

Innovatie in de Basiszorg

*een eerste inventarisatie van
meningen en ervaringen
op basis van onderzoek
met de InnovatieSpiegel*

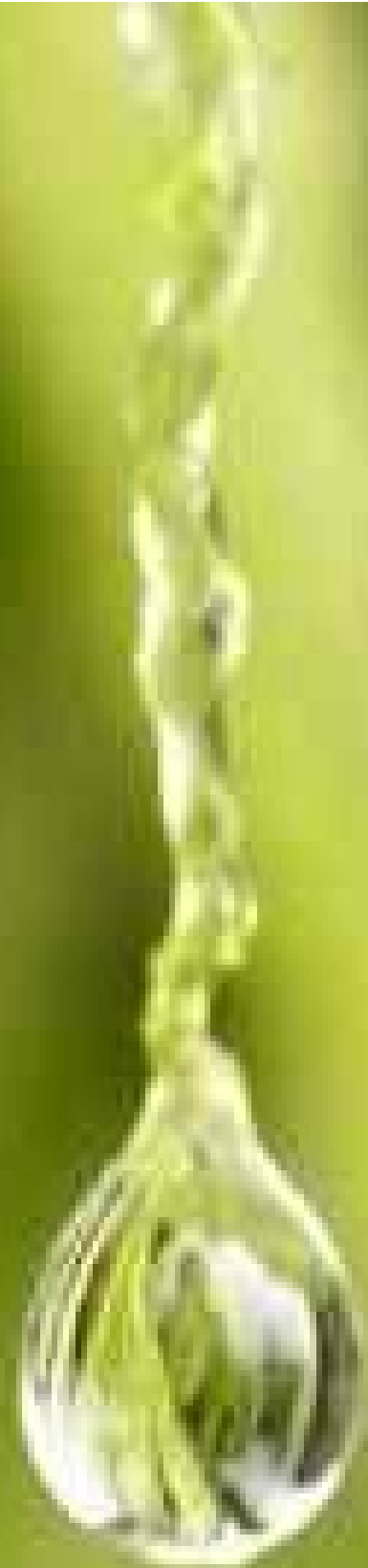
een opdracht van

A+O VVT

*Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid
Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg*

Augustus 2009

JJ Knibbe,
NE Knibbe,
LOCOmotion,
Advies en Onderzoek
Brinkerpad 29
6721 WJ Bennekom
www.locomotion.nu



Inhoudsopgave

Management Samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding en onderzoeksvragen

Hoofdstuk 2 Kader voor innovatie in de verpleeg- verzorgingshuizen en thuiszorg

Hoofdstuk 3 Methode

Hoofdstuk 4 De toepassing, het belang en het inzicht in kosten en baten van innovaties

Hoofdstuk 5 Het klimaat voor de toepassing van innovaties in de instelling

Hoofdstuk 6 Innovatieprincipes in de zorg gespiegeld aan de instellingen

Hoofdstuk 7 Samenvatting

Bijlage: open vragen resultaten / opmerkingen respôndenten integraal weergegeven

Literatuur



Management Samenvatting

In dit onderzoek worden de meningen en ervaringen van 156 managers uit de VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg) beschreven als het gaat om innovatie in de basiszorg. Het onderzoek maakt deel uit van een groter project, gericht op het faciliteren van innovaties in de VVT. Het speerpunt daarvan vormt het bieden van een beter inzicht in de kosten en baten van innovaties middels een serie van uitgewerkte businesscases met interactieve rekenmodules, een website, bijeenkomsten en een ondersteuningsaanbod. Het overkoepelende project loopt nog enige tijd door.

De peiling heeft plaatsgevonden tot en met 1 juli 2009 en is vrijwel uitsluitend afkomstig van personen op managementniveau, die op dat moment nog niet hadden deelgenomen aan activiteiten vanuit het project. Daarmee is de meting als een nulmeting te beschouwen.

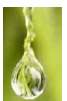
Uit de resultaten komt een beeld naar voren van verbetermogelijkheden op meerdere niveaus. Er kunnen meer innovaties toegepast worden, de mening over innovaties loopt niet altijd synchroon met de effecten zoals die uit onderzoek komen en het inzicht in kosten en baten is erg beperkt, terwijl daar wel behoefte aan blijkt te zijn. Het speerpunt van het overkoepelende project, waar dit onderzoek deel van uitmaakt, was zoals gezegd juist dit inzicht in kosten en baten van innovaties. In die zin is het doel daarom als relevant te beschouwen.

Verder blijkt het verbeterprofiel per type innovatie sterk te wisselen. De ene innovatie is bijvoorbeeld eenvoudig en dan veelal ook goedkoper in te voeren, maar heeft pas op langere termijn effect. De andere is complexer en kostbaarder maar levert al snel voordelen op in termen van kwaliteit van zorg en/of werk¹. Innovaties blijken dus om een verschillende en gedifferentieerde aanpak te vragen en men had daar, zo blijkt, op voorhand nog weinig zicht op. De vanuit het overkoepelende project ontwikkelde businesscases bieden hier, in elk geval op hoofdlijnen, een antwoord op.

De infrastructuur voor innovatie binnen de instelling kan eveneens verbeteren en is nu nog mager, zeker als we deze vergelijken met de theoretisch werkzame principes. Zo wordt er nog weinig ruimte voor innovatie geboden, wordt er niet met sleutelfiguren gewerkt, worden innovaties maar weinig uitgetoetst en worden de effecten ook nauwelijks gemeten of bijgehouden.

Daarnaast wordt gewezen op de externe factoren die momenteel, zeker in de thuiszorg, maar ook intramuraal beperkingen leggen op het uitproberen en zeker het structureel inzetten van een aantal innovaties. Er is voor sommige innovaties sprake van contraproductieve prikkels.

¹ De serie businesscases biedt een uitgewerkt overzicht hiervan en met de rekenmodules kan men de gevolgen voor de eigen organisatie in verschillende scenarios doorrekenen



Verder blijkt er behoefte aan het delen van kennis en ervaring tussen instellingen onderling, behoefte aan borging van innovatief werken binnen de instelling en verschilt men van mening over het nut van subsidies voor innovaties.

Samengevat laat deze nulmeting zien dat deze groep managers in de VVT zelf vindt dat er meer geïnnoveerd zou moeten en kunnen worden, maar dat er wel een aantal concrete vragen op dit vlak zijn, zeker ook rond het inzicht in kosten en baten. Het overkoepelende project probeert hier, in elk geval deels, een antwoord op te geven. De hoop is dat dit project zal bijdragen aan meer en meer afgewogen innoveren.



1. Inleiding en onderzoeksvragen

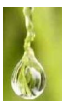
Sociale partners in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg (VVT) stimuleren instellingen om de kansen die innovatie biedt meer te benutten door een makkelijker en betere afweging te maken van kosten en baten van innovaties. Daartoe gaven zij via de Stichting A+O VVT (Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg) opdracht tot een project dat als doel heeft bij te dragen aan een hogere arbeidsproductiviteit met behoud/vergroten van de werkgelegenheid bij een minimaal gelijke en liefst betere kwaliteit van zorg en werk. Deze ambitieuze doelstellingen zijn ingegeven door de forse uitdagingen die de zorg door demografische ontwikkelingen nu en de komende decennia te wachten staan. Het meer, beter en sneller benutten van innovaties kan helpen om deze uitdagingen het hoofd te bieden.

In het kader van dit project, waarvan u de details kunt vinden op www.innovatiespiegel.nl werd ook een compacte checklist ontwikkeld, waarmee instellingen globaal hun innovatiebeleid kunnen nalopen ('spiegelen'): de InnovatieSpiegel. Deze checklist is inmiddels afgenomen en de resultaten zijn ook, als secundair doel, gebruikt voor landelijke monitoring. De rapportage van de resultaten tot en met 1 juli 2009 ligt nu voor u.

De drie onderzoeksvragen die aan de InnovatieSpiegel en het daaruit voortvloeiende onderzoek ten grondslag liggen zijn:

1. Innovaties in de basiszorg
Welke innovaties worden toegepast, hoe belangrijk vindt men deze en in welke mate heeft men voldoende inzage in de kosten en baten
2. Belemmeringen en kansen voor innovaties in de basiszorg
Welke factoren spelen volgens instellingen een rol bij het selecteren en invoeren van innovaties in de basiszorg
3. Factoren die innovaties stimuleren in de zorg
Hoe belangrijk vindt men in instellingen de theoretisch gevonden stimulerende factoren voor innovatie in de zorg en in welke mate past men die zelf toe

In hoofdstuk 2 wordt het kader voor innovatie in de VVT globaal geschetst, waarna we in hoofdstuk 3 de methode en de respons toelichten. De hoofdstukken 4,5 en 6 bespreken achtereenvolgens de drie onderzoeksvragen, waarna hoofdstuk 7 afsluit met een samenvatting en eindconclusies.



2. Kader voor innovatie in de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg

Prognoses en demografische ontwikkelingen

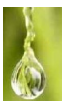
Er wordt veel verwacht van innovatie als het gaat om de toekomst in de zorg. Dat is ook nodig want toekomstprognoses tot het jaar 2025 worden veelal scherp neergezet. Hoewel de schattingen en de urgentie van het probleem ter discussie blijven staan, vat men de problematiek wel zo samen dat er bij ongewijzigd beleid in de VVT ofwel in 2025 voor slechts 60% van de cliënten volledige verzorging voorhanden is ofwel op dat moment is er nog slechts 60% van de huidige zorg voor alle cliënten beschikbaar (Goris en Mutsaers, 2008). Geen van beide scenario's is gewenst, maar het is zeer moeizaam om substantiële oplossingen te bieden door in zetten op het beperken van de zorgvraag of op een sterke toename van het aanbod aan zorgverleners. De verwachting is immers dat de zorgvraag toeneemt en dat het aanbod aan zorgverleners zal afnemen. Een andere en vermoedelijk effectieve aanpak is om middels arbeidsbesparende innovaties te proberen dit groeiende probleem het hoofd te bieden. Dat moeten dan wel maatregelen zijn die de kwaliteit van zorg minimaal gelijk houden en de arbeidsomstandigheden ook minimaal op hetzelfde niveau handhaven en bij voorkeur verbeteren.

Innovatie juist in de basiszorg van belang, maar ook kansrijk

Bovendien moet het ook gaan om een *substantieel* effect van de innovaties op het enorme volume aan basiszorg zoals die dag in dag uit wordt gegeven aan cliënten door vooral uitvoerend zorgverleners 'aan het bed'. Innovaties met een grote impact hierop verdienen, gezien de urgentie en omvang van de problematiek, prioriteit boven innovaties die invloed hebben op handelingen die minder vaak voorkomen. Ook zullen innovaties makkelijk en snel ingevoerd moeten kunnen worden en bij voorkeur kosteneffectief moeten zijn. Het genoemde STG rapport benadrukt dat volledige landelijke invoering van een innovatie maximaal 5 jaar in beslag zou mogen nemen (Goris en Mutsaers, 2008). Dat is een forse uitdaging, want een dergelijke tijdspanne is voor innovaties in de zorg vrij kort.

Innovaties kiezen en de kosten en baten afwegen

Met deze criteria in het achterhoofd zijn innovaties te selecteren en kunnen ze ook in de toekomst verder geselecteerd worden. Van belang is verder dat meer en meer duidelijk wordt dat innovaties *an sich* niet voldoende zijn: het gaat evenzeer om de juiste infrastructuur en organisatie die bepaalt of een



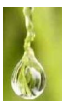
innovatie succesvol zal zijn (WRR, 2008). Grofweg 30% van de impact van een innovatie is te herleiden tot de technische kwaliteiten van de innovatie zelf, de overige tweederde door de wijze waarop deze binnen de instelling een plek krijgt (Dalm, 2007). Het gaat dus niet alleen om de aanschaf en dus niet alleen de kosten daarvan. Ook alle organisatorische, kwantitatieve en kwalitatieve aspecten daaromheen moeten betrokken worden bij de afweging om een innovatie in te zetten. Deze factoren worden met enige regelmaat onderschat, maar zijn sterk van invloed op de kosten-baten verhouding van een innovatie en moeten dus betrokken worden bij de besluitvorming. Daar zit in zekere zin een tegenstelling in. Rondom innovaties is immers nog veel onbekend: dat is inherent aan het begrip innovatie. Zeker als het gaat om de lange termijn effecten en dus met name die kosten en baten van implementatie is er nog veel onbekend. En toch is enige zekerheid op dit gebied nodig voor instellingen om betrouwbaar, eenvoudig en volledig afwegingen te maken over de kosten en baten van niet alleen de aanschaf van, maar ook de invoering van innovaties.

Selectie van innovaties

De criteria die bij de selectie van innovaties gehanteerd kunnen worden zijn dus kort samengevat:

- minimaal gelijkwaardige kwaliteit van zorg
- minimaal gelijkwaardige kwaliteit van arbeidsomstandigheden
- substantiële invloed op het basiszorgproces
- substantieel arbeidsbesparend effect
- kosteneffectief
- eenvoudig en snel in te voeren

In eerste instantie werd in 2006 aan de hand van bovenstaande criteria een aantal kansrijke onderwerpen geselecteerd door praktijkdeskundigen uit instellingen. Zij stelden voor om een aantal daarvan te laten onderzoeken op kosteneffectiviteit en kans van slagen in de zorg in de vorm van businesscases in opdracht van de Stichting RegioPlus/Platform Zorginnovatie. Een businesscase is een zoveel mogelijk op effectonderzoek gebaseerde en betrouwbare bundeling van alle gegevens over en ervaringen met een innovatie uitgewerkt naar een concreet overzicht van kosten en baten in financiële, kwantitatieve en kwalitatieve zin. Uiteindelijk zijn inmiddels meer dan tien onderwerpen ook daadwerkelijk uitgewerkt naar zo'n businesscase. De meest recente zijn, op basis van de aanpak van de Stichting RegioPlus/ Platform Zorginnovatie, in opdracht van de Stichting A+O VVT opgesteld (Knibbe et al., 2006, 2007 en 2008, en Knibbe, Knibbe en Van Vught, 2008 en zie www.innovatiespiegel.nl).



Businesscases: kwaliteit en kwantiteit leren inschatten

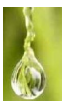
In dergelijke businesscases worden de beschikbare onderzoeken en de praktijkervaringen gebundeld. Bij het opstellen en toetsen daarvan zijn niet alleen zorgverleners en zorgmanagers betrokken geweest, maar ook cliënten. Ook het reeds genoemde rapport van Goris en Mutsaers (2008, STG/HMF) heeft enkele van de onderwerpen van de businesscases als de meest kansrijke bestempeld (met name Verzorgend Wassen/ Wassen zonder Water, innovaties op het gebied van incontinentiezorg, innovatieve vormen van wondverzorging). Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan de businesscases laat inderdaad zien dat hiermee aanzienlijke besparingen gerealiseerd kunnen worden, zonder aan kwaliteit van zorg en werk in te boeten. Het maakt echter eveneens duidelijk dat de juiste randvoorwaarden hiervoor onontbeerlijk zijn². Zoals aangegeven is slechts 30% van de kracht van een innovatie terug te voeren op de technische kant ervan. Het overige deel hangt af van de plek die de innovatie kan verwerven binnen de instelling. Voor het kunnen benutten van innovaties is kennis van die randvoorwaarden en de kosten ervan dus essentieel en deze zijn in de businesscases verwerkt.

Interactieve rekenmodules horen bij de businesscases

De rapportages van de businesscases zijn tevens omgezet in interactieve rekenmodules, waarmee een concreet en eenvoudig toepasbaar instrumentarium beschikbaar is. Daarmee kunnen instellingen zelf afwegingen in termen van kosten en baten maken om innovaties al dan niet in te voeren. In de businesscases wordt niet alleen gewerkt met kwantitatieve aspecten en afwegingen van kosten en baten, ook de kwaliteit van zorg (cliëntperspectief) en de beleving van het werk door zorgverleners heeft een integrale plaats. De indicatoren daarvoor zijn gevalideerd in overleg met koepels, cliëntorganisaties en uitvoerenden.

De businesscases gaan daarmee verder dan een bedrijfseconomische analyse kan doen. Met name het gebruik van gegevens uit effectonderzoek naar de kosten en baten van interventies in andere instellingen, het gebruiken van gegevens over de kosten van implementatietrajecten en het betrekken van kwalitatieve en belevingsaspecten bij de afweging geven de businesscases en rekenmodules een duidelijke meerwaarde boven reguliere berekeningen die niet over dergelijke op effectonderzoek gebaseerde kengetallen en ervaringen beschikken. Daarnaast blijkt in de praktijk dat het zelf virtueel doorrekenen van enkele scenario's toegepast op de eigen instelling (bijv. kleinere of grotere schaal

² Zo kan innovatief incontinentiemateriaal dat met een te brede indicatiestelling wordt ingezet, zowel de kosten, als de mate van incontinentie, als de tijd nodig voor incontinentiezorg doen toenemen. Bij een juiste indicatiestelling dalen de kosten substantieel, zijn meer cliënten continent en neemt zowel de fysieke belasting als de werkdruk voor zorgverleners af. Ook kunnen nog niet afgeschreven investeringen of de mate waarin een instelling al is voorzien van bepaalde voorzieningen een forse invloed hebben op de gunstige effecten die verwacht mogen worden van een innovatie. In de rekenmodules kunnen diverse opties gemoduleerd worden, waardoor nadelige of niet verwachte effecten tot op zekere hoogte voorkomen kunnen worden.



invoeren, stapsgewijs invoeren etc.) de betrokkenen praktijkgericht inzage geeft in de te verwachten kosten en baten.

Werken met businesscases als steun voor besluitvorming

Dit instrumentarium vormt dus een ondersteuning bij en stimulant tot een integrale afweging van kosten en baten van innovaties. Het vormt in feite een van de speerpunten van het project, waaronder ook dit onderzoek naar de resultaten van de InnovatieSpiegel valt. De businesscases stellen een instelling in staat om op basis van zorgvuldige afwegingen een besluit te nemen in de vorm van:

1. het invoeren van de innovatie
2. het niet invoeren van de innovatie
3. het invoeren van een alternatief.

Dat houdt dus ook in dat het afwegingsproces rondom kosten en baten zeer centraal staat en niet het zonder meer invoeren van een aanbevolen werkwijze. Het niet invoeren kan immers ook een uitkomst zijn van de afweging.

We zullen nu zien welke resultaten vanuit instellingen en organisaties in de VVT zelf genoemd worden als het gaat om de mate waarin ze inzage hebben in kosten en baten, in de mate van invoering, de afweging rondom dit proces en het innovatieklimaat in de organisaties.



3. Methode

Werkwijze

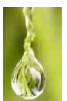
De InnovatieSpiegel werd zowel via internet als schriftelijk aangeboden aan het management van instellingen in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Instellingen werden via diverse kanalen uitgenodigd tot deelname: schriftelijk, via meldingen in nieuwsbrieven, via internet en direct via de bijeenkomsten in het kader van het project. De vragenlijst is te vinden op [www.innovatiespiegel](http://www.innovatiespiegel.nl) en kan daar ook volledig on-line ingevuld worden in maximaal 15 minuten.

De lijst is ontwikkeld op basis van de literatuur, de innovaties en de businesscases die gekozen waren voor het project en werd kort gepilot bij de doelgroep. De factoren die van invloed zijn op innovatie in de zorg zijn ontleend aan onderzoek van Berwick (2003). Hij komt tot zeven factoren die de diffusie, implementatie en acceptatie van innovaties specifiek in de zorg zouden bevorderen. We bespreken deze factoren bij de resultaatbespreking verderop in dit hoofdstuk.

Respons

Uiteindelijk bleken er na opschoning van het bestand 193 InnovatieSpiegels te zijn ingevuld op de voor deze rapportage gekozen sluitingsdatum van 1 juli 2009. Daarvan bleken er 37 niet in onze doelgroep te vallen, omdat zij bijvoorbeeld afkomstig waren van algemene ziekenhuizen of bedrijven of omdat het om meerdere respondenten uit eenzelfde zorggroep ging of omdat de respondent niet in de doelgroep van hoger of midden management viel (bijv. een verzorgende of trainer).

Daarmee resteerden 156 goed ingevulde spiegels. Hoewel dit voor de analyses een mooi aantal is, is de respons daarmee vrij laag als we het aantal benaderde locaties als uitgangspunt nemen: rond de 10%. Wanneer we het aantal zorggroepen als uitgangspunt nemen is dit hoger: rond de 25%, maar nog altijd aan de lage kant. Anderzijds is het aantal belangrijk hoger dan eerder onderzoek naar innovatie in deze branches. Zo kwam een enigszins vergelijkbare internetpeiling van het STG Health Management Forum niet verder dan 9 respondenten uit de CARE branche (Mutsaers, 2008). Zij constateren dan ook dat dit 'betreurenswaardig laag' is en op zich al te denken geeft als het gaat om de aandacht voor innovatie in deze branches. We constateren dat we met deze groep van 156 respondenten uit de doelgroep van hoger en middenmanagement uit deze branche belangrijk hoger zitten dan in dit eerdere onderzoek. Desondanks blijft de respons aan de lage kant en we zullen de resultaten dan ook voorzichtig moeten interpreteren. De reden daarvan is dat er sprake kan zijn van selectie in de respondentengroep: een vertekening van de eindresultaten. Het is dan in principe de vraag of er aanwijzingen zijn dat en zo ja in welke richting zo'n selectie eventueel mogelijk is ontstaan. Daartoe hebben we een vergelijking gemaakt met eerdere landelijke monitorings rondes naar



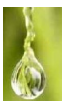
de implementatie van nieuwe hulpmiddelen in de zorg om fysieke belasting terug te dringen. Daar was sprake van een voorhoede van instellingen en organisaties die vrij snel de vernieuwingen oppikte en invoerde en een groep die volgde en pas in latere fases aan de slag ging en in eerste instantie dus min of meer 'de kat uit de boom' keek. Deze vier monitoringsrondes kenden een veel hogere respons (meer dan 65%, Knibbe et al, 2008). Dan blijkt dat de instellingen/organisaties die nu hebben meegedaan een positieve selectie vormen uit die grotere groep als het gaat om hun preventiebeleid en beleid rond hulpmiddelen in zijn algemeenheid. Ze vallen opvallend vaak onder de groep die destijds als voorhoede is bestempeld. We kunnen daarom wellicht stellen dat de groep die nu aandacht heeft voor innovatie in de zin van deelname aan dit nieuwe project, ook in andere opzichten wellicht wat proactiever is en meer openstaat voor innovatie of vernieuwingen / verbeteringen in algemene zin. De resultaten zullen daarom wellicht een te positief beeld geven van de innovatiegeneigdheid.

Daarnaast is het van belang op te merken dat de lijst vrijwel altijd is ingevuld vòòrdat deze organisaties participeerden in het project. De resultaten zijn dus in die zin als een nulmeting voor het project als geheel te beschouwen.

Wanneer we een onderverdeling naar functies maken zien we de managementgroep het meest frequent vertegenwoordigd in het bestand. Enige overlap is niet uitgesloten omdat sommige functies ook niet zeer scherp te scheiden zijn. We stellen in elk geval vast dat de lijst is ingevuld door de beoogde doelgroep.

Tabel 3.1. Overzicht functies respondenten (n=156)

Functie / taak	Percentage
Directie / directeur	18,9
Locatiemanager	18,8
Manager Zorg / Zorgmanager	9,6
Beleidsmedewerker Kwaliteit	9,4
Clusterhoofd	6,9
Hoofd Zorg (& welzijn)	6,8
Stafmedewerker	6,1
Sectormanager	5,8
Verpleegkundig specialist	3,4
Raad van Bestuur	2,1
(Bedrijfs)fysiotherapeut/ ergotherapeut	2,1
Arbo-coördinator / contactpersoon	2,1
Projectleider I & O	1,1
<i>Diversen of niet goed in te delen</i>	6,9
Totaal	100



Conclusie

Hoewel de InnovatieSpiegel is ingevuld door een onderzoeksgroep van een mooie en voldoende omvang voor onze analyses is de respons laag. We zien dat, als er sprake is van selectie, deze gaat in de richting van een sterkere innovatiegeneigdheid van de deelnemende groep ten opzichte van de landelijke groep. De doelgroep van de checklist, namelijk management, blijkt inderdaad goed vertegenwoordigd te zijn in het uiteindelijke bestand dat is gebruikt voor de analyses.



4. De mate van toepassing, het ingeschatte belang van en het inzicht in kosten en baten van innovaties in de basiszorg in de VVT

Innovaties en hun mate van toepassing: marge voor verbetering

Allereerst zijn de meningen gevraagd over twaalf innovaties die in meer of minder mate te maken hebben met de basiszorg zoals die in de VVT dagelijks wordt verleend. Het grootste deel daarvan is ook vanuit het project onderzocht en aangeboden in de vorm van de businesscases. Onder een businesscase wordt in dit rapport verstaan een bundeling van onderzoeks- en ervaringsgegevens over een innovatie, een management summary daarvan en een interactieve rekenmodule waarmee men zelf de kosten en baten van de innovatie voor de eigen instelling door kan rekenen. Voor elke businesscase zijn deze drie onderdelen te vinden op de website van het project (www.innovatiespiegel.nl).

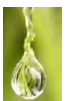
We geven nu per onderwerp de resultaten weer. Van de lijst van 12 innovaties kon allereerst aangegeven worden of men die zelf in de eigen instelling toepaste. Daarmee kan de marge voor innovatie aangegeven worden. Innovaties die immers al op redelijke schaal worden toegepast kunnen de naam 'innovatie' niet echt meer dragen en hoeven ook niet verder gestimuleerd te worden. Wel is het van belang er rekening mee te houden dat de invoering van innovaties veelal gefaseerd verloopt: van 'early innovators' (instellingen die bereid zijn nog vrij onbekende innovaties te gaan uitproberen) tot 'laggards' (instellingen die als laatste van de groep een innovatie inzetten).

Het ging om de volgende twaalf. We hebben daarbij geprobeerd de spanbreedte van innovaties in de zorg te omvatten. Daarbij zijn als het ware twee assen gekozen: technisch versus niet technisch en product versus procesinnovatie. Zowel de technische (bijv. domotica en medicijndeelsystemen) als de minder technische innovaties (bijv. aangepaste kleding en bedopmaaksystemen) en zowel product-innovaties (bijv. verzorgend wassen) als procesinnovaties (bijv. toetsen, trainen en scholen) zijn zodoende vertegenwoordigd.

Voor de lezer die niet vertrouwd is met de innovaties volgt nu een korte omschrijving.

1. Verzorgend wassen in combinatie met een warmhoudcassette

Met deze wasmethode worden cliënten volledig gewassen zonder gebruik van water, zeep en een handdoek. De methode betekent dus een forse omslag in werkwijze. Bij een juiste invoering en indicatiestelling blijkt de methode een aanzienlijke tijdbesparing op te leveren, de fysieke belasting te verbeteren en ook de kwaliteit van zorg te verbeteren.



2. *Deelsystemen voor medicijnen*

Met ICT ondersteunde, zeer praktische systemen die een kwalitatief veel betere, veiliger en meer efficiënte begeleiding en ondersteuning bij gebruik van medicatie bieden.

3. *Domotica*

Het cluster van veelal vrij technische voorzieningen die het wonen makkelijker, comfortabeler en veiliger kunnen maken.

4. *Plafond-tilsystemen*

De nieuwste generatie plafondtilliften heeft een duidelijke meerwaarde boven gewone tilliften. Het gaat dan om kwaliteit van zorg, efficiency, gebruik van ruimtes/bouw en fysieke belasting. Ze zijn bijvoorbeeld ook inzetbaar bij allerlei zorghandelingen in en om het bed. De investering is daarmee voor meer doeleinden geschikt dan de oudere systemen. Wel blijken de voordelen zich pas voor te doen onder bepaalde randvoorwaarden en de combinatie met gewone tilliften is nog steeds noodzakelijk.

5. *Toetsen in plaats van scholen*

Het scholen van medewerkers neemt veel tijd in beslag en is niet altijd effectief. Het gericht scholen op lacunes op basis van een toets blijkt efficiënter en effectiever en wordt door de deelnemers positiever ervaren. Wel is aandacht nodig voor kwaliteitsbewaking, hetgeen op zich ook een kostenpost is.

6. *Ergonomische schoonmaakmethodes*

Het gaat hier om methodes die gebruik maken van microvezels, speciale sprays en werktechnieken. De visie op de structurele inzet van deze methode is, zeker voor de zorg, de laatste jaren veranderd. Niet alle claims uit het verleden blijken namelijk terecht, maar er zijn wel degelijk kansen om structureel voordeel te behalen in de zorg als het gaat om efficiency en fysieke belasting.

7. *Incontinentie*

Een van de grootste kansen ligt op het gebied van (in)continentiezorg. Zowel op het gebied van innovatieve preventie methodes, als van nieuw incontinentiemateriaal als op het gebied van het beperken van de nadelige gevolgen van incontinentie zijn forse kansen aanwezig die nu onderbenut zijn. Dit is een van de meest kansrijke onderwerpen als het gaat om innovatie,



maar ook een van de meest complexe om in te voeren. Er zijn positieve effecten op de zorg, maar zeker ook op werkdruk en fysieke belasting.

8. *Opmaaksystemen voor bedden*

Oude systemen worden meer en meer vervangen door slimme laken- en opmaaksystemen. Zowel voor de linnendienst als voor cliënten en zorgverleners zijn er onverwacht grote voordelen verbonden aan dit soort in de praktijk zelf ontwikkelde systemen. Ze zijn echter niet allemaal even slim en de kosten variëren sterk.

9. *Opstasystemen (stoel, bed, toilet)*

Allerlei innovaties zijn erop gericht dat cliënten makkelijker, veiliger en langer zelfstandig op kunnen staan. Als een cliënt zelf op kan staan betekent dat dat hij/zij minder een beroep hoeft te doen op de zorgverlener en ook dat zijn functies langer in stand blijven en dat de cliënt zelf kan bepalen wanneer hij/zij bijv. uit bed komt.

10. *Aangepaste kleding*

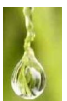
Innovatieve aanpassingen maken zorg mogelijk die snel, comfortabel en fysiek minder belastend is. Niet in alle gevallen is dat echter zo en er is afstemming nodig op bijvoorbeeld de soort incontinentiemateriaal. Ook speelt de wijze van bekostiging en het uiterlijk een grote rol bij de afweging van kosten en baten en de effecten voor de cliënten.

11. *Aanpasbare en ruimtebesparende badkamersystemen*

Het gaat hier om innovatieve badkamers die zonder technische ingrepen aan te passen zijn aan zowel zelfredzame als volledig passieve cliënten. Er zijn niet alleen grote logistieke en bouwkundige voordelen te behalen met dit type systemen, maar ook zorginhoudelijk en voor wat betreft fysieke belasting gaat het hier om relevante innovaties. Wel is voor een reële afweging van kosten en baten een uitgesproken lange termijn visie nodig.

12. *Innovaties in het basiszorgproces*

Als we het totale zorgproces bekijken zitten er op diverse momenten in dat proces kleinere en grotere kansen om met innovaties aan de slag te gaan. Variërend van bijzonder drinkbekers tot een slimme volgorde van aan- en uitkleden. Ze blijken soms ook onderling samen te hangen. Een nieuw ontwerp voor bedden heeft bijvoorbeeld pas nut als er ook een opmaakstelsel is dat daarbij aansluit.



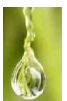
Resultaten: de mate van toepassing

De resultaten zijn weergegeven in overzichtstabel 4.1. en radargrafiek 4.1 met als eerste de gegevens over de mate van toepassing van de innovatie. Duidelijk te zien is dat er sprake is van een groot verschil in de toepassingsgraad van de verschillende innovaties. Dat geldt ook wanneer we corrigeren voor de thuiszorgrespondenten waarvoor vanzelfsprekend iets als een bedopmaakstelsel niet of slechts beperkt in hun invloedssfeer ligt. Domotica, medicijndeelsystemen en de procesmatige innovatie rondom toetsen en scholen worden het meest toegepast. En omgekeerd: plafondtilsystemen, verzorgend wassen en nieuwe bedopmaaksystemen worden het minst toegepast. Terwijl juist bij die laatste twee er een aantoonbaar en fors volume aan arbeidsproductiviteit gewonnen kan worden, bovendien zonder dat hierbij een complex en daardoor veelal kostbaar implementatietraject voor nodig is³. Innovaties in het basiszorgproces scoren ook hoog, maar nemen een bijzondere plaats in. Het oordeel op dit punt is wel lastig te interpreteren omdat het op deze wijze erg generiek geformuleerd was.

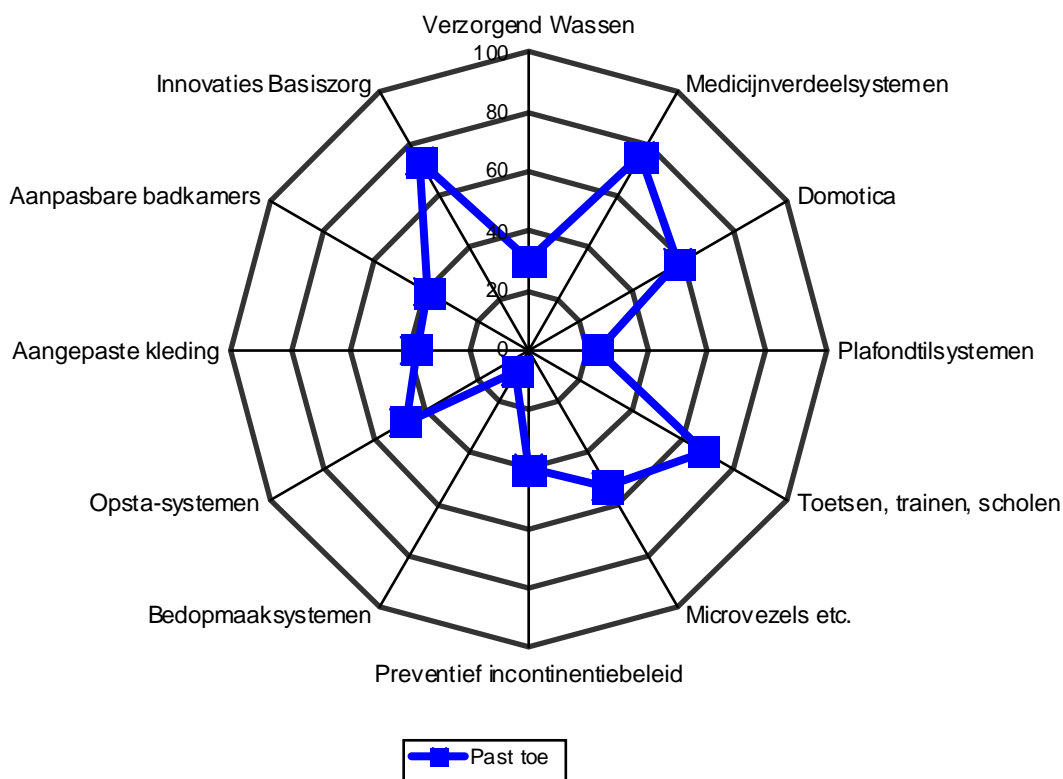
Bijzonder was dat lang niet alle managers wisten welke innovaties wel en welke niet werden toegepast in de eigen organisatie: enkelen gaven aan dat zij dat feitelijk zijn gaan navragen op de afdeling of in de teams. Zij ervoeren dat als informatief en gaven aan dat het niet weten van het antwoord een lacune in hun zicht was en dat het je laten informeren al een belangrijke stap is om zicht te krijgen op de innovatiekracht van de organisatie. Het zicht op het type innovaties is op een hoger niveau in de organisaties kennelijk niet altijd volledig.

We kunnen in elk geval stellen dat de marge voor verdere invoering van innovaties aanzienlijk is voor de meeste in het project geselecteerde innovaties, met uitzondering van wellicht medicatiedeelsystemen die vrij breed al worden toegepast. Domotica was bewust niet opgenomen in de serie businesscases en is als controle-item in de vragenlijst opgenomen. We zien dat dit ook terecht was: het gaat hier om een al vrij breed toegepaste innovatie: in elk geval bij deze groep. De onderwerpen voor de businesscases zoals die in het project meedraaien zijn oorspronkelijk geselecteerd door vertegenwoordigers van instellingen zelf en zij lijken daarmee een goede keuze te hebben gemaakt. De innovaties kunnen dus min of meer terecht als innovatie bestempeld worden. Dat geldt eens te meer daar we eerder vaststelden dat onze groep respondenten vermoedelijk een groep is die iets meer neigt naar innovatie dan de gemiddelde groep VVT-instellingen. Er is dus wel degelijk een marge voor innovatie als we alleen kijken naar de toepassingsgraad.

³ Dit type gegevens is ontwikkeld en vastgelegd per onderwerp in de businesscases die zowel in tekst als in de vorm van een rekenmodule terug te vinden zijn op de website van het project: www.innovatiespiegel.nl



Radargrafiek 4.1. Het percentage respondenten dat aangeeft de betreffende innovatie toe te passen in de eigen instelling (n= 156)



Tabel 4.1. De mate van toepassing van 12 innovaties, het ingeschatte belang ervan en de mate waarin men voldoende inzage heeft in de kosten en baten van de betreffende innovatie (n= 156).

Innovaties	Past u dit toe ? (% 'JA')	Hoe belangrijk vindt u deze innovaties ? (rapportcijfer)	Voldoende inzage in kosten en baten? (% 'JA')
1. Verzorgend Wassen <i>Zonder water en zeep sneller en vaak beter cliënten wassen</i>	30	6,1	20
2. Medicijnverdeelssystemen (vb. Baxter) <i>Mogelijk sneller en beter en met minder medicatiefouten medicatie delen</i>	75	8,2	40
3. Domotica <i>Digitale oplossingen voor alarmering, verlichting, gordijnen, deuren</i>	58	7,2	10
4. Plafondtilsystemen, <i>Tilliften die aan het plafond zijn bevestigd</i>	23	6,0	32



Innovaties	Past u dit toe ? (% 'JA')	Hoe belangrijk vindt u deze innovaties ? (rapportcijfer)	Voldoende inzage in kosten en baten? (% 'JA')
------------	---------------------------	--	---

5. Toetsen, trainen of scholen <i>Slimmer, effectiever, sneller scholen en trainen</i>	68	8,1	25
6. Innovatief schoonmaakmateriaal <i>Met microvezels professioneel, snel en effectief schoon</i>	53	6,6	30
7. Preventief incontinentiebeleid <i>Bewezen effectieve methodes om incontinentie deels te voorkomen en leefbaarder te maken</i>	40	7,8	11
8. Innovatieve bedopmaaksystemen <i>Sneller, handiger en lichter bedden opmaken en verschoneren</i>	8	6,8	8
9. Opstasystemen voor cliënten uit bed <i>Zelfredzaamheid bevorderen en daardoor minder werkdruk</i>	48	7,6	28
10. Aangepaste kleding <i>Mooier, zelfstandiger en fysiek lichter kleden</i>	38	6,8	18
11. Aanpasbare badkamersystemen <i>Voorzieningen die snel aanpasbaar en efficiënter zijn</i>	39	7,2	20
12. Innovaties in het basiszorgproces <i>Inventief alle schakels doorlichten en efficiënter maken: innovatief als werkwijze</i>	73	8,3	22

Het belang van de innovaties

Om een innovatie toe te passen is het nodig om niet alleen na te gaan of deze al bekend is in de instelling, maar vanzelfsprekend ook of men deze daarvoor belangrijk genoeg vindt. Dit kon men aangeven middels een rapportcijfer tussen de 1 en de 10. Ook deze resultaten laten een duidelijk verschillend profiel zien, waarbij opvalt dat de minder toegepaste zeker niet altijd slechter scoren op dit punt. Zo scoren de opstasystemen matig als het gaat om de graad van toepassing, maar ze worden van vrij groot belang geacht met een 7,6 als score.

Radargrafiek 4.2 en tabel 4.1. laten de beoordeling zien, met de hoogste scores voor de medicijndeelsystemen, toetsen, trainen of scholen, preventief incontinentiebeleid, opstasystemen en innovaties in het basiszorgproces. Geen van de andere, minder hoog ingeschatte, innovaties scoort echter een onvoldoende. Opmerkelijk is wel de wat lagere score van verzorgend wassen (voorheen



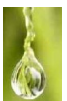
wassen zonder water genoemd). Het volume aan arbeidsbesparing dat hiermee bereikt kan worden is wel degelijk fors, zonder dat er sprake is van kwaliteitsverlies. Onderzoek laat juist zien dat er veelal sprake is van een verbetering van kwaliteit van zorg en werk (zie de bijbehorende businesscase). De wat mindere score op het gebied van waardering kan in dit geval het op voorhand vaak wat minder goede imago van deze innovatie weerspiegelen. Sommige innovaties kampen nu eenmaal met vooroordelen en dit is er vermoedelijk een van. Daardoor kunnen we vaststellen dat er niet alleen (zie hierboven) een duidelijke marge voor verbetering van de toepassing van innovaties is, maar ook dat de waardering van innovaties niet altijd synchroon loopt met de toepassingsgraad.

Daarnaast stellen we vast dat de inschatting van de waarde van de innovaties niet altijd synchroon loopt met de waarde en de kosteneffectiviteit zoals die uit de inmiddels ontwikkelde businesscases naar voren komt (zie www.innovatiespiegel.nl).

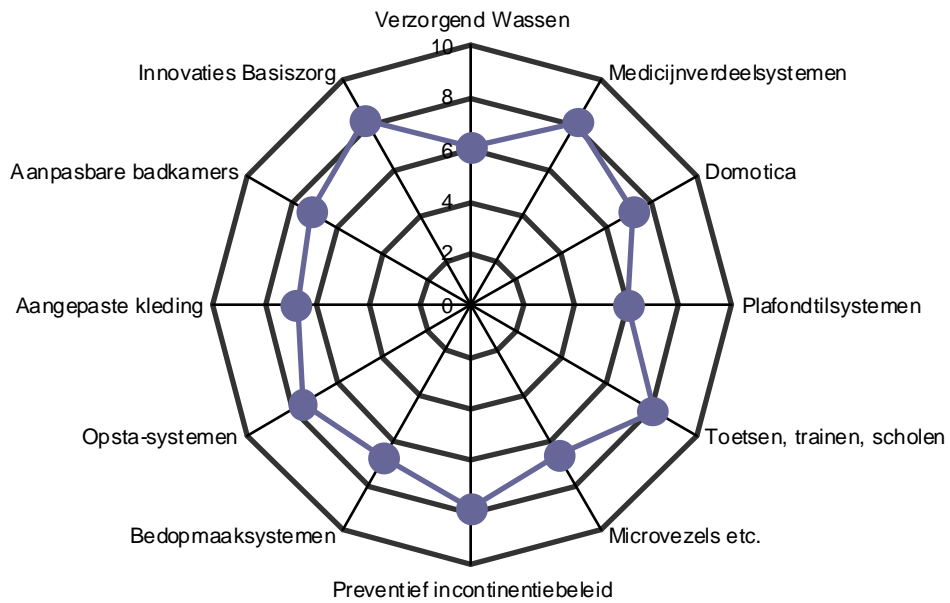
Inzage in kosten en baten

Vervolgens is als derde onderdeel van dit cluster gevraagd of men voldoende inzage had in de kosten en baten van de rij met de twaalf innovaties. Deze scores wijken als geheel duidelijk af van de overige scores. Ze zijn namelijk vrijwel allemaal aan de lage kant en ook vrij consistent laag: zie radargrafiek 4.3. en tabel 4.1. Voor alle innovaties gezamenlijk geldt dat gemiddeld 22% van de (meestal) managers aangeeft hier voldoende zicht op te hebben. Dat is zonder meer een lage score. Er zijn ook geen echte uitschieters, met wellicht een kleine uitzondering voor de medicijndeelsystemen. Kennelijk is dit beperkte inzicht in kosten en baten van innovaties iets dat voor alle gevraagde innovaties geldt.

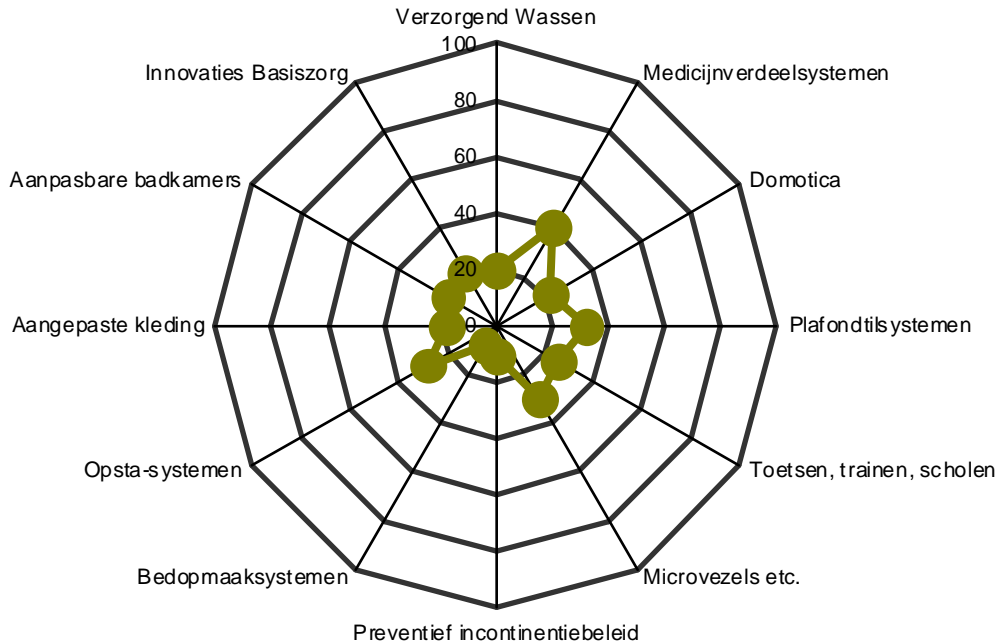
Op zich kunnen we daarmee ook vaststellen dat het doel van het project, namelijk om instellingen meer inzage te bieden in de kosten en baten een relevante doelstelling is. Een gebrek aan inzage in die kosten-baten verhouding kan immers een belangrijke drempel tot innoveren oproepen. We benadrukken hierbij nog even dat deze lijst bij vrijwel alle respondenten is afgenomen voordat zij participeerden in het project.



Radargrafiek 4.2. De waardering van respondenten voor de innovaties in de vorm van een rapportcijfer (n= 156)



Radargrafiek 4.3. De mate waarin men inzage heeft in kosten en baten van een innovaite (percentage dat aangeeft hier voldoende zicht op te hebben) (n= 156)

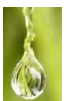
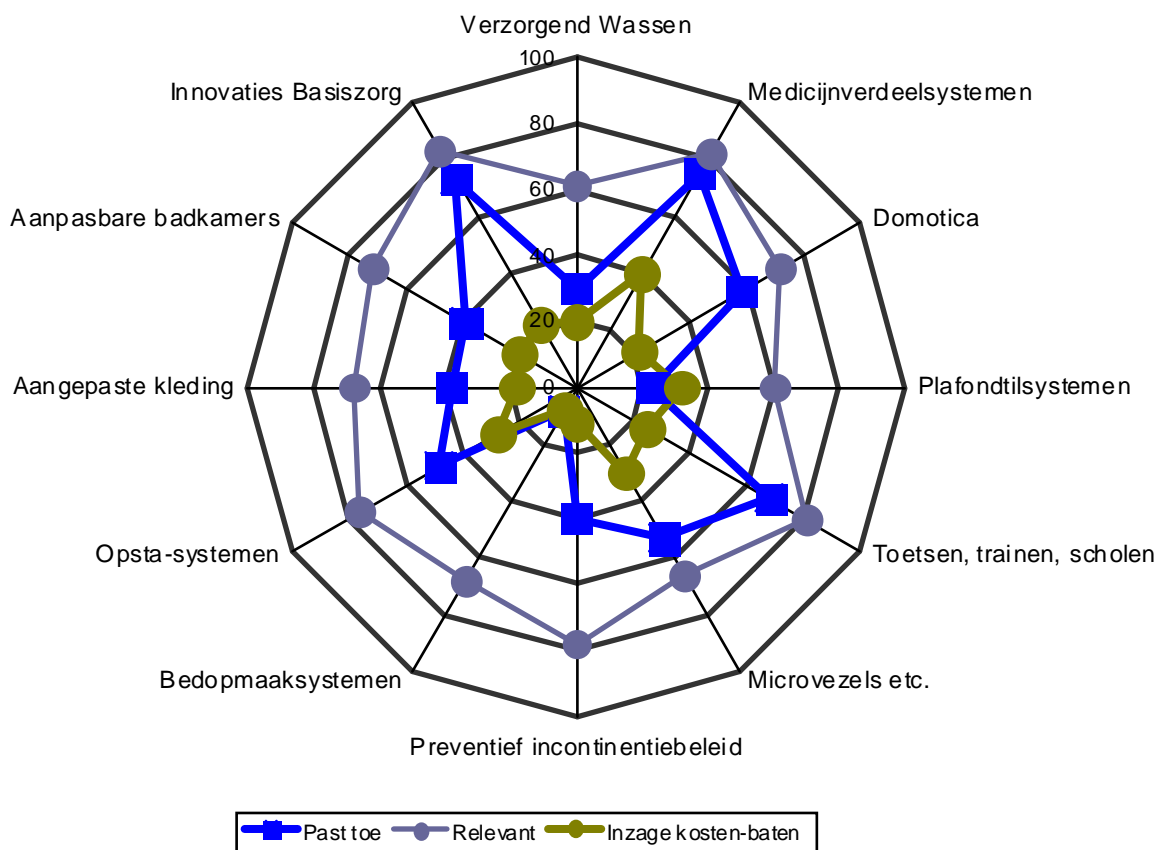


Overzicht

In radargrafiek 4.4. is alle informatie nogmaals gezamenlijk weergegeven. Dan zien we dus bij sommige innovaties een duidelijke overeenkomst tussen de mate van toepassing en het belang ervan (vb. medicijndeelsystemen) en bij andere nadrukkelijk niet (vb. verzorgend wassen).

We concluderen dat, althans met betrekking tot deze serie innovaties, de toepassingsgraad wisselt, dat men de relevantie van de in het project gekozen innovaties over het algemeen hoog inschat en dat het inzicht in de kosten en baten bij allemaal beperkt is bij deze groep van vooral managers. Per innovatie is het profiel wel wisselend, zoals het duidelijkst zichtbaar is in de overzichtsradargrafiek 4.4. Het grootste verschil doet zich voor bij de bedopmaaksystemen: nauwelijks zicht op kosten en baten, nauwelijks toegepast en wel relevant geacht. En omgekeerd bij de medicijndeelsystemen: de personen die het systeem relevant achten, passen het ook toe en het inzicht in kosten en baten is het best van allemaal.

Radargrafiek 4.4. Totaaloverzicht van de innovaties als het gaat om de mate van toepassing, de ingeschatte relevantie en de inzage in kosten en baten (n= 156)



5. Klimaat voor de toepassing van innovaties in de instelling

Inleiding

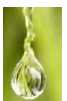
Om dit thema zo concreet mogelijk uit te vragen is een serie stellingen geformuleerd waar men zich over uit kon spreken. De onderwerpen zijn ontleend aan eerder onderzoek en aan de literatuur over innovaties in de zorg. Ze gaan over het innovatieve klimaat in de instelling en dan uitgesplitst naar de verschillende organisatieniveaus: van management tot werkvloer. Innovaties invoeren is immers niet eenvoudig en, afhankelijk van de soort innovatie, kan er op grotere of kleinere barrières gerekend worden waardoor het uiteindelijke innovatieve ‘klimaat’ in de organisatie gunstig of minder gunstig is.

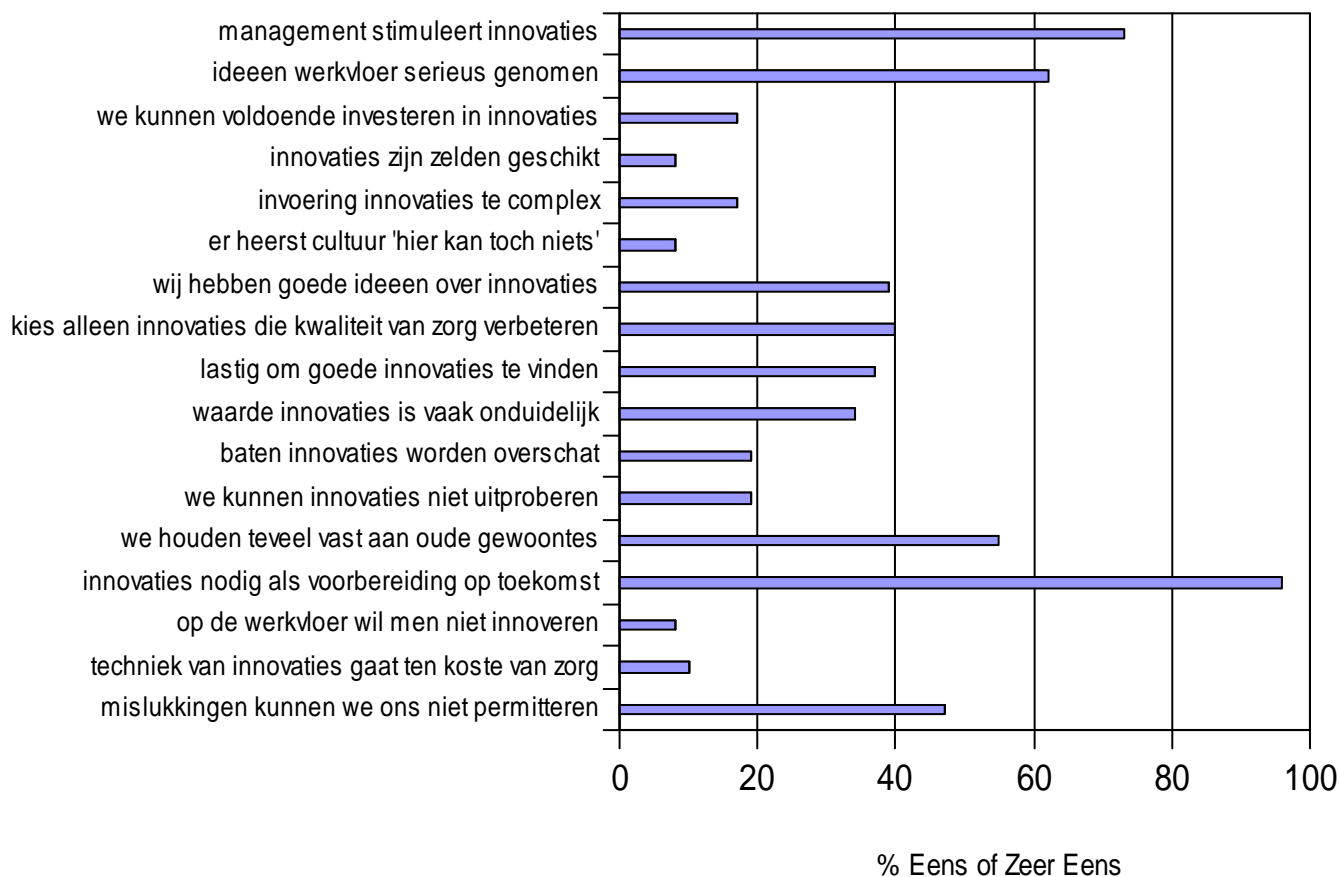
Resultaten

De meest voorkomende barrières of, positief geformuleerd, randvoorwaarden, hebben we op een rij gezet en aangegeven kon worden of men deze ook in de eigen instelling als zodanig ervoer of niet. De antwoorden zijn weergegeven in tabel 5.1., waarbij de percentages '*eens*' en '*volledig eens*' met de stelling zijn aangegeven. Voor een aanvullend inzicht in de spreiding van de scores zijn ook de gemiddelde scores in figuur 5.1. weergegeven variërend van 10 tot het maximum van 50 punten (als men het geheel met de stelling eens was).

Conclusies

Als we de onderwerpen en de scores overzien kunnen we de volgende conclusies trekken. We zien dat deze groep respondenten gemiddeld genomen innovaties noodzakelijk acht om voorbereid te zijn op de toekomst: daar is men het vrijwel volledig over eens. Daarnaast geven ze zelf aan in de instelling een positief innovatief klimaat te creëren door innovaties vanuit het management te ondersteunen en ze bevestigen in dat kader de ideeën vanuit de werkvloer serieus te nemen. Omgekeerd benadrukken de meesten dat er beslist geen cultuur heerst dat er 'toch niets zou kunnen' in de instelling. Ook wordt het weinig innoveren niet veroorzaakt doordat innovaties niet geschikt zouden zijn, noch doordat de werkvloer niet zou willen innoveren, noch doordat innovaties de kwaliteit van zorg in gevaar zouden brengen. Wel kiest men vooral innovaties die de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden. Bijna de helft (40%) stelt zelfs dat men alleen innovaties kiest die dat doen. Dat is opmerkelijk en van belang voor de kans van slagen van bepaalde innovaties. Een innovatie die bijvoorbeeld alleen de arbeidsproductiviteit zou vergroten zonder de kwaliteit van zorg positief te beïnvloeden maakt bij hen





Figuur 5.1. Overzicht van de scores op de stellingen over innovatief klimaat in de instelling grafisch weergegeven (zie tabel 5.1. voor details) (n= 156).

in feite geen kans.

De aarzelingen zitten meer op de volgende punten. Het blijkt voor een deel van de groep lastig om goede innovaties te vinden, de waarde is niet altijd duidelijk genoeg, er wordt teveel aan oude gewoontes vastgehouden, men vindt dat men niet voldoende kan investeren in innovaties en, vrij opvallend, men heeft het idee zich geen mislukkingen te kunnen permitteren. Dat laatste is in principe funest voor innovaties. Voor innoveren is een klimaat nodig waarin ook zo nodig dingen uitgetest moeten kunnen worden met als risico dat het uiteindelijk toch geen succes blijkt te zijn. Dat geldt uiteraard wel binnen de randvoorwaarden voor normale cliënt- en zorgverlener veiligheid. De rekenmodules zoals die inmiddels vanuit het overkoepelende project aangeboden zijn bieden instellingen in elk geval de mogelijkheid om de kans van slagen in verschillende scenario's door te



rekenen. Een van de potentiële uitkomsten is daarbij in elk geval ook dat die bepaalde innovatie niet zinvol is gegeven de setting van die instelling. Daarbij wordt in elk geval een iets veiliger 'uittestklimaat' geboden. Hoewel dit uiteraard nooit een feitelijke test in de echte praktijk zal kunnen vervangen, kan men hiermee de risico's wel enigszins beperken.

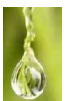
Voor wat betreft de financiële randvoorwaarden blijkt dat met name in de thuiszorg de marge om innovaties in te zetten beperkt wordt door het strikte financiële kader, dat nogal eens contraproductieve prikkels voor innovatie in zich bergt. Innovaties die de tijd van de verzorgende handelingen verkorten, maar ook een kostprijs hebben, kunnen niet goed in een kosten-baten analyse tegenover elkaar gezet worden. Iets als 'verzorgend wassen' verkort bijv. de tijd van een wasbeurt, maar kan daarmee ook tot een verkorting van de tijd 'achter de voordeur' leiden en daarmee tot een vorm van productieverlies. Ook zal in veel gevallen de cliënt zelf de materiaalkosten van de innovatie moeten dragen (vgl. incontinentiemateriaal, schoonmaaksystemen, plafondtilliften etc.), terwijl de financiële voordelen zoals die intramuraal gelden (minder waskosten etc.) nauwelijks de moeite waard zijn voor een cliënt in de thuiszorg (een cliënt zal weinig financieel voordeel merken van een handdoek minder in de was). De financiële voordelen slaan dus soms elders neer. Dit maakt het positioneren van innovaties in de thuiszorg complexer en dat geldt in elk geval zeker en wellicht juist voor die lichamelijke basiszorg n verband met de directe koppeling aan de productie. Intramuraal kan het ook in een aantal situaties complex zijn omdat de ZZP systematiek nog niet volledig uitgekristalliseerd is. Wel kunnen sommige innovaties het aantal vrijheidsgraden om een zorgpakket binnen een ZZP-score kwalitatief goed in te vullen vergroten.

Tabel 5.1. Stellingen over innovatief klimaat in de instelling (n= 156)

Stelling	Gemiddelde score (10 - 50)	Percentage 'eens' of 'zeer eens'
1. Ons management stimuleert innovaties	38	73
2. Ideeën vanuit de werkvloer over innovaties worden altijd serieus genomen	37	62
3. We kunnen voldoende investeren in innovaties	26	17
4. Innovaties zijn zelden geschikt voor onze organisatie	24	8
5. Het invoeren van innovaties is te complex	25	17
6. Er heerst een cultuur van 'hier kan toch niets'	19	8



7. Wij hebben goede ideeën over innovaties	33	39
8. Wij kiezen alleen innovaties die de kwaliteit van zorg verbeteren	32	40
9. Het is voor ons lastig om goede innovaties te vinden	31	37
10. De waarde van innovaties is vaak onduidelijk	30	34
11. De baten van innovaties worden overschat	28	19
12. We kunnen innovaties niet uitproberen	26	19
13. We houden teveel vast aan oude gewoontes	32	55
14. Innovaties zijn nodig om op de toekomst voorbereid te zijn	43	96
15. Op de werkvloer zelf wil men er niet aan	23	8
16. De techniek van innovaties gaat ten koste van de zorg	26	10
17. We kunnen ons geen mislukkingen permitteren	39	47



6. Innovatieprincipes in de zorg gespiegeld aan de instellingen

Inleiding

Net als in veel andere sectoren is het accepteren en succesvol invoeren van innovaties in de zorg vaak een lastig en langzaam proces. Naar de meest effectieve aanpak is al wel het nodige onderzoek uitgevoerd, zonder dat het overigens tot een helder recept voor de aanpak is gekomen. Berwick onderzocht allerlei theorieën en onderzoeken op dit terrein en vergeleek de zorg met andere sectoren en publiceerde dit in het gezaghebbende tijdschrift JAMA (Berwick, 2003). Hij concludeerde dat er drie clusters van factoren zijn die innoveren specifiek in de zorg beïnvloeden.

perceptie

Allereerst de perceptie van de innovatie door de doelgroep die de keuze maakt: hoe denken managers er zelf over en wat verwacht men op de verschillende niveaus in de organisatie en ook wat verwacht de cliënt en zijn eventuele mantelzorger. We hebben daar in de beide vorige hoofdstukken aandacht aan besteed, waaruit bleek dat de perceptie nogal wisselt per innovatie, niet altijd synchroon loopt met de feitelijke waarde van een innovatie en dat het in elk geval ontbreekt aan inzage in de kosten en baten van innovatie, maar dat men het belang ervan in het licht van de toekomst nadrukkelijk deelt.

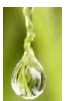
kenmerken personen

Ten tweede de kenmerken van de personen die met de innovatie moeten gaan werken: staan ze open voor innoveren, is er voldoende ruimte en budget om dit te doen.

context en managementkenmerken

Ten derde geeft Berwick aan dat de context en managementkenmerken van de organisatie van cruciaal belang zijn. Ze worden hieronder op een rijtje gezet. We gingen op deze beide clusters in het vorige hoofdstuk al enigszins in. Daarbij gaven respondenten aan dat het voor hen lastig is om goede innovaties te vinden, de waarde is voor hen niet altijd duidelijk genoeg, er wordt teveel aan oude gewoontes vastgehouden, men vindt dat men niet voldoende kan investeren in innovaties en, vrij opvallend, men heeft het idee zich geen mislukkingen te kunnen permitteren.

Berwick werkt dit uit naar aanbevelingen voor managers die het innovatieproces in hun organisatie willen versnellen.



Hij benadrukt vooral het belang van:

- vinden van bewezen (kosten-kwaliteits-effectief) en solide innovaties
- zoeken en ondersteunen van innovatoren / sleutelfiguren binnen de eigen organisatie
- het investeren en steunen van 'early innovators': in de vorm van een soort proeftuintjes
- het zichtbaar maken van deze 'early innovator' acties,
- het meten en meetbaar maken van de resultaten
- vertrouwen op en faciliteren van 'reinvention' oftewel het (flexibel) geschikt maken voor de eigen organisatie
- ruimte voor verandering bieden: experimenteeruimte in tijd en geld en vooral ook vertrouwen
- en het goede voorbeeld geven als manager

Resultaten innovatiefactoren: de waardering en de toepassing ervan

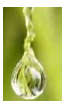
Deze aanbevelingen zijn als clusters in de InnovatieSpiegel opgenomen en de resultaten daarvan werken we nu uit. We benadrukken wel dat sociale wenselijkheid in de antwoorden niet uitgesloten kan worden. Wie zal er immers als manager zeggen dat er geen fouten gemaakt mogen worden in de eigen organisatie. Ondanks deze kanttekening zijn we van mening dat de resultaten de moeite waard zijn, zeker als spiegelinformatie.

Voor elk van de factoren is nagevraagd of men ze ook van belang acht (in de vorm van een rapportcijfer) en of men ze ook werkelijk zelf toepast als het gaat om innovatieprocessen. Opvallend is het grote verschil tussen het ingeschatte of ervaren belang van een innovatieprincipe en de feitelijke toepassing ervan.

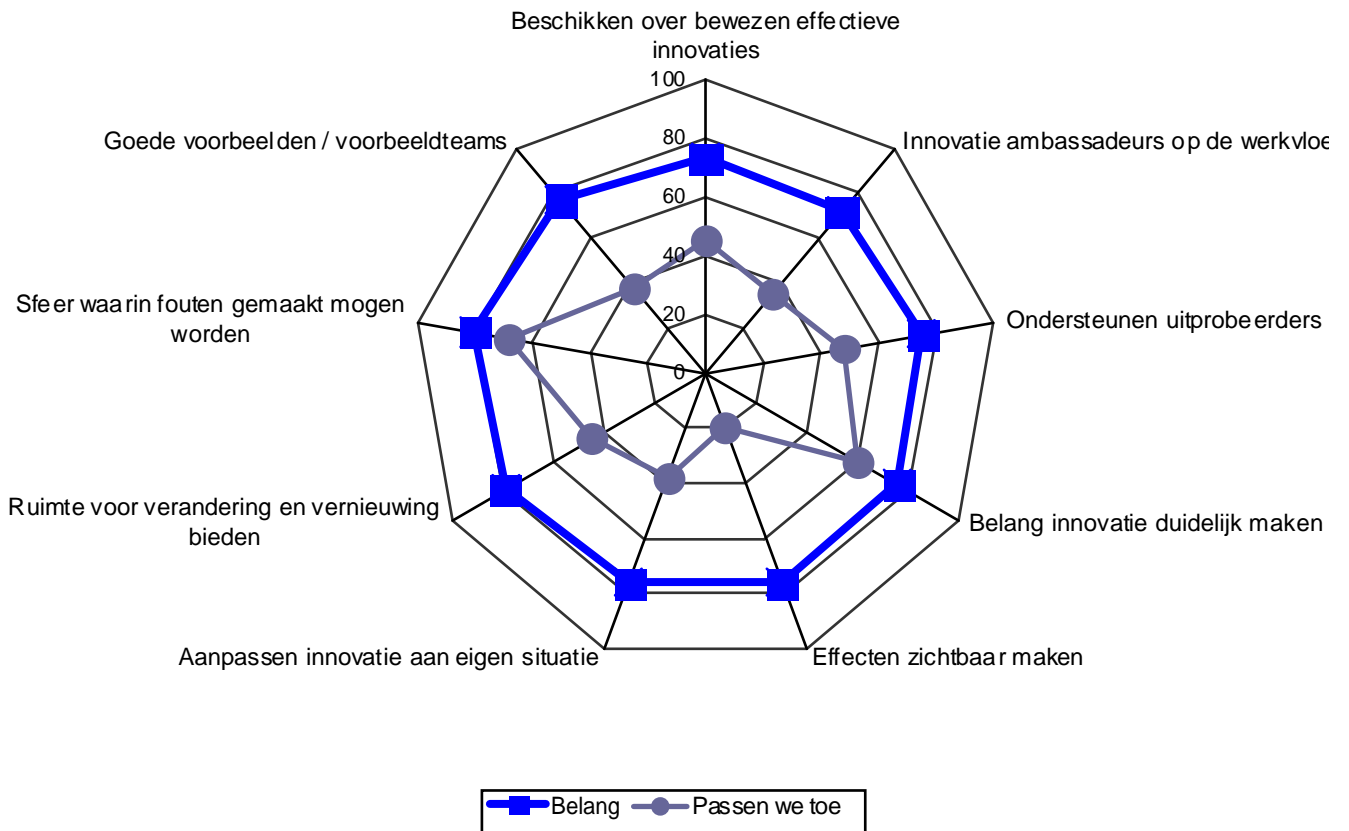
De meeste factoren worden tamelijk tot zeer relevant geacht, maar de toepassing ervan blijft veelal aan de lage kant. Gemiddeld genomen over alle factoren gezamenlijk verhouden de scores voor feitelijke toepassing zich tot het door de respondenten ingeschatte belang met een factor 0,56 : 1.

Het grootste verschil doet zich voor bij het 'zichtbaar maken van de effecten'. Dat vindt bijna 80% van belang, maar een klein deel (20%) doet dit ook feitelijk. Het kleinste verschil doet zich voor bij het hebben van een sfeer waarin fouten gemaakt mogen worden. Ook ongeveer 80% vindt dit belangrijk en rond de 70% past dit ook toe. Zeker in dit laatste geval kan sociale wenselijkheid in de antwoorden wel een rol hebben gespeeld, zoals we al aangaven. De meer concrete acties zoals het hebben van voorbeeldteams, innovatieambassadeurs etc. worden nog weinig toegepast.

Samengevat deelt men het belang van de factoren, maar men past ze nog weinig toe.

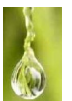


Figuur 6.1. Radargrafiek met een overzicht van de innovatiefactoren: het belang (in de vorm van een rapportcijfer x 10) en de toepassingsgraad (in percentages 'ja') (zie tabel 6.1. voor details) (n= 156).



Tabel 6.1. Belang en de toepassingsgraad van innovatieprincipes in de instellingen (n= 156)

Factoren die van invloed zijn op succesvol innoveren in de zorg	Belang dat men er aan hecht	Percentage dat dit ook toepast
1. Het beschikken over bewezen effectieve innovaties	73	45
2. Het beschikken over innovatoren op de werkvloer ('ambassadeurs voor innovatie')	72	35
3. Ondersteunen van personen die het als eerste willen uitproberen	75	48
4. Duidelijk maken dat innovatie van belang is	76	60
5. Zichtbaar maken van resultaten (effectmetingen)	76	20



6. Het aanpassen van de innovatie aan eigen gewoontes en situatie	76	38
7. Ruimte voor verandering en vernieuwing bieden	79	45
8. Fouten mogen maken	80	68
9. Het geven van goede voorbeelden of 'voorbeeldteams' inzetten	77	38

Eindrapportcijfer voor innovatie

Afrondend is gevraagd naar een rapportcijfer voor de innovatiekracht van de eigen organisatie: voor de mate waarin de eigen organisatie innovaties oppakt en invoert.

Gemiddeld werd een 6,4 gegeven door deze groep: een bescheiden voldoende. Er is sprake van spreiding in de antwoorden: van een 3 tot en met een 8. We benadrukken nogmaals dat dit cijfer de situatie weerspiegelt voorafgaande aan eventuele deelname aan het project en in die zin als een nulmeting te zien is. De hoop is vanzelfsprekend dat dit cijfer zal stijgen.

Suggesties voor vernieuwing in de zorg

In de vorm van een open vraag is tenslotte gevraagd naar eigen voorstellen, wensen en ideeën. De aard van deze suggesties varieert sterk. We geven ze in samengevatte vorm hieronder weer en in de bijlage in wat meer uitgebreide vorm.

Dubbel over subsidiëren van innovaties

Eenzijds wordt dit gevraagd, anderzijds wijst men dit ook weer af. Innovaties moeten zichzelf kunnen 'bedruipen' en het subsidiëren daarvan zet een rem op innovatief vermogen in de instelling. Anderzijds stelt men dat juist in de zorg het doorkomen van de vaak lastige startfase voor een innovatie een overbrugging vergt waarvoor extra financiële ruimte in de vorm van een startsubsidie onontbeerlijk is. Zeker in de thuiszorg zitten er bovendien contraproductieve prikkels in het systeem die innovatie remmen. We wezen daar al eerder op. Dan kan innoveren volgens sommigen niet zonder externe steun en/of aanpassing van de financieringsystematiek. Wel benadrukt men dat innoveren een soort permanente alertheid en aandacht vergt: of positiever geformuleerd een soort tweede natuur of sport zou moeten worden.

De huidige vormen van subsidie ervaart men over het algemeen niet altijd als waardevol omdat er veelal een lange looptijd en een complexe aanvraagprocedure is die men veelal niet zelfstandig of alleen met veel tijdsinvestering kan doorlopen.



Al dan niet werken met aandachtsvelders innovatie hoger of lager in de organisatie

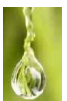
Een deel van de groep wil innovatief werken of innovatiekracht ook borgen/ verankeren in de organisatie door, al dan niet in de lijn, (een) aandachtsvelder(s) daarvoor aan te stellen/ vrij te maken. Dat kan zowel een leidinggevende zijn, maar ook wordt gesuggereerd dat voor de feitelijke invoering en voor de innovatie in het primaire proces juist mensen op de werkvloer nodig zijn. In feite komt men dan uit op de Japanse innovatiestijl, waarbij men vooral mensen laag in de organisatie mobiliseert als het gaat om innovatie. Dit levert in de industrie bij tijd en wijle goede resultaten op en zou, gezien het aantal kansen dat juist in die basiszorg ligt, wellicht ook in de zorg kunnen renderen en een positieve invloed hebben op de arbeidssatisfactie van deze groep.

Meer delen van ervaringen, best practices en mogelijkheden meer 'ruchtbaarheid geven'

Deze behoefte komt vrij breed naar voren, al dan niet gekoppeld aan effectmetingen.

Niet denken maar doen

Tenslotte merkt een aantal mensen op dat je innovatie gewoon moet doen: niet te ingewikkeld over doen, niet te lang over vergaderen.



7. Samenvatting

Het project als geheel is erop gericht om organisaties in de VVT te stimuleren om door middel van realistische en betrouwbare kosten en baten-afwegingen meer innovaties te kiezen en uiteindelijk ook in te zetten. Een van de middelen daarvoor is het aanbieden van vanuit de praktijk en onderzoek ontwikkelde businesscases voor een serie van vooraf bepaalde innovaties. Het uiteindelijke doel daarvan is om beter voorbereid te zijn op de uitdagingen die de zorg de komende decennia te wachten staan. Door allerlei demografische ontwikkelingen moet de arbeidsproductiviteit verbeteren bij een minimaal gelijkwaardige kwaliteit van zorg en werk en bij voorkeur met een verbetering daarvan.

Methode

Onderdeel van het project is ook de InnovatieSpiegel: een compacte checklist waarmee instellingen hun innovatiebeleid globaal in kaart kunnen brengen en aanknopingspunten kunnen vinden om mee aan de slag te gaan. Dat kunnen aanknopingspunten richting concrete innovaties zijn, maar ook meer richting de innovatie-geneigdheid of het innovatieklimaat in de eigen instelling.

Deze checklist is op veel verschillende manieren onder de aandacht gebracht van instellingen en uiteindelijk hebben 193 respondenten de lijst ingevuld, waarvan er 156 in de doelgroep van managers van VVT instellingen vielen. Hoewel dit een lage respons is, is het uiteindelijke aantal deelnemers voldoende voor analyses, vallen de deelnemers ook qua functieniveau binnen het beoogde kader en is de respons belangrijk hoger dan eerder onderzoek onder deze doelgroep over dit thema. Gezien de vrij lage respons is een vergelijking gemaakt met andere landelijk representatieve databestanden en daaruit blijkt dat de deelnemende groep vermoedelijk een sterkere innovatiegeneigdheid heeft dan de totale groep VVT instellingen.

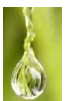
We benadrukken ook dat de resultaten vooral de mening voorafgaande aan participatie in het project weerspiegelen en in die zin als een vorm van nulmeting te zien zijn.

Met deze kanttekeningen in het achterhoofd zijn de gegevens van de 156 deelnemers geanalyseerd, hetgeen tot de volgende conclusies heeft geleid.

Toepassing

De meningen over een lijst van twaalf innovaties werd gevraagd, waarvan er voor 11 vanuit het project businesscases ontwikkeld werden. Met zo'n businesscase kunnen instellingen zelf de kosten en baten afwegen voor de eigen instelling (zie www.innovatiespiegel.nl). De twaalfde is al referentiepunt in de checklist opgenomen ('domotica').

Er was een uitgesproken verschil te zien in de toepassingsgraad van innovaties. Enkele zeer kansrijke innovaties worden nog nauwelijks toegepast (vb. verzorgend wassen, bedopmaaksystemen), maar voor



allemaal geldt dat er een grotere of kleinere marge voor verbetering is. De kleinste marges doen zich voor bij 'geautomatiseerde medicijndeelsystemen', 'toetsen, trainen en scholen' en 'domotica', waarbij die laatste zoals aangegeven geen direct deel uitmaakt van het project, hetgeen kennelijk terecht is. Opvallend was dat niet alle managers precies wisten of de betreffende innovaties ook bij hen in de instelling werd toegepast. Zij moesten dit navragen en ervoeren dit als informatief en als een impuls om meer over innovatiemogelijkheden na te denken.

Het belang van de innovaties

Het rapportcijfer dat men aan de lijst van twaalf kon geven over het belang van de innovaties laat een duidelijk verschillend profiel zien, al krijgen wel alle innovaties een voldoende. Daarbij wordt de minst toegepaste zeker niet altijd ook de minst relevante geacht. Op dit vlak is er dus eveneens sprake van verbetermarges. Wel is opvallend dat een van de meest kansrijke innovaties als het gaat om een verbetering van de arbeidsproductiviteit zonder verlies van kwaliteit, verzorgend wassen (voorheen ook wel wassen-zonder-water genoemd), een relatief lage score krijgt. Kennelijk speelt hier een vooroordeel over deze methode een rol. Het onderzoek besproken in de bij dit onderwerp horende businesscase laat namelijk zien dat dit bij een goed implementatieproces een onterecht vooroordeel is: de kwaliteit verbetert veelal. Wel benadrukt deze businesscase dat juist dit implementatieproces van groot belang is om deze innovatie te laten renderen en dus worden de kosten hiervan ook betrokken in de businesscase.

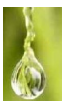
Inzage in kosten en baten van de innovaties

Gemiddeld 22% van de managers antwoordt hier voldoende zicht op te hebben: een laag percentage en een potentiële barrière voor innovaties. Ook hier dus een duidelijke verbetermarge en een bevestiging dat het hoofddoel van het project, namelijk een verbetering van dit inzicht bij instellingen een relevant doel is. We wijzen er nogmaals op dat de resultaten vooral de situatie voorafgaande aan eventuele participatie aan het project weerspiegelen.

Wanneer we de drie voorgaande aspecten (toepassing, waardering en inzicht in kosten en baten) gezamenlijk beschouwen dan zien we dat op alle drie de vlakken er marge voor verbetering is, maar dat deze per innovatie duidelijk kan verschillen. Wel valt voor allemaal op dat het inzicht in kosten en baten beperkt is.

Klimaat voor innovaties in de instellingen

Middels zeventien stellingen kon men zich uitspreken over het innovatieve klimaat in de eigen instelling. De groep is eensluidend als het gaat om de noodzaak om door innoveren beter voorbereid te zijn op de toekomst. Daartoe zegt men een positief klimaat te creëren door innovaties vanuit het management te ondersteunen en ideeën vanuit de werkvloer serieus te nemen. Men zoekt met name



innovaties die de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden. Bijna de helft (40%) stelt zelfs dat men alleen vernieuwingen kiest die dat ook doen. Een innovatie die bijvoorbeeld alleen de arbeidsproductiviteit zou vergroten maakt dan bij hen in feite geen kans.

De aarzelingen zitten op de volgende punten. Het blijkt voor een deel van de groep lastig om goede innovaties te vinden, de waarde is niet altijd duidelijk genoeg, er wordt teveel aan oude gewoontes vastgehouden, men vindt dat men niet voldoende kan investeren in innovaties en, vrij opvallend, men heeft het idee zich geen mislukkingen te kunnen permitteren. Dat laatste is in principe funest voor innovaties. Voor innoveren is een klimaat nodig waarin ook zo nodig dingen uitgetest moeten kunnen worden met als risico dat het uiteindelijk toch geen succes blijkt te zijn. Dat geldt uiteraard wel binnen de randvoorwaarden voor normale cliënt- en zorgverlener veiligheid.

Voor wat betreft de financiële randvoorwaarden blijkt dat met name in de thuiszorg, maar ook intramuraal, de marge om innovaties in te zetten beperkt wordt door het strikte financiële kader, dat nogal eens contraproductieve prikkels voor innovatie in zich bergt. Dit maakt het positioneren van innovaties zeker in de thuiszorg complex en dat geldt in elk geval zeker en wellicht juist voor die lichamelijke basiszorg. Zelfs het uitproberen wordt erdoor geremd omdat men bang is dat men het bij een succesvolle trial niet waar kan maken door de onmogelijkheid de innovatie structureel te financieren via de eigen financieringskanalen.

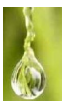
Innovatieprincipes in de zorg vanuit de literatuur ook ingezet

Voor een aantal theoretische factoren uit de literatuur die specifiek voor de zorg innovatie zouden bevorderen is nagevraagd of men ze vanuit de instellingen ook van belang acht (rapportcijfer) en of men ze ook werkelijk zelf toepast. Opvallend in deze resultaten is het grote verschil tussen het ingeschatte of ervaren belang van een innovatieprincipe en de feitelijke toepassing ervan. De meeste factoren worden tamelijk tot zeer relevant geacht, maar de toepassing ervan blijft veelal aan de lage kant. Gemiddeld genomen over alle factoren gezamenlijk verhoudt de feitelijke toepassing van een innovatieprincipe zich tot het door de respondenten ingeschatte belang ervan met een factor 0,56 : 1.

Het grootste verschil doet zich voor bij het 'zichtbaar maken van de effecten'. Dat vindt bijna 80% van belang, maar een klein deel (20%) doet dit ook feitelijk. Allerlei andere concrete acties zoals het hebben van voorbeeldteams, innovatieambassadeurs etc. worden eveneens nog weinig toegepast. Samengevat deelt men het belang van de factoren, maar men past ze nog weinig toe.

Eindrapportcijfer

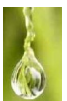
Afrondend is gevraagd naar een rapportcijfer voor de innovatiekracht van de eigen organisatie: voor de mate waarin de eigen organisatie innovaties oppakt en invoert. Gemiddeld werd een bescheiden 6,4 gegeven met een spreiding van onvoldoende tot ruimte voldoende. Zoals aangegeven is dit een



rapportcijfer voorafgaande aan het project en we spreken dan ook de hoop uit dat dit rapportcijfer zal verbeteren.

In de vorm van een open vraag is tenslotte gevraagd naar eigen voorstellen, wensen en ideeën. De aard van deze suggesties varieert sterk en is soms dubbel van aard. Zo is men verdeeld over de wenselijkheid van subsidies, al lijkt een overbrugging voor de start relevant. De contraproductieve prikkels voor innovatie in het systeem komen ook hier terug en zijn niet door de instellingen zelf te beïnvloeden. Men wil innovatie ook meer borgen en verankeren in de organisatie door, al dan niet in de lijn, (een) aandachtsvelder(s) daarvoor aan te stellen/ vrij te maken. Dat kan zowel een leidinggevende zijn, maar ook wordt gesuggereerd dat voor de feitelijke invoering en voor de innovatie in het primaire proces juist mensen op de werkvloer nodig zijn. De behoefte aan het delen van ervaringen, best practices en mogelijkheden en het meer 'ruchtbaarheid geven' is vrij algemeen. En tenslotte geven enkelen aan dat het tijd is om echt met innovatie aan de slag te gaan: niet te ingewikkeld over doen, niet te lang vergaderen maar gewoon doen.

Samengevat komt er een beeld van verbetermogelijkheden op meerdere niveaus naar voren. Er kunnen meer innovaties toegepast worden, de mening over innovaties loopt niet altijd synchroon met de effecten zoals die uit onderzoek komen en het inzicht in kosten en baten is beperkt. Het doel van het overkoepelende project, waar dit onderzoek deel van uitmaakt, is relevant in de zin dat het inzicht in en de behoefte aan kosten-baten analyses duidelijk aanwezig is. Verder blijkt het verbeterprofiel per type innovatie sterk te wisselen en dus om een verschillende en gedifferentieerde aanpak te vragen. De infrastructuur voor innovatie en het innovatieve klimaat binnen de instelling kan eveneens verbeteren en is nu nog mager als we deze afzetten tegen de theoretisch werkzame principes. Daarnaast wordt gewezen op de externe factoren die momenteel, zeker in de thuiszorg, maar ook intramuraal beperkingen leggen op het uitproberen en zeker het structureel inzetten en financieren van een aantal kansrijke en effectieve innovaties. Er is voor sommige innovaties sprake van contraproductieve prikkels. Verder blijkt er behoefte aan het delen van kennis en ervaring tussen instellingen onderling, behoefte aan borging van innovatief werken binnen de instelling en verschilt men van mening over het nut van subsidies voor innovaties.



Bijlage

Suggesties van respondenten voor het vergemakkelijken van vernieuwingen in de zorg

Training on the job toepassen door middel van verandercoaches op de werkvloer in te zetten om innovaties goed in te zetten en door te zetten.

Meer doen aan effectmeting

Ondersteuning van projecten / initiatieven vanuit de werkvloer.

Meer trainingen over hoe je een lerende organisatie kunt ontwikkelen

De ZZP ontwikkeling (feitelijk een scherp financieel kader waarbinnen ZZP-activiteiten geboden moeten worden) geven aan dat we heel innovatief moeten omgaan met het primaire proces en daaruit ook via innovatie efficiency voordelen behalen.

Herontwerp van het primaire proces zou een centraal thema moeten zijn waaraan de vph mee kunnen doen en van kunnen leren.

Kortom, sneller en beter in verpleeghuizen

De projectleiding van innovaties dienen niet in de lijn te zitten.

De opdrachtgevers horen in de lijn te zitten.

Management en uitvoering van innovaties is een staffunctie onder de RvB.

Overheid zou veel meer kleine organisaties de kans moeten bieden om innovaties toe te passen en uit te proberen.

Er wordt naar mijn mening alleen maar geroepen dat zorg kleinschaliger moet.

In de praktijk word je als organisatie afgestraft als je niet met de meute mee fuseert.

Het zou kunnen helpen om lopende zaken eerst te borgen, alvorens verder te gaan met nieuwe innovaties.

Innovaties subsidiëren

Innovaties niet subsidiëren, maar zelf laten renderen

Meer toegepast op de thuiszorg.

Veel innovaties zijn intramuraal bedacht.

In de thuiszorg renderen innovaties veel minder snel: het kost alleen maar geld

Een groter budget vanuit de AWBZ om de zorg goed te kunnen leveren.

Pas wanneer je genoeg 'handjes aan het bed hebt' kun je aandacht besteden aan verbeterprocessen.

Het bestuur van een grote stichting moet van haar locatie of dienstmanagers eisen dat zij een innovatie opnemen in hun jaarplan.

Stimuleer innovaties vanuit de basis door het inrichten van een meldplatform en een jury die de bruikbaarheid van de ingediende innovaties beoordeeld.

Stel een interessante prijs in het vooruitzicht.

We wachten af en bekijken welke innovaties we kunnen doorvoeren passend in onze stichting.

Het is lastig om voor een hele grote zorgaanbieder waar mijn locatie één van vele is een oordeel te geven.

Ik vind onze organisatie wel ruimte bieden aan innovatie, maar mis een zeer actief beleid.

Ik heb een franchiseformule ontwikkeld, de wil is er wel, maar ook een heel voorzichtig investeren.

Het moet er allemaal even bij, wordt niet groot aangepakt en dat begrijp ik ook wel.

In mijn eigen locatie merk ik dat medewerkers graag routinematig te werk gaan en dat cliënten, familie, vrijwilligers ook allemaal invloed hebben.

Weerstand en hospitalisatie en routine hebben een verband.

Ik denk dat innovaties meer kans krijgen in een bepaalde cultuur en dat het uiteindelijk minder werkdruk moet opleveren en/of een daadwerkelijke verbetering voor de kwaliteit van zorg/wonen/welzijn.

Met name in de startfasen kosten innovaties meer dan ze opleveren.

Zorgorganisaties hebben weinig kapitaal beschikbaar dus het zou plezierig zijn als innovaties worden gesubsidieerd.

Het delen van mogelijkheden vind ik zinvol.

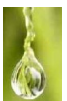
Ik hoop dat er op deze website best practices komen van mogelijke innovaties.

Op de bijeenkomst hoorde ik dat een huis heeft ontwikkeld dat cliënten nog maar een keer gedraaid hoeven te worden.

Innovatief en waardevol.



Zo zijn er vast nog meer goede innovaties in de regio: meer delen
Meer voorlichtingen over innovaties,
Waar en hoe kunnen we voorbereid zijn om innovaties te implementeren.
Voordelen van innovaties scherper neerzetten.
Kwantiteit en kwaliteit bevorderen
Medewerkers stimuleren om open tegenover innovatie te staan
Cliënt inlichten, motiveren en toepassen
Zelf er achter staan
Medewerkers over de drempel helpen(om actief deel te nemen aan innovatie)
Meer zelfstandigheid en bevoegdheid bieden aan teamleiders / teams om vorm en uitvoering te geven
aan het realiseren van organisatiedoelstellingen.
Geen centraal vastgesteld beleid overal ongewijzigd in willen voeren zonder aandacht voor eigenheid
diverse onderdelen / afdelingen.
Niet teveel gedoe: gewoon doen
Niet denken, maar doen
Wij maken een kernteam, niet vergaderen, wel nieuwe ideeën in de organisatie droppen, gevraagd en
ongevraagd.
Voortdurend innoveren; maak er een sport van: een tweede natuur
(Veel) meer ruchtbaarheid geven aan vernieuwingen, ook via de media.



Literatuur

Berwick, DB, Disseminating Innovations in Health Care, JAMA, 2003;289:1969-1975

Goris, M., H. Mutsaers, Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden, STG/HMF, Leiden, 2008.

Knibbe, JJ., NE Knibbe, F van Vught, Markante Marges, effectieve innovaties in de directe zorg, RegioPlus, Platform Zorginnovatie, Zoetermeer, 2008.

Knibbe, JJ, NE Knibbe, Een Hap uit een Gegroeide Olifant, resultaten vierde monitoringsronde invoering preventiebeleid fysieke belasting in de v&v, Onderzoek in opdracht van sociale partners in de zorg, LOCOmotion, Bennekom, 2008.

Kok, L. et al., Morgen zonder zorg (en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg, SEO, Amsterdam, 2005

Mutsaers, H. Hoe denkt de gezondheidszorg over arbeidsbesparende technologie, STG, HMF, Leiden, 2008.

RVZ, Arbeidsmarkt en zorgvraag, Advies, Den Haag, 2006.

RVZ, Achtergrondstudies bij Arbeidsmarkt en Zorgvraag, Den Haag, 2006.

WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Innovatie Vernieuwd, Opening in viervoud, Amsterdam University Press, Amsterdam, 2008.

