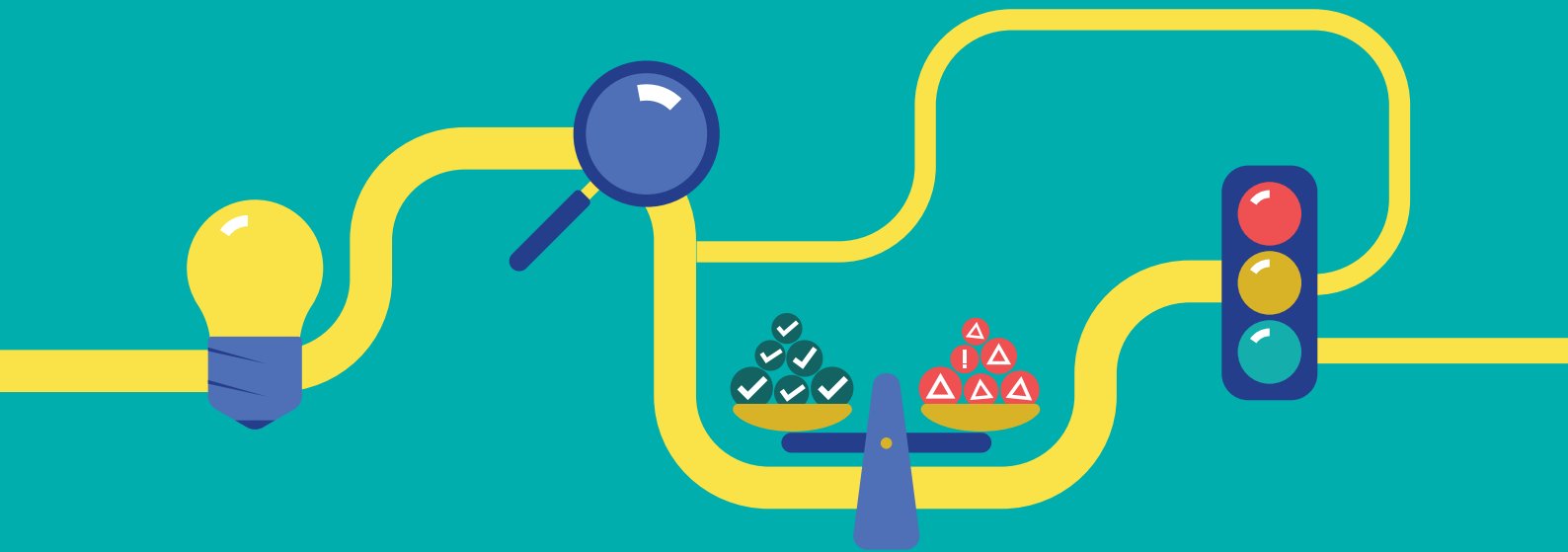


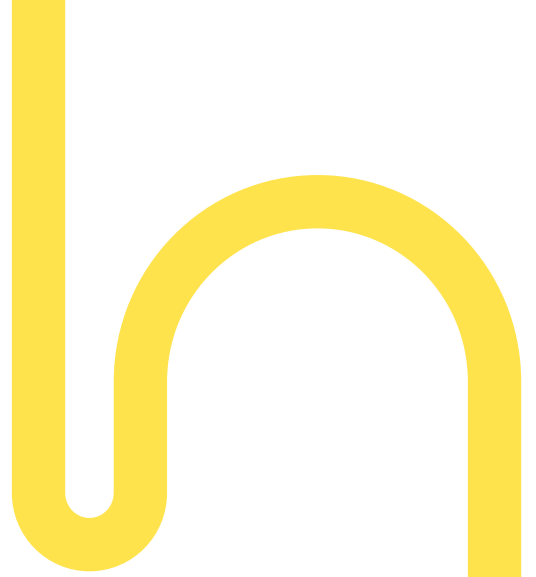
Zorgvernieuwing, Innovatie en Technologie binnen ZorgScala



Een wegingskader en besluitvormingsproces
voor de inzet van (nieuwe) zorgtechnologie



DE HAAGSE
HOGESCHOOL



Colofon

Januari 2025

In opdracht van:

Projectcoördinatie:

Uitgevoerd door:

Layout:

ZorgScala projectkernteam vanuit Florence, HWW zorg en Amarosa

Florence

Lectoraat Technologie voor Gezondheidszorg, Haagse Hogeschool,

dr. Roos van der Vaart, Ilse Lelieveld, Christopher van der Linden en dr. Luc de Witte

Dominique van Dam (Letters and Concepts), Wibo de Vries (Blote Handen)

Inhoudsopgave

4	Samenvatting
4	Aanleiding en doelstelling
6	Stapsgewijs proces voor gezamenlijke besluitvorming
9	Test van het proces en wegingskader
9	Gezamenlijke reflectie
10	Vervolgstappen

Bijlage

11	Innovatie scanformulier
12	Innovatiechecklist
15	Overzicht conclusies en discussiepunten van zes zorginnovaties

Samenvatting

In de Nederlandse ouderenzorg is zorginnovatie van essentieel belang om de uitdagingen van een krimpende arbeidsmarkt aan te pakken en de kwaliteit van zorg te waarborgen of te verbeteren. ZorgScala, een samenwerkingsverband van elf zorgorganisaties, werkt aan gezamenlijke besluitvorming om op een gestructureerde manier keuzes te maken bij het introduceren of opschalen van kansrijke zorginnovaties.

Binnen dit project 'Regionale inventarisatie en infrastructuur zorgtechnologie' is een proces ontwikkeld waarmee voor een specifieke innovatie of zorgtechnologie alle randvoorwaarden voor gebruik en implementatie in kaart worden gebracht. De nadruk binnen dit proces ligt op het benutten van bestaande kennis en ervaring en op het bekijken van een breed perspectief van alle belanghebbenden.

Het proces bestaat uit vier stappen:

1. het identificeren van potentiële waardevolle technologieën
2. een eerste geschiktheidscheck aan de hand van duidelijke doelstellingen
3. een uitgebreid wegingskader van het perspectief van alle belanghebbenden
4. en uiteindelijk de besluitvorming over de inzet van de technologie.

Dit kader helpt bij het zorgvuldig bepalen welke innovaties kansrijk zijn en wat er nodig is om deze in een specifieke context succesvol te implementeren. Dit rapport bevat een beschrijving van het proces, een samenvatting van zes geteste technologieën en een voorstel om dit proces in te zetten binnen de netwerksamenwerking van ZorgScala.

Aanleiding en doelstelling

Binnen de ouderenzorg in Nederland is zorginnovatie en het gebruik van technologische hulpmiddelen onmisbaar geworden. We hebben ten eerste te maken met een dubbele vergrijzing en daarmee gepaard gaande stijgende zorgvraag en toenemende zorgzwaarte, en daarbij met personele schaarste op een krimpende arbeidsmarkt. Innovatie in de zorg is essentieel om deze uitdagingen het hoofd te bieden en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg te behouden of zelfs te verbeteren.

Technologische toepassingen kunnen zorgprocessen vereenvoudigen of automatiseren, waardoor de werkdruk voor zorgmedewerkers vermindert. Dit sluit ook aan bij wat cliënten anno 2024 van hun zorg verwachten, beïnvloed door de snelle technologische veranderingen in de wereld om ons heen. Innovatie met behulp van zorgtechnologie zal bijdragen aan een duurzame toekomst van de zorg, met meer ruimte voor persoonlijke aandacht en zorg voor cliënten of bewoners.

Het implementeren van technologische innovaties in de zorg is echter complex en vergt vaak veel tijd, geld en doorzettingsvermogen. Het delen van kennis en ervaringen over innovatie- en veranderprocessen is daarom van groot belang. Hierdoor kunnen successen worden uitgewisseld en valkuilen worden vermeden, zonder dat iedereen met inzet van eigen middelen eenzelfde soort proces hoeft te doorlopen. ZorgScala, een samenwerking van elf organisaties in de ouderenzorg, biedt een platform voor het bundelen van krachten en het bevorderen van gezamenlijke zorginnovatie. Binnen het project 'Regionale inventarisatie en infrastructuur zorgtechnologie' is budget beschikbaar gesteld door het Zorgkantoor om de samenwerking bij de inzet van zorgtechnologie verder te concretiseren. De kerngroepleden van dit project, afkomstig van Florence, HWW zorg en Amarosa, hebben het lectoraat Technologie voor Gezondheidszorg van de Haagse Hogeschool gevraagd om dit initiatief te ondersteunen. Een eerdere inventarisatie¹ van al geïmplementeerde

innovatieve technologieën, hulpmiddelen en werkprocessen in de domeinen gefinancierd door de Wet Langdurige Zorg (WLZ) toonde aan dat organisaties binnen ZorgScala de afgelopen twee jaar veel inspanning hebben verricht op het gebied van zorginnovatie. Het was wel opvallend dat deze inspanningen vaak geïsoleerd plaatsvonden: binnen één organisatie of enkele teams. Ook werd daarbij nog weinig gewerkt met vooraf opgestelde doelstellingen en systematische monitoring van die doelstellingen. Dit resulteert in veel geleerde lessen, die vervolgens niet precies geduid kunnen worden en niet verder komen dan organisatie-, afdelings- of teamniveau. ZorgScala heeft de ambitie om hierin tot meer samenwerking te komen, kennis beter te delen en zo van elkaar te leren. Op deze manier kunnen organisaties eerder uit de fase van pilots komen en de krachten bundelen om tot implementatie en adoptie te komen. Zo kan er sneller en efficiënter een verschil gemaakt worden met de inzet van zorgtechnologie.

¹ [Zorgvernieuwing, Innovatie en Technologie binnen ZorgScala](#). Rapportage van fase 1 van het project Regionale inventarisatie en infrastructuur zorgtechnologie. Inventarisatie van zorginnovatie en technologie binnen de organisaties. April, 2024

Een middel om tot deze ambitie te komen is een uitgebreid en gezamenlijk besluitvormingsproces voor het inzetten van zorgtechnologie. Het kan dan gaan om het starten met nieuwe technologie, maar ook over het opschalen van zorgtechnologie die binnen één of meerdere ZorgScala-organisaties tot positieve resultaten leidt. Binnen dit proces worden interessante of lopende innovaties gedegen beoordeeld op geschiktheid en optimale manier van inzet, te verwachten effecten, en bovenal op wat benodigde randvoorwaarden zijn.

Dit proces wordt gebaseerd op de geleerde lessen die er binnen ZorgScala zijn, maar kijkt ook breder. Nationaal en ook internationaal speelt namelijk het probleem van 'vastzitten in de pilots' net zo goed, maar er zijn talrijke ervaringen en pilotstudies beschreven waaruit waardevolle inzichten kunnen worden gehaald. In dit project is een wegingskader ontwikkeld om deze inzichten te integreren en is een pragmatisch proces ontwikkeld binnen het samenwerkingsnetwerk, waarin geleerde lessen vanuit de literatuur, andere organisaties én ZorgScala-organisaties wordt benut voor het identificeren van kansrijke innovaties. Dit proces zal richting geven in het kiezen en opschalen van zorginnovatie, waardoor samenwerking en uitwisseling tussen de ZorgScala organisaties wordt bevorderd.

Stapsgewijs proces voor gezamenlijke besluitvorming

Om te bepalen of een innovatie passend is en de moeite waard is om te implementeren zijn er tal van aspecten van belang. Kosten en tijdsbesparing staan vaak op de voorgrond maar er zijn veel meer factoren die het succes van een innovatie beïnvloeden, zoals de gebruiksvriendelijkheid, uitvoerbaarheid, compatibiliteit met technologische en andere infrastructuur, acceptatie door cliënten, mantelzorgers en zorgmedewerkers, enzovoorts.

Ook gaan er allerlei vragen aan implementatie vooraf die niet altijd voldoende aandacht krijgen. Denk aan de bepaling van de precieze doelgroep, hoe een innovatie in het (bestaande) zorgproces geïntegreerd wordt of welke veranderingen daarin nodig zijn en wat de verwachtingen zijn van een innovatie en hoe er gemeten wordt of deze verwachtingen ook uitkomen. Kortom, het proces voorafgaand aan de keuze voor implementatie heeft op zichzelf tijd en aandacht nodig waarin beantwoording van diverse vragen essentieel is voor goede besluitvorming. Het antwoord op die vragen is ook van belang om te weten welke randvoorwaarden moeten worden ingevuld om de potentiële meerwaarde van een innovatie ook echt te realiseren.

In het huidige project is dit proces uitgewerkt in een stapsgewijs model, opgedeeld in vier stappen (zie afbeelding 1).

Stap 1: Het proces start met identificatie - welke zorgtechnologie heeft potentie, voor wie, waarom en in welke setting?

Stap 2: Een eerste geschiktheidscheck – er vindt marktonderzoek plaats, worden heldere doelstellingen geformuleerd en er wordt een beeld geschetst van hoe de innovatie in het zorgproces zou kunnen of moeten worden ingezet.

Stap 3: Als duidelijk is wat er van de innovatie wordt verwacht wordt vervolgens een uitgebreide weging gedaan om te onderzoeken of de innovatie aan die verwachtingen kan voldoen en wat de randvoorwaarden zijn die daarvoor nodig zijn, gebruikmakend van het brede scala aan kennis en ervaringen dat beschikbaar is.

Stap 4: De informatie uit de voorgaande stappen geeft input voor de besluitvorming. Bij de besluitvorming wordt besproken of de innovatie ingezet gaat worden, op welke schaal en welke termijn, of wat er eerst nog verder moet worden uitgezocht of uitgetest voordat dit besloten kan worden.

afbeelding 1

Proces afweging inzet (nieuwe) zorginnovaties



¹ Zie Innovatie scanformulier (bijlage 1)

² Zie Innovatiechecklist (bijlage 2)



Stap 1

Identificatie



Informatie over mogelijke relevante innovaties of technologieën wordt verzameld via een scanformulier (zie bijlage 1). Dit formulier kan op termijn worden omgezet naar een online versie om de informatie direct en automatisch te verzamelen en op te slaan. Het ontdekken en indienen van nieuwe innovaties of technologieën kan door verschillende betrokkenen worden gedaan: managers of bestuurders, zorgmedewerkers, mantelzorgers en cliënten. Op deze manier worden potentiële kansen en innovaties verzameld die inspelen op behoeften of vragen vanuit de dagelijkse praktijk.

Stap 2

Eerste geschiktheidscheck



De indieningen uit stap 1 worden gecheckt op hun meerwaarde en geschiktheid binnen de organisatie. Allereerst wordt er beoordeeld of het om een nieuwe technologie/innovatie gaat, of iets dat momenteel al (ergens anders) in de organisatie wordt ingezet. De eerste geschiktheidscheck die vervolgens wordt gedaan is gebaseerd op het Waardewaai model van Vilans². Er wordt een eerste set vragen beantwoord om de relevantie en geschiktheid binnen de organisatie te beoordelen:

- Wat is de doelstelling die met de innovatie/technologie beoogd wordt? Hier wordt nagegaan of het daadwerkelijk een vraag of uitdaging uit de praktijk kan oplossen en wat het inzetten van de innovatie/technologie zou moeten opleveren.
- Zijn er andere, vergelijkbare, producten op de markt? Hier wordt nagegaan wat de andere mogelijkheden zijn om dezelfde vraag of doelstelling te beantwoorden.
- Hoe zou het leveren van zorg veranderen bij de inzet van de innovatie/technologie? Hier wordt nagegaan in hoeverre er andere werkprocessen ingezet zouden moeten worden en of dit realistisch is.
- Welke belanghebbenden zijn er betrokken bij de inzet van de innovatie/technologie? Hier wordt gekeken wie de belangrijkste stakeholders zijn.

Stap 3

Uitgebreide weging



Bij een positief advies in stap 2 volgt een uitgebreide afweging van de voor- en nadelen van de innovatie/technologie, waarbij alle belanghebbenden in ogenschouw worden genomen. Deze stap is cruciaal om te inventariseren wat er al bekend is over de innovatie of technologie, vanuit verschillende bronnen, zowel wetenschappelijk als praktijkgericht. Vaak is er al veel kennis en ervaring opgedaan met zorginnovaties binnen onderzoek, pilots of gebruikerstests in andere organisaties die niet of nauwelijks benut wordt. Het doel van deze stap in het proces is om met dit wegingskader inzicht te krijgen in wat er al bekend is en dit de plaatsen in de context van ZorgScala. De weging start met deskresearch, waarbij literatuuronderzoek wordt verricht naar bestaande (wetenschappelijke) studies, grijze literatuur, en ervaringen van andere organisaties (bijvoorbeeld via Vilans). Vervolgens wordt aanvullende data verzameld door gesprekken met ervaringsdeskundigen van andere (ZorgScala-)organisaties die ervaring hebben met de innovatie of technologie. De verzamelde informatie wordt gebruikt om een Innovatiechecklist in te vullen (zie bijlage 2). Deze checklist bevat belangrijke waarden voor diverse belanghebbenden, zoals cliënten, mantelzorgers, zorgmedewerkers, zorgteams en organisaties. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met aspecten van de technologie,

financiering, en wet- en regelgeving. De checklist is gebaseerd op het model van Greenhalgh en collega's³, dat uitgebreid wordt beschreven en toegepast in (internationaal) onderzoek naar de implementatie van technologie. Ook sluit het model aan bij de inhoud van het toetsingskader digitale zorg vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd⁴.

Stap 3

Besluitvorming



Het invullen van de Innovatiechecklist vormt de basis voor de discussie over de innovatie of technologie. In deze discussie worden de aspecten besproken die bepalend zijn voor een 'go' of 'no go' om te starten met (de opschaling van) de innovatie. Tijdens deze gesprekken worden de randvoorwaarden helder gedefinieerd waaraan moet worden voldaan. Afhankelijk van de uitkomst kan worden besloten om verder onderzoek te doen of een pilot uit te voeren om te beoordelen of en hoe aan deze randvoorwaarden kan worden voldaan.

² [Waardewaaier: waardebeoordeling voor digitale zorg \(vilans.nl\)](#)

³ Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, Hinder S, Fahy N, Procter R, Shaw S
Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies
J Med Internet Res 2017;19(11):e367 doi: [10.2196/jmir.8775](#)

⁴ Toetsingskader Digitale Zorg De inzet van digitale zorg door zorgaanbieders. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, mei 2024.

Test van het proces en wegingskader

Binnen het projectteam is een test uitgevoerd van het voorgestelde proces. Er zijn zes innovaties/technologieën geselecteerd die als potentieel waardevol werden gezien voor de drie betrokken uitvoerende organisaties. Deze geselecteerde innovaties en technologieën zijn: elektronisch toegangsbeheer, dagstructurering, beeldzorg, leefpatroonmonitoring, medicijndispensers en slim incontinentiemateriaal.

Tijdens gezamenlijke discussies heeft het team bepaald welke cliëntengroepen en zorgomgevingen het meest geschikt zouden zijn voor de inzet van deze innovaties. Daarnaast werd besproken welke

doelstellingen met de implementatie van de innovaties beoogd worden en welke producten op de markt beschikbaar zijn of al in gebruik zijn bij ZorgScala om deze doelstellingen te realiseren.

Na deze verkenning en bepaling van de voorwaarden in de geschiktheidscheck werden de zes innovaties grondig onderzocht met behulp van de Innovatie checklist binnen het wegingskader. Vervolgens zijn zowel de positieve als de negatieve aspecten, net als de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie, uitgebreid besproken tijdens de vergaderingen van de projectgroep. Een samenvatting van de bevindingen voor elke innovatie is te vinden in bijlage 3.

Gezamenlijke reflectie

In een gezamenlijke reflectie op dit doorlopen proces concludeert de projectgroep dat deze aanpak een belangrijke stap vormt naar een systematische benadering van innovatie en zorgverbetering binnen ZorgScala. Het biedt een gestructureerd stappenplan voor het selecteren en evalueren van kansrijke innovaties, door in kaart te brengen welke kennis en ervaring er al is met zorgtechnologie op basis van wetenschappelijke bronnen en ervaringen van zorg- en kennisorganisaties in Nederland.

Het kader zoekt naar een balans tussen het gebruik van bestaande kennis en de toepasbaarheid binnen de context van ZorgScala-organisaties, bijvoorbeeld gelet op visie, organisatorisch vermogen en financiële overwegingen binnen individuele organisaties. Door voor- en nadelen zorgvuldig af te wegen, wordt voorkomen dat er te snel wordt geïmplementeerd zonder alle implicaties te overzien. Dit maakt het mogelijk om kritische succesfactoren en randvoorwaarden vooraf te identificeren en daar op voor te sorteren. Daarnaast vergemakkelijkt deze uniforme aanpak de datadeling en communicatie binnen ZorgScala, wat de samenwerking tussen de organisaties versterkt.

Een belangrijk uitgangspunt binnen het huidige voorgestelde proces is het betrekken van diverse belanghebbenden, zoals zorgmedewerkers, management, cliënten en mantelzorgers, in de

dataverzameling en de besluitvorming. Deze inclusieve aanpak is onmisbaar voor het creëren van draagvlak en het succesvol implementeren van innovaties. Het betrekken van belanghebbenden zorgt ervoor dat verschillende perspectieven worden meegenomen en dat beslissingen breed worden gedragen. Daarnaast wordt samenwerking gestimuleerd tussen ZorgScala-organisaties, om binnen het netwerk kennis en ervaringen te delen. Dit versterkt de synergie en zorgt ervoor dat succesvolle innovaties sneller en efficiënter kunnen worden uitgerold.

Het theoretische kader biedt een solide basis voor de selectie en implementatie van innovaties binnen ZorgScala. Om daadwerkelijk tot succesvolle uitvoering te komen, moet dit kader verder geconcretiseerd worden en ingebed raken in de interne werkwijzen van de organisaties en de netwerksamenstelling. De verschillende stappen en voorgestelde formulieren zullen in de praktijk toegepast en getest moeten worden. Op deze manier zal het proces verder worden verfijnd en geoptimaliseerd, zodat het zowel nauwkeurig als ook werkbaar is. Een belangrijk uitgangspunt is om binnen de structuur en de uniformiteit van het kader ook rekening te blijven houden met de verschillen tussen de ZorgScala organisaties, bijvoorbeeld qua medewerkersomvang, cliëntpopulaties en financiële mogelijkheden. Het proces heeft daarmee een adviserende functie.

Vervolgstappen

Het is van belang dat dit beschreven proces wordt doorlopen in samenspraak met alle relevante stakeholders binnen een organisatie. Deze stakeholders moeten zich betrokken en gehoord voelen, er moet een heldere structuur voor kennisdeling zijn, en er moet voldoende ruimte zijn voor evaluatie en reflectie.

Wij stellen daarom voor om dit proces te beleggen bij het reeds opgezette Innovatieplatform Ouderenzorg Haaglanden. Daarbinnen kan een Werkgroep Waardebepaling opgezet worden, bestaande uit zorgmedewerkers, (ICT) management en onderzoekers, waarbij sterk wordt geadviseerd hier ook op regelmatige basis cliënten en mantelzorgers bij aan te laten sluiten. Deze werkgroep heeft een adviserende rol binnen ZorgScala bij beslissingen over het starten of verder opschalen van zorginnovatie.

Binnen de Innovatieplatform werkgroep zal het beoordelingsproces verder verfijnd moeten worden, door gebruik in de praktijk. Hierbij kan gedacht worden aan het verder testen en aanvullen van het scanformulier en de checklist. De werkgroep kan daarnaast dienen als platform voor het delen van jaarplannen en visies op zorgtechnologie, wat een betere afstemming en samenwerking stimuleert. Organisaties kunnen via de werkgroep ook afspraken delen die zij met zorgkantoren hebben gemaakt over te implementeren innovaties, om zo kennisuitwisseling en samenwerking verder te bevorderen. Ook kan er gewerkt worden aan verder onderzoek en advisering over gedrags- en cultuurverandering die nodig is bij zorginnovatie en reflectie op samenwerking met leveranciers van technologie.

De zorgtechnologieën die in het huidige project zijn onderzocht bieden veelbelovende kansen om de efficiëntie en kwaliteit van zorg te verbeteren. Hoewel er binnen dit project geen keuzes zijn gemaakt in te nemen vervolgstappen voor de zes innovaties, bieden de ingevulde checklists een waardevolle basis om prioriteiten te stellen in keuzes voor verdere implementatie, met name vanuit het perspectief van arbeidsbesparing. Het combineren van beeldbellen en leefpatroonmonitoring binnen Volledig Pakket Thuis (VPT) en de toepassing van slimme incontinentieoplossingen in de intramurale setting zijn voorbeelden van technologieën die significant kunnen bijdragen aan het ontlasten van zorgpersoneel en het verbeteren van de cliëntervaring. Deze mogelijkheden verdienen het om verder te worden verkend binnen het Innovatieplatform.

Onafhankelijke ondersteuning is van belang binnen de voorgestelde Werkgroep Waardebepaling, met name voor het uitvoeren van gedegen praktijkgericht onderzoek binnen het beoordelingskader. Een externe kennisorganisatie zoals een hogeschool zou deze rol kunnen vervullen, waarbij er dan ook volop ruimte is voor de inzet van studenten, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van pilots of literatuuronderzoek. Via de hogescholen in de regio is er ook uitwisseling met het platform Digizo.nu en het Consortium Waardebepaling, wat landelijke opschaling van zorgtechnologie in de praktijk stimuleert en ondersteunt. Op deze manier kan het voorgestelde proces worden ingezet als werkwijze die ZorgScala de mogelijkheid biedt om de juiste innovaties te kiezen en succesvol te implementeren, met oog voor zowel de korte als lange termijn.

Innovatie scanformulier zorgscala

Doel: het doel van dit formulier is om een kort overzicht te krijgen van innovaties of technologieën die mogelijk interessant zijn om in te zetten binnen (een) ZorgScala organisatie(s).

Wat is je naam:

Wat is je e-mailadres:

Aan welke ZorgScala-organisatie ben je verbonden?

Wat is daar je rol?

Naam van de technologie/innovatie die je wilt aandragen:

Geef een korte omschrijving van de innovatie/technologie:

Gaat het om een nieuwe innovatie/technologie of het opschalen van een bestaande innovatie/technologie (benoem dan ook waar het nu wordt ingezet):

Beoogde doelgroep van de innovatie/technologie:

De setting waarin de innovatie/technologie ingezet wordt of gaat worden:

Beschrijf kort waarom het interessant is voor ZorgScala:

Innovatiechecklist ZorgScala (1/3)

Doel:

Het doel van deze checklist is om een overzicht te creëren van de positieve en negatieve aspecten van een bepaalde zorgtechnologie binnen een bepaalde context, bekeken vanuit een breed scala aan belanghebbenden. Dit overzicht kan gebruikt worden in gesprekken en besluitvorming over of, hoe en wanneer een zorgtechnologie ingezet gaat worden en welke randvoorwaarden daarvoor in orde moeten zijn.

Aanpak:

Stap 1: Deskresearch middels literatuurstudie over wat er bekend is vanuit (wetenschappelijke) studies, grijze literatuur of beschreven ervaringen van andere organisaties (bijvoorbeeld via Vilans).

Stap 2: In gesprek met ervaringsdeskundigen van andere (ZorgScala) organisaties waarvan bekend is dat ze gewerkt hebben met de innovatie.

Stap 3: Gebruik bevindingen uit stap 1 en 2 om per aandachtsgebied Bevindingen en Aandachtspunten te rapporteren, een score te geven van de Readiness om te implementeren (1 = positief tot 5 = negatief) en Conclusies en randvoorwaarden te formuleren.

Belanghebbenden en waarden

Aandachtsgebied/ te beantwoorden vraag

*ZT = zorgtechnologie

Cliënt

Gebruikerstevredenheid

Hoe wordt de ZT door cliënten ervaren?

Hoe wordt nieuwe manier van werken/zorg leveren met de ZT ervaren door cliënten?

Gebruikerstevredenheid

Hoe gebruiksvriendelijk is de ZT voor cliënten?

Wat moeten cliënten doen om de ZT te gebruiken, bij de opstart en bij het reguliere gebruik (bijvoorbeeld opladen)?

Ondersteuning en training

Hebben cliënten specifieke vaardigheden nodig om de ZT te gebruiken?

Is het nodig om cliënten te trainen of ondersteunen? Wat is er dan nodig?

Effecten

Wat is de invloed van de ZT op cliënten? (zelfstandigheid/autonomie, klachten, veiligheid, QoL, enzovoorts.)

Inclusiviteit

Wat zijn de inclusie en exclusiecriteria voor gebruik?

Intrusiveness (privacy, AVG)

Wat zijn aandachtspunten voor privacy van cliënten en AVG?

Mantelzorger

(Familie)Waarden

Hoe is de houding vanuit het sociale netwerk ten opzichte van de ZT?

Gebruiksvriendelijkheid

Hoe gebruiksvriendelijk is de ZT voor mantelzorgers?

Wat moeten mantelzorgers doen om deze ZT te gebruiken, bij de opstart en bij het reguliere gebruik (bijvoorbeeld opladen)?

Ondersteuning en training

Hebben mantelzorgers specifieke vaardigheden nodig om de ZT te gebruiken?

Is het nodig om mantelzorgers te trainen of ondersteunen? Wat is er dan nodig?

Effecten	Wat is de invloed van de ZT op mantelzorgers? (belastbaarheid, taakondersteuning, minder ervaren druk, enzovoorts)
Samenwerking met zorgverleners/betrokkenheid	Draagt de ZT bij aan de betrokkenheid van mantelzorgers? Op welke manier?
Erkenning en waardering	Bevat de technologie functies of functionaliteiten gericht op het erkennen en ondersteunen van de rol van mantelzorgers?
Privacy	Hoe kijken mantelzorgers naar de impact op de privacy van de cliënt en/of henzelf?

Zorgverlener

Houding	Is er motivatie, vertrouwen en intentie om de ZT te gebruiken?
Gebruiksvriendelijk	Hoe wordt de gebruiksvriendelijkheid van de ZT door zorgverleners ervaren? Is de manier van werken/zorg leveren prettig voor zorgverleners? Wat moeten zorgverleners doen om de ZT te gebruiken, bij de opstart en bij het reguliere gebruik (bijvoorbeeld opladen)?
Training en educatieprogramma/benodigde vaardigheden	Hebben zorgverleners specifieke vaardigheden nodig om de ZT te gebruiken? Is het nodig om zorgverleners te trainen of ondersteunen? Wat is er dan nodig?
Manier van werken	Wat zijn de grootste veranderingen in de manier van werken wanneer gewerkt gaat worden met deze ZT? Hoe wordt de bijbehorende manier van werken door zorgverleners ervaren?
Effecten	Wat zijn de effecten van de ZT op zorgverleners? (autonomie, veiligheid, tijdsbesparing, gevoel van ondersteuning, werkdruk, enzovoorts.)

Team

Houding	Staat het team open voor een andere manier van werken/is er veranderbereidheid?
Manier van werken	Wat zijn de grootste veranderingen in de manier van werken binnen het team wanneer gewerkt gaat worden met de ZT? Hoe wordt de bijbehorende manier van werken door het team ervaren?
Sterk leiderschap	In welke mate zijn teamleiders/ managers in staat om hun medewerkers mee te nemen in de nieuwe manier van werken?
Tailoring/adaptability	Kan de ZT worden aangepast om te voldoen aan de specifieke behoeften van het team?
Implementatie	Wat is er nodig om de ZT te implementeren in het team? (o.a. tijd en middelen)

Technologie

Veiligheid	Voldoet de ZT aan wettelijke eisen voor veiligheid (NEN/ISO certificeringen bijvoorbeeld)? Zijn er aandachtspunten als het gaat om veiligheid in de connectie tussen de ZT en systemen van de organisatie? Welke andere aandachtspunten zijn er/ wat is er nodig qua beveiliging van de ZT?
-------------------	---

Duurzaamheid	Hoe duurzaam is (het gebruik van) deze ZT? (duur van het gebruik, benodigde energie, hergebruik mogelijk, wat wordt er bespaard, enzovoorts.)
Readiness (wat is er nodig voor ingebruikname)	- Kan/moet de ZT aangepast worden om er in deze organisatie mee te kunnen werken? - Wat is er na implementatie nodig qua (beheer van) systemen? - Welke aanpassingen aan andere systemen zijn er nodig om met de ZT te gaan werken en wat is daarvan de impact?

Zorgorganisatie

Visie	- Past de ZT binnen de visie van de organisatie? - Is het duidelijk wat de organisatie wil bereiken met de ZT? - Is er urgentie om de starten met de ZT en op welke termijn?
Leiderschap	Hoe ondersteunt het leiderschap binnen de organisatie de implementatie en adoptie van de ZT?
Organisatorisch vermogen	- Hoe is de samenhang met andere projecten/ veranderingen binnen de organisatie? - Hoe wordt er samengewerkt tussen de verschillende disciplines (binnen en buiten de organisatie)? - Is er capaciteit om de ZT te monitoren op effect en voortgang? - Zijn er best practices en eerdere ervaringen binnen de organisatie?
Gereedheid voor verandering	- Is er voldoende capaciteit voor de verandering? (projectteam, betrekken medewerkers, tijd) - Welke ondersteuning voor zorgverleners is er nodig tijdens en na de implementatie? En kan die geboden worden? - Wat zijn de grootste risico's, en hoe kan de organisatie daar mee om gaan?

Financiën, fiscale overwegingen en (landelijk) beleid en wetgeving

Beleid en wetgeving	- Past de ZT binnen het beleid van VWS/ zorgkantoor/ zorgverzekeraars? - Welke wetgeving is relevant en wat zijn daarbij aandachtspunten?
Financiële overwegingen	- Wat is de benodigde eenmalige investering? - Wat zijn de gebruikskosten? - Wat levert werken met deze ZT financieel op?
Vergoedingsmechanismen	- In welke mate wordt deze ZT vergoed (door zorgverzekeraars (Zvw), zorgkantoor (Wlz) of Wmo)? - Zijn er subsidiemogelijkheden?
Medical device regelgeving	Welke regelgeving is er met betrekking tot deze ZT en medical device en wat is daar de impact van?

Overzicht conclusies en discussiepunten van zes zorginnovaties ^(1/10)

Innovatie 1: Elektronisch toegangbeheer

Elektronisch toegangbeheer is het makkelijk kunnen verkrijgen van toegang in een woning door middel van elektronica. Dit kan een elektronische sleutelkuis zijn, die geopend wordt met een tag of een app (eventueel gekoppeld aan ONS Nedap) of een elektronisch slot, waarbij de deur direct open gemaakt wordt. In dit onderzoek is gefocust op elektronische sleutelkluizen.

De doelgroep zijn mensen met persoonsalarmering of die niet in staat zijn op alle zorgmomenten de deur open te doen.

Technologie

- Gebruiksvriendelijkheid afhankelijk van het type
- Mobiel met bluetooth en internet (indien toegang via app)
- Belangrijk om te letten op:
 - veiligheidseisen
 - koppeling ECD
 - organiseren van het beheer van de digitale toegangsmethode. Dit kan door de zorgorganisatie of het bedrijf worden gedaan.
- Ervaring van Eykenburg:
- Samenwerking en akkoord met VVE of woningcorporaties nodig bij flats omdat ook de toegangsdeur een sleutelkuis of iets dergelijks nodig heeft.
- Capaciteit bij leverancier was een issue bij Eykenburg, waardoor het project vertraging op liep.
- Contracten in eerste instantie via de zorgorganisatie, maar dat bleek toch niet mogelijk. Daardoor moesten cliënten zelf het contract tekenen en de kosten betalen.

Cliënt

- Cliënten hebben geen extra kennis of vaardigheden nodig en gebruiken de kluizen zelf niet.
- Het geeft extra gemak: cliënten hoeven na hulp niet de deur zelf op het nachtslot te zetten en bij

een persoonsalarm kan er snel iemand binnen komen.

- Groter gevoel van veiligheid bij de meesten, hoewel sommigen het juist onveiliger ervaren.
- Heel belangrijk om cliënten goed mee te nemen in het waarom en de werking.
- Of cliënten meer/minder privacy en eigen regie ervaren hangt erg af van het systeem en de situatie waarbij het wordt ingezet (extra/intramuraal).
- In de discussie wordt ook benoemd dat het hebben van een sleutelkuis zowel stigmatiserend kan zijn, als dat het er voor zorgt dat de bewoners een makkelijk doelwit voor inbraak zijn. Dit klopt inderdaad, al zijn er ook goed weggewerkte varianten waarbij het minder opvalt omdat deze in de deurklink of beter verstopt op de deur zitten.

Mantelzorger

- Groter gevoel van veiligheid, want zorg is sneller aanwezig indien er nood is én alleen bevoegde medewerkers kunnen naar binnen.
- In sommige gevallen kunnen mantelzorgers ook beter vinger aan de pols houden over wie langs komt en wie niet en ze hoeven zelf niet in noodsituaties de deur te openen. Dit kan niet in de gevallen waarbij alleen zorgmedewerkers die gekoppeld zijn aan het ECD toegang hebben tot de sleutelkuis.
- Soms is de mantelzorger verantwoordelijk voor contact met de leverancier bij een defect, dat wordt als een drempel ervaren. Hierbij is het dus belangrijk om te kijken naar het proces eromheen en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Zorgmedewerker

- Scheelt weinig tijd per cliënt en levert geen grote tijdsbesparing op (2-15 minuten). Dit is afhankelijk van het systeem waar je het mee vergelijkt (wat is er nu al) en hoe efficiënt dat is.
- Vooral efficiënter gebruik van tijd en het is veiliger: ze hoeven niet eerst langs kantoor, hebben geen

- sleutelbos met veel sleutels nodig, er kunnen geen sleutels kwijtraken.
- Verschillende ervaringen in gebruiksvriendelijkheid, afhankelijk van het systeem.
- Zorgverleners moeten leren werken met de toegangsmethode en het proces hiervoor moet ingericht worden.
- Indien het systeem met een app werkt: telefoon en digitale vaardigheden nodig.
- Er zijn vanuit de WLZ of VPT/MPT vergoedingsmogelijkheden.
- Politiekeurmerk veilig wonen (PKVW), SKG-IKOB-certificaat.
- In de discussie wordt aangegeven dat het heel belangrijk is dat organisaties zoals spoedzorg Haaglanden (Florence, HWW) dan allemaal hetzelfde sleutelsysteem moeten hebben omdat er anders in het geval van spoed alsnog niemand naar binnen kan.

Team

- Het team kan beter werken doordat er geen onduidelijkheid is over waar sleutels zijn.
- Een goede samenwerking met bijvoorbeeld IT-afdeling of de leverancier bij storingen van belang.
- Het team meenemen in de verandering en hen goed ondersteunen bij het gebruik.
- Weerstand vooral bij de nachtmedewerkers en moeilijk(er) voor invalkrachten om toegang te krijgen.
- Productiever werken bij de wijkteams door middel van digitale toegang. Sleutels los regelen kostte veel indirecte tijd.

Zorgorganisatie

- Kosten liggen rond de €25 per maand of €600 aanschafprijs. Deze kosten komen bij de cliënt of zorgorganisatie terecht.

Randvoorwaarden en discussiepunten tijdens het overleg

- Aansluiting bij woningcorporatie of VVE noodzakelijk, want toestemming nodig voor algemene toegangsdeur.
- Veiligheidskeurmerk moet aanwezig zijn én de installatie moet juist zijn gedaan om veiligheid te behouden.
- Training medewerker voor het gebruik van de digitale toegang.
- Afspraken nodig over service, onderhoud en ondersteuning bij storingen (door leverancier of IT afdeling).
- Afspraken over wie betaalt en waar de administratie terecht komt. Indien door cliënten betaald kan dit een drempel zijn.
- Cliënten informeren, zodat zij zich veilig voelen.
- Samenwerking/afstemming tussen samenwerkende spoedzorgorganisaties is noodzakelijk.

Innovatie 2: Technologie voor dagstructuur – Nedap Luna & Tessa

Digitale technologie voor dagstructuur ondersteunt bij de persoonlijke dagplanning door herinneringen te geven voor dagelijkse handelingen en afspraken. Vaak is er een verbinding tussen de technologie en het zorgdossier. Zo komen zorgafspraken automatisch in de agenda. In dit onderzoek is gefocust op Nedap Luna en Tessa. De doelgroep is mensen met een cognitieve beperking.

Technologie

- Beide systemen vragen weinig van de cliënt qua bediening. Echter er is een groot verschil

in ervaren gebruiksvriendelijkheid. Bij Luna zijn nagenoeg geen problemen. Bij Tessa zijn er op basis van de ervaring van Amarosa heel veel tekortkomingen (verouderde techniek, slecht geluid, slechte interface op de app, spraaksturing is alleen ja/nee). Luna wordt binnen Saffier als heel gebruiksvriendelijk ervaren. Een nadeel in het gebruik is dat het alleen de dag van vandaag laat zien en men niet naar de komende dagen vooruit kan kijken.

- Veiligheid: voor Luna intramuraal geldt geen papier meer = veiliger. Databeveiliging gaat via aanbieder.
- Readiness: in theorie direct te gebruiken – Luna via

simkaart, Tessa via Wifi. Echter Tessa werkt alleen op oude Wifi, wat veel vraagt voor de installatie.

- Plek waar de technologie wordt geplaatst in huis is belangrijk, zodat het in het zicht staat en op gehoorafstand is van de cliënt.

Cliënt

- Voor beide systemen geldt dat de cliënt er weinig voor hoeft te doen – apparaat staat ergens en is verbonden met een stopcontact. Bij Luna moet men tekst en/of pictogrammen kunnen lezen/begrijpen. Bij Tessa is het belangrijk dat het gehoor goed is en de cognitie nog redelijk. Er zijn geen digitale vaardigheden nodig.
- Effectonderzoek op basis van GAS & kwalitatief onderzoek: meer zelfredzaamheid, meer overzicht, minder vragen/irritatie/weerstand naar zorgverleners (omdat agenda duidelijk is en/of men voorbereid is op zorgactiviteiten).
- Bij Luna is het nodig dat men tekst/iconen nog begrijpt. Bij Tessa is het belangrijk dat men de robot/stem niet als eng/bedreigend beschouwd en dat men de stem hoort en kan verstaan. Luna wordt binnen Saffier bij 50% van de cliënten ingezet. Bij Tessa komt inclusie nauwer, bij 9% van de cliënten is het passend). Beide opties zijn Nederlandstalig. Bij Luna kan in het dossier de taal aangepast worden.
- Luna is weinig intrusief, Tessa een stuk meer en dit kan ook als stigmatiserend/eng worden ervaren. Voor beiden moeten cliënten nog een redelijke cognitieve staat hebben.

Mantelzorger

- Mantelzorger kan bij Luna zelf activiteiten inplannen via Caren. Kan bij Tessa zelf activiteiten invoeren en spraakberichten inspreken. Dit werkt echter ongebruiksvriendelijk volgens ervaring bij Amarosa.
- Als men er actief gebruik van maakt moet men een app kunnen bedienen. Het is niet nodig om actief gebruik te maken.
- Luna is bij Saffier door familie/naasten als een waardevolle aanvulling ervaren. Door Tessa voelen mantelzorgers zich ondersteund en meer gerustgesteld. Samenwonende mantelzorgers gebruiken het als 'back-up' om even weg te kunnen. Amarosa wilde mantelzorgers bij Tessa betrekken, maar dit bleek echter vaak te ingewikkeld voor hen.

Zorgverlener

- Bij beide producten wordt de meerwaarde direct gezien en was er een positieve houding. Klein starten met early adopters is aan te raden.
- Luna is gekoppeld aan cliëntsysteem via ONS, Tessa via app.
- Bij Luna is weinig training nodig, met name de registratie in het dossier moet wat worden aangepast. Tessa werkt door de technische uitdagingen niet gebruiksvriendelijk dus vraagt veel vaardigheden.
- Luna zorgde bij Saffier intramuraal voor minder papierwerk, meer duidelijkheid/minder frustratie, cliënten waren vaker aanwezig/gereed voor zorgmomenten of activiteiten, kleine tijdsbesparing. Bij Luna extramuraal afname van contacttijd (met name op medicatie), rem op (ongeplande) zorgvraag, minder no show, dus eventueel minder reisbewegingen.

Team

- Bij Saffier werkte I-nurses heel goed, zij zijn zowel verantwoordelijk voor het proces rond de technologie als deel van het zorgteam. Amarosa werkt ook met early adopters. Het probleem en de doelstelling was duidelijk, waarmee ook enthousiasme kwam om te starten.
- Andere manier van registratie in ONS is belangrijk voor Luna. De invloed van Tessa op werkprocessen wordt niet beschreven, er is vooral kwalitatief onderzoek of evaluaties met een klein aantal deelnemers beschikbaar.
- Luna intramuraal kan zo'n 10-20 minuten per dag per zorgverlener besparen, extramuraal 4 uur per maand per digikalender. Bij Tessa wordt in een evaluatie 79 minuten minder geïndiceerde zorg per week gerapporteerd (bij een kleine groep cliënten) – een maatschappelijke businesscase kon door Vilans echter nog niet gemaakt worden – er is te weinig grondig uitgevoerd onderzoek beschikbaar.

Financiën en regelgeving

- Beide technologieën zijn positief getoetst door het Kenniscentrum digitale zorg op data-beveiliging en certificering.
- Investering en gebruikskosten: Luna €359 aanschaf + €49,50 per maand gebruikskosten, Tessa €700 aanschaf + €300 per jaar gebruikskosten.

- Subsidie en vergoeding: extramuraal via prestatiecode1062 thuiszorgtechnologie. Luna wordt bij Saffier vanuit rek gelden betaald, is de investering waard maar er wordt gekeken naar een goedkoper alternatief.

Randvoorwaarden en discussiepunten tijdens het overleg

- Bij Luna is alleen koppeling mogelijk met ONS cliëntdossier.
- Bij Tessa moet een WiFi-netwerk beschikbaar zijn en voert men de dagstructuur apart in via een mobiele app.

- Per organisatie/team is een aanspreekpunt nodig voor hulp en ondersteuning, dat haalt ook een stuk weerstand weg.
- Er zijn ook alternatieve technologieën, zoals Compaan, die zowel dagstructuur bieden als mogelijkheden voor beeldbellen. Het is belangrijk deze ook goed te onderzoeken zodat er niet voor elke functie een aparte technologie wordt geïmplementeerd.

Innovatie 3: **Beeldzorg – Compaan**

Bij beeldzorg geeft een zorgmedewerker via een beeldscherm met camera een cliënt hulp op afstand bij algemene, dagelijkse handelingen. Dit gebeurt vaak via een tablet. Dankzij het beeldscherm en de camera kunnen cliënten en zorgverleners elkaar zien en spreken. In dit onderzoek is gefocust op Compaan, een tablet waarbij de interface is ontwikkeld voor ouderen. De doelgroep zijn ouderen in de thuiszorg of VPT.

Technologie

- Er is een basisvariant en een meer uitgebreide variant. Het besturingssysteem is niet zichtbaar en er zijn een beperkt aantal opties/keuzes beschikbaar. Er zitten 6 standaard functies op: beeldbellen, agenda, spelletjes, foto's bekijken, berichten sturen en nieuws bekijken. Het biedt voor veel cliënten met name contact met de buitenwereld en vermaak. Het initiatief voor het vullen van de tablet ligt bij de buitenwereld: de naaste of zorgverlener.
- Het systeem is redelijk gebruiksvriendelijk, veilig en duurzaam. Er kan een koppeling worden gemaakt met het ECD zodat bijvoorbeeld de zorgactiviteiten in de agenda een-op-een overeenkomen.

Cliënt

- Voor de cliënt kan het meer vrijheid en zelfredzaamheid bieden. Naast het zorgaspect kan het de toegang tot het sociale netwerk

vergroten en voor vermaak zorgen. Onderzoek naar de invloed op zelfredzaamheid of eigen regie ontbreekt. Onderzoek naar invloed op eenzaamheid laat voorzichtig positieve resultaten zien.

- Het is nodig dat gehoor en zicht nog redelijk goed zijn, dat het cognitief functioneren nog relatief goed is en dat er een redelijk niveau van digitale vaardigheden is. Gemiddeld is het inzetbaar bij 10% tot 20% van de cliënten.
- De ervaring van Amarosa laat zien dat het door een deel van de cliënten als inferieure zorg wordt gezien, daar is een cultuurverandering nodig (samenwerking tussen huisarts, zorgverzekeraar en zorgaanbieder is daarin nodig).

Mantelzorger

- Voor de mantelzorger kan Compaan veel opleveren: makkelijker contact, meer gevoel van rust en tijdsbesparing.
- Naasten kunnen via Compaan Portaal allerlei instellingen veranderen, bellen en berichten/foto's versturen. Bijvoorbeeld om te vragen hoe het gaat via een interactieve knop of herinneringen instellen voor medicatie. Dit vraagt wel digitale vaardigheden.
- Mantelzorgers zijn vaak tevreden met wat het de naaste (cliënt) biedt - gevoel van veiligheid en vermaak. Tevens kan de mantelzorger de zorg heren en der overnemen, bijvoorbeeld het monitoren op eten en drinken in het weekend.

Zorgverlener

- Voor de zorgverlener kan het tijdswinst opleveren, mits de inrichting van het zorgproces optimaal is gedaan. Dit vraagt een behoorlijke verandering in de manier van werken. Training in het bieden van beeldzorg is hierin gewenst.
- Het opzetten van online zorgteams of het inzetten van medewerkers die een taakverandering ten aanzien van fysieke belastbaarheid nodig hebben, biedt mogelijkheden voor taakdifferentiatie. Bij het beeldzorgteam van Amarosa is men positief.
- Er kan vrij veel met het systeem, maar dit moet dan goed worden ingericht. Dit vraagt digitale vaardigheden en een andere manier van werken.
- Bij goede implementatie kan het tijd besparen. Minder zorgtijd per zorgmoment per client: 5 tot 7 minuten besparing. Minder reistijd: 4 tot 6 minuten per zorgmoment. Totale tijdsbesparing: 2,3 tot 4,5 uur per client per maand. Dit vraagt echter veel van de organisatie, medewerkers en cliënten.
- Vergoeding bij aanspraak wijkverpleging Zvw prestatie thuiszorgtechnologie, bij (MPT) via prestatie thuiszorgtechnologie, bij intramuraal en Volledig Pakket Thuis (VPT) binnen dagtarief.
- Doordat het door de zorgverzekeraars verschillend wordt vergoed is dit voor Amarosa nu een bottleneck om het grootschalig in te gaan zetten - er is veel werk en uitzoekwerk nodig in de 'back office'.

Team en organisatie

- Het nieuwe werkproces wordt vaak ingericht met een beeldzorg(wijk)team. Bij Amarosa zorgde dit voor draagvlak en een duidelijke taakverdeling.
- Door de leverancier van Compaan wordt er een kick-off gegeven en in het team is een coördinator nodig die bij nieuwe beeldzorgcliënten de installatie en uitleg doet.
- Bij Amarosa gaat deze manier van werken goed, hoewel er bij de overige teams nog wel wat weerstand of terughoudendheid blijft. Binnen de teams is nog verdere cultuurverandering nodig om digitale zorg meer te normaliseren.

Financiën en regelgeving

- Compaan is positief getoetst door het Kenniscentrum digitale zorg op data-beveiliging en certificering.
- Kosten zijn 299 euro (WiFi) of 359 (4G) + 29 euro opstartkosten per gebruiker. Voor hulp bij opstart zijn mogelijkheden met kosten (zo'n 100 euro per gebruiker). Beeldzorgabonnement kost €12,95 p.m.

Randvoorwaarden en discussiepunten tijdens het overleg

- Ervaringen tot nu toe laten zien dat het is in te zetten bij 10 tot 20% van de cliënten. Dit lijkt een vrij kleine groep. Hier is het zinvol om bij andere organisaties na te gaan wat de mogelijke inzet is.
- Bij Compaan moet naast de software ook de hardware aangeschaft worden. Het is aan te raden om uit te zoeken welke aanbieders er zijn waarbij alleen een softwareabonnement nodig is en met gebruik kan maken van een eigen tablet.
- Het inzetten van beeldzorg vraagt een vrij grote cultuurverandering, waar zowel de organisatie, de teams als de cliënten in mee moeten gaan. Ook de rol van zorgverleners buiten de organisatie is van belang, bijvoorbeeld huisartsen, om mee te gaan in de cultuurverandering dat online zorg een nieuwe standaard wordt en geen vorm van inferieure zorg is.

Innovatie 4: Leefpatroonmonitoring

Met zorgtechnologie voor leefpatroonmonitoring krijgen zorgmedewerkers en mantelzorgers inzicht in het leefpatroon van alleenwonende mensen met dementie. Sensoren die op verschillende plekken in de woning zijn bevestigd, volgen hun activiteiten.

Deze data kan gemonitord worden via een app of dashboard. Eventuele veranderingen in het leefpatroon zijn op die manier snel waar te nemen. In dit onderzoek is gefocust op Sensara, met inzet binnen de thuiszorg en VPT.

Technologie

- De technologie werkt met sensoren, die meten warmte en of deuren open gaan. Ook zit er een bedsensor in het pakket. De technologie voldoet aan veiligheidseisen en verdere wet- en regelgeving in Nederland (getoetst door het Kenniscentrum Digitale zorg van ZN). Er is koppeling met ONS mogelijk.
- Sensara is niet particulier aan te schaffen. Bij zorgorganisaties is er een minimale afname van 50 stuks/abonnementen.
- Warmtesensoren geven een stuk minder data dan nieuwe sensoren die nu (door)ontwikkeld worden, dus het kan verwacht worden dat er over enkele jaren meer geavanceerde systemen op de markt zijn.

Cliënt

- Cliënten merken in principe niet tot nauwelijks iets van de monitoring. De tevredenheid verschilt, sommige cliënten hebben het gevoel in de gaten te worden gehouden, maar doorgaans heeft men er geen probleem mee en is men zich niet bewust van de monitoring. Een randvoorwaarde is wel om het met de cliënt te bespreken.
- Er is nog weinig wetenschappelijk en kwantitatief onderzoek gedaan naar leefpatroonmonitoring/Sensara. Er zijn diverse verwachte effecten, maar deze zijn nog niet tot nauwelijks getoetst. Een eerdere studie naar QuietCare liet geen effecten zien bij cliënten.
- Leefpatroonmonitoring werkt alleen als iemand alleen woont. Dat is dus een randvoorwaarde voor gebruik.
- De technologie maakt geen gebruik van camera's. In hoeverre leefpatroonmonitoring de privacy schendt, is een ethisch vraagstuk.

Mantelzorger

- Leefpatroonmonitoring wordt vaak gezien als iets waar vooral de mantelzorger baat bij heeft. Het kan de mantelzorger ontlasten omdat er op afstand gemonitord kan worden en men een indicatie heeft van hoe het met de naaste gaat.
- De gebruiksvriendelijkheid van de app is goed, dit vraagt weinig van de mantelzorger, zeker als men

ervaring heeft met apps. Hoe vaak er gemonitord moet worden en welke acties daarbij passen is wel iets wat geleerd moet worden/wat tijd kost.

- Training en ondersteuning van mantelzorgers is een randvoorwaarde. Zeker in de thuiszorg is ook het maken van afspraken over monitoring en verantwoordelijkheden een randvoorwaarde.
- Er zijn diverse effecten te verwachten, met betrekking tot meer rust en minder belasting. Hier is echter nog weinig grootschalig onderzoek naar gedaan en leefpatroonmonitoring kan tegelijkertijd ook voor onrust zorgen door alarmmeldingen of onzekerheid over de betrouwbaarheid van het systeem.

Zorgverlener

- Het gebruik bij de thuiszorg/MPT en VPT verschilt vaak aanzienlijk. Bij thuiszorg wordt het vaak ingezet voor signalering en wordt er eens per maand naar gekeken door de casemanager. Bij VPT wordt het actief in het zorgproces ingezet door de wijkverpleegkundige, met als doel om zorg op maat te leveren. Dit vraagt een ander werkproces, wat motivatie, tijd en training nodig heeft.
- Randvoorwaarde is dat er heel duidelijke doelstellingen worden geformuleerd: voor wie, wanneer en waarom wordt er leefpatroonmonitoring ingezet. Een andere randvoorwaarde is dat er tijd en aandacht is voor het implementatietraject, waarin zorgverleners actief moeten worden meegenomen en duidelijkheid is over verantwoordelijkheden en rollen (bijvoorbeeld voldoende key users) - men moet eigenaarschap voelen.
- Het systeem zelf werkt gebruiksvriendelijk en het aflezen van het dashboard is (na training) voor de meeste mensen niet ingewikkeld. De indicatiestelling, communicatie over Sensara en de andere manier van werken vraagt wel veel van zorgmedewerkers en men moet ook goed begrijpen wat het systeem wel en niet kan, om te weten hoe de data geïnterpreteerd moet worden.
- Wat betreft effecten is ook hier nog weinig onderzoek beschikbaar. In de nachtzorg kan het tijd schelen. Verder zijn er veel verwachte effecten, bijvoorbeeld met betrekking tot werkdruk, maar dit is nog niet goed onderzocht.

Team en organisatie

- Binnen het team is vooral de implementatie iets wat voor een grote verandering in werkprocessen zorgt. Dit vraagt training en intervisie, maar voorafgaand daaraan ook vooral visie en duidelijke doelstellingen. Er wordt aangeraden om per team klein te beginnen, ervaring op te doen en vandaaruit op te schalen.
- Leefpatroonmonitoring vraagt een duidelijke visie van een zorgorganisatie. Voor draagvlak bij medewerkers en mantelzorgers/cliënten, maar ook om keuzes te maken in de indicatiestelling en inzet van de technologie en voor het monitoren van uitkomsten.
- Cliënten, mantelzorgers, zorgmedewerkers en zorgkantoor/zorgverzekeraar zijn allen stakeholders. Deze moeten hierin samenwerken, dat is bij leefpatroonmonitoring belangrijker dan bij sommige andere zorgtechnologie.

Financiën en regelgeving

- Sensara hanteert een maandelijkse abonnementsprijs van € 142, ex BTW, dit is inclusief dashboard, installatie en de-installatie, bedsensor, maandelijkse nieuwe medewerkers training en nieuwe mantelzorgers training, en online ondersteuning.
- Onderzoek naar de harde baten laat tot nu toe alleen een besparing zien bij nachtzorg. Dit ging terug van 7,3 uur per maand naar 1,2 uur per maand.
- Bij thuiszorg/MPT kunnen er afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar (prestatie thuiszorgtechnologie). Bij VPT past het binnen het dagtarief. Implementatiekosten kunnen gefinancierd worden uit transitiemiddelen (en nu ook STOZ).

Innovatie 5: Medicijndispensers

De medicijndispenser is een apparaat dat voorkomt dat een cliënt medicijnen vergeet in te nemen, of te vroeg of te laat medicijnen inneemt. De dispenser bevat een medicatierol die bestaat uit zakjes met de medicatie voor een bepaald tijdstip op de dag. Op het moment dat iemand medicijnen moet innemen, geeft de medicijndispenser ze vrij. Op het moment dat iemand medicijnen moet nemen, geeft de dispenser een geluid- en lichtsignaal. Haalt iemand de medicijnen er niet uit, dan krijgt de mantelzorger, familie of zorgprofessional een melding. Zij kunnen ook op een bijbehorende app of via een portaal (website) kijken welke medicijnen diegene al heeft afgenomen. In dit onderzoek is gefocust op Medido, met inzet binnen de thuiszorg en VPT.

zakje. Medido wordt geprogrammeerd opgestuurd.

- Het systeem is alleen geschikt voor tabletten. Doorgaans activeert de zorgverlener de dispenser bij de cliënt thuis, maar dit kan ook door de leverancier gedaan worden.
- Er is koppeling met het ECD mogelijk. Het is geen medisch hulpmiddel. Medido werkt op stroom en de baxterrol met medicatie moet eens in de 1 tot 2 weken worden vervangen.
- Zorgmedewerkers (en mantelzorgers) kunnen via een app of online portaal de medicatie-uitgifte volgen). Voor meldingen is internetverbinding nodig.

Technologie

- Het is een simpel apparaat in de vorm van een klok waarin de medicatietijden worden ingesteld. Op de ingegeven tijd geeft het apparaat een seintje en wordt met één druk op de knop de medicatie vrijgegeven, in een opengesneden

Cliënt

- Het systeem werkt over het algemeen gebruiksvriendelijk voor mensen. Het is simpel en een korte uitleg volstaat doorgaans.
- Het kan effect hebben op het gevoel van eigen regie, gevoel van zelfstandigheid bij de cliënt. Verder wordt in theorie de medicatietrouw

verhoogd en is er minder risico op foute medicatie. Hier is echter weinig (wetenschappelijk) onderzoek over beschikbaar.

- Het is wel nodig dat men enige mate van zelfstandigheid heeft, er moet een medicatieaanreikingsindicatie zijn. Verder moet het gehoor nog voldoende zijn en moet men mobiel genoeg zijn om zelf de medicatie te pakken.
- Qua privacy heeft het positieve gevolgen voor de client, omdat iemand zelfstandig medicatie kan nemen. Medido voldoet aan AVG richtlijnen.

Mantelzorger

- Het kan de mantelzorger ontzorgen, omdat er meer rust is dat de medicatie goed wordt ingenomen.
- In sommige gevallen doet de mantelzorger de nieuwe baxterrol er in of kan er een melding worden ingesteld voor de mantelzorger als medicatie niet is ingenomen, via een app. Hier is uitleg en training voor nodig, beschikbaar via Medido. Verder moet men vaardigen hebben om een app te kunnen gebruiken.

Zorgverlener

- Bij automatische medicatie-uitgifte verandert er veel in de werkprocessen van zorgverleners. Dit wordt vaak als positief ervaren: het scheelt tijd, er is betere planning mogelijk en de tijd die over is kan op een andere manier aan cliënten worden besteed. Tegelijkertijd zijn er minder zorgmomenten en kan daarmee ook signalering van andere zaken (zoals eenzaamheid, noodzaak tot aanvullende zorg) lager worden. Hier is nog geen onderzoek naar gedaan.
- Als de medicatie niet wordt uitgenomen krijgt de zorgverlener (of mantelzorger) een signaal, via portaal of app. Zorgverleners regelen doorgaans het navullen van de baxterrol en het aanvragen enzovoorts. Hier is wat kennis en vaardigheid voor nodig, dit wordt getraind door Medido en er is een klantenservice beschikbaar.

Team en organisatie

- Zorgteams moeten anders gaan werken en hier zijn duidelijke afspraken voor nodig tussen de betrokken partijen, met name tussen apotheek, zorgaanbieder, zorgcentrale en leverancier van de medicijndispenser, maar ook mantelzorgers, leverancier van medicijnrollen, en zorg- en medisch service centra.

Financiën en regelgeving

- Berekeningen over wat het systeem kan opleveren verschillen van 4 uur per cliënt per maand (gemiddeld 10 minuten per cliënt per dag) tot 14-16 uur per cliënt per maand. Daarin valt ook reistijdbesparing door minder zorgbezoeken – wat soms wel geldt en soms ook niet, afhankelijk van of andere zorg met de medicatiemomenten gecombineerd werd. Verder kunnen zorg en medicatie worden losgekoppeld in de planning, waardoor de planning efficiënter gemaakt kan worden.
- Het wordt vergoed vanuit de zorgverzekering (prestatie thuiszorgtechnologie). Wel zijn er kosten voor implementatie.
- Uit de maatschappelijke business case van Vilans blijkt dat de grootste winst bij de zorgverzekeraar komt, omdat er minder personeelsinzet gedeclareerd wordt. Het is dus aan de zorgorganisatie om goed te kijken hoe de gewonnen op een andere (zinvolle & declarabele) manier kunnen worden ingezet.
- Medido is positief getoetst door het Kenniscentrum Digitale Zorg op randvoorwaarden.

Innovatie 6: Slim incontinentiemateriaal

Slim incontinentiemateriaal bevat sensoren die meten of het incontinentiemateriaal verzadigd is. De interne of externe sensor stuurt dit door naar een app. Zo weet een zorgmedewerker wanneer het materiaal vervangen moet worden. In dit onderzoek is gefocust op intramuraal gebruik van slim incontinentiemateriaal.

Technologie

- Het gebruiken van het materiaal moet goed getraind worden en het gebruik van de app of dashboard ook. Over het algemeen is dit met training goed aan te leren, maar vraagt vaak wel meer dan regulier incontinentiemateriaal.
- Medewerkers zien op hun telefoon of het incontinentiemateriaal verzadigd is. Ze kunnen een percentage van verzadiging instellen, zodat ze bij bijvoorbeeld 50% of 75% een seintje krijgen. Aan de meldingen op de app moet ook gewend worden, dit kan soms als storend worden ervaren.
- Een algemeen voordeel is dat er vaak minder urinegeur op de afdeling hangt.

Cliënt

- Voor cliënten vraagt het een verandering in het incontinentiemateriaal, wat wennen kan zijn en waarbij het belangrijk is dat men de sensoren met rust laat.
- De effecten die gerapporteerd worden bij cliënten zijn grotendeels positief, er is minder agitatie, minder huidproblemen, meer privacy, betere nachtrust, meer rust op de afdeling en minder urinegeur.

Mantelzorger

- Omdat het hier om gebruik intramuraal gaat zal er voor de mantelzorger/sociale omgeving niet veel veranderen.
- De voordelen die het voor de cliënt heeft worden als prettig ervaren - het kan een betere kwaliteit van zorg opleveren voor de naaste.

Zorgverlener

- De zorgtechnologie heeft in principe een duidelijk doel binnen het zorgproces wat diverse voordelen kan opleveren: verkorte zorgmomenten, meer efficiëntie, minder fysieke belasting, minder verschoning van bedden en meer tevredenheid bij cliënten.
- Het vraagt wel een andere manier van werken en er zijn vaardigheden nodig voor het inleggen van het materiaal en het werk afstemmen aan de hand van de meldingen (in de app of dashboard). Dit is vaak wennen en vraagt ook om voldoende scholing.
- Nadelen zijn dat er bij goed gebruik minder contactmomenten zijn en dat de betrouwbaarheid niet volledig is, er kunnen ook foutieve meldingen zijn.
- Een belangrijke kanttekening die niet in de literatuur en rapportages wordt genoemd maar wel in ervaringsgesprekken is dat er geen vaste ontlasting gedetecteerd wordt.

Team en organisatie

- Door de andere manier van werken moet er ook op teamniveau anders worden gewerkt en veranderingen zorgplanningen. Om efficiëntie te bereiken is het van belang dat het hele team de nieuwe manier van werken aanhoudt.
- Een positief innovatieklimaat ondersteund door het bestuur, enthousiaste kartrekkers, intrinsieke motivatie binnen teams om anders te werken en voldoende interne trainingen dragen bij aan een succesvolle implementatie.

Financiën en regelgeving

- Bij vijf van de negen locaties uit een Vilans rapport van 2021 is de besparing dankzij slim incontinentiemateriaal positief, maar verschillen zijn groot tussen locaties.
- Randvoorwaarden om tot besparing te kunnen komen: betrouwbare technische infrastructuur, een succesvolle implementatie met voldoende training en het anders leren werken met inzet van technologie.

- Vilans rapporteert dat hoe hoger de mobiliteitsklasse van cliënten is, hoe hoger de mogelijke financiële baten en/of te behalen tijdwinst. De tijdbesparing is bij cliënten in een rolstoel of bij bedlegerige cliënten het hoogst. Het resultaat is een mogelijke werkdrukverlichting per jaar in Nederland van 1.900 FTE. Op basis van de huidige onderzoeksresultaten en 23% (gemiddelde) inzetbaarheid onder Wlz-cliënten in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg.
- Drie soorten slimme incontinentiematerialen zijn positief getoetst door het Kenniscentrum Digitale zorg op data veiligheid en certificering - Abena Nova, Tena SmartCare Identifi en Tena Smart Indicator

Zorgvernieuwing, Innovatie en Technologie binnen ZorgScala



DE HAAGSE
HOGESCHOOL