrische revalidatiezorg en jeugdgezondheidszorg/zorg voor jeugd. Per 2018 bedraagt het ledenaantal:

o Verpleeghuiszorg	351
o Geriatrische revalidatiezorg	135
o Zorg thuis (exclusief Wmo)	347
o Wmo	341
o Jeugdgezondheidszorg	39

1.1.2 Missie en visie

De visie van Actiz op de zorg voor ouderen en chronisch zieken is dat mensen zelf de regie voeren kunnen over hun leven en zelf bepalen welke professionele zorg en ondersteuning het beste bij hen past en waar en bij wie zij dat inkopen. Voor zorg voor de jeugd geldt dat ieder kind recht heeft om gezond en veilig op te groeien en waar nodig daarin versterkt op weg geholpen wordt. De leden zijn samen met hun medewerkers dagelijks actief om de zorg en ondersteuning voor ouderen, (chronisch) zieken en jeugd in een dynamische samenleving duurzaam te realiseren. De missie als branchevereniging is dat Actiz de belangen van de leden behartigt. Ze zijn de verbindende schakel tussen de leden, de politiek, stakeholders en de samenleving. Met elkaar dragen ze bij aan het welbevinden van mensen (Actiz, 2019). Actiz is een brancheorganisatie en is zowel in contact met de overheid als de markt. In dit speelveld kan Actiz invloed uitoefenen op meerdere partijen. De voornaamste stakeholders zijn het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorgkantoren, IGJ (Inspectie), CIZ, Beroepsvereniging Verzorgende Verpleegkundigen (V&VN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland, cliëntenorganisaties, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de pers en andere brancheorganisaties.

1.2 Aanleiding

In de aanleiding wordt de context van het probleem geschetst. Vanuit de aanleiding wordt het probleem duidelijk, waaruit de probleemstelling is geformuleerd. Na de probleemstelling, is de doelstelling van de opdrachtgever en de onderzoeker uiteengezet. Vanuit de probleem- en doelstelling zijn de onderzoeksvragen opgesteld. Ten slotte zijn de scope en beperkingen van het onderzoek geformuleerd.

1.2.1 Maatschappelijke ontwikkeling

Op dit moment zijn er veel veranderingen en ontwikkelingen in de zorg. Er ontstaat een groeiende kloof tussen vraag en aanbod door een dubbele vergrijzing, nieuwe ziekten en een toenemende vraag in de zorg. Naast dat er meer zorgbehoevenden zijn, is er aan de andere kant een afnemend aanbod in medewerkers. Het aantal alleenwonende 65-plussers is aan het verdubbelen tot 1,7 miljoen, op een totaal aantal 65-plussers van 4,8 miljoen in 2040.

De afgelopen jaren zijn in Nederland veel initiatieven genomen om mensen thuiszorg te bieden met inzet van eHealth, zowel vanuit de zorgsector als vanuit de ICT-sector. eHealth gaat over digitaal ondersteunende procesinnovaties en zorgt voor veranderingen in rollen en werkwijzen van mensen en professionals (Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018). Na ontwikkelingen in de medische sector, worden nu ook in de Verpleeg-, Verzorg en Thuiszorg-sector (VVT) steeds vaker eHealth toepassingen ingezet. Een logische en noodzakelijke ontwikkeling, aangezien eHealth een bijdrage kan leveren aan de huidige maatschappelijke vraagstukken. Desondanks is te zien dat dit achterblijft in de thuiszorg.

1.2.2 Opkomst van eHealth

eHealth kan een oplossing bieden om de effectiviteit van de zorg thuis te vergroten, de kwaliteit op peil te houden of te verbeteren en voor de schaarste in de arbeidsmarkt. Voor de patiënt betekent eHealth onder andere meer zelfredzaamheid, bewegingsvrijheid en kwaliteit van leven, en de mogelijkheid langer zelfstandig thuis te wonen. Voor de zorgmedewerker: meer tijd voor zaken die ertoe doen, minder werkdruk, meer voldoening. Voor de zorgorganisatie: betere kwaliteit van dienstverlening, een ruimer cliëntenbereik, en voor gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren: meer waar voor je geld. Ondanks de positief bewezen gevolgen van eHealth is er van grootschalige en structurele implementatie van eHealth in de reguliere zorgprocessen nog geen sprake. Het merendeel van de eHealth initiatieven blijft steken in de pilotfase of wordt niet opgeschaald. Hierdoor zijn de eHealth toepassingen slechts voor een beperkt aantal mensen beschikbaar (Boersma & Goverts, 2018). Neem als voorbeeld de zorgrobots, waar de afgelopen jaren flink in geïnvesteerd is. Het programmeren van de robots is ingewikkeld en uiteindelijk blijkt dat ze niet worden toegepast in de praktijk. Dit blijkt onder andere uit dat de benodigde kennis van het programmeren en onderhouden van robots niet in iedere organisatie aanwezig is (Elsen, 2016).

Het is noodzakelijk dat eHealth op een gestructureerde basis wordt ingezet in de thuiszorg, zodat mensen zo lang mogelijk goed en zelfstandig kunnen functioneren. Het toenemend aantal ouderen, en het afnemend aantal medewerkers vraagt om een andere organisatie van de zorg. Nu werkt een op de zeven mensen in de zorg. Als het georganiseerd blijft zoals nu, zal in 2040 een op de vier mensen in de zorg moeten werken. Doorgaan op dezelfde manier is ook financieel niet mogelijk (Jonge, 2018). Onderzoek van het CPB (2016) wijst uit dat de zorgkosten in de periode van 2018-2021 groeien met 18 miljard naar 83 miljard. Nu betaalt iedere volwassene gemiddeld al €5.721 per jaar en dit zal deze kabinetsperiode groeien met circa €1.250, ondanks de geplande besparingen (Mot, Stuut, Westra, & Aalbers, 2016).

1.3 Probleemanalyse

Om de kern van het probleem te achterhalen is literatuuronderzoek gecombineerd met bevindingen van de medewerkers van Actiz. Dit vooronderzoek is van belang, aangezien er al veel onderzocht is rondom dit onderwerp. Actiz bevindt zich in een omgeving met een bijzondere verhouding tot haar 'klanten', namelijk de leden. Er is een intern rapport ter input van een strategische bijeenkomst in november 2018 gebruikt om de rol van Actiz ten opzichte van haar leden te verduidelijken. Ten slotte zijn overleggen met de themacommissie en een debat over de zorgkloof bijgewoond.

Inzet van eHealth

Per 1 maart 2019 is de Stimuleringsregeling eHealth Thuis (SET) van kracht gegaan, waarbij er subsidie vrijkomt voor zorgaanbieder om te investeren in eHealth initiatieven. Deze regeling is geïnitieerd vanuit de overheid. Aan de vooravond van de SET zijn er dialoogsessies gehouden met verscheidende betrokkenen. Het doel van de Stimuleringsregeling eHealth Thuis (SET) is het stimuleren van activiteiten ten behoeve van het opschalen en borgen van eHealth toepassingen die ondersteuning en zorg aan cliënten thuis faciliteren. Vertegenwoordigers vanuit zorgaanbieders, leveranciers, gemeenten, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en mantelzorg organisaties hebben in vier dialoogsessies hun ideeën en perspectieven uitgewisseld over de vorm, inhoud en randvoorwaarden van de subsidieregeling. Tijdens deze sessies werd bevestigd dat er in Nederland legio (kleine) initiatieven en pilots zijn binnen het zorgdomein. Tevens herkennen de betrokkenen de dilemma's en uitdagingen die komen kijken bij het opschalen van eHealth initiatieven. Ze zijn dusdanig dat grootschalige en structurele implementatie van eHealth in de reguliere werkprocessen in het ondersteunings- en zorgaanbod nog geen sprake is. In de regeling worden meerdere uiteenlopende oorzaken genoemd (Jonge, 2018). Enkele oorzaken zijn opgesomd:

- Onvoldoende capaciteit, budget, middelen en kennis om eHealth in te bedden in de werkprocessen en de zorgorganisaties er op in te richten;
- Het complexe karakter van aanpassingen van de werkprocessen: het implementeren van eHealth vraagt om ander gedrag van de medewerker en de cliënt om dingen 'niet meer te doen', met gevolgen voor rollen, belangen en omzet;
- Onvoldoende bekendheid met de mogelijkheden en meerwaarde, weinig draagvlak en beperkte vaardigheden onder cliënten, mantelzorgers en medewerkers;
- Een terughoudende ambitie, matig gevoel voor urgentie, en/of het ontbreken van een visie en doelen bij één van de betrokken partijen.

Een deel van de bovenstaande punten komen ook terug in het onderzoek voorafgaand aan de eHealth monitor van 2016, uitgevoerd door Nictiz. Waarin een gebrek aan kennis, vaardigheden, geld, tijd en weerstand bij de medewerkers voor het uitbreiden van de mogelijkheden significant naar voren komen. De SET is een stap in de goede richting bij een effectieve inzet van eHealth in de zorg thuis. Deze regeling wordt ook ondersteund door andere beleidstrajecten van het ministerie van VWS. Dit betreft onder meer de het Programma Langer Thuis (PLT), de beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plaats (JZOJP) en het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging.

1.4 Probleem- en doelstelling

Dit onderzoek gaat dieper in op de dialoogsessies die zijn gehouden voorafgaand aan de SET, waar oorzaken uit geformuleerd zijn. Hieruit blijkt dat in de huidige situatie technologie nog onvoldoende gestructureerd ingezet wordt in de zorg thuis vanwege de genoemde oorzaken. Met dit onderzoek wordt ingezoomd op bedrijfstechnische oorzaken zoals gebrek aan integratie in bedrijfsprocessen en de juiste drijfveren bij medewerkers. Dit in het achterhoofd komen ook de onvoldoende capaciteit, budget, middelen en kennis aan bod en de terughoudende ambitie en/of het ontbreken van een visie of doel. Het is urgent dat dit onderzoek uitgevoerd wordt, aangezien een mislukte implementatie² de individuele leden en maatschappij veel tijd en moeite kost. In de scope en beperkingen wordt de inperking van het onderzoek nader toegelicht.

Het onderzoek draagt bij aan het werkplan technologie van team Informatisering. De ambitie is om inzicht te hebben in de knelpunten omtrent technologie en de obstakels die leden ervaren om technologie in te voeren. Het team richt zich op het integraal inzetten van technologie en digitalisering door professionals in het zorgproces, zodat de kwaliteit van de zorg geborgd blijft. Het doel van dit onderzoek is om achter de ervaringen en meningen van leden komen rondom de opschaling van technologie, waardoor Actiz haar leden beter kan ondersteunen (bv. bijeenkomsten organiseren of informatie delen via ledensite). Op dit moment heeft Actiz, gekeken naar deze visie, een te globaal beeld van de oorzaken van mislukte implementaties rondom de aanpassingen van de werkprocessen en het creëren van draagvlak. Het

² Zie begripsbepaling 'succesvolle implementatie' in paragraaf 1.6.

onderzoek heeft als doel om een beeld van de situatie in de branche te schetsen. Uit het onderzoek zijn aanbevelingen opgesplitst richting het ActiZ bureau en de zorgaanbieders.

Onderzoeksvragen

Vanuit de probleemstelling, het doel en het vooronderzoek is de hoofdvraag opgesteld. Aan de hand van de hoofdvraag en het literatuuronderzoek zijn de deelvragen beschreven in het derde hoofdstuk.

Hoe kunnen succesvolle technologische innovaties opgeschaald worden in de thuiszorg zodat dit, met de juiste drijfveren bij medewerkers, is ingebed in de werkprocessen?

De onderstaande deelvragen zijn gebaseerd op de probleemanalyse en worden verder toegelicht in het derde hoofdstuk:

1. Welke technologische innovaties worden er zoal gebruikt in de zorgverlening thuis?
2. Wat is de houding van zorgorganisaties op het gebruik van technologie in de zorg thuis?
3. Welke factoren beïnvloeden het draagvlak onder medewerkers bij de implementatie van een toepassing?
4. Hoe kunnen complexe veranderingen in het werkproces van een organisatie doorgevoerd worden zodat de technologie ingebed zit in het zorgproces?

1.5 Scope en beperkingen

Ondanks dat Actiz invloed heeft op de leden, ligt de uitvoering van het organisatiebeleid bij de leden zelf. Neem als voorbeeld het eigenhandig aanpassen van de werkprocessen of een verandering van de cultuur. Dit kan alleen als advies aan de leden worden doorgegeven. Uiteraard kan Actiz haar leden in deze ontwikkelingen ondersteunen. Tevens hebben veel van deze verandermaatregelen tijd nodig om het beoogde effect in praktijk te bereiken. Verandermanagement, Business en ICT Alignment en Financiën is de scope waarin dit onderzoek is uitgevoerd. Om het onderzoek een bedrijfskundige insteek te geven, richt het zich op het veranderen van werkprocessen en de daarbij horende draagvlakcreatie.

Een beperking is eveneens dat het onderzoek zich richt op interne werkprocessen en de benodigde drijfveren bij medewerkers in organisaties. Ze opereren in een context waarin verdienmodellen bij de inzet van technologie vaak ontbreken. Tevens hebben zorgorganisaties last van strikt gescheiden financieringsstelsystemen bij het gezondheidsstelsel. Technologische innovaties noodzaken vaak tot domein overstijgende samenwerking. De complexe aanpassingen aan het werkproces en de mindere mate aanwezigheid van draagvlak zijn dus niet de enige oorzaken waardoor eHealth initiatieven in de pilot fase blijven steken. Zorgorganisaties bevinden zich in een complex speelveld, met veel verschillende organisaties, wetten, belangen en financieringsystemen. In deze context wordt het onderzoek uitgevoerd, maar er wordt niet verder op ingegaan.

Technologische toepassingen of eHealth zijn een brede begrippen. Deze worden voor dit onderzoek afgebakend, aangezien het onderzoek anders niet meer bruikbaar zou zijn. Het doel van het onderzoek is om Actiz meer inzicht te geven in de oorzaken waarom technologie niet opgeschaald wordt. Wanneer er een specifieke afbakening gedaan wordt richting één technologie, wordt het doel van het onderzoek niet behaald. De verscheidenheid van toepassingen binnen eHealth is zo groot, zie bijlage II, dat dit onderzoek zich alleen richt op de meest genoemde toepassingen in de interviews. Dit gaat voornamelijk over domotica en robotica. Dit onderscheid is door Nictiz (2012) op basis van een onderzoek gemaakt.

1.6 Begripsbepaling

Technologie en eHealth

Technologie is een veel breder begrip dan eHealth. Technologie richt zich niet alleen op de zorg, terwijl eHealth dat wel doet. eHealth is een containerbegrip, daaronder valt in principe alles wat met technologie, zorg, wonen en welzijn te maken heeft. Voorbeelden zijn patiëntportalen, medische apps en monitoring van chronische patiënten op afstand. Ook elektronische patiëntendossiers (EPD's) en elektronische gegevensuitwisseling vallen onder eHealth. Denk verder ook aan beeldbellen, robots of personenalarmering, zoals vaak gebruikt in bijvoorbeeld de ouderenzorg. De definitie van eHealth is als volgt: het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën – met name internettechnologie

– om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Deze definitie is oorspronkelijk opgesteld door Nictiz (2012), en wordt onder andere gebruikt in de eHealth-monitor (Wouters, et al., 2018).

Thuiszorg

De definitie die Actiz hanteert voor thuiszorg is de langdurige zorg die niet in een instelling wordt geleverd maar in de thuissituatie (extramuraal zorg). Dit wordt geboden aan chronisch zieken, mensen met een handicap, ouderen en mensen die daar tijdelijk behoefte aan hebben. Deze zorg wordt aangeboden door zorgorganisaties. In dit onderzoek wordt de zorg thuis ook gedefinieerd als thuiszorg. Thuiszorg kent de volgende vormen:

- Begeleiding, bijvoorbeeld hulp bij geldzaken, hulp om de dag in te delen of hulp bij opvoeding.
- Persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld hulp bij het opstaan, douchen en aankleden.
- Verpleging, bijvoorbeeld hulp bij wondverzorging en medicijngebruik.
- Huishoudelijke verzorging, bijvoorbeeld hulp bij het schoonmaken of koken.

Patiënten, cliënten en zorgconsumenten

Voor gebruikers van zorg worden verschillende termen gebruikt in verschillende sectoren. In dit onderzoek wordt, zoals in de VVT-sector, gebruik gemaakt van de term ‘cliënt’. Dit is ook wel een formele benaming voor een klant, een persoon waar een dienst of product wordt geleverd.

Succesvolle implementatie

Onder implementatie of opschaling wordt het proces dat leidt tot het gestructureerd en structureel gebruik maken van een nieuwe toepassing als onderdeel van de (dagelijkse) zorgverlening. ‘Gestructureerd’ betekent dat de innovatie is geïntegreerd en ingebed in de organisatie en processen van de organisatie, ‘Structureel’ wil zeggen dat het continu en vanzelfsprekend wordt gebruikt door eindgebruikers, zowel cliënt als medewerker. In dit onderzoek zijn zowel cliënt en medewerker onderdeel van het zorgproces.

1.7 Leeswijzer

Dit rapport heeft een logische opbouw en hoofdstukindeling. In hoofdstuk één wordt de organisatie en de aanleiding beschreven. Hierin wordt de probleemanalyse omschreven en wordt het onderzoeksdoel duidelijk. In hoofdstuk twee volgt het theoretisch kader. In het derde hoofdstuk wordt beschreven welke dataverzamelmethode is gebruikt en op welke wijze de data geanalyseerd wordt.

Hoofdstuk vier is de resultaatbeschrijving. Hierin worden de verkregen resultaten vanuit de interviews gekoppeld aan de literatuur, waardoor het antwoord op de deelvragen geformuleerd kan worden. In het vijfde hoofdstuk wordt een conclusie getrokken en daarmee de hoofdvraag beantwoord. In hoofdstuk zes staat het advies weergegeven. Ten slotte wordt in het laatste hoofdstuk een reflectie gedaan op het onderzoek. Ten behoeve van de leesbaarheid zijn veelgebruikte of onduidelijke begrippen met definitie en eventuele afkorting opgenomen in de begrippenlijst.

2. Theoretische achtergrond

Het onderzoek wordt onderbouwd door de literatuur. De theoretische achtergrond zal dienen als basis van het onderzoek. In de hoofdvraag zijn de begrippen werkprocessen, technologie, drijfveren en opschalen gebruikt. Samenhangend aan deze begrippen is de opdeling van het theoretisch kader gekozen. Vanuit het theoretisch kader wordt de vragenlijst opgesteld. Op deze wijze wordt gekeken of de literatuur bevestigd wordt in de praktijk.

2.1 Introductie in de zorg thuis

Ter introductie wordt een korte uitleg gegeven over de sector en de werkzaamheden van de medewerkers in de zorg thuis. Tevens is er door het Windesheim onderzoek gedaan naar het gebruik van eHealth door wijkverpleegkundigen.

2.1.1 De zorg thuis nader bekeken

De beschrijving van het begrip zorg van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 is als volgt: “Gezondheidszorg is het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf regie te voeren, en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin.” In de brede zin van het begrip ‘zorg’ valt ook ondersteuning. Dit past bij een van de uitgangspunten van het huidige kabinetsbeleid, namelijk dat burgers zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dan gaat ‘zorg’ niet alleen om zorg maar ook om hulp om thuis te blijven wonen. Van thuiszorg spreken we in dit onderzoek van begeleiding, persoonlijke en huishoudelijke verzorging en verpleging bij de cliënt thuis. Deze zorgt wordt geregeld door thuiszorginstellingen.

2.1.2 Medewerkers in de zorg thuis

De medewerkers in de zorg thuis zijn te verdelen in functies. Ziekenverzorgende, wijkverpleegkundige, begeleider en huishoudelijk hulp. De ziekenverzorgende en wijkverpleegkundige worden bekostigd uit de Zorgverzekeringswet. De huishoudelijk hulp uit de Wet maatschappelijke verzorging. Tevens zit er een verschil in de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van deze drie functies. De ziekenverzorgende helpt en ondersteunt mensen wanneer zij dit (tijdelijk) nodig hebben. Naast de verpleegtechnische handelingen, neemt de ziekenverzorgende ook huishoudelijke taken op zich. Het verschil met de wijkverpleegkundige is dat de ziekenverzorgende helpen bij de dagelijkse basiszorg, zoals wassen, aankleden en ondersteuning geven bij dagelijkse handelingen. Ook heeft de ziekenverzorgende de signalerende taak. De wijkverpleegkundige doet grotendeels hetzelfde werk als de ziekenverzorgende. Het verschil is dat de wijkverpleegkundige meer te maken heeft met situaties die snel veranderen. Tevens mogen zij vanaf 2015 bepalen welke zorg de cliënt nodig heeft (Bulle-Smid, van der Cingel, Holterman, Keuning, & Prins, 2017). Hun werk is veelomvattender en complexer. De huishoudelijke hulp richt zich alleen op de ondersteuning van de cliënt op het gebied van het huishouden. De cliënt bepaalt waar de huishoudelijke hulp mee kan helpen, bijvoorbeeld met het wassen of boodschappen doen. De huishoudelijke hulp voert dus geen verpleegtechnische handelingen uit (Mast & Meerveld, 2004).

2.2 Innoveren, implementeren en veranderen

Innoveren, implementeren en veranderen: drie begrippen die geheel verschillend zijn, maar toch ook nauw samenhangen met elkaar. Met innovatie wordt bedoeld dat nieuwe ideeën worden ontwikkeld met de bedoeling om niet-gebruikelijke wegen te bewandelen. Vaak komt dit voort uit onvrede met de praktijk of dat problemen niet (voldoende) opgelost worden. Innovatie kan daardoor worden ervaren als een breuk met traditie. Implementatie is het op een ruime schaal verspreiden van een nieuwe ideeën of mogelijkheden. Als men spreekt over veranderingsprocessen, dan bedoelt men dat ideeën worden veranderd en vernieuwd (innovatie) én dat die ideeën worden verspreid en verankerd (implementatie). Alleen als beide processen zich hebben voltrokken is er sprake van verandering, die als ingebed kan worden beschouwd. Vanuit deze beredenering door J. Nelissen (2003) zijn innovatie-, implementatie- en veranderstrategieën en ideeën vergeleken en uitgewerkt gericht op het inzetten van technologie in de zorg. Eerst worden algemene theorieën beschreven, waarnaar de focus op de acceptatie en adoptie van technologie is onderzocht.

2.2.1 Type innovaties

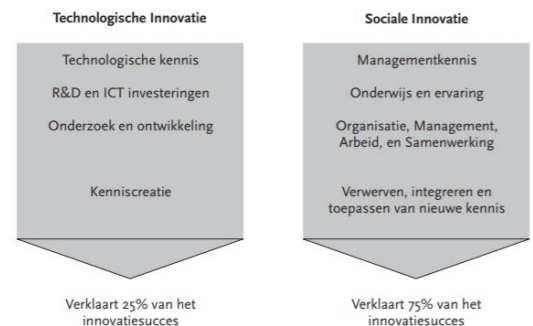
In de literatuur is er een overvloed aan definities, modellen en raamwerken van verschillende types innovaties. Rowley et al. (2011) ontwikkelden daarom een type-mapping tool, die gebruikt kan worden om deze types in kaart te brengen. Dit model refereert naar vier hoofd innovatietypes:

1. Productinnovatie. Dit wordt gezien als een innovatie van een product of dienst die een organisatie aanbiedt. Een productinnovatie kan ontstaan door een innovatie van een product, dienst of een combinatie daarvan.
2. Procesinnovatie. Dit wordt gezien als een verandering in de manier waarop producten of diensten tot stand worden gebracht. Dit kan ontstaan door verschillende innovaties, er is dus een overlap tussen productinnovatie en procesinnovatie. Technische innovaties kunnen zowel invloed hebben op het product als op het proces.
3. Positie innovatie. Deze innovatie wordt gezien als verandering in de context waarin het product of dienst wordt aangeboden. Dit kan een verandering zijn door nieuwe financiële afspraken of een verandering van het business systeem.
4. Paradigma innovatie wordt gezien als een verandering van de organisatie in de perceptie op de markt.

In de literatuur worden innovaties ook anders getypeerd. Zo geven Volberda, Van den Bosch en Jansen (2007) aan dat er een verschil zit tussen technologische innovatie en sociale innovatie. Bij innovaties denkt men in eerste instantie denkt men aan technologische innovaties. Dit zijn R&D-ontwikkelingen en zijn te zien in de vele eHealth startups van vandaag. Naast technologische kennis verkregen door R&D-investeringen verklaart dit echter maar een deel van het succes van een innovatie in een organisatie. Naast technologische innovatie blijken managementvaardigheden en organisatieprincipes doorslaggevend te zijn. Ook een organisatie moet veranderen en vernieuwen. Onderzoekers van de Rotterdam School of Management (2005) geven aan dat het bij sociale innovatie gaat om deze niet-technologische determinanten van innovatie:

- het ontwikkelen van nieuwe managementvaardigheden;
- het hanteren van innovatieve organisatievormen;
- het realiseren van hoogwaardige arbeidsrelaties en hoogwaardige samenwerkingsverbanden;
- het concurrentievermogen en de productiviteit verbeteren.

Sociaal innovatieve bedrijven scoren hoger dan niet-sociaal innovatieve bedrijven op alle prestatie-indicatoren. Innovatiesucces wordt voor 75% verklaard door sociale innovatie en voor 25% door technologische innovatie (Pot, 2012). De sociale kant van innovaties is het meest ongreijpbare deel, maar het heeft de grootste impact. Dit komt omdat daar ook emotie, motivatie en gewoonten, maar ook houding, gedrag en vaardigheden bij komen kijken. Dit heeft veel sturing en ondersteuning nodig wat vaak wordt onderschat binnen een organisatie. Zie de afbeelding voor een vereenvoudigde weergave. Uit het gesprek met dhr. W. Wolters, implementatie expert eHealth, blijkt dit vaak omgekeerd terugkomt uit de zorgsector. 75% van de inzet of de financiën wordt besteed aan de technologische kant van de innovatie, dus het product zelf en 25% maar aan de sociale kant van de innovatie.



Bron: Erasmus Concurrentie en Innovatie Monitor 2005-2010.

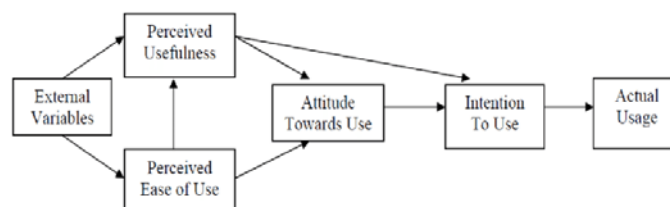
2.2.2 De acceptatie van technologische innovaties

Zoals Pot (2012) beschrijft is de sociale kant van innovaties van belang. Volgens Son, Park, Kim en Chou (2012), die onderzoek uitvoerden naar de acceptatie van mobiele computer systemen in de constructie industrie, is het gebrek aan acceptatie van de gebruiker een enorme belemmering voor het succesvol implementeren van een technologische innovatie in elke organisatie. Ook Holden et al. (2012) geven in hun onderzoek naar de acceptatie van een nieuw systeem ook het belang aan van de acceptatie van medewerkers op de succesvolle implementatie van de nieuwe technologie. Zij geven aan dat succes wordt bepaald op de werkvloer en niet alleen afhangt van het ontwerp en de functionele technologie.

Son et al. (2012) gebruikten het Technology Acceptance Model (TAM) om bij werknemers in de constructie industrie te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de succesvolle implementatie van een nieuw systeem. Dit model

wordt op grote schaal gebruikt om de gebruikersacceptatie van verschillende soorten technologieën. Bij dit model hebben twee variabelen invloed op de intentie voor het gebruik van een bepaalde technologie. Deze variabelen zijn het waargenomen nut (Perceived Usefulness) en het waargenomen gemak (Perceived Ease of Use). De intentie voor het gebruik van technologie heeft uiteindelijk invloed op het daadwerkelijke gebruik van de technologie. Dit is gebaseerd op de Theory of Reasoned Action (TRA). Dit is een sociaalpsychologische gedragstheorie en wordt gebruikt om gedrag te begrijpen. Het oorspronkelijk TAM bevat vier variabelen die invloed uitoefenen op het daadwerkelijke gebruik van IT.

In het figuur is te zien dat gedragsintentie voor gebruik de voorspeller is van het daadwerkelijke gebruik. Dit wordt beïnvloed door iemands attitude ten opzichte van het gebruik van de technologie. Attitude heeft op haar beurt twee determinanten: waarneembaar nut en waarneembaar gemak. Het waarneembare nut heeft een onafhankelijk effect op de gedragsintentie voor gebruik en het waarneembare gemak heeft een effect op het waarneembare nut.



2.2.3 Innovatie van eHealth in de praktijk

Vilans heeft in 2014 onderzoek gedaan, waar negen eHealth innovatielessen uit de praktijk zijn voortgekomen. Om innovatie in te voeren in de bedrijfsvoering in de zorg, is het belangrijk om een iteratief proces aan te houden. “Iteratief” betekent dat sommige stappen van het proces herhaald worden, waarbij het doel is om steeds een stapje verder te komen. Hierbij is het belangrijk om de innovatie continu te evalueren. Is de toepassing daadwerkelijk de oplossing voor de behoefte of het doel? Is de behoefte er überhaupt (nog)? De uiteindelijke oplossing van het probleem, kan volledig anders zijn dan in eerste instantie gedacht. Uiteindelijk is eHealth niet het doel maar een middel om tot een beter resultaat te komen. Toch wordt het te vaak op projectmatige basis geïmplementeerd, terwijl een verandering organisatie breed opgepakt moet worden. Het gaat vaak meerdere bedrijfsprocessen aan. Om innovaties te laten slagen is draagvlak nodig onder de mensen waarop de verandering de grootste impact heeft. De eHealth initiatieven moeten aansluiten bij hun behoeften en dagelijkse praktijk, en er moet voor hen een toegevoegde waarde zijn. Deze gedachte sluit aan bij de theorie dat sociale innovatie de grootste impact heeft. Vaak geldt dit voor de zorgprofessionals en cliënten. Uit het onderzoek blijkt dat co-creatie met medewerkers en cliënten de adoptie van nieuwe toepassingen het meest stimuleren.

2.2.4 Routematig implementeren

Het creëren van draagvlak en het aanpassen van de werkprocessen hebben een relatie ten opzichte van een succesvolle implementatie. Implementeren draait om het verspreiden en verankeren.

Implementatie kan als volgt gedefinieerd worden: Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (ZorgOnderzoek Nederland, 1997).

De onderdelen uit de bovenstaande definitie worden door Hulscher e.a. (2000) nader toegelicht. Bij een implementatie moet er altijd sprake zijn van een procesmatige aanpak, waarbij een fase doorlopen moet zijn voordat er begonnen wordt aan de volgende fase. Een procesmatige aanpak heeft een iteratief karakter, immers veranderen gebeurt met en door mensen en dat laat zich niet in een tijdbalk of organigram plannen. Een implementatie kan ook via een planmatige aanpak ingestoken worden.

Om zorgorganisaties te ondersteunen heeft Vilans (2014) een implementatie toolkit ontwikkeld voor technologie in de zorg. Want hoe is een implementatie in te richten? Hoe wordt technologie ingezet als een effectief middel en niet als doel op zich? Om deze vragen te beantwoorden heeft Vilans een implementatie route opgesteld. Dit is te zien als een procesmatige aanpak om technologie te implementeren bij zorgorganisaties.

De processtappen zijn als volgt:

1. Ideeën opdoen
2. Doel bepalen/de bedoeling formuleren
3. Verkenning
4. Implementatie
5. Borging

De verdere uitwerking van de processtappen en een schematische weergave staat in bijlage V.

Uit de eHealth Monitor 2018 blijkt dat het transformatieproces van het inzetten van innovatieve toepassingen in de zorg veel verschillende snelheden kent. De minste beweging in de implementatie is te zien bij toepassingen waar zorgverlener en zorggebruiker beide een rol hebben, de meerwaarde onduidelijk is, gevoel van urgentie mist of wanneer het bestaande proces complexer wordt of moet veranderen – bijvoorbeeld omdat de toepassing een andere inrichting van het zorgproces vraagt. Dit is te zien bij de toepassing beeldzorg. Waar medewerkers voorheen langsgingen bij de cliënt om zorg te verlenen, wordt dit nu via beeldbellen gedaan. Dit is een andere inrichting van het zorgproces, aangezien medewerkers op kantoor achter een device zitten in plaats van langs te gaan bij de cliënt thuis.

2.2.5 Implementatiestrategieën en opschalen

Volgens dhr. D.A.J. Dohmen (2012) zijn een groot deel van problemen rond de inzet van technologie in de zorg het gevolg van een verkeerde implementatiestrategie. Dohmen stelt dat het essentiële draagvlak bij de professionals ontbreekt, aangezien deze implementatie vaak in opdracht gaat van managers in het beleidskader. Met een verkeerde implementatiestrategie dreigt het gevaar dat professionals op een negatieve wijze kijken en niet effectief werken met de nieuwe technologie. Deze houding vertaalt zich richting de cliënt, wat de implementatie alleen maar tegenwerkt. Het onderzoek van Dohmen heeft als doel om tot een optimaal implementatiemodel te komen voor technologie in de zorg thuis. Uit het onderzoek blijkt dat meer nog dan de cliënt, de professional een onmisbare schakel is bij de implementatie. Dit richt zich voornamelijk op het denken, beleid en leren van de professional en is een cruciale factor voor het succes van de implementatie en het gebruik van de technologie in de dagelijkse werkzaamheden.

Uit verschillende andere onderzoeken blijkt dat implementatie in de praktijk verreweg het moeilijkste deel is van het gehele strategieproces. Dit geeft aan dat er structurele en fundamentele valkuilen zijn. Een implementatie zal vaak tot flinke veranderingen leiden die betrekking kunnen hebben op bijvoorbeeld de organisatiestructuur, de cultuur, de personele bezetting, de automatisering of de werkprocessen binnen een organisatie. Vaak is er een kleine groep innovators aanwezig, maar veelal leidt verandering tot weerstand. De innovators zijn mensen die van nature in zijn voor verandering, maar tevens is er altijd een kleine groep die nooit overtuigd zal zijn voor vernieuwing: de legcards. De kritische succesfactor om een verandering te laten slagen is om de silent majority te overtuigen (Mouwen, 2006). Deze innovators worden vaak succesvol in een organisatie ingezet als kartrekker en/of ambassadeur. Deze rol kan ondersteund worden door een I-nurse: Een zorgmedewerker, met meer gevoel voor digitale ontwikkeling dan de collega's, die in staat is die nabije collega's met raad en daad terzijde te staan bij het gebruik van eHealth toepassingen (Kist & Tijink, 2019).

2.3 Juiste drijfveren

Te vaak wordt de inzet van technologie van bovenaf geregeld in een organisatie. Hierdoor zien de medewerkers de voordelen hiervan niet altijd meteen in. Bij dit soort grote verandering is het van belang dat er draagvlak gecreëerd wordt en de bereidheid om met de technologie aan de slag te gaan vergroot. Uit de eHealth monitor van 2018 blijkt dat het meenemen van medewerkers en zorggebruikers bij de inzet van technologie cruciaal is. Dit wordt ook wel de bottom-up benadering genoemd. Over het invoeren van technologie wordt te vaak te makkelijk gedacht. Het vergt een cultuurverandering, waarbij betrokkenheid essentieel is om deze verandering te realiseren. Dit is van belang omdat er wel draagvlak onder medewerkers moet bestaan om de cultuurverandering succesvol te implementeren. Participatie van de medewerkers kunnen van invloed zijn op de betrokkenheid van medewerkers bij verandering. Denk hierbij aan het geven van inbreng, het meedenken en meebeslissen van medewerkers bij verandering. Volgens Gibson en Barsade (2003) is het van belang dat de participatiemogelijkheden echt opgevolgd worden en betekenis hebben. Als er met ideeën

en input van medewerkers niets wordt gedaan, leidt dat tot frustratie. Het is belangrijk dat wanneer er participatiemogelijkheden worden gecreëerd, er dus daadwerkelijk iets mee gedaan moet worden. Anders hebben de medewerkers het gevoel dat er niet serieus naar ze geluisterd wordt.

Het triade model

Steeds meer wordt gepleit om de cliënt zelf de regie te geven: zelf zijn leven te laten leiden en die dingen te laten doen die hij zelf kan doen. Dit geldt ook voor de inzet van de technologie. Toch moeten de medewerkers en mantelzorgers ook werken met de technologie. Deze activiteit, om technologie in te zetten, wordt vanuit het Triade model van prof. T. Poiesz beschreven middels een formule. Activiteit (A) wordt bepaald door drie voorwaarden: Motivatie (M), Capaciteit (C) en Gelegenheid (G). Dus $A = M \times C \times G$. Dit zijn de basisbegrippen die gedrag verklaren. Het niet inzetten van technologie in het werkproces door medewerkers, kan verklaard worden met dit model. Alle drie de aspecten moeten in zekere mate aanwezig zijn. Volgens Poiesz biedt dit model een prima startpunt voor het verklaren van de veranderingsbereidheid van betrokkenen en kan eveneens worden toegepast op het niveau van doelgroepen (Poiesz, 2016).

	Intrinsiek	Extrinsiek
Motivatie	De noodzaak ervan inzien Nieuwsgierig naar technologie	Instructie van leidinggevende Aansporing van collega's
Capaciteit	Kennis hebben van de technologie Vaardigheden hebben om de technologie te gebruiken	Kwaliteit van het advies of cursus Goede informatie krijgen
Gelegenheid	De gekozen behandeling Tijd om je erin te verdiepen	De aanwezige technologie Faciliteiten die het gebruik ondersteunen

3. Methodologie

Dit hoofdstuk gaat over de methodologie, waarin de onderzoeksopzet, dataverzamelmethode, data-analyse, betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek is verantwoord.

De probleemstelling en deelvragen zijn middels een kwalitatief onderzoek het beste te beantwoorden. Hierin wordt de literatuur gekoppeld aan de uitkomsten van de diepte-interviews. De keuze voor deze methode is gemaakt omdat achterliggende meningen en ervaringen onderzocht kunnen worden. Dit levert bruikbare onderzoeksresultaten op, aangezien de constatering van het probleem al is onderzocht voorafgaand aan de SET (Boersma & Goverts, 2018). Uit het onderzoek moeten individuele standpunten en meningen naar voren komen. Uit de resultaten worden verbanden getrokken. Het onderzoek kent een beschrijvend, analytisch en verkennend karakter.

3.1 Onderzoeksopzet

Allereerst wordt de literatuurstudie uitgevoerd, wat is weergegeven in het theoretisch kader. Ten tweede zijn ter indicatie de uitkomsten van de discussies tijdens de Zorg & ICT beurs bijgehouden. De uitkomsten van de discussie verrijkt het onderzoek, aangezien de onderzoeker meer kennis heeft opgedaan. Bij het opstellen van de vragenlijst zijn drie gesprekken gevoerd met experts binnen het vakgebied rondom eHealth. Ten slotte zijn de diepte-interviews afgenomen en geanalyseerd. Tijdens het gehele proces zijn verscheidene discussies en bijeenkomsten bijgewoond omtrent het probleem. Onderstaand zijn de activiteiten met het doel weergegeven. Tevens is weergegeven in welke fase van het onderzoek, de betreffende activiteit heeft plaatsgevonden.

Activiteit	Doel	Week
Deskresearch	<ul style="list-style-type: none"> - Contextanalyse zorg thuis. - In kaart brengen van technologische toepassingen. - In kaart brengen van (onderzoeks)projecten die voor dit onderzoek interessant zijn. - In kaart brengen van regelingen vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 	1 – 4
Literatuurstudie	<ul style="list-style-type: none"> - In kaart brengen wat we al weten over de inzet en adoptie van technologie. - Theorieën omtrent dit onderzoek vergelijken. 	3 – 8
Discussie Zorg & ICT Beurs	<ul style="list-style-type: none"> - Opdoen van ervaringen en meningen van bezoekers van de Zorg & ICT Beurs. - De visie van ActiZ delen. - Kennis opdoen rondom het probleem. 	6
Drie gesprekken met experts	<ul style="list-style-type: none"> - Vragenlijst concretiseren. - Kennis verkrijgen omtrent implementeren van eHealth. - Randvoorwaarden succesvolle implementatie inzichtelijk krijgen. - De meest gebruikte technologieën inzichtelijk krijgen. - Ervaringen van deskundigen verkennen. 	6 – 8
Diepte-interviews met lid-organisaties	<ul style="list-style-type: none"> - Inzichtelijk krijgen of de literatuur en de praktijk overeenkomen. - Informatie over de (gebruikte) technologieën in de organisatie opdoen. - Data verzamelen om een gedegen advies uit te brengen. 	10 – 16
Werkbezoek Medisch Service Centrum NAAST	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis opdoen door in de praktijk mee te lopen met verpleegkundigen van het Medisch Service Center Naast. 	14
Review rapportage	<ul style="list-style-type: none"> - Verbetersuggesties en aanvullingen voor de conceptrapportage verzamelen bij medewerkers van bureau ActiZ. 	Doorlopend

3.2 Dataverzamelmethode

Onderstaand is beschreven op welke methoden zijn gebruikt om de data te verzamelen.

3.1.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is volgens de sneeuwbalmethode uitgevoerd. Er zijn al meerdere onderzoeken gedaan naar het onderwerp, maar er is nog genoeg toe te voegen op basis van specifieke waarnemingen. Daarom is inductie en deductie gecombineerd. Het literatuuronderzoek dient ter onderbouwing van het onderzoek. Dit wordt tevens gebruikt om een geconcretiseerde basis te leggen voor de thuiszorgsector en technologische toepassingen. De termen zijn soms in combinatie met elkaar gebruikt en vertaald naar het Engels. Hierdoor wordt gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, waarbij in relevante literatuur wordt verwezen naar andere literatuur (Verhoeven, 2011).

3.1.2 Discussie

Tijdens de Zorg & ICT-beurs zijn aan de hand van vier stellingen gesprekken gevoerd met de bezoekers van de beurs. Dit was een breed publiek, van onder andere verpleegkundigen, ICT'ers, ZZP'ers, bestuurders, leveranciers, studenten en onderwijzers. Het doel van de stellingen was om in gesprek te gaan met de bezoekers. De stellingen zijn opgesteld door het team Informatisering. De respons en voor-, en tegenargumenten die samenhangen met het onderzoek zijn weergegeven in bijlage VI.

3.1.3 Interviews

Na het literatuuronderzoek, te zien in het theoretisch kader, is de vragenlijst voor de semigestructureerde interviews bepaald. Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews, zijn gestructureerde antwoorden verkregen en is er eveneens de ruimte om dieper op antwoorden in te gaan om meer informatie op te doen (Verhoeven, 2011). De interviews zijn afgenomen met mensen met diverse rollen in een lid-organisatie van ActiZ, actief in de thuiszorg. Dit zijn voornamelijk bestuurders en/of directeuren en medewerkers. Ook komen rollen zoals een manager digitalisering of projectleider domotica voor bij de interviews, aangezien deze respondenten affiniteit hebben met het onderwerp. Respondenten zijn via het CRM-systeem van Actiz benaderd. Voor een interview is een uur per respondent uitgetrokken en de locatie verschilt per respondent. Een deel van de interviews is face to face afgenomen, het andere deel is vanwege praktische redenen telefonisch afgenomen. De diversiteit van respondenten is van groot belang, aangezien het onderzoek zich richt op thuiszorgorganisaties in het algemeen. Een mening van een bestuurder kan aanzienlijk afwijken dan dat van een wijkverpleegkundige. De diversiteit wordt gewaarborgd door de steekproef te baseren op de organisatiegrootte en de regio van de organisatie. Zo worden zowel grote als kleine organisaties verspreid over heel Nederland behandeld. Na afloop van het onderzoek kunnen er uitspraken worden gedaan die op grond van de onderzoeksgroep en setting te rechtvaardigen zijn. De vragen zijn opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en de gesprekken met de experts. Hieruit is er ook gekozen voor een aparte vragenlijst voor bestuurders en managers en een aparte vragenlijst voor medewerkers. Voor respondenten met een andere rol in de organisatie zijn de vragenlijsten gecombineerd. In bijlage V staat de vragenlijst weergegeven en in bijlage VII is een lijst opgenomen met de geïnterviewde zorgorganisaties.

De interviews zijn in overeenstemming met de geïnterviewden opgenomen met een stemrecorder applicatie. Respondenten worden per e-mail of telefonisch benaderd om een afspraak in te plannen, hierbij wordt het doel van het interview beschreven. In bijlage IV is de mail te vinden die naar de betreffende personen is verzonden om een afspraak te maken voor een interview. Bij het interview worden allereerst algemene vragen gesteld, om de naam, organisatie en functie duidelijk te krijgen. Daarna zal overgegaan worden op de open vragen. Tijdens de interviews bleek ook sprake van bijvangst. Bijvangst is informatie die tijdens het interview naar voren komt, maar niet eenvoudig is te classificeren onder een topic (Verhoeven, 2011).

3.3 Verantwoording deelvragen

Ter beantwoording van de hoofdvraag zijn de onderstaande deelvragen opgesteld. De deelvragen komen voort uit de probleemanalyse, waar de oorzaken van een mislukte implementatie van technologie zijn opgesomd:

- Een terughoudende ambitie, matig gevoel voor urgentie, en/of het ontbreken van een visie en doelen bij één van de betrokken partijen;

- Het complexe karakter van aanpassingen van de werkprocessen: het implementeren van eHealth vraagt om ander gedrag van de medewerker en de cliënt om dingen ‘niet meer te doen’, met gevolgen voor rollen, belangen en omzet;
- Onvoldoende bekendheid met de mogelijkheden en meerwaarde, weinig draagvlak en beperkte vaardigheden onder cliënten, mantelzorgers en medewerkers;
- Onvoldoende capaciteit, budget, middelen en kennis om eHealth in te bedden in de werkprocessen en de zorgorganisaties er op in te richten.

Wanneer onderstaande deelvragen beantwoord zijn, leidt dit tot het antwoord op de hoofdvraag: Hoe kunnen succesvolle technologische innovaties opgeschaald worden in de thuiszorg zodat dit, met de juiste drijfveren bij medewerkers, is ingebed in de werkprocessen? Hieruit worden de conclusie en aanbevelingen opgesteld. De verantwoording beschrijft de doelstelling en de dataverzamelmethode per deelvraag.

Deelvraag 1 - Welke technologische innovaties worden er zoal gebruikt in de zorgverlening thuis?

Probleemanalyse	<i>Algemene vraag</i>
Doel	De stand van zaken schetsen omtrent de inzet van technologie in de thuiszorg. Hierbij worden ook de schaal en de lopende pilots meegenomen in de vraag.
Dataverzamelmethode	Diepe-interviews Literatuuronderzoek Algemene kennis via discussie op de beurs, gesprekken met experts en het werkbezoek bij Naast
Data-analyse	Diepte-interviews: <ul style="list-style-type: none"> - Vanuit de transcripten de gebruikte toepassingen turven - Fragmenten coderen op basis van de labels <i>schaal</i> en <i>pilots</i> Literatuuronderzoek: <ul style="list-style-type: none"> - Onderscheid maken in technologie vormen (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012) - eHealth monitor 2018 (Wouters, et al., 2018)

Deelvraag 2 - Wat is de houding van zorgaanbieders ten opzichte van het gebruik van technologie in de zorg thuis?

Probleemanalyse	Een terughoudende ambitie, matig gevoel voor urgentie, en/of het ontbreken van een visie en doelen bij één van de betrokken partijen;
Doel	Achterliggende informatie opdoen met betrekking tot de probleemanalyse vanuit verschillende rollen in de organisatie.
Dataverzamelmethode	Diepe-interviews Gesprekken met experts Algemene kennis via discussie op de beurs
Data-analyse	Diepte-interviews: <ul style="list-style-type: none"> - Fragmenten coderen op basis van de labels <i>urgentie</i>, <i>ambitie</i>, <i>visie</i> en <i>doel</i> De uitkomsten uit de interviews analyseren aan de hand van de gesprekken met de experts.

Deelvraag 3 - Welke factoren beïnvloeden het draagvlak onder medewerkers bij de implementatie van een technologie?

Probleemanalyse	Onvoldoende bekendheid met de mogelijkheden en meerwaarde, weinig draagvlak en beperkte vaardigheden onder cliënten, mantelzorgers en medewerkers.
Doel	Achterliggende informatie opdoen met betrekking tot de probleemanalyse vanuit verschillende rollen in de organisatie.
Dataverzamelmethode	Diepe-interviews Gesprekken met experts Literatuuronderzoek Algemene kennis via de discussies op de beurs
Data-analyse	<p>Diepte-interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragmenten coderen op basis van de labels <i>motivatie/meerwaarde, capaciteit en gelegenheid</i> <p>Literatuuronderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triade Model (Poiesz, 2016) - TAM-model (Son et al., 2012) - Sociale en technologische innovatie (Pot, 2012) <p>De meest aannemelijke theorie wordt getoetst aan de bevindingen uit de interviews en de gesprekken met de experts. Ter indicatie is er ook gesproken over het draagvlak bij medewerkers tijdens de beurs.</p>

Deelvraag 4 - Hoe kunnen complexe veranderingen in het werkproces van een organisatie doorgevoerd worden zodat de technologie zit ingebed in het zorgproces?

Probleemanalyse	<p>Het complexe karakter van aanpassingen van de werkprocessen: het implementeren van eHealth vraagt om ander gedrag van de medewerker en de cliënt om dingen 'niet meer te doen', met gevolgen voor rollen, belangen en omzet.</p> <p>Onvoldoende capaciteit, budget, middelen en kennis om eHealth in te bedden in de werkprocessen en de zorgorganisaties er op in te richten.</p>
Doel	Achterliggende informatie opdoen met betrekking tot de probleemanalyse vanuit verschillende rollen in de organisatie.
Dataverzamelmethode	Diepe-interviews Gesprekken met experts Literatuuronderzoek
Data-analyse	<p>Diepte-interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragmenten coderen op basis van de labels <i>randvoorwaarden implementatie, personele bezetting en faciliteren.</i> <p>De uitkomsten uit de interviews worden geanalyseerd aan de hand van de resultaten van deelvraag 3. Tevens worden de resultaten geanalyseerd door middel van het literatuuronderzoek en de gesprekken met experts.</p>

Ten slotte is het voor de opdrachtgever belangrijk welke rol ze moeten nemen in dit vraagstuk. Daarom is in de interviews gevraagd naar de behoefte richting ActiZ omtrent dit onderwerp. Deze resultaten zijn weergegeven in bijlage VIII. Op basis van deze informatie is het advies richting de opdrachtgever geformuleerd. Dit advies is op basis gedaan van de conclusie op de hoofdvraag en op de conclusie van de behoefte richting ActiZ.

3.4 Toelichting data-analyse

Van de gesprekken met de experts is vanuit de notities een gespreksverslag opgesteld en opgenomen in de bijlagen. De interviews zijn getranscribeerd met behulp van geluidsopnames. Deze uitgeschreven tekst is naderhand geordend en gemarkeerd aan de hand van de codes te zien in de bovenstaande tabellen. De gemarkeerde fragmenten zijn geordend per code. De codes zijn opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en de gesprekken met de experts. Daarna wordt de beschrijvende analyse naar verbanden uitgevoerd, omdat het doel van het onderzoek is om een globale informatie op te doen. Deze data-analysemethode heeft als doel om van subjectieve informatie zo veel mogelijk objectieve informatie te verkrijgen. Bij de verkenning van de gebruikte technologie (deelvraag 1) wordt de benoemde technologie geturfd. Middels het literatuuronderzoek en de diepte-interviews is het resultatenhoofdstuk geformuleerd. Dit is opgedeeld aan de hand van de deelvragen. Uit dit hoofdstuk is de conclusie getrokken. Op basis van de conclusie zijn de aanbevelingen geformuleerd. Tijdens de reflectie zal het onderzoek geëvalueerd worden. Hierin worden de oorzaken en gevolgen van de resultaten besproken. Ook zijn eventuele beperkingen beschreven en suggesties gedaan voor een vervolgonderzoek.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Een onderzoek is betrouwbaar wanneer het vrij is van toevallige fouten in de opzet en uitvoering van een onderzoek. Indien het onderzoek wordt herhaald onder andere omstandigheden, in een andere periode, dan moet dat tot dezelfde resultaten leiden. Bij validiteit is het belangrijk dat je meet wat je wilt meten. Bij validiteit gaat het om de vraag of de resultaten uit het onderzoek wel kloppen met de werkelijkheid (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid en validiteit ook gewaarborgd door de volgende maatregelen.

3.5.1 Betrouwbaarheid

Ten eerste wordt de betrouwbaarheid vergroot door een rustige locatie te kiezen voor het interview en een open interviewhouding aan te nemen. Ten tweede is bewust gekozen voor semigestructureerde interviews. Het doel van het onderzoek om meer inzicht te geven in de oorzaken waarom technologie niet opgeschaald wordt, kan op deze wijze worden nagestreefd. De interviewvragen worden meegenomen naar ieder interview en vormen een leidraad voor het gesprek. In de inleiding van het interview wordt telkens hetzelfde aangegeven en wordt de vertrouwelijkheid van informatie besproken. Ten slotte wordt de betrouwbaarheid vergroot door de interviewvragen te toetsen bij experts en worden de interviews door dezelfde onderzoeker afgenomen.

De betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek wordt vergroot door zo veel mogelijk objectieve bronnen te gebruiken. Gevonden bronnen hebben geen commerciële doeleinden. Tevens wordt er naast officiële documentatie van het Rijk en boeken, gebruik gemaakt van publicaties en onderzoeken vanuit Google Scholar. Hierbij wordt gekeken naar de datum van publicatie.

3.5.2 Validiteit

De interne validiteit gewaarborgd door de inzet van een externe auditor. Een auditor overziet het gehele proces en kan een beoordeling geven gedurende het onderzoek en in de afrondingsfase. Tijdens het onderzoek zijn verschillende afspraken geweest tussen de onderzoeker en de externe auditor. Hierin werd door de auditor meegedacht over de mogelijke vervolgstappen in het proces en gaf de auditor feedback op het onderzoek. Tevens is de validiteit gewaarborgd door de vragenlijsten op te stellen vanuit het literatuuronderzoek en de gesprekken met de experts. Op deze wijze komen alle aspecten die van belang zijn om de hoofdvraag te beantwoorden aan bod.

Om de validiteit te vergroten is gekozen om veertien interviews te houden. Uit de theorie van Guest, Bunce & Johnson (2006) blijkt dat na twaalf tot vijftien interviews vaak dezelfde informatie naar voren komt die ook al in eerdere interviews is verteld. Er treedt dan informatieverzadiging op.

Externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek. De externe validiteit kan in het geding komen door een gering aantal respondenten. Dit onderzoek, waar gebruik gemaakt wordt van diepte-interviews, is pas generaliseerbaar bij een zeer grote groep respondenten. Het ontbreekt aan tijd en middelen om dit aantal interviews af te nemen. Het onderzoek heeft weliswaar in meerdere organisaties plaats gevonden, toch kan niet worden gesproken

van generaliseerbaarheid. Dit komt omdat technologie in iedere organisatie anders wordt gebruikt. Dit verschil kan vanuit meerdere invalshoeken worden bekeken, bijvoorbeeld het verschil in de visie richting technologie. Veel organisaties hebben te maken met dezelfde problematiek, maar gaan hier allen verschillend mee om. Ook zit er een groot verschil in organisatiestructuren en de doelgroep van de organisatie. Tevens zijn er veel verschillen tussen regio's. Neem bijvoorbeeld het verschil in demografische factoren, zoals het probleem rondom dubbele vergrijzing. Voor sommige regio's is dit een beduidend groter probleem dan voor andere regio's. Het doel van de opdrachtgever is echter om een verkenning te krijgen van de sector omtrent dit onderwerp. Dit doel wordt middels deze kwalitatieve methode wel behaald.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zal eerst de onderzoekspopulatie worden beschreven welke heeft deelgenomen aan de interviews. Daarna zullen de resultaten, afkomstig uit de interviews, worden uitgewerkt en beschreven door de data te vergelijken met de theorie. Ook zal gerefereerd worden naar de gesprekken met experts in dit vakgebied. Per deelvraag is een deelconclusie geformuleerd aan het einde van de paragraaf. Tijdens de interviews is aan de respondenten gevraagd welke behoefte er is richting ActiZ rondom dit onderwerp. Dit richt zich op het ondersteunen en faciliteren van de leden. De uitkomsten van deze vraag zijn opgesomd in bijlage VIII.

4.1 Respons

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van het onderzoek en de deelvragen zijn er in totaal veertien interviews afgenomen. De face to face interviews zijn getranscribeerd en van de telefonische interviews zijn notities gemaakt. De uitkomsten van de interviews zijn door coderen geclusterd. In het totaal zijn er uit het clusteren dertien thema's gekomen, welke onderstaand zijn beschreven per deelvraag. Aan de hand van de onderstaande thema's zijn de resultaten beschreven.

Deelvraag 1	Ingezette technologie Schaal Pilots
Deelvraag 2	Urgentie Ambitie Visie/Doel
Deelvraag 3	Meerwaarde/motivatie Capaciteit Gelegenheid
Deelvraag 4	Randvoorwaarden implementatie Faciliteren van medewerker en/of cliënt Personele capaciteit
Bijvangst	Rol ActiZ

Zoals beschreven is in hoofdstuk 1 en 3 is het verschil van een VVT-organisatie in grootte en regio erg groot. De selectie van de respondent is bepaald aan de hand van de rol van de respondent en de locatie en grootte van de organisatie. Vanuit deze groepen is de random bepaald met welke respondent gesproken zou worden. In bijlage VII staat een overzicht van de respondenten, inclusief rol en organisatie.

Opvallend was dat bij het benaderen van respondenten er een aanzienlijk verschil zat in het eerste respons. Respondenten die een aansturende rol hebben in de organisatie, zoals managers en/of bestuurders, waren vaker bereid om deel te nemen aan het onderzoek dan medewerkers met een rol als (wijk)verpleegkundige. Enkele voorbeelden van argumenten van deze laatste groep: "Ik heb geen tijd om aan dit onderzoek deel te nemen" of "Ik gebruik geen technologie, dus ik kan je niet verder helpen".

4.2 Technologische toepassingen in de thuiszorg

De eerste deelvraag van dit onderzoek is de volgende: *Welke technologische toepassingen worden er zoal gebruikt in de zorgverlening thuis?* De beschreven resultaten geven de opdrachtgever beeld van de gebruikte toepassingen in de branche.

Uit de interviews blijkt dat vrijwel iedere zorgorganisatie, 10 van de 11, één of meerdere technologische toepassingen structureel inzet in de thuiszorg. Bovendien lopen er meerdere pilots bij de organisatie waar technologie nog niet

structureel ingezet wordt. Onderstaand is een overzicht van de genoemde toepassingen weergegeven. Lopende pilots zijn hierbij niet meegerekend, aangezien deze nog niet structureel worden ingezet. De cijfers geven een ruwe schets van de werkelijkheid, en is dus niet volledig representatief voor de hele sector.

Zoals in de tabel is te zien, is personenalarmering de toepassing die, naast het elektronisch cliënten dossier, het meest ingezet wordt. Het elektronisch cliënten dossier wordt door medewerkers gebruikt op een device zoals een laptop, tablet of smartphone. Daarna volgt de toepassing leefstijlmonitoring. Onder dit begrip vallen uiteenlopende toepassingen. Enkele voorbeelden die zijn genoemd door de respondenten zijn videomonitoring, telecardiologie, geluidsmonitoring en monitoring via beeldzorg technologie. Ook wordt farmaceutische telezorg middels de Medido, net zoals toepassingen met beeldzorg, veelvuldig ingezet in de thuiszorg. Opvallend is dat de zorgrobot bij de onderzochte organisatie niet ingezet wordt in de thuiszorg, terwijl uit interviews blijkt dat dit in de verpleeghuizen meer ingezet wordt.

Tabel 1 - Technologie in zorgorganisaties

Toepassing	Aantal keer genoemd
Elektronisch Cliënten Dossier + device	10
Personenalarmering	9
Leefstijlmonitoring	6
Farmaceutische Telezorg (Medido)	5
Beeldzorg	5
Zorgrobots	0

Tabel 2 - Inzet technologie in thuiszorg

Inzet van technologie in de thuiszorg	Aantal
Inzet van technologie in de thuiszorg	10
Geen inzet van technologie in de thuiszorg	1
Organisaties met lopende pilots	6

Schaal

Het grootste verschil tussen organisaties is de schaal waarop de technologie wordt ingezet. Vrijwel alle organisaties hebben voor de wijkverpleging een ECD-systeem beschikbaar via een device. Twee respondenten geven aan dat een ECD-systeem voorwaardelijk is wil je investeren in andere technologische toepassingen in de wijk. Ook wordt bij de meeste (7 van de 9 respondenten) de personenalarmering als vanzelfsprekend gezien en maakt deze toepassingen al meerdere jaren deel uit van het zorgproces in de organisatie.

Bij de toepassing farmaceutische telezorg was het schaalverschil onder de respondenten groter. Bij drie van de zes organisaties zit deze toepassing geborgd in het werkproces. Bij de andere drie organisaties is dit veel nauwelijks het geval, en wordt farmaceutische telezorg dan ook op een veel kleinere schaal ingezet. Hierin is het schaalverschil niet alleen te zien tussen zorgorganisaties, maar is er ook een verschil per teams binnen een organisatie. Dit is te zien aan de onderstaande quotes:

“In januari 2019 hebben we van de Medido de 1000^{ste} unieke deelnemer aangesloten.”

“In alle wijkteams wordt het ingezet. In de teams waar dit het meest wordt ingezet, wel 15. Andere teams maar 2 of 3.”

“Bij de Medido zijn er ook teams die bijna niets doen. We hebben onderzoek laten doen naar vier teams. Van de vier teams, zijn er twee die farmaceutische telezorg gewoon inzetten en telkens nieuwe cliënten aanmelden. Zij zitten gemiddeld op 5-7 deelnemers per team. Andere teams hebben er 1 en 0.”

Het schaalverschil per organisatie is ook het geval bij de toepassingen van beeldzorg. Bij twee van de zes organisaties wordt dit structureel ingezet en is het volledig ingebed in de werkprocessen. Bij de andere vier organisaties wordt dit maar op kleine schaal ingezet. Bij de twee organisaties waar beeldzorg is opgeschaald, is het gehele zorgproces mee veranderd. Bij deze organisaties wordt de toepassing standaard ingezet vanaf de aanmelding van een cliënt die het meteen of in de toekomst nodig heeft. Dit wordt gedaan vanuit de meerwaarde die beeldzorg kan bieden voor cliënt of medewerker. Hierin worden zowel cliënt als medewerker begeleid tijdens het werk, zodat maatwerk geleverd kan worden. Respondenten geven aan dat dit voorwaardelijk is om een toepassing succesvol in te bedden in de organisatie. Deze organisaties geven aan dat plenaire bijeenkomsten weinig verandering teweegbrengen.

“Beeldzorg is de meest opgeschaalde technologie in onze organisatie. Wij willen dat technologie nooit wordt ingezet als middel op zich, maar in plaats daarvan vanuit het primaire proces en de meerwaarde voor klant en medewerker.”

Ook bij de tweede organisatie waarbij beeldzorg meer structureel ingezet wordt, is het een integraal onderdeel geworden van het zorgproces. Enkele teams zetten bij een klant die palliatieve zorg nodig heeft, standaard beeldzorg in. Dat is een andere manier van werken. Wanneer cliënten bij deze organisaties aangeven dat ze beeldzorg niet snappen, worden deze cliënten door de verpleegkundigen begeleid met de toepassing. In de werkprocessen van deze medewerkers zitten de knelpunten die gepaard gaan met de inzet van technologie. Hierdoor wordt de cliënt gefaciliteerd vanuit de organisatie om te werken met de toepassing.

De respondenten van organisaties waar beeldzorg niet structureel ingezet wordt, geven aan dat het een te grote verandering is voor het zorgproces. Bij beeldzorg wordt het proces verstoord doordat er verandering moet plaatsvinden in de gewoonte. Waarbij medewerkers eerst langsgingen bij een cliënt, spreken ze de cliënt nu via een beeldverbinding.

“Beeldzorg zit met veel moeite in alle wijkteams, want het is toch een verstoring van het proces. Nu zien ze de meerwaarde ervan in, want ook verpleegkundigen met een fysieke beperking kunnen hun vak via beeldzorg uitoefenen.”

Zorgrobots worden de bij organisaties van de respondenten nog niet ingezet in de thuiszorg. Toch zien respondenten daar wel mogelijkheden in. Een argument dat wordt gegeven is dat een zorgrobot nu nog te duur is. De twee organisaties die vrijwel alle toepassingen al inzetten, geven beide aan al te experimenteren met zorgrobots in combinatie met leefstijlmonitoring.

“Wij zetten nog geen zorgrobots in, maar ik volg de ontwikkelingen wel! Laatst las ik een bericht op Skippy en zag ik een documentaire over dit onderwerp. Dat bekijk ik met volle interesse, want ik denk dat de ontwikkeling snel kan gaan.”

Bovenstaande resultaten sluiten aan bij de uitkomsten van de eHealth Monitor 2018. Hieruit blijkt onder andere dat een toepassing lastiger te implementeren is wanneer een bestaand proces complexer wordt of moet veranderen – bijvoorbeeld omdat de toepassing een andere inrichting van het zorgproces vraagt. Toepassingen die een interactieve samenwerking van de zorgverlener en van zorggebruiker vragen in het zorgproces lijken volgens de monitor trager van de grond te komen. Wat bevestigd wordt bij de farmaceutische telezorg, beeldzorg en de leefstijlmonitoring. Wanneer het gevoel van noodzaak ontbreekt en het een verandering van het zorgproces vraagt, blijkt dat toepassingen, zoals beeldzorg, minder structureel ingezet worden. In dit opzicht komen de resultaten uit de interviews en uit de theorie overeen (Wouters, et al., 2018).

Pilots

Tabel 1 is een weergave van de toepassingen waarbij de pilotfase al achter de rug is. Dit hoeft niet te betekenen dat de toepassing al opgeschaald is. Het doel van een pilot kan ook al snel bereikt zijn, bijvoorbeeld wanneer het doel een relatief lage adoptiegraad is. Op het moment zijn vijf van de elf organisaties bezig met één of meerdere pilots, om te kijken of de betreffende toepassing succesvol ingezet kan worden. Dit gaat voornamelijk om toepassingen die in de tabel genoemd worden, aangezien deze bij andere organisaties ook al succesvol zijn ingezet.

“Pilots met en ECD lopen nu. Pilots met portals, apps en er gaan ook een pilot lopen voor beeldzorg. Ook gaan we aan de slag met personenalarmering en de Medido. Op kleine schaal wordt het nu ingezet, maar nog niet structureel.”

“Deze maand is de pilot gestart voor beeldzorg. We hebben leefstijlmonitoring als actie voor dit jaar op de agenda staan, om dat te verkennen. Voor digitale woningtoegang maken we heroverwegingen, daar is 7 mei het proef concept gestart.”

Organisaties die pilots hebben lopen met toepassingen die in andere organisaties al succesvol zijn ingezet, geven aan dat ze geen voorloper zijn in dit thema. Hierdoor kiezen ze voor ‘bewezen toepassingen’. Enkele respondenten geven aan dat een toepassing een bewezen status heeft wanneer deze succesvol is ingezet in andere zorgorganisaties.

“We richten ons op technologieën die een bewezen status hebben. Van die technologieën weten we dat het de cliënt, medewerker en mantelzorger ondersteunt in het werkproces.”

“Meestal is een technologie al een keer geprobeerd bij andere zorgorganisaties. Want wij zijn ook niet zo groot, dus willen we niet vooroplopen.”

De voorlopers, organisaties die vrijwel alle toepassingen uit de tabel al hebben ingebed in de processen, zijn nu vooral aan het experimenteren met nieuwe toepassingen of het combineren van bestaande toepassingen. Een van de respondenten gaf aan dat er een pilot liep met het combineren van een zorgrobot met leefstijlmonitoring.

“Op het moment loopt de alfatest voor het project eWare, waar leefstijlmonitoring en Tinybot Tessa gecombineerd worden. Het doel is om dit eind 2020 af te ronden.”

Conclusie deelvraag 1

Concluderen is te zien dat vrijwel iedere organisatie één of meerdere technologische toepassingen inzet in de thuiszorg. Het grootste verschil zit in de schaal waarop de technologie wordt ingezet. Dit verschil is afhankelijk van de toepassing. Technologische innovaties waarbij het zorgproces complexer wordt of moet veranderen, worden lang niet altijd op grote schaal ingezet. De organisaties die veel energie steken in het inbedden van zulke toepassingen in de organisaties, laten zien dat het mogelijk is om deze toepassingen succesvol op te schalen. Op het moment lopen er bij een groot deel van de organisaties één of meerdere pilots. Dit betekent dat het een onderwerp is wat niet stil staat en waar veel organisaties mee bezig zijn.

4.3 Houding ten opzichte van technologie

Deze paragraaf geeft de resultaten omtrent de tweede deelvraag weer: *Wat is de houding van bestuurders en medewerkers ten opzichte van het gebruik van technologie in de zorg thuis?* Deze deelvraag komt overeen met een van de oorzaken die in de theorie is geformuleerd. Hierin wordt genoemd dat een terughoudende ambitie, matig gevoel voor urgentie, en/of het ontbreken van een visie en doelen bij één van de betrokken partijen onder andere een oorzaak is van een mislukte implementatie.

Urgentie

Uit de interviews blijkt dat iedere respondent, zowel bestuurder als medewerker, de urgentie voelt om nu of in de toekomst meer aan de slag te gaan met technologie. Zij geven onder andere aan dat dit voortkomt uit de problematiek rondom de dubbele vergrijzing, beschreven in paragraaf 1.2. Ook wordt door een aantal bestuurders aangegeven dat de financiële urgentie om de thuiszorg anders in te benaderen meer aanwezig is dan in de verpleeg- en verzorghuizen.

“Het verdienmodel van de thuiszorg is erg smal. Het heeft meer een financiële urgentie dan bij intramurale zorg. Bij de thuiszorg is de urgentie om het slimmer en efficiënter te doen, maar de investeringskracht is erg beperkt.”

“Alle thuiszorgorganisaties staan bijna onder water, of zitten in de rode cijfers.”

Toch wordt de urgentie specifiek gericht op technologie niet bij iedere zorgorganisatie hetzelfde gevoeld. Iedere bestuurder geeft aan dat de thuiszorg anders ingericht moet worden in meer of mindere mate. Dit verhoudt zich met de juiste zorg op de juiste plek. De rol van technologie hierin wordt door iedere organisatie anders ingestoken. Dit is te zien aan de onderstaande quote:

“Eerlijk gezegd denk ik dat de innovatie in de thuiszorg voornamelijk zit in het anders benaderen. Dat is ook wel slim want daar zit de grootste business case. Als je het mij vraagt, dan zeg ik dat de ketenwinst van technologie nog relatief beperkt is.”

“Je moet jezelf de vraag stellen: ‘Wat heb je nou nodig voor de juiste zorg op de juiste plek? Welke middelen zijn daarbij nodig?’”

Bij medewerkers wordt ook de urgentie gevoeld. Zij geven aan dat de arbeidsdruk te veel wordt in de zorgsector. Ook zien ze dat de zorgsector achter loopt in innovaties en vinden dat de sector mee moet gaan met de tijd. De praktische afwegingen wegen echter, zoals een ontbrekende WiFi-verbinding, vaak zwaarder dan de gevoelde urgentie. Iedere respondent met een rol als (wijk)verpleegkundige geeft aan dat een toepassing een meerwaarde moet hebben voor de

cliënt en medewerker. Dit wordt bijvoorbeeld sterk gevoeld bij een ECD-systeem en een personenalarmering. Bij toepassingen zoals beeldzorg en leefstijlmonitoring dient een hele andere manier van werken aangenomen te worden, aangezien de inrichting van het werkproces verandert.

“Mijn werk is erg veranderd door het inzetten van monitoring voor COPD/Astma patiënten. Hierdoor moest ik iedere donderdagochtend en maandagochtend een blok vrijhouden in mijn agenda. Dit was in het begin lastig, maar al snel bleek dat het spreekuur propvol zat.”

“Onze patiënten doelgroep snapt de iPad niet, dit levert dan alleen maar meer werk op.”

Aan de bovenstaande respons is te zien dat niet alle respondenten even positief zijn over de toepassingen. Dit komt in de interviews vooral naar voren bij de toepassing van beeldzorg. Bij deze organisaties is beeldzorg dan ook niet opgeschaald.

Visie en ambitie

Zoals hierboven al is genoemd wordt de urgentie van de inzet van technologie bij iedere respondent gevoeld. Vanuit welke visie de toepassing wordt ingezet verschilt aanzienlijk per respondent. Enkele begrippen die vaker terugkomen zijn zelfredzaamheid en eigen regie voor de cliënt. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat technologie daar een integraal onderdeel van is.

“Wij willen het liefst zo veel mogelijk eigen regie voor de klant. Daar maakt technologie een integraal onderdeel van uit.”

“Bij ons worden toepassingen ingezet vanuit de visie op zelfredzaamheid. Dit wordt gestimuleerd door inkoopdocumenten en door zorgverzekeraars die impulsen geven.”

Technologie wordt bij enkele respondenten ook vanuit een andere visie ingezet:

“In het begin is de inzet van technologie van bovenaf gestuurd. De visie van de bestuurder was om een innovatieve organisatie te zijn, daar is technologie een onderdeel van.”

“Onze visie is dat als we thuiszorg willen blijven bieden voor iedereen, dan zullen we daarin een aantal wezenlijk andere keuzes moeten maken. Een daarvan is technologie.”

“Technologie wordt ingezet met het doel om zelfredzaamheid te vergroten, minder inbreuk te doen op de privacy, meer gespreide contactmomenten, minder vertraging oplopen bij ingeplande zorg en efficiënte inzet van medewerkers.”

Volgens de medewerkers die gesproken zijn tijdens de interviews moet een toepassing bijdragen aan een betere zorg voor de cliënt. Zij geven tevens aan dat een technologie het contactmoment niet geheel kan vervangen, maar het wel kan bijdragen aan een vermindering van contactmomenten. Twee van de respondenten hadden geen weet van de visie van de zorgorganisatie, en konden niet aangeven of dit aansloot bij de inzet van technologie in de organisatie.

Uit de interviews blijkt dat een aantal respondenten ook een ambitie heeft gericht op technologie in de thuiszorg. Zij zien voornamelijk veel mogelijkheden in toepassingen die de ketenzorg bevorderen, zoals leefstijlmonitoring. Ook ziet een aantal respondenten dat in de toekomst verschillende toepassingen goed gecombineerd kunnen worden, zoals leefstijlmonitoring en personenalarmering. Bij een organisatie wordt hiermee geëxperimenteerd. Alle respondenten hebben de ambitie om thuiszorg op de langere termijn ook nog aan te kunnen bieden aan de mensen die het nodig hebben. Hierin zien zij dat de juiste zorg op de juiste plek een steeds grotere rol gaat spelen.

Houding medewerkers

Alle respondenten hebben een positieve houding ten opzichte van het gebruik van technologie in de thuiszorg. De medewerkers gaven aan dat technologie meer voor- dan nadelen heeft voor de cliënt en medewerker. Drie respondenten geven aan dat als de technologie werkt, de meerwaarde voor cliënt en medewerker wordt ervaren. Deze respondenten ervaren dat ze door de zorgorganisatie niet altijd in de gelegenheid worden gesteld om de toepassing in de praktijk in te zetten. Bijvoorbeeld omdat er niet voldoende ondersteuning is vanuit de organisatie.

Toch geven managers, projectleiders en bestuurders een ander beeld. Zij geven aan dat er in eerste instantie altijd weerstand is bij medewerkers om met technologie aan de slag te gaan. Enkele keren geven respondenten aan dat dit verschil zit in de generatie. Een jonge generatie medewerkers, onder de 30, vinden het vanzelfsprekend dat technologie wordt ingezet in de thuiszorg. Bij de oudere generatie, tussen 30 en 60, is volgens de respondenten meer weerstand te vinden. Deze weerstand heeft diverse oorzaken, wat onder te verdelen is in motivatie, capaciteit en gelegenheid. Hier wordt in paragraaf 4.4 verder op ingegaan.

“Medewerkers staan vaak een beetje in de weerstand, maar werken gaandeweg mee. Uiteindelijk wordt het als prettig ervaren want het ondersteunt ze erg.”

Deze weerstand komt niet terug uit de interviews met de medewerkers. Zij geven aan dat er bij collega's af en toe weerstand is, maar deze al snel weggenomen wordt. Volgens de respondenten kost dit tijd, maar blijven medewerkers vrijwel nooit geheel in de weerstand-modus staan.

Conclusie deelvraag 2

De conclusie van deze deelvraag is dat de houding ten opzichte van technologie over het algemeen positief is. Bestuurders zien allemaal de urgentie om de thuiszorg anders te organiseren. De rol van technologie wordt echter door bestuurders verschillend ingevuld. Dit verschil is te zien in de aanpak van de organisaties. Bij de ene organisatie is technologie geïntegreerd in alle onderdelen van de bedrijfsprocessen, waarbij technologie een integraal onderdeel uitmaakt van de visie op zorg. Bij de organisaties waar technologie op incidentele basis wordt ingezet, wordt het vaak ingezet voor een specifiek doel en is het niet onlosmakelijk verbonden met de visie van de organisatie. Bovendien waren enkele medewerkers niet op de hoogte van de visie van de organisatie ten opzichte van technologie. Dit geeft aan dat de visie niet bij iedere organisatie breed gedragen wordt en dat medewerkers hier niet altijd in meegenomen worden.

De medewerkers die voor het onderzoek zijn geïnterviewd zien allen de voordelen in van technologie in de thuiszorg. Toch zien bestuurder en managers nog vaak dat medewerkers in het begin weerstand hebben ten opzichte van de verandering. Deze weerstand is groter naarmate de werkzaamheden en/of werkprocessen veranderen door de invoering van de toepassing.

4.4 Drijfveren van medewerkers bij implementatie

In deze paragraaf wordt de volgende deelvraag behandeld: *Welke factoren beïnvloeden het draagvlak onder medewerkers bij de implementatie van een technologie?* In het theoretisch kader wordt het Triade Model van professor T. Poiesz besproken. Hij geeft aan dat gedrag wordt bepaald door drie factoren, namelijk motivatie, capaciteit en gelegenheid. Deze drie factoren komen ook duidelijk terug in de interviews. Wil een organisatie er voor zorgen dat een verandering echt wordt doorgevoerd, dan moet zij beginnen bij het personeel. De voornaamste drijfveer voor medewerkers om te werken met technologie is de meerwaarde die het kan bieden voor cliënt en henzelf. Deze meerwaarde wordt niet altijd gezien of wordt niet door iedereen gedeeld. De meerwaarde kan per technologie sterk verschillen.

De meerwaarde zit bijvoorbeeld in de verhoogde kwaliteit van zorg, meer eigen regie voor de cliënt of langer zelfstandig thuis blijven wonen. Ook geven respondenten aan dat een aantal toepassingen de werkdruk verlagen, aangezien het aantal huisbezoeken afneemt. Dit is het geval bij toepassingen zoals de Medido en leefstijlmonitoring. Ten slotte geeft technologie een gevoel van vrijheid en veiligheid, voor cliënt en mantelzorger. Dit is duidelijk terug te zien in de personalarmering, waarbij de mantelzorger gerust wordt gesteld dat de cliënt zelf eenvoudig alarm kan slaan.

Om gedrag van medewerkers te veranderen moeten worden voldaan aan het willen, het kunnen en gunstige omstandigheden. Bij een aangrijpende verandering, zoals het implementeren van technologie in werkzaamheden, moet aandacht worden besteed aan deze drie voorwaarden. Wanneer maar bij een deel van de medewerkers wordt voldaan aan de drie voorwaarden, zal de technologie niet opgeschaald worden in de organisatie.

Motivatie

Bij motivatie is te zien dat dit vooral zit in het feit dat de toepassing moet worden ingezet vanuit de meerwaarde van de cliënt en medewerker. Uiteindelijk wil iedere medewerker de beste zorg leveren voor de cliënt. Wanneer de medewerkers deze meerwaarde niet zien, zal hij/zij er niet mee gaan werken. Deze meerwaarde moet dan ook duidelijk uitgedragen worden, bijvoorbeeld door het uitproberen van de technologie. Ook kan de cultuur van een team een grote invloed hebben op de motivatie van een individu. Wanneer de sfeer in een team negatief is ten opzichte van vernieuwing, zal het veel tijd en moeite kosten om het team mee te krijgen. Uiteindelijk moet een verandering gaan rollen in de hele organisatie. Om deze reden worden toepassingen als eerste ingezet bij teams die enthousiast zijn over de vernieuwing. Wanneer medewerkers van elkaar zien dat het een positief effect heeft op de kwaliteit van werken en kwaliteit van zorg, zullen de medewerkers die in weerstand staan steeds neutraler kijken naar de vernieuwing. Dit proces kost volgens de respondenten veel tijd en moeite. In een organisatie moeten trekkers aanwezig zijn. Deze rol kan op verschillende manieren worden ingevuld door een wijkverpleegkundige eHealth, aandachtsvelders per team en/of ambassadeurs. Hierin is het belangrijk dat deze trekkers dicht bij de teams staan en bij voorkeur van de werkvloer komen.

“De sociale kant van innovatie is veel groter dan de technologie. Dit moet op iedere mogelijke manier geborgd worden.”

Ook is het mogelijk om extrinsieke motivatie te beïnvloeden, bijvoorbeeld door middel van een beloning. Eén organisatie heeft dat op de volgende manier aangepakt:

“In het begin hebben we voor iedere cliënt die aangemeld werd voor farmaceutische telezorg, een bonus van €50,- voor het team vergeven.”

Capaciteit

De factor motivatie hangt samen met de factor capaciteit. Deze theorie van T. Poiesz (2016) kan worden gekoppeld aan het TAM-model. Dit model geeft aan dat twee variabelen invloed hebben op de intentie voor het gebruik van een bepaalde technologie, namelijk het waargenomen nut (meerwaarde/motivatie) en het waargenomen gemak (capaciteit). Bij capaciteit wordt in dit onderzoek vooral gekeken naar de digitale vaardigheden van cliënt en medewerker. Wanneer een van de partijen niet de capaciteiten beschikt om met de technologie te werken, zal hij of zij ook niet met de toepassing willen werken. Digivaardigheden zijn niet voor iedereen vanzelfsprekend. Bij ontbrekende digivaardigheden komt in sommige gevallen ook schaamte kijken. Respondenten van organisaties waarbij technologie zit ingebed in de werkprocessen geven aan dat het van belang is om hierin maatwerk te leveren. Medewerkers moeten bij een vertrouwd persoon terecht kunnen met vragen. Plenaire sessies zullen niet altijd het gewenste resultaat geven, aangezien deze informatie vaak snel naar de achtergrond wegzakt. Dan wordt snel teruggevallen op oude patronen. Andere respondenten geven aan dat casuïstiek besprekingen ook effectief werken om medewerkers te leren hoe ze de technologie in de alledaagse praktijk kunnen inzetten. Volgens W. Wolters en M. Wouters worden de digivaardigheden bij een organisatie te vaak overschat of wordt alleen aandacht aan besteedt in de pilotfase. Ook hierin moeten medewerkers structureel gefaciliteerd worden, wil de technologie ingebed zitten in het werkproces. Echter komt hierover ook tegengeluid vanuit de respondenten. Drie respondenten geven aan dat het gebrek aan digivaardigheden soms als een te groot issue gezien wordt.

“Bij het implementeren van een ECD-systeem in de wijk had ik mijn voorbereid op het ergste en allemaal trainingen geregeld. Achteraf bleek dit helemaal niet nodig en werd er na een maand door iedere medewerker met het systeem gewerkt.”

Vanuit de medewerkers is wel een sterk geluid te horen dat cliënten niet altijd digivaardig genoeg zijn. Dit is vooral het geval bij de toepassing beeldzorg, waarbij van de cliënt actieve participatie wordt verwacht. De organisaties waar beeldzorg opgeschaald is, worden verpleegkundigen en de service vanuit de leverancier ingezet om de cliënten hierbij te helpen.

“Een tijdje geleden hebben we een pilot beeldzorg gehad. Dat ging niet echt. Ouderen snappen die technologie niet.”

Gelegenheid

Naast motivatie en capaciteit is gelegenheid ook een belangrijke factor in het veranderen van gedrag. Onder gelegenheid valt de kwaliteit van de instrumenten. Een toepassing moet goed functioneren, anders haken medewerkers snel af. Tevens valt onder gelegenheid de mate waarin de buiten de persoon gelegen omstandigheden bevorderend of remmend inwerken op bepaald gedrag. Een voorbeeld hiervan is de tijd die vrijgemaakt wordt voor medewerkers zodat ze in aanraking komen met de toepassing. Een tweede voorbeeld die genoemd is door respondenten is of er een contactpersoon in de organisatie aanwezig is, waar medewerkers naar toe kunnen met vragen. Uit een aantal interviews kwam naar voren dat dit het beste werkt wanneer de betreffende contactpersoon dicht bij de medewerkers staat. Medewerkers moeten op maat ondersteund worden bij de invoering en borging van de toepassing in het proces. Vaak wordt voor technische vragen of storingen de leverancier of de stafafdeling ICT benaderd.

“Als je techniek inzet, mat het uiteindelijk niet kostenverhogend zijn of meer tijd kosten. Anders heeft de medewerker er ook niets aan.”

Conclusie deelvraag 3

Concluderend is te zien dat draagvlak bij medewerkers gevoed wordt door drie factoren, namelijk motivatie, capaciteit en gelegenheid. Bij het implementeren van technologie in de werkprocessen is gedragsverandering bij medewerkers noodzakelijk. Wanneer voor medewerkers niet wordt voldaan aan deze voorwaarden, zullen ze deze ook niet kunnen overdragen op de cliënt. Een toepassing valt of staat bij de veranderbereidheid van de gehele organisatie. Om deze verandering door te voeren, zal tijdens de implementatie veel aandacht moeten zijn voor de drie factoren. Dit moet gefaciliteerd worden door zorgorganisaties, niet alleen richting medewerkers maar ook richting cliënten.

4.5 Het zorgproces anders inrichten

In deze paragraaf worden de resultaten besproken gericht op de laatste deelvraag: *Hoe kunnen complexe veranderingen in het werkproces van een organisatie doorgevoerd worden zodat de technologie zit ingebed in het werkproces?* De resultaten omtrent de voorwaarden voor implementatie, het faciliteren van de medewerkers, de sociale kant van innovatie en de bijbehorende personele bezetting zullen worden besproken.

Om de deelvraag te beantwoorden worden de uitkomsten vergeleken met een aantal theorieën uit het tweede hoofdstuk. Allereerst nemen we de implementatietoolkit van Vilans. In dit stappenplan staat dat een toepassing geïmplementeerd moet worden op een procesmatige manier in de volgende stappen: 1. Ideeën opdoen 2. Doel bepalen 3. Verkenning 4. Implementatie 5. Borging. Deze theorie van Vilans wordt gekoppeld aan het Triade Model en het verschil tussen sociale en technologische innovaties van Volberda, Van den Bosch en Jansen (2007).

Bij de eerste stap, het opdoen van ideeën, geven respondenten aan dat dit via verschillende wegen gedaan wordt. Respondenten geven aan dat ideeën zowel komen vanuit cliënten, medewerkers als het bestuur. In de eerste fase worden de meeste ideeën opgedaan door te kijken naar andere zorgorganisaties. Medewerkers doen vaak ideeën op door vragen vanuit de cliënt, ze het hebben gezien op televisie of internet of als ze het hebben gehoord van andere (wijk)verpleegkundigen. In de fase van ideeën opdoen geven een aantal respondenten aan dat ze graag een platform willen zien, waar goede voorbeelden gedeeld worden met elkaar.

Ook is het zeer verschillend met wel doel een toepassing wordt ingezet in de organisatie. Een aantal punten die genoemd zijn in de interviews zijn: het bevorderen van eigen regie, het bevorderen van zelfredzaamheid, meegaan met de tijd, preventieve zorg leveren, draagt bij aan het anders inrichten van de thuiszorg, kwaliteit van de zorg verhogen en de arbeidsproblematiek. De verkenning, de derde fase van implementeren, wordt door de meeste organisaties op dezelfde manier ingestoken. Vaak worden er meerdere analyses gemaakt:

“Als we een toepassing inzetten, doe we altijd een functionele analyse een technische analyse en een financiële analyse.”

Uit de interviews blijkt dat iedere organisatie de vierde fase, de implementatie van een toepassing, anders insteekt. Iedere respondent gaf aan dat er een verantwoordelijke was voor het project, maar dit zijn mensen met hele uiteenlopende rollen. Uit de interviews blijkt dat een verantwoordelijkheid kan liggen bij de leverancier, maar ook bij

een projectleider binnen de organisatie, een teammanager, een innovatieafdeling, een manager digitalisering, een ICT-afdeling of een beleidsmedewerker. W. Wolters geeft aan dat het aanstellen van een projectleider cruciaal is voor het slagen van een pilot en de bijbehorende opschaling. Dit zou volgens verschillende respondenten niet door stafafdelingen opgepakt moeten worden, want zij staan te ver af van de praktijk. Tevens blijkt uit alle interviews dat een bottom-up benadering noodzakelijk is bij een dergelijke verandering. Wanneer dingen opgelegd worden, is succes eerder uitgesloten. Bij alle respondenten werd het implementeren van een toepassing gestart bij een kleine groep enthousiastelingen. Een aantal geven aan dat deze groep vaak in het latere proces erg belangrijk zijn voor medewerkers met weerstand. Ook wordt er door de verantwoordelijke in de gaten gehouden of de toepassing aansluit bij het doel. Bij de implementatie wordt door iedere organisatie in meer of mindere mate aandacht geschonken aan de drie factoren uit het Triade Model: motivatie, capaciteit en gelegenheid. Maar medewerkers worden hier niet in voldoende mate in gefaciliteerd.

De ervaringen van de respondenten met de borging van de toepassing sluiten aan bij de toolkit van Vilans (2014). Er is namelijk altijd iemand verantwoordelijk voor de vragen na afloop van het proces. Vaak wordt door de eigen ICT-afdeling of de leverancier de technische ondersteuning geboden. De verantwoordelijke voor het project blijft veelal verantwoordelijk voor het monitoren en evalueren van de toepassing. Dit wordt bij iedere organisatie gezien als een doorlopend proces.

Bovenstaande resultaten sluiten aan bij het advies van Vilans. De borging van de toepassing door organisaties wordt echter onderschat. Het begrip borging heeft een diepere betekenis, omdat de werkwijze van medewerkers verandert. Dit kost erg veel tijd en moeite aangezien medewerkers een gewoonte moeten doorbreken. Organisaties moeten meer tijd, geld en middelen in de sociale kant van de innovatie steken. Bij de sociale kant van innovatie komen emoties, motivaties en gewoonten, maar ook houding, gedrag en vaardigheden kijken. Dit heeft veel sturing en ondersteuning nodig wat vaak wordt onderschat binnen een organisatie. Niet alleen tijdens de pilot fase, maar ook in de opschaling. Tijdens een gedragsverandering moeten de medewerkers namelijk gefaciliteerd worden in elk opzicht. Dit is maatwerk, waar enkele medewerkers verantwoordelijk moeten zijn. Dit geldt voornamelijk voor toepassingen zoals beeldzorg en leefstijlmonitoring, aangezien deze meer impact hebben op het zorgproces. De alarmering en farmaceutische telezorg zijn daarin relatief makkelijk om op te schalen. Bij enkele respondenten waarbij beeldzorg niet succesvol bleek te zijn, werd de verandering van de werkzaamheden van de medewerkers onderschat.

“Toen we beeldzorg gingen inzetten, was dit echt een verstoring van het proces.”

Conclusie deelvraag 4

Concluderend is te zien dat een toepassing pas ingebed is in een werkproces wanneer dit werkproces mee verandert. Opschaling betekent dat de technologie een integraal onderdeel is van de zorgverlening in de thuissituatie. Het is van belang dat de meeste tijd wordt uitgetrokken voor de sociale kant van de innovatie. Dit sluit aan bij de theorie over sociale en technologische innovatie. Uit interviews blijkt dat bij organisaties waar toepassingen al succesvol zijn opgeschaald, veel aandacht ligt bij de sociale kant van de innovatie. Tevens zien zij de toepassing als een integraal onderdeel van de zorg, niet als een apart middel. Bij organisaties waar technologie niet succesvol wordt opgeschaald ontbreekt het vaak aan de energie die wordt gestoken in de sociale kant van de innovatie.

5. Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: *‘Hoe kunnen technologische innovaties succesvol opgeschaald worden in de zorg thuis waarbij de noodzaak van de juiste drijfveren bij medewerkers en de inbedding in bedrijfsprocessen als uitgangspunt worden genomen?’* Ten eerste worden de conclusies per deelvraag uiteengezet, waarna de conclusie op de hoofdvraag wordt gegeven. Hiervoor is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de meningen en ervaringen van leden van ActiZ rondom de opschaling van technologie in de thuiszorg. Aan het eind van het hoofdstuk wordt de conclusie getrokken op de behoefte van de leden richting ActiZ rondom dit onderwerp. Deze conclusie is tevens gebruikt om de aanbevelingen richting het ActiZ bureau te formuleren.

5.1 Conclusie per deelvraag

Conclusie deelvraag 1:

Welke technologische innovaties worden er zoal gebruikt in de zorgverlening thuis?

Vrijwel iedere organisatie maakt gebruik van technologie in de thuiszorg. Uit het onderzoek komt dat een ECD-systeem en de personenalarmering de meest gebruikte technologieën zijn. Daarop volgen toepassingen rondom leefstijlmonitoring, farmaceutische telezorg en beeldzorg. Zorgrobots worden op het moment nog niet structureel ingezet in de thuiszorg. Het ECD-systeem en de personenalarmering worden in de meeste organisaties op grote schaal ingezet in de thuiszorg. Bij leefstijlmonitoring, farmaceutische telezorg en beeldzorg verschilt de schaal waarop de toepassing wordt ingezet per organisatie. Dit heeft verschillende oorzaken, zoals de looptijd van de toepassing, de visie en veranderbereidheid van de organisatie. Bovendien is een toepassing lastiger op te schalen wanneer een bestaand proces complexer wordt of moet veranderen, bijvoorbeeld omdat de toepassing een andere inrichting van het zorgproces vraagt. Op het moment zijn 5 van de 11 organisaties bezig met één of meerdere pilots. Hierin zijn de organisaties die vooroplopen bij het inzetten van technologie in de thuiszorg voornamelijk aan het experimenteren. De organisaties die aangeven niet voorop te lopen in dit thema, kiezen voor bewezen toepassingen. Uit de interviews blijkt dat dit toepassingen zijn die bij andere zorgorganisaties al succesvol worden ingezet en opgeschaald.

Conclusie deelvraag 2:

Wat is de houding van zorgorganisaties op het gebruik van technologie in de zorg thuis?

Deze vraag kwam voort uit het onderzoek wat voorafgaand aan de SET regeling is opgesteld. Hieruit bleek dat een terughoudende ambitie, een matig gevoel voor urgentie en/of het ontbreken van een visie en doelen een oorzaak is waardoor pilots niet opgeschaald worden. Uit het onderzoek blijkt dat bij het bestuur en/of directie van organisaties de urgentie wel wordt gevoeld. Deze urgentie zit voornamelijk in de gevoelde arbeidsproblematiek en om voorbereid te zijn op de toekomst. Respondenten geven aan dat het anders benaderen van de thuiszorg noodzakelijk is. Een deel van de respondenten geven daarbij aan dat technologie onderdeel is van de visie. Echter, wordt ervaren dat praktische knelpunten, zoals tijd, geld en middelen vaak nog in de weg zitten bij een succesvolle opschaling. Alle respondenten zien in dat technologie in grotere mate ingezet moet worden in de thuiszorg, wil een organisatie bestendig zijn voor de toekomst. Bij organisaties waar technologie succesvol is opgeschaald komt duidelijker naar voren dat de toepassing een integraal onderdeel is van het zorgproces en dat het wordt ingezet vanuit de meerwaarde van de cliënt. Hier is de technologie geïntegreerd in alle onderdelen van de bedrijfsprocessen. Andere organisaties zetten technologie in op een meer incidentele basis of voor specifieke doelen en/of deelgebieden. Ten slotte bleek uit de interviews dat enkele medewerkers niet op de hoogte zijn van de visie van de organisatie ten opzichte van technologie. Dit geeft aan dat de visie niet bij iedere organisatie breed gedragen wordt en dat medewerkers hier niet altijd in meegenomen worden.

Conclusie deelvraag 3:

Hoe kunnen complexe veranderingen in het werkproces van een organisatie doorgevoerd worden zodat de technologie ingebed zit in het zorgproces?

Het implementeren en opschalen van technologie in de thuiszorg vraagt om ander gedrag van de medewerker en de cliënt om dingen ‘niet meer te doen’, met gevolgen voor rollen en belangen. Uit het onderzoek blijkt dat deze sociale

kant van innovatie onderbelicht is bij het implementeren van technologie. De impact op het werk van de medewerkers bij het implementeren van technologie is aanzienlijk. Uit de interviews blijkt dat organisaties waar technologie succesvol is opgeschaald en zit ingebed in de werkprocessen veel aandacht hebben besteed aan de sociale kant van de innovatie. Zij zien in dat de toepassing een grote verandering in de organisatie met zich mee brengt. Niet alleen tijdens de pilotfase, maar ook in de borging. Meerdere respondenten geven aan dat medewerkers op een laagdrempelige manier ondersteuning moeten krijgen. Dit is maatwerk, waar voldoende personele bezetting in de organisatie aanwezig moet zijn. Het is voorwaardelijk dat er een projectmanager aanwezig is die verantwoordelijk is voor de implementatie en de boring. Ook zijn trekkers en/of ambassadeurs van groot belang wil de implementatie opgeschaald worden. De I-Nurse is hier een goed voorbeeld van. Dit zijn medewerkers die positief staan ten opzichte van de verandering en de meerwaarde ervan inzien.

Conclusie deelvraag 4:

Welke factoren beïnvloeden het draagvlak onder medewerkers bij de implementatie van een toepassing?

Concluderend is te zien dat draagvlak bij medewerkers gevoed wordt door drie factoren, namelijk motivatie, capaciteit en gelegenheid. Bij het implementeren van technologie in de werkprocessen is gedragsverandering bij medewerkers noodzakelijk. Een toepassing valt of staat bij het faciliteren van medewerkers en cliënten van deze factoren in alle fasen van de implementatie. Hierbij is het belangrijk dat dit op een laagdrempelige en leuke manier gedaan wordt door trekkers in de organisatie. Zij kunnen aandacht besteden aan de capaciteit van de medewerkers, om de digivaardigheden te vergroten. Tevens is het belangrijk dat de cliënten in de genoemde factoren ook gefaciliteerd worden door de medewerkers en/of de leverancier.

5.2 Conclusie hoofdvraag

Hoofdvraag:

Hoe kunnen succesvolle technologische innovaties opgeschaald worden in de thuiszorg zodat dit, met de juiste drijfveren bij medewerkers, is ingebed in de werkprocessen?

Technologische innovaties kunnen succesvol worden opgeschaald in de zorg thuis wanneer binnen organisatie voldoende aandacht wordt besteed aan de sociale kant van de innovatie. Het schaalverschil tussen toepassingen is dan ook duidelijk te zien in de mate waarin het werkproces van de medewerkers veranderd moet worden. Er komt namelijk meer bij kijken wanneer een toepassing een bestaand proces complexer maakt of dat een werkproces moet veranderen. Wanneer medewerkers én cliënten voldoende gefaciliteerd worden in deze verandering, zal de toepassing eerder succesvol opgeschaald worden uit de pilotfase. Bij het faciliteren moet gekeken worden naar de motivatie, capaciteit en gelegenheid. Bij motivatie is het belangrijk dat de toepassing ingezet moet worden als meerwaarde voor de cliënt en medewerker als integraal onderdeel van het zorgproces. Tevens moeten er kartrekkers in de organisatie aanwezig zijn om medewerkers met weerstand mee te krijgen in de verandering. Capaciteit richt zich op de digivaardigheden van de medewerkers. Tijdens het implementeren en de nazorg moeten medewerkers op maat ondersteund worden hierin. Bij gelegenheid moeten de praktische knelpunten uit de weg geholpen worden. Als antwoord op de hoofdvraag kan geconcludeerd worden dat wanneer een toepassing is ingebed in de werkprocessen dit te maken heeft met de visie van de organisatie, maar in grotere mate met het faciliteren van de medewerkers en cliënten in alle fasen van de implementatie, inclusief de borging.

5.3 Conclusie op de behoefte richting ActiZ

Het onderstaande is geconcludeerd aan de hand van de laatste vraag uit het interview: *Hoe zou Actiz de leden in het opschalen van technologie beter kunnen ondersteunen?* De resultaten van deze vraag zijn weergegeven in bijlage XI. Dit is relevante informatie voor het ActiZ bureau, aangezien dit aansluit bij de missie van ActiZ om de belangen van haar leden te behartigen.

De behoefte vanuit de leden naar de rol van ActiZ omtrent dit vraagstuk is voornamelijk gericht op het aangaan van samenwerking. Deze samenwerking richt zich op de integrale rol van technologie in de zorg, wat aansluit bij de juiste zorg op de juiste plek. Enerzijds richt deze samenwerking zich op zorgorganisaties onderling. Uit de interviews blijkt

dat organisaties graag de verbinding aangaan om kennis te delen en elkaar te inspireren. Hierin wordt verwacht van ActiZ dat zij dit faciliteren. Anderzijds zou ActiZ de samenwerking rondom dit onderwerp moeten blijven opzoeken met andere belangenorganisaties, in het kader van de juiste zorg op de juiste plek. Tevens blijft de financiering van technologie in de thuiszorg een heikel punt. Respondenten geven aan dat subsidies te strak in elkaar zitten, waarbij experimenteren met technologie niet bevorderd wordt. Zij verwachten dat ActiZ een actieve rol blijft aannemen ten opzichte van het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars rondom dit vraagstuk. Ook zijn niet alle leden op de hoogte van de subsidies die ingezet kunnen worden. Zij geven aan hier meer informatie over te willen ontvangen.

6. Aanbevelingen

Het onderzoek heeft verschillende inzichten ter bevordering van het opschalen van technologie in de thuiszorg opgeleverd. Aan de hand van de algemene conclusie richting het ActiZ zijn allereerst de kernbevindingen richting ActiZ opgesteld. Hierna zijn de aanbevelingen voor de zorgaanbieders opgesteld. Deze splitsing is gemaakt, aangezien het ActiZ bureau niet de aanbevelingen bij zorgaanbieders kan doorvoeren. Het is aan de zorgorganisaties zelf of de aanbevelingen opgevolgd worden.

6.1 Kernbevindingen ActiZ

Advies 1: Zorg dat technologie een integraal onderdeel wordt binnen het ActiZ bureau

Iedereen is van mening dat technologie niet ingezet moet worden als middel op zich, maar als middel om het doel te bereiken om de beste zorg te leveren aan de cliënt. Technologie moet dus een integraal onderdeel zijn van een organisatie. Zoals het organogram aangeeft zou team Informatisering ook een branche brede rol moeten hebben. De themacommissie Informatisering werkt echter nog te weinig samen met de kernteams. Deze samenwerking zou vergroot moeten worden, zodat dit thema in alle kernteams geïntegreerd zit.

Advies 2: Samenwerking opzoeken met belangenorganisaties zoals V&VN en het NWG

Meer de samenwerking opzoeken met de V&VN en het NWG om wijkverpleegkundigen te stimuleren en te inspireren. Het belang van de inzet van technologie moet onder de aandacht gebracht worden. Er dient een kanteling in het denken van verpleegkundigen te komen, waarbij het vak structureel gaat veranderen. Samenwerken met partijen zoals de V&VN en het NWG is wenselijk zodat goede voorbeelden breed uitgedragen worden door de sector. Belang van de inzet van technologie moet meer onder de aandacht gebracht worden. Het is belangrijk dat er een kanteling komt in het denken van verpleegkundigen, het (meer) inzetten van technologie zal het vak namelijk structureel gaan veranderen.

Advies 3: Kennisdeling en samenwerking tussen leden meer faciliteren

Kennisdeling en samenwerking is cruciaal om zorgtechnologie op te schalen in zorgorganisaties. De leden geven aan dat ze hierin een actievere rol van ActiZ verwachten. Dit advies heeft niet alleen betrekking op de bestuurders, aangezien kennisdeling en samenwerking tussen medewerkers, projectleiders en managers ook van belang is. Neem als voorbeeld de kennisdag personenalarmering op 18 juni, waar een groot aantal mensen zich voor heeft aangemeld. Naast deze kennisdagen, zal de ActiZ app goed gebruikt kunnen worden om nuttige informatie te delen over ontwikkelingen zoals nieuwe subsidies voor technologie. Via de app zouden bestuurders ook met elkaar in contact kunnen komen om ervaringen uit te delen.

6.2 Kernbevindingen zorgorganisaties

Advies 1: Ontwikkel een visie en zorg dat dit breed gedragen wordt in de organisatie

Vrijwel alle organisaties zijn bezig met technologie in de thuiszorg. Voor zorgorganisaties is het belangrijk om een visie op te stellen waar technologie een integraal onderdeel van uitmaakt. Betrek hierbij ook de medewerkers en cliënten, zodat de visie breed gedragen wordt in de organisatie. Deze visie moet ook duidelijk zijn voor alle betrokkenen. Dit draagt ook bij aan minder weerstand ten opzichte van de verandering, aangezien zij beter weten waarom de toepassing wordt ingezet. In deze visie kan ActiZ een rol spelen. Op het moment is ActiZ bezig met het opstellen van een visie ten opzichte van technologie. Deze zal duidelijk gecommuniceerd moeten worden naar de leden.

Advies 2: Zorg dat medewerkers in alle fasen van de implementatie ondersteund worden

Dit advies wordt door de meeste organisaties in de pilot-fase goed uitgevoerd, maar het verwatert in de borging waardoor de toepassing niet opgeschaald wordt. Medewerkers met onvoldoende motivatie of digivaardigheden zullen de toepassing dan niet of nauwelijks inzetten in het zorgproces.

Motivatie

De toepassing moet een meerwaarde leveren voor cliënt en medewerker. Wanneer de verandering intreedt zal niet iedereen deze meerwaarde zien. Het is van belang om de medewerkers op diverse manieren te motiveren om met de

toepassing aan de slag te gaan. Ambassadeurs van de werkvloer zijn hier van belang. Ook moet de meerwaarde van de toepassing breed uitgedragen worden door de organisatie. Dit kan bijvoorbeeld door veel positieve ervaringen te delen met de medewerkers. Dit kan op meerdere manieren gedaan worden, denk aan aansluiten bij team overleggen en het delen van filmpjes. Wanneer medewerkers gemotiveerd zijn om met de toepassing te werken, zullen zij deze motivatie ook delen met de cliënten.

Capaciteit

Medewerkers en cliënten beschikken niet altijd over de juiste capaciteit om technologie in te zetten. Het is belangrijk dat deze begeleiding hierin op maat aangeboden wordt. Grote plenaire sessies blijken in de praktijk vaak niet het gewenste resultaat te bereiken. De aangeboden informatie wordt dan namelijk snel vergeten, en wordt doorgedaan met de waan van de dag. Bovendien verschillende benodigde digivaardigheden sterk per toepassing. De I-nurse staat dicht op de medewerkers en kan dus snel hulp bieden wanneer er dingen misgaan. De I-nurse is ook op de hoogte van de mogelijkheden binnen de organisatie omtrent extra ondersteuning en opleiding. Ook dient de cliënt in zijn/haar digivaardigheden te worden ondersteund op maat. Medewerkers moeten de toepassing ook aan de cliënt goed kunnen uitleggen. Cliënten die in het begin de toepassing niet snappen, uiteindelijk wel met de toepassing aan de slag gaan. Het is hierin ook belangrijk dat zij altijd geholpen kunnen worden met vragen door een medewerker. Deze service wordt vaak ook verleend vanuit de leverancier.

Gelegenheid

Technologie moet ondersteunen, en niet frustreren wat nog vaak het geval is. Medewerkers moeten in de gelegenheid zijn om met de toepassing aan de slag te gaan en niet gehinderd te worden doordat simpele problemen niet opgelost worden. Denk hierbij aan een slechte internetverbinding of stekkers van sensoren die niet in het stopcontact zitten. Zorg dat medewerkers en cliënten hierin gefaciliteerd worden, maar wees ook kritisch naar leveranciers in dit opzicht. Deze randvoorwaarden zijn voorwaardelijk, wil de toepassing succesvol worden ingezet. Binnen de organisatie moet iemand aanwezig zijn die hierin een signalerende rol heeft, en verantwoordelijk is dat deze problemen snel opgelost worden.

Bovenstaande punten geven aan dat medewerkers en cliënten in ieder opzicht ondersteund moeten worden. Dit valt grotendeels onder de sociale kant van de innovatie en kost veel tijd en aandacht. Het is belangrijk dat hiervoor een projectleider verantwoordelijk is, die ondersteund wordt door medewerkers zoals een I-nurse, wijkverpleegkundige eHealth, ambassadeurs en/of aandachtsvelders.

7. Reflectie

In het zesde hoofdstuk wordt een discussie over de opzet en inhoud van het onderzoek beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van het beschrijven van de betekenis van de resultaten en een sterke- en zwakteanalyse.

7.1 Realisatie en bruikbaarheid

In de probleemanalyse komt naar voren dat er meerdere oorzaken zijn voor het probleem dat technologische toepassingen niet opgeschaald worden in de thuiszorg. Deze oorzaken komen voort uit het complexe karakter om aanpassingen door te voeren in de werkprocessen en weinig draagvlak bij de medewerkers. Tevens komt uit de probleemanalyse naar voren dat een matig gevoel voor urgentie en/of het ontbreken van een visie en doelen bij de betrokken partijen aan het probleem bijdraagt. De opdrachtgever wil graag de ervaringen en meningen achter deze oorzaken verkennen in de branche. Uit de resultaten komt duidelijk naar voren wat betrokkenen in zorgorganisaties vinden van dit probleem en de onderzochte oorzaken. De antwoorden zijn concreet geformuleerd aan de hand van citaten van de respondenten. Hierdoor heeft de onderzoeker aan de opdrachtgever een duidelijk verkenning geschetst van de branche.

Uit de interviews blijkt dat er nauwelijks weerstand wordt gevoeld om te werken met technologie in de thuiszorg. Daarbij is te zien dat de urgentie om technologie in te zetten bij iedere respondent gevoeld wordt. Dit resultaat is niet in overeenstemming met de verwachting dat een matig gevoel van urgentie en een hoge mate van weerstand oorzakelijk ligt aan het feit dat toepassingen nauwelijks opgeschaald worden. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat mensen die weerstand hebben op het gebruik van technologie niet mee willen werken aan het onderzoek. Uit het onderzoek blijkt ook dat de overige oorzaken uit de probleemanalyse aansluiten bij de praktijk.

ActiZ kan het onderzoek gebruiken om vervolgonderzoek uit te voeren. Daarbij hebben ze een duidelijk beeld gekregen van de inzichten van de branche rondom dit onderwerp. De aanbevelingen sluiten hier op aan, aangezien ze door het advies de leden beter kunnen ondersteunen in dit onderwerp. Dit komt doordat ze als team aansluiten bij de kerngroepen. Zo is technologie een integraal onderdeel van het ActiZ bureau, wat een aanzienlijk impact heeft op de organisatie. Hierdoor wordt het team Informatisering geen eiland op zich, maar maakt het team een integraal onderdeel uit van het ActiZ bureau. Het theoretisch onderzoek is algemeen en bruikbaar, maar de uitkomsten zullen altijd vertaald en vergeleken moeten worden met de eigen organisatie.

7.2 Sterkte- zwakteanalyse

In deze paragraaf wordt de interne en externe validiteit van het onderzoek beschreven. Hierbij wordt gekeken of het onderzoek vrij is van systematische of structurele fouten.

Interne validiteit

De interne validiteit van dit onderzoek is zowel versterkt door bepaalde factoren, als ontkracht door bepaalde factoren. Deze factoren zijn onderstaand beschreven.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Dit zorgde voor een hoge mate van flexibiliteit gedurende de interviews. Door deze flexibiliteit is ieder interview aangepast aan de betreffende respondent wat er voor heeft gezorgd dat iedereen zijn/haar mening en ervaring over het onderwerp kon delen. Door de verscheidenheid in rollen van respondenten, grootte van organisaties en regioverschillen is de representativiteit zo veel mogelijk gewaarborgd. De dataverzameling en data-analyse hebben elkaar gedurende het onderzoek afgewisseld. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker de vragenlijst kon checken en waar nodig kon aanpassen. Daardoor werd alles besproken wat besproken moest worden in toekomstige interviews. Tot slot is het onderzoek een aantal keer gecheckt door de externe auditor en medestudenten.

De factoren die het onderzoek mogelijk ontkrachten zullen onderstaand worden benoemd. Doordat er bij de interviews gebruik is gemaakt van een hoge mate van flexibiliteit, is er in sommige interviews afgeweken van het onderwerp. Hierdoor kan het onderzoeksdoel uit het oog worden verloren. Door deze methode te hanteren leverde dit zeer uiteenlopende resultaten op. Tevens zal een herhaling van de interviews waarschijnlijk andere resultaten opleveren. Dit

komt doordat de situatie, maar ook de meningen van respondenten kunnen veranderen. Ook is de focus van de interviews meermaals veranderd, wat de resultaten minder valide maakt.

Externe validiteit

Het uitgevoerde onderzoek kent een beschrijvend en verkennend karakter gericht op de gehele VVT-branche. Doordat het onderzoek breed is uitgevoerd, zal iedere zorgorganisatie zich in grote lijnen in de resultaten herkennen. Hieruit volgt het advies om een diepere verkenning te doen naar de inzet van technologie in de thuiszorg. Hierbij is het van belang dat een grotere steekproef uitgevoerd moet worden, zodat het onderzoek meer representatief is voor de gehele branche. Gezien de beschikbare tijd en middelen was het onmogelijk om een geheel generaliseerbaar verkennend onderzoek uit te voeren.

Advies vervolgonderzoek

Vanwege de beperking in tijd en middelen is er maar een globaal beeld van de werkelijkheid geschetst. Voor een volledige verkenning van technologie in de thuiszorg, zal vervolgonderzoek gedaan moeten worden onder een groter deel van de leden. Dit doel zal door een combinatie van een kwantitatief en een kwalitatief behaald worden. Met een kwantitatief onderzoek wordt een groter bereik gewaarborgd. Aan de hand van het kwantitatieve onderzoek, kan diepere informatie verkregen worden via de kwalitatieve methode.

Ten tweede zal bij de leden nagevraagd moeten worden op welke wijze ze ondersteund willen worden door ActiZ, gericht op de kennisdeling en samenwerking. Hier zijn namelijk tal van opties voor te vinden, zoals (bestaande) bijeenkomsten, presentaties, discussies, campagnes en dergelijke. Dit zal bij de leden uitgevraagd moeten worden of worden besproken in de kerngroepen tijdens het project. Uit het onderzoek komen namelijk verschillende wensen, die niet allemaal nageleefd kunnen worden. Hierin moet ActiZ een lijn kiezen.

Bibliografie

- Actiz. (2019). *Over Actiz*. Opgehaald van Actiz: <https://www.actiz.nl/over-actiz/visie-en-missie>
- Bekman, A. (2005). *Adviseren in Verandering: Een horizontale manier van adviseren*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Boedeltje, M., & de Graaf, L. (2004). *Draagvlak nader bekeken: Een verkenning van het begrip draagvlak binnen interactief beleid op lokaal niveau vanuit een normatief en instrumenteel perspectief*. Utrecht: Universiteit Utrecht & Universiteit Twente.
- Boersma, A., & Goverts, T. (2018). *Versnellingskamer. Stimuleringsregeling netwerkzorg thuis. Samenvatting dialoogsessies 2018*. Amersfoort: Advies Talent B.V.
- Bulle-Smid, L., van der Cingel, M., Holterman, S., Keuning, W., & Prins, H. (2017). *Verpleegkundige Besluitvorming over de inzet van eHealth in de wijk: Onderzoeksrapport Fase 1*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Dohmen, D. (2012). *De 'e' van e-Health: Juiste energie voor optimale implementatie van moderne technologie in de zorg thuis*. Enschede: Ipskamp Printing.
- Hulscher, M. e.a., H. M. (2000). *Effectieve Implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: ZonMW.
- Elsen, W. v. (2016, juli 15). *E-health implementaties mislukken te vaak*. Opgehaald van Zorgvisie: <https://www.zorgvisie.nl/e-health-implementaties-mislukken-te-vaak/>
- Erasmus Universiteit. (2009). *Erasmus Concurrentie en Innovatie Monitor 2008-2009*. Rotterdam: INSCOPE/RSM/EUR.
- Gibson, D., & Barsade, S. (2003). Managing organizational culture change: The case of long-term care. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 11-34.
- Guest, G., Brunce, A., & Johnson, L. (2006). *How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability*. Sage Journals.
- Hinloopen, H. (2019, maart 20). *Ouderen en e-health nog geen goede match*. Opgehaald van Zorgvisie: <https://www.zorgvisie.nl/barrieres-belemmeren-succes-e-health-onder-ouderen/>
- Jonge, H. d. (2018). *Stimuleringsregeling E-Health Thuis*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Staatscourant.
- Kist, R., & Tijink, D. (2019). *Wat doet de I-nurse*. Utrecht: Actiz & ECP.
- Krijgsman, J., & Klein Wolterink, G. (2012). *Ordering in de wereld van eHealth. Whitepaper*. Den Haag: Nictiz.
- Mast, J., & Meerveld, J. (2004). *Competentiebeschrijving voor verzorgende in de thuiszorg, werkzaam op mbo-niveau*. Den Haag: Nictiz.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Wetgeving in relatie tot wijkverpleging in de praktijk*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Mot, E., Stuu, K., Westra, P., & Aalbers, R. (2016). *Een raming van de zorguitgaven 2018-2021*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Mouwen, C. (2006). *Strategie-implementatie, struring en governance in de moderne non-profit organisatie*. Assen: Van Gorcum.
- Nelissen, J. (2013). Opvattingen over innovatie en implementatie. *Tijdschrift voor Nascholing en Onderzoek van het Reken/Wiskundeonderwijs*, 14-21.
- Poiesz, T. (2016). *Gedrag in de zorg*. Deventer: Vakmedianet.
- Pot, F. (2012). *Sociale innovatie: historie en toekomstperspectief*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Ravensbergen, J., Friele, R., Keijsers, F., Wensing, M., & Klazinga, N. (2003). *In zicht: Nieuwe wegen voor implementatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

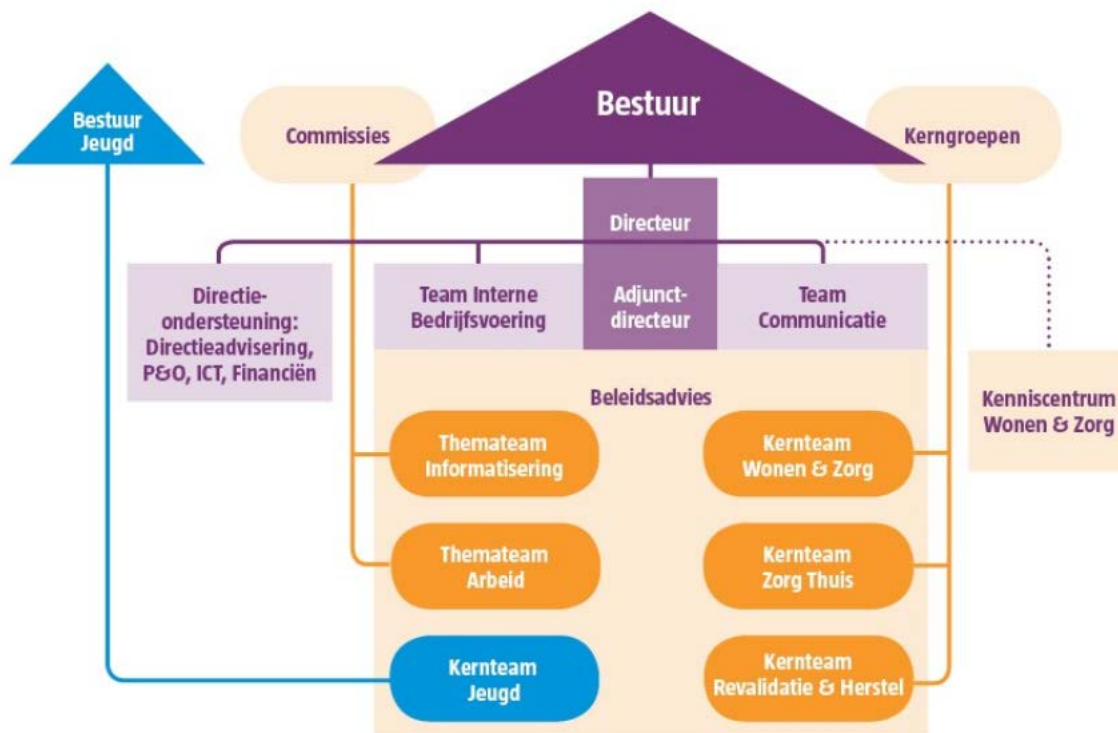
- Rijksoverheid. (2019, juni). *Wat bieden wij?* Opgehaald van Werken voor Nederland: <https://www.werkenvoornederland.nl/vakgebieden/beleidsmedewerkers/wat-bieden-wij>
- Sigra. (2018). *Arbeidsbesparende innovaties*. Amsterdam: Sigra.
- Son, H., Park, Y., Kim, C., & Chou, J.-S. (2012). *Toward an understanding of construction professionals' acceptance of mobile computing devices in South Korea: An extension of the technology acceptance model*. Chung-Ang University.
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De Juiste Zorg op de Juiste Plek*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Vektis. (2018, juli 5). *Wijkverpleging*. Opgehaald van Vektis Intelligence: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vilans. (2014). *Vilans*. Opgehaald van Implementatie Toolkit Technologie in de Zorg: <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/implementatietoolkit-technologie-in-de-zorg.pdf>
- Volberda, H., van den Bosch, F., & Jansen, J. (2007). *Slim Managen & Innovatief Organiseren: Onderzoeksverslag*. Rotterdam: Erasmus University.
- Wal, F. v. (2016). *Onderzoek naar de acceptatie van een technologische innovatie*. Utrecht: Open Universiteit Nederland.
- Wessels, K., & Kraaijeveld, K. (2018). *Zó werkt de ouderenzorg*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Wessels, K., & van Driesten, G. (2018). *Zó werkt de zorg in Nederland*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Wildenbos, G. A. (2019). *Design speaks: Improving patient-centeredness for older people in a digitalizing healthcare context*. Amsterdam: University of Amsterdam: Faculty of Medicine.
- Wouters, M., Swinkels, I., van Lettow, B., de Jong, J., Sinnige, J., Brabers, A., . . . van Gennip, L. (2018). *eHealth-monitor 2018*. Den Haag: Nictiz en het Nivel.
- ZorgOnderzoek Nederland. (1997). *Met het oog op toepassing; beleidsnota implementatie ZON 1997-1999*. Den Haag: Zon.

Bijlagen

Bijlage I:	Organogram Actiz bureau
Bijlage II:	Onderscheid in technologievormen
Bijlage III:	Implementatieproces eHealth
Bijlage IV:	Mail naar respondenten
Bijlage V:	Vragenlijst
Bijlage VI:	Argumenten discussie Zorg & ICT Beurs
Bijlage VII:	Overzicht respondenten
Bijlage VIII:	Resultaten behoefte richting ActiZ

Bijlage I

Organogram Actiz



Bijlage II

Een overzicht van het onderscheidt in technologievormen

Technologievorm	Uitleg
Webapplicaties en webportalen	De eHealth toepassing wordt via een webbrowser aan de eindgebruikers aangeboden, onafhankelijk van plaats en tijd. Patiëntportalen zijn hiervan een goed voorbeeld.
Mobiele apps	De presentatievorm is bij deze categorie anders. Het belangrijkste kenmerk is dat de technologie beschikbaar is op een smartphone en/of een tablet.
Elektronische patiëntendossiers en Persoonlijke gezondheidsdossiers	De primaire functionaliteit van het systeem is het belangrijkste. Het gaat voornamelijk om medisch-administratieve systemen, in het algemeen binnen een zorgorganisatie.
Health-sensoren, health getaways en wearable devices	Het gaat hier om een categorie van apparaatjes die veelal in de thuissituatie van cliënten wordt toegepast om lichaamsfuncties te meten, te verzamelen en door te sturen naar de professional. Ook kunnen omgevingsbewuste sensoren worden ingezet, vaak in het kader van langdurige zorg. Deze sensoren kunnen ook op het lichaam geplaatst worden.
Videocommunicatie	Dit wordt ook wel beeldbellen genoemd en wordt visuele dimensie toegevoegd aan de gebruikelijke vormen van telecommunicatie. Dit kan ook dienen als intercollegiaal consult tussen specialisten die zich op verschillende locaties bevinden.
Domotica	Domotica is een verzamelnaam voor toepassing van elektronica en automatisering in huis. Dit is vaak een combinatie van sensoren en actuatoren (apparaat dat de omgeving kan beïnvloeden). Een ander voorbeeld is persoonsalarmering, waarbij in geval van nood vanuit de woning snel contact wordt opgenomen met een hulpverlener. Ook sleutelkluisjes vallen onder dit begrip.
Robotica	Robots zijn machines die bepaalde taken kunnen verrichten. De robots kunnen bepaalde taken uit handen nemen (bv. stofzuigen) of hebben een sociale functie (bv. gezelschap of hulp bieden bij de structuur van de dag)
Medische integratienetwerken	Hierbij is het belangrijkste indelingskenmerk dat het gaat om elektronische netwerken waarover medische informatie wordt uitgewisseld, zoals medicatiegegevens of recepten.
Algemene integratienetwerken/ business-to-business	Het gaat om integratienetwerken van meer algemene aard voor de uitwisseling van gegevens tussen samenwerkende partners. Hierbij speelt privacy een grote rol.
Business Intelligence en 'big data' oplossingen	Deze systemen zijn gericht op het analyseren van gestructureerde en ongestructureerde gegevens om daarmee informatie te leveren die gebruikt kan worden voor beslissingsondersteuning. Bij BI kan worden gedacht aan het verzamelen van kwaliteitsindicatoren uit systemen, bij big data aan voorbeelden als genomanalyse.

Bijlage III

Implementatieproces door Vilans

1. Ideeën opdoen

Zorg dat mensen in een organisatie open staan voor nieuwe ideeën en niet bang zijn om buiten de kaders te denken, zodat problemen opgelost kunnen worden. Daarna kunnen daadwerkelijk ideeën gerealiseerd worden, doordat medewerkers ook kritisch durven te zijn.

2. Doel bepalen/de bedoeling formuleren

Een goede doelstelling is van belang voor de cliënt, mantelzorger, medewerker en organisatie. Zo weten de belanghebbenden waarom de technologie ingevoerd wordt. Vaak met als doel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, aangezien de cliënt centraal staat. Technologie moet een middel zijn, niet het doel.

3. Verkenning

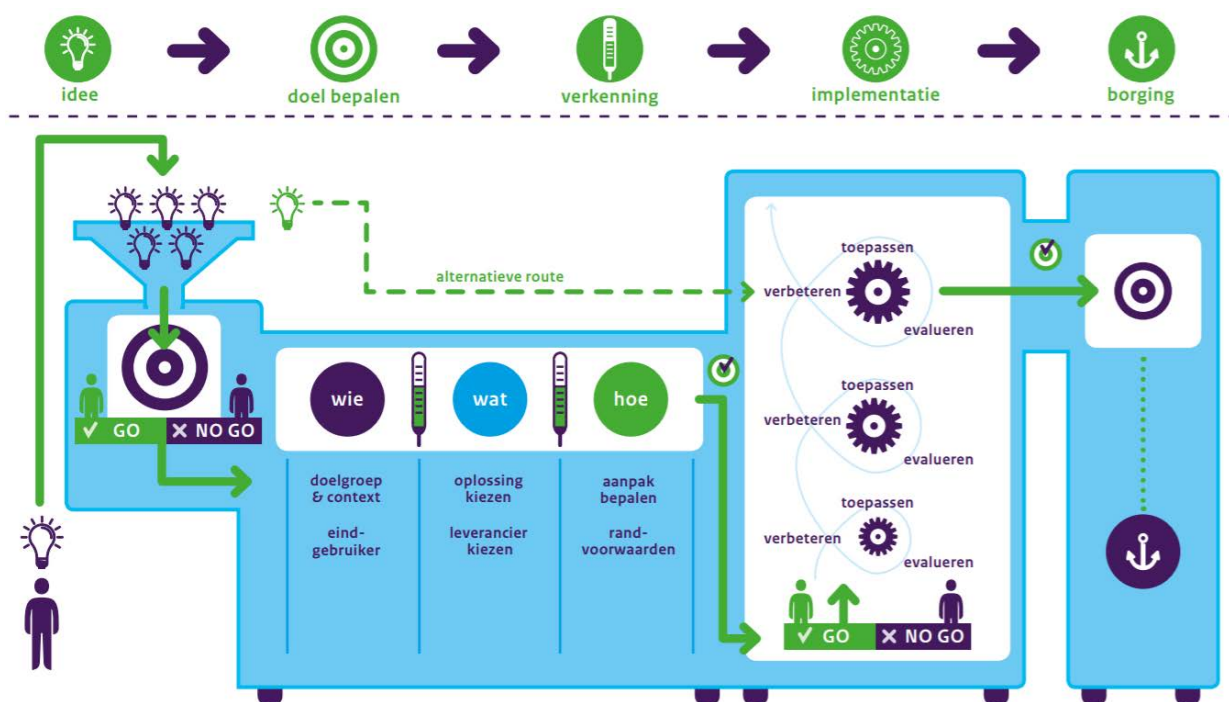
Verken de doelgroep die het meest betrokken is bij de implementatie, bepaal wie de eindgebruiker is, analyseer de mogelijke oplossingen van het probleem, bepaal de randvoorwaarden en de implementatiestrategie.

4. Implementatie

In deze fase wordt er daadwerkelijk geïmplementeerd. Begin klein, met één team, locatie of cliënt. Het is belangrijk om te beginnen bij de enthousiastelingen, zij kunnen later in het proces ook nog van grote waarde zijn. Monitor en evalueer hoe het gaat met de technologie in de praktijk. Zit de praktijk in lijn met de doelstelling? Leer hiervan en wees niet bang, waar nodig, om de strategie, randvoorwaarden of innovatie te veranderen.

5. Borging

Zorg ervoor dat na de projectfase de borging goed geregeld is. Wie is er verantwoordelijk om alle vragen af te handelen na afloop van het proces? En wie regelt de ondersteuning van ICT? Blijf de eindgebruikers monitoren en evalueren. Implementatie is een doorgaand proces, waar geen vast einde aan zit.



Bijlage IV

Mail aan respondenten

Bestuurder of manager

ActiZ: Uitnodiging interview met betrekking tot de inzet van technologie in de thuiszorg

Beste meneer.../mevrouw....,

Momenteel doe ik in opdracht van ActiZ onderzoek naar de opschaling van technologie in de thuiszorg. Hierbij richt ik me op de bedrijfstechnische aspecten, zoals het aanpassen van werkprocessen en de juiste drijfveren bij medewerkers. Ook ben ik benieuwd welke toepassingen al aanwezig zijn in uw organisatie.

Achtergrond onderzoek

De afgelopen jaren zijn in Nederland legio initiatieven genomen om mensen thuis zorg en ondersteuning te bieden met inzet van e-health, zowel vanuit de zorgsector als vanuit de ICT-sector. Na initiatieven in de *cure*, worden nu ook in de *care* steeds vaker e-health toepassingen ingezet. Een logische en noodzakelijke ontwikkeling, gezien de bijdrage die e-health kan leveren aan diverse maatschappelijke opgaven. Toch is van grootschalige en structurele implementatie van e-health in de reguliere zorgprocessen in de thuiszorg nog geen sprake. Het merendeel van de e-health initiatieven blijft steken in de pilotfase. Hierdoor worden de werkprocessen nog onvoldoende aangepast aan de nieuwe mogelijkheden en zijn de e-health toepassingen slechts voor een beperkt aantal mensen beschikbaar. Deskundigen schatten in dat zo'n 80% van de initiatieven momenteel een desinvestering is, zo blijkt uit onderzoek.

Resultaat

ActiZ wil graag meer achtergrondinformatie over dit fenomeen, zodat zij leden beter kan faciliteren bij het opschalen van technologieën. Dit is de reden dat ik u graag zou interviewen.

Voor het uitbrengen van een advies aan ActiZ wil ik graag spreken met zes bestuurders en/of managers van organisaties die thuiszorg bieden. Ook zal ik in gesprek gaan met zes medewerkers uit verschillende thuiszorgorganisaties over dit onderwerp.

Uw gegevens heb ik gekregen van mijn collega Henny Mulders (senior beleidsadviseur bij ActiZ en verantwoordelijk voor het onderwerp technologie). Er is bij de keuze gekeken naar spreiding en grootte van de organisaties.

Het gesprek zal hooguit 45 minuten van uw tijd kosten. Het interview kan bij voorkeur face to face plaatsvinden, maar met een telefonisch interview helpt u mij ook al enorm. Ik ben per email of telefonisch te bereiken voor eventuele vragen.

Ik hoor graag van u en hoop dat u me te woord kunt staan.

Met vriendelijke groet,

ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Myrthe Frederiks

Team Informatisering

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht

+31 6 50813348

www.actiz.nl

[disclaimer e-mail](#)

Medewerkers

ActiZ: Uitnodiging interview met betrekking tot de inzet van technologie in de thuiszorg

Beste ...,

Momenteel doe ik in opdracht van ActiZ onderzoek naar de inzet van technologie/eHealth in de thuiszorg. Hierbij ben ik vooral benieuwd naar welke toepassingen al worden gebruikt binnen uw organisatie. Daarbij richt ik me vooral op de verandering van de werkzaamheden/werkprocessen door de inzet van technologie en de drijfveren van de medewerkers om met technologie te werken. Reden van het onderzoek is dat veel eHealth toepassingen in de thuiszorg in de pilotfase blijven steken en daar wil ActiZ graag verbetering in aanbrengen.

Aangezien er nog weinig bekend is over de praktische effecten van technologie in de thuiszorg, is het voor ActiZ van belang om deze informatie te verkrijgen door middel van een gesprek met de mensen die hier in de praktijk mee te maken hebben.

Het gesprek zal hooguit 45 minuten van uw tijd kosten. Het interview kan bij voorkeur face to face plaatsvinden, maar met een telefonisch interview helpt u mij ook al enorm. Ik ben telefonisch of per e-mail te bereiken voor eventuele vragen.

Ik hoor graag van u en hoop dat u me te woord kunt staan.

Met vriendelijke groet,
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Myrthe Frederiks
Team Informatisering

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht

+31 6 50813348

www.actiz.nl

[disclaimer e-mail](#)

Bijlage V

Vragenlijst bestuurder/manager thuiszorg

Vraag

Wie ben je en welke functie heb je binnen de organisatie?

Zou je een korte beschrijving willen geven van de organisatie?

Kijkend naar de thuiszorg, welke toepassingen worden daar op het moment ingezet?

- Zijn er ook toepassingen ingezet die achteraf niet bleken te werken? (*Doorvragen*)

Wat zijn de overwegingen bij het implementeren van een toepassing?

Vanuit welke visie of welk doel is deze technologie ingezet?

- Sluit de technologie aan op deze doelstelling?

Hoe is/zijn deze toepassing(en) ingezet in de organisatie (en opgeschaald)?

Is er iemand verantwoordelijk voor het implementatieproces?

Op welke wijze zijn de werkprocessen van de medewerkers veranderd?

Hoe heb je de medewerkers hierin meegenomen?

Was er weerstand bij de medewerkers om met de technologie te werken?

- Waar zat deze weerstand?

Op welke wijze is ervoor gezorgd dat de medewerkers de juiste digivaardigheden hadden?

Waar ligt volgens u het probleem bij het opschalen van technologie in de thuiszorg?

Hoe zou Actiz de leden hierin kunnen ondersteunen?

Vragenlijst medewerkers

Vraag

Wie ben je en welke functie heb je binnen welke organisatie?

Hoe zou je jouw werkzaamheden beschrijven?

Met welke eHealth toepassingen ben je in aanraking geweest? En welke gebruik je nu nog steeds?

Bij welke werkzaamheden gebruik je deze (genoemde) technologie(ën)?

Wat was de rol van je bestuurder/manager bij de invoering van de deze technologie?

- Wie bepaalde het type technologie?
- Hoe ging de invoering van de technologie?
- Was je tevreden met de manier waarop dat ging?

In welke mate heb jij je werkzaamheden moeten aanpassen door de inzet van technologie?

Hoe ervaar je het gebruik van eHealth op jouw werkzaamheden? (voor- en nadelen)

Wat is de toegevoegde waarde van deze technologie op jouw werk?

Vergroot deze technologie de kwaliteit van de zorg?

Zou je jezelf digivaardig noemen ten opzichte van eHealth?

Heb jij jezelf nog moeten bijscholen om technologie in te zetten?

Bij wie kan je terecht voor vragen of wanneer de technologie niet werkt?

Wat zou anders moeten om de invoering van eHealth toepassingen tot een succes te maken?

Bijlage VI

Overzicht discussiepunten

‘Werken met technologie in de zorg is leuk!’

			Argumenten
Eens	Dinsdag 12-3	18	<i>“Het biedt nieuwe mogelijkheden om mijn werk te doen.”</i> <i>“Het maakt het werk makkelijker.”</i> <i>“Het bespaart tijd.”</i> <i>“Het is vaker wél leuk, dan dat het niet leuk is.”</i> <i>“Met mijn tablet kan ik gegevens veel sneller vinden.”</i>
	Woensdag 13-3	16	
	Donderdag 14-3	19	
Oneens	Dinsdag 12-3	3	<i>“Als de technologie niet werkt, is het niet leuk.”</i> <i>“Ik snap niet hoe de technologie werkt, vanochtend kreeg ik niet eens de computer aan bijvoorbeeld.”</i>
	Woensdag 13-3	2	
	Donderdag 14-3	3	

‘Het probleem met technologie is dat het nooit werkt.’

			Argumenten
Eens	Dinsdag 12-3	-	<i>“Het doet het nooit.”</i> <i>“De systemen zijn niet met elkaar verbonden, waardoor ik drie keer hetzelfde moet invullen.”</i> <i>“Er zijn te weinig / geen mensen beschikbaar om storingen en problemen met de technologie op te lossen.”</i>
	Woensdag 13-3	9	
	Donderdag 14-3	7	
Oneens	Dinsdag 12-3	-	<i>“Het werkt vaker wel dan niet.”</i> <i>“Als het niet werkt is er altijd snel iemand ter plaatse om mij hierbij te helpen.”</i> <i>“Ik ben aangenomen om te zorgen dat de technologie werkt, dus het zou gek zijn om ‘eens’ te stemmen.”</i>
	Woensdag 13-3	13	
	Donderdag 14-3	15	

‘Ik ga later echt geen gesprekjes met een robot voeren, hoe eenzaam ik me ook voel.’

			Argumenten
Eens	Dinsdag 12-3	-	<i>“Ik wil met mensen in contact zijn.”</i> <i>“Een robot begrijpt mij niet.”</i> <i>“Een robot heeft vaak een storing en ik weet niet hoe dat werkt.”</i> <i>“Iemand zonder geestelijke achterstand zal nooit tegen een robot gaan praten.”</i>
	Woensdag 13-3	7	
	Donderdag 14-3	6	
Oneens	Dinsdag 12-3	-	<i>“Ik praat nu ook al tegen Siri, waarom zou ik dat later niet meer doen?”</i> <i>“Als ik echt eenzaam ben, zou ik dat vast wel doen.”</i> <i>“Tegen die tijd zijn robots voldoende ontwikkeld dat dit mogelijk is.”</i> <i>“Later praat iedereen tegen een robot, dan hoef je niet eens eenzaam te zijn.”</i>
	Woensdag 13-3	18	
	Donderdag 14-3	16	

‘Zorgorganisaties geven voldoende prioriteit aan technologie.’

			Argumenten
Eens	Dinsdag 12-3	2	<i>“Ik zou niet weten waar ze dan nog meer aandacht aan moeten besteden.”</i>
	Woensdag 13-3	4	
	Donderdag 14-3	3	
Oneens	Dinsdag 12-3	17	<i>“Er is nog zo veel meer mogelijk, dat wordt nog lang niet allemaal ingezet.”</i>
	Woensdag 13-3	13	<i>“De organisatie geeft moet mij meer ondersteuning bieden bij het inzetten van technologie.”</i>
	Donderdag 14-3	15	<i>“Het wordt te vaak ingezet als doel op zich, in plaats van een middel om het doel te bereiken.”</i>

Bijlage VII

Overzicht geïnterviewde zorgorganisaties

- **Amaris Zorggroep**
- **Allévo**
- **De Wulverhorst**
- **Evean**
- **Laurens**
- **Livio**
- **Marente**
- **Meander**
- **Sensire**
- **Viva! Zorggroep**
- **ZZG Zorggroep**

Bijlage VIII

Behoeftte vanuit leden richting ActiZ

In de interviews is aan de respondenten gevraagd welke rol ActiZ in dit vraagstuk zou moeten aannemen. Deze paragraaf is geen onderdeel van een deelvraag, maar als brancheorganisatie is deze informatie waardevol voor ActiZ. Onderstaand zijn de bevindingen van de respondenten opgesomd.

Samenwerken

Meerdere respondenten geven aan dat ActiZ de samenwerking tussen zorgorganisaties meer kan stimuleren. Deze samenwerking wordt in twee opzichten genoemd. Ten eerste zou de samenwerking tussen zorgorganisaties meer zitten ten opzichte van de leveranciers. Een respondent gaf aan dat kleine opzichzelfstaande organisaties niet altijd partij zijn tegen de voorwaarden van leveranciers. Deze contracten zijn niet altijd ten gunste van de zorgorganisatie opgesteld. Dit is ook bevestigd tijdens het gesprek met J. van der Leeuw van Vilans.

Ten tweede moet volgens respondenten de samenwerking gezocht worden in het uitwisselen van goede voorbeelden, zodat organisaties elkaar kunnen inspireren en van elkaar kunnen leren. Respondenten geven aan dat het wiel nog te vaak opnieuw uitgevonden wordt. Een van de organisaties heeft vanuit het eigen netwerk de samenwerking opgezocht met andere zorgorganisatie. Dit zou volgens de respondent meer de rol moeten zijn van ActiZ. Hierin zou ActiZ een actieve rol moeten aannemen en de leden moeten inspireren.

Technologie in de ketenzorg verder stimuleren.

Bij farmaceutische telezorg zouden afspraken gemaakt moeten worden tussen de VVT-branche en apothekers. Hetzelfde geldt voor de toepassing leefstijlmonitoring, daar zouden afspraken gemaakt kunnen worden tussen de VVT-branche, huisartsen en ziekenhuizen. Wanneer ActiZ voorop wil lopen in de ontwikkelingen rondom de juiste zorg op de juiste plek, zou ActiZ hierin een actievere rol moeten spelen.

De wijkverpleegkundigen ondersteunen

Respondenten geven aan dat de (wijk)verpleegkundigen meer ondersteund moeten worden. Zij geven aan dat deze groep erg belangrijk is om de verandering in gang te brengen. Het is belangrijk dat deze groep langdurig gemotiveerd blijft. Daar zou ook een bepaalde beloning aan kunnen hangen, naast dat het werk interessant is en blijft. Het zijn namelijk de ambassadeurs van de thuiszorg. Hierin zou ActiZ meer kunnen samenwerken met de V&VN en het NWG.

Informatie delen en actieve lobby financiering

De laatste behoefte vanuit de leden is gericht op de lobby voor de financiering van technologie in de thuiszorg. Meerdere respondenten geven aan dat ActiZ hierin een actieve rol zou moeten hebben richting de betrokken partijen, zoals het ministerie en zorgverzekeraars. In meerdere rapporten staat dat financiering meer gericht moet zijn op preventief zorg leveren. Echter, wordt door respondenten nog niet ervaren dat hiervoor financiering vrij komt. Subsidies zitten volgens respondenten te strak in elkaar, waarbij een kleine flexibele aanpak niet ondersteund wordt. Respondenten geven aan dat de financiering van levensbelang is om een antwoord te vinden op de groeiende zorgkloof.

Twee respondenten geven aan dat ze de behoefte hebben dat ActiZ de beschikbare subsidies deelt met de branche. Op het moment wordt dit via de huidige kanalen gecommuniceerd, zoals de ledenmail en de nieuwsbrief. Respondenten geven aan de subsidieregelingen hier vaak over het hoofd gezien worden. Deze bestuurders geven aan dat het bijhouden van de beschikbare subsidies bijna ondoenlijk is, hier zouden ze vanuit ActiZ een actievere rol in verwachten. Hier kan de nieuwe ActiZ app een goede rol in spelen.