

Zorgvernieuwing in de ziekenhuiszorg

Van enthousiasme voor het nieuwe naar succesvolle implementatie



Naam:	Vincent van Vliet
Student nummer:	2619479
E-mail:	v.van.vliet@student.vu.nl
Opleiding:	Master Bestuurskunde: Besturen van zorgvernieuwing
Vak:	Masterthesis
Docenten:	Dr. D.B.D. Bannink Dr. L. Vandenbussche
Inleverdatum:	26 juni 2020
Woordenaantal:	13193

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Sociale Wetenschappen



Samenvatting

Het implementeren van zorgvernieuwingen is een complexe uitdaging. Twee elementen lijken van invloed te zijn op het succes van zorgvernieuwingen: (1) passendheid van de zorgvernieuwing bij de verschillende perspectieven van professionals en (2) passendheid van deze perspectieven op samenwerking. Dit masterthesisonderzoek heeft als doel om implementatietrajecten in het ziekenhuis te verbeteren door inzicht te krijgen in de rol van passendheid van zorgvernieuwingen bij de perspectieven van betrokken professionals. In de praktijk wordt dit nog te vaak onderschat, waardoor het vernieuwen van zorg vaak problematisch verloopt. De volgende vraag staat in dit onderzoek centraal: hoe kunnen implementatietrajecten van zorgvernieuwingen verbeterd worden?

Het empirische gedeelte van dit onderzoek is vanuit een inductieve benadering vormgegeven door middel van interviews. De respondenten zijn: een chirurg, een innovatiemanager, een fysiotherapeut, twee verpleegkundigen en vijf patiënten. Om te onderzoeken hoe zorgvernieuwingen meer passend gemaakt kunnen worden, is in dit onderzoek het zorgvernieuwingsimplementatietraject van het beweegsensorenproject van de “Physical Activity Monitor” (PAM) onderzocht.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat passendheid van zorgvernieuwingen voor zorgprofessionals verschillende aspecten behelst die zowel het product als het proces omvatten. Een zorgvernieuwing kan als product goed functioneren, maar nog belangrijker is dat het past binnen bestaande zorg en werkprocessen. Een tweede conclusie die na dit onderzoek is te bepalen is, dat door verschillende professionals in de ziekenhuisrevalidatie passendheid van zorgvernieuwingen anders wordt ervaren. Er zijn gedeelde aspecten, maar ook aspecten die eigen zijn aan professionals. Hieruit kan men concluderen dat dé zorgprofessional niet bestaat. Aandacht voor het gezamenlijke en onderscheidende perspectief van passendheid van zorgvernieuwing en samenwerking in het uitvoeren van zorgvernieuwingstrajecten is noodzakelijk. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een evaluatieraamwerk het screeningsproces van passendheid van zorgvernieuwingen en onderlinge samenwerking bij professionals kan faciliteren.

Er is nog geen model dat de complexiteit van zorgvernieuwingen in de ziekenhuiszorg benadert vanuit het perspectief van professionals. *Het Innovatiewiel van Passendheid* (figuur 3) is ontwikkeld met behulp van de onderzoeksresultaten en tracht bij te dragen aan dit perspectief. Dit model pretendeert geen kant-en-klare oplossing te zijn. Het model streeft ernaar om het debat en verder onderzoek over optimale betrokkenheid van professionals bij zorgvernieuwingen in de ziekenhuiszorg te stimuleren. Op basis hiervan wordt aanbevolen om andere zorgvernieuwingen te onderzoeken met betrokkenheid van meerdere en verschillende professionals om uitspraken te kunnen doen over de validiteit, generaliseerbaarheid en bruikbaarheid van de resultaten van dit onderzoek en het *Innovatiewiel van Passendheid*.

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis over het verbeteren van zorgvernieuwing in de ziekenhuiszorg. Tijdens mijn werkzaamheden als fysiotherapeut in het Amsterdam UMC ontwikkelde ik meer interesse in het zorgstelsel als geheel. Het werken in de zorg en de master Bestuurskunde heb ik hierdoor als een zeer waardevolle combinatie ervaren.

Ik heb mijn thesis geschreven over zorgvernieuwing vanuit de ervaring dat veelbelovende innovaties vaak niet het gewenste resultaat bereiken. Mijn onderzoek vindt plaats in een tijd waarin de gezondheidszorg onder grote druk is komen te staan door het coronavirus. Dit vroeg om allerlei aanpassingen van zorgverleners. Ook voor mijzelf en mijn collega's. De inzet, samenwerking en verbroedering heeft bevestigd waarom de zorg een vitale sector binnen onze samenleving is. Ik ben trots op het feit dat ik in mijn thesis uitga van het perspectief van de professionals in de zorg.

Dit was mij nooit gelukt zonder alle zorgprofessionals van de afdeling revalidatiegeneeskunde en oncologische heilkunde van het Amsterdam UMC, locatie VUmc die ondanks alle hectiek tijd vrij konden maken voor uitgebreide interviews. Bedankt! Ik wil alle patiënten bedanken. Een oncologische operatie heeft veel impact. Desondanks konden jullie mij uitgebreid te woord staan.

Ik wil mijn thesisbegeleiders Dr. Duco Bannink en Dr. Lieselot Vandenbussche bedanken. Jullie kennis, enthousiasme en uitgebreide feedback is enorm belangrijk geweest voor de totstandkoming van deze thesis. Ik wil de onderzoeksgroep OPRAH bedanken. Marijke, veel succes met verder onderzoek naar de inzet van beweegsensoren en coaching in de ziekenhuissetting. Ik hoop dat mijn thesis een mooie bijdrage kan zijn voor het vervolgonderzoek. Edwin, bedankt dat je mij al vanaf het eerste moment dat ik in het Amsterdam UMC werk weet te inspireren. Ik wil Marike bedanken voor haar hulp als onderzoeker. Uiteraard wil ik Rosalie en mijn collega's van de vakgroep Inspanning bedanken. Een master naast het werk vroeg soms veel van mij. Door jullie voelde ik mij altijd gesteund.

Tot slot wil ik mijn familie, vrienden en Anne bedanken. Jullie zijn het allerbelangrijkste!

Inhoudsopgave

1. Inleiding	p. 5
1.1 Aanleiding	p. 5
1.2 Probleemstelling	p. 6
1.3 Setting van het onderzoek	p. 7
1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	p. 8
2. Theoretisch kader	p. 10
2.1 Zorgvernieuwing	p. 10
2.2 Implementatie uitdagingen	p. 12
2.3 Zorgvernieuwing en samenwerking	p. 13
2.4 Passendheid van zorgvernieuwing	p. 15
2.5 Reflectie op theoretisch kader	p. 16
2.6 Operationalisatie	p. 18
3. Methodologie	p. 19
3.1 Onderzoeksstrategie	p. 19
3.1.1 Casestudy	p. 19
3.1.2 Kwalitatief onderzoek	p. 20
3.2 Onderzoeksmethode	p. 20
3.3 Betrouwbaarheid en validiteit	p. 22
3.4 Ethische overwegingen	p. 22
4. Resultaten	p. 23
4.1 Perspectief op passendheid van zorgvernieuwing	p. 23
4.2 Perspectief op onderlinge samenwerking	p. 29
4.3 Het innovatiewiel van passendheid	p. 32
4.4 Physical activity monitoring (PAM)	p. 34
4.4.1 Passendheid van de PAM	p. 34
4.4.2 De PAM en onderling samenwerken	p. 37
4.4.3 Analyse en toetsing van de PAM	p. 38
5. Conclusie en Discussie	p. 41
6. Referenties	p. 45
7. Bijlagen	p. 50
7.1 Codebomen	p. 50
7.2 Vragenlijst PAM	p. 55

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Door stelselwijzigingen in de gezondheidszorg staat zorgvernieuwing al geruime tijd op de politieke agenda. Dit heeft alles te maken met maatschappelijke en demografische ontwikkelingen waardoor de zorg onder grote druk is komen te staan (Vilsteren et al., 2019). Bij ongewijzigd beleid verwacht het RIVM zelfs een verdubbeling van de zorgkosten in 2040. Minister Hugo de Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt dan ook dat het huidige zorgstelsel onhoudbaar is en onderschrijft de noodzaak voor structurele verandering (De Jonge & Bruins, 2018). Zorgvernieuwing is een belangrijk aandachtspunt geworden binnen het huidige beleidsprogramma *De juiste zorg op de juiste plek* van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit is een beleidsprogramma dat structuur en richting geeft aan het vernieuwen van zorg met als doel de realisatie van toekomstbestendige zorg. Concreet betekent dit meer aandacht voor preventie van zorg, de zorg verplaatsen door deze te organiseren rondom patiënten en het vervangen van de huidige zorg door slimme zorg en digitale technieken (Taskforce, 2019).

In het werkveld lijkt deze boodschap te zijn aangekomen. Ziekenhuizen en zorgverleners hebben meer aandacht voor zorgvernieuwing en zijn zich bewust van de noodzaak tot verandering (Houten, 2019). Echter, de vaak als conservatief bestempelde zorgsector is moeilijk te veranderen. Het vernieuwen van zorg is een complexe taak. De route van pilot naar definitieve implementatie stuit op allerlei problemen. Het overgrote deel van zorgvernieuwingen mislukt hierdoor wat tot veel frustratie, onbegrip en onnodige kosten leidt bij zorgverleners en patiënten (Borst, Hommerson, Jurriens, Kok & Wieringen, 2016). Dixon-Woods et al. stellen dan ook treffend dat het vernieuwen van zorg resulteert in een haat-liefde verhouding. De oorzaak voor deze complexiteit is terug te vinden in organisatorische en culturele obstakels (Dixon-Woods, Amalberti, Goodman, Bergman & Glasziou, 2011). Een groot onderdeel van deze uitdagingen zit in de onderlinge afstemming en samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals gedurende zorgvernieuwingstrajecten (Pauget & Wald, 2018).

De afgelopen maanden hebben laten zien dat grote veranderingen in de zorg zeker mogelijk zijn, ondanks de uitdagingen die de vernieuwing van zorg met zich meebrengt. Het Covid19-virus had in korte tijd enorme impact op het zorgstelsel. De druk op het zorgstelsel werd immens (Schrijvers, 2020). De intensive-care capaciteit werd uitgebreid en ziekenhuizen werden anders ingericht. Daarnaast vond zorg veelal digitaal plaats en voerden zorgprofessionals andere werkzaamheden uit dan zij gewend waren. Het coronavirus vroeg derhalve in korte tijd om flexibiliteit, creativiteit en aanpassingsvermogen van zorgorganisaties, zorgprofessionals en de patiënt (Schrijvers, 2020). Door de coronacrisis zijn veranderingen in de zorg doorgevoerd die anders jaren zouden duren, stelt hoofd intensive care van het Amsterdam UMC, locatie VUmc Prof. Dr. Girbes. De reden dat deze

veranderingen mogelijk waren, onderschrijft Girbes aan het feit dat professionals hun verantwoordelijkheid hebben genomen in het oplossen van problemen. Zorgprofessionals zijn ervaringsdeskundigen en hebben oog voor de praktijk. Girbes concludeert dan ook dat zorgprofessionals een bepalende stem moeten hebben in beleid van zorgvernieuwing (Reinink, 2020). Naast Girbes vragen ook andere zorgprofessionals middels een manifest gepubliceerd in NRC Handelsblad om meer aandacht voor de praktijk van zorgverlening met daarbij minder bureaucratie (van Dool, 2020).

De transformatie van zorgprocessen betreffende het Covid19-virus draagt bij aan het bestrijden van een gevaarlijk en nog veelal onbekend virus. Hierbij is samenwerking tussen allerlei betrokkenen noodzakelijk. Al deze betrokkenen hebben eigen belangen en perspectieven die de realisatie van een zorgvernieuwing beïnvloeden. Veel zorgvernieuwingsimplementatietrajecten gaan echter voorbij aan de perspectieven van betrokkenen. Toch zijn die belangrijk voor succes, want 'past' de zorgvernieuwing niet, dan is de kans van slagen gering. In de praktijk verloopt dit proces vaak problematisch waardoor het merendeel van de zorgvernieuwingen niet het gewenste resultaat bereikt (Pauget & Wald, 2017; Dixon-Woods et al., 2011; Borst et al., 2016). Om zorg succesvol te veranderen is aansluiting van zorgvernieuwingen bij de perspectieven van betrokken professionals en invloed van diezelfde professionals belangrijk (van Dool, 2020; Reinink, 2020). In de ziekenhuisrevalidatie zijn allerlei zorgverleners intensief betrokken bij het zorgproces (van der Leeden, et al., 2016). Verbetering van de aansluiting van een zorgvernieuwing bij deze betrokkenen kan resulteren in erkenning van het belang van de zorgvernieuwing en gemeenschappelijk draagvlak gedurende een implementatietraject. Niet alleen passendheid van zorgvernieuwing bij de afzonderlijke perspectieven van professionals is belangrijk, ook afstemming en samenwerking tussen deze professionals is noodzakelijk om succesvol zorg te vernieuwen (Reinink, 2020; Pauguet & Wald, 2017).

1.2 Probleemstelling

Dit onderzoek heeft als doel om implementatietrajecten in het ziekenhuis te verbeteren door inzicht te krijgen in de rol van passendheid van zorgvernieuwingen bij de perspectieven van betrokken zorgprofessionals. Voor duurzame zorgvernieuwing is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de belangen, opvattingen en behoeften van betrokken professionals en de patiënt. Al deze perspectieven op zorgvernieuwing zijn nodig om tot gemeenschappelijkheid en draagvlak te komen voor verdere implementatie. Onderzoek naar passendheid van de zorgvernieuwing bij het perspectief van betrokkenen evenals afstemming en onderlinge samenwerking tussen professionals is onmisbaar voor het succesvol implementeren van zorgvernieuwingen. Wil zorgvernieuwing haar potentieel waarmaken dan is verbetering van implementatietrajecten noodzakelijk.

Er is voor de volgende onderzoeksvraag gekozen: 'hoe kunnen implementatietrajecten van zorgvernieuwingen verbeterd worden?'

Twee elementen lijken van invloed te zijn op het succes van zorgvernieuwingen. Allereerst passendheid van de zorgvernieuwing bij de verschillende perspectieven van professionals (van Dool, 2020; Reinink, 2020). Ten tweede is passendheid van deze onderlinge perspectieven op samenwerking belangrijk (Pauget & Wald, 2017, Dixon-Woods et al., 2011; Borst et al., 2016).

Om deze vraagstellingen te beantwoorden zijn twee deelvragen opgesteld:

(1) Wat betekent passendheid van een zorgvernieuwing voor professionals in de ziekenhuisrevalidatie?

(2) Wat zijn de perspectieven van professionals in de ziekenhuisrevalidatie op onderlinge samenwerking?

1.3 Setting van het onderzoek

Om te onderzoeken hoe zorgvernieuwingen meer passend gemaakt kunnen worden, onderzoekt de onderzoeker het implementatietraject van het beweegsensorenproject van de "Physical Activity Monitor" (hierna: PAM) in het Amsterdam UMC. De PAM-beweegsensor is een zorgvernieuwing die beoogt het beweeggedrag en fysiek herstel van patiënten te verbeteren rondom een ziekenhuisopname. De PAM-beweegsensor houdt het beweeggedrag bij en geeft dit weer in een digitale applicatie. Patiënten worden hierdoor eerder betrokken bij het zo optimaal mogelijk voorbereiden van de operatieve behandeling en worden gestimuleerd hun beweeggedrag te verbeteren. Daarbij krijgen zorgverleners meer inzicht in het beweeggedrag van patiënten en kan gerichte coaching op afstand plaatsvinden. De eerste pilotervaringen met het gebruik van de PAM zijn veelbelovend en hebben geleid tot de wens voor definitieve implementatie van deze zorgvernieuwing (Leeuwerk, van der Leeden, 2020). Dit masterthesisonderzoek vindt plaats in het kader van de studie Bestuurskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Dit onderzoek richt zich op de perspectieven van betrokken actoren in de ziekenhuisrevalidatie na een oncologische operatie. Onder actoren worden in dit onderzoek professionals in de ziekenhuisrevalidatie verstaan. In dit onderzoek zijn de chirurg, innovatiemanager, fysiotherapeut, verpleegkundige en de patiënt onderzocht. Al deze professionals en de patiënt zijn het afgelopen jaar met het PAM-beweegsensor pilotproject in aanraking gekomen. Eerst volgt een korte beschrijving van deze professionals:

Een chirurg voert complexe taken uit zoals opereren (NFU, 2010). Omdat een chirurg complexe taken uitvoert is standaardisatie en aansturing van deze taken door management nauwelijks mogelijk. Daarnaast heeft een chirurg zeer specifieke kennis en vaardigheden. Chirurgen hebben door deze

inhoudelijke kennis en ervaringsleer autonomie in het beoefenen van hun vak. In het uitoefenen van geneeskunde handelen chirurgen vanuit logica. Daarbij is toegepaste wetenschap (evidence-based) de norm (NFU, 2010; VAGZ, 2017). Chirurgen dragen bij aan een maatschappelijk belang dat altijd voor het eigen belang komt (VAGZ, 2017).

Een innovatiemanager in de zorg ondersteunt en adviseert innovaties in de gezondheidszorg. Hierbij staat het aanmoedigen en begeleiden van innovatietrajecten centraal. Een innovatiemanager houdt zich bezig met identificeren van ideeën om deze vervolgens toe te passen binnen de organisatie. Een innovatiemanager werkt samen met zorgdisciplines binnen de organisatie en met andere organisaties zoals partijen uit de markt (Bossink, 2018).

De fysiotherapeut is in de ziekenhuisrevalidatie verantwoordelijk voor de revalidatie van de patiënt. Na een operatie richt de fysiotherapeut zich op het realiseren van fysiek herstel en meer zelfstandigheid. Vanaf de eerste dag na de operatie worden dagelijkse activiteiten als het in en uit bed komen, zitten, staan en lopen getraind (van der Leeden et al., 2016; KNGF, 2018).

Een verpleegkundige is verantwoordelijk voor het verlenen van verpleegkundige zorg. Deze zorgtaken kunnen bestaan uit therapeutische interventies, persoonlijke verzorging, voorlichting, lichamelijke, emotionele en mentale ondersteuning (Verpleegkundigen & Verzorgenden, 2012).

Een patiënt uit deze patiëntengroep krijgt na een diagnostisch proces te horen dat een oncologische operatie noodzakelijk is. Wat voor soort operatieve behandeling dit betreft is afhankelijk van factoren als locatie, ernst en andere betrokken organen. Gemiddeld duurt een opname op de afdeling oncologische heekunde vijf tot zeven dagen. Voor veel patiënten heeft een oncologische operatie veel impact op de sociale, mentale en fysieke gesteldheid (MDLS, 2020; Amsterdam UMC, 2020).

1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

“Adaption to change is the key to survive” stelde wetenschapper Charles Darwin al meer dan een eeuw geleden (1882). Maar waar komt de maatschappelijke urgentie voor het vernieuwen van zorg vandaan? Door kernwaarden als betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg behoort het Nederlandse zorgstelsel tot de beste van Europa (HCP, 2019). Maatschappelijke en demografische ontwikkelingen bedreigen deze kernwaarden al geruime tijd. Het huidige zorgstelsel is niet opgewassen tegen de toegenomen zorgvraag. Zorgvernieuwingen gericht op het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg zijn hierdoor dringend nodig (Vilsteren et al., 2019). Naast belangen vanuit financieel oogpunt dragen verschuivende perspectieven op gezondheid bij aan dit veranderproces. Een ander perspectief op gezondheid heeft samen met de opkomst van zelfmanagement en samen beslissen tussen zorgverleners en de patiënt geresulteerd in een meer

horizontale verhouding tussen beiden (Kooiker & Hoeymans, 2014). De roep om verandering in de zorg wordt hierdoor steeds luider (Huber et al., 2016; Taskforce, 2018). Tegelijkertijd gaat verandering moeizaam.

Meer wetenschappelijk onderzoek naar hoe verandering in de zorg beter gefaciliteerd kan worden is hierdoor van groot belang. Daarbij beïnvloedt de context waarin vernieuwing moet plaatsvinden de implementatie van zorgvernieuwingen (Pauget & Wald, 2018). Hier is echter zeer beperkt onderzoek naar gedaan. Het wetenschappelijke onderzoek dat wel gedaan is, elimineert contextuele factoren (May, Johnson en Finch 2016). May, Johnson en Finch (2016) stellen hierdoor dat de normale omstandigheden in wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg slecht vertegenwoordigd zijn. Het is belangrijk dat wetenschappelijk onderzoek beter aansluit op de praktijk waarin zorgvernieuwingen dienen te opereren (Dixon-Woods et al., 2011). In wetenschappelijk onderzoek is nog weinig oog voor de ervaringen van professionals en wat zij belangrijk vinden met betrekking tot zorgvernieuwing (Pauget & Wald, 2017; van Dool, 2020; Reinink, 2020). Er is echter geen eenduidige zorgprofessional. Onderzoek naar de gemeenschappelijke en verschillende perspectieven van professionals op zorgvernieuwing en samenwerking is hierdoor noodzakelijk (Pauget & Wald, 2017, Dixon-Woods et al., 2011; Borst et al., 2016).

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk vindt theoretische verkenning plaats naar concepten die relevant zijn voor dit onderzoek en de beantwoording van de geformuleerde onderzoeksvraag. Er wordt ingegaan op de volgende theoretische concepten: zorgvernieuwing (2.1), implementatie uitdagingen (2.2), zorgvernieuwing en samenwerking (2.3) en passendheid van zorgvernieuwing (2.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een reflectie op het theoretisch kader (2.5) en de operationalisatie van het onderzoek (2.6).

2.1 Zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing kan bijdragen aan het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg en is hierdoor belangrijk voor de transformatie van zorg (Taskforce, 2018). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert zorgvernieuwing als het verbeteren van efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit, duurzaamheid, veiligheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Dit omvat onder andere nieuw of verbeterd gezondheidsbeleid, werkwijzen, producten, technologieën en diensten (WHO, 2016). Kimble & Massoud stellen dat het doel van een zorgvernieuwing is om beter te voldoen aan de behoeften en eisen van zorggebruikers waardoor prestaties in de zorg verbeteren (2017). Zorgvernieuwing is hierdoor gericht op het oplossen van problemen en uitdagingen (Kimble & Massoud, 2017). Het vermogen om zorg te vernieuwen wordt beschouwd als een belangrijk concurrentievoordeel in organisaties omdat dit effectiviteit, efficiëntie en daarmee de potentie voor duurzaamheid op de lange termijn verbetert (Tidd & Bessant, 2009).

Hierdoor krijgt zorgvernieuwing de laatste jaren steeds meer aandacht in ziekenhuizen. Deze zorgvernieuwingen richten zich met name op het optimaliseren van gezond beweeggedrag (Houten, 2019). Dit is belangrijk omdat mensen in het ziekenhuis vaak inactief zijn. Van oudsher gaat het herstellen van ziekte en het revalideren samen met rusten. De uitspraak 'ik lig in het ziekenhuis' is hierbij uiterst treffend. Deze uitspraak illustreert een passieve patiënt die zich afhankelijk opstelt naar zorgverleners (Ancum, et al., 2017). Een groot gedeelte van de patiënten in het ziekenhuis is echter op leeftijd, heeft multimorbiditeit en is kwetsbaar. Herstellen van achteruitgang in fysieke fitheid en afhankelijkheid van zorg is hierdoor niet meer vanzelfsprekend (Ancum, et al., 2017). Inactiviteit zorgt voor afname van fysieke fitheid en vermindering van zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Ziekenhuisrevalidatie bestaat uit het werken aan herstel tijdens de klinische opname en het zo optimaal mogelijk voorbereiden op een gepland revalidatietraject. Bewegen is hierdoor een belangrijk onderdeel van de ziekenhuisopname (van der Leeden, et al., 2016). Naast deze "exercise is medicine"-gedachte is er meer aandacht voor de fase vóór de ziekenhuisopname ontstaan. Optimaal

beweeggedrag voor, tijdens en na een ziekenhuisopname blijkt van grote invloed te zijn op positieve zorguitkomsten (van der Leeden et al., 2016).

Zorgvernieuwing in de ziekenhuiszorg bestaat tegenwoordig voor een groot gedeelte uit het combineren van zorg met digitale applicaties. Dit concept noemt men eHealth. Oh et al. hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar de definitie van eHealth (2005). In een systematische review concludeert men dat de definitie van Eysenbach het beste laat zien waar het concept eHealth voor staat (Oh et al., 2005). Eysenbach definieert eHealth als volgt:

“EHealth is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve healthcare locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology” (Eysenbach, 2001, p.1).

Door eHealth kunnen zorg en patiënt beter op elkaar afgestemd worden. Hierdoor wordt patiëntbetrokkenheid gestimuleerd (Meijer, Fitzgerald & Smith, 2013). Meijer et al. (2013) stellen dat de inzet van informatievoorziening en het stimuleren tot gewenst gedrag centraal staan. Binnen eHealth-toepassingen dragen connectiviteitstechnologie en de beschikbaarheid van digitale gegevens bij aan het verbinden van zorgprofessionals aan de patiënt. Hierdoor ontstaan meer mogelijkheden waardoor steeds meer eHealth-applicaties het zorgproces ondersteunen (Hasset et al., 2016; Kanai et al., 2018). Een groot gedeelte van de aangeboden zorg kan door eHealth-toepassingen in de thuissituatie van de patiënt plaatsvinden. Zorgverlening op afstand behoort zo tot de mogelijkheden (Meier, Fitzgerald & Smith, 2013). Rodriguez et al. stellen zelfs dat secundaire preventie van een hartinfarct verbetert door monitoring van parameters op afstand met behulp van eHealth-toepassingen (Rodriquez, 2019).

Experts uit het werkveld suggereren dat eHealth bijdraagt aan minder ziekenhuisopnames, heropnames, ligdagen en zorgkosten. De eerste ervaringen met eHealth-zorgvernieuwingen uit het werkveld zijn veelbelovend. Voor experts uit de gezondheidszorg is de verdere ontwikkeling van eHealth als zorgvernieuwing een belangrijke bouwsteen voor de toekomst van de gezondheidszorg (Valk, 2019; Taskforce 2018). Ondanks de vele voordelen van dergelijke zorgvernieuwingen, stranden initiatieven vaak. Het succesvol implementeren van zorgvernieuwingen is hierdoor allerm minst vanzelfsprekend.

2.2 Implementatie uitdagingen

Voor veel zorginstellingen is zorgvernieuwing belangrijk om de zorg toekomstbestendig te maken. (NFU, 2019; Taskforce, 2018; Vilsteren et al., 2019). Maar in de praktijk kunnen zorgvernieuwingen deze opdracht niet altijd waarmaken. Ondanks het feit dat veel zorgvernieuwingen veelbelovend zijn, faalt de meerderheid (Ehrler, Lovis & Blondon, 2017; Dixon-Woods, Amalberti, Goodman, Bergman & Glasziou, 2011).

Eén van de belangrijkste redenen waarom het implementeren van zorgvernieuwingen in het ziekenhuis moeizaam verloopt is het gegeven dat het bij zorgvernieuwingen in het ziekenhuis nooit alleen om productinnovatie gaat, maar ook altijd om organisatorische innovaties. In contrast tot productinnovatie – waar formele processen centraal staan – overheersen binnen organisatie-innovatie voornamelijk informele processen en de relaties tussen betrokkenen (Pauget & Wald, 2018). Veel zorgvernieuwingen hebben te maken met de betrokkenheid van bestaande werkprocessen, gericht op het uitvoeren van verschillende zorgtaken door zorgprofessionals. Deze geprotocolleerde werkprocessen worden vaak door verschillende professionals uitgevoerd, zoals artsen, verpleegkundigen en paramedici. Werkprocessen zijn vaak rigide en moeilijk veranderbaar om variatie in de uitvoering door individuen te voorkomen (Pauget & Wald, 2018; Borst et al., 2016). Liberati stelt dat beroepsgroepen in het ziekenhuis, zoals artsen of verpleegkundigen, een sterke identiteit hebben (2016). Deze professionele identiteit is uitgesproken en heeft een belangrijke invloed op individueel gedrag, samenwerking en mogelijke veranderingen (Liberati, 2016). Daarbij beïnvloedt de context waarin vernieuwing moet plaatsvinden de implementatie van zorgvernieuwingen (Pauget & Wald, 2018). Hier wordt echter maar zeer beperkt onderzoek naar gedaan. Het wetenschappelijke onderzoek dat wel gedaan is, elimineert echter contextuele factoren (May, Johnson & Finch 2016). May, Johnson en Finch (2016) stellen hierdoor dat de normale omstandigheden in wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg slecht vertegenwoordigd zijn. De noodzaak tot vernieuwing en de financiële druk op de zorgsector resulteren in beperkt onderzoek naar de effectiviteit van zorgvernieuwingen (Borst et al., 2016). Men gaat hierbij vaak voorbij aan de behoeftes van betrokkenen en praktische uitwerkingen van zorgvernieuwingen (Dixon-Woods et al., 2011). Dixon-Woods et al., stellen dat zorgvernieuwingen vaak te snel worden geïmplementeerd zonder dat zij bewezen effectiever en efficiënter zijn dan al bestaande zorg (2011).

Het vernieuwen en veranderen van zorg gaat door deze implementatieproblematiek vaak samen met weerstand onder betrokkenen (Thomas & Hardy, 2011). Veel zorgvernieuwingstrajecten zijn hierdoor voor een groot deel verantwoordelijk voor het stijgen van zorgkosten (Borst et al., 2016). Het belang van kostenbesparing en het verbeteren van operationele efficiëntie zal naar verwachting blijven toenemen voor ziekenhuizen. Dergelijke veranderingen vragen om organisatorische innovatie,

die onderlinge samenwerking en wederzijdse erkenning van betrokken actoren vereist (Ehrler, Lovis, Blondon et al., 2017; Pauget & Wald, 2018). Dit impliceert dat wanneer een zorgvernieuwing wil slagen, de vernieuwing in samenwerking tot stand moet komen waarbij acceptatie door betrokkenen noodzakelijk is.

2.3 Zorgvernieuwing en samenwerking

Thakur, Hsu & Fontent hebben onderzoek verricht naar de problemen en toekomstige trends in zorgvernieuwing (2012). Zij onderschrijven het belang van positieve relaties tussen zorgprofessionals op verschillende organisatieniveaus voor succesvolle en innovatie implementatietrajecten. Hierbij is enkel een top-down benadering onwenselijk en dient een bottom-up benadering gestimuleerd te worden. Interactie tussen leidinggevendenden, zorgprofessionals en verschillende afdelingen is hierbij van cruciaal belang (Thakur, Hsu & Fontent, 2012). Cobben, Dongen, Bokhoven en Daniëls (2016) hebben “best practices” van interprofessionele samenwerkingen in de zorg onderzocht en onderschrijven dat interprofessionele samenwerking beïnvloedbaar is. Ten eerste zijn alle “best practices” bottom-up tot stand gekomen en is er een gezamenlijke visie. Daarnaast is het multidisciplinair overleg een cruciaal onderdeel binnen de samenwerking. Succesfactoren binnen interprofessionele samenwerkingen zijn motivatie en professioneel complementair gedrag. De aanwezigheid van een duidelijke missie en visie is belangrijk. Ook dragen gelijkheid, procesbewaking, teamgedrag en voldoende overlegcapaciteiten bij aan verbetering van interprofessionele samenwerking (Cobben et al., 2016). Zorgvernieuwingen kunnen bestaande werkprocessen, professionele identiteiten en relaties in het ziekenhuis veranderen. Het management moet deze veranderingen actief begeleiden en ondersteunen om de kritiek te weerstaan van betrokkenen die voornamelijk door de veranderingen worden getroffen (Pauget & Wald, 2018).

Vertaald naar de ziekenhuispraktijk betekent dit samenwerking tussen verschillende professionals. Samenwerkingen op de tekentafel betekent nog geen samenwerking in de praktijk. Medische disciplines kennen hun eigen belang, gevestigde belangen en privileges. Historische rolverdelingen tussen bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen zijn van invloed op samenwerkingen in de praktijk (Liberati, 2016). Samenwerking tussen verschillende disciplines in de ziekenhuiszorg verloopt hierdoor vaak ineffectief (Nauta, Polman & Peerdeman, 2018). Onderzoek van Liberati et al. bevestigt deze stelling (2016). Dat professionele grenzen hardnekkig zijn en samenwerkingen in de ziekenhuiszorg beïnvloeden, concluderen ook Powell & Davies (2012). In het vormen van nieuwe specialistische teams werd verzet ondervonden tegen het herschikken van beroepsgrenzen, taken en rollen. Nieuwe taken werden door zorgprofessionals afgewezen uit angst voor onbekend terrein. Daarbij kreeg het nieuwe specialistische team van andere disciplines een lage status toebedeeld.

Eveneens zorgde gebrekkige communicatie tussen betrokken disciplines voor problemen bij het samenwerken (Powell & Davies, 2012).

Een professional beoefent een beroep dat in meer of mindere mate door beroepsbeoefenaren zelf wordt gereguleerd. Kenmerkend is de aanwezigheid van barrières als opleidingsvereisten, sollicitatiepatronen en supervisie door mede-beroepsgenoten om tot de beroepsgroep te treden. Deze barrières en vereisten hebben professionals zelf gecreëerd (Noordegraaf, Bos & Schiffelers, 2016). De sterke aanwezigheid van verschillende professionele beroepsgroepen maakt het samen werken aan zorgvernieuwing in het ziekenhuis complex. Grofweg kan men deze professionals onderverdelen in artsen, verpleegkundigen en paramedici (van der Leeden et al., 2016). Ondanks ook gelijkenissen variëren professionals in de zorg aanzienlijk van elkaar. Zorgprofessionals werken met patiënten en dienen tegelijkertijd maatschappelijke waarden als het bevorderen van gezondheid en welzijn. Mensen worden als Individuele patiënten behandeld vanuit algemene wet en regelgeving. Deze wetten zijn echter niet specifiek genoeg, waardoor er van zorgprofessionals verwacht wordt maatwerk te leveren op basis van inhoudelijke kennis en ervaring. Kennis en ervaringsleer staan derhalve centraal in het verlenen van zorg (Noordegraaf et al., 2016). Noordegraaf et al., stellen echter dat dit sterk varieert door de verschillende voorkeuren, opvattingen en achtergronden van professionals (2016).

Grenzen tussen beroepsgroepen hebben betrekking op vakkennis en autoriteit. Exclusieve, formele en professionele rechten zijn hieraan verbonden. Professionele status is gerelateerd aan autoriteit of bekwaamheid (Bucher & Chreim, 2016). Bucher & Chreim stellen dat grenzen tussen beroepsgroepen niet vaststaan maar dat hiervoor steeds wordt onderhandeld (2016). Actoren als professionals in de zorg legitimeren verandering door “framingstrategieën”. In de praktijk overlappen deze strategieën. De hoge status van professionals wordt gebruikt voor bijvoorbeeld generieke naturalistische framingstrategieën die zich uiten in de natuurlijke gang van zaken en het kleineren van andere professionele statussen. De gemiddelde professionele status gebruikt “evidence based” strategieën middels rationeel legitimerende framingstrategieën. De lage status professionals gebruiken framingstrategieën voor het betwisten van grenzen bij hogere statushouders (Bucher & Chreim, 2016). Dit impliceert dat de mate van interprofessionele samenwerking beïnvloedbaar is. Samenwerken in netwerkverband kan een middel zijn om de verschillen in inzichten te overbruggen. De betrokken professionals in een netwerk hebben elkaars kennis en expertise nodig om tot een passende oplossing te komen vanuit het gezamenlijk belang (Bannink, 2019). Bannink stelt echter dat interprofessionele samenwerking in de praktijk vaak problematisch verloopt (2019). Eén van de belangrijkste redenen hiervoor is de rol van identiteit en begrenzing van professies en de moeilijkheden om van het eigen belang los te komen (Bannink, 2019). Dé zorgprofessional bestaat niet. Iedere zorgprofessional heeft naast het gezamenlijke belang ook eigen belangen. Hierdoor kunnen

verschillende en conflicterende interpretaties op zorgvernieuwing en samenwerking ontstaan (Dixon-Woods et al., 2011; Borst et al., 2016).

Een belangrijke succesfactor voor interprofessionele samenwerking is professioneel complementair gedrag (Cobben et al. 2016). Hierdoor kunnen draagvlak, gedeelde verantwoordelijkheid en bereidheid van betrokken professionals tijdens het implementatietraject van zorgvernieuwingen ontstaan (Dixon-Woods et al., 2011; Borst et al., 2016). Afstemming van de verschillende perspectieven op samenwerking van de betrokken professionals is hierdoor cruciaal. Het verkrijgen van meer inzicht in de verschillende professionals en hun belangen en achtergronden kan de interprofessionele samenwerking ondersteunen. Voor het verbeteren van het implementatietraject is onderzoek naar de gemeenschappelijke en afzonderlijke perspectieven van betrokken zorgprofessionals op samenwerking noodzakelijk.

2.4 Passendheid van zorgvernieuwing

Naast inzicht in de betrokken perspectieven op onderling samenwerken is aansluiting bij de behoeften van de doelgroep belangrijk om succesvol zorg te vernieuwen. Het draait niet alleen om een goed idee, maar veel meer om het begrijpen van problematiek en de hieruit voortkomende behoefte. Het aansluiten van een vernieuwing op de behoefte kan men definiëren als het concept 'passendheid' (Nederpelt, 2018; Christensen 2016). Zowel productinnovatie als organisatie-innovatie zijn belangrijk om succesvol te vernieuwen in de gezondheidszorg (Nam, 2016).

Het belang van passendheid van zorgvernieuwingen bij de behoefte van de gebruikers kan vanuit de "Jobs to be done"-theorie verklaard worden (Nam, 2016). Christensen stelt dat het geheim van succesvol innoveren ligt in het begrijpen van de keuzes die productgebruikers maken die hen helpen om vooruitgang te boeken (2016). Vanuit de "Jobs to be done"-theorie beredeneert men de behoefte vanuit de taak die men moet volbrengen. *"People don't want to buy a quarter-inch drill. They want a quarter-inch hole"* is een treffende quote van Theodore Levitt (1925-2006). Met andere woorden: het gaat een potentiële consument niet om het product of de dienst en zijn eigenschappen, maar om welke behoefte hiermee wordt vervuld of welk probleem wordt opgelost (Nam, 2016). In de praktijk blijkt dit niet eenvoudig, waardoor veel vernieuwingen falen concludeert Christensen (2016). Wanneer een product of veranderingen in de organisatie als passend worden ervaren kan erg verschillen. Verschillende belangen, behoeften en achtergronden van mensen kunnen dit beïnvloeden. Bedrijven die zich bezighouden met vernieuwing beginnen vaak met het classificeren van de markt en het afstemmen van handelswaar. Dit classificeren houdt in dat de markt wordt onderverdeeld in productcategorieën, zoals functie en prijs. Daarbij vindt een doelgroepbepaling plaats op basis van demografische gegevens als leeftijd, geslacht, opleiding en inkomensniveau. Het probleem hierbij is

dat consumenten zich bij het aanschaffen of gebruiken van een vernieuwing niet laten leiden door deze gegevens. Iemands leeftijd en opleidingsniveau zijn veel minder relevant dan de aansluiting van de vernieuwing op werkprocessen en het oplossen van problemen. Om succesvol te vernieuwen kan men dus beter vanuit het “Jobs to be done”-principe opereren (Christensen, 2016). Iedere wens of behoefte is ook gebaseerd op sociale-, functionele- en emotionele kenmerken. Men moet deze onderdelen willen en kunnen begrijpen om vernieuwing aan te laten sluiten op bijbehorende professionals en hun werkprocessen (Nobel, 2011).

In de gezondheidszorg staan twee elementen centraal: het voorkomen van ziek worden en het genezen van ziekte (Nam, 2016). Aansluiting bij de bestaande werkprocessen en zorgtaken verbetert passendheid van zorgvernieuwingen voor zorgprofessionals (van Dool, 2020; Reinink, 2020). De zorgsector is echter dynamisch en divers. Of men een zorgvernieuwing als passend ervaart kan erg variëren. Allereerst zijn er talloze ziektebeelden en behandelingen waarbij iedere patiënt verschillende wensen of behoeften kan hebben. Daarnaast is de zorg onderhevig aan verschillende omstandigheden, zorgdisciplines en specialisaties. Al deze perspectieven kunnen naast gezamenlijke ook tegenstrijdige behoeftes hebben (Nam, 2016). Het is belangrijk dat men dit erkent, waardoor de zoektocht naar passendheid van de innovatie bij de betrokken professionals niet wordt onderschat. Het “jobs to be done”-principe kan hierbij ondersteunen. Gedegen “jobs to be done”-onderzoek moet onderdeel zijn van zorgvernieuwingstrajecten. Middels een behoeftebepaling bij de betrokken zorgprofessionals en de patiënt kan verbetering van passendheid van de zorgvernieuwing gerealiseerd worden (Christensen, 2016).

In de praktijk wordt dit maar beperkt uitgevoerd stellen zorgprofessionals (van Dool, 2020; Reinink, 2020). Zoals eerder beschreven worden zorgvernieuwingen te snel omarmd zonder dat zij bewezen effectiever zijn dan al bestaande zorg. Enthousiasme voor het nieuwe en de hoop op verbetering resulteren regelmatig in matig praktijkonderzoek en te snelle implementatie van zorgvernieuwingen (Dixon-Woods et al., 2011). Het succes van een zorgvernieuwing is sterk afhankelijk van de mate van passendheid van de zorgvernieuwing bij de praktijk en perspectieven van betrokkenen. Onderzoek naar passendheid van zorgvernieuwingen is hierdoor noodzakelijk.

2.5 Reflectie op theoretisch kader

De theoretische verkenning naar implementatie uitdagingen van zorgvernieuwingen in het ziekenhuis toont het belang van passendheid van de innovatie en passendheid van onderlinge perspectieven op samenwerking. Deze perspectieven omvatten een cruciale rol in het zorgvernieuwingsimplementatietraject. Het lijkt derhalve vanzelfsprekend dat men alvorens te starten met de implementatie van zorgvernieuwingen aandacht besteedt aan het in kaart brengen van de

perspectieven, wensen en behoeften van deze betrokkenen. Echter, er wordt hier in wetenschappelijk onderzoek en in de praktijk maar beperkt aandacht aan besteed. Vaker is het mogelijke effect van de zorgvernieuwing onderdeel van wetenschappelijk onderzoek. Het implementatietraject en de verschillende perspectieven op zorgvernieuwing worden hierbij onderschat. Beperkte middelen en het enthousiasme om te vernieuwen lijken hieraan bij te dragen. Daarnaast tracht men weerstand onder betrokkenen te ontwijken. Dit lijkt een allerm minst duurzame beslissing. Onderzoek naar passendheid van de innovatie bij het perspectief van betrokkenen evenals hoe men onderlinge samenwerking voor ogen heeft is belangrijk voor zorgvernieuwingstrajecten. Het is essentieel dat men dit belang erkent. Pas dan hebben veelbelovende innovaties als het PAM-beweegsensorenproject een kans van slagen in het implementatietraject.

2.6 Operationalisatie

In het theoretisch kader zijn een aantal theoretische concepten beschreven die hebben geresulteerd in *sensitizing concepts*. Deze concepten zijn weergegeven in onderstaand analytisch raamwerk en geven richting aan het vervolg van dit onderzoek. Middels het operationaliseren worden deze concepten meetbaar gemaakt. Het operationaliseren bestaat uit drie stappen, te weten het omschrijven van het concept, het vaststellen van de uitingsvormen en het toekennen van waarden. In het schema hieronder wordt de operationalisatie getoond (Bryman, 2016; Van Thiel, 2015).

Theoretisch concept	Omschrijving	Uitingsvorm	Waarden
Passendheid	Het aansluiten van een zorgvernieuwing bij de praktijk en de behoeften van betrokken professionals	1. Oplossingen voor zorgproblematiek 2. Vooruitgang van zorgprofessionals en patiënten 3. Aansluiting op werkprocessen in de zorg	1. Ja, nee 2. Nooit, soms, vaak 3. Nooit, soms, vaak
Perspectief op samenwerking	De verschillende perspectieven van professionals op onderlinge samenwerking	1. Sterk verbonden tot elkaar 2. Meer gezamenlijke verantwoordelijkheid en toewijding in het proces 3. Meer interprofessioneel contact 4. Er vindt meer uitwisseling van hulpbronnen plaats 5. Er vindt "face to face" interprofessionele afstemming plaats	1. Nooit, soms, vaak 2. Nooit, soms, vaak 3. Nooit, soms, vaak 4. Nooit, soms, vaak 5. Nooit, soms, vaak

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de gehanteerde onderzoeksmethode van dit onderzoek beschreven en verantwoord. Allereerst wordt de gekozen onderzoeksstrategie beschreven. Vervolgens wordt de gekozen onderzoeksmethode beargumenteerd. Daarna volgt verantwoording over de dataverzameling en data-analyse. Tenslotte volgen de methodologische en ethische verantwoording waarbij kwaliteitscriteria als betrouwbaarheid, validiteit en de rol als onderzoeker beschreven worden.

3.1 Onderzoeksstrategie:

In dit onderzoek wordt getracht een zo volledig mogelijk antwoord te geven op de vraag: hoe kunnen implementatietrajecten van zorgvernieuwingen verbeterd worden? De *sensitizing concepts* in dit onderzoek zijn (1) de mate passendheid van zorgvernieuwingen en (2) het perspectief op onderling samenwerken van professionals in het ziekenhuis.

3.1.1. Casestudy

Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de perspectieven van specifieke zorgprofessionals en de patiënt op zorgvernieuwing en het implementatietraject. Dit onderzoek betreft hierdoor een casestudy. De afdeling oncologische heelkunde van het Amsterdam UMC, locatie VUmc fungeert binnen dit onderzoek als onderzoeksetting, die in alledaagse omstandigheden is onderzocht. Taylor & Sondergaard (2017) omschrijven een aantal kenmerken voor onderzoeken die werken met een casestudy. Casestudy onderzoek vindt plaats in de natuurlijke omgeving van het onderzoek. Dat is in dit onderzoek van groot belang omdat dit onderzoek tracht implementatietrajecten in diezelfde omgeving te verbeteren. Casestudy onderzoek heeft hierdoor een praktisch karakter, waarbij de onderzoeker streeft naar het oplossen of bijdragen aan een maatschappelijk probleem. In dit geval betreft het de implementatieproblematiek van zorgvernieuwingen. Binnen casestudy onderzoek wordt een gering aantal situaties onderzocht en uitgebreid bestudeerd. De onderzoeker verricht in casestudy diepteonderzoek in een unieke context. Middels interviews wordt gedetailleerd empirisch onderzoek verricht. De diepgang van een casestudyonderzoek leidt tot beter begrip van de implementatieproblematiek van zorgvernieuwingen in de ziekenhuiszorg. Casestudyonderzoek is hierdoor een geschikte onderzoekstrategie voor exploratieve onderzoek (Van Thiel, 2015; Taylor & Sondergaard, 2017). In dit onderzoek wordt deze beschrijving van casestudy onderzoek gevolgd en toegepast.

3.1.2. Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de visie van zorgprofessionals op zorgvernieuwing. De onderzoeker is geïnteresseerd in de perspectieven en percepties van betrokken actoren. Deze focus veronderstelt een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Kwalitatief onderzoek gaat over woorden en de betekenis van woorden en niet zoals kwantitatief onderzoek over cijfers (Bryman, 2016). Kwalitatief onderzoek heeft een open benadering. Het structureren van kwalitatief onderzoek vindt met name na de dataverzameling plaats. Kwalitatief onderzoek richt zich op het begrijpen en beschrijven van de werkelijkheid. Hierbij houdt de onderzoeker rekening met de context waarin zorgverleners en de patiënt acteren. Voorstanders van kwalitatief onderzoek stellen dat dit niet in getallen samengevat kan worden. Kwalitatief onderzoek stelt de onderzoeker in staat om meer inzicht in de complexe werkelijkheid van implementatieproblematiek van zorgvernieuwingen in de ziekenhuiszorg te krijgen (Van Thiel, 2015). Bij kwalitatief onderzoek is flexibiliteit van de onderzoeker gewenst. Ook vindt in dit onderzoek voortdurend reflectie plaats. De probleemstelling en literatuuranalyse hebben dit onderzoek een eerste kader en richting gegeven. Dit onderzoek betreft hierdoor een inductieve benadering binnen een deductief kader. De onderzoekstappen binnen dit inductieve onderzoek verlopen niet altijd opeenvolgend, maar zijn meer iteratief of cyclisch van aard (Van Thiel, 2015). In dit onderzoek wordt de kwalitatieve onderzoeksstrategie uitgevoerd.

3.2 Onderzoeksmethode

De gekozen methode voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag betreft het afnemen van interviews. Dit onderzoek vindt plaats in het ziekenhuis Amsterdam UMC. De onderzoeker is hier werkzaam als fysiotherapeut en is reeds betrokken bij het PAM-beweegsensorenproject op de afdeling oncologische heelkunde. Deze keuze is vanuit pragmatische overwegingen gemaakt. Dit onderzoek is onderdeel van de OPRAH-onderzoeksgroep die middels een observationele pilotstudie de toepasbaarheid van het gebruik van de PAM-beweegsensor in het zorgproces onderzoekt. De onderzoeksgroep heeft geassisteerd bij het indienen van een niet WMO-aanvraag voor dit onderzoek (Leeuwerik & van der Leeden, 2020).

In dit onderzoek wordt het perspectief van de actoren middels kwalitatieve interviews in kaart gebracht. De onderzoeker heeft geen ervaring in het afnemen van interviews maar heeft zich gedegen voorbereid. De interviews worden met behulp van een topiclijst uitgevoerd. Beperkte tijd en effectievere evaluatie mogelijkheden hebben geresulteerd in het semistrukturen van de interviews (Van Thiel, 2015). De topiclijst omvat de volgende onderwerpen: 'De inzet van gezondheidstechnologie in de zorg', 'gebruik van gezondheidsapps', 'beleid Amsterdam UMC', 'digitale zorgbehoeften van zorgverleners en patiënten', 'ervaringen PAM en Atris app' en 'samenwerken tijdens innovatie

implementatie'. In dit onderzoek zijn 10 mensen geïnterviewd. De onderzochte respondenten in dit onderzoek betreffen een innovatiemanager (N=1), chirurg (N=1), verpleegkundigen (N=2), fysiotherapeut (N=1) en patiënten (N=5). De respondenten zijn middels een selecte steekproef gekozen vanuit een pragmatische overweging (Van Thiel, 2015). De zorgverleners zijn werkzaam op de afdeling oncologische heelkunde van het Amsterdam UMC, locatie VUmc. De patiënten hebben hier oncologische revalidatiezorg ontvangen. Hierdoor hebben alle respondenten ervaring opgedaan met het PAM-beweegsensorenproject als zorgvernieuwing. Om inhoudelijke en praktische overwegingen zijn er niet meerdere respondenten toegevoegd. Hierdoor kan het gewenste diepteonderzoek plaats vinden en de empirische informatie binnen de praktische grenzen van dit onderzoek uitgewerkt worden (Taylor & Sondergaard, 2017).

De interviews worden idealiter "face to face" afgenomen. Echter, dit is mede door de huidige "social distance" maatregelen betreffende het Covid19 virus niet altijd mogelijk. Om de veiligheid van de onderzoeker en de respondenten te waarborgen wordt er een alternatief geboden waarbij de interviews via videobellen worden afgenomen (Six, persoonlijke communicatie, 16 maart 2020). Hier is voor gekozen zodat de onderzoeker en de respondent profiteren van visuele waarneming tijdens het gesprek (Bryman, 2016). Zoals vermeld is de onderzoeker werkzaam als zorgverlener in hetzelfde ziekenhuis als de zorgverleners die geïnterviewd worden. Hierdoor kunnen veel van deze interviews toch "face to face" plaatsvinden. De patiënten respondenten betreffen een kwetsbare groep. De interviews met hen vinden om veiligheidsoverwegingen daarom telefonisch plaats. Hierbij is videobellen niet toegestaan omdat dit niet specifiek is aangevraagd in de niet-WMO aanvraag (Leeuwkerk & Leeden, 2020). Nadat de interviews zijn afgenomen wordt de onderzoeksdata op thematische wijze geanalyseerd. Allereerst zijn alle opgenomen interviews verbatim getranscribeerd. De tweede stap bestaat uit het schrijven van memo's om de interviewdata te verkennen. Daarna is het coderen gestart. Coderen staat voor het identificeren van betekenisvolle begrippen, gelijkenissen en verschillen die door de respondenten zijn onthuld op basis van de interpretatie van de onderzoeker. Dit bestaat eerst uit open coderen en later uit axiaal coderen. Tenslotte worden thema's opgesteld. Het maken van codebomen ondersteunt dit analyseproces. De codebomen zijn evenals de transcripten als bijlagen toegevoegd (Van Thiel, 2015; Bryman, 2016).

In overleg met de onderzoeksprojectgroep worden de patiënten naast interviews aanvullend onderzocht middels een vragenlijst. 39 patiënten hebben ervaring opgedaan met de pilotfase van het PAM-beweegsensorenproject. Middels de System Usability Scale (Brooke, 1986) worden deze patiënten gevraagd naar hun ervaringen met deze innovatie. De System Usability Scale is een vragenlijst die in de zorg vaker wordt gebruikt voor het verkrijgen van informatie betreffende de bruikbaarheid en ervaring van een innovatie (Lewis, Brown & Mayes, 2015). Aanvullend op System

Usability Scale vragen worden enkele vragen gespecificeerd op innovatie gesteld over de PAM-beweegsensor. De concepten tevredenheid, efficiëntie en leervermogen zijn hierin vertegenwoordigd. De vragenlijst bestaat uit 23 stellingen. De stellingen worden middels een Likert schaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens) beantwoord door de patiënten (Bryman, 2016; Van Thiel, 2015). De vragenlijst wordt via email digitaal aangeboden middels het softwareprogramma CASTOR. De vragenlijst is verstuurd op donderdag 16 april 2020. De data worden verwerkt en geanalyseerd middels het statistische softwareprogramma IBM SPSS versie 24. Een gedeelte van de vragenlijst wordt gebruikt in dit onderzoek ter aanvulling en ondersteuning op de interviewuitkomsten van de patiëntengroep. De vragenlijst is in zijn geheel als bijlage toegevoegd.

3.3 Betrouwbaarheid en validiteit

De gehanteerde onderzoeksstrategie in dit onderzoek betreft het afnemen van kwalitatieve diepte-interviews. In dit onderzoek zijn 10 respondenten geïnterviewd. Door dit geringe aantal dient men rekening te houden met de beperkte mate van generaliseerbaarheid van de onderzoeksbevindingen (Van Thiel, 2015). De betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek kunnen middels triangulatie verbeterd worden. Triangulatie betreft dataverzameling vanuit verschillende methoden zoals bijvoorbeeld een vragenlijst, documentanalyse en interviews (Van Thiel, 2015; Bryman, 2016). De praktische belemmering van tijd voor dit onderzoek heeft ervoor gezorgd dat triangulatie toepassen in dit onderzoek niet mogelijk is. De onderzoeksbevindingen kunnen daarentegen wel gebruikt worden voor nieuwe theorievorming middels theoretische generaliseerbaarheid (Van Thiel, 2015). Uitgebreid diepteonderzoek en meerdere interviews met verschillende zorgprofessionals en patiënten met mogelijke contrasterende uitkomsten dragen bij aan het verhogen van de interne validiteit van dit onderzoek (Van Thiel, 2015; Bryman, 2016). Daarbij vindt gedurende dit onderzoek regelmatig peerreview plaats met andere masterstudenten en de masterthesis begeleider van de Vrije Universiteit te Amsterdam (Van Thiel, 2015).

3.4 Ethische overwegingen

Dit onderzoek tracht bij te dragen aan kennisaccumulatie en het verbeteren van passendheid en interprofessionele samenwerking tijdens implementatietrajecten van zorgvernieuwing in de ziekenhuisrevalidatie. De respondenten zijn vooraf geïnformeerd over het doel en de onderzoeksmethode van deze masterthesis. De respondenten participeren vrijwillig en hebben te allen tijde het recht om hun medewerking te weigeren en/of informatie niet te delen. Praktische afspraken ten aanzien van het afnemen van de interviews zijn in overleg met de respondenten gemaakt. De respondenten hebben instemming gegeven voor het publiceren van de onderzoeksresultaten. Hierbij

is afgesproken dat de respondenten en de verkregen data te alle tijden anoniem blijven. De transcripten zijn in het bezit van de onderzoeker en beveiligd opgeslagen onder pseudonamen (Van Thiel, 2015; Bryman, 2016).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt gezocht naar een antwoord op de centrale onderzoeksvraag: Hoe kunnen implementatietrajecten van zorgvernieuwingen verbeterd worden? Twee elementen beïnvloeden het succes van innovaties. Allereerst passendheid van de innovatie bij de verschillende perspectieven van professionals. Ten tweede is passendheid van de onderlinge perspectieven op samenwerking belangrijk. Beide elementen worden in dit hoofdstuk afzonderlijk gepresenteerd. Eerst wordt het professionele perspectief van passendheid op zorgvernieuwing beschreven (4.1). Daarna wordt het onderlinge perspectief op samenwerking uitgewerkt (4.2). De resultaten van beide hoofdstukken hebben geresulteerd in een evaluatieraamwerk “*het Innovatiewiel van Passendheid*” (4.3). Dit evaluatieraamwerk wordt ter afsluiting van dit hoofdstuk toegepast op de innovatiecasus: het PAM-beweegsensorproject van het Amsterdam UMC (4.4).

Er zijn tien respondenten geïnterviewd. De respondenten betroffen zorgprofessionals en patiënten. De zorgprofessionals bestonden uit een chirurg, innovatiemanager, fysiotherapeut en verpleegkundigen. Drie zorgprofessionals waren man en twee vrouw. De patiëntengroep bestond uit vier mannen en een vrouw. De patiënten hebben de afgelopen twee jaar allemaal een oncologische operatie ondergaan. De gemiddelde leeftijd van de patiëntengroep was 66 jaar. De gemiddelde omvang van de interviews betrof 40 minuten. De kwalitatieve resultaten worden gepresenteerd in thema's ondersteund door quotes. Ervaringen van de patiënten uit de interviews worden ondersteund met gegevens uit de vragenlijst (bijlage 3).

4.1 Perspectief op passendheid van zorgvernieuwing

Het succes van een zorgvernieuwing is sterk afhankelijk van de mate van passendheid van de zorgvernieuwing bij de praktijk en perspectieven van betrokkenen. De resultaten over passendheid van zorgvernieuwingen bij de perspectieven van professionals worden per aspect beschreven. De perspectieven van professionals op passendheid van een zorgvernieuwing hebben gemeenschappelijke en onderscheidende kenmerken binnen de gepresenteerde aspecten. Eerst worden de gemeenschappelijke kenmerken gepresenteerd. Daarna worden de specificaties van de perspectieven van professionals op passendheid beschreven.

Het verbeteren van zorg

Een zorgvernieuwing is volgens alle zorgprofessionals en de patiënt passend als deze in verbetering van zorg resulteert. Een zorgvernieuwing moet derhalve bijdragen aan uitdagingen in de zorg en het oplossen van problemen. Voorbeelden die worden aangedragen zijn het verbeteren van kwaliteit, doeltreffendheid en effectiviteit van zorgprocessen.

Zorgverleners bekijken deze uitdagingen in vergelijking met de geïnterviewde patiëntengroep, vanuit een breder perspectief. Zorgverleners zien naast uitdagingen voor de patiënt ook organisatorische problemen en uitdagingen. Een quote van de innovatiemanager illustreert dit treffend: *“Zorgvernieuwing is in de ogen van zorgverleners succesvol als het problemen oplost. Dat kan betekenen dat ze meer geld verdienen, het krijgen van meer tijd of de realisatie van een beter product waardoor de zorg voor de patiënt verbetert.”* De patiënt betreft dit meer op zijn of haar eigen uitdagingen in het zorgproces, zoals het behouden of terugkrijgen van een goede gezondheid. Een patiënt verwoordt dit treffend: *“Uiteindelijk gaat het om mijn gezondheid en hoe ik uiteindelijk herstel van een operatie.”*

De patiënt staat centraal

De patiënt moet volgens alle geïnterviewde professionals centraal staan in een zorgvernieuwing. Een zorgvernieuwing is volgens hen passend als deze aansluit bij de (thuis)situatie van de patiënt. Het stimuleren van zelfmanagement is hierbij van groot belang. Een groot gedeelte van het zorgproces speelt zich namelijk af buiten het ziekenhuis. In aanloop naar een ziekenhuisopname en in de fase na een ziekenhuisopname is de thuissituatie van de patiënten van grote invloed op het zorgproces en de uitkomsten hiervan. Een goede voorbereiding kan bestaan uit het verkrijgen van de benodigde informatie, het optimaliseren van leefstijl en praktische zaken als toegang hebben tot hulpbronnen. Ook in het na-traject is het van belang om een omgeving te creëren die het revalideren positief beïnvloedt. De chirurg benoemt het belang voor de thuissituatie van de patiënt treffend: *“Een operatie is een ‘life-event’ voor mensen. Het ziekenhuis en de verpleegafdeling zijn hierbij maar een tussenstop. Met name de thuissituatie is heel belangrijk, daar vindt na de ziekenhuisopname vaak nog een heel gevecht plaats.”* In de thuissituatie ligt de verantwoordelijkheid meer bij de patiënt. Het verkrijgen van ziekte-inzicht en vaardigheden gericht op zelfmanagement zijn hierbij belangrijk. Zowel patiënten als zorgverleners stimuleren deze gezamenlijke verantwoordelijkheid in het zorgproces.

“Het grootste deel van je herstel, daar ben je zelf verantwoordelijk voor. Daar kan de dokter niks aan doen. Als de operatie achter de rug is moet jezelf zorgen dat je de juiste stappen maakt.”

De patiënten onderscheiden zich van de zorgprofessionals door het belang van steun, controle, structuur en duidelijkheid te benoemen. Daarnaast zijn coaching, stimuleren en concentreren op het positieve belangrijke voor de patiënt. Het belangrijkste doel voor een patiënt is het behouden of

terugkrijgen van zelfstandigheid om uiteindelijk weer mee te kunnen doen in de maatschappij. Een patiënt illustreert dit als volgt: *“Je wilt horen wat je het beste kan doen om de juiste beslissingen te maken. Je kan op je gevoel af gaan, maar in zo’n heftige situatie laat je gevoel je weleens in de steek. Dan is het fijn om ergens op terug te kunnen vallen.”*

Aansluiting op het werkproces

Een zorgvernieuwing is passend als deze aansluit op het werkproces van zorgprofessionals. Voor de zorgprofessionals die werkzaam zijn in het ziekenhuis is het werkproces van grote invloed op het ervaren van passendheid van zorgvernieuwingen. Met name kennis van de praktijk en aandacht voor de praktijk is belangrijk. Een zorgvernieuwing moet aansluiten op het praktische werk dat men uitvoert. Management dat tijdens veranderprocessen voorbijgaat aan praktijkervaringen krijgt te maken met weerstand stelt een verpleegkundige: *“De verschillen en onwetendheid in elkaars perspectieven en werkprocessen resulteren in problemen. Je voelt je dan als zorgverlener niet gehoord en machteloos.”* Naast het gevoel dat het beleid geen aandacht heeft voor de werkpraktijk, is het tevens inefficiënt. Zorgprocessen vragen namelijk om een praktische benadering. Omdat verschillende disciplines en mensen onderdeel zijn van de praktijk moeten gestandaardiseerde werkprocessen waar mogelijk de uniformiteit waarborgen. Dit is in de praktijk een grote uitdaging. Kennis van werkprocessen en aansluiting op problemen en uitdagingen die betrokkenen ervaren, is belangrijk voor de mate waarop de zorgvernieuwing als passend wordt ervaren. Een pragmatische benadering door bijvoorbeeld een pilotfase is hierbij wenselijk, stelt de fysiotherapeut: *“In de praktijk kom je erachter of een zorgvernieuwing daadwerkelijk aansluit op de wensen en behoeften van zorgverleners. De praktijkervaringen worden vervolgens gebruikt voor optimalisatie. Deze pragmatische benadering werkt wat mij betreft het beste, dus daar moet dan wel ruimte voor zijn.”*

Naast gemeenschappelijke opvattingen, ervaart elke zorgprofessional het werkproces vanuit een eigen perspectief. Dit perspectief wordt gevormd door discipline specifieke werkprocessen en ervaringen. Zo stelt de chirurg dat het zorgpad van de patiënt leidend moet zijn en dat zorgvernieuwingen aan moeten sluiten bij bestaande (digitale) infrastructuur. Het zorgpad moet hierbij centraal staan omdat bestaande zorg en wetenschappelijk onderzoek hier reeds op zijn ingericht. Daarnaast is ondersteuning in het besluitvormingsproces belangrijk voor een chirurg: *“Bij sommige mensen vraag ik mij af of zij wel geschikt zijn voor het ondergaan van een grote operatie. De belangrijkste parameter voor herstel bij hoog-complexe zorg is iemand zijn beweeggedrag. Dit vraag ik altijd uit, maar niet iedere patiënt is hier transparant over of overdrijft in zekere zin. Ik heb hier dus niet altijd goed zicht op. Het zou mij helpen als zorgvernieuwingen mij ondersteunen in dit soort complexe besluitvorming.”* Voor de innovatiemanager is het belangrijk dat een zorgvernieuwing ook logistiek haalbaar is. Een zorgvernieuwing kan zorg verbeteren en passend zijn bij de perspectieven

van de gebruikers. Echter, ook beschikbare middelen als geld, tijd en personeel zijn noodzakelijk voor de logistieke haalbaarheid. Voor de verpleegkundige is aandacht voor de werkdruk en het ontlasten hiervan een belangrijk onderdeel binnen het werkproces. Zorgvernieuwingen moeten hierop aansluiten en meer handen aan het bed creëren, onderschrijven de verpleegkundigen: *“Een zorgvernieuwing moet ons werk uit handen nemen en meer tijd opleveren.”* Daarnaast stelt een verpleegkundige dat tijd voor gewenning en aanpassing belangrijk is voor passendheid van een zorgvernieuwing: *“Het kost tijd om te wennen aan een zorgvernieuwing en veranderingen. Het is belangrijk dat je elkaar die tijd ook geeft.”* Voor de fysiotherapeut is met name het klinisch redeneren en het maken van de juiste keuzes in een revalidatieproces een belangrijk onderdeel binnen het werkproces. Daarbij hoort ook het prioriteren van zorg: *“Als fysiotherapeut is het belangrijk de juiste trainingsprikkel toe te dienen in een revalidatietraject. Meer inzicht in het beloop van dit soort trajecten zodat wij tijdig kunnen bijsturen en aanpassen is hierbij erg belangrijk. Techniek en het objectiveren van gegevens kan hier goed bij ondersteunen.”*

Aandacht voor de zorgrelatie

Ook de zorgrelatie en de onderlinge omgang tussen betrokkenen is belangrijk voor de mate waarop een zorgvernieuwing als passend wordt ervaren. Zorgprofessionals en de patiënt ervaren een zorgvernieuwing als passend wanneer een goede interactie tussen de zorgverlener en de patiënt kan plaatsvinden. Eerder is al benoemd dat gezamenlijke verantwoordelijkheid belangrijk is in het zorgproces. De interactie tussen zorgverleners en de patiënt is van grote invloed op dit samenwerkingsproces. Het voeren van een gesprek en het tonen van interesse en betrokkenheid is hierin van grote waarde stelt een verpleegkundige: *“Wanneer de patiënt zijn dagelijkse doelen heeft behaald, maak ik graag een compliment. Zo laat ik mijn bewondering en betrokkenheid zien.”*. Ook patiënten vinden een goede interactie met zorgverleners belangrijk: *“Een complimentje van de dokter, daar wordt niemand slechter van.”* Daarbij benoemen enkele patiënten het belang van een goed gesprek waar de zorgverlener echt de tijd voor neemt. Zij praten liever minder frequent en uitgebreid, dan regelmatig vluchtige gesprekken aan het bed.

De patiënt, de fysiotherapeut en de verpleegkundige benoemen alle drie expliciet het belang van het behouden van menselijkheid in de zorg. De zorg is werk van mensen voor mensen. De techniek dient dit te ondersteunen en niet te vervangen. Onderstaande quote van de fysiotherapeut bevestigt dit: *“De inzet van een digitale applicatie alleen is niet genoeg heb ik al regelmatig ervaren, menselijk contact tussen de zorgverlener en de patiënt blijft noodzakelijk.”*. Daarbij is het gevoel dat mensen hebben voor bepaalde situaties in tegenstelling tot techniek belangrijk. Het belang van het menselijk gevoel wordt treffend geïllustreerd in een quote van een patiënt: *“Soms zit je er gewoon even*

doorheen in het ziekteproces. Dan helpt een knuffel van je dierbaren of een goed gesprek met de arts. De techniek of een app kan dit niet vervangen.”.

Transparant en toegankelijk

Passendheid van een zorgvernieuwing wordt door zorgprofessionals en de patiënt ervaren als deze transparantie en toegankelijkheid van gegevens in het zorgproces verbetert. Zorgverleners en patiënten zijn beide als verantwoordelijk voor het zorgproces en willen zodoende inzicht en toegang hebben tot deze gegevens. Dit is belangrijk in het ziekenhuis waarbij verschillende disciplines betrokken zijn onderschrijft de chirurg: *“De gegevens van een zorgvernieuwing moeten transparant zijn, het moet duidelijk zijn waar het voor dient en voor iedereen toegankelijk zijn zonder drempels.”.* Daarnaast vindt de zorg steeds vaker plaats in de thuissituatie van de patiënt. Om als patiënt betrokken te kunnen zijn bij het zorgproces, is ook op afstand toegang hebben tot gegevens wenselijk: *“Het is voor mij belangrijk om na de operatie inzicht te hebben in mijn herstel om hier invloed op uit te kunnen oefenen.”.*

Techniek

Alle zorgprofessionals en de patiënt ervaren een zorgvernieuwing als passend wanneer de technische toepassing gebruiksvriendelijk is en goed functioneert. De technische toepassingen moeten eenvoudig zijn in gebruik en naar behoren functioneren. In de praktijk worden nog vaak problemen ervaren met de gebruiksvriendelijkheid en toepasbaarheid van technische toepassingen. Daarbij worden de uitstraling en vormgeving van techniek als belangrijke aandachtspunten omschreven. Daarnaast is de techniek niet altijd even betrouwbaar.

Door de patiënten, fysiotherapeuten en de verpleegkundigen wordt aandacht gevraagd voor generatieverschillen bij de ontwikkeling en toepassing van zorgvernieuwingen. Een verpleegkundige zegt hierover: *“Niet iedere patiënt kan even goed omgaan met een smartphone en digitale applicatie, met name oudere patiënten ervaren hier problemen mee. Zo heeft bijvoorbeeld niet iedere patiënt een smartphone.”* De patiënten vinden hierbij tevens de mate van comfort van de technische toepassing belangrijk.

Grensoverstijgend

De chirurg ervaart een zorgvernieuwing als passend wanneer deze aandacht heeft voor een grensoverstijgend en verbindend zorglandschap. Bij het werkproces is al beschreven dat het zorgpad van de patiënt centraal moet staan. Een zorgtraject bestaat in een ziekenhuis vaak uit samenwerkingen tussen verschillende afdelingen en disciplines. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de samenwerking tussen een oncoloog, een radioloog en een oncologisch chirurg binnen een oncologisch zorgpad. Zorg vindt

daarnaast plaats op de polikliniek en in de kliniek van het ziekenhuis. Ook vindt een groot gedeelte van de zorg plaats bij de patiënt thuis. Hier zijn weer andere zorgdisciplines en organisaties bij betrokken zoals de huisarts en andere eerstelijns zorg. De chirurg zegt hierover: *“Als een patiënt na een operatie vanaf de klinische afdeling naar huis gaat, komt hij in principe niet meer terug. Tenminste als er geen complicaties zijn. De zorg gaat echter wel door.”*

Evidentie

Wetenschappelijke onderbouwing is belangrijk bij het vernieuwen van zorg. Een zorgvernieuwing dient bij te dragen aan uitdagingen en het oplossen van zorgproblemen. Wetenschappelijk onderzoek is een middel om effectieve van niet effectieve zorg van elkaar te onderscheiden. Dit “evidence-based”-principe is voor de chirurg en de fysiotherapeut belangrijk voor de mate waarop zij zorgvernieuwing als passend ervaren. De fysiotherapeut bevestigt dit als volgt: *“Het is niet van alle zorgvernieuwingen duidelijk of het bijdraagt aan betere zorg. Wetenschappelijk onderzoek moet dit eerst aantonen.”*

Duurzaamheid

Het veranderen van zorg is een complexe uitdaging met beperkte middelen als geld, tijd en personeel. Het is belangrijk om duurzaam en verantwoord om te gaan met deze middelen. Zorgvernieuwingen moeten echt iets toevoegen aan de status quo. Vanuit het perspectief van de innovatiemanager is het creëren van blijvende veranderingen op grote schaal een belangrijk aspect voor succesvolle zorgvernieuwingen.

(Digitale) veiligheid van gegevens

In de ziekenhuiszorg ondergaan kwetsbare mensen zorgprocessen. Veiligheid van systemen is hierbij uitermate belangrijk. Stabiliteit van techniek, maar ook dat de omgang met vertrouwelijke patiëntengegevens gewaarborgd is, is essentieel. De innovatiemanager beargumenteert als enige professionals dat zorgvernieuwingen moeten passen binnen de privacyvoorwaarden en de huidige AVG-wet.

Patiënten onderschrijven wisselend het belang van privacy. Een patiënt vindt het met name belangrijk dat afspraken omtrent digitale zorg worden nagekomen: *“Je wilt niet dat al je gegevens worden doorgespeeld worden naar marktpartijen, zonder dat je daar toestemming voor hebt gegeven.”* Voor een andere patiënt is dit onderwerp minder belangrijk: *“Ik heb er geen problemen mee hoor, ze weten door Facebook toch alles al van me.”*

4.2 Perspectief op onderlinge samenwerking

Een belangrijke succesfactor voor interprofessionele samenwerking is professioneel complementair gedrag. Afstemming van de verschillende perspectieven op samenwerking van de betrokken professionals is hierbij cruciaal. De resultaten van de geïnterviewde professionals over onderlinge samenwerking worden hieronder per aspect beschreven. Er zijn verschillende gemeenschappelijke en onderscheidende kenmerken te ventileren binnen de gepresenteerde aspecten. In deze paragraaf worden per aspect eerst de gemeenschappelijke kenmerken gepresenteerd. Daarna worden de indien aanwezige specificaties van de perspectieven van professionals op de onderlinge samenwerking gepresenteerd.

Visie en beleid

Voor alle geïnterviewde zorgprofessionals geldt dat de aanwezigheid van visie en beleid belangrijk is voor succesvolle onderlinge samenwerking gedurende een zorgvernieuwingsimplementatietraject. Tijdens het samenwerkingsproces werken verschillende zorgprofessionals samen. Alle zorgprofessionals hebben naast dit gezamenlijk belang en perspectief ook eigen belangen en opvattingen. Een duidelijk doel en een gemeenschappelijke visie resulteren in draagvlak en zijn belangrijke voorwaarden voor de zorgprofessionals om tot samenwerking te komen. Een verpleegkundige illustreert dit treffend: *“Zolang je ergens achter staat, kun je enorme veranderingen aan met zijn allen.”* Een duidelijke verdeling van taken en gedeelde verantwoordelijkheid zijn hierbij essentieel, onderschrijven alle respondenten. De fysiotherapeut bevestigt dit als volgt: *“Ik vind het belangrijk dat het doel van een zorgvernieuwing duidelijk is. We moeten goed weten wat, waarom en waarvoor we iets doen.”*

De verpleegkundige en de fysiotherapeut benoemen als enige twee professionals het belang van evaluatiegesprekken tijdens en na een samenwerkingstraject. De fysiotherapeut illustreert dit met de volgende uitspraak: *“Door te praten en te overleggen probeer je een gemeenschappelijke visie te bewerkstelligen. Hierbij is inzichtelijkheid in de bijdrage van de zorgvernieuwing belangrijk.”*

De innovatiemanager benoemt als enige professional de kracht van leiderschap om een visie te formuleren en beleid te bewerkstelligen.

Sociaal gedrag

Een belangrijk onderdeel binnen samenwerkingstrajecten is de omgang met elkaar onderschrijven alle professionals. Het belang van collegialiteit wordt nadrukkelijk benoemd. Respect, gelijkheid en eerlijkheid zijn kenmerken van samenwerking die door al de respondenten worden beschreven. Sociaal gedrag is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Verbondenheid en regelmatig onderling contact

is noodzakelijk. Daarbij helpt het om je samenwerkingspartners persoonlijk te kennen. Het creëren van een samenwerkingscultuur helpt hierbij. Daarnaast speelt de onderlinge communicatie een cruciale rol. Elkaar tijdig en goed informeren en afspraken maken en nakomen worden genoemd als belangrijke aspecten. In een samenwerkingsverband geldt het collectieve belang boven het individuele belang, stelt een verpleegkundige. Het belang van een goed team wordt door een verpleegkundige mooi geïllustreerd: *“Een goed team is collegiaal en er is bereidheid om elkaar te helpen. Je bent met elkaar bezig en niet alleen met jezelf. In een goed team durf je voor jezelf en voor elkaar op te komen.”*

Kennisdeling en uitwisseling

Binnen een samenwerking tussen verschillende professionals in de zorg zijn kennisdeling en uitwisseling van grote waarde stellen alle professionals. Verschillende zorgdisciplines met ieder eigen werkwijzen en opvattingen kunnen alleen samenwerken als zij kennis, opvattingen en meningen met elkaar delen. Dit onderschrijft ook de kracht van een multidisciplinaire aanpak. Daarbij is naast kennisdeling ook afstemming nodig. Door met elkaar te praten en kennis en hulpbronnen uit te wisselen kan men taken en verantwoordelijkheden beter afstemmen en onderbouwen. Inzicht in de praktijk en elkaars belangen en werkwijze is hierbij essentieel stellen alle respondenten. De zorgverleners benoemen allen de kracht van klinische lessen voor informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling. Onderstaande uitspraak van de fysiotherapeut omschrijft het belang van integratie van multidisciplinaire informatie-uitwisseling binnen werkprocessen: *“Vaste momenten om bij elkaar te komen zijn belangrijk. Informatie-uitwisseling moet onderdeel zijn van werkprocessen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in MDO's of andere overleggen. Bij innovatietrajecten is dit net zo belangrijk. Hier ligt ook een rol voor het management. Je moet een cultuur creëren waarbij korte lijnen en de wil en het enthousiasme tot innoveren en samenwerken overheersen.”*

Betrokkenheid bij besluitvorming

Voor de patiëntengroep is worden meegenomen in de besluitvorming belangrijk. Patiënten benoemen allemaal het belang van betrokkenheid in besluitvorming. Als patiënt wil je serieus genomen worden en een stem hebben in het zorgproces. Een ziekteproces brengt veel onzekerheid met zich mee. Patiënten vinden dat zorgverleners transparant moeten zijn in de besluitvorming en de afwegingen die gemaakt worden. Gezamenlijke besluitvorming moet hierbij worden nagestreefd. Daarbij spelen kernwaarden als respect, eerlijkheid en gelijkheid een belangrijke rol voor patiënten: *“Je moet meegenomen worden in de besluitvorming en afwegingen die worden gemaakt. Ik kreeg te horen dat ik longkanker had en dacht gelijk, stel dat het terug komt, wat voor opties en kansen heb ik dan nog.”* Een andere patiënt benoemt hierbij het belang van kennis bij het nemen van dit soort beslissingen:

“De eindverantwoordelijkheid voor het nemen van beslissingen moet liggen bij de zorgverlener met de meeste kennis.”

Vertegenwoordiging belangen en behoeften

De vertegenwoordiging van de belangen en behoeften is belangrijk voor samenwerking. Onder de geïnterviewde respondenten werd dit met name door de verpleegkundigen aangedragen als belangrijk aspect op onderlinge samenwerkingen. Voor een samenwerking is het noodzakelijk dat betrokkenen het gevoel hebben dat zij inbreng hebben in de samenwerking stelt een verpleegkundige: *“Je moet als discipline worden meegenomen in verbeter en verandertrajecten.”*

Verpleegkundigen hebben al regelmatig ervaren dat zij als beroepsgroep gepasseerd worden in vernieuwing- en verandertrajecten. Gedurende samenwerkingstrajecten zijn gesprekken met verpleegkundige en betrokkenheid van verpleegkundigen noodzakelijk. Een verpleegkundige illustreert dit goed met de volgende uitspraak: *“Verpleegkundige werkgroepen kunnen de vertegenwoordiging van belangen op zich nemen. Dit verbetert de samenwerking met management en andere disciplines.”*

Relationele verhoudingen

De innovatiemanager onderschrijft als enige stellig het belang van relationele verhoudingen binnen zorgvernieuwingen. Een samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines gaat niet vanzelf. Je moet constant contact houden met de ander. Mensen moeten zich verbonden en verantwoordelijk voelen. Investeren in de relationele verhoudingen en in een samenwerkingsverband is hierbij belangrijk. Daarbij is het noodzakelijk dat je jezelf kan verplaatsen in andere samenwerkingspartners. Iedereen met wie je samenwerkt heeft een eigen belang. Als het belang van elkaar niet wordt gediend dan houdt de samenwerking snel op. *“Samenwerken is een ander woord voor compromissen sluiten.”* stelt de innovatiemanager.

Aandacht voor het algemene belang

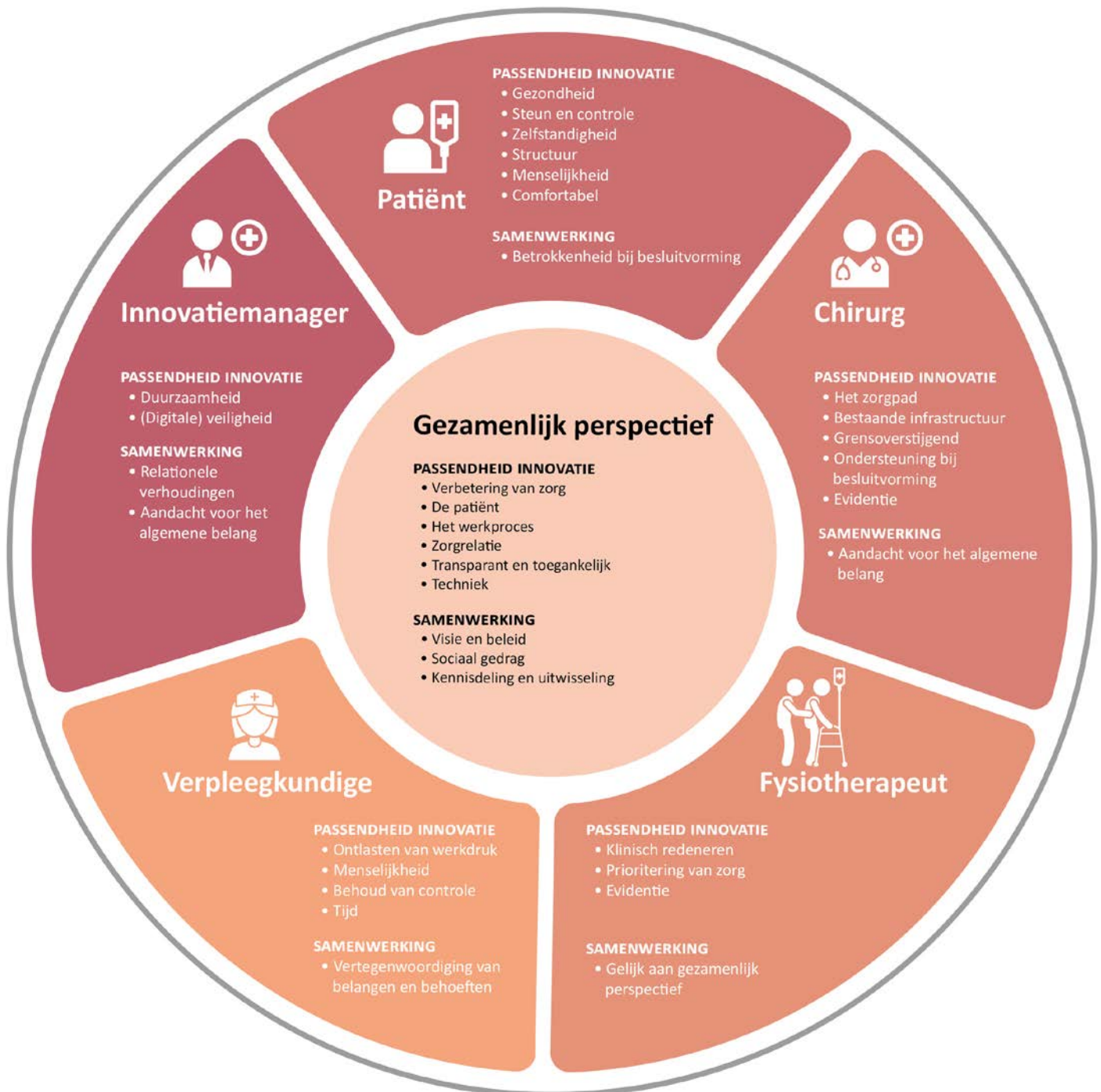
Van alle respondenten benadrukken alleen de chirurg en de innovatiemanager aandacht voor het algemene belang als belangrijk aspect voor een succesvolle onderlinge samenwerking. De innovatiemanager beschrijft dit als de constante zoektocht naar een win-win situatie waarbij de belangen van het ziekenhuis als organisatie vertegenwoordigd worden. De chirurg doelt hierbij met name op de kracht van gezamenlijkheid om meer impact te creëren in het samenwerkingsproces.

4.3 Het Innovatiewiel van Passendheid

De verschillende resultaten van beide hoofdstukken hebben geresulteerd in een evaluatieraamwerk dat gebruikt kan worden om een innovatie te toetsen op passendheid en onderlinge samenwerking van professionals (figuur 1). Dit evaluatieraamwerk wordt door de onderzoeker het *Innovatiewiel van Passendheid* genoemd. In het *Innovatiewiel van Passendheid* worden eerdergenoemde aspecten gepresenteerd en gekoppeld aan de betrokken professionals. In dit onderzoek betreft dit de chirurg, innovatiemanager, fysiotherapeut, verpleegkundige en de patiënt. De verschillende aspecten uit de vorige paragraaf hebben inzichtelijk gemaakt hoe deze professionals passendheid van zorgvernieuwingen ervaren en wanneer onderling samenwerken als succesvol wordt beschouwd. Het evaluatieraamwerk geeft de gezamenlijke perspectieven op passendheid en onderlinge samenwerking op abstracte wijze weer. Het gezamenlijke perspectief op passendheid van zorgvernieuwingen en samenwerking staat centraal in het model. Daarnaast heeft elke professional een eigen perspectief op passendheid van zorgvernieuwingen en op onderlinge samenwerking.

Deze professionals kunnen als stakeholders gezien worden. In dit onderzoek stonden de verschillende stakeholders al vast. Middels het *Innovatiewiel van Passendheid* kunnen de verschillende perspectieven en beweegredenen van de betrokken professionals in een innovatie implementatietraject op passendheid van een innovatie en onderlinge samenwerking inzichtelijk worden gemaakt. Dit model kan gebruikt worden om innovaties te toetsen waarbij deze actoren betrokken zijn. Hoe beter de innovatie past, hoe makkelijker professionals zich door het implementatietraject bewegen. Daarbij zijn de gezamenlijk en onderlinge voorkeuren voor samenwerking belangrijk om in beweging te komen en te blijven. Een innovatietoetsing middels het *Innovatiewiel van Passendheid* kan de kracht en tekortkomingen van een innovatie bij de betrokken actoren inzichtelijk maken. Bij tekortkomingen kan men overwegen om de innovatie te verbeteren door deze meer passend te maken. Kiest men toch voor verdere implementatie dan is extra aandacht voor de kwetsbaarheid van de innovatie bij de betrokken actoren wenselijk.

Figuur 1. Het Innovatiewiel van Passendheid



4.4 Physical activity monitoring (PAM)

In dit onderzoek staat de Physical Activity Monitoring (PAM) centraal. De PAM is een zorgvernieuwing waarbij patiënten en zorgverleners rondom een ziekenhuisopname meer inzicht kunnen krijgen in beweeggedrag door een beweegsensor en bijbehorende applicatie. Implementatie van de PAM is wenselijk. Voor implementatie is passendheid van de PAM als innovatie bij het perspectief van betrokkenen noodzakelijk. Daarnaast is kennis van de perspectieven op samenwerking nodig om succesvol samen te werken gedurende het implementatietraject. Met behulp van het *Innovatiewiel van Passendheid* is getracht om dit proces meer inzichtelijk te krijgen. In figuur 2 wordt de analyse van de PAM geïllustreerd in het *Innovatiewiel van Passendheid*.

4.4.1 Passendheid van de PAM

Verbetering van zorg

Een kernelement om passendheid van de zorgvernieuwing te garanderen is dat de vernieuwing bijdraagt aan het verbeteren van zorg. Uit de interviews met de respondenten komt naar voren dat de PAM door alle partijen als zodanig ervaren wordt. De PAM draagt bij aan problemen en uitdagingen in de gezondheidszorg. Een groot probleem in de ziekenhuisrevalidatie is inactiviteit en passiviteit van patiënten. Inactiviteit van patiënten heeft een negatieve invloed op de gezondheid en zorguitkomsten. Het stimuleren en optimaliseren van beweeggedrag van patiënten rondom een ziekenhuisopname draagt derhalve bij aan een belangrijke uitdaging in de gezondheidszorg. De verpleegkundige illustreert dit als volgt: *“De PAM draagt bij aan de transitie van een passieve afhankelijke patiënt die ‘ligt in het ziekenhuis’, naar een actieve patiënt die zich medeverantwoordelijk voelt voor het revalidatieproces.”* In de vragenlijst aan patiënten wordt dit bevestigd. 67% van de ondervraagde patiënten geeft aan dat de PAM heeft bijgedragen aan het lichamelijke herstel. Hierbij heeft 64% van de patiënten de PAM ervaren als extra motivatie tot meer bewegen. De meeste patiënten hebben de PAM als toegevoegde waarde ervaren tijdens het revalidatietraject. 75% van de patiënten zou de PAM aanraden aan andere patiënten als zij geopereerd moeten worden (Bijlage).

De patiënt staat centraal

Alle professionals en de patiënt ervaren een zorgvernieuwing als passend wanneer de patiënt centraal staat. De patiënt heeft een centrale rol in het PAM-beweegsensoren project. Daarbij wordt er nadrukkelijk aandacht besteed aan de thuissituatie van de patiënt. De PAM maakte het beweeggedrag van de patiënt inzichtelijk en probeert zo bij te dragen aan zelfmanagementvaardigheden. Zorgverleners en patiënten onderschrijven het belang van gezamenlijke verantwoordelijkheid in het revalidatietraject. De PAM draagt door beweegdoelen bij aan structuur en duidelijkheid. Patiënten

ervaren de PAM als stimulerend waarbij ook bewustwording van het beweeggedrag verbetert. 70% van de patiënten geeft in de vragenlijst aan dat de PAM heeft bijgedragen aan meer bewustwording ten aanzien van het beweeggedrag (Bijlage). Een patiënt omschrijft dit als volgt: *“Mensen moeten zich wel bewust worden van hun beweeggedrag. Zo’n melding als het niet goed gaat kan daarbij helpen.”* Daarbij geeft de fase voor de ziekenhuisopname een 0-meting, waar na de operatie naar toegewerkt kan worden. Patiënten ervaren de betrokkenheid en coaching van zorgverleners middels de PAM als steun en zekerheid: *“Het is fijn om te weten dat iemand meekijkt als de revalidatie niet voorspoedig verloopt.”* Tenslotte omschrijven patiënten de PAM als positief instrument omdat de PAM zich richt op wat je wel kan in tegenstelling tot wat niet mogelijk is.

Aansluiting op het werkproces

Voor alle zorgprofessionals is het van belang dat een zorgvernieuwing aansluit op bestaande werkprocessen. Het idee om de PAM te gebruiken in het revalidatietraject rondom een oncologische operatie is ontstaan op de werkvloer. Hierdoor is inzicht in de praktijk en aandacht voor de belangen en werkwijze van zorgverleners en de patiënt meegenomen. De innovatiemanager bevestigt dit: *“Ik vind het sterk dat de PAM is gestart in de zorg. Zorgverleners zijn zelf gaan experimenteren en zo kwamen zij achter ideeën en ervaringen die geleid hebben tot het product zoals het nu is.”* Daarbij werkt de PAM op de afdeling overstijgend door het gebruik in de thuissituatie, de polikliniek en de kliniek van het ziekenhuis. De PAM kan hierdoor in verschillende fases van het zorgpad van de patiënt gebruikt worden. De PAM en de gegevens met betrekking tot het revalideren kunnen zorgverleners en de patiënt meer mogelijkheden geven in het revalidatieproces. Daarbij onderschrijft de chirurg de wens om deze gegevens te kunnen gebruiken in besluitvorming in de keuze van wel of niet opereren. De verantwoordelijkheid voor bewegen verschuift door de PAM meer naar de patiënt stelt de fysiotherapeut: *“De PAM realiseert meer zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces.”* Hierdoor kunnen zorgverleners hun tijd gebruiken voor andere zorgtaken. De PAM voldoet aan privacyregelgeving en digitale veiligheid in haar eigen digitale omgeving. Bij integratie naar het bestaande EPD is inzicht in kosten en andere logistieke uitdagingen noodzakelijk.

Aandacht voor de zorgrelatie

Zorgprofessionals en de patiënt ervaren een zorgvernieuwing als passend wanneer een goede interactie tussen de zorgverlener en de patiënt kan plaatsvinden. De PAM stimuleert de interactie tussen zorgverlener en de patiënt. Door coaching op afstand of een gesprek op de afdeling tussen zorgverleners en de patiënt, verbetert de zorgrelatie tussen zorgverleners en de patiënt. Praten over het gebruik van de PAM en de resultaten van de patiënt dragen bij aan het tonen van interesse en

betrokkenheid. Daarbij vervangt de PAM de zorgverlener niet, maar ondersteunt hij juist het werk van de zorgverlener. Hierdoor blijft de zorg menselijk, wat voor zorgverleners en patiënten als belangrijk wordt ervaren.

Transparant en toegankelijk

Passendheid van een zorgvernieuwing wordt door zorgprofessionals en de patiënt ervaren als deze transparantie en toegankelijkheid van gegevens in het zorgproces verbetert. Het inzichtelijk maken van revalidatie gegevens middels de PAM en bijbehorende applicatie draagt bij aan deze uitdaging stelt de innovatiemanager: *“De PAM is een mooi hulpmiddel om herstel inzichtelijk te maken voor de zorgverlener en de patiënt.”* De PAM is toegankelijk voor zorgverleners en de patiënt. Echter, bevinden deze gegevens zich in een eigen digitale omgeving. Dit wordt door veel zorgverleners als een obstakel voor de toegankelijkheid ervaren stelt de chirurg: *“Ik vind het jammer dat de gegevens van de PAM nog niet geïntegreerd zijn in het EPD, dit beperkt de transparantie en toegankelijkheid van gegevens.”*

Techniek

Alle zorgprofessionals en de patiënt ervaren een zorgvernieuwing als passend wanneer de technische toepassing gebruiksvriendelijk is en goed functioneert. De PAM en applicatie zijn met elkaar verbonden middels een bluetoothverbinding. De PAM is een sensor ter grootte van een euromunt die in een enkelband gedragen dient te worden. Voor patiënten en zorgverleners is aandacht voor generatieverschillen bij het gebruik van techniek en digitale applicaties belangrijk. De PAM wordt door patiënten als eenvoudig en gebruiksvriendelijk ervaren (Bijlage). Daarbij zijn wensen aanwezig voor uitbreiding van functionaliteiten van de PAM. De mogelijkheid tot het structureren van beweegactiviteiten gedurende de dag is voor patiënten wenselijk. Daarnaast staan zowel zorgverleners als de patiënt open voor meer parameters als de hartfrequentie en zuurstofopname. Daarbij stelt de chirurg het belang van consequenties aan het meten van gegevens: *“Het zou mooi zijn als er consequenties worden verbonden aan de PAM. Stel je ziet dat het niet goed gaat, dat er dan een alarm af gaat.”* De patiënten benoemen het belang van comfortabele techniek. Het bandje werd door bijna alle respondenten als onpraktisch ervaren: *“Nou dat bandje is helemaal niks, het zit verschrikkelijk en het liet constant los.”*

Evidentie

Passendheid van een zorgvernieuwing wordt door de chirurg en fysiotherapeut ervaren wanneer deze wetenschappelijk onderbouwd is. De PAM is alleen nog praktisch onderbouwd middels een pilotfase. Hierin is op pragmatische wijze kennis gemaakt met de mogelijkheden van de PAM. De eerste ervaringen met het gebruik van deze zorgvernieuwing in de pilotfase zijn positief. Wetenschappelijk

onderzoek moet aantonen of de PAM daadwerkelijk een toegevoegde waarde is in het revalidatieproces.

Duurzaamheid

Het veranderen van zorg is een complexe uitdaging met beperkte middelen als geld, tijd en personeel. Het is daarom belangrijk om duurzaam en verantwoord om te gaan met deze beperkte beschikbare middelen. De PAM wordt momenteel bekostigd vanuit een subsidie. Om blijvende verandering op grote schaal te bewerkstelligen, is structurele financiering noodzakelijk. Om de PAM duurzaam verder te ontwikkelen, dient dit proces gewaarborgd te zijn.

4.4.2 De PAM en onderling samenwerken

De aanwezigheid van een gemeenschappelijke visie en een duidelijk doel is essentieel voor een succesvolle samenwerking. De PAM is ontstaan door zorgverleners op de werkvloer zonder inmenging van management. Het project werd gedragen door de discipline fysiotherapie. In eerste instantie ontwikkelde de PAM zich derhalve vanuit een eenzijdig perspectief. Later in de pilotfase ontstond ook betrokkenheid van andere disciplines en het management. Het doel van de PAM is inmiddels bekend. De PAM richt zich met name op het verbeteren van beweeggedrag en zelfmanagement van de patiënt. Beleid om medeverantwoordelijkheid en een goede taakverdeling voor verdere implementatie zijn essentiële voorwaarden voor het al dan niet doen slagen van de PAM als innovatie. De fysiotherapeut onderschrijft dit als volgt: *“Het helpt als je mensen taken geeft binnen een zorgvernieuwingstraject. Dan voelt iedereen zich meer betrokken en medeverantwoordelijk.”*

Samenwerking tussen verschillende disciplines met eigen belangen en werkprocessen is een grote uitdaging voor de afdeling en disciplines betrokken bij de PAM als innovatie. Sociaal gedrag tijdens de implementatie is belangrijk, erkennen alle betrokkenen. Verbondenheid en regelmatig contact dragen bij aan de ontwikkeling van een samenwerkingscultuur op de afdeling. Met name de onderlinge communicatie is belangrijk in het maken en nakomen van afspraken en het uitspreken van verwachtingen naar elkaar. Het zich verplaatsen in de ander en compromissen kunnen sluiten, waarbij het collectieve belang boven het individuele belang staat kenmerkt een goede samenwerking en dient meegenomen te worden in de verdere implementatie van de PAM. De verpleegkundige illustreert dit treffend: *“Het helpt heel erg als je elkaar kent. Nauw contact tussen verschillende disciplines en elkaar vaak spreken helpt hierbij en komt de samenwerking op de afdeling ten goede.”*

De verschillende disciplines en de patiënten die samenwerken met de PAM hebben ieder hun eigen belangen en opvattingen. Het is belangrijk dat men dit onderkent en dat kennisdeling en uitwisseling

een belangrijk onderdeel is binnen de implementatie van de PAM. Een multidisciplinaire aanpak vraagt om multidisciplinaire afstemming. Door met elkaar te praten over de PAM en kennis en ervaringen uit te wisselen kan men taken en verantwoordelijkheden afstemmen en onderbouwen. Voor zorgverleners kan dit middels een klinische les. Patiënten stellen een gesprek voor kennisdeling op prijs. Praktijkervaring is hierbij van groot belang onderschrijven alle professionele perspectieven. Door kennis te maken met een innovatie kan men beter een mening vormen over de innovatie en bijdragen aan de verdere implementatie. Het is hierbij wel van belang dat de patiënt beschermd wordt, stelt de chirurg: *“Ik heb eens ervaren dat een patiënt in een zorgtraject aan meerdere onderzoeken participeerde, een aantal van deze onderzoeken had precies dezelfde vragenlijst. Hier zie je het gebrek aan onderlinge afstemming waar de patiënt uiteindelijk de dupe van wordt.”*

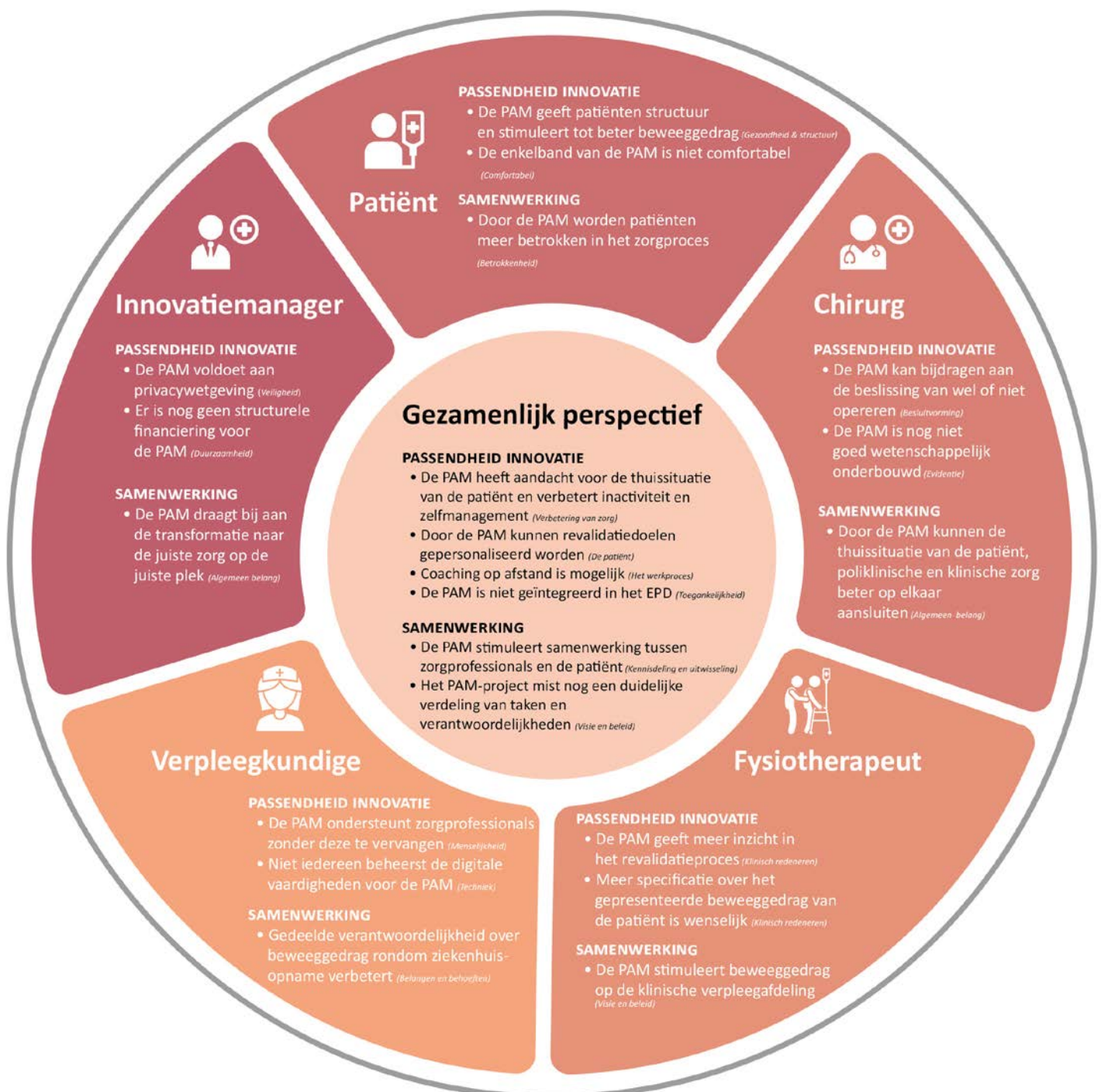
Voor patiënten is aandacht voor de onzekerheid en de behoefte aan duidelijkheid en structuur belangrijk. Hierdoor is het met name van belang om meegenomen te worden in de besluitvorming gedurende de implementatie en het gebruik van de PAM. Het gezamenlijk opstellen van beweegdoelen om weer tot het preoperatieve beweeggedrag te komen en het bespreken van de revalidatieresultaten kan hieraan bijdragen. Een patiënt beschrijft dit als volgt: *“De PAM gaf mij structuur en verbeterde mijn beweeggedrag”*. Naast patiënten willen ook verpleegkundigen nadrukkelijk vertegenwoordigd worden in zorgvernieuwingstrajecten als de PAM. Daarbij hebben verpleegkundigen van alle disciplines het meest intensief contact met de patiënt gedurende de klinische opname. Daarbij is de verpleegafdeling niet voor niets een verpleegafdeling. Om hier zorg te vernieuwen dienen de belangen en behoeften van verpleegkundigen goed vertegenwoordigd te worden. Een quote van een verpleegkundige illustreert dit duidelijk: *“Ik wil me niet gepasseerd voelen. Ik voel mij verantwoordelijk voor de patiënt dus dan lijkt het me logisch dat ik op de hoogte ben van eventuele veranderingen.”*

4.4.3 Analyse en toetsing van de PAM

Na het analyseren en toetsen van de PAM middels het Innovatiewiel van Passendheid kan geconcludeerd worden dat de PAM voldoende aansluit bij de perspectieven op passendheid van de chirurg, innovatiemanager, fysiotherapeut, verpleegkundige en de patiënt. De PAM draagt door het verbeteren van beweeggedrag en vitalere patiënten bij aan het oplossen van belangrijke uitdagingen in de zorg. De PAM is ontstaan op de werkvloer en heeft veel aandacht voor de praktijk. Daarbij staan de patiënt en de thuissituatie van de patiënt centraal en wordt transparantie van zorg verbeterd. De PAM besteedt aandacht aan de relatie tussen zorgverleners en de patiënt. Daarnaast biedt de PAM meer mogelijkheden in het revalidatieproces. Uitdagingen liggen met name in het wetenschappelijk onderbouwen van de PAM, het verbeteren van toegankelijkheid door integratie in het bestaande EPD en het verkrijgen van structurele financiering.

Visie en beleid zijn belangrijke aandachtspunten voor het PAM-project alvorens men tot implementatie kan overgaan. Het doel van de PAM wordt inmiddels door iedereen onderkend. Een duidelijke taakverdeling en gedeelde verantwoordelijkheid is nog niet aanwezig. Om de samenwerking tussen alle betrokkenen succesvol te laten verlopen is sociaal gedrag en communicatie naar elkaar belangrijk. Regelmatig contact, het maken en nakomen van werkafspraken en het uitspreken van verwachtingen worden hierbij benoemd. Kennisdeling en uitwisseling is hierbij belangrijk. Onderdeel van de besluitvorming is met name belangrijk voor patiënten. Verpleegkundigen willen daarbij goed vertegenwoordigd zijn en een stem hebben binnen het PAM-project. Tot slot onderschrijven zowel de innovatiemanager als de chirurg dat de PAM ook het algemene ziekenhuisbelang moet dienen. In figuur 2 wordt de analyse van de PAM geïllustreerd in het *Innovatiewiel van Passendheid*.

Figuur 2. Physical activity monitoring (PAM)



5. Conclusie en discussie

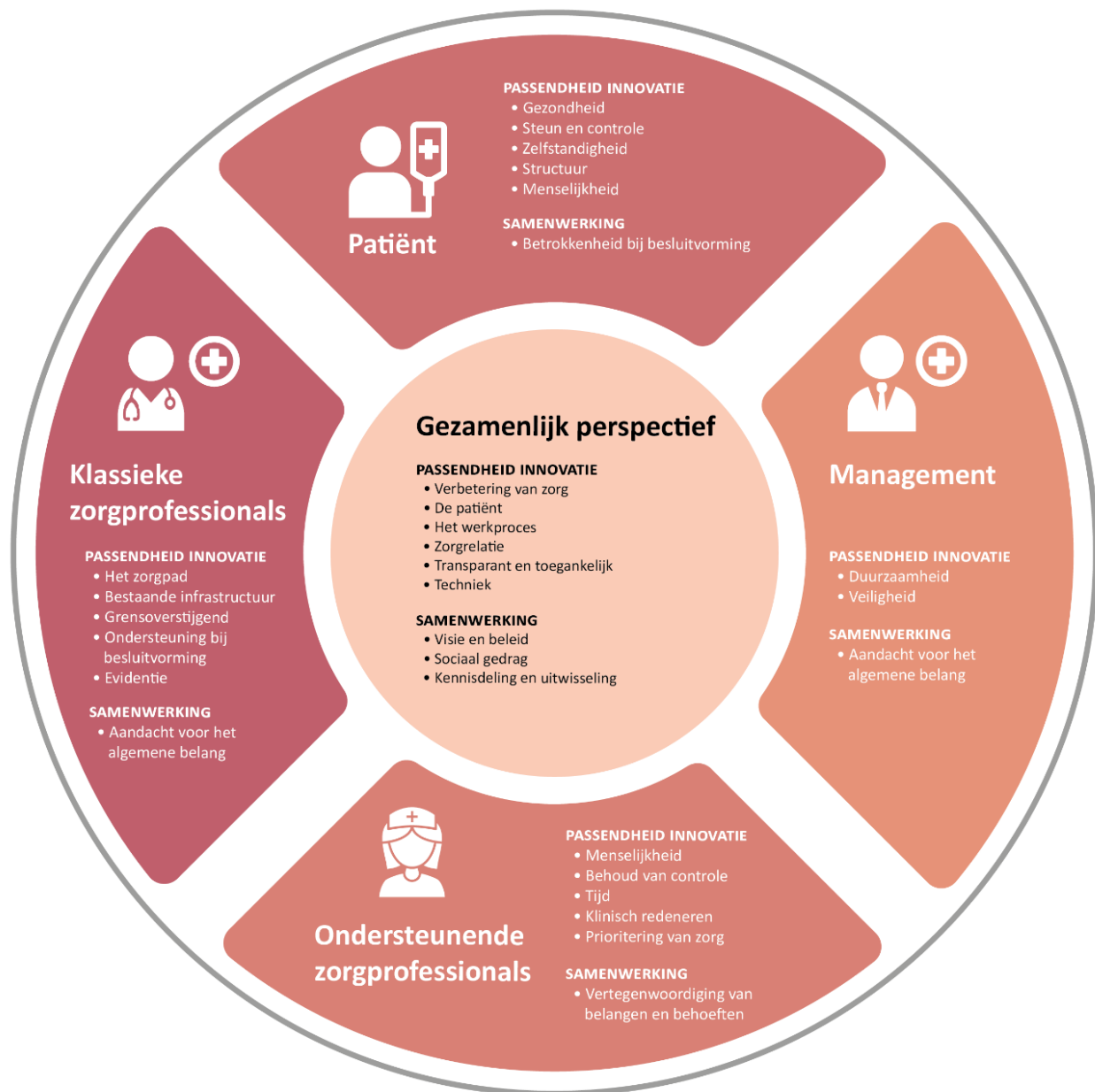
Het implementeren van zorgvernieuwingen is een complexe uitdaging. In dit onderzoek is gekeken naar mogelijkheden om het implementeren van zorgvernieuwingen in de ziekenhuisrevalidatie te verbeteren. De perspectieven van professionals in de ziekenhuisrevalidatie zijn hiervoor onderzocht. Deze professionals bestaan uit een chirurg, innovatiemanager, fysiotherapeut, verpleegkundige en de patiënt. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat luidt: hoe kunnen implementatietrajecten van zorgvernieuwingen verbeterd worden?

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat passendheid van zorgvernieuwingen voor zorgprofessionals verschillende aspecten behelst die zowel het product als proces omvatten. Een zorgvernieuwing kan als product goed functioneren, maar het moet ook altijd passen binnen bestaande zorg- en werkprocessen. Zorgvernieuwing wordt nog te veel benaderd vanuit productinnovatie. Dit onderzoek bevestigt in navolging van Pauget & Wald (2017) dat aandacht voor de informele processen minstens zo belangrijk is. Een tweede conclusie die na dit onderzoek is te bepalen is, dat door verschillende professionals in de ziekenhuisrevalidatie passendheid van zorgvernieuwingen anders wordt ervaren. Er zijn gedeelde aspecten, maar ook aspecten die eigen zijn aan zorgprofessionals. De theorie van Cobben et al. over interprofessionele samenwerking kan een goede basis zijn voor onderzoek naar interprofessionele samenwerking in de ziekenhuisrevalidatie (2016). Dit onderzoek heeft echter laten zien dat door de verschillende identiteiten en het moeilijk los kunnen komen van de eigen positie als professional, samenwerking door professionals als verschillend ervaren kan worden. Hieruit kan men concluderen dat dé zorgprofessional niet bestaat. Erkenning van het onderscheidende karakter van zorgprofessionals is hierdoor belangrijk. De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij de theorie van Bannink over besturen zonder 'wij' (2019). Een volgende conclusie is dat aandacht voor het gezamenlijke en onderscheidende perspectief op passendheid van zorgvernieuwing en samenwerking in het uitvoeren van zorgvernieuwingstrajecten noodzakelijk is. Wil een zorgvernieuwing slagen, dan moet de vernieuwing in samenwerking tot stand komen. Acceptatie door betrokkenen is hiervoor noodzakelijk. In de ziekenhuiszorg acteren allerlei professionals met verschillende belangen, behoeften en achtergronden. Zorgprofessionals en de patiënt wensen vertegenwoordigd te worden in zorgvernieuwingstrajecten (van Dool, 2020; Reinink, 2020). Ook dit onderzoek bevestigt dit gegeven. Wil men succesvol de zorg vernieuwen dan is betrekking van betrokken professionals noodzakelijk. Tenslotte kan uit dit onderzoek geconcludeerd worden dat een evaluatieraamwerk zoals het *Innovatiewiel van Passendheid* het screeningsproces van passendheid van zorgvernieuwingen en onderlinge samenwerking bij professionals kan faciliteren. Er worden vaker modellen gebruikt om een vereenvoudigde weergave te geven van de complexe werkelijkheid.

Koppejan en Klijn (2004) ontwikkelden bijvoorbeeld een model dat de complexiteit van netwerksamenwerking tracht te verbeteren. Omachonu en Einspruch (2010) hebben middels een model getracht de complexiteit van het zorgstelsel inzichtelijk te maken ter bevordering van zorgvernieuwingen. Hierbij staat met name de organisatie van zorg centraal. Er is echter nog geen model dat de complexiteit van zorgvernieuwingen in de ziekenhuiszorg benadert vanuit het perspectief van verschillende professionals. Het Innovatiewiel van Passendheid tracht hieraan bij te dragen. Het innovatiewiel van passendheid pretendeert niet een kant-en-klare snelle oplossing voor zorgvernieuwingsvraagstukken in de ziekenhuiszorg te zijn. Maar het *Innovatiewiel van Passendheid* streeft ernaar om het debat en verder onderzoek over optimale betrokkenheid van professionals bij zorgvernieuwingen in de ziekenhuiszorg te stimuleren.

Het *Innovatiewiel van Passendheid* is in dit onderzoek succesvol gebruikt om vanuit het perspectief van betrokken professionals de PAM-beweegsensor te onderzoeken. De keuze voor deze professionals is voortgekomen uit hun betrokkenheid bij de PAM. Om het evaluatieraamwerk bruikbaar te maken voor andere zorgvernieuwingen en betrokkenen professionals is aanpassing van het model nodig. In figuur 3 wordt een suggestie gedaan voor het *Innovatiewiel van Passendheid* dat beter toepasbaar is in de ziekenhuiszorg als geheel. De theorie van Noordergraaf et al. over professionals heeft bijgedragen aan de gekozen stakeholder categorieën (2016). Het model omvat vier stakeholdergroepen: de klassieke professionals waarin de medisch specialisten acteren, de ondersteunende professionals zoals verpleegkundigen en paramedische beroepen, het management en de patiënt. In dit model worden de resultaten vanuit dit onderzoek bevestigd door de theorie van Noordergraaf et al. over professionals (2016).

Figuur 3. Het Innovatiewiel van Passendheid voor ziekenhuiszorg



Het voorgestelde Innovatiemodel: het *Innovatie wiel van Passendheid* voor ziekenhuiszorg (figuur. 3) is niet allesomvattend. Het is voor iedereen die middels zorgvernieuwing zorg tracht te verbeteren raadzaam een open houding aan te nemen richting betrokken professionals. De onderzoeker heeft in dit onderzoek ervaren dat een reflexieve houding nodig is om het gewenste onderzoeksresultaat te bereiken. Van Mierlo et al. bevestigen met de theorieën over ‘reflexive monitoring in action’ dat dit het proces van zorgvernieuwingen ten goede kan komen (2010).

Dit onderzoek en het *Innovatiewiel van Passendheid* zijn ontstaan uit interviews met ziekenhuisprofessionals en patiënten. Om het gewenste diepteonderzoek uit te voeren is maar een gering aantal respondenten onderzocht. Men dient hierdoor rekening te houden met de beperkte mate van generaliseerbaarheid van deze onderzoeksbevindingen. Om de onderzoeksresultaten en het *Innovatiewiel van Passendheid* te kunnen generaliseren is verder onderzoek noodzakelijk. Daarbij is het belangrijk te vermelden dat in dit onderzoek een kwalitatieve onderzoeksstrategie is toegepast. Kwalitatief onderzoek is subjectief van aard, waarbij invloed van de onderzoeker onvermijdelijk is. Het is wenselijk om vervolgonderzoek middels triangulatie uit te voeren. Verder onderzoek moet aantonen of andere professionals de onderzoeksbevindingen van dit onderzoek bevestigen of ontkrachten. In dit onderzoek hebben de professionals niet de kans gehad om elkaars meningen over zorgvernieuwingen te bespreken. Middels een focusgroep kan meer interactie tussen professionals onderling over zorgvernieuwing en onderling samenwerken ontstaan. Andere zorgvernieuwingscasussen en betrokken professionals moeten onderzocht worden voor validatie en bruikbaarheid van het *Innovatiewiel van Passendheid*.

Tot slot is het belangrijk om binnen bestuurskundigonderzoek naar grote maatschappelijke problemen bescheiden te acteren. Grote maatschappelijke problemen zijn vaak complex door multifactoriële oorzaken. Bestuurskunde kan hierdoor in symptoombestrijding resulteren (Trommel, 2018). Dit onderzoek heeft bevestigd dat mensen verschillen in perspectieven, visie en behoeften met betrekking tot zorgvernieuwing. Erkenning van deze complexiteit en bescheidenheid in de bestuurskunde gericht op het verbeteren van zorgvernieuwingstrajecten is een belangrijk vertrekpunt in de ambitie om de gezondheidszorg te verbeteren.

6. Referenties

- Amsterdam UMC. (2020). Patiënten informatiefolder oncologische heelkunde. Geraadpleegd op: <https://www.vumc.nl/zorg/expertisecentra-en-specialismen/heelkunde/informatie-voor-patienten-heelkunde/gastro-intestinale-en-oncologische-chirurgie.htm>
- Bannink, D. (2019). *Besturen zonder wij*. Amsterdam VU University Press.
- Borst, R., Hommerson, S., Jurriens, M., Kok, M., & Wieringen, M. (2016). *Faciliteren van Innovatie. Talma instituut, Vrije Universiteit Amsterdam*.
- Bossink, B. (2018). *Innovatiemanagement*. Groningen/Utrecht. Noordhoff Uitgevers.
- Brooke, J. (1986). *SUS: A Quick and dirty usability scale*. Earley: Digital Equipment Co Ltd.
- Bruins, B.J. (2018). Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bucher, S.V., Chreim, S., Langley, A., & Reay, T. (2016). Contestation about Collaboration: Discursive Boundary Work among Professions. *Organization Studies*, 37(4), 497–522. <https://doi.org/10.1177/0170840615622067>
- Christensen, C. 2016. Clayton Christensen: The Theory of Jobs To Be Done. Geraadpleegd op: <https://hbswk.hbs.edu/item/clayton-christensen-the-theory-of-jobs-to-be-done>
- Cobben, C., van Dongen, J., van Bokhoven, L., Daniëls, R. (2016). Best practices interprofessionele samenwerking. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, (1), 6-11.
- Dixon-Woods, M., Amalberti, R., Goodman, S., Bergman, B., & Glasziou, P. (2011). Problems and promises of innovation: why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ quality & safety*, 20(Suppl. 1), i47-i51.
- Ehrler, F., Lovis, C., Blondon, K.S. (2017). Implementation of innovation projects in healthcare: the expected and the unexpected.
- Eysenbach G. 2001. What is e-health? *J. Med. Internet Res.* 3(2):e20
- Hassett, L., van den Berg, M., Lindley, R.I., Crotty, M., McCluskey, A., van der Ploeg, H.P., Smith, S.T., Schurr, K., Killington, M., Bongers, B., Howard, K., Heritier, S., Togher, L., Hackett, M., Treacy, D., Dorsch, S., Wong, S., Scrivener, K., Chagpar, S., Weber, H., Pearson, R., Sherrington, C. (2016). Effect of affordable technology on physical activity levels and mobility outcomes in rehabilitation: a protocol for the Activity and Mobility Using Technology (AMOUNT) rehabilitation trial. *BMJ Open*. 2016 Jun 6;6(6):e012074.
- Health Consumer Powerhouse. (2019). Euro Health Consumer Index 2018. Geraadpleegd op: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a “patient-centred” operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.
- Houten, R. (2019). Ziekenhuispatiënten liggen veel te veel in bed. Dat kan anders. Geraadpleegd op: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/06/21/ziekenhuispatienten-liggen-veel-te-veel-in-bed-dat-kan-anders-a3964621>
- Kanai, M., Izawa, K.P., Kobayashi, M., Onishi, A., Kubo, H., Nozoe, M., Mase, K., Shimada, S. (2018). Effect of accelerometer-based feedback on physical activity in hospitalized patients with ischemic stroke: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2018 Aug;32(8):1047-1056.
- Kimble, L. & Massoud, R. (2017). What do we mean by innovation in healthcare? *EMJ Innov.* 2017;1[1]:89-91
- Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie. (2018). Vertrouwen in beweging. Een visie op fysiotherapie en het vak fysiotherapeut. Geraadpleegd op: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/kngf-visie2025.pdf>
- Koppenjan, J.F.M. & Klijn, E.H. (2004) *Managing Uncertainties in networks. A network approach to problem solving and decision making*, Routledge, London, 1-290
- Leeuwerik, M., van der Leeden, M. (2020). Onderzoeksvoorstel niet-WMO aanvraag: PAM.
- Lewis, J.R., Brown, J., Mayes, D.K. (2015). Psychometric evaluation of the EMO and the SUS in the context of a large-sample unmoderated usability study. *International Journal of Human Computer Interaction.* 31(8). 545-553. <https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1064665>
- Liberati, E. G., Gorli, M., & Scaratti, G. (2016). Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science and Medicine*, 150, 31–39.
- May, C.R., Johnson, M. & Finch, T. (2016). Implementation, context and complexity. *Implementation Sci* 11(141). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0506-3>
- Meier, C. A., Fitzgerald, M. C., & Smith, J. M. (2013). eHealth: Extending, Enhancing, and Evolving Health Care. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 15(1), 359– 382.
- Van Mierlo, B., Regeer, B., van Amstel, M., Aresteyn, M., Beekman, V., Bunders, J., de Cock, T., Elzen, B., Hoes, A.C., Leeuwis, C. (2010). Reflexive monitoring in actie: *handvatten voor de monitoring van systeeminnovatieprojecten. Het Athena Instituut, VU Amsterdam.*
- MLDS. (2020). Praktijkvoorbeeld: Fit4Surgery. Geraadpleegd op: <https://www.mlds.nl/7-signalen-darmkanker/wetenschappelijk-onderzoek/>
- Nauta. K., Polman, C., & Peerdeman, S. (2018). Multidisciplinaire samenwerking moet je leren. Geraadpleegd op: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/multidisciplinaire-samenwerking-moet-je-leren.htm>
- Nam, S. 2016. Jobs to be done: discovering why we consume healthcare. Geraadpleegd op: <https://www.christenseninstitute.org/blog/jobs-to-be-done-discovering-why-we-consume-healthcare/>

- Nederpelt, N. (2018). Succesvol innoveren? Begin bij het denken vanuit de behoefte. Geraadpleegd op: <https://www.lumius.nl/succesvol-innoveren/>
- Nodel, C. (2011). Clay Christensens milkshake marketing. Geraadpleegd op: <https://hbswk.hbs.edu/item/clay-christensens-milkshake-marketing>
- NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2010). De medisch specialist van straks. Geraadpleegd op: <https://www.nfu.nl/img/pdf/DeMedischSpecialistVanStraksNFU10.0694.pdf>
- NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2019). Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio. Geraadpleegd op: https://www.nfu.nl/img/pdf/19.2122NFU_Onderzoek__innovatie_met_en_voor_de_gezonde_regio.pdf
- Noordegraaf, M., Bos, A., & Schiffelers, M.J. (2016). Reden tot zorg?! Kritische reflectie op ongenoegens onder zorgprofessionals. Universiteit Utrecht. Geraadpleegd op: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2016/10/10/reden-tot-zorg-kritische-reflectie-op-ongenoegens-onder-zorgprofessionals>
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *J. Med. Internet Res.* 7:e1
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. *Innovation Journal*, 15(1), 1-20.
- Pauget, B., Wald, A. (2018) Creating and implementing organizational innovation: The role of professional identity and network embeddedness in healthcare organizations. *European Journal of Innovation Management*, 21(3), 384-401. <https://doi.org/10.1108/EJIM-06-2017-0068>
- Powell, A.E., & Davies, H.T.O. (2012). The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Social Science and Medicine*, 75(5), 807–814. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.049>
- Reinink, M. (2020). Crisis vraagt om vrijheid. Geraadpleegd op: <https://www.artsenauto.nl/armand-girbes-crisis-vraagt-om-vrijheid/>
- Rodríguez-Ramos, M.A. (2019). Increasing Quality of Secondary Prevention of Acute Myocardial Infarction by Using E-Health. *High Blood Press Cardiovasc Prev* 26, 81–82 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40292-018-0294-8>
- Schrijvers, G. (2020). Ziekenhuizen in het post-covid tijdperk: samenwerken en niet concurreren. Geraadpleegd op: <https://guusschrijvers.nl/ziekenhuizen-in-het-post-covid-tijdperk-samenwerken-en-niet-concurreren/>
- Taskforce. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Geraadpleegd op: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/nieuws/taskforce-zorg-op-de-juiste-plek-publiceert-rapport>
- Taylor, M.L. & Sondergaard, M. (2017). *Unraveling the Mysteries of Case Study Research: a guide for business and management students*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing Limited.

- Thomas, R., & Hardy, C. (2011). Reframing resistance to organizational change. *Scandinavian Journal of Management*, 27(3), 322–331. <http://doi.org/10.1016/j.scaman.2011.05.004>
- Thakur, R., Hsu, S.H.Y., & Fontent, G. (2012). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research* 65(4), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2011.02.022>
- Tidd, J., & Bessant, J. (2009). *Managing Innovation: Integrating technological, market and organizational change. 4th Edition*. Chichester, UK: John Wiley.
- Trommel, W. (2018). *Veerkrachtig bestuur. Voorbij neoliberale drift en kramp*. Den Haag: Boom Bestuurskunde.
- Kooiker, S., & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Geraadpleegd op: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/010003005.pdf>
- VAGZ. (2017). Beroepsproefiel artsen. Geraadpleegd op: <https://vavolksgezondheid.nl/app/uploads/2019/12/VAGZ-Beroepsprofiel-artsen-werkzaam-in-het-ziektekostenstelsel.pdf>
- Van Dool, P. (2020). Artsen: maak zorg fors eenvoudiger. Geraadpleegd op: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/10/artsen-maak-zorg-fors-eenvoudiger-a4002481>
- Van Ancum, J. M., Scheerman, K., Pierik, V. D., Numans, S. T., Verlaan, S., Smeenk, H. E., Slee Valentijn, M., Kruizinga, R. C., Meskers, C., & Maier, A. B. (2017). Muscle Strength and Muscle Mass in Older Patients during Hospitalization: The EMPOWER Study. *Gerontology*, 63(6), 507–514. <https://doi.org/10.1159/000478777>
- Van der Leeden, M., Huijsmans, R., Geleijn, E., de Lange-de Klerk, E. S., Dekker, J., Bonjer, H. J., & van der Peet, D. L. (2016). Early enforced mobilisation following surgery for gastrointestinal cancer: feasibility and outcomes. *Physiotherapy*, 102(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.3722>
- Van Let, D. (2018). AMC en VUmc gaan verder onder Amsterdam UMC. Geraadpleegd op: <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/06/07/amc-en-vumc-gaan-verder-onder-amsterdam-umc-a1605813>
- Valk, H. (2019). Future Health Index 2019. The Netherlands. Country report. Geraadpleegd op: <https://www.philips.nl/cdam/corporate/newscenter/nl/standard/resource/2019/fhi-henkvalk/Philips%20'Future%20Health%20Index'%202019.pdf>
- Van Thiel, S. (2015). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*, Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden. (2012). Beroepsprofiel. Geraadpleegd op: <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Beroepsprofiel%20verpleegkundige.pdf>
- Vilsteren, C., Pols, H., Hoogendoorn, P., Gerritsen, E., Jong, L., Schikan, H., & Meeteren, N. (2019). *Gezondheid en Zorg: kennis en innovatie agenda 2020-2023*.

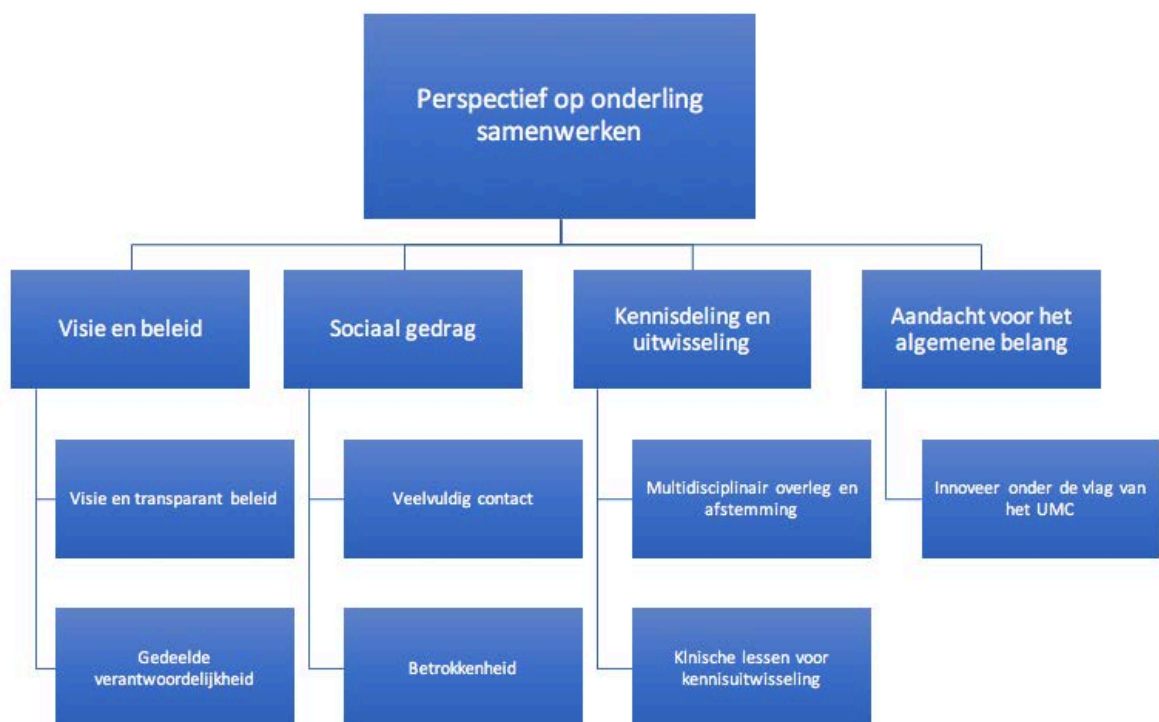
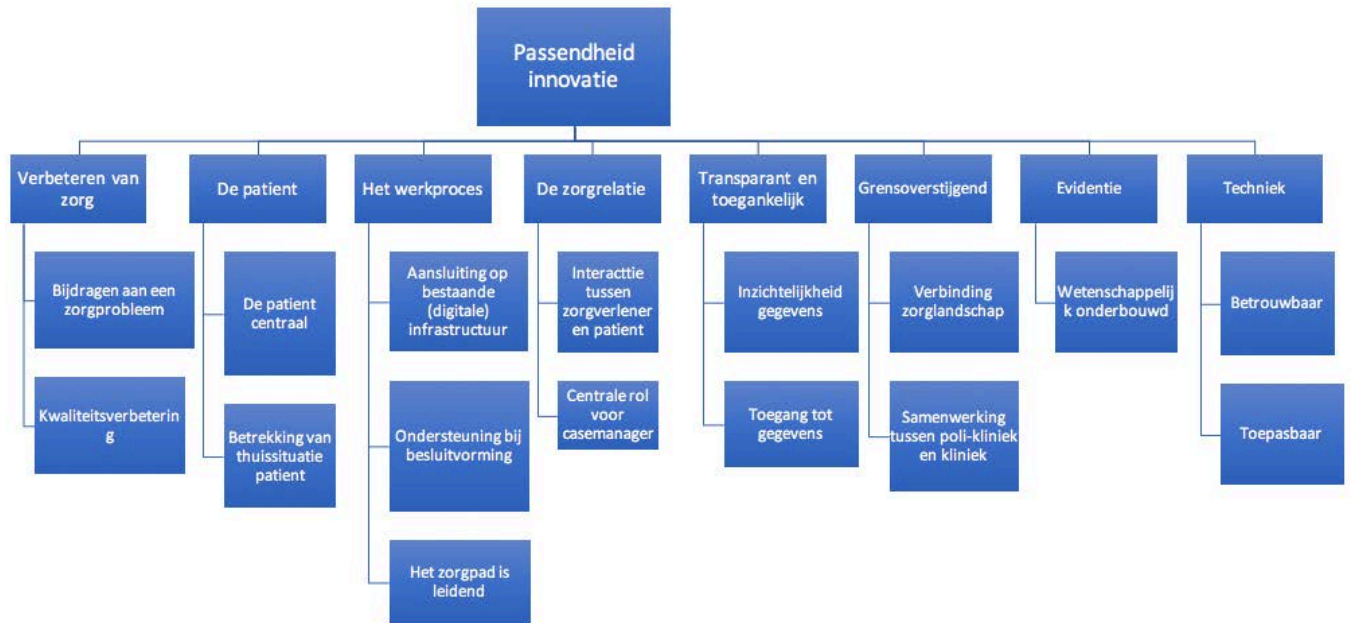
Vrije Universiteit Amsterdam (2020). School of Medical Sciences.
Geraadpleegd op: <https://www.med.vu.nl/nl>

World Health Organization. (2016). Innovation.
Geraadpleegd op: <https://www.who.int/topics/innovation/en/>

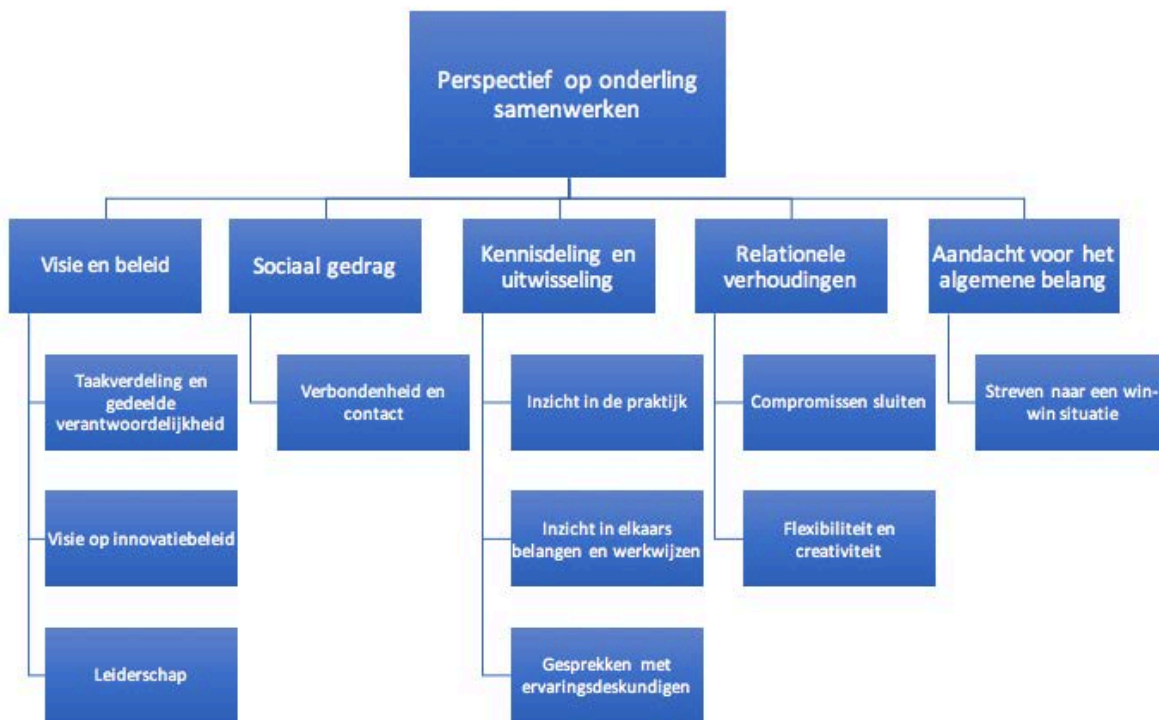
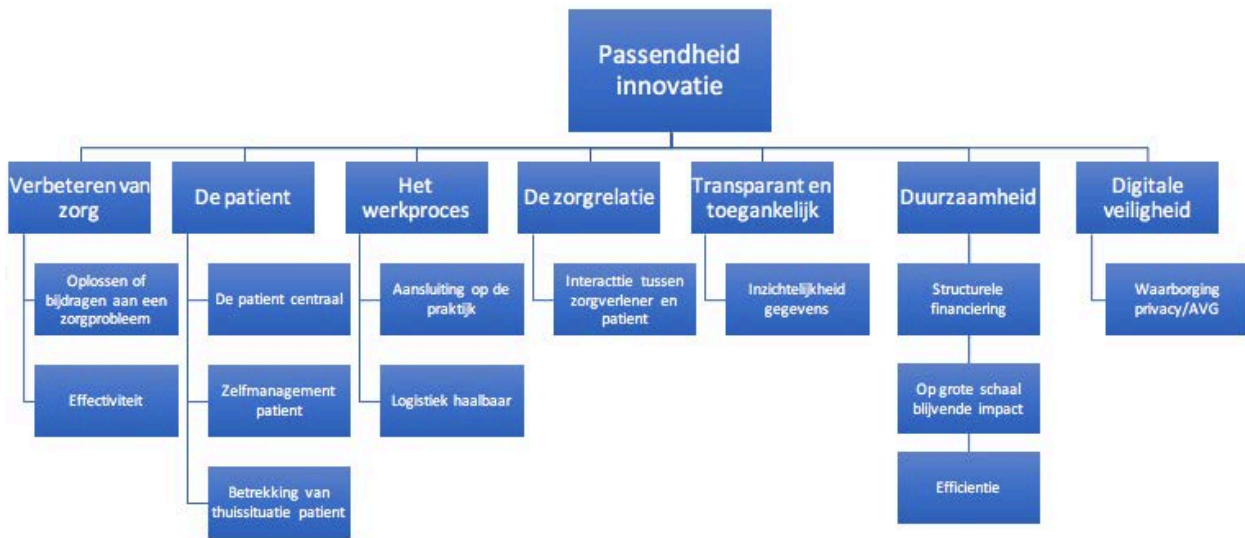
7. Bijlagen

7.1 Codebomen

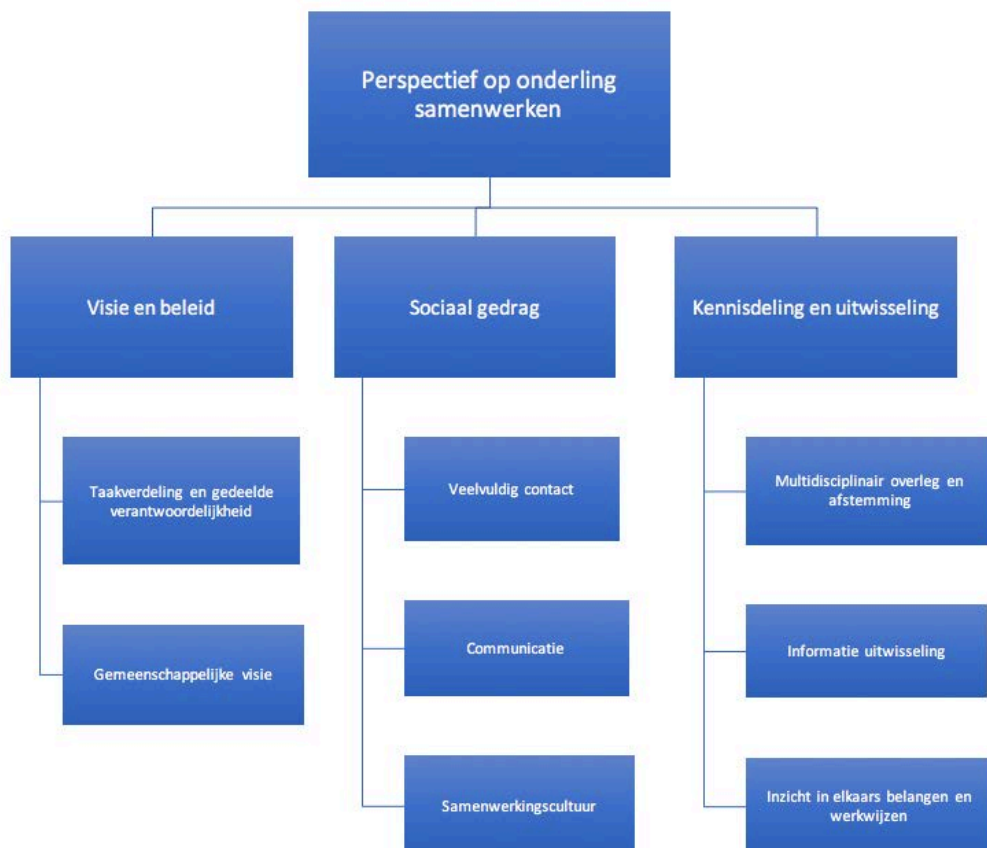
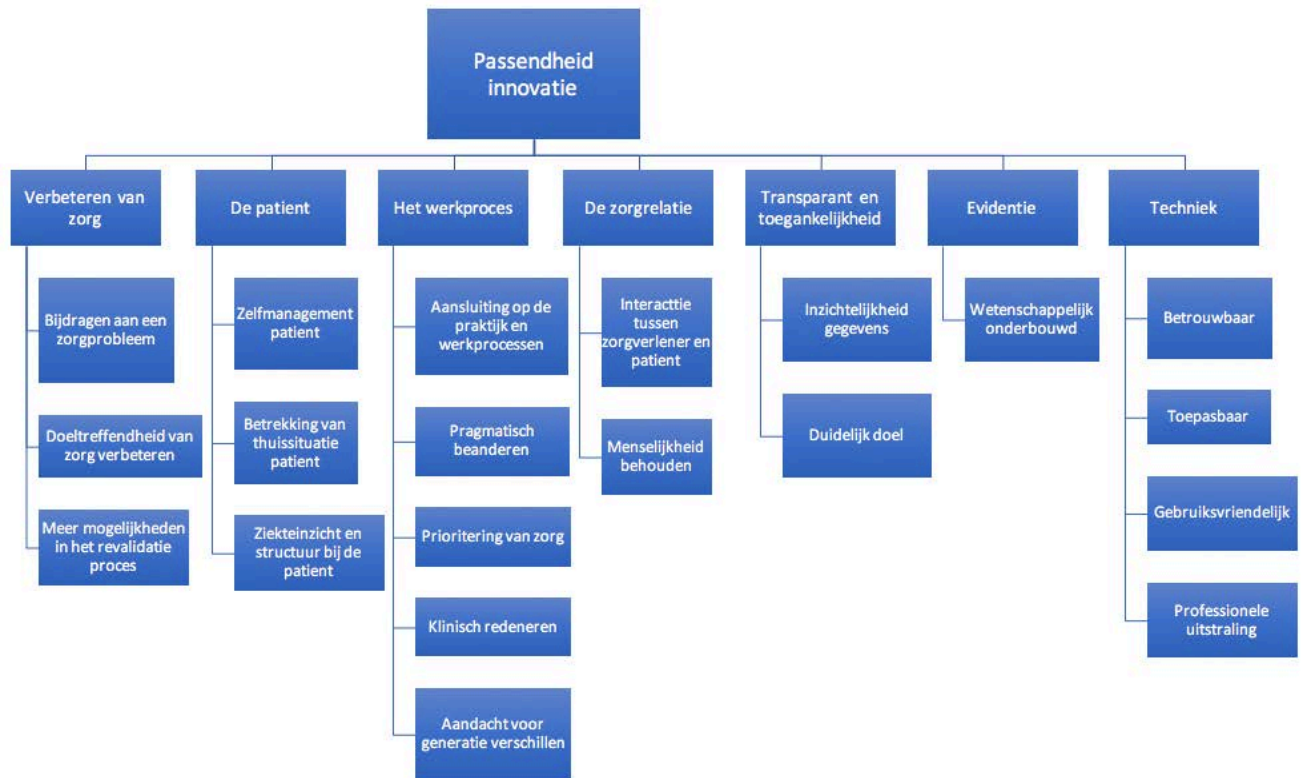
Codeboom chirurg



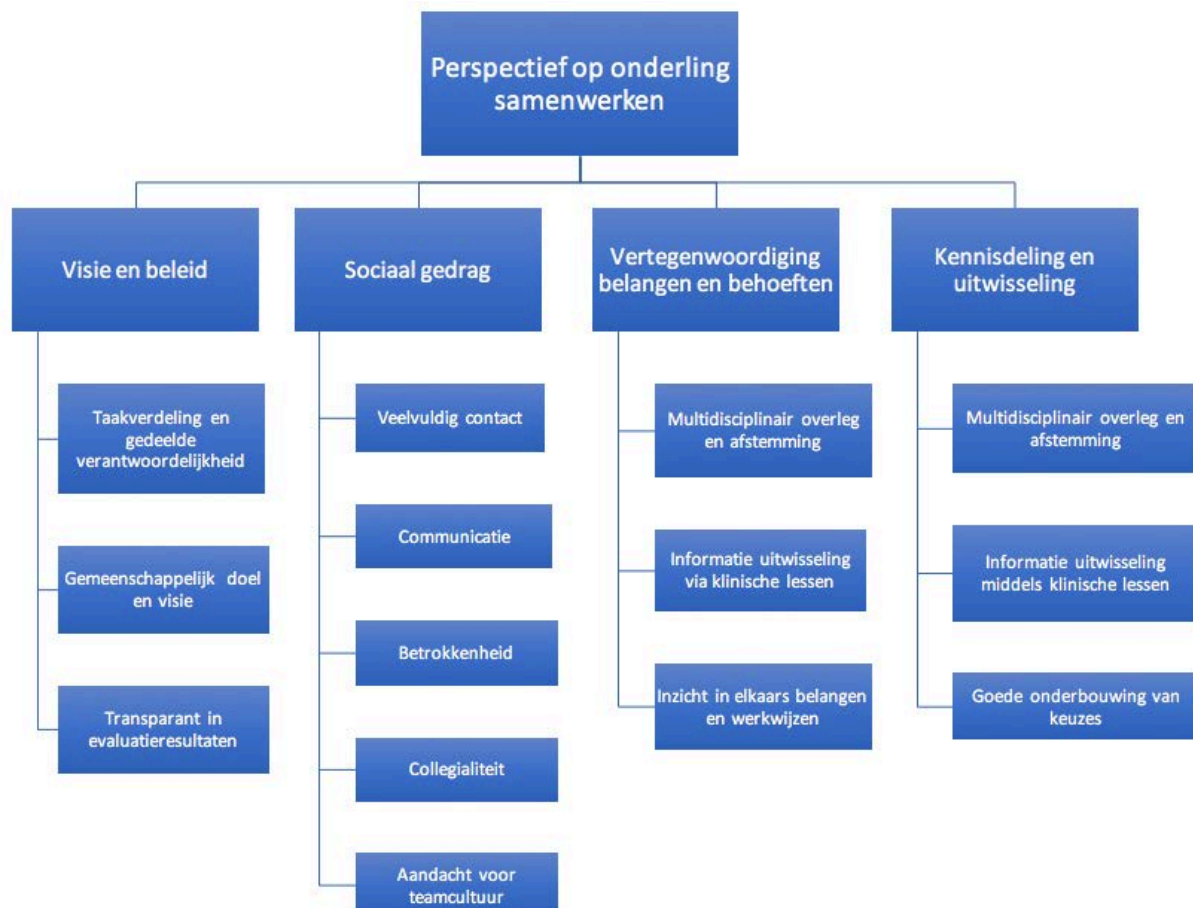
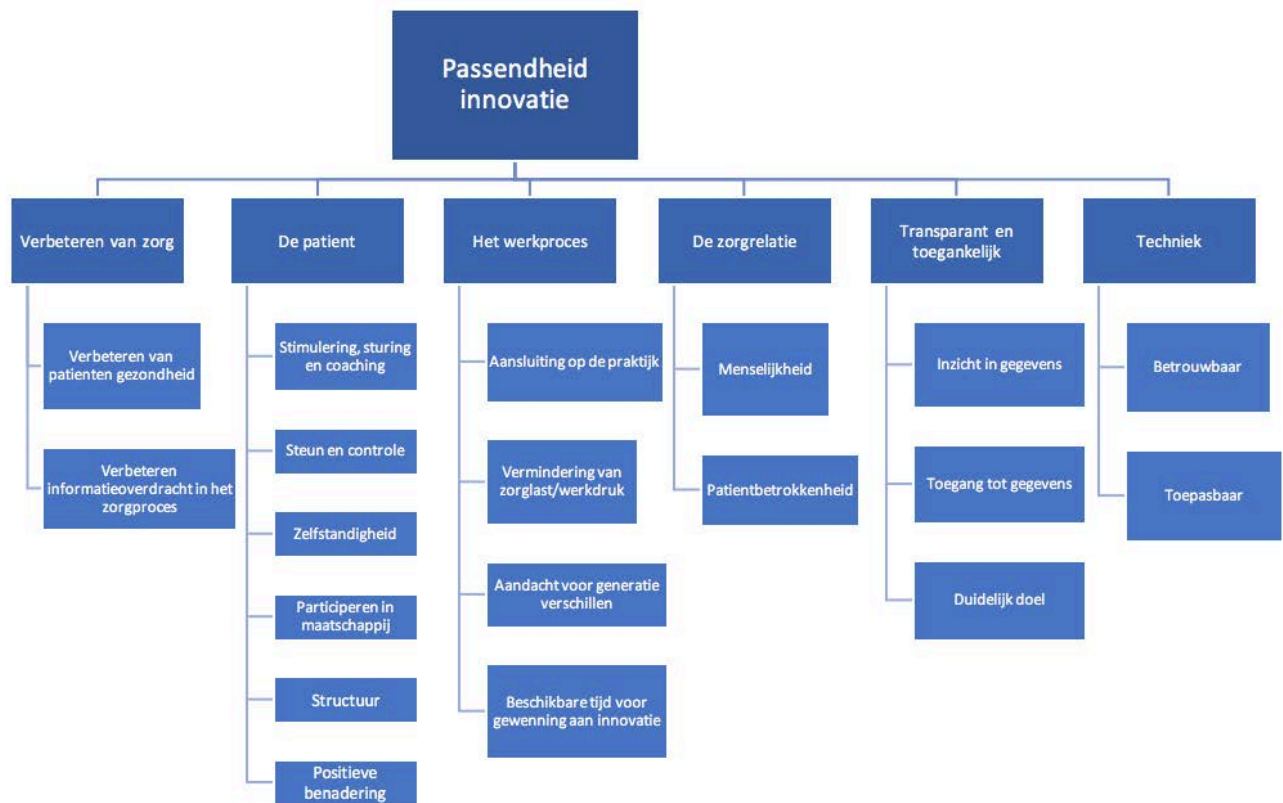
Codeboom Innovatiemanager



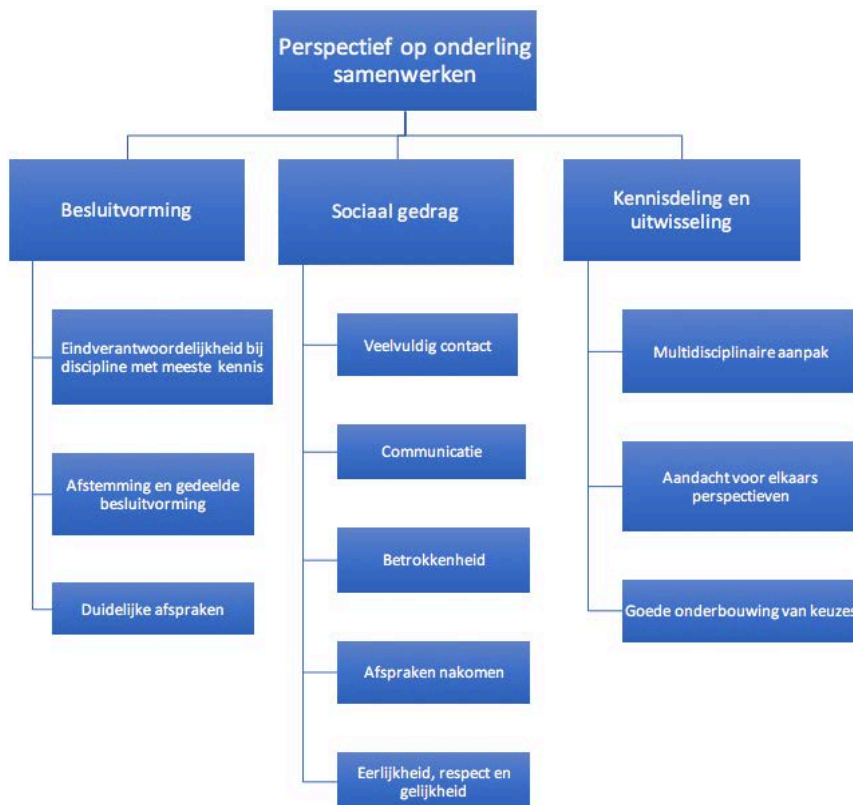
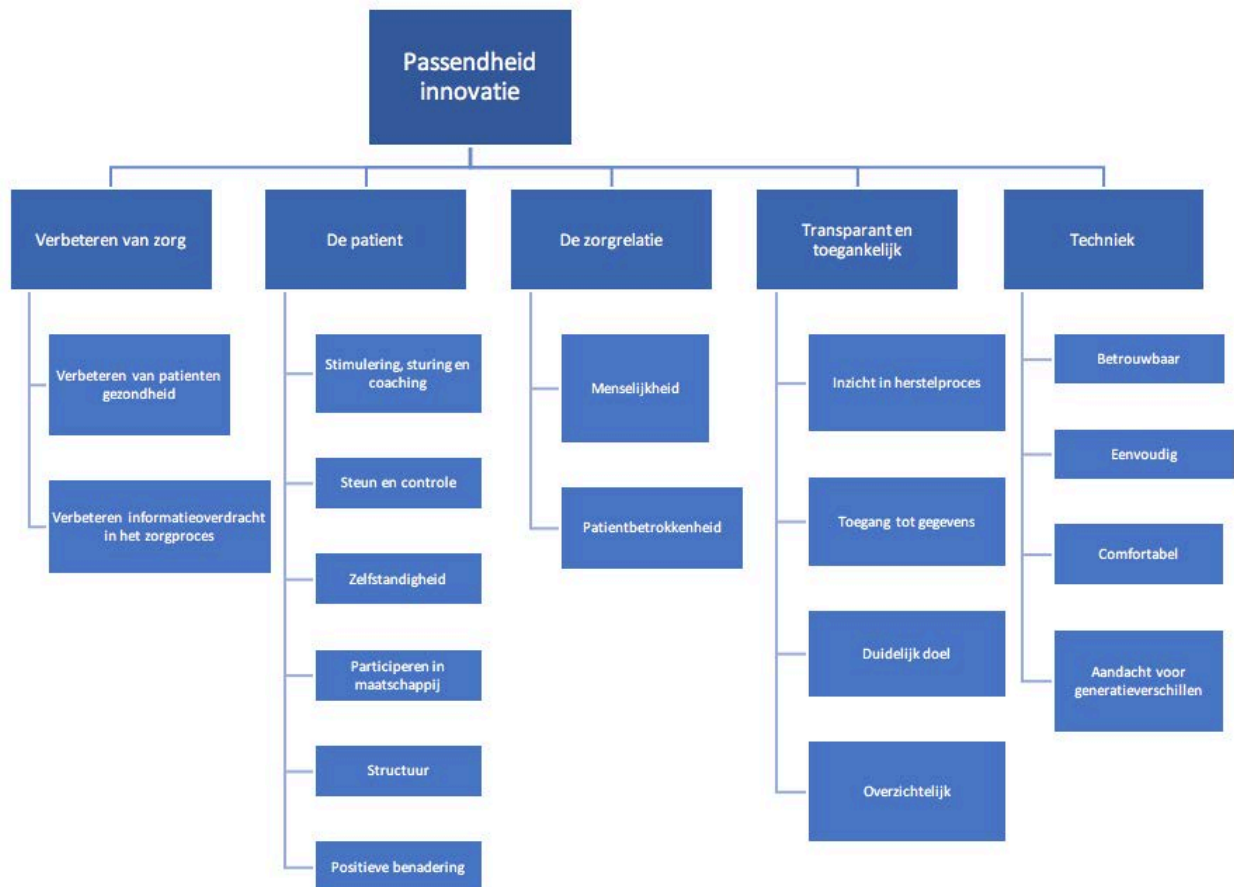
Codeboom fysiotherapeut



Codeboom verpleegkundige



Codeboom patiënt



7.2 Resultaten vragenlijst Evaluatie PAM & Atris app

Datum: 08-05-2020

Totaal aantal participanten: N = 39

Aantal complete ingevulde vragenlijsten: N=31

- Aantal gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten: N = 2
- Aantal niet ingevulde vragenlijsten: N = 6

Percentage respons = 79.2% / 84.6%

Uitkomst SUS (system usability scale) (vraag 1 t/m 10)

Interpretatie SUS score:

- Score < 50 = not acceptable
- Score between 50 – 69 = marginally acceptable
- Score > 70 = acceptable

Gemiddelde totaalscore SUS (N=31) = 77,3

Gemiddelde score per vraag:

Aspect	Vraag	N	Score (gemiddelde)
Satisfaction / tevredenheid	Vraag 1: Ik denk dat ik de Atris app opnieuw zou gebruiken als ik weer geopereerd zou moeten worden.	34	75,0
	Vraag 5: Ik vind de Atris app onnodig ingewikkeld.	33	66,7
	Vraag 6: Ik vind dat er te veel tegenstrijdigheden in de Atris app zitten.	33	76,5
	Vraag 9: Ik voelde me zeer vertrouwd bij het gebruik maken van de Atris app.	33	79,5
Efficiency / Efficiëntie	Vraag 2: Ik vind de Atris app onnodig ingewikkeld.	33	82,6
	Vraag 3: Ik vind de Atris app gemakkelijk in gebruik.	31	69,4
	Vraag 8: Ik vind de Atris app lastig in gebruik.	33	81,1
Learnability / Leerbaarheid	Vraag 4: Ik had hulp van een technisch persoon nodig om de Atris app te kunnen gebruiken.	33	68,9
	Vraag 7: Ik kan me voorstellen dat de meeste personen snel leren hoe ze de Atris app moeten gebruiken.	33	76,5
	Vraag 10: Ik moest nog veel dingen leren voordat ik met de Atris app aan de slag kon gaan.	33	76,5

Uitkomsten overige vragen

Vraag 11: *De PAM en Atris app hebben mij gemotiveerd tot meer bewegen. (N=33)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	8 (24,2)
2	2 (6,1)
3	2 (6,1)
4	6 (18,2)
5 = helemaal mee eens	15 (45,5)

Gemiddelde score = 3,6

Vraag 12: *De PAM en Atris app hebben bijgedragen aan mijn lichamelijke herstel. (N=33)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	8 (24,2)
2	1 (3,0)
3	2 (6,1)
4	6 (18,2)
5 = helemaal mee eens	16 (48,5)

Gemiddelde score = 3,6

Vraag 13: *De PAM en Atris app waren een toegevoegde waarde op mijn revalidatieproces. (N=33)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	8 (24,2)
2	0 (0)
3	4 (12,1)
4	5 (15,2)
5 = helemaal mee eens	16 (48,5)

Gemiddelde score = 3,6

Vraag 14: *Door de Atris app ben ik mij meer bewust geworden van mijn beweeggedrag. (N=33)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	5 (15,2)
2	1 (3,0)
3	4 (12,1)
4	9 (27,3)
5 = helemaal mee eens	14 (42,4)

Gemiddelde score = 3,8

Vraag 15: *Ik had hulp nodig om te kunnen starten met de PAM en Atris app. (N=32)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	18 (56,3)
2	3 (9,4)
3	1 (3,1)
4	6 (18,8)
5 = helemaal mee eens	4 (12,5)

Gemiddelde score = 2,2

Vraag 16: *Mijn telefoon werkte goed bij het gebruik van de Atris app. (N=32)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	5 (15,6)
2	2 (6,3)
3	5 (15,6)
4	6 (18,8)
5 = helemaal mee eens	14 (43,8)

Gemiddelde score = 3,7

Vraag 17: *Ik zou andere patiënten aanraden om de PAM en Atris app te gebruiken als zij geopereerd moeten worden.*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	5 (15,6)
2	0 (0)
3	3 (9,4)
4	6 (18,8)
5 = helemaal mee eens	18 (56,3)

Gemiddelde score = 4,0

Vraag 18: *Er zijn twee soorten enkelbandjes gebruikt gedurende de onderzoeksperiode. Welk enkelbandje had u gekregen: het bandje met een gesp of het bandje zonder een gesp? (N=32)*

Antwoord	N (%)
0 = Weet ik niet meer	4 (12,5)
1 = Bandje zonder gesp	18 (56,3)
2 = Bandje met gesp	10 (31,3)

Vraag 19: *Ik vond het enkelbandje van de PAM comfortabel om te dragen. (N=32)*

Antwoord	N (%)
1 = helemaal niet mee eens	5 (15,6)
2	5 (15,6)
3	9 (28,1)
4	6 (18,8)
5 = helemaal mee eens	7 (21,9)

Gemiddelde score = 3,2

Vraag 20: *Op hoeveel dagen per week heeft u de PAM gedragen? (N=32)*

Antwoord	N (%)
0 = nooit	0 (0)
1 = minder dan 2 dagen per week	2 (6,3)
2 = 2-4 dagen per week	1 (3,1)
3 = 5-7 dagen per week	2 (6,3)
4 = alle dagen	27 (84,4)

Vraag 20_1: *Wat was de reden dat u de PAM niet droeg? (N=5)*

Antwoord	N (%)
1 = Ik was het vergeten	0 (0)
2 = De PAM zat niet comfortabel	2 (40,0)
3 = er waren technische problemen met de PAM/app	1 (20,0)
4 = ik vond het enkelbandje niet mooi	0 (0)
5 = Anders	2 (40,0)

Vraag 20_1_1 : *Licht hieronder uw antwoord toe. (Indien antwoord op de vorige vraag was 5 'Anders')*

Toelichtingen (N=2):

- Op het laatst na 7 dagen proberen te openen op de telefoon reageerde de app niet meer. Even goede vrienden, goed gebruikt en klaar. Weer terug gestuurd.
- Zat goed.

Vraag 21: *Hoe vaak kreeg u direct contact met de sensor als u de Atris app opende? (N=32)*

Antwoord	N (%)
0 = Nooit	3 (9,4)
1 = Nauwelijks	2 (6,3)
2 = Soms	4 (12,5)
3 = Vaak	17 (53,1)
4 = Altijd	6 (18,8)

Vraag 22: *Hoe vaak keek u gemiddeld in de Atris app om uw activiteit in te zien? (N=32)*

Antwoord	N (%)
0 = Nooit	2 (6,3)
1 = Minder dan 1x per week	0 (0)
2 = 1x per week	3 (9,4)
3 = Om de dag	7 (21,9)
4 = 1-3 keer per dag	13 (40,6)
5 = vaker dan 3 keer per dag	7 (21,9)

Vraag 23: *Als u de keuze zou hebben, hoe zou u dan graag begeleid willen worden in het opbouwen van uw activiteiten tijdens uw revalidatie? (N=32)*

Antwoord	N (%)
1 = Ik wil liever door niemand begeleid worden	2 (6,3)
2 = face to face contact met een fysiotherapeut	7 (21,9)
3 = berichtjes via de Atris app	13 (40,6)
4 = Telefonisch door de fysiotherapeut	10 (31,3)
5 = Anders	0 (0)

Vraag 23_1: *Licht hieronder uw antwoord toe. (Indien antwoord op vraag 23 was 'Anders')*
Toelichtingen (N=0):