



Evaluatie challenge verpleeghuizen van de toekomst

Ministerie van VWS

Eindrapportage

60473 – Intern vertrouwelijk

28 februari 2019

Berenschot

Evaluatie challenge verpleeghuizen van de toekomst

Eindrapportage

Eveline Castelijns
Felix van Urk
Bas Peeters
Lonneke Taks
Esther van der Mark
28 februari 2019

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. De theorie achter de challenge Verpleeghuizen van de Toekomst	6
1.1 Doelen en verwachte outcomes van de challenge	6
1.2 Input, throughput en output	6
1.3 Werkzame mechanismen van effect	8
1.4 Samenvatting beleidstheorie challenge verpleeghuizen van de toekomst	10
2. Implementatie en doelbereik van de acht projecten	11
2.1 Beschrijving van de projecten	11
2.2 Aansluiting van de opzet projecten bij de challenge	13
2.3 Implementatie in de praktijk	15
2.4 Doelbereik van de projecten	18
2.5 Het effect van de werkwijze van de challenge op het doelbereik in de projecten	20
3. Proces, doelbereik en werking van de overall challenge	22
3.1 Ontwerp en start van de challenge	22
3.2 Implementatie en afronding van de overall challenge	23
3.3 Ervaringen van betrokkenen	27
3.4 Ervaringen van stelselpartners	30
3.5 Het innovatiegehalte van de challenge als werkwijze	32
3.6 Doelbereik en mechanismen	33
4. Conclusies	36
5. Aanbevelingen ter verdere versterking van de challenge	38
Bijlage 1. Gebruikte bronnen en interviews	41

Inleiding

Berenschot heeft begin 2019 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) de evaluatie van de challenge ‘verpleeghuizen van de toekomst 2018’ (hierna: de challenge) uitgevoerd. Het doel van deze evaluatie was het beoordelen van in hoeverre het proces rondom de challenge effectief is verlopen. Daarnaast was een belangrijk doel ook ervaringen en lessen op te halen voor eventuele toekomstige challenges.

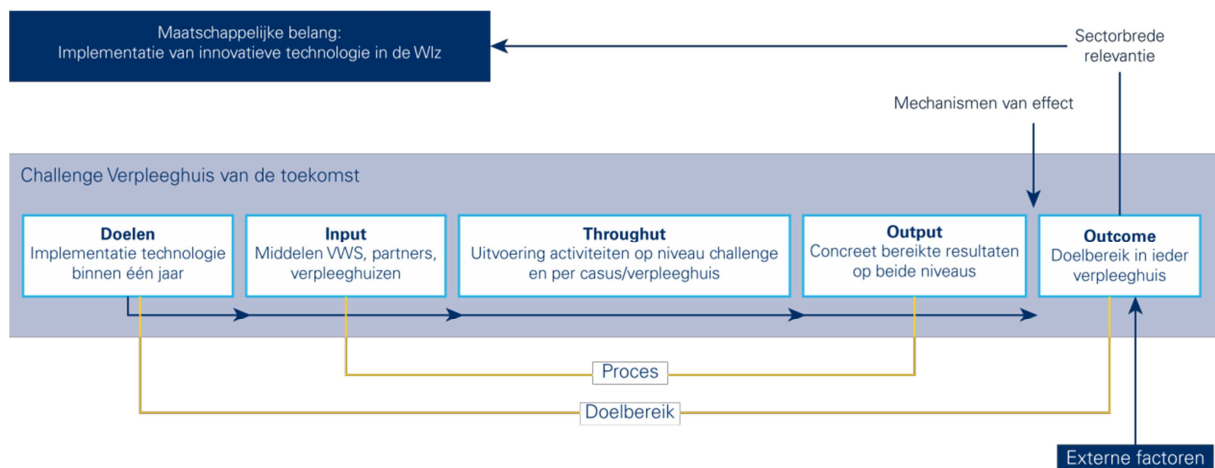
De evaluatie heeft daarbij de volgende centrale vragen beantwoord:

1. Hoe is het proces rondom de challenge verlopen?
2. Is het doel van de challenge om binnen één jaar technologie te implementeren waarbij de opgeleverde inzichten ook relevant zijn voor andere verpleeghuizen, bereikt?
3. Welke ervaringen uit de challenge 2018 kunnen worden gebruikt bij de opzet van een challenge 2019 of bij de implementatie van de technologie in de GHZ-sector?
4. Is de door VWS gekozen aanpak, met vier bureaus die enerzijds samenwerken, maar die anderzijds de vrijheid hebben hun eigen methode toe te passen, te typeren als een innovatieve wijze van beleidsimplementatie die navolging verdient voor de toekomst?
5. Op welke manier kan de challenge meer een product worden van de stelselpartijen in plaats van een product van het ministerie van VWS alleen?

Deze evaluatie richt zich daarmee zowel op proces- als outcomevragen; enerzijds door te toetsen in welke mate het proces rondom de challenge is verlopen conform de beleidstheorie die eraan ten grondslag ligt, en anderzijds door te onderzoeken in welke mate dit lijkt te hebben bijgedragen aan de beoogde outcome.

Gevolgde onderzoeks aanpak

In deze evaluatie is onderstaand analysekader gehanteerd, dat is gefundeerd op de wetenschappelijke standaard in beleidsevaluaties.



Figuur 1. Analyse kader evaluatieonderzoek challenge verpleeghuizen van de toekomst.

Het analysekader doorloopt ieder facet van het proces van de uitvoering van de challenge; van het stellen van doelen tot het bereiken ervan. Bij doelen gaat het om de concrete doelen die het ministerie van VWS en de deelnemende verpleeghuizen zich hebben gesteld, waarbij de doelen van de individuele verpleeghuizen niet per definitie een-op-een afgeleid zijn van de doelen die het ministerie van VWS gesteld heeft.

Input gaat over de beleidskaders/-eisen voor aanmelding evenals de middelen (gelden, ondersteuning) die het ministerie en de betrokken partijen (onder andere bureaus en verpleeghuizen) ter beschikking stellen voor de uitvoering van de challenge. Deze middelen dienen toereikend te zijn om de throughput te helpen realiseren: de activiteiten die de partijen ontplooiën om de challenge tot een succes te maken binnen hun eigen verpleeghuis en in de challenge als geheel. Met behulp van throughput wordt output gegenereerd: de concrete projectresultaten van de verpleeghuizen en de challenge. Deze resultaten leiden uiteindelijk al dan niet tot outcome ofwel doelbereik. Dit verloopt via mechanismen van effect: de manieren waarop output al dan niet bijdraagt aan outcome. Deze mechanismen zijn heel belangrijk; hier ontstaan de concrete inzichten over *waarom* de challenge gegeven het proces wel of niet in een bepaalde mate doeltreffend is geweest.

Om dit te onderzoeken, zijn de volgende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd:

- Reconstructie van de overall beleidstheorie van de challenge door middel van een documentstudie en interviews met betrokkenen.
- Reconstructie van de beleidstheorie van de individuele projecten door middel van een documentstudie van de plannen van aanpak van de verpleeghuizen en interviews met betrokkenen.
- Evaluatie van de mate waarin op het niveau van de challenge én het niveau van de projecten de beleidstheorie zich in praktijk heeft bewezen c.q. in welke mate de doelen bereikt zijn, door middel van interviews met betrokkenen en documentstudie van de eindrapportages.
- Rondetafelbijeenkomst met begeleidende bureaus en stelselpartijen om lessen voor de toekomst te definiëren.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven we de theorie achter de challenge als geheel. In hoofdstuk 2 evalueren we de acht projecten, waarbij zowel gekeken wordt naar de mate waarin gestelde doelen bereikt zijn, als de wijze waarop het proces is verlopen. Hoofdstuk 3 gaat in op de feitelijke uitvoering en het doelbereik van de challenge als geheel, mede op basis van de uitkomsten van de acht projecten en de percepties van alle betrokkenen. Het vierde hoofdstuk beantwoordt de onderzoeksvragen in de vorm van onze conclusies en in het laatste hoofdstuk geven we op basis van het uitgevoerde onderzoek onze aanbevelingen voor toekomstige challenges. In de bijlagen treft u een overzicht van de geïnterviewden, de geanalyseerde documenten en een korte beschrijving van de individuele projecten die hebben deelgenomen aan de challenge.

1. De theorie achter de challenge Verpleeghuizen van de Toekomst

Met behulp van de challenge probeert het ministerie van VWS de bredere implementatie van veelbelovende technologieën binnen verpleeghuizen te bewerkstelligen, met als doel dat hiermee het werk van zorgprofessionals aantrekkelijker wordt en de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg verhoogd wordt. Het ministerie van VWS heeft er hierbij voor gekozen expliciet in te zetten op en te investeren in een hoogwaardig implementatieproces, waarbij de investering in de feitelijke technologie door de verpleeghuizen moest worden gedaan. Om het implementatieproces te versterken, heeft het ministerie van VWS gespecialiseerde bureaus ingeschakeld om de implementatie in de verpleeghuizen te begeleiden.

Hierna werken we, op basis van het analysekader, de beleidstheorie achter de challenge nader uit. Let wel: het gaat hier om de werkwijze achter de overall challenge. In het tweede hoofdstuk gaan we in op de verschillende projecten.

1.1 Doelen en verwachte outcomes van de challenge

Doelen

Het primaire doel van de challenge is:

1. Het geven van een innovatie-impuls aan de verpleeghuiszorg door:
 - Reeds bestaande en geïmplementeerde technologische innovaties extra aandacht te geven.
 - De bredere implementatie (buiten één zorginstelling) van deze innovaties te stimuleren.
 - Te ondersteunen bij verdere opschalingsambities.

Dit is een operationele doelstelling: het gaat erom de technologie geïmplementeerd te krijgen. Dit dient uiteindelijk twee doelstellingen:

2. Het aantrekkelijker maken van het werk van professionals in de verpleeghuiszorg.
3. Het verhogen van de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg.

Outcomes

De verwachte outcome is het bereiken van de gestelde doelen binnen de gestelde termijnen voor een concrete doelgroep. Concreet voor de challenge is de verwachte outcome dus dat eind 2018 (looptijd van de challenge) bredere technologie is geïmplementeerd, de zorgprofessionals in de deelnemende verpleeghuizen het werk als aantrekkelijker ervaren en dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor cliënten is verhoogd.

1.2 Input, throughput en output

Er wordt door meerdere partijen input, throughput en output geleverd om de doelen van de challenge te bereiken. We maken hier onderscheid tussen de belangrijkste betrokkenen: het ministerie van VWS (deels gedelegeerd aan de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland: RVO), de begeleidende bureaus, de deelnemende verpleeghuizen en hun partnerorganisaties.

1.2.1 Vanuit het ministerie van VWS

Input

De input die het ministerie van VWS levert binnen de challenge bestaat uit twee elementen:

1. De kaders die het ministerie van VWS stelt, toegelicht in het reglement en vertaald in indicatoren voor selectie en beoordeling van de deelnemers door de jury. Deze zijn bewust flexibel geformuleerd: het

ministerie van VWS wil de verpleeghuizen de ruimte geven te innoveren op manieren die aansluiten bij de eigen behoefte.

Twee kaders worden meegegeven:

- De doelstellingen/outcome: verbetering van de aantrekkelijkheid van werk, kwaliteit en veiligheid.
 - Het moet om technologie en/of ICT gaan, en deze moet zich reeds elders hebben bewezen in de praktijk. Het gaat nadrukkelijk niet om het ontwikkelen van nieuwe technologie, maar om het daadwerkelijk implementeren c.q. opschalen van bestaande technologie.
2. De financiële middelen die voorzien in de inhuur van de bureaus die de verpleeghuizen ondersteunen bij het implementatieproces.

Throughput

De throughput vanuit het ministerie van VWS bestaat uit twee elementen. Deze zijn hoofdzakelijk reactief, omdat de echte throughput (die primair voor de outcome zorgt) wordt geleverd door de verpleeghuizen en bureaus.

1. Het toezien op de naleving van de verplichtingen van de verpleeghuizen en begeleidende bureaus conform het reglement via de voortgangsbijeenkomsten en reacties op de tussenrapportages die de bureaus aanleveren.
2. Het faciliteren van de voortgangsbijeenkomsten.

Output

De output vanuit het ministerie van VWS bestaat uit twee elementen:

1. De promotie van de challenge en de projecten van de deelnemers in diverse media, in samenwerking met de RVO.
2. De rapportage van de evaluatie van de challenge (uitbesteed aan een extern onderzoeksbureau).

1.2.2 Vanuit de begeleidende bureaus

Input

De input vanuit de bureaus is tweeledig:

1. Het beschikbaar stellen van mensen met de juiste inhoudelijke en procesmatige expertise om de verpleeghuizen te begeleiden bij het succesvol implementeren van de technologie.
2. De tijd die deze experts investeren in de begeleiding van de verpleeghuizen. Deze tijd wordt gecompenseerd door het ministerie van VWS (zie de input van het ministerie van VWS).

Throughput

De throughput vanuit de bureaus bestaat uit drie elementen:

1. Het begeleiden van de verpleeghuizen bij het implementeren van de technologie en de borging daarvan; dit zowel in kwantitatieve (voldoende sessies met verschillende stakeholders in het verpleeghuis) als kwalitatieve zin (goede aansluiting bij de behoeften van het verpleeghuis en de door het ministerie van VWS beoogde outcomes).
2. Kennisdeling; enerzijds met de andere verpleeghuizen die deelnemen (ook via de andere bureaus), zowel via formele kennisdelingssessies en voortgangsbijeenkomsten als ad hoc en informeel. Anderzijds vindt dit plaats met verpleeghuizen uit de adviespraktijk van de bureaus. Dit is geen harde eis van het ministerie van VWS, maar dit draagt wel bij aan de doelstellingen.
3. Aanwezigheid bij en deelname aan de voortgangsbijeenkomsten.

Output

De output vanuit de bureaus is tweeledig:

1. Tussenrapportages en eindrapportages over de resultaten van de implementatietrajecten.
2. Verslagen van de voortgangsbijeenkomsten. Hierin staat enerzijds informatie ten behoeve van een succesvol procesverloop (output van aanwezigheid bij de voortgangsbijeenkomsten) van de challenge en anderzijds leerervaringen met betrekking tot de implementatie (output van kennisdeling).

1.2.3 Vanuit de verpleeghuizen en partnerorganisaties

Input

De input die de deelnemende verpleeghuizen en partners leveren binnen de challenge bestaat uit twee elementen:

1. Het aanschaffen van de te implementeren technologie in kwantitatief en kwalitatief toereikende mate.
2. Het ter beschikking stellen van voldoende werktijd aan de (zorg)medewerkers ten opzichte van hun reguliere werkzaamheden om de technologie te kunnen implementeren.

Throughput¹

De throughput vanuit de verpleeghuizen en hun partners bestaat uit twee elementen:

1. De feitelijke implementatie van de technologie conform de kaders van het ministerie van VWS door *zorgverlenende medewerkers*. De feitelijke implementatie bestaat uit het daadwerkelijk toepassen van de technologie in de cliëntenzorg. Dit bevat een kwantitatieve dimensie (bij hoeveel cliënten en hoe vaak?) en een kwalitatieve dimensie (gebeurt het adequaat volgens de eigen maatstaven van kwaliteit en veiligheid)
2. Een adequate organisatie van het implementatieproces, zodat aan punt 1 kan worden voldaan. Een voorbeeld hiervan is het ontwikkelen van implementatieprotocollen *voordat* deelname aan de challenge start, begeleiden van instructiesessies, het aanstellen van een trekker/ambassadeur op de afdeling waar de technologie wordt geïmplementeerd en goede samenwerking met de partnerorganisaties, leveranciers en financiers (waaronder zorgkantoren). Hierin worden de verpleeghuizen begeleid door de bureaus (zie throughput bureaus).

Output

De output vanuit de verpleeghuizen en hun partners is tot slot drieledig:

1. Kennis van de technologie waarmee gewerkt is, intern en eventueel extern (wanneer er gepresenteerd wordt aan derden, zoals andere verpleeghuizen).
2. Kennis en ervaring met het implementeren van technologie in het eigen verpleeghuis.
3. De technologie is structureel ingebed in het werkproces en staat tot de beschikking van het verpleeghuis na afronding van het implementatietraject

1.3 Werkzame mechanismen van effect

De verschillende onderdelen van de beleidstheorie beïnvloeden de outcome via *mechanismen van effect*. In paragraaf 1.4 (zie figuur) geven we deze aan met behulp van de zwarte pijlen. Door deze mechanismen te specificeren, krijgen we inzicht in de vraag *hoe* de werkwijze van de challenge zou moeten werken mits deze effectief is, en in welke mate deze werkwijze uniek is.

¹In de theorie is deze throughput bewust open gedefinieerd, in lijn met de stijl waarmee het ministerie van VWS de challenge laat implementeren (focus op eigen innovatiekracht vanuit de verpleeghuizen).

Niet alle mechanismen hoeven echter te worden gespecificeerd; sommigen zijn op het eerste gezicht al logisch. Verpleeghuizen moeten bijvoorbeeld technologie aanschaffen (input) om deze te kunnen implementeren (output). We specificeren hier daarom de belangrijkste mechanismen die in de evaluatie zijn onderzocht.

1. Eigen aanschaf technologie zorgt voor gevoel van urgentie bij verpleeghuizen

Het ministerie van VWS kiest er bij de challenge expliciet voor *geen* subsidie ter beschikking te stellen aan de verpleeghuizen voor de aanschaf van de technologie. De logica achter deze keuze is dat wanneer verpleeghuizen zelf investeren in technologie, ze kiezen voor technologie waar ze zelf een directe meerwaarde van zien. De technologie wordt dus aangeschaft, omdat deze *nodig* wordt geacht in plaats van “slechts interessant gegeven de beschikbaarheid van een subsidie”.

2. Begeleiding door externe bureaus versterkt kwaliteit implementatieproces

Het ministerie van VWS financiert de begeleiding van een viertal externe adviesbureaus met expertise met betrekking tot de implementatie van technologie én veranderkundige processen in de setting van verpleeghuiszorg. Dit zorgt er naar verwachting voor dat de implementatieprocessen in de verpleeghuizen professioneler en effectiever verlopen dan wanneer deze begeleiding niet was geboden.

3. Implementatie technologie beïnvloedt outcome via gedrags- of organisatieverandering

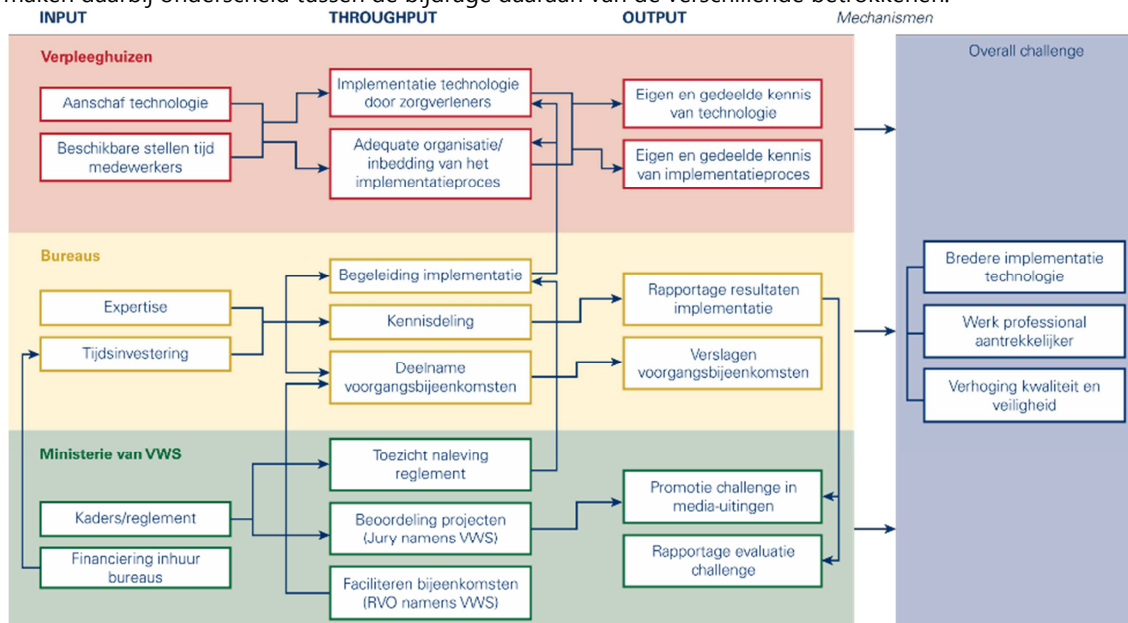
De implementatie van technologische innovaties is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor gunstige uitkomsten. Een slimme camera draagt an sich niet zoveel bij aan het zorgproces. De implementatie van technologie maakt het wel mogelijk anders te gaan werken, en dát kan een positieve invloed hebben op de verbetering van de aantrekkelijkheid van het werk van de professionals en/of de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Wanneer er, ondanks de succesvolle implementatie/inbedding van de technologie in het zorgproces, niet anders wordt gewerkt of gedacht (bijvoorbeeld efficiënter, met meer oog voor het welzijn van de cliënt, etc), kan ook niet worden verwacht dat uitkomsten zullen verbeteren.

4. Verspreiding van kennis via formele kanalen vergroot de aandacht voor technologische innovatie in de verpleeghuissector

Het ministerie van VWS en de bureaus verspreiden via formele communicatie (bijvoorbeeld op de website van de RVO en op YouTube of door het publiceren van de onderzoeksrapporten) informatie over de challenge, de deelnemende zorgorganisaties en de technologie waar zij zich op richten. Het doel hiervan is de aandacht voor technologische innovatie te vergroten en zo bij te dragen aan bredere implementatie binnen de verpleeghuissector.

1.4 Samenvatting beleidstheorie challenge verpleeghuizen van de toekomst

In onderstaande figuur bieden we een grafisch overzicht van de beleidstheorie van de overall challenge. We maken daarbij onderscheid tussen de bijdrage daaraan van de verschillende betrokkenen.



Figuur 2. Visuele weergave beleidstheorie challenge verpleeghuizen van de toekomst.

2. Implementatie en doelbereik van de acht projecten

Aan de challenge 2018 hebben acht verpleeghuizen deelgenomen onder begeleiding van vier adviesbureaus. In dit hoofdstuk geven we eerst een korte beschrijving van de acht projecten, waarna we beschrijven hoe de projecten *in theorie* binnen de challenge passen op basis van de plannen, zoals verpleeghuizen deze vooraf hadden. Dit geeft een beeld van welke onderdelen in theorie al dan niet aansloten op het gedachtegoed van de challenge. Vervolgens beschrijven we hoe de implementatie van de projecten *in praktijk* is verlopen. Dit geeft zicht op welke factoren in de praktijk anders bleken te werken. Daarna gaan we in op het doelbereik van de projecten: in welke mate zijn de door het ministerie van VWS beoogde doelstellingen ook daadwerkelijk bereikt op het niveau van de projecten? Tot slot beschrijven we op welke wijze de uitvoering van de overall challenge invloed heeft gehad op het doelbereik van de projecten.

2.1 Beschrijving van de projecten

2.1.1 ZorgSpectrum en Saxenburgh Groep – de Identifi

Zorgspectrum en de Saxenburgh Groep (hierna: Saxenburgh) nemen onder begeleiding van Rebel deel aan de challenge met de Identifi: een '72-uurs-incontinentie-assessment' waarbij bewoners 72 uur speciaal incontinentiemateriaal dragen met daaraan een logger bevestigd. Sensoren registreren de hoeveelheid urine en het tijdstip waarop geürineerd wordt en geven dit door aan de logger. Deze verstuurt de gegevens naar een computer, waar een rapportage wordt gegenereerd. De Identifi moet op deze manier bijdragen aan kwaliteit van zorg, leven en een verlaagde werkdruk, doordat het zorgproces beter aansluit op het (in)continentiepatroon van bewoners en extra werk (het verschonen van bewoners) voorkomen wordt.

2.1.2 Zorgspectrum - Slimme matrassen

Zorgspectrum zet samen met Rebel in op het 'Slimme matras': een matras dat door middel van lichtsensoren in staat is te signaleren *of* iemand wel of niet in bed ligt en *hoe* iemand in bed ligt. Het doel van deze technologie is het aantal onnodige meldingen voor val- en dwaalpreventie terug te dringen. Indien het aantal valse meldingen afneemt, zijn minder kamerbezoeken nodig en bewoners worden minder onnodig gestoord. Dit levert efficiëntere zorg op en minder inbreuk op de privacy van bewoners. Door een afname van het aantal meldingen ten opzichte van de oude situatie hoeven medewerkers minder onnodig te lopen.

2.1.3 Vitalis Woonzorggroep – Smart House

Verpleeghuis Vitalis Brunswijk werkt in de challenge samen met een combinatie van de bureaus DSP en Significant. Gezamenlijk zetten zij in op een systeem van zorgalarmering, die bestaat uit camera's, smartphones, sensoren en polsbandjes. Partnerorganisatie Zorgcentrum Elvira-Leontine Cicero heeft deze technologie in 2013 al geïmplementeerd. Voor de cliënt moet deze innovatie leiden tot een verhoging van de ervaren veiligheid, privacy en rust. Ook moet dit bijdragen aan het vergroten van de leefomgeving van cliënten, en daardoor ontstaat meer bewegingsvrijheid. Voor medewerkers moet de implementatie bijdragen aan een verlichting van de werkdruk, een toename van het gevoel van veiligheid en het gevoel van meer voldoening uit het werk te halen door de inzet van technologie.

2.1.4 Pieter van Foreest – Smart glass

Pieter van Foreest zet onder begeleiding van bureau DSP in op de implementatie van de smart glass. Deze bril met ingebouwde camera en microfoon maakt het mogelijk dat zorgverleners op afstand meekijken via een beveiligde applicatie op telefoon, tablet of pc, naar handelingen van een zorgverlener die de bril draagt. De smart glass wordt ingezet voor zowel wondzorg op afstand, als om onbegrepen gedrag bij bewoners te analyseren. Partnerorganisatie Argos Zorggroep heeft de smart glass eerder succesvol ingezet.

Voor beide doelgroepen moet de inzet voor cliënt bijdragen aan meer rust voor de cliënt, doordat er minder zorgverleners rond het bed hoeven staan, het minder hoeven storen van de cliënt en het moet bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van wondzorg. Voor wondzorgspecialisten leidt dit tot een efficiëntere werkwijze door besparing van reistijd én het direct tijd vrij hebben voor verslaglegging. Voor onbegrepen gedrag draagt dit bij aan een effectievere behandeling door het directer kunnen observeren van de cliënt en daarmee uiteindelijk een afname van agressief gedrag. Dit heeft ook een positief effect op medewerkers, omdat de zorgverlener en psycholoog een groter gevoel van veiligheid ervaren en zij specifieke coaching en laagdrempelige consultatie kunnen krijgen. Ook voor de psycholoog leidt het tot tijdsbesparing; mede, omdat zij geen wachttijd en minder reistijd heeft.

2.1.5 Tangenborgh – Smart watch

Tangenborgh, Lentis en Rebel zijn betrokken bij de inzet van leefcirkelverruimende technologie. Dit is een combinatie van een smart watch met alarmknop, GPS-tracker en het Leefcirkel XL-systeem, met als doel te zorgen voor een betere alarmering en dwaaldetectie van dementerende bewoners. Dit geeft bewoners meer levensvrijheid en een veiliger gevoel, wat bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven en zorg. Indien bewoners verdwalen, kunnen verzorgenden altijd zien waar een bewoner zich bevindt. Beoogd is dat verzorgenden hierdoor minder stress ervaren, omdat zij niet bezig hoeven te zijn met zoekacties naar bewoners. Dit levert hen tevens meer tijd op om te besteden aan andere dingen.

2.1.6 De Zorgcirkel - Het Video Incident Observatie Systeem (VIOS)

Zorginstelling De Zorgcirkel werkt samen met bureau Kennisland. Gezamenlijk zetten zij in op de implementatie van het Video Incident Observatie Systeem (hierna: VIOS). Het VIOS is een intelligente beeldherkenning, waarbij met expertise van de medewerker beoordeeld wordt of een bewoner hulp nodig heeft. Een geautoriseerde medewerker ziet hiertoe een melding op de smartphone. Ook kan op basis van specifieke informatie over gevaarlijke situaties per bewoner beoordeeld worden of er alarm moet worden geslagen, voor een betere beoordeling van de veiligheid. Partnerorganisatie Eveen heeft dit systeem eerder ingezet. Deze toepassing moet ertoe leiden dat cliënten meer vrijheid ervaren, doordat zij minder vaak hoeven te worden gecontroleerd, en door minder controles ook een betere nachtrust ervaren. Ook moet het bijdragen een verhoogd gevoel van veiligheid. Uiteindelijk moet een cliënt op die manier langer in de omgeving kunnen blijven wonen. Voor medewerkers moet de toepassing leiden tot minder werkdruk door het beter en sneller kunnen inspelen op de behoefte van een cliënt en het uitvoeren van minder onnodige handelingen.

2.1.7 Eveen – Slimme inco

Zorginstelling Eveen werkt samen met bureau Significant. Gezamenlijk zetten zij in op 'Slimme inco': slim incontinentiemateriaal voorzien van een sensor en een losse persoonsgebonden clip. Deze technologie meet continu hoe verzadigd het incontinentiemateriaal is met urine. Zorgmedewerkers kunnen daardoor zien wanneer het tijd is te verschonen. Daarnaast ontvangt men actieve meldingen via de app. Voor meer en dieper inzicht in de individuele plaspatronen van bewoners en het gebruik van het systeem op de afdeling, is het zogenaamde Novaplatform beschikbaar. Het management kan via het platform inzicht krijgen in het gebruik op de afdeling, verbruik van incontinentiematerialen en responstijden. Met de toepassing wordt een verbetering van de nachtzorg ten doel gesteld: een vermindering van lekkages en bijbehorend ongemak voor de cliënt. Voor zorgmedewerkers moet de toepassing ervoor zorgen dat zij beter kunnen plannen, minder fysieke belasting ervaren door het verschonen ervaren en in het geheel minder werkdruk ervaren.

2.1.8 Mennistenerf – De gezonde leefomgeving

Zorginstelling Mennistenerf werkt samen met bureau DSP. Gezamenlijk zetten zij in op 'De Gezonde Leefomgeving': een aanpak met vier componenten die bijdragen aan een betere leefomgeving voor bewoners.

Door inzet op betere luchtkwaliteit door middel van planten en meer luchtventilatie in de ruimtes, door het actief stimuleren van bewoners om in beweging te komen, het introduceren van dieren op locatie en meer persoonsgerichte zorg. Hiermee betreft slechts een van de componenten van de innovatie technologie, namelijk de luchtfilters. Partnerorganisatie Pemmenes heeft deze aanpak eerder geïmplementeerd. Voor cliënten moet deze interventie leiden tot een verhoogd welbevinden en kwaliteit van leven door een verbetering van de kwaliteit van de lucht. Ook een toename van de bewegingsvrijheid door het vaker naar buiten gaan en het hebben van meer afleiding en minder stress door inzet van huisdieren dragen hieraan bij. Tot slot moet meer persoonlijke aandacht en bewonersparticipatie tot verhoogd welbevinden en kwaliteit van leven leiden. Voor medewerkers is ten doel gesteld dat zij aantrekkelijkere werkomstandigheden ervaren door bovenstaande interventies, door enerzijds zelf een prettiger gevoel te krijgen door temperatuur, frisse lucht en het buiten komen, maar anderzijds ook, doordat zij de positieve effecten op hun bewoners bemerken. Ook het kunnen bieden van meer maatwerk in zorg en daardoor gepersonaliseerd welzijn realiseren, moet aan het werkplezierbijdragen.

2.2 Aansluiting van de opzet projecten bij de challenge

Input: investering in technologie, tijd en inzet van medewerkers

Het merendeel van de deelnemende verpleeghuizen heeft bewust gekozen voor technologie die aansluit op problemen die zij ervaren in de praktijk op de cliënt, medewerker- en organisatieniveau. Wat de aard van de technologie betreft valt één verpleeghuis op, dat ervoor koos een *nieuwe* technologie in te zetten (de combinatie van een smart watch met leefcirkelverruimende technologie) die dus nog niet bewezen is. Een ander verpleeghuis kiest ervoor de technologie niet op de voorgrond te plaatsen en heeft in haar project een geheel van interventies gedaan met betrekking tot een gezonde leefomgeving. Daarin is feitelijk de technologie slechts een zeer beperkt onderdeel, naast planten en dieren. Enkel de meetsystemen voor luchtkwaliteit kunnen als technologie aangeduid worden. In de andere zes projecten is sprake van technologie die zich elders heeft bewezen, conform de gestelde kaders.

De verpleeghuizen investeerden overal zelf in de technologie (in leaseconstructie of aanschaf), alhoewel deze bedragen over het algemeen een bescheiden investering vormen. In een enkel geval betreft het wel een forse investering, maar het verpleeghuis geeft aan dat dit een vervanging van een systeem is dat al langere tijd minder goed functioneert.

In alle gevallen werd vooraf beschreven dat in de aanpak voldoende tijd van medewerkers van de benodigde disciplines zou worden vrijgemaakt om te kunnen deelnemen aan de implementatieactiviteiten, passend binnen de beleidstheorie.

Throughput: implementatieactiviteiten

De beschreven verwachte implementatieactiviteiten betroffen veelal informatie- en projectbijeekkomsten, analyses van werkprocessen, bijeenkomsten met betrokkenen (cliënten, familie en medewerkers), bredere communicatieactiviteiten, effectmetingen en evaluaties. Ook was bij vrijwel alle verpleeghuizen de intentie tijd te besteden aan werkbezoeken en andere vormen van kennisuitwisseling tussen partnerorganisatie en 'startende' organisatie. De nadruk lag bij de meeste projecten op het opschalen van de technologie bij de startende organisatie. Binnen één project werd ook expliciet aandacht besteed aan de opschaling bij de partnerorganisatie. Het idee was dat de challenge ruimte bood dit naar eigen inzicht vorm te geven. In theorie sloten de activiteiten daarmee goed aan op hoe de implementatieprocessen binnen de challenge bedoeld waren.

De aanname van het ministerie van VWS was dat de verpleeghuizen voorafgaand aan de start van de implementatie in april reeds over concreet uitgewerkte plannen van aanpak c.q. implementatieprotocollen beschikten. In de praktijk blijkt vaak dat dergelijke plannen van aanpak niet concreet genoeg zijn direct te kunnen starten met de implementatie.

Dit was ook hier niet het geval en dat heeft zijn weerslag gehad op het tijdsvlak waarin daadwerkelijk kon worden geïmplementeerd (dit kwam na de zomer pas echt goed op gang bij de meeste verpleeghuizen).

Output: kwantitatieve en kwalitatieve projectresultaten

De verschillende organisaties werkten toe naar meetbare en merkbare verschillen op het niveau van cliënt, medewerker en organisatie. Op cliëntniveau werd hierbij vaak een verbeterde ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven beoogd, bijvoorbeeld door toegenomen comfort, bewegingsvrijheid, betere nachtrust of snellere opvolging van meldingen door zorgmedewerkers. Ook een toegenomen ervaren veiligheid is in sommige projecten ten doel gesteld. Op medewerkerniveau is de intentie het werkplezier te vergroten, enerzijds doordat zij het werkproces an sich als prettiger ervaren (bijvoorbeeld door ervaren vermindering van werkdruk, betere verdeling van werk, plezier in het werken met de technologie), anderzijds doordat de inhoud van het werkproces prettiger is, doordat zij meer gerichte en betere zorg voor hun cliënten kunnen leveren wat eveneens bijdraagt aan het werkplezier. Op organisatieniveau werd ten doel gesteld personeel efficiënter in te zetten en verzuim terug te brengen, positieve bekendheid te creëren door de inzet van zorgtechnologie en een breder besef van de toegevoegde waarde van technologie binnen de organisatie te creëren.

Alle organisaties beschrijven output die bijdraagt aan de doelstellingen van de challenge. Wel geldt dat de bijdrage aan uitkomsten (outcome) over het algemeen lastig meetbaar kan worden gemaakt gedurende een relatief korte periode, zoals hier het geval is (een aantal maanden). Dit is het geval, omdat de uitkomsten waarop wordt gefocust in de challenge a) niet altijd operationeel (tijdsdimensie, aantal betrokkenen, maatstaf van effectbereik) zijn bij de start van een project en b) zich vaak pas na langere tijd beginnen te manifesteren.

Outcome: de effecten

De acht projecten droegen, alhoewel in variërende mate, *in theorie* bij aan de drie doelen van de challenge.

1. Bredere implementatie van zorgtechnologie

Zes van de acht projecten sloten in theorie goed aan op de doelstelling de implementatie van zorgtechnologie te vergroten. Eén project droeg hier niet aan bij, omdat het gaat om het geheel van een gezonde leefomgeving voor cliënten, waar technologie een zeer beperkt onderdeel van uitmaakte. Eén project draagt hier beperkt aan bij, doordat technologie wordt ingezet die nog niet beproefd is. Daarmee heeft het project eerder de aard van een pilot en niet zozeer die van het *verbreden van implementatie* van zorgtechnologie.

2. Het verhogen van werkplezier van professionals

In theorie droegen alle projecten bij aan het werkplezier van professionals, doordat bij een succesvolle toepassing cliëntzorg verbeterd zou worden en verondersteld mag worden dat medewerkers op deze wijze meer plezier uit hun werk halen. Deze verbetering betreft het gericht inzetten van zorg, die beter aansluit op de behoefte van de cliënt, maar die ook meer tijd en aandacht voor de cliënt kan hebben. Daarnaast had het merendeel van de projecten als doel de werkdruk voor medewerkers te verlichten en hun werk aantrekkelijker te maken.

3. Het kwalitatief beter en veiliger maken van zorg

In theorie droegen alle projecten bij aan het beter maken van zorg. De projecten die gericht zijn op het verbeteren van signalering, het lokaliseren van cliënten en het mogelijk maken van communicatie, dragen in theorie bij aan de *veiligheid* van zorg. Beredeneerd kan worden dat het merendeel van de projecten bijdraagt aan het kwalitatief beter maken van de zorg, doordat de zorg beter kan worden afgestemd op de individuele behoefte van de cliënt, er komt meer tijd vrij voor zorgverleners om aandacht aan cliënten te besteden, of omdat behandeling gericht kan worden ingezet.

Conclusies

Op basis van de theorie achter de projecten mag worden verwacht dat deze in bepaalde mate bijdragen aan de bredere implementatie van technologie in de verpleeghuissector. Wel geldt dat niet alle projecten reeds bewezen technologie implementeerden: één project implementeerde technologie die zich nog niet elders had bewezen en een ander project implementeerde een innovatie die niet als technologie te definiëren is. De omvang van de investering en dus ook het bereik ervan was in veel gevallen beperkt. De theoretische bijdrage van de technologie aan kwalitatief betere en veiligere zorg en aan meer werkplezier voor medewerkers lijkt realistisch, maar de schaal daarvan *binnen de verpleeghuizen* is beperkt door de geringe investeringen. Dat betekent dat zowel de bredere implementatie als de schaal van de bijdrage aan uitkomsten voor cliënt en professional grotendeels afhangt van de communicatie erover en **van** het delen van kennis binnen en vanuit de challenge.

2.3 Implementatie in de praktijk

Hierna beschrijven we voor elk van de onderdelen uit de beleidstheorie hoe de implementatie in de praktijk bij de projecten heeft plaatsgevonden.

Input: investering in technologie, tijd en inzet van medewerkers

De benodigde investering in de technologie heeft bij alle verpleeghuizen plaatsgevonden, waarbij alle deelnemers aangaven dat het selecteren van leveranciers en de feitelijke aanschaf tijd heeft gekost die ten koste ging van de feitelijke implementatietijd.

Over het algemeen hebben verpleeghuizen voldoende de inzet van medewerkers kunnen faciliteren. In één project is expliciet aangegeven dat binnen het verpleeghuis niet voldoende projectleiderscapaciteit beschikbaar was, wat de implementatie in de weg heeft gestaan. In bredere zin gaven vrijwel alle verpleeghuizen aan dat de zomerperiode en bijbehorende krappe personeelsbezetting gedurende twee van de tien maanden die voor de implementatie stonden van invloed is geweest op het implementatieproces. Hierdoor kon niet de aandacht worden behouden die beoogd was. Was dit niet het geval geweest, dan had in sommige gevallen mogelijk méér bereik gerealiseerd kunnen worden (bijvoorbeeld de uitbreiding naar andere afdelingen).

Throughput: implementatieactiviteiten

Drie verpleeghuizen ervoeren met de implementatie knelpunten in de aangeschafte technologie: een kortere batterijduur dan verwacht, haperingen in het functioneren en niet functioneren in de nacht, en problemen met het wifi-netwerk in combinatie met de technologie. Een project liep vertraging op met het installeren en in werking krijgen van de technologie, waardoor de eerste metingen gehinderd werden. Daarbij bleken de geleerde lessen van de partnerorganisatie met betrekking tot de techniek deze organisatie niet te kunnen behoeden voor deze valkuil.

Opvallend was dat technologieleveranciers een wisselende rol speelden tijdens de implementaties. Waar zij bij het ene project actief meedachten over knelpunten en gemotiveerd waren deze op te lossen en de technologie soms zelfs samen door te ontwikkelen, was bij andere projecten de leverancier niet of amper (enkel het doorgeven van informatiemateriaal) betrokken. Projecten waarin de leverancier betrokken was, hadden over het algemeen een positief effect op het implementatieproces.

In veel gevallen was het commitment van zorgprofessionals uiteindelijk bepalend voor het succes van de implementatie. Niet in alle projecten was vooraf in de aanpak nagedacht over hoe nauwe betrokkenheid van zorgprofessionals gerealiseerd kon worden. Sommige verpleeghuizen stelden, mede dankzij interventies vanuit de begeleidende bureaus, hun aanpak bij aan de hand van de eerste signalen vanuit medewerkers en resultaten met de technologie, en dit bleek te werken.

Zoals dit beoogd was, bestonden de feitelijke activiteiten met name uit informatie- en projectbijeenkomsten, analyses van werkprocessen, bijeenkomsten met betrokkenen (cliënten, familie en medewerkers), bredere communicatieactiviteiten en het uitvoeren van metingen en evaluaties. Kennisuitwisseling tussen verpleeghuis en partnerorganisatie heeft met name aan het begin en einde van de implementatie plaatsgevonden, in een enkele uitzondering is ook gedurende de implementatie veelvuldig contact geweest.

Vrijwel alle instellingen hadden meer tijd nodig dan gepland om de projecten goed op te starten. Dat zorgde ervoor dat de meeste projecten niet zijn afgerond tot op het niveau dat ze vooraf beoogden; zowel qua vordering in het implementatieproces, de omvang van de betrokken cliëntenpopulatie als de bereikte effecten onder cliënten, professionals en de organisaties. In de praktijk bleek de gestelde looptijd van de challenge te kort te zijn om tot het punt te komen waarop de implementatie structureel geborgd was.

In alle projecten werd de feitelijke implementatie uitgevoerd in nauwe samenwerking en afstemming tussen projectleider en de begeleidende bureaus en betrokkenen gaven aan dat de bureaus een belangrijke bijdrage aan de feitelijke implementatie hebben gehad, zowel door de veranderkundige en projectmatige expertise als doordat er 'extra handjes' waren voor de projectuitvoering. Opvallend is dat dit in alle gevallen zo goed is gegaan, ondanks de beperkt gemaakte afspraken tussen bureaus en verpleeghuizen aan de voorkant over de wijze waarop de begeleiding vorm zou krijgen.

Outputs

De outputs van de projecten zijn gedefinieerd in merkbare en meetbare effecten voor cliënten, zorgprofessionals en de organisatie. De projecten hebben over het algemeen ten opzichte van de eigen gestelde doelen slechts beperkt een *meetbaar* effect opgeleverd. Voorbeelden van gerealiseerde effecten voor cliënten zijn een snellere opvolging op bellen door de cliënt in de nacht, evenals minder lekkages bij cliënten. Sommige effecten konden niet worden aangetoond, maar deze werden wel verwacht later in de tijd, zoals een verschil in medicatiegebruik bij cliënten, een afname van incidenten en minder agressie. Merkbaar voor de cliënt was bijvoorbeeld wel dat er een grotere bewegingsvrijheid was, er minder vaak 's nachts een cliënt gestoord hoefde te worden door controlerondes of dat er minder zorgverleners rondom het bed hoefden te staan. Vaak was de schaal waarop het resultaat werd bereikt minder dan dat er vooraf verwacht was. Dit hangt grotendeels samen met het feit dat de implementatie bij de meeste verpleeghuizen op kleinere schaal vorderde dan beoogd was gedurende de looptijd van de challenge, wat weer het gevolg was van de stroeve start van de trajecten (zie hoofdstuk 3).

Op het niveau van de medewerker waren voorbeelden van effecten van de implementatie het feit dat er minder vaak op onnodige meldingen hoefde te worden gereageerd door professionals en een toename van een gevoel van veiligheid bij professionals. De ervaren werkdruk verschilde over het algemeen nauwelijks door de inzet van de technologie.

De beperkt meetbare effecten over het geheel van alle projecten komen deels door de beperkte omvang van de investering, deels door *hickups* in de implementatie en deels door de beperkte doorlooptijd van de implementatie. De mate waarin de effecten meetbaar zijn, is eveneens beperkt, wat deels komt door dezelfde factoren, maar ook doordat aan de voorkant de projecten effecten als doel hebben gesteld die binnen de tijd van de challenge moeilijk meetbaar zijn. Vaker betrof het effecten over de ervaring van medewerkers.

Effecten voor de cliënten

Tijdens de challenge is bij de meeste casussen wel één objectief meetbaar effect gerealiseerd, maar niet alle vooraf voorziene effecten. Het merendeel van de projecten heeft zich op cliëntniveau moeilijk tastbare effecten (bijvoorbeeld ervaren nachtrust, meer persoonsgerichte zorg, meer privacy) ten doel gesteld. Voor de meeste projecten zijn wel kwalitatieve effecten te beredeneren in theorie.

Dat er weinig kwantitatieve effecten zichtbaar zijn, heeft naar ons idee te maken met een aantal factoren:

- a. De beperkte doorlooptijd van de challenge. Na het startmoment moesten veel organisaties nog op gang komen met hun implementatieproces, en tussen de tussenmeting (november) en eindmeting (december) zat slechts een maand, waarin weinig toegenomen effect kon worden bereikt.
- b. Door de beperkte doorlooptijd is in sommige projecten vooraf onvoldoende aandacht geweest voor een (kwantitatieve) nulmeting.
- c. Het bereik in cliëntaantallen is zeer beperkt. Het kost tijd in kaart te brengen bij welke cliënten de specifieke technologie het best past in termen van wensen en behoeften. Gedurende de implementatie bleek ook in sommige gevallen dat cliënten alsnog geen baat hadden bij de implementatie en cliënten zijn uitgevallen door bijvoorbeeld sterfte.

Effecten voor de medewerkers

Een kleine minderheid van de deelnemende organisaties geeft aan dat hun medewerkers ook daadwerkelijk meer werkplezier ervaren. Hiermee is dit doel slechts beperkt bereikt. Of medewerkers de winst die wordt behaald door de inzet van technologie in tijd ook ervaren, wordt mede bepaald door hoe de organisatie besluit om te gaan met deze tijds winst. Hierin zijn verschillende benaderingswijzen gekozen door verpleeghuizen. De tijds winst kan resulteren in:

- a. Minder personele inzet (het resultaat wordt beperkt tot een kostenbesparing, waarbij de individuele medewerker dit effect niet of amper merkt).
- b. Geen taakverlichting voor de medewerker binnen een bepaalde tijd, maar er is wel de mogelijkheid *gerichter* zorg te verlenen (de taken worden vervangen door andere werkzaamheden gericht op hetzelfde doel met meer winst voor de cliënt, bijvoorbeeld in plaats van controlerondes lopen, opvolgen van signalering door technologie passend bij het ritme van de cliënt).
- c. Minder taken voor de medewerker in dezelfde tijd en in dezelfde tijd meer persoonlijke aandacht kunnen bieden aan de cliënt (in dit geval merkt de medewerker dit effect wel enigszins).

Een interessant inzicht dat Berenschot uit de interviews met projectleiders van de verpleeghuizen opdeed, is dat werkplezier in algemene zin voor medewerkers méér samenhangt met het goed kunnen zorgen voor de cliënt, dan met een reductie van de eigen werkdruk of interesse in het werken met de technologie.

Effecten op organisatieniveau

De effecten op organisatieniveau komen deels terug in de *ex ante* business cases, die de verpleeghuizen allen vooraf hebben gemaakt. Hierin werden incidentele kosten opgenomen, zoals de aanschaf van technologie en bijbehorende software, inschattingen van structurele kosten, zoals licentiekosten en inzet van medewerkers, en verwachte opbrengsten in termen van bijvoorbeeld tijdsbesparing van medewerkers door minder onnodige handelingen of een besparing van productkosten. Een bijkomend voordeel dat werd genoemd, was reductie van het verpleeghuisafval en daarmee een bijdrage aan meer duurzame zorg. De mate van detail van de business cases en de mate waarin rekening werd gehouden met verschillende variabelen liep erg uiteen.

Als we kijken naar de gerealiseerde effecten, merken we op dat slechts de helft van de deelnemende organisaties in hun eindrapportage een gedetailleerde *ex post* business case heeft opgenomen, waarbij zij data die ze tijdens de challenge hebben gemonitord ook daadwerkelijk laten terugkomen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de tijdsbesparing per medewerker per cliënt of om een jaarlijkse afname van productkosten. Één verpleeghuis realiseerde een tijdsbesparing en gaf aan dat deze tijd ook daadwerkelijk kon worden omgezet in een besparing op personeelskosten (1 fte). Het is niet duidelijk of de overige verpleeghuizen deze monitoring van (financiële) effecten wel hebben uitgevoerd.

Deze verpleeghuizen geven wel aan dat positieve effecten *verwacht worden* (bijvoorbeeld wanneer er pas bij inzet bij méér cliënten tijdsbesparing gerealiseerd wordt) of dat *resultaten voornamelijk kwalitatief zijn*. Wanneer deze informatie waar mogelijk nauwkeuriger zou zijn gemonitord en omgezet in een *ex post* business case (bijvoorbeeld door extrapolatie van de al bekende resultaten naar het organisatieniveau), kan op dit niveau betere besluitvorming plaatsvinden over wat de technologie de organisatie oplevert en of men hierop in de toekomst wil blijven inzetten. Het merendeel van de effecten op organisatieniveau blijkt te zitten in een verbetering van kwaliteit van zorg, veelal omdat de zorg meer persoonsgericht kan worden aangeboden.

De overige doelen op organisatieniveau zijn slechts beperkt tastbaar en meetbaar. Wat reductie van ziekteverzuim betreft, kan worden gesteld dat de doorlooptijd van de challenge te kort is om hier een meetbaar effect in te realiseren. De effecten: een verbetering van het imago van de organisatie, het bereiken van een cultuuromslag binnen de organisatie en aantrekkelijk werkgeverschap zijn genoemd als doelstelling en zijn kwalitatief in enkele zinnen beschreven. Over het algemeen is het beeld dat medewerkers aan het einde van de challenge bij de verschillende organisaties positiever zijn over de inzet van zorgtechnologie.

2.4 Doelbereik van de projecten

We concludeerden eerder al dat op basis van de projectplannen de acht projecten ten dele bijdragen aan de doelen van de challenge. De mate waarin de beoogde doelen, gezien het theoretisch veronderstelde doelbereik, ook daadwerkelijk zijn bereikt, varieert. Kwalitatief heeft ieder project in zekere mate outcome gerealiseerd op het niveau van cliënt, medewerker en organisatie, maar kwantitatief is deze outcome lastiger vast te stellen. Per doelstelling geven we een korte beschrijving van onze bevindingen.

De acht projecten geven een beperkte impuls aan de implementatie van technologie in verpleeghuiszorg

Binnen ieder project is uiteindelijk aan het einde van de challenge zorgtechnologie geïmplementeerd. Bij twee projecten hebben tekortkomingen van de technologie tijdens de implementatie tot knelpunten geleid, alhoewel deze aan het einde van het traject opgelost waren. Bij één project was op voorhand al bekend dat het een beperkt technologische innovatie betrof. Deze drie projecten hebben hierdoor beperkt bijgedragen aan het breder implementeren van technologie.

Voor vrijwel alle projecten gold dat het *bereik* van de implementatie beperkt was; onder andere omdat een zorgvuldige match tussen behoeften en de situatie van de cliënt en medewerkers er gedurende het traject voor zorgde dat cliënten “afvielen”, omdat méér tijd nodig was voor een zorgvuldige voorbereiding (onder andere het meenemen van alle medewerkers in de implementatie), en omdat de omvang van de aangeschafte technologie beperkt was.

Wel constateren we dat de verpleeghuizen veel hebben geleerd over het implementeren van technologie dankzij de projecten, waarmee de challenge een randvoorwaarde heeft gecreëerd om in de toekomst bredere implementatie van technologie te bewerkstelligen. Het merendeel van de deelnemende verpleeghuizen wil ook vervolg geven aan de inzet van zorgtechnologie ná de challenge. Twee verpleeghuizen zijn al voortvarend te werk gegaan met het vervolg en hebben zicht op financiering voor vervolggactiviteiten met dezelfde technologie. Bij de andere verpleeghuizen voorzien we dat de opvolging beperkter zal zijn door het ontbreken van interne capaciteit, de middelen voor opschaling en/of de onvoldoende borging van de benodigde vaardigheden op het gebied van projectmanagement.

De acht projecten dragen bij aan kwalitatief betere zorg

In de meeste projecten bleek het lastig meetbaar te maken wat kwaliteit van zorg voor cliënten exact is; niet alleen omdat de doelgroep dit zelf lastig kan verwoorden, maar ook omdat de effecten niet binnen de looptijd van de challenge zichtbaar werden. Hiermee samenhangend is in sommige projecten ook onvoldoende geïnvesteerd in een goede nulmeting, waardoor het verschil in kwaliteit van zorg lastig vast te stellen was.

Tegelijkertijd zijn er evident verbeteringen van kwaliteit van zorg gerealiseerd in de meeste projecten. Het behoeft geen uitgebreide effectmeting om vast te stellen dat het voor cliënten prettig is als tijdig het incontinentiemateriaal wordt gewisseld, dat het voor dementerende cliënten met gedragsproblematiek prettig is als er niet onnodig extra mensen in een ruimte zijn om te observeren en dat het voor cliënten prettig is dat er snelle opvolging plaatsvindt in vervelende situaties, doordat ze op een polsalarmknop kunnen drukken. Daarmee is het dus ook niet altijd nodig om dit hard te maken.

De acht projecten dragen deels bij aan het vergroten van de veiligheid van zorg

Drie van de acht projecten waren gericht op het verbeteren van signalering en alarmering. In deze gevallen leidde de inzet van technologie meetbaar tot een snellere reactietijd door zorgprofessionals, wat de veiligheid ten goede kwam. Medewerkers konden zo bij een melding beter inschatten of de situatie urgent was en, wanneer dit zo is, hier gericht op inspelen. Of dit kwantitatief tot een veiligere situatie leidt, blijkt niet uit deze challenge; er zijn bijvoorbeeld geen voor- en nametingen bekend van het aantal incidentmeldingen.

De acht projecten dragen bij aan het vergroten van het werkplezier van professionals

Bij de twee verpleeghuizen waar technologie tijdens de implementatie voor knelpunten zorgde, heeft de implementatie in eerste instantie een negatief effect gehad op het werkplezier van de medewerkers. Nadat de knelpunten waren opgelost, neemt dit negatieve effect wel af. Overall komt uit de acht projecten het beeld naar voren dat het werkplezier voornamelijk wordt beïnvloed door het effect dat de technologie heeft op de cliënt: wanneer bijvoorbeeld *sneller of meer gericht* zorg kan worden verleend door de technologie, hebben medewerkers meer plezier, omdat zij een positievere impact hebben op hun cliënten.

Een succesvolle inzet van technologie verlaagde in enkele gevallen de werkdruk, wat leidde tot méér tijd voor andere werkzaamheden en aandacht voor de cliënt. De ervaren werkdruk bij medewerkers is echter niet dusdanig veranderd dat dit tot meer werkplezier leidt, omdat de startsituatie een dusdanig hoge werkdruk kende. Zo gaf een medewerker terug dat ze dankzij de technologie hooguit van 130% naar 110% terugging. Wanneer de implementatie over een langere periode en op grotere schaal wordt ingezet, is het echter reëel te verwachten dat medewerkers wél een lagere werkdruk gaan ervaren. Het werken met nieuwe technologie an sich als trigger voor werkplezier is zeer beperkt benoemd in de interviews en eindverslagen.

Conclusies

De bijdrage van de afzonderlijke projecten aan de bredere implementatie van in beperkt in termen van bereik, omdat:

- Niet alle projecten bewezen technologie implementeren.
- De omvang van de investering beperkt was.
- De implementatie in omvang beperkt was, omdat de deelnemende organisaties nog niet gereed waren voor implementatie bij de start van de challenge.

De feitelijke bijdrage van de geïmplementeerde technologie aan de kwaliteit en veiligheid is bereikt. Deze is echter niet altijd meetbaar te maken. De omvang van het bereik is beperkt door de schaal waarop technologie is geïmplementeerd. De feitelijke bijdrage van de geïmplementeerde technologie aan het werkplezier van medewerkers is beperkt bereikt, met name doordat medewerkers ervaren dat de technologie hun cliënten helpt. De beperking in het effect ontstaat doordat de doorlooptijd van de projecten te kort was om écht invloed te hebben en doordat in enkele projecten de technologie mankementen vertoonde. De omvang van het bereik is beperkt door de schaal waarop technologie is geïmplementeerd.

Deze conclusies zijn niet in strijd met de verwachting, maar het betekent wel dat de bijdrage aan de bredere implementatie van technologie en de uitkomsten voor cliënt, professionals en organisaties van de challenge als geheel grotendeels afhangt van de communicatie erover en het delen van kennis.

2.5 Het effect van de werkwijze van de challenge op het doelbereik in de projecten

Het samenwerken met partnerorganisaties biedt deelnemers kennis, maar het is geen garantie voor succes

In de eindrapportages werd aangegeven dat verpleeghuizen de succes- en faalfactoren van hun partners actief hebben gebruikt in de eigen aanpak. Dit heeft hen, zo wordt beschreven, geholpen in het voorkomen van al bekende valkuilen en in een enkel geval heeft het zelfs 'de sleutel' tot meer succes opgeleverd. De interviews boden echter een genuanceerder beeld: de samenwerking met de partnerorganisatie blijkt zeer uiteenlopend te zijn vormgegeven. Deels is dit ook veroorzaakt door het feit dat het voor de organisaties moeilijk bleek tijdig een geschikte partnerorganisatie te vinden, waardoor de samenwerking pas in een relatief laat stadium kon worden opgezet. Aan de ene kant waren er projecten waarin heel actief ervaringen werden uitgewisseld en gezamenlijk beleid is opgesteld en verbeterd, aan de andere kant waren er ook projecten waar slechts oppervlakkig of zelfs moeizaam contact is geweest tussen de organisaties. Een succesfactor lijkt de geografische nabijheid van de partnerorganisatie, maar het blijkt bij de inschrijving voor de meeste projecten een uitdaging te zijn geweest een partner te vinden met dezelfde technologie in de buurt. Mogelijk speelde hier ook in mee dat voor de 'expertorganisatie' gevoelsmatig weinig kennis te halen valt waardoor het minder interessant is te investeren in de kennisdeling dan voor de 'startende' organisatie. In praktijk zien we dat deze assumptie niet klopt; in de projecten waar wél actieve kennisdeling plaatsvond, was dit zeker gedurende de implementatie de kennisdeling wederkerig en de partnerorganisatie leerde eveneens. Daarmee is ook duidelijk dat dit uitgangspunt van de challenge wel degelijk succesvol kan zijn. Dit bewijst zich onder meer in het feit dat van de acht deelnemers twee projecten dankzij de challenge bredere leernetwerken zijn gestart rondom de implementatie van technologie.

Overigens zien we in meerdere projecten dat het feit dat de technologie zich heeft bewezen bij een partnerorganisatie ook bij goede kennisdeling niet betekent dat de implementatie vlekkeloos verloopt, omdat elk verpleeghuis zijn eigen specifieke technische infrastructuur heeft waar de technologie aan gekoppeld wordt wat tot unieke uitdagingen voor dat verpleeghuis leidt.

Begeleiding door adviesbureaus een belangrijke succesfactor voor implementatie

Uit de eindrapportages bleek over het algemeen een professionele implementatie van de technologie bij alle organisaties: de aanpak is gestructureerd, er vindt opvolging van gemaakte afspraken plaats, er is tijd en ruimte voor begeleiding, en effectmetingen en rapportages zijn nauwgezet uitgevoerd. Bijna alle betrokkenen erkenden dat dit in belangrijke mate komt door de veranderkundige en projectmatige expertise die is ingebracht door de begeleidende bureaus. Ook erkenden meerdere betrokkenen dat deze randvoorwaarde in de challenge helpt om bestaande denkpatronen en 'de waan van de dag' te doorbreken: de externe adviseurs zijn een kritische, onafhankelijke denkpartner en benaderen situaties en problemen op een andere manier. Sommige deelnemers gaven expliciet aan te hebben geleerd van de vaardigheden van de adviseurs, zoals het opstellen van een business case, het uitvoeren van effectmetingen, het intern 'promoten en verkopen' van hun idee en het projectmatig werken in brede zin. Omdat dit leereffect voornamelijk heeft plaatsgevonden bij individuele projectleiders, betekent dit niet per definitie dat deze effecten langdurig geborgd zijn in de verpleeghuizen. Doordat de invulling van de begeleiding niet vaststond en er ook geen duidelijke kaders zijn meegegeven vanuit het ministerie van VWS aan de bureaus, konden zij de inzet waar nodig aanpassen op de situatie van het verpleeghuis. Dit is door bureaus en verpleeghuizen als positief ervaren en heeft duidelijk bijgedragen aan het daadwerkelijke resultaat van implementatie van de technologie. Een bijkomstig effect is dat het lastig is te bepalen of er specifieke aanpakken van de bureaus waren (bijvoorbeeld benaderingen, frameworks) die in het bijzonder (in)effectief zijn, maar dit heeft dus ten dienste getreden van het resultaat en vormt een waardevol onderdeel van de aanpak van de challenge. Wel geven de begeleidende adviesbureaus aan dat er onderling nauwelijks tot geen kennis is uitgewisseld, terwijl ze hier, achteraf, wel de meerwaarde van inzien.

Eigen investering leidt tot focus in prioritering, vergroot urgentiegevoel niet

Uit interviews bleek dat de meeste zorgorganisaties intrinsiek zeer gemotiveerd waren om zorgtechnologie in te zetten vanwege de verbetering van kwaliteit van zorg en de situatie van hun medewerkers. De eigen investering werkte dus niet demotiverend, maar deze werd ingezet voor technologie die hierop aansloot. Het leidde eveneens niet tot een verhoogd gevoel van urgentie voor het slagen van de implementatie. Tegelijkertijd werd hierdoor relatief 'veilig' gekozen voor technologie die een beperkte grootte van investering vereiste. Financiering van de technologie door bijvoorbeeld het ministerie kan in theorie dus bijdragen aan meer risicovolle (grotere) investeringen, mogelijk met een grotere pay-off in termen van bereik en uitkomsten, en het kan tevens meer spelers over de dam brengen om mee te doen aan de challenge. Sommige gesprekspartners gaven aan dat zij verwachtten dat het bereik van de challenge kan worden vergroot door financiële steun bij de aanschaf van technologie, omdat het voor sommige collega-zorgorganisaties naar hun inschatting wel het verschil maakt om te starten of niet. Het is echter geen noodzakelijke voorwaarde, zoals dit blijkt uit de deelname van deze acht verpleeghuizen.

Wedstrijdelement is een leuke 'extra', maar niet doorslaggevend voor succes van de implementatie

Dit element wordt in het algemeen als een leuke opzet ervaren. Het merendeel van de verpleeghuizen geeft aan dat het wedstrijdelement niet het verschil heeft gemaakt in méér of minder motivatie voor het succesvol implementeren van de technologie. Die motivatie komt veelal meer vanuit de effecten die (in potentie) de technologie heeft voor de cliënten en medewerkers. Mogelijk speelt hierin mee dat op voorhand ook onduidelijk was wat gewonnen kon worden. Het wedstrijdelement heeft wel gezorgd voor focus en een stok achter de deur; zo geven diverse verpleeghuizen aan dat zeker richting de eindbeoordeling ze extra gefocust waren en "toch hoopten we dat we zouden winnen". Mogelijk heeft het wedstrijdelement de kennisdeling tussen deelnemende verpleeghuizen wel wat in de weg gestaan: verschillende betrokkenen benoemden dat naar mate het einde van de challenge in zicht kwam, men de wedstrijd graag wilde winnen en zich daardoor richtte op het eigen succes.

3. Proces, doelbereik en werking van de overall challenge

In het vorige hoofdstuk gingen we in op de implementatieprojecten van de individuele verpleeghuizen en de mate waarin dit heeft bijgedragen aan de doelen van de challenge. In dit hoofdstuk bespreken we het implementatieproces van de challenge als geheel en het doelbereik daarvan. Daarbij gaan we tot slot in op de werking in de praktijk van de veronderstelde kernmechanismen.

3.1 Ontwerp en start van de challenge

Consistente beleidstheorie

Berenschot constateert dat de wijze waarop de challenge ontworpen is, consistent is met de gestelde doelen: er zit een duidelijke lijn in. Van de vier kernmechanismen (eigen aanschaf van technologie die zich reeds elders heeft bewezen, begeleiding door veranderkundige adviesbureaus, actieve kennisuitwisseling, brede communicatie over de challenge) kan volgens ons in theorie worden verwacht dat deze leiden tot een brede implementatie van technologie in de sector, die bijdraagt aan het verhogen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg en het aantrekkelijker maken van het werk van de professional.

Bewuste keuze voor vrije invulruimte

In het ontwerp is tevens een bewuste keuze gemaakt om de verpleeghuizen in grote mate 'vrij' te laten; in het soort innovatie dat ze implementeren en de mate waarin deze technologisch is, maar ook de specifieke invulling van de outcome: verbeteringen voor cliënt, professional en organisatie. Dit kan worden beschouwd als een positieve randvoorwaarde om ruimte te bieden voor innovatie vanuit de sector zelf. Anderzijds bracht het ontwerp het risico met zich mee dat er een (te) ruime interpretatie ontstaat van wat technologische innovatie precies is en op welk moment er sprake is van doelbereik dat consistent is met de doelen van de challenge.

Afwijking van beleidstheorie bij de start

De start van de challenge is wat stroef verlopen. Betrokkenen geven aan dat er (te) laat is gecommuniceerd over de challenge en dat de communicatie ook onvoldoende gericht was op het bereiken van zorgverlenende professionals. De kick-off van de challenge is uiteindelijk ook verschoven naar eind januari 2018, zodat de challenge kon worden aangekondigd in de e-healthweek. De feitelijke start van de projecten was vervolgens pas in april. Koepels zijn relatief laat betrokken waardoor aanbieders ook relatief laat vanuit hun eigen netwerk van de challenge hoorden. Het was bij de aanmelding (en ten tijde van de uitvoering) van de challenge niet geheel duidelijk voor de verpleeghuizen welke prijs ze zouden kunnen winnen als ze meededen aan de challenge, waardoor dit potentieel motiverende onderdeel van de werkwijze zijn doel niet kon bereiken. De aanname van het ministerie van VWS was dat vanaf april ook daadwerkelijk geïmplementeerd kon worden binnen de verpleeghuizen, maar dit was in de meeste verpleeghuizen niet het geval. In de meeste gevallen lagen er nog geen concrete plannen van aanpak en deze werden pas in april opgesteld. De relatief korte tijd die verpleeghuizen kregen tussen de oorspronkelijke benadering en hun inschrijving in combinatie met de eis om 1) een partnerorganisatie te vinden, 2) zelf financiële middelen voor de aanschaf van de technologie als ook 3) mankracht vrij te maken voor implementatie van de technologie, lagen hieraan ten grondslag en deze zorgden volgens meerdere geïnterviewde deelnemers en stelselpartijen ervoor dat er minder inschrijvingen waren dan verwacht. Dit strookt ook met de feitelijke waarneming dat er minder dan tien aanmeldingen waren, terwijl er meer beoogd waren. Hierdoor kon geen selectie worden gemaakt uit de aanmeldingen en er werden ook initiatieven toegelaten die niet volledig strookten met de doelen en beleidstheorie van het ministerie van VWS.

3.2 Implementatie en afronding van de overall challenge

In het vorige hoofdstuk gingen we in op de vraag in welke mate de verpleeghuizen hun projecten implementeerden conform hun streven en in welke mate dit streven aansloot op de doelen van de overall challenge. Hier gaan we in op de implementatie van de overall challenge door het ministerie van VWS en de RVO, en de rol van de begeleidende bureaus daarbinnen. Dit bespreken we aan de hand van de pijlers van de beleidstheorie die we in hoofdstuk 1 presenteerden.

3.2.1 Taken van het ministerie van VWS en de RVO

Inputs

Het ministerie van VWS en, op het praktische niveau van de uitvoering, de RVO waren verantwoordelijk voor twee inputs: het bieden van de juiste kaders in de vorm van het reglement (het ministerie van VWS en de RVO) en de financiering van de bureaus (het ministerie van VWS). We stelden eerder vast dat het reglement ruim te interpreteren was door aanvragers en de jury in termen van wat kan worden verstaan onder technologische innovatie en onder de te bereiken outcomes. Dit bood de ruimte voor initiatieven om enigszins af te wijken van de beleidstheorie, bijvoorbeeld omdat er niet daadwerkelijk sprake was van technologie of omdat het ging om volledig nieuwe dus niet elders geïmplementeerde innovaties, en dit is ook gebeurd.

De verschillende bureaus gaven aan voldoende financiering te hebben ontvangen om hun werk goed te kunnen doen. Tevens ontstaat vanuit de gesprekken het beeld bij Berenschot dat de keuze van het ministerie van VWS om de bureaus niet teveel concrete beperkingen mee te geven met betrekking tot hun ureninzet de kwaliteit van hun taakuitvoering ten goede is gekomen. Meerdere geïnterviewden vanuit de bureaus en de verpleeghuizen gaven aan dat de flexibiliteit waarmee de bureaus de implementatie begeleiden, bijvoorbeeld het ad hoc organiseren van bijpraatsessies met drukke zorgverleners op een moment dat 'het even uitkomt', een kerningrediënt was voor een goede werkrelatie dat heeft bijgedragen aan positieve resultaten.

Throughput

Het actieve deel van de implementatie van de challenge lag bij de verpleeghuizen en de bureaus. Ter facilitering hiervan verrichtten het ministerie van VWS en de RVO een aantal activiteiten. De RVO zette namens het ministerie van VWS de website op, maakte het aanvraagformulier, heeft geschakeld met de jury en organiseerde tussentijds een leerbijeenkomst voor de deelnemers. Berenschot constateert dat deze grotendeels naar verwachting zijn uitgevoerd. Zoals dit eerder is aangegeven, gold dit niet voor de eerste informatiebijeenkomst over de challenge: deze werd slechts beperkt bezocht. Daarnaast zijn de reacties over de communicatie vanuit de RVO richting andere betrokkenen wisselend, zowel duidelijkheid als tijdigheid van communicatie richting juryleden en deelnemende verpleeghuizen worden niet unaniem als positief beschreven.

Het ministerie van VWS was tevens verantwoordelijk voor het monitoren van de voortgang van de challenge, zowel op het niveau van proces als outcome; hierbij praktisch ondersteund door de RVO. Dit geschiedde via de voortgangsrapportages. Het beeld dat Berenschot krijgt uit de interviews met de deelnemende bureaus, die de rapportages verstrekten, is dat het ministerie van VWS in eerste instantie sterk heeft gestuurd op verantwoording via kwantitatieve indicatoren over effectbereik en hier gaandeweg een mildere houding in heeft aangenomen. Het valt op dat een gerichte sturing op kwantitatieve indicatoren niet een-op-een aansluit op de vrijheid die de verpleeghuizen en bureaus kregen vanuit het reglement aan de voorkant. Het is immers niet eenvoudig eenduidige kwantitatieve informatie te registreren wanneer inputs, throughputs, outputs en outcome van te voren niet ingekaderd zijn. De RVO geeft aan dat ze hebben geprobeerd toe te zien op bondige rapportages vanuit de bureaus ten behoeve van de jury. Dit bleek echter in de praktijk moeilijk te realiseren.

De beoogde functie van de slotbijeenkomst (inclusief de pitches van de verpleeghuizen aan de jury) was om de inspanningen van de verpleeghuizen en hun successen te vieren en een positief signaal af te geven naar de verpleeghuissector. In meerdere gesprekken met verpleeghuizen en de bureaus is naar voren komen dat dit niet volledig uit de verf is gekomen (zie ook paragraaf 3.2 voor de ervaringen van betrokkenen). Dit was vanwege drie redenen:

- De bijeenkomst verliep wat rommelig: deelnemende instellingen hoefden niet allen op hetzelfde moment aanwezig te zijn en luisteren dus slechts deels naar elkaar.
- Niet alle juryleden waren aanwezig. Het was voor verpleeghuizen die niet werden uitgeroepen tot winnaar onduidelijk waarom dit niet het geval was.

Output

Het ministerie van VWS en de RVO waren tevens verantwoordelijk voor de promotie van de challenge in media-uitingen. Vrijwel alle geïnterviewden (verpleeghuizen, stelselpartijen) noemden de professioneel opgenomen promotiefilmpjes per deelnemer die werden verspreid na de zomer (september 2018) als een van de eerste wanneer ze werden gevraagd naar positieve elementen van de challenge. Dat heeft twee redenen:

- Hoewel de filmpjes niet uitzonderlijk veel hits hadden op YouTube, gaven de verpleeghuizen aan dat collega-organisaties de filmpjes hadden gezien en er positief op reageerden.
- Er ging volgens de deelnemende instellingen en de begeleidende bureaus een duidelijk signaal van waardering voor het werk van de professional uit van de professioneel opgenomen filmpjes waarin de professional en cliënt centraal staan.

Enerzijds concluderen we dat de promotie van de challenge succesvol is verlopen vanwege de kracht van de belangrijkste outputs (de filmpjes). Anderzijds geldt dat er mogelijkheden waren en er in de toekomst ook zijn om deze nog breder te verspreiden en er geldt dat deze output vooral aan het begin effectief is ingezet. Rondom het proces van de jurering ('wat doet er nou echt toe volgens experts?') en de uitslag is minder breed richting het algehele veld gecommuniceerd. Naar het oordeel van Berenschot was dit van toegevoegde waarde geweest, gegeven de twee positief werkende mechanismen die we hierboven benoemden.

Conclusie taakuitvoering van het ministerie van VWS en de RVO

1. Het ministerie van VWS heeft gekozen voor een kader waarin de ruimte is gegeven aan verpleeghuizen om de challenge deels zelf in te vullen. Dat past bij een werkwijze die innovatie poogt te stimuleren. Door een laag aantal aanmeldingen is wel sprake van afwijking van de doelen van het ministerie van VWS bij sommige deelnemers. Dit was mede mogelijk door de soepele toepassing van de kaders.
2. De financiering van de tijdsinvestering van de bureaus is adequaat gebleken en de flexibiliteit waarmee de bureaus (op verzoek van de verpleeghuizen) hun tijd konden inzetten is als positief ervaren door de bureaus en de deelnemende verpleeghuizen.
3. De procesorganisatie door de RVO in opdracht van het ministerie van VWS is ten dele adequaat verlopen. Duidelijke uitzonderingen zijn de verlate start (dit was overigens niet de keuze van de RVO zelf) en de slotbijeenkomst waar volgens betrokkenen en Berenschot meer in had gezeten. Minder eenduidig zijn de ervaringen rondom de communicatie over het procesverloop van de challenge. Het is een feit dat diverse betrokkenen dit zowel inhoudelijk als qua tijdigheid ondermaats hebben ervaren. Deze minder goed verlopen onderdelen van het proces hebben wel impact gehad op het doelbereik van de verpleeghuizen en de overall challenge.
4. De keuze van het ministerie van VWS om enerzijds ruimte te laten voor eigen invulling aan de voorkant en anderzijds gedurende het proces te sturen op specifieke, kwantitatieve verantwoording, kan worden aangemerkt als enigszins inconsistent.

Zo is dit ook ervaren door deelnemende bureaus en verpleeghuizen, maar zij merken ook op dat hierover een goed gesprek mogelijk bleek met het ministerie van VWS en dat er gezamenlijk een werkbare variant is gevonden.

- De promotie van de challenge in de vorm van de filmpjes van de projecten is als zeer positief ervaren en heeft een duidelijke meerwaarde gehad, vooral omdat het een gevoel van waardering teweeg bracht bij professionals en hun organisaties. Berenschot is wel van mening dat de filmpjes zich focusten op het begin en dat meer uitingen rondom het verloop en het einde van de challenge (de jurering, de uitslag) waardevol waren geweest.

3.2.2 Taken van de bureaus

Inputs

Op basis van de interviews met de vier begeleidende bureaus, evenals de verpleeghuizen, constateren we dat de bureaus kundige adviseurs hebben geleverd die verstand hebben van het begeleiden van verandertrajecten c.q. implementatieprocessen in de zorg. De tijdsinvestering van de bureaus was tevens adequaat, wat sterk samenhangt met de gepaste financiering vanuit het ministerie van VWS. Niet alle deelnemers waren onverdeeld tevreden. Één deelnemer gaf aan het hinderlijk te vinden dat de adviseurs slechts in deeltijd aan het project werkten (een logisch gevolg van de afspraak met het ministerie van VWS). Men had het gevoel dat de focus en betrokkenheid er niet altijd was bij de adviseurs. Berenschot beschouwd dit op basis van het algemene positieve beeld als een incident en concludeert dat het vooral zaak is duidelijke afspraken te maken over de tijdsinvestering van de bureaus met de verpleeghuizen tot op het niveau van de professionals die samenwerken met de adviseurs.

Throughput

De bureaus hadden drie kerntaken binnen de challenge: het begeleiden van de implementatie van de projecten, het (formeel en informeel) delen van kennis en ervaringen onderling en richting hun verpleeghuizen, en deelname aan de bijeenkomsten waarin de voortgangsrapportages werden besproken.

Begeleiding van de implementatie

De verpleeghuizen zijn over het algemeen positief gestemd over de bijdrage van de adviesbureaus. Op basis van onze analyse van de interviews en documenten laat deze bijdrage zich kennen in drie hoofdmechanismen:

- De bureaus jaagden de implementatie aan en ontlastten de verpleeghuizen. Hiervoor werd de pakkende metafoor *buitenboordmotor* gebruikt.
- Ze leverden de vaak benodigde veranderkundige expertise: ze toonden inzicht in het voeren van het juiste gesprek, op het juiste moment en de juiste manier om professionals mee te krijgen in de implementatie.
- Ze brachten kennis en kunde rondom de monitoring (indicatoren, meetinstrumenten) en de rapportage daarover mee. Dit ontlastte de projectleiders van de verpleeghuizen en versterkte de interne leer- en verbetercyclus rondom de implementatie.



Figuur 3: Mechanismen: de bijdrage van de adviesbureaus aan de implementatie van de projecten van de verpleeghuizen.

Formele en informele kennisdeling

De bureaus hadden tevens als taak het proces van kennisdeling uit te voeren en te faciliteren. Enerzijds zou dit kunnen plaatsvinden in de voortgangsbijeenkomsten en gesprekken/meetings tussen de bureaus die specifiek georganiseerd zijn voor dit doel; anderzijds via informele uitwisselingen tussen de bureaus onderling en richting de verpleeghuizen die ze begeleidden.

Op basis van de interviews met de bureaus, verpleeghuizen en de stelselpartijen is het beeld dat dit proces slechts ten dele van de grond is gekomen. De betrokkenen hadden het gevoel dat hier meer in had gezeten; specifiek:

- De gedeelde kennis en ervaring tussen de bureaus heeft in de regel geen doorvertaling gekregen naar de implementatieprocessen in de 'eigen' verpleeghuizen.
- Tevens zijn er geen rapportages uitgewisseld waarin kruisbestuiving heeft plaatsgevonden. Aan de voorkant van de challenge zijn geen expliciete uitspraken gedaan over de aard en omvang van kennisuitwisseling tussen de bureaus.
- Enkele bureaus geven aan dat de beschikbare tijd onvoldoende was om hierin te kunnen voorzien.

Hier liggen dus mogelijkheden om bij navolgende challenges meer (in)formele kennisdeling te faciliteren.

Output

De bureaus waren tevens verantwoordelijk voor het rapporteren over de resultaten van de implementatie van de projecten en de verslaglegging van de voortgangsbijeenkomsten. Ten aanzien van de rapportages was er bij de bureaus onduidelijkheid over gepaste formats voor de rapportage, met name voor wat de outcome betreft. De behoefte die het ministerie van VWS in eerste instantie uitte over specifieke kwantitatieve uitkomstmaten was volgens de bureaus niet passend bij de situatie: de trial- en errorfase van implementatie van technologie waarin kwantificeerbare effecten zich nog niet (echt) voordoen. Anderzijds hadden zowel de RVO als de verpleeghuizen aanmerkingen op de lengte (te lang en uitgebreid voor de jury) en het proces van coproductie van de rapportages (relatief laat aanleveren om te redigeren door de verpleeghuizen). Berenschot concludeert op basis van het voorgaande dat duidelijke afspraken aan de voorkant over rapportageformats tussen het ministerie van VWS en de bureaus en over werkprocessen tussen de bureaus en de verpleeghuizen tot aanbeveling strekken.

Voor wat de rapportages van de voortgangsbijeenkomsten betreft merken we op dat deze zijn opgeleverd, maar dat hier een kans om aan expliciete kennisdeling te doen als onderdeel van de rapportages, is gemist.

Conclusie taakuitvoering bureaus

1. Berenschot concludeert dat de begeleidende bureaus hun kennis en kunde conform afspraak hebben ingezet. Goede afstemming c.q. verwachtingsmanagement richting de verpleeghuizen vanuit het ministerie van VWS en de bureaus strekt in zijn algemeenheid tot aanbeveling.
2. Verpleeghuizen zijn positief over de begeleiding vanuit de bureaus. De duidelijk ervaren meerwaarde hiervan laat zich kennen in drie mechanismen: aanjagen en ontlasten, inbreng van veranderkundige expertise en inbreng van expertise met betrekking tot monitoring, leren en verbeteren.
3. Het proces van formele en informele kennisdeling aangaande de implementatieprocessen tussen de bureaus onderling en vanuit de bureaus richting 'hun' verpleeghuizen heeft zich slechts in beperkte mate voorgedaan. De bureaus, de deelnemers en Berenschot achten dit wel van meerwaarde. Een gebrek aan tijd, die grotendeels werd besteed aan de begeleiding van de projecten zelf, werd door een aantal bureaus aangedragen als de oorzaak hierachter.
4. De rapportage van de voortgang van de projecten heeft plaatsgevonden. Wel was er aan het begin van het proces enige sprake van onenigheid tussen de bureaus en het ministerie van VWS over gepaste formats en keuzes over het meten van uitkomsten die daaraan ten grondslag lagen.

3.3 Ervaringen van betrokkenen

In het vorige hoofdstuk beschreven we het verloop van het implementatieproces in de verpleeghuizen en in de vorige paragraaf gingen we in op de proces op het niveau van de overall challenge. In deze paragraaf gaan we in op de ervaring en ook *beleving* van het proces bij de verschillende betrokkenen.

3.3.1 Projectleiders deelnemende verpleeghuizen

De projectleiders van de deelnemende verpleeghuizen hebben het proces van de challenge over het algemeen als positief ervaren; dit valt af te leiden uit de interviews. Er zijn ook enkele minder positieve ervaringen te noteren.

Het belang van commitment van professionals en de rol van leveranciers

De verpleeghuizen geven aan dat het commitment van de professional de meest bepalende factor is voor de implementatie en dat de inzet van de begeleidende bureaus en in sommige gevallen ook de leveranciers daar positief aan heeft bijgedragen. Één leverancier van incontinentiemateriaal was zowel dag als nacht actief betrokken bij het implementatietraject en stelde zich hier ook nadrukkelijk lerend in op, zowel richting het verpleeghuis als het begeleidende adviesbureau. Hierdoor ontstond een situatie van gelijkwaardigheid die het vertrouwen vanuit de professionals ten goede kwam. Andersom bespraken we in een interview een geval waarbij een leverancier zich wat rigide opstelde door erg standvastig te zijn met betrekking tot de leverdatum van matrassen, terwijl de professionals van het verpleeghuis nog niet klaar waren voor de implementatie. Dit had juist een averechts effect op de implementatie.

Varianten op kennisdeling met de partnerinstellingen

In de praktijk bleek het lastig voor een aantal geïnterviewde verpleeghuizen een samenwerkingspartner te vinden binnen de periode tussen kick-off van de challenge (januari) en start van de projecten (april). Partnerinstellingen waren niet altijd geïnteresseerd in deelname, omdat het ze veel tijd zou kosten die niet werd bezoldigd en waarbij het voor de partner niet altijd duidelijk was wat de meerwaarde voor henzelf was. De projectleiders van de verpleeghuizen hebben wisselende ervaringen gehad met betrekking tot het samenwerken en delen van kennis met hun partnerinstellingen. Voor Berenschot worden drie varianten zichtbaar:

1. Er wordt beperkt kennis gedeeld aan de voorkant (do's en don'ts vanuit de partnerorganisatie richting het verpleeghuis) en/of achterkant (terugkoppeling eigen ervaringen richting de partnerorganisatie) van het traject. Deze variant lijkt het vaakst voor te komen.
2. Er wordt een leernetwerk gestart waarin het verpleeghuis, de partnerorganisatie en in een enkel geval meerdere verpleeghuizen deelnemen om na afronding van de challenge actief kennis te blijven uitwisselen. Hiervan is in drie gevallen sprake geweest.
3. Er wordt überhaupt geen kennis uitgewisseld tussen het verpleeghuis en de partnerorganisatie. Hiervan is een enkele keer sprake geweest.

Onvoldoende tijd om het project goed opgestart te krijgen

Het dominante beeld dat Berenschot opmaakt uit de interviews met de projectleiders is dat men onvoldoende tijd heeft ervaren het eigen project goed op te starten. Het bleek goed mogelijk de nodige financiële ruimte te vinden om de technologie aan te schaffen (zij het op verschillende schalen), maar het beleggen van kerntaken bij de juiste individuen in de organisatie – inclusief de projectleidersrol – en het voorbereiden van de bredere organisatie inclusief zorgprofessionals bleek niet te realiseren te zijn in de periode tussen gunning van deelname en de drukke zomerperiode. Dit is de belangrijkste oorzaak voor het feit dat de verschillende projecten slechts ten dele geïmplementeerd zijn, wat een beperkende werking heeft gehad op het doelbereik van de projecten en de overall challenge.

Het belang van direct contact met het ministerie van VWS en de jury

Het ministerie van VWS heeft alle instellingen bezocht om het gesprek aan te gaan over de ervaringen met de implementatie. Individuele leden van de jury hebben een enkele instelling bezocht. Deze bezoeken zijn als zeer positief ervaren: het bezoek van het ministerie van VWS en de jury wordt zeer gerespecteerd en wordt beschouwd als een belangrijk teken van waardering richting de eigen organisatie, ook door de zorgverleners. Meerdere instellingen die niet zijn bezocht door de jury, hebben expliciet aangegeven dit ook te ervaren als een gebrek aan waardering: het mechanisme werkt dus ook in negatieve zin.

3.3.2 De begeleidende bureaus

De begeleidende bureaus zijn overwegend positief over het verloop van het proces, maar ze hebben tevens een aantal duidelijke aandachtspunten aan ons medegedeeld.

Gedragverandering moet centraal staan, niet de technologie

Uit meerdere interviews met de bureaus komt naar voren dat zij hun toegevoegde waarde het grootst achten bij het bewerkstelligen van veranderingen in de houding, het gedrag en de werkwijzen van de zorgverlenende professionals die als gevolg van het gebruik van de technologie tot stand moeten komen. Dit beschouwen zij ook het belangrijkste proces binnen het implementatietraject. Deze constatering is in lijn met het derde kernmechanisme dat we in hoofdstuk 3 benoemden: de meeste technologische oplossingen dragen bij aan gunstige uitkomsten via de veranderingen in gedrag van professionals en de organisatiecultuur. Sommige bureaus hebben het gevoel gehad dat in de challenge, met name in het gesprek erover met het ministerie van VWS en de media-uitingen (filmpjes), de technologie vooral centraal heeft gestaan in plaats van dit veranderproces.

Korte tijd van implementatie beperkt kans op borging

Ook de bureaus geven aan dat de lengte van het implementatietraject (start april – eind december) te kort is om kwantificeerbare resultaten op serieuze schaal te behalen. Tevens, en dit is in hun ogen belangrijker, geven ze aan dat er een risico bestaat dat het implementatieproces niet geborgd is op het moment dat de bureaus stoppen met de begeleiding (sommigen hebben hun inzet samen met de instelling verlengd).

Ruimte om te falen, reflecteren en leren

Een aantal bureaus geeft aan de focus op (kwantitatieve) outcomegerelateerde resultaten waar het ministerie van VWS aan het begin van het traject op stuurde, als hinderlijk en inconsistent met de gedachte achter de werkwijze van de challenge te hebben ervaren. Er moet voldoende ruimte zijn fouten te maken tijdens het traject, en de focus van monitoring en verantwoording moet daarom liggen op gerealiseerde projectstappen (throughput en output) en de leereffecten die daaruit voortkomen in plaats van op specifiek doelbereik onder cliënten, professionals of de organisaties.

Een complexer achterliggend thema is de keuze van het ministerie van VWS om de challenge in te richten op de fase van *opschaling* in het innovatieproces: ofwel het implementeren van technologie die zich reeds elders bewezen heeft met de gedachte dat leerervaringen uit het verleden expliciet kunnen worden geïntegreerd in het implementatieproces. Sommige bureaus vragen zich af of een verpleeghuis niet altijd tot op zekere hoogte het wiel opnieuw zal moeten uitvinden en of het leerdoel van een challenge als deze niet rondom deze reis gefocust zou moeten zijn. Het is moeilijk hierover een oordeel te vellen, maar Berenschot beschouwt het als een belangrijke vraag die voortkomt uit het implementatieproces.

Meer ruimte voor interactie tussen de bureaus krijgen én nemen

De bureaus achten onderlinge interactie, welke vervolgens een vertaalslag moet vinden richting het leren van de verpleeghuizen, van groot belang voor een goede deling van kennis en ervaringen rondom de challenge. Zoals eerder benoemd is, geven zij aan hier onvoldoende aan toe te zijn gekomen. Deels kijken ze daarbij naar zichzelf; in het vervolg zouden ze meer ruimte willen nemen voor gestructureerde interactie met elkaar. Deels gaat het hier volgens Berenschot om afspraken tussen het ministerie van VWS en de bureaus: het expliciet vastleggen van gestructureerde kennisdeling inclusief een plan voor doorvertaling daarvan richting de verpleeghuizen in afspraken tussen het ministerie van VWS en de bureaus heeft een duidelijke meerwaarde.

Die jury zou iedere instelling moeten bezoeken

Meerdere bureaus waren teleurgesteld over het feit dat leden van de jury de projecten niet hebben bezocht voordat ze er een oordeel over velden en merkten een vergelijkbare teleurstelling bij de deelnemende verpleeghuizen die ze begeleidden. Het eindoordeel is daarom minder makkelijk te begrijpen en er gaat impliciet een signaal uit richting professionals dat je hun werk niet hoeft te zien om er een oordeel over te kunnen vellen.

3.3.3 De RVO

De RVO was als facilitator betrokken bij de uitvoering van de challenge. Uit een interview met medewerkers van de RVO maken we de volgende ervaringen op.

Financiële compensatie voor de verpleeghuizen

Het is een expliciete keuze geweest van het ministerie van VWS om de uren van de adviesbureaus te vergoeden, maar verder geen financiële middelen te verstrekken aan de verpleeghuizen ter compensatie van hun eigen tijdsinvestering in het project. Volgens de RVO zou het ministerie van VWS dit wel moeten overwegen, of anders ten minste de prijs voor de professionals die het winnende project hebben geïmplementeerd aantrekkelijker moeten maken en aan de voorkant hierover duidelijk communiceren.

Focus op de professional

Ook de RVO beaamt de centrale rol van zorgverleners bij implementatieprojecten in de verpleeghuiszorg. Daaraan voegt ze toe dat de challenge zich ook meer op deze zorgverleners zou moeten richten. Dit geldt vooral voor de initiële communicatie, waarbij een belangrijke rol wordt weggelegd voor V&VN, om ervoor te zorgen dat professionals ook van de challenge afweten en niet alleen bestuurders. Zo zijn ze vanaf het begin betrokken en mogelijk komen ze zelf met nuttige projecten.

Betrokkenheid van de RVO in een proactievere rol heeft meerwaarde

De RVO voelde zich gedurende het traject hoofdzakelijk reactief en praktisch betrokken. Dat wil zeggen dat het ministerie van VWS en de adviesbureaus gedurende het project met inhoudelijke input kwamen en de rol van de RVO beperkt bleef tot het uitvoeren van die input. Zowel in het kader van het mede-eigenaarschap als vanwege hun inhoudelijke toegevoegde waarde (ervaring met implementatieprocessen van innovaties binnen én buiten de zorg), stelt de RVO het op prijs in de toekomst inhoudelijk meer betrokken te zijn. Een goede coördinatie en rolverdeling tussen de RVO enerzijds en de bureaus anderzijds is daarbij erg belangrijk.

3.3.4 Juryleden

De juryleden waren verantwoordelijk aan de voorkant voor de ‘toelatingstoets’ van deelnemers aan de challenge. Uit interviews met twee juryleden maken we de volgende ervaringen op.

Wisselende perceptie bij juryleden over rolinvulling

De juryleden zijn an sich tevreden over de wijze waarop zij hun rol hebben kunnen invullen binnen de kaders. Wel zijn er twijfels bij deze kaders en er zit verschil tussen de inhoud van deze twijfels. Enerzijds geeft een jurylid aan dat, zeker binnen deze zorgcontext en de grote vrijheid die inschrijvers kregen, het noodzakelijk is naast de papieren beoordeling ook met de jury een inhoudelijk gesprek te kunnen voeren over de projectaanvragen en eindrapportages om een betere afweging te maken. Het andere jurylid was wel positief over de wijze waarop dit plaatsvond, maar deze geeft aan moeite te hebben met het feit dat de jury niet vooraf is geconsulteerd in het opstellen van de beoordelingscriteria.

Unaniem oordeel dat concept van jury en wedstrijd meerwaarde heeft voor challenge

Beide juryleden zijn het er unaniem over eens dat het wedstrijdelement, en daaraan gelinkt hun eigen rol, een positieve impuls heeft gegeven aan de implementatie van technologie bij de deelnemende verpleeghuizen. Zij zien dat hierdoor meer energie en draagvlak is ontstaan bij de deelnemers.

3.3.5 Conclusies ervaringen van betrokkenen

Op basis van de ervaringen van betrokkenen trekken we ter aanvulling op onze analyse van het verloop van het implementatieproces de volgende conclusies:

1. Het is van groot belang voldoende tijd uit te trekken voor de implementatietrajecten; ten minste het afgesproken kalenderjaar. Dat betekent dat bij een volgende challenge een tijdige start noodzakelijk is en/of er ruimte moet worden gelaten voor uitloop.
2. De challenge kan en moet zich nog meer richten op de professional die rechtstreeks zorg verleent aan de cliënt en minder op bestuurders in de zorg. Enerzijds gaat het hier om communicatie, anderzijds om een inhoudelijke focus op het werk, de houding en het gedrag van de professional ten opzichte van (hoofdzakelijk) de technologie.
3. De uitvoering van de challenge had baat gehad bij een meer expliciete taakstelling en rolverdeling richting de bureaus en de RVO rondom het thema kennisdeling, zodat de kennis die de bureaus en de RVO opdeden, gecoördineerd kon worden gedeeld met de verpleeghuizen.
4. Zowel de jury als het ministerie van VWS hadden zichtbaarder kunnen zijn voor de verpleeghuizen binnen de challenge. Bezoeken van juryleden en het ministerie van VWS aan de deelnemers hadden daar volgens de betrokkenen aan bijgedragen, maar deze zijn grotendeels uitgebleven.

3.4 Ervaringen van stelselpartners

De relevante stelselpartners (Actiz, V&VN, de zorgkantoren) zijn zijdelings (dat wil zeggen, niet bij het primaire implementatie- en organisatieproces) betrokken geweest. We bespreken hier hun ervaringen met de challenge en gaan vervolgens in op drie specifieke vragen:

1. Welke meerwaarde zit er in co-eigenaarschap van de challenge en delen daarvan, uitgedrukt in een specifieke bijdrage aan de kans op succesvolle implementatie van innovatieve technologie?
2. Welke mogelijkheden zijn er om het gevoel van gezamenlijk eigenaarschap van de verschillende stelselpartijen (zorgaanbieders, brancheorganisaties, zorgkantoren, Vilans) van de challenge te versterken?
3. Welke concrete onderdelen van de challenge lenen zich voor (co-)eigenaarschap door welke stelselpartij(en)?

Algehele ervaringen

De stelselpartners zijn over het algemeen positief gestemd over de challenge 2018. Ze merken op dat de sector veranderd is, omdat er voortdurend implementatieprojecten vanuit allerlei hoeken op organisaties en professionals afkomen. Daarom is het van belang de balans te vinden tussen de meerwaarde die technologische innovatie de sector kan opleveren en de belasting van (het personeel van) de organisaties.

De challenge lijkt daar volgens de geïnterviewde stelselpartijen redelijk in te zijn geslaagd, zo oordeelt Berenschot dit op basis van de ronde tafel. Het wedstrijdelement motiveerde de deelnemende organisaties en hun personeel; men wilde graag winnen en was er trots op deel uit te maken van een groep verpleeghuizen van de toekomst. Wel geldt, zoals we ook al eerder opmerkten, ook volgens de stelselpartijen, dat een wedstrijd ook (teleurgestelde) verliezers kent en dat het van groot belang is deze gemotiveerd te houden. Doordat de jury de meeste initiatieven niet zelf heeft gezien en omdat voor veel deelnemers de criteria die nou bepaalden wie er won en wie niet onduidelijk waren, bestond er wat ontevredenheid over de uitslag en dat doet ertoe volgens de geïnterviewde stelselpartijen.

Over de begeleiding vanuit de bureaus zijn de stelselpartijen positief. De verpleeghuizen hebben volgens hen iemand nodig die naast hun staat en de kar trekt. In het begin zijn de bureaus echt de trekkers geweest, daarna gingen de verpleeghuizen zelf verder. De stelselpartijen merken op dat het van groot belang is te inventariseren waarom verpleeghuizen meedoen en wat ze zoeken in de begeleiding vanuit de bureaus. Welke capaciteiten hebben de verpleeghuizen wel en niet? De begeleiding moet zich richten op borging en het faciliteren van zelfredzaamheid.

Tijdens de sessie werd tevens besproken dat het voor aspirant-deelnemers erg lastig bleek een partnerorganisatie te vinden die de technologie waar het verpleeghuis behoefte aan had reeds implementeerde en die mee wilde werken aan de deelname aan de challenge. Omdat dit wel een harde eis was, kon mogelijk een aantal organisaties niet meedoen.

Over de betrokkenheid bij de challenge

De stelselpartijen zijn hoofdzakelijk tevreden met hun eigen betrokkenheid bij de challenge. Ze geven aan dat de drijvende krachten achter de challenge het ministerie van VWS zelf en de RVO moeten zijn en dit was het geval. Wel zouden ze aan het begin van het traject wat meer betrokken willen zijn bij de vormgeving van de inhoud en het proces. In de volgende paragrafen lichten we verder toe op welke wijze dit tot stand zou kunnen komen.

De zorgkantoren zouden volgens de stelselpartijen ook meer betrokken moeten zijn. Het gaat er dan vooral om de juiste constructies te vinden om innovatieve technologie, die een zeker investeringsrisico met zich meebrengt, te financieren. Zorgkantoren kopen in op kwaliteit en doelmatigheid en hanteren ook de norm uit het kwaliteitskader: het gaat om technologische (bewezen) toepassingen en niet om innovatie. De stelselpartijen zijn van mening dat men met elkaar zou moeten durven uitproberen: dat zorgkantoren het gesprek zouden moeten aangaan met aanbieders over de kwaliteit van zorg en de bijdrage daaraan van specifieke innovaties. De zorgkantoren die actief betrokken waren bij twee van de projecten, promoten nu het verhaal van de challenge bij andere verpleeghuizen, dus het lijkt erop dat betrokkenheid van de zorgkantoren bij de challenge een meerwaarde heeft.

De meerwaarde van co-eigenaarschap

Tijdens de ronde tafel werd duidelijk dat co-eigenaarschap door de stelselpartners van het breder implementeren van technologie in de verpleeghuiszorg én van het concrete project van de challenge meerwaarde heeft. Dit zit hem hoofdzakelijk in twee dingen:

1. Door vanaf het begin betrokken te worden bij het ontwerp van de *inhoud én het proces*, kunnen de juiste doelgroepen – bestuurders, professionals, cliënten – op de juiste manier worden bereikt met de challenge. Dit heeft naar verwachting een positieve uitwerking op de effectgrootte van de outcome.
2. Door aan het begin, tijdens en na afronding van de challenge te helpen communiceren via de juiste kanalen, kunnen meer mensen uit de doelgroepen worden bereikt. Dit heeft naar verwachting dus een positieve uitwerking op het bereik van de outcome.

Een goede coördinatie en rolverdeling waarbij de verschillende stelselpartijen hun expertise in kunnen brengen en het belang en de behoeften van hun achterban kunnen vertegenwoordigen, draagt volgens de stelselpartijen bij aan de kwaliteit en de impact (outcomebereik) van de challenge. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om expertise met betrekking tot het verspreiden van innovaties bij (commerciële) organisaties in het algemeen (de RVO), de benodigde cultuurveranderingen om innovaties te implementeren (de bureaus), en de behoeften van bestuurders (Actiz) en zorgprofessionals (V&VN) waarmee rekening gehouden moet worden.

Hoe en waarvan kan co-eigenaarschap (verder) worden bewerkstelligd?

Concreet is het volgens de stelselpartijen zinvol om co-eigenaarschap te bewerkstelligen over de volgende aspecten van de challenge:

1. De inhoud en randvoorwaarden voor deelname. Hierbij gaat het in de eerste plaats over de inhoud van de challenge: wat is nou een zinvolle scope? Om welk soort technologie zou het moeten gaan en wanneer is deze goed geïmplementeerd? Het gaat ook over de randvoorwaarden voor deelname. Hoe kunnen eisen zoals het samenwerken met een partnerorganisatie of het werken met 'bewezen' technologie het beste kunnen worden gedefinieerd en gecommuniceerd? Actiz en de RVO gaven aan een nuttige bijdrage hieraan te kunnen en willen leveren.
2. De organisatie van het proces. Hierbij gaat het om het meedenken en meewerken aan de juiste en tijdige communicatie van de challenge richting het veld aan het begin en het helpen ontwerpen en uitvoeren van het proces van faciliteren van de challenge (aanleveren en opvragen van documenten ten behoeve van de voortgang van de challenge). Actiz, V&VN en de bureaus geven aan een nuttige bijdrage te kunnen leveren aan de voorkant. De RVO geeft aan betrokken te kunnen en willen blijven bij de procesuitvoering, maar ze geeft óók aan een nuttige bijdrage te kunnen leveren aan de voorkant.
3. De werving van deelnemers en het breder verspreiden van het verhaal van de challenge. Actiz en V&VN geven aan hier een bijdrage te kunnen en willen leveren. Het gaat hier vooral om het communiceren met de juiste toon en via de juiste kanalen. Betrokkenheid bij de inhoud en randvoorwaarden voor deelname is wel een vereiste hiervoor; anders kunnen de brancheorganisaties hun achterban niet op de juiste manier betrekken en vertegenwoordigen.
4. De inrichting van de evaluatie van de challenge en het monitoren van de uitvoering van de evaluatie. Actiz geeft aan dat de verpleeghuissector wordt overgeëvalueerd ('niet weer een enquête') en dat het proces van evaluatie zorgvuldig moet worden opgezet en uitgevoerd om gericht te zijn op enkel de meest relevante informatie en het minimaal belasten van de sector. Actiz geeft aan een waardevolle bijdrage te kunnen en willen leveren aan de voorkant bij het ontwerp van de evaluatie en tijdens het proces ter monitoring ervan.
5. Het uitvoeren van het proces van kennisuitwisseling. Alle stelselpartijen geven aan hier graag een rol bij te spelen. De bureaus kunnen een centrale rol vervullen door interessante en aantrekkelijke stukken te produceren die eenvoudig kunnen worden gedeeld door destelselpartijen.
6. Het vinden van en experimenteren met de juiste financieringsconstructies voor het aanschaffen van veelbelovende technologie. Volgens de stelselpartijen zouden zorgkantoren hierin moeten samenwerken met aanbieders.

3.5 Het innovatiegehalte van de challenge als werkwijze

Op basis van de eerder beschreven criteria van het innovatiegehalte trekken we de volgende conclusies over het innovatiegehalte van de challenge als werkwijze:

- *Sommige elementen van de challenge zijn vernieuwend*
In deze werkwijze bekostigt het ministerie van VWS adviesbureaus om beleidsdoelen te realiseren en in dit geval om het implementatieproces van zorgtechnologie te begeleiden. De inzet van adviesbureaus wordt vaker voor dit doeleinde ingezet; daarmee is dit niet vernieuwend.

Het feit dat actief een combinatie dient te worden gevormd van verpleeghuis, partnerorganisatie, begeleidend bureau en een technologie, valt wel aan te merken als vernieuwend: dit is niet eerder op deze manier gestimuleerd. Ook het feit dat het proces een wedstrijd is, is vernieuwend.

- *De gekozen werkwijze leidt tot verbeterde uitkomsten*
De deelnemende verpleeghuizen hebben hun doelen met de implementatie deels bereikt. De werkwijze van de challenge 2018 heeft daarmee verbeterde uitkomsten van de implementatie opgeleverd op het niveau van cliënt, medewerker en organisatie.
- *De gekozen werkwijze heeft enigszins meerwaarde in administratieve efficiëntie*
Het feit dat adviesbureaus konden worden ingezet voor de implementatie, heeft een deel van het administratieve werk bespaard voor verpleeghuizen. Zo voerden zij vaak de effectmetingen uit en zij schreven (mede) de rapportages. Aan de andere kant werd door een enkel verpleeghuis aangegeven dat het verplicht rapporteren naar het ministerie van VWS als administratief belastend werd ervaren: bij dit project was dus sprake van méér administratieve belasting door de challenge.
- *De kosteneffectiviteit van deze werkwijze is lastig vast te stellen*
Op basis van de verkregen informatie kunnen geen uitspraken worden gedaan over de kosten van de huidige challenge en hoe dit zich verhoudt tot de effectiviteit. De benodigde inzet aan uren bij implementatie is zeer contextspecifiek; samenhangend met welk type technologie, welke voorbereidende werkzaamheden nodig zijn en op welke schaal wordt geïmplementeerd.
- *De gekozen werkwijze heeft meerwaarde in gebruikerservaring*
Gebruikers van deze werkwijze zien wij in dit geval als de betrokkenen vanuit verpleeghuizen. Vrijwel unaniem geven zij aan dat de werkwijze met begeleiding door adviesbureaus als prettig hebben ervaren, zoals dit ook beschreven is in hoofdstuk drie.
- *De gekozen werkwijze is grotendeels verlopen volgens geplande en gecoördineerde actie*
Gezamenlijk hebben uw ministerie en de RVO deze werkwijze gestructureerd opgezet en deze is volgens planning verlopen.

Conclusie

Op basis van bovenstaande concluderen wij dat de werkwijze van de challenge 2018 vernieuwende kenmerken bevat, maar dat deze niet bijzonder innovatief is. De werkwijze is volgens planning en gecoördineerd uitgevoerd, kan bijdragen aan verbeterde uitkomsten en met positieve ervaringen van de betrokkenen bij verpleeghuizen. Het samenwerken met een partnerorganisatie en leveranciers door deelnemende instellingen is vernieuwend. De begeleiding vanuit adviesbureaus is niet bijzonder innovatief, maar deze heeft wel meerwaarde voor het verbeteren van administratieve efficiëntie. De kosteneffectiviteit van deze werkwijze valt lastig te beoordelen binnen dit onderzoek.

3.6 Doelbereik en mechanismen

3.6.1 Heeft de challenge 2018 zijn doelen bereikt?

De challenge verpleeghuizen van de toekomst streefde drie doelen c.q. outcomes na:

1. Bredere implementatie van technologische innovaties in de verpleeghuissector.
2. Een positieve bijdrage aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor cliënten.
3. Een positieve bijdrage aan de aantrekkelijkheid van het werk voor de professional.

De verpleeghuizen hebben hun doelen deels bereikt

We stelden in hoofdstuk twee vast dat de deelnemende projecten binnen de challenge enigszins hebben bijgedragen aan het bereiken van verbreding van implementatie van technologische innovaties in de Nederlandse verpleeghuiszorg, maar dat de challenge hierin effectiever had kunnen zijn. Een klein deel van deelnemende projecten kon door afwijking van de theorie (hun keuze voor de technologie) minder bijdragen aan de geformuleerde doelstellingen op challengeniveau. In alle gevallen kan worden beredeneerd dat de technologie bijdraagt aan kwalitatief betere cliëntzorg en in sommige gevallen ook aan veiligere cliëntzorg, hoewel zich dit lastig laat meten. Hetzelfde geldt voor het vergroten van de aantrekkelijkheid van het werk van professionals in de zorg. Wat daarbij tijdens dit onderzoek is opgevallen, is dat het werkplezier meer lijkt te worden bepaald door een positief effect op cliëntzorg dan op de eigen werkomstandigheden.

Is het geheel meer dan de som der delen?

Om een zinvolle bijdrage te leveren aan de verpleeghuissector op landelijke schaal, dient op alle drie de doelstellingen c.q. outcomes een bepaalde mate van bereik (aantallen betrokken verpleeghuizen, professionals, cliënten) te worden gerealiseerd. Er hebben acht verpleeghuizen deelgenomen aan de challenge 2018. Een belangrijke gedachte was dat via bredere kennisdeling en media-uitingen over de challenge de lessen die in deze acht projecten zijn opgedaan, breder konden worden verspreid en uiteindelijk konden worden toegepast in andere verpleeghuizen. Hiervan is slechts in beperkte mate sprake geweest en dit lijkt, in de vorm van een aantal gestarte leernetwerken, vooral het gevolg van handelen van de instellingen zelf te zijn geweest. Deze leernetwerken zijn een zeer positief signaal over de *potentiële* impact van een challenge als deze.

3.6.2 Werkten de kernmechanismen zoals beoogd?

1. Eigen aanschaf technologie zorgt voor gevoel van urgentie bij verpleeghuizen

Berenschot acht het op basis van het onderzoek aannemelijk dat het dragen van de kosten voor de technologie door de deelnemende verpleeghuizen zelf in de praktijk ook in de regel geleid heeft tot het kiezen voor technologie die aansluit op de behoeften en prioriteiten die de instellingen zelf ervaren. Dit mechanisme lijkt dus op te gaan.

2. Begeleiding door externe bureaus versterkt kwaliteit implementatieproces

Ons onderzoek toont een duidelijke positieve bijdrage aan van de bureaus aan de kwaliteit van het implementatieproces. Deze verloopt via de eerder genoemde lijnen: aanjagen en ontlasten, inbreng van veranderkundige expertise, en inbreng van expertise op het gebied van monitoring, leren en verbeteren. Dit mechanisme lijkt dus op te gaan.

3. Implementatie technologie beïnvloedt outcome via gedrags- of organisatieverandering

Zowel de projectleiders van de verpleeghuizen, de bureaus als de RVO benadrukten de essentiële en centrale rol van de zorgverlenende professional bij de implementatie van technologische innovatie in de dagelijkse praktijk. Het besef dat er sprake moet zijn van een verandering in houding en/of gedrag bij de professional en de organisatie als geheel is dus duidelijk aanwezig. Daarnaast hebben we signalen opgevangen uit meerdere interviews dat dergelijke veranderingen zich ook daadwerkelijk hebben voorgedaan of tenminste in gang waren gezet, mede met hulp van de begeleidende bureaus. Wij achten het, mede op basis van de duidelijke aanwezigheid van kernmechanisme 2, daarom aannemelijk dat dit mechanisme zich in de praktijk over het algemeen voor heeft gedaan.

4. Verspreiding van kennis via formele kanalen vergroot de aandacht voor technologische innovatie in de verpleeghuissector

Berenschot acht het op basis van ons onderzoek aannemelijk dat dit mechanisme zich in de praktijk slechts beperkt heeft voorgedaan. Dat is het directe resultaat van het feit dat er slechts beperkt aan bredere kennisdeling is gedaan; zowel tussen als vanuit de bureaus als vanuit het ministerie van VWS en de RVO. We stelden eerder vast dat dit mechanisme essentieel was om de schaal van impact van de challenge als geheel te vergroten. Het grotendeels uitblijven van dit mechanisme heeft dus een wezenlijke impact gehad op het beperkte bereik van de overall challenge.

3.6.3 Conclusie

Er is sprake van enige mate van doelbereik op het niveau van de overall challenge. In die zin dat er daadwerkelijk sprake is geweest van implementatie van eerder geteste technologische innovaties in verpleeghuizen die voorheen nog niet met deze innovaties werken. En in de zin dat kan worden beredeneerd dat deze implementatie in die verpleeghuizen in ieder geval de potentie heeft bij te dragen aan de kwaliteit en de veiligheid van de zorg en de aantrekkelijkheid van het werk van de professional. De expliciete keuze om binnen de challenge geen financiële middelen rechtstreeks ter beschikking te stellen voor de aanschaf van technologie (kernmechanisme 1) en wel aan veranderkundige adviesbureaus om de implementatie te begeleiden (kernmechanisme 2), hebben daaraan bijgedragen. Tijdens meerdere interviews met de verpleeghuizen én adviesbureaus ving Berenschot signalen op dat hierdoor ook sprake is geweest van (enige mate van) daadwerkelijke gedragsverandering bij professionals als gevolg van het werken met de technologie (kernmechanisme 3) waardoor een positieve impact op de beoogde uitkomsten aannemelijk is.

Berenschot concludeert op basis van het onderzoek wel dat het potentiële doelbereik van deze werkwijze veel groter is wanneer 1) tijdig wordt gestart met de implementatie van projecten die 2) nauwer aansluiten op de doelstellingen van de overall challenge, zodat meer professionals en cliënten structureel in aanraking komen met de innovaties en de voordelen daarvan. Tevens zal aan bredere kennisuitwisseling moeten worden gedaan dan nu het geval is (kernmechanisme 4), wil er met recht sprake zijn van significant bredere implementatie van zorgondersteunende technologie in de verpleeghuiszorg.

4. Conclusies

Hieronder beantwoorden we de centrale onderzoeksvragen van het onderzoek², gebaseerd op onze voorgaande analyses.

Onderzoeksvraag 1: Hoe is het proces rondom de challenge verlopen?

Rekening houdend met het feit dat dit de eerste editie van de challenge verpleeghuizen van de toekomst betreft, is het proces op hoofdlijnen redelijk goed verlopen. De acht deelnemende verpleeghuizen zijn over het algemeen genomen redelijk in staat geweest technologische innovaties te implementeren in hun verpleeghuizen; hier is een behoorlijk aantal professionals en cliënten bij betrokken geweest en er zijn signalen dat de doelen van de deelnemende verpleeghuizen en de challenge hiermee kunnen worden bereikt.

Wel geldt dat er sprake is geweest van een ietwat ongecoördineerde start van de challenge, wat leidde tot een lager aantal aanmeldingen dan verwacht en een vertraagde start van de implementatietrajecten. Beiden hebben hun invloed gehad op het overall doelbereik van de challenge. De pitchsessies in januari 2019 verliepen wat chaotisch waardoor de instellingen minder waardering voor hun werk ervoeren dan mogelijk was geweest. Deelnemers van één organisatie die de eerste pitch zouden geven, stonden bij het verkeerde gebouw waardoor vertraging optrad, terwijl anderen juist weer eerder weg moesten, en er waren maar twee juryleden aanwezig. Dit gevoel werd versterkt door het feit dat de juryleden de meeste deelnemende verpleeghuizen niet hebben bezocht. Tijdens de e-healthweek werden de deelnemende verpleeghuizen in het zonnetje gezet. Echter, er was slechts beperkt tijd als onderdeel van een grote manifestatie waarin ook andere onderwerpen de revue passeerden. Het gevoel ontstond bij één deelnemer dat ze “ertussen werden gepropt”. Berenschot concludeert dat er meer te halen viel uit dit op zichzelf goede idee.

Onderzoeksvraag 2: Is het doel van de challenge om binnen één jaar technologie te implementeren waarbij de opgeleverde inzichten ook relevant zijn voor andere verpleeghuizen, bereikt?

Alle deelnemende verpleeghuizen hebben de technologie waarmee ze gewerkt hebben structureel kunnen inbedden in het zorgproces voor tenminste een aantal cliënten. Echter, geen enkel implementatietraject heeft minimaal één jaar geduurd. Daarnaast rijst de vraag of alle materialen gekwalificeerd kunnen worden als ‘technologische innovatie’ en of met alle materialen de beoogde outcomes van de challenge – verhoging van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor cliënten, het aantrekkelijker maken van het werk van de professional, voordelen voor de organisatie – kunnen worden bereikt.

Het is moeilijk te duiden in welke mate de implementatie is ‘geslaagd’. Berenschot ziet duidelijk positieve signalen in het feit dat de geïnterviewde verpleeghuizen en begeleidende bureaus positief gestemd zijn over de meerwaarde van hun projecten voor de cliënt en de professional en het feit dat dit tot op zekere hoogte kan worden onderbouwd met data. Wel geldt dat mag worden aangenomen dat het doelbereik groter was geweest als de onder onderzoeksvraag 1 benoemde drempels in het proces zich niet hadden voorgedaan.

3. Welke ervaringen uit de challenge 2018 kunnen worden gebruikt bij de opzet van een challenge 2019 of bij de implementatie van de technologie in de GHZ-sector?

Deze onderzoeksvraag beantwoorden we in het volgende hoofdstuk (aanbevelingen) gedetailleerd.

² Met uitzondering van onderzoeksvraag 3 over ervaringen uit de challenge 2018 die van toepassing zijn bij de opzet van een volgende challenge. Deze beantwoorden we gedetailleerd in het volgende hoofdstuk.

Onderzoeksvraag 4: Is de door het ministerie van VWS gekozen aanpak, met vier bureaus die enerzijds samenwerken maar anderzijds de vrijheid hebben hun eigen methode toe te passen, te typeren als een innovatieve wijze van beleidsimplementatie die navolging verdient voor de toekomst?

We hebben een zestal criteria gehanteerd om te beoordelen in welke mate de werkwijze van de challenge is te typeren als een innovatieve werkwijze: het vernieuwende karakter, een meerwaarde voor de uitkomsten, een meerwaarde in (administratieve) efficiëntie, een meerwaarde in kosteneffectiviteit, een meerwaarde in gebruikerservaring en een meerwaarde in planning en coördinatie. Het is voor Berenschot duidelijk dat de door het ministerie van VWS gekozen aanpak, mits uitgevoerd conform de beleidstheorie, een expliciete meerwaarde kan hebben voor cliënten, zorgverleners en zorgorganisaties, administratieve efficiëntie kan helpen bewerkstelligen en een positieve gebruikerservaring van zorgverleners en -instellingen gedurende het implementatietraject met zich mee kan brengen. In die zin verdient deze werkwijze c.q. beleidstheorie navolging voor de toekomst: het is de moeite waard de werkwijze uit te breiden en verder te verfijnen.

Berenschot kon niet vaststellen of de werkwijze een duidelijke meerwaarde heeft met betrekking tot kosteneffectiviteit, omdat er moeilijk kan worden gekwantificeerd wat de omvang is van de met de challenge 2018 bereikte effecten en hoe deze zich verhouden tot de door het ministerie van VWS en de verpleeghuizen gemaakte kosten. De werkwijze heeft vernieuwende kenmerken, maar het innovatieve gehalte achten we niet erg groot. Verpleeghuizen maken geregeld gebruik van de adviesdiensten van commerciële bureaus bij het implementeren van verandertrajecten, zij het door henzelf betaald. Wel geldt dat het inhuren van vier verschillende bureaus ten opzichte van één enkel bureau - wat kennisdeling tussen specialisten en het destilleren van werkzame elementen uit verschillende aanpakken mogelijk maakt – ongebruikelijk is voor een ministerie. Het element dat zorginstellingen dienen samen te werken met een partnerorganisatie en leverancier, is tevens aan te merken als een vernieuwing. De meerwaarde voor de planning en coördinatie achten we neutraal.

Onderzoeksvraag 5: Op welke manier kan de challenge meer een product worden van de stelselpartijen in plaats van een product van het ministerie van VWS alleen?

Via zes inhoudelijke routes kan de challenge meer een product worden van de stelselpartijen:

1. De inhoud en randvoorwaarden voor deelname.
2. De organisatie van het proces.
3. De werving van deelnemers en het breder verspreiden van het verhaal van de challenge.
4. De inrichting van de evaluatie van de challenge en het monitoren van de uitvoering van de evaluatie.
5. Het uitvoeren van het proces van kennisuitwisseling.
6. Het vinden van en experimenteren met de juiste financieringsconstructies voor het aanschaffen van veelbelovende technologie.

Door vanaf het begin betrokken te worden bij het ontwerp van de *inhoud én het proces*, kunnen de juiste doelgroepen – bestuurders, professionals, cliënten – op de juiste manier worden bereikt met de challenge. Dit heeft naar verwachting een positieve uitwerking op de effectgrootte van de outcome. Door aan het begin, tijdens en na afronding van de challenge te helpen communiceren via de juiste kanalen, kunnen meer mensen uit de doelgroepen worden bereikt. Dit heeft naar verwachting dus een positieve uitwerking op het bereik van de outcome.

5. Aanbevelingen ter verdere versterking van de challenge

Zoals we in voorgaand hoofdstuk concluderen, blijkt uit het uitgevoerde evaluatieonderzoek dat de challenge theoretisch en ten dele in praktijk een goed instrument lijkt om te komen tot meer implementatie van technologische innovaties in de verpleeghuissector. Tegelijkertijd is er ook zeker ruimte om dit instrument in de toekomst effectiever te benutten, daartoe doen we een aantal aanbevelingen waarbij we onderscheid maken tussen *inhoudelijke* aanbevelingen en *procesmatige* aanbevelingen. De inhoudelijke aanbevelingen zijn gericht op de gedachtes achter de challenge, de inhoudelijke kaders die je hierbij kan stellen en de wijze waarop de verschillende betrokkenen hier invulling aan kunnen geven. De procesmatige aanbevelingen zijn gericht op de operationele uitvoering van het proces van de challenge; van ideevorming tot afronding.

Inhoudelijke aanbevelingen

- *Houd (voorlopig) vast aan het leidende principe van financiering van de begeleiding en niet de technologie.*
Hoewel de omvang van de investering door verpleeghuizen beperkt is gebleven, blijkt uit alle gesprekken dat verpleeghuizen hierdoor én bewuste keuzes hebben gemaakt over welke technologie aangeschaft werd én dat zonder begeleidende bureaus de implementaties minder succes hadden gehad. Het feit dat verpleeghuizen nu niet direct grootse investeringen hebben gedaan en daardoor in beperkte mate technologie is geïmplementeerd, kan ook te maken hebben met de nieuwigheid van de challenge en het kan er daarnaast op duiden dat de sector dus blijkaar (nog) niet klaar is voor grootschalige technologische innovaties. Ook heeft de omvang van de financiële investering niet per definitie een relatie met de impact op cliënt, medewerker en organisatie. Daarom adviseren wij om voorlopig in toekomstige challenges dit leidende principe vast te houden.
- *Geef zorgprofessionals een expliciete rol in de vraagarticulatie voor innovaties.*
De doelstelling van de challenge is om te komen tot een bredere implementatie van technologie in de verpleeghuissector om de kwaliteit en veiligheid te vergroten en/of het werk voor zorgprofessionals aantrekkelijker te maken. Zorgprofessionals kunnen naar onze mening het beste inschatten welke vragen en/of knelpunten in het zorgverleningsproces een (technologische) impuls kunnen gebruiken. Om te borgen dat de ingezette technologie daadwerkelijk op de werkvloer resultaat bereikt én daardoor ook gebruikt wordt, raden wij het ministerie van VWS aan vanuit de kaderstellende rol die zij heeft hier eisen aan te stellen. Dit kan concreet vorm krijgen door in het reglement en de inschrijfprocedure hier specifiek aandacht voor te vragen c.q. als vereiste op te nemen dat inschrijvers hier actief over na hebben gedacht.
- *Faciliteer expliciet kennisdeling tussen deelnemers én breder in de verpleeghuissector.*
De deelnemende verpleeghuizen hebben in de challenge kennis opgedaan, zowel over de technologie die in de verschillende projecten is toegepast en de effecten die deze technologie voor cliënten en medewerkers realiseert, als over de implementatie van deze technologie; technisch en projectmatig. Dit is enorm waardevolle kennis; zeker in een sector als deze waarin kennis van en ervaring met projectmatig werken én benutting van technologie niet overal vanzelfsprekend is. Om méér en breder effect te creëren, raden wij het ministerie van VWS aan een actieve rol te pakken in het faciliteren van het delen van deze opgedane kennis; in enge zin tussen deelnemers van de challenge, zodat de implementatie over en weer verder versterkt kan worden, maar zeker ook in ruime zin richting andere verpleeghuizen. Dit kan concreet vorm krijgen in de organisatie van congressen, maar ook door bijvoorbeeld kennisbundels te laten ontwikkelen met ervaringen uit de challenge. Mogelijk kan hierdoor ook de rol van de partnerorganisaties meer invulling krijgen én er ontstaat meer waarde voor de partnerorganisaties, omdat zij ook 'iets terugkrijgen' in de vorm van bredere kennis.

- *Zorg voor een goede mix tussen kwalitatieve en kwantitatieve effectmetingen*
De challenge draait om innovatie. Dit brengt met zich mee dat er ruimte moet zijn voor zorginstellingen om te experimenteren met nieuwe technologie – ook als deze zich reeds elders heeft bewezen – en zich een eigen weg te vinden met het gebruik van de technologie om belangrijke uitkomsten te verbeteren. Het reglement van de challenge biedt hier alle ruimte toe. Het is vervolgens van belang in het proces van monitoring en verantwoording recht te doen aan dit principe van experimenteren. Om als zorginstellingen, ministerie en gemeenschap te kunnen leren én om te kunnen controleren of publieke middelen op de juiste manier worden ingezet, is het belangrijk goede metingen te verrichten op proces én impact. Hier dient echter niet te kort door de bocht mee te worden gegaan. Met name in het begin van het implementatieproces zal de focus moeten liggen op kwalitatieve evaluatiedata van proces en impact. Indien inschrijvers van mening zijn dat kwantitatieve metingen wel op zijn plaats zijn, dienen ze zorgvuldig te beschrijven op welke manier deze data verzameld gaan worden. Een focus op kernmechanismen, zoals deze ook is toegepast binnen deze overall evaluatie, valt daarbij aan te bevelen: hoe zou het proces van implementatie moeten bijdragen aan uitkomsten volgens de zorginstellingen en bureaus? Zijn er tekenen dat dit het geval is? Vervolgens kan aan het begin en eind een kwantitatieve nulmeting worden verricht volgens *overeengekomen* maatstaven.
- *Overweeg de challenge in de inrichting op te knippen in twee fasen*
Een van de voorwaarden om deel te kunnen nemen aan de challenge was de aanwezigheid van een implementatieplan. Dit is echter geen garantie voor een snelle opstart van de feitelijke implementatie gebleken. Daarom is het de overweging waard de challenge vooraf duidelijk in twee fasen op te knippen, waarbij ná gunning de deelnemende verpleeghuizen eerst enkele maanden de tijd krijgen om de implementatie voor te bereiden (formeren projectteam, inkoopprocedure technologie, voorbereiden cliënten waar nodig) en vervolgens de feitelijke implementatie vorm te geven. Feitelijk zien we dat bij de huidige acht projecten deze tweedeling in het proces ook heeft plaatsgevonden. Door dit aan de voorkant al helder te beschrijven, zorgt dat de verwachtingen bij alle betrokkenen overeenkomen.

Procesmatige aanbevelingen

- *Communiceer tijdig de juiste boodschappen voorafgaand aan de challenge*
Voor toekomstige challenges is het van belang ruim vóór de inschrijfperiode al te starten met communicatie hierover richting verpleeghuizen én andere betrokkenen. Hierbij helpt het om direct ook via de branche- en beroepsverenigingen te communiceren. Door hier tijdig mee te beginnen, zal naar verwachting het bereik van de challenge toenemen, waarbij we overigens verwachten dat een volgende challenge per definitie meer bereik zal genereren doordat het instrument in praktijk zich heeft bewezen en deelnemende verpleeghuizen van de huidige challenge hier ook over zullen spreken met collega's. Ook is het goed direct vanaf de start de voordelen voor de verpleeghuizen (begeleiding van implementatie) en vereisten voor deelname mee te nemen, zodat helder is *what's in it for us*. Dit was afgelopen challenge voor de verpleeghuizen die hebben deelgenomen onvoldoende helder op voorhand.
- *Start eerder in het jaar met eventueel een langere doorlooptijd*
De deelnemende verpleeghuizen hebben ná gunning enkele maanden nodig om de implementatie daadwerkelijk op te starten. Met de nu gevolgde planning waren de meeste verpleeghuizen nét voor de zomerperiode gereed met deze opstartperiode, waarna de feitelijke implementatie over de zomer heen werd getild. Door bijvoorbeeld in het najaar de inschrijfperiode te sluiten, kan deze opstartfase in de wintermaanden plaatsvinden, waarna de verpleeghuizen ruim voor de zomerperiode met de feitelijke implementatie kunnen starten. Dit heeft daarnaast het voordeel voor de verpleeghuizen dat met de feitelijke implementatie wordt aangesloten bij de reguliere begrotingscyclus, zodat de kosten voor deelname ook

begroot kunnen worden. Door de doorlooptijd van de challenge te verlengen en wél af te ronden kort voor de jaarwisseling, hebben verpleeghuizen meer tijd om écht effect te bereiken én kan de e-healthweek benut blijven worden voor de prijsuitreiking, wat PR-technisch een mooi momentum creëert.

- *Houd vast aan de kaders*

In de huidige challenge zijn, mede door het kleine aantal aanmeldingen, projecten toegekend die niet aan alle richtlijnen voldeden. Dit zorgt niet alleen voor scheve gezichten tussen deelnemers tijdens de challenge, maar het vermindert ook het leerpotentieel tussen de deelnemers onderling. Daarnaast is gebleken uit de evaluatie dat hierdoor in dit specifieke geval ook niet het beoogde doel van bredere implementatie van technologie is bereikt.

- *Overweeg vooraf matchmaking te organiseren tussen begeleidende bureaus en projecten*

De begeleidende bureaus hebben op basis van de papieren inschrijvingen de acht projecten onderling verdeeld. Als ministerie van VWS mag je ervan uitgaan dat de begeleidende bureaus voldoende professioneel zijn om elk van de projecten op een goede en passende manier te kunnen begeleiden. Tegelijkertijd verwachten wij dat door, na gunning van de projecten, een persoonlijke vorm van matchmaking te organiseren, er in potentie betere matches zullen ontstaan tussen bureaus en projectleiders. Belangrijk is om hierin zowel de inhoudelijke begeleidingsvraag als de persoonlijkheden van projectleiders en begeleiders vanuit bureaus ruimte te geven.

- *Vergroot de betrokkenheid van stelselpartijen gedurende de uitvoering*

De deelnemende verpleeghuizen geven unaniem aan dat zij hadden gehoopt op meer betrokkenheid gedurende het project van het ministerie van VWS en andere stelselpartijen. Wat ons betreft is dit een gereede wens die niet alleen het draagvlak en begrip bij stelselpartijen voor de challenge vergroot, maar die vooral ook de motivatie en urgentie bij de deelnemende verpleeghuizen versterkt.

Bijlage 1. Gebruikte bronnen en interviews

Overall challenge

Interviews met	
Ministerie van VWS	Martin Holling, Jorie Radstake
RVO	Annette Steggerda, Els van der Ham
Juryleden	Eric Verkaar, Marijke van Hees
Actiz	Henny Mulders
V&VN	Renée Verwey, Nico Kok
Zorgkantoor CZ	Wilco Brouwers
Zorgkantoor VGZ	Bart Beerepoot
Zorgkantoor Zilveren Kruis	Marjolein Itjeshorst, Marion van den Hurk

Gebruikte brondocumentatie:

- Nota 'Challenge technologie en ICT V&V' t.a.v. DG Langdurige Zorg en SG, 11-09-2017 (VWS).
- 'Reglement challenge 'Verpleeghuizen van de toekomst' (RVO).
- Beoordelingscriteria challenge 'Verpleeghuizen van de toekomst', Eindbeoordeling 'Zorgvernieuwer 2018' (RVO/Jury).
- Nota van inlichtingen n.a.v. de informatiebijeenkomst challenge (RVO).
- Voltoets voorstellen (Excel) (VWS/RVO).
- 'Overzicht randvoorwaarden initiatieven technologie verpleeghuizen 24-04-2018' (RVO).
- Besluit omtrent toelaten van Zorgspectrum als deelnemer challenge 'Zorgvernieuwer 2018' (VWS/RVO).
- Format eindrapportage challenge 'Verpleeghuizen van de toekomst' (VWS).
- Overzicht randvoorwaarden projecten technologie verpleeghuizen (VWS/RVO).
- Reactie VWS op de tussenrapportages Challenge verpleeghuizen van de toekomst 20-11-2018 (VWS).
- Analyseraamwerk 'Effectmeting technologie Verpleeghuizen' (VWS/RVO).
- Procesvoorstel 'Effectmeting (overall)' (VWS/RVO).
- Amendement van de leden Slootweg en Hermans (Tweede Kamer, 18 oktober 2018).
- Verslag startbijeenkomst challenge verpleeghuis van de toekomst (RVO/VWS).
- Verslag overleg challenge verpleeghuizen van de toekomst 26-04-2018 (Significant).
- Verslag overleg challenge verpleeghuizen van de toekomst 28-06-2018 (VWS).
- Verslag overleg challenge verpleeghuizen van de toekomst 30-08-2018 (VWS).
- Verslag overleg challenge verpleeghuizen van de toekomst 10-10-2018 (VWS).
- De filmpjes waarin de projecten van de genomineerde instellingen worden toegelicht.

Project 1 'ZorgSpectrum en Saxenburgh Groep – de Identifi'

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Jochem Ooijevaar	
Partnerorganisatie	Saxenburgh Groep, Alice Spoor	
Bureau	Marrit van Baalen (Rebel Group)	- Raamwerk Effectmeting Identifi – VWS challenge. - Eindrapportage de Identifi: incontinentie assessment.

Project 2 'Zorgspectrum - Slimme matrassen'

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Jochem Ooijevaar	
Partnerorganisatie	-	
Bureau	Tom Gommans (Rebel Group)	- Voortgangsrapportage – challenge 'Verpleeghuizen van de toekomst'. ZorgSpectrum – Slimme matrassen. - Raamwerk effectmeting: Smartmatras. - Eindrapportage – challenge 'Verpleeghuizen van de toekomst'. ZorgSpectrum – Slimme matrassen.

Project 3 'Vitalis Woonzorggroep – Smart House'

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Roos van Boerdonk	
Partnerorganisatie	Cicero Zorggroep, Greet Hendrickx	
Bureau	Lieke van de Camp (Significant)	- Uitkomsten nulmeting Vitalis Brunswijck – augustus 2018. - Effectmeting Vitalis Brunswijck – november 2018. - Eerste concept eindrapportage, nadere invulling en uitwerking in december. - Eindverslag. Inzichten in effecten en leerpunten zorgtechnologie in het kader van de challenge 'Verpleeghuis van de Toekomst'.

Project 4 'Pieter van Foreest – Smart glass'

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Ad Blom	
Partnerorganisatie	Argos Zorggroep, Arjan Smitskamp	
Bureau	Mia Dieters, Alwien Bogaart (DSP)	- Vertreksituatie toepassing smart glass – Pieter van Foreest. - Rapport éénmeting, challenge smart glass in Pieter van Foreest. - Eindverslag, challenge smart glass in Pieter van Foreest.

Project 5 ‘Tangenborgh – Smart watch’

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Saskia Timmermans	
Partnerorganisatie	Dignis	
Bureau	Gert-Jan Fernhout (Rebel Group)	<ul style="list-style-type: none"> - Voortgangsrapportage – challenge ‘Verpleeghuizen van de toekomst’. Tangenborgh – leefcirkelverruimende technologie. - Bijlage 1: Raamwerk effectmeting. - Eindrapportage – challenge ‘Verpleeghuizen van de toekomst’. Tangenborgh – leefcirkelverruimende technologie.

Project 6 ‘De Zorgcirkel - Het Video Incident Observatie Systeem (VIOS)’

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Corrie de Koning	- Business case, challenge Prins Hendrik.
Partnerorganisatie	Evean, Karin Gesthuizen	
Bureau	Thijs van Exel, Iselien Nabben (Kennisland)	<ul style="list-style-type: none"> - Voortgangsrapportage challenge Verpleeghuizen van de toekomst. Zorgcirkel Prins Hendrik – Egmond aan Zee. - Tussenrapportage challenge Verpleeghuizen van de toekomst. Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn & Sport. - Eindrapportage. challenge Verpleeghuizen van de Toekomst. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Project 7 ‘Evean Oostergouw – Slimme inco’

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Nicole Brink	
Partnerorganisatie	Stichting Philadelphia Zorg, Petra Billekens	
Bureau	Irene Lapajian (Significant)	<ul style="list-style-type: none"> - Nulmeting Implementatie ‘Slimme Inco’ Evean Oostergouw. - Tussentijdse meting challenge ‘technologie in verpleeghuizen’. Evean – De slimme incontinentieluier. - Eindverslag. Implementatie slim incontinentiemateriaal. Bij Evean Oostergouw. Samen met Abena.

Project 8 ‘Het Mennistenerf – De gezonde leefomgeving’

Interviews met		Gebruikte documenten
Projectleider	Robert van der Veer	
Partnerorganisatie	Pennemes, Rutger de Graaf	
Bureau	Mia Dieters, Christel Scholten (DSP)	<ul style="list-style-type: none"> - 0-meting Mennistenerf Gezonde Leefomgeving. - Nul- en tussenmeting effecten. Challenge Gezonde Leefomgeving in Mennistenerf. - Bijlage 1: Plan Gezonde Leefomgeving. - Bijlage 2: Meetrapport Mennistenerf. - Eindrapport, Zorgchallenge Gezonde Leefomgeving. Zorgcentrum Mennistenerf, Zaandam.



Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 350 medewerkers wereldwijd. Al 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke sector en het bedrijfsleven met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkterrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

Berenschot Groep B.V.

Europalaan 40, 3526 KS Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl

[in/berenschot](https://www.linkedin.com/company/berenschot)