

Innovaties in de ouderenzorg

Een inventarisatie van potentieel
arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende
innovaties binnen de Limburgse ouderenzorg

T. Thoma-Lürken
M.H.C. Bleijlevens
M.A.S. Lexis
N.A.P. Spierts
L.P. de Witte
J.P.H. Hamers

Maart 2015



Provinciale Raad
voor de
Volksgezondheid
Limburg

provincie limburg
gesubsidieerd door de Provincie Limburg



Innovaties in de ouderenzorg

Een inventarisatie van potentieel
arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende
innovaties binnen de Limburgse ouderenzorg

T. Thoma-Lürken
M.H.C. Bleijlevens
M.A.S. Lexis
N.A.P. Spierts
L.P. de Witte
J.P.H. Hamers

Maart 2015

COLOFON

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt met financiering van de Provincie Limburg, Maastricht University en Zuyd Hogeschool.

Opdrachtgever

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg

Uitvoering

Maastricht University, Zuyd Hogeschool

Onderzoekers

Mw. T. Thoma-Lürken, MSc

Dr. M.H.C. Bleijlevens

Mw. dr. M.A.S. Lexis

Mw. N.A.P. Spierts, Bhs

Prof. dr. L.P. de Witte

Prof. dr. J.P.H. Hamers

Lay-out en druk

Datawyse/Universitaire Pers Maastricht

ISBN: 978 94 6159 419 8

Universitaire Pers Maastricht

Correspondentieadres

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg

Postbus 1101

6201 MG Maastricht

© 2015 Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebbende.

KLANKBORDGROEP

<i>Leden</i>	<i>Organisaties</i>
Mw. C.W.M. Coolen	Provincie Limburg
Drs. J.C. Hügel	CZ
Mw. mr. H.C.C.E. Koster	Cicero Zorggroep
H.J.G.M. Leenders	Atrium - Orbis
Drs. J.A.M.B. Maes	Huis voor de Zorg
Drs. B.J.P. Mol	Envida
Drs. M.J.M. Nuijens	Envida
Drs. W.P. Ploegman	Proteion Thuis
Drs. R.F.M. Ruijters	MeanderGroep Zuid-Limburg
Mw. drs. M.G.H. Severens	Sevagram
Drs. W.B.J. van Soest	De Zorggroep

LEESWIJZER

Dit rapport beschrijft de opzet en de resultaten van een inventarisatie van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties die op dit moment in de Limburgse verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT) in ontwikkeling zijn en/of toegepast worden.

In hoofdstuk 1 (Inleiding) van het rapport vindt u de beschrijving van de aanleiding en onderzoeksvragen van het onderzoek. De gehanteerde onderzoeksmethode is beschreven in hoofdstuk 2 (Methode van onderzoek). Een overzicht van de resultaten staat in hoofdstuk 3 (Resultaten). De belangrijkste resultaten en conclusies worden beschreven in hoofdstuk 4 (Discussie en conclusie). De vervolgstappen van het onderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 5 (Vervolgstappen). De samenvatting is voorin dit rapport opgenomen.

Voorwoord

‘Evidence based beleid’ is de filosofie dat het beleid gebaseerd dient te zijn op de beste evidentie over wat werkt. In een evidence based aanpak worden beleid en praktijk gebaseerd op een oordeelkundig, expliciet en nauwgezet gebruik van de huidige *best evidence*. Een evidence based attitude impliceert dat bestuurder of beleidsmaker zich in zijn of haar professionele handelen bewust is of er bewijsmateriaal (evidence) is om een beslissing te ondersteunen en hoe sterk dit bewijsmateriaal is.

Evidence based beleid staat - vergeleken met het grote voorbeeld ‘evidence based medicine’ - nog in de kinderschoenen. Ondanks het vele onderzoek ontbreekt het vaak aan overzicht van de bestaande kennis. We zien vaak door de vele bomen van projectevaluaties het bos niet meer. Zo ook in de ouderenzorg. Steeds meer initiatieven en projecten in de ouderenzorg worden tegenwoordig deugdelijk geëvalueerd, maar een volledig beeld over de kennis en inzichten die dit oplevert ontbreekt nog.

Het rapport dat voor u ligt brengt daar verandering in. *‘Innovaties in de ouderenzorg: Een inventarisatie van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties binnen de Limburgse ouderenzorg’* voorziet in een inventarisatie van de arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties die op dit moment in de Limburgse VVT-organisaties worden ontwikkeld en toegepast. Deze inventarisatie is een eerste aanzet tot een meer evidence based aanpak en beleid in de ouderenzorg.

Het rapport *‘Innovaties in de ouderenzorg’* past in het streven van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg om door advies en kennisoverdracht bij te dragen aan verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg in de provincie.

Maastricht, maart 2015

Prof. dr. W. Groot

Voorzitter Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	9
[1] Inleiding	13
1.1 Achtergrond onderzoek	14
1.2 Doelstelling onderzoek	16
[2] Methode van onderzoek	19
2.1 Onderzoeksopzet en populatie	20
2.2 Dataverzameling	20
2.3 Procedure	20
2.4 Data-analyse	21
[3] Resultaten	25
3.1 Deelnemende organisaties	26
3.2 Definitie innovaties	27
3.3 Overzicht van innovaties	27
3.4 Gerapporteerd bewijs van effectiviteit	35
3.5 Selectie van kansrijke innovaties	35
[4] Discussie en conclusie	39
4.1 Discussie	40
4.2 Kanttekeningen	40
4.3 Conclusie	41
[5] Vervolgstappen	47
[6] Literatuur	51
Bijlage [1] Leden Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg	55
Bijlage [2] Criterialijst ter selectie van kansrijke innovaties	59

Samenvatting

Als gevolg van de dubbele vergrijzing en de afname van het aantal beschikbare zorgverleners komt de ouderenzorg in de komende jaren steeds meer onder druk te staan. Ook veranderende verwachtingen van mensen ten aanzien van zorgverlening, zoals het voeren van eigen regie en de extramuralisering waarop de overheid stuurt, leiden er toe dat de zorg steeds complexer wordt. Om kwalitatief goede ouderenzorg te kunnen blijven leveren, die tevens voldoet aan de wensen en behoeften van de ouderen, zijn verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT), genoodzaakt om te veranderen en te innoveren. Op die manier zijn zij ook in de toekomst in staat de duurzaamheid en kwaliteit van de ouderenzorg te blijven waarborgen. In de praktijk blijkt dat veel VVT-organisaties zich met innovatie bezig houden, maar dat organisaties maar beperkt van elkaars activiteiten op de hoogte zijn. Als organisaties hun kennis en ervaring over innovaties meer met elkaar zouden delen, zou voorkomen kunnen worden dat iedereen tegen dezelfde problemen aanloopt en men overal het wiel opnieuw probeert uit te vinden. Tot nu toe ontbreekt een (gedetailleerd) overzicht van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteit verbeterende innovaties die binnen de Limburgse VVT-organisaties worden toegepast.

Dit rapport beschrijft de opzet en de resultaten van een onderzoek uitgevoerd door Maastricht University en Zuyd Hogeschool, in samenwerking met en mede gefinancierd door de Provincie Limburg. In dit onderzoek is een inventarisatie gemaakt van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties die op dit moment in de Limburgse VVT-sector in ontwikkeling zijn en/of toegepast worden. Door middel van semi-gestructureerde interviews zijn in de periode van september 2013 t/m januari 2014 de toegepaste en in ontwikkeling zijnde innovaties bij 26 VVT-organisaties in kaart gebracht. In november 2014 zijn de in kaart gebrachte innovaties geactualiseerd. In totaal heeft dit 253 innovaties in de Limburgse VVT-sector opgeleverd. Op basis van deze resultaten kunnen vier clusters aan innovaties worden onderscheiden: productinnovaties, procesinnovaties, organisatorische innovaties en overige innovaties. De organisaties blijken nog maar beperkt zicht te hebben op de effectiviteit van de toegepaste innovaties. Een overzicht van alle innovaties is gepubliceerd in een database op de website (<http://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl>) van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg. Dit overzicht kan als basis dienen voor (wetenschappelijk) onderzoek naar de effectiviteit van innovaties. Bovendien is het interessant voor bestuurders van VVT-organisaties en voor zorgverleners die het overzicht kunnen gebruiken als bron van inspiratie voor mogelijke oplossingen voor door hun cliënten ervaren problemen. Op basis van de resultaten van het onderzoek worden adviezen gegeven voor diverse relevante stakeholders, zoals beleidsmakers, financiers, bestuurders en onderzoekers.

Inleiding [1]

1.1 Achtergrond onderzoek

Het aantal inwoners van Nederland van 65 jaar en ouder zal in de komende jaren fors toenemen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). Als gevolg van deze vergrijzing is het aannemelijk dat de vraag naar langdurige zorg ook zal toenemen (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, 2011; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). Tegelijkertijd zal het aantal potentiële werknemers, die deze langdurige zorg zouden kunnen leveren, afnemen (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, 2011). Deze ontwikkelingen zullen zich in meer of mindere mate in heel Nederland voordoen. Bepaalde provincies, waaronder ook Limburg, zullen hierin echter voorop lopen. In 2013 hebben in totaal 76.505 ouderen in Limburg gebruik gemaakt van zogenaamde zorgdiensten. Zo hebben 30.025 Limburgse ouderen gebruik gemaakt van zorg vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) (zonder verblijf), 29.565 ouderen maakten gebruik van zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere ziektekosten (AWBZ) (zonder verblijf) en 16.915 ouderen maakten gebruik van zorg vanuit AWBZ (met verblijf) (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015). In Limburg is de impact van de vergrijzing in vergelijking met andere provincies sterker en zal de vergrijzing ook in de toekomst sterker toenemen (Giesbers, Verweij, & de Beer, 2013). Dit is te verklaren door een combinatie van bevolkingskrimp en een relatief hoog aandeel ouderen (65 plussers) in de Limburgse bevolking. Daarnaast verlaten veel jongere mensen Limburg om elders te studeren of te werken (de Jong & van Duin, 2010).

Naast deze demografische veranderingen zijn ook de verwachtingen en wensen die ouderen aan de geleverde zorg stellen aan verandering onderhevig. Mensen willen langer zelfstandig thuis blijven wonen en meer eigen regie voeren over de zorg die zij ontvangen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). De traditionele wijze van zorgverlening, zoals een verblijf in grootschalige verpleeghuizen, voldoet vaak niet meer aan deze verwachtingen (van Bilsen, Hamers, Groot, & Spreeuwenberg, 2008; Verbeek, Zwakhalen, Schols, & Hamers, 2013). Daarnaast leidt ook de extramuralisering van de langdurige zorg voor ouderen, waar de Nederlandse overheid op stuurt, tot grootschalige veranderingen in de organisatie van deze zorg. In het verleden werd de langdurige zorg voor ouderen in Nederland deels thuis (voor mensen met een relatief lage zorgbehoefte), in verzorgingshuizen (voor mensen met een iets zwaardere zorgbehoefte) en in verpleeghuizen (voor mensen met een zware/intensieve zorgbehoefte) verleend. Deze zorg werd grotendeels gefinancierd vanuit de AWBZ. Vanaf 1 januari 2015 is de AWBZ vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). Onder de nieuwe Wlz valt zorg voor mensen met een intensieve zorgbehoefte die 24 uur per dag toezicht nodig hebben. Verder zullen middelen voor de langdurige zorg voor ouderen uit de oude AWBZ overgeheveld worden naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) (de Vries & Kossen, 2014). Door de transitie van de AWBZ naar de Wmo, ook wel decentralisatie genoemd, komt meer verantwoordelijkheid voor de ouderenzorg bij de gemeenten te liggen. Voor gemeenten betekent dit dat zij hun burgers bij hun zelfredzaamheid en participatie in de samenleving moeten ondersteunen. In de nieuwe Wmo komt de nadruk te liggen op de inzet van de eigen kracht en het netwerk van de burgers. Daar waar problemen niet zelf opgelost kunnen worden, kunnen algemene en maatwerkvoorzieningen, gefinancierd

vanuit de gemeenten, ingezet worden. Verzorgingshuizen worden in het kader van deze stelselwijziging afgebouwd en ouderen die voorheen nog intramuraal opgenomen werden, moeten nu langer thuis blijven wonen met ondersteuning vanuit de gemeenten (Wmo) en wijkverpleging en verzorging vanuit de Zvw (Gemeente Sittard-Geleen, 2014). Als gevolg van deze ontwikkelingen zullen mensen met een zwaardere zorgvraag langer thuis blijven wonen. Hierdoor ontstaan nieuwe rollen en taken voor zorgprofessionals m.b.t. de langdurige zorg voor ouderen in de thuissituatie. Voorbeelden hiervan zijn wijkverpleegkundigen die de zorg voor ouderen in de wijk coördineren of de introductie van case managers dementie die individuele zorg voor deze specifieke doelgroep gaan coördineren. Daarnaast wordt in de langdurige zorg voor ouderen steeds meer technologie ingezet, daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het digitaliseren van bepaalde processen of de inzet van ondersteunende technologie, zoals domotica, in het primaire proces.

Gezien de bovenstaande ontwikkelingen zal de zorg voor ouderen steeds complexer worden. De uitdaging zal zijn om ook in tijden van vergrijzing en transitie kwalitatief goede ouderenzorg op de juiste plek te kunnen leveren die past bij de wensen en behoeften van de nieuwe generatie ouderen. Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT), die naast mantelzorgers, een groot deel van de benodigde langdurige zorg voor ouderen in Nederland leveren, zijn daarom genooddaakt om te veranderen en te vernieuwen/te innoveren. Op die manier zijn zij ook in de toekomst in staat de duurzaamheid en de kwaliteit van de ouderenzorg te blijven waarborgen. De ontwikkeling en implementatie van innovaties in de zorg is daarom cruciaal. De term innovatie is een heel breed begrip. In het woordenboek (Van Dale Uitgevers, 2014) wordt innovatie beschreven als 'invoering van een nieuwigheid'. Daarnaast worden ook in de wetenschappelijke literatuur talloze definities van innovatie beschreven. Een veel gebruikte definitie binnen de gezondheidszorg is de definitie van Rogers. Deze luidt als volgt: "Een innovatie is een idee, praktijk, of object dat door een individu of andere eenheid van adoptie als nieuw wordt waargenomen" (geciteerd door van Linge, 2006, p. 15). Deze definitie benadrukt het subjectieve element van innovatie.

Wat voor de ene persoon of organisatie als nieuw ervaren wordt, hoeft voor de andere persoon of organisatie helemaal niet nieuw te zijn. Bij een innovatie wordt vaak gedacht aan nieuwe producten, maar innovaties kunnen ook nieuwe processen, nieuwe organisatie of marketing methoden zijn (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005). In het licht van de vergrijzing, stijgende zorgkosten en veranderende verwachtingen van ouderen zouden innovaties zich vooral moeten richten op efficiënte oplossingen die leiden tot meer eigen regie van ouderen, arbeidsbesparing en het verbeteren van de kwaliteit van de langdurige zorg voor ouderen.

Uit kennis en ervaringen opgedaan binnen bestaande samenwerkingsverbanden tussen de kennisinstututen Universiteit Maastricht, Zuyd Hogeschool en ouderenzorg organisaties in Limburg verbonden aan de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (AWO) en het Expertisecentrum voor Innovatieve Zorg en Technologie (EIZT) komt naar voren dat veel Limburgse VVT-organisaties bezig zijn met de ontwikkeling en introductie van innovaties in de ouderenzorg. Voorbeelden hiervan zijn: de inzet van zorg op afstand, bijvoorbeeld in de

vorm van leefstijlmonitoring in de thuiszorg (Willems, Van der Heide, & Spreeuwenberg, 2011), het gebruik van interactieve vloerprojecties om ouderen te stimuleren om meer te bewegen (Braun et al., 2014), de introductie van nieuwe woon-zorg concepten, zoals 'de Mins' (Lexis, Spierts, van den Heuvel, & de Witte, 2013) of de implementatie van een methode met als doel om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen te reduceren (EXBELT) (Gulpers et al., 2011, 2013). Het ontwikkelen, evalueren en implementeren van innovaties in de (ouderen)zorg kan voor organisaties een duur en zeer tijdsintensief proces zijn. Ondanks dat deze organisaties in dezelfde regio opereren en/of onderdeel zijn van dezelfde samenwerkingsverbanden, zijn ze niet altijd op de hoogte van alle toegepaste innovaties. Als organisaties hun kennis en ervaringen over innovaties meer met elkaar zouden delen, zou voorkomen kunnen worden dat iedereen tegen dezelfde problemen aanloopt en men overal het wiel opnieuw probeert uit te vinden. Hiervoor zou een overzicht beschikbaar moeten zijn, dat inzichtelijk maakt wie met welke innovatie bezig is. Tot nu toe ontbreekt dit (gedetailleerde) overzicht van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties die binnen de Limburgse VVT-organisaties worden toegepast. Een dergelijk overzicht zou als basis kunnen dienen voor het delen van kennis over innovaties en het leren van elkaars ervaringen.

1.2 Doelstelling onderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is het inventariseren van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties die op dit moment in de Limburgse VVT-organisaties in ontwikkeling zijn en/of toegepast worden.

Om aan deze doelstelling te voldoen zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Welke innovaties worden binnen de Limburgse VVT-organisaties ontwikkeld en/of toegepast met als doel om arbeidsbesparing of kwaliteitsverbetering in de ouderenzorg te realiseren?
- Wat zijn de kenmerken van deze innovaties (doel, doelgroep, setting, status, mate van bewijs van effectiviteit en kosten)?
- Wat zijn de meest kansrijke arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties?

Methode van onderzoek [2]

2.1 Onderzoeksopzet en populatie

Om kansrijke innovaties in de Limburgse VVT-organisaties op te sporen is gekozen voor een cross-sectionele onderzoeksopzet. Alle Limburgse VVT-organisaties die een contract hebben met één van de zorgkantoren (CZ of VGZ) en die ouderenzorg in natura verlenen werden uitgenodigd voor deelname.

2.2 Dataverzameling

De eerste dataverzamelingsfase heeft plaatsgevonden in de periode van september 2013 tot januari 2014. De gegevens zijn verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews met bestuurders van de VVT-organisaties en deels met andere medewerkers, zoals managers of beleidsmedewerkers (als dat door bestuurders aangeraden werd).

Een tweede dataverzamelingsfase ('update') heeft plaatsgevonden in de periode oktober tot december 2014. Alle organisaties die in fase één deelgenomen hebben aan een interview zijn via email benaderd met de vraag of er ten opzichte van de eerste dataverzamelingsfase nog nieuwe innovaties in ontwikkeling zijn of toegepast worden binnen hun organisaties. Indien dit het geval was, is aan de organisaties gevraagd deze gegevens aan te leveren.

2.3 Procedure

In de eerste dataverzamelingsfase werden de interviews gehouden door leden van het projectteam, in tweetallen, waarbij de ene onderzoeker de rol van gespreksleider en de andere de rol van observator vervulde. Ter voorbereiding op de interviews ontvingen de deelnemers een projectbeschrijving en een topiclijst. De topiclijst werd vervolgens als leidraad voor de interviews gebruikt, zodat gewaarborgd werd dat tijdens alle gesprekken dezelfde onderwerpen ter sprake kwamen. Deze topiclijst bevatte de volgende onderwerpen:

- Wat verstaat u onder een innovatie?
- Wat zijn de belangrijkste innovaties binnen uw organisatie (wat is het doel, de doelgroep, de status, de kosten, contactpersoon en contactgegevens)?
- Welke innovaties zijn in ontwikkeling binnen uw organisatie?
- Zijn er innovatieplannen voor komend jaar?
- Wat zijn de meest urgente zorgproblemen die een oplossing behoeven?
- Met welke personen binnen uw organisatie kunnen/mogen wij contact opnemen om meer informatie over de benoemde innovaties te verkrijgen?

Van alle interviews zijn geluidsopnames gemaakt indien de interviewpartners hiervoor toestemming gaven. Op basis van de informatie uit de interviews werd een gestandaardiseerd format gebruikt om de innovaties te beschrijven (figuur 1).

Standaard format voor innovatie database

1. Naam innovatie
2. Beschrijving innovatie
3. Doel van de innovatie
4. Doelgroep/setting
5. Status/bewijs van effectiviteit
6. Kosten verbonden aan de innovatie
7. Organisatie
8. Contactpersoon
9. Contactgegevens
10. Link naar website
11. Overige opmerkingen

Figuur 1: **Gestandaardiseerd format innovatie database**

Vervolgens werden de ingevulde formats samen met een handleiding, die beschrijft hoe het format idealiter ingevuld zou moeten worden, ter verificatie en ter aanvulling teruggestuurd naar de geïnterviewde(n). Daarnaast werd toestemming gevraagd om de aangedragen innovaties op te nemen in een publiekelijk toegankelijke database op de website van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (<http://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl>).

2.4 Data-analyse

2.4.1 Clustering van innovaties

Om structuur in de data aan te brengen en een overzicht te krijgen van de verschillende innovaties zijn deze eerst geclusterd in vier categorieën: productinnovaties, procesinnovaties, marketing innovaties en organisatorische innovaties. Om deze clustering aan te brengen werd gebruik gemaakt van de definities zoals beschreven door de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) en Eurostat (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005).

Productinnovatie: ‘de implementatie van een product of dienst die nieuw is of een significante verbetering is ten opzichte van de bestaande karakteristieken of het beoogde gebruik. Het betreft significante verbeteringen in technische specificaties, onderdelen of materialen, ingebouwde software, gebruiksvriendelijkheid of andere functionele karakteristieken’ (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005, p.48).

Procesinnovatie: ‘de implementatie van een nieuwe of significant verbeterde productie- of leveringsmethode. Dit betreft significante veranderingen in techniek, apparatuur en/of software’ (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005, p.49).

Organisatorische innovatie: ‘de implementatie van een nieuwe organisatorische methode met betrekking tot de bedrijfsvoering, de organisatie van de werkomgeving of de externe relaties van een bedrijf’ (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005, p.51).

Marketing innovatie: ‘de implementatie van een nieuwe marketing methode. Dit betreft een significante verbetering van het productdesign of verpakking, product plaatsing, product promotie of prijsstelling’ (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005, p.49).

Vervolgens is deze eerste indeling gecontroleerd door twee andere onderzoekers van het projectteam. Indien de onderzoekers van mening verschilden over de indeling van innovaties zijn ze met elkaar in discussie gegaan om consensus te bereiken. Om de data verder inzichtelijk te maken werden de verschillende type innovaties verder onderverdeeld in thematische subclusters. Bij de organisatorische innovaties werden de subclusters zoals beschreven door de OECD en Eurostat (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005) gekozen, namelijk innovaties met betrekking tot bedrijfsvoering, innovaties met betrekking tot de organisatie van de werkomgeving en innovaties met betrekking tot externe relaties. Voor de overige typen innovaties, waarvoor nog geen subclusters zijn beschreven in de literatuur, werden subclusters door de leden van het projectteam geformuleerd op basis van de beschikbare data.

2.4.2 Selectie meest kansrijke innovaties

Om te beoordelen of een innovatie kansrijk is zijn criteria nodig waarmee het woord ‘kansrijk’ geoperationaliseerd kan worden. Er bestaat geen standaard methode om te beoordelen of een innovatie kansrijk is, daarom is door het projectteam op basis van literatuur, consensus in het projectteam en in overleg met de klankbordgroep een criterialijst ontwikkeld (zie bijlage 2). Deze lijst bestaat uit zeven criteria:

- **Arbeids(kosten)besparing (AB):** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre verwacht wordt dat door de inzet van een innovatie een stijging van de productiviteit of een verlaging van de zorgvraag bereikt kan worden.
- **Kwaliteit van zorg (KvZ):** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre verwacht wordt dat door de inzet van een innovatie de kwaliteit van zorg verbeterd wordt.
- **Relevantie:** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre de innovatie een oplossing zal bieden voor een belangrijk zorgprobleem.
- **Contextgevoeligheid:** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre de innovatie gemakkelijk toepasbaar is in een andere organisatie/omgeving.
- **Implementeerbaarheid:** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre de innovatie omarmd wordt door de betrokken stakeholders, omdat het voor het slagen van een innovatie cruciaal is dat de betrokken stakeholders overtuigd zijn van de meerwaarde van de innovatie.
- **Mate van evidence:** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre de effectiviteit van een innovatie daadwerkelijk bewezen is. Zijn er bijvoorbeeld studies uitgevoerd die bewijs van effectiviteit leveren en hoe was de kwaliteit van deze studies.
- **Bevorderen van eigen regie:** Met dit criterium wordt beoordeeld in hoeverre de innovatie bijdraagt aan het bevorderen van de eigen regie van ouderen.

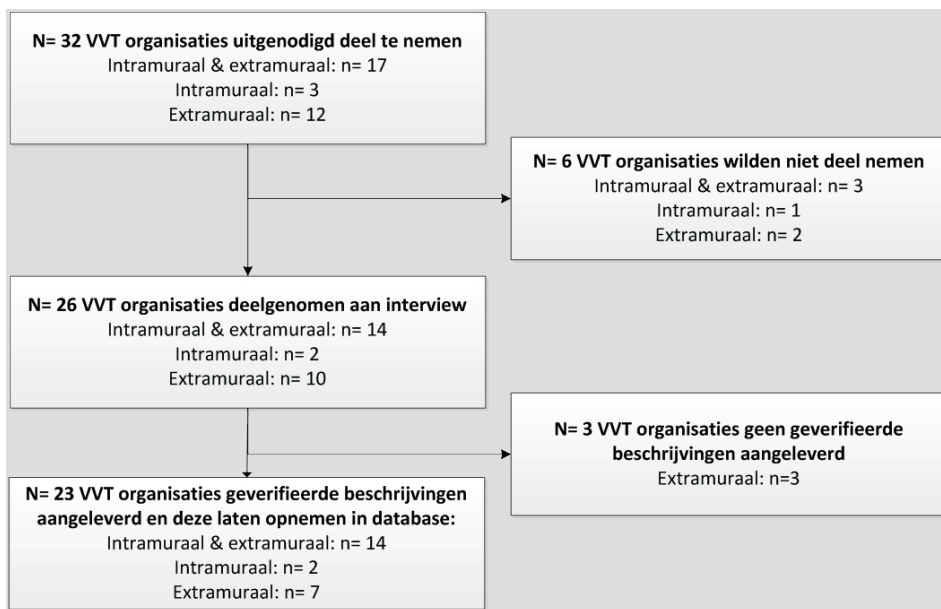
Alle innovaties die verzameld werden in de eerste dataverzamelingsfase (waarvan uiterlijk begin februari 2014 een geverifieerde beschrijving van de organisaties beschikbaar was) zijn aan de hand van een criterialijst door drie onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld (twee onderzoekers van het projectteam en een externe beoordelaar). De innovaties zijn aan de hand van de zeven criteria op een 5-puntsschaal (range 0-4) beoordeeld. Hoe hoger de innovaties scoren op de individuele criteria, hoe kansrijker zij worden beoordeeld. Indien de onderzoekers op een criterium 2 of meer punten van elkaar afweken, heeft discussie plaatsgevonden om tot consensus te komen. Innovaties die 1 of lager scoren op de criteria 'arbeids(kosten)besparing' of 'kwaliteit van zorg' werden geëxcludeerd, omdat aan deze criteria minimaal voldaan moet worden.

De maximale score op de criterialijst was 28 punten. Hoe hoger de totaalscore, hoe kansrijker de innovatie beoordeeld wordt. Alle 'kansrijke' innovaties zijn voorgelegd aan de klankbordgroep van het project '(arbeidsbesparende) innovaties ouderenzorg' om tot een beslissing over de verdere voortgang van het project te komen. In deze klankbordgroep zijn verschillende stakeholders uit de langdurige ouderenzorg vertegenwoordigd (VVT-organisaties, cliënten door deelname van Huis voor de Zorg, de Provincie Limburg en een zorgverzekeraar).

Resultaten [3]

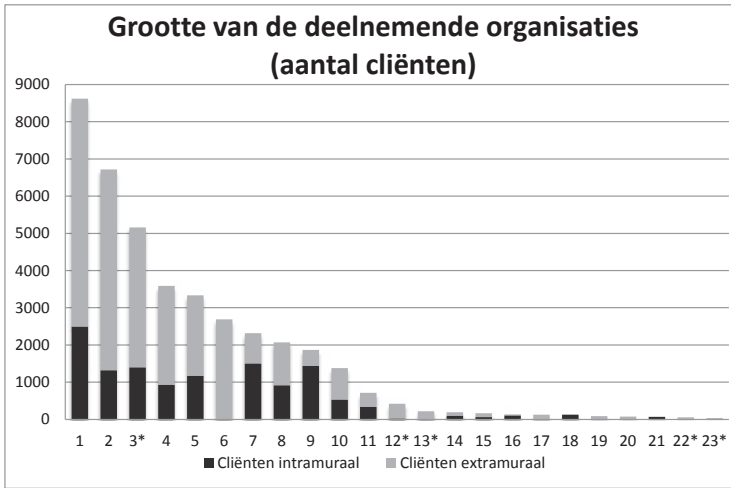
3.1 Deelnemende organisaties

De 32 VVT-organisaties die een contract met één van de zorgkantoren in de Provincie Limburg hebben en zorg in natura leveren, zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Er waren 26 organisaties bereid om deel te nemen aan een semi-gestructureerd interview. In totaal hebben 33 interviews plaatsgevonden (bij 22 organisaties heeft één interview plaats gevonden, bij twee organisaties hebben twee interviews plaatsgevonden, één organisatie hebben drie interviews plaatsgevonden en bij één organisatie vier interviews). Twee organisaties zijn in de loop van het project gefuseerd. In de beschrijving van de resultaten zijn deze nog als twee afzonderlijke organisaties benoemd. Zoals figuur 2 laat zien, hebben uiteindelijk 23 organisaties geverifieerde beschrijvingen van hun innovaties aangeleverd n.a.v. dataverzamelingsronde 1. Tevens waren zij akkoord met publicatie van deze gegevens in de openbare database die toegankelijk is via de website van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg: (<http://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl/node/10528>).



Figuur 2: Deelnemende organisaties aan de semi-gestructureerde interviews

Van de zes organisaties die niet deelgenomen hebben, gaven er twee aan dat ze geen bijdrage konden leveren aan het onderzoek door een gebrek aan innovaties binnen hun organisaties. De overige vier organisaties hebben aangegeven niet deel te willen nemen zonder een specifieke reden daarvoor te benoemen. In totaal hebben drie organisaties na afloop van het interview geen geverifieerde beschrijvingen van innovaties geretourneerd. Twee organisaties gaven praktische redenen aan, zoals gebrek aan tijd en één organisatie heeft hiervoor geen reden gegeven. Zoals figuur 3 laat zien hebben in dit onderzoek zowel grote, middelgrote, als kleine organisaties deelgenomen. Aan dit onderzoek hebben organisaties deelgenomen die alleen thuiszorg, alleen intramurale ouderenzorg of zowel thuiszorg als intramurale zorg verlenen.



Figuur 3: **Grootte van de deelnemende organisaties**

Indien niet anders aangegeven is de databron: website <https://www.jaarverslagenzorg.nl/>

*Data ontvangen van contactpersonen van de deelnemende organisaties.

3.2 Definitie innovaties

Zoals reeds aangegeven in de introductie is de term innovatie een heel breed begrip waarvoor in de literatuur veel verschillende definities bestaan. Het merendeel van deze definities stelt dat een innovatie iets is dat door een persoon/groep als nieuw wordt ervaren. Met dat uitgangspunt is het niet objectief meetbaar of iets een innovatie is of niet, het hangt af van de individuele perceptie van een persoon/groep. Daarom is dit onderzoek gebaseerd op de definities die de geïnterviewde personen zelf aan het begrip innovatie hebben gegeven. Er werden uiteenlopende definities van innovaties gebruikt.

Door sommige geïnterviewden werd vooral benadrukt dat een innovatie iets is als dat voor hun organisatie nieuw is. Anderen definiëren innovatie als een vernieuwing en verbetering ten opzichte van een oude werkwijze. Een deel van de geïnterviewden geeft aan dat innovaties kleine stapsgewijze veranderingen zijn, terwijl andere benadrukken dat grote conceptuele stappen genomen moeten worden om te innoveren.

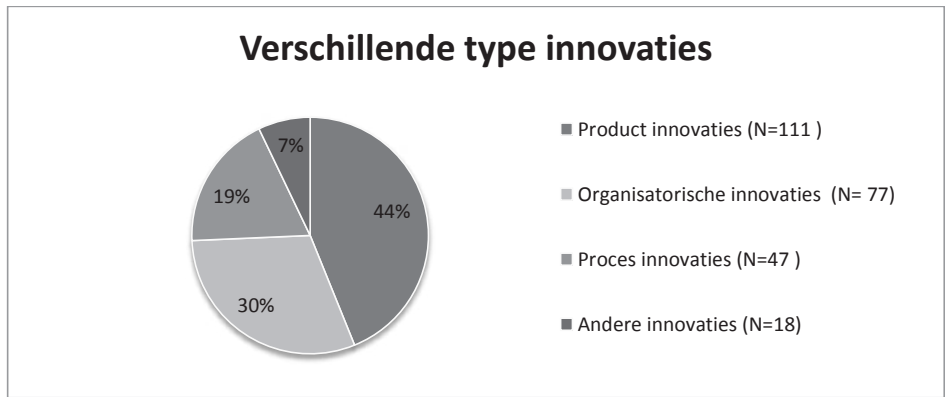
3.3 Overzicht van innovaties

In totaal hebben de deelnemende organisaties in de eerste dataverzamelingsfase 253 innovaties beschreven die op dit moment in hun organisaties ontwikkeld en/of toegepast worden. Dit zijn niet allemaal unieke innovaties, omdat sommige (vergelijkbare) innovaties door meerdere organisaties beschreven zijn. Zoals figuur 4 laat zien, betreft de meerderheid van de innovaties productinnovaties (N=111). De op één na grootste groep zijn organisatorische innovaties (N=77), gevolgd door procesinnovaties (N=47). Er zijn 18 innova-

ties benoemd die kenmerken bevatten van meerdere typen innovaties. Deze zijn samengevat als 'overige' innovaties.

Een volledig overzicht van alle innovaties is te vinden op de website van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg

(<http://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl/node/10528>).



Figuur 4: **Overzicht van aantal innovaties per type**

3.3.1 Productinnovaties

De innovatiedatabase bevat 111 productinnovaties. Zoals tabel 1 laat zien kunnen deze onderverdeeld worden in de volgende 9 subclusters: ondersteunende technologie, beweegstimulatie, therapeutische interventies, verbetering in de kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen, woonvormen/zorgdiensten, webdiensten, stimulatie zelfzorg/zelfmanagement, organisatie van dagelijkse activiteiten en overige productinnovaties.

Tabel 1: **Overzicht van Productinnovaties**

1. Productinnovaties	Verpleging en verzorging (intramuraal)		Thuiszorg (extramuraal)		Verpleging Verzorging & Thuiszorg		Totaal
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
Inventarisatieronde							
1.1. Ondersteunende technologie	N=10	N=2	N=14	N=1	N=3	N=0	N=30
1.2. Beweegstimulatie	N=14	N=1	N=4	N=0	N=4	N=0	N=23
1.3. Therapeutische interventies	N=7	N=1	N=0	N=0	N=0	N=0	N=8
1.4. Verbetering in de kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen	N=1	N=1	N=3	N=1	N=2	N=1	N=9
1.5. Woonvormen/zorgdiensten	N=4	N=4	N=3	N=0	N=1	N=0	N=12
1.6. Webdiensten	N=0	N=0	N=4	N=0	N=1	N=0	N=5
1.7. Zelfzorg/zelfmanagement stimulatie	N=1	N=0	N=2	N=1	N=0	N=0	N=4
1.8. Organisatie van dagelijkse activiteiten	N=5	N=0	N=3	N=1	N=1	N=0	N=10
1.9. Overige productinnovaties	N=4	N=1	N=2	N=0	N=3	N=0	N=10
Totaal	N=56		N=39		N=16		N=111

Ondersteunende technologie

De meerderheid van de productinnovaties (N=30) kan geclassificeerd worden als ondersteunende technologie. Dit subcluster bevat producten of diensten of combinaties van beide waarbij technologie ingezet wordt om de oudere zelf of het zorgproces te ondersteunen. Vaak wordt ondersteunende technologie in de thuiszorg ingezet om de zelfredzaamheid van ouderen te verhogen en ervoor te zorgen dat ze langer zelfstandig kunnen functioneren. Voorbeelden van ondersteunende technologie die door meerdere organisaties in de thuis-situatie ingezet worden zijn medicijnboxen met een herinneringsfunctie of sensoren voor leefstijlmonitoring. De medicijnboxen met herinneringsfunctie geven een signaal op het moment dat de medicatie ingenomen moet worden. Indien de medicatie niet ingenomen wordt, gaat een signaal naar een zorgcentrale die vervolgens een thuiszorgmedewerker kan informeren of direct contact met de cliënt kan opnemen. Bij leefstijlmonitoring wordt gewerkt met een systeem van infrarood sensoren die beweging registreren die geïnstalleerd zijn in het huis van een cliënt. Op het moment dat de sensoren beweging registreren die afwijkend is van het normale patroon van een cliënt wordt de zorgverlener of een mantelzorgverlener geïnformeerd.

In de intramurale zorg wordt het concept 'wassen zonder water' door meerdere organisaties toegepast. Hierbij worden cliënten, die hulp nodig hebben bij de dagelijkse verzorging, met speciale washandjes gewassen waardoor de gewone wasbeurt met water en zeep vervangen wordt door wassen zonder water. Ook wordt dit soms als hulpmiddel ingezet voor mensen met aversie/weerstand tegen water; al dan niet ten gevolge van cognitieve beperkingen.

Bewegestimulatie

Door de organisaties worden 23 interventies beschreven met als doel om ouderen te stimuleren meer te bewegen. De meerderheid van deze interventies wordt in de intramurale ouderenzorg ingezet. De interventies zijn deels gebaseerd op de inzet van technologie, zoals 'virtueel fietsen' of de inzet van spelcomputers om 'virtueel' te sporten. Bij andere interventies wordt geen gebruik gemaakt van technologie maar worden nieuwe diensten aangeboden, bijvoorbeeld de inzet van bewegingsagogen om bewegen te bevorderen in verpleeghuizen of de inzet van wandelgroepen. Een innovatie die door vier organisaties beschreven werd om ouderen te stimuleren meer te bewegen, is de beweegtuin. Dit is een tuin die meestal in de buurt/in de tuin van een zorgcentrum ligt waar verschillende toestellen geïnstalleerd zijn die mensen 'verleiden' om te bewegen.

Therapeutische interventies

In totaal worden door de organisaties 8 interventies beschreven met een primair therapeutisch doel. Voorbeelden hiervan zijn interventies met de robot zeehond Paro, die door verschillende organisaties in de intramurale zorg voor psychogeriatrische (PG) cliënten ingezet wordt. Deze

interventies zijn onder andere bedoeld om gedragsproblemen bij PG cliënten te reduceren, dagelijkse zorgactiviteiten te faciliteren en familiebezoeken te ondersteunen.

Kwaliteitsverbeteringen voor bepaalde doelgroepen

De database bevat 9 innovaties gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen. Verschillende organisaties beschrijven de participatie in de 'ketenzorg dementie' als innovatie. Dit is een nieuwe manier van zorgverlening voor thuiswonende ouderen met dementie en hun mantelzorgers waarbij 'casemanagers/zorgtrajectbegeleiders dementie' ingezet worden. Zij begeleiden thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers tijdens het hele ziekteproces vanaf het 'niet plus gevoel' tot opname in een verpleeghuis of het overlijden. Casemanagers/zorgtrajectbegeleiders ondersteunen cliënten en hun mantelzorgers bijvoorbeeld tijdens de diagnostische fase, bij de coördinatie van de zorgverlening of geven advies.

Woonvormen of zorgdiensten

Er worden 12 innovaties beschreven die samengevat kunnen worden als woonvormen of zorgdiensten. Voorbeelden hiervan zijn woonvormen die specifiek afgestemd zijn op de behoeftes van mensen met de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, mensen met chronische somatische klachten en mensen met dementie of complexe gedragsproblematiek. Zo wordt de zorg voor mensen met dementie in bijvoorbeeld kleinschalige woongroepen geleverd. Hier delen ongeveer 8 bewoners een gezamenlijke woonkamer, huiskamer en keuken en hebben ze daarnaast nog een eigen slaapkamer.

Webdiensten

Er worden 5 webdiensten beschreven door de organisaties die zij geïntroduceerd hebben voor hun cliënten of ouderen in het algemeen. Voorbeelden hiervan zijn virtuele 'communities/platforms'. Via een digitaal marktplein worden gemakdiensten aangeboden door zorgorganisaties, bedrijven of vrijwilligers. Daarnaast kunnen gebruikers via het platform met elkaar communiceren (bv. beeldbellen).

Zelfzorg/zelfmanagement stimulatie

In de database worden vier productinnovaties beschreven die als doel hebben de zelfzorgvaardigheden van thuiswonende ouderen te ondersteunen. Een voorbeeld is de inzet van zelfzorgcoaches. Deze coaches inventariseren de zelfzorgmogelijkheden van cliënten en faciliteren hen in hun zelfzorg.

Organisatie van dagelijkse activiteiten

Door de organisaties worden 10 innovaties beschreven die gericht zijn op dagelijkse activiteiten van ouderen. Twee organisaties hebben de functie van dagbestedingscoaches geïntroduceerd. De dagbestedingscoaches ondersteunen cliënten (in het verpleeghuis of cliënten die naar de dagbesteding van een organisatie gaan) in de planning en coördinatie van dagelijkse activiteiten. Op deze manier kan gewaarborgd worden dat de activiteiten beter afgestemd worden op de individuele behoeften van de cliënten. Door twee andere organisaties worden nieuwe vormen van dagbesteding voor ouderen geïntroduceerd. Het aanbod van deze dagbesteding richt zich specifiek op thuiswonende hoogopgeleide ouderen, met als doel een dagbesteding aan te bieden die beter past bij de behoeften van deze doelgroep.

3.3.2 Organisatorische innovaties

In totaal bevat de database 77 organisatorische innovaties. Zoals tabel 2 laat zien kunnen de organisatorische innovaties onderverdeeld worden in de volgende subclusters: innovaties met betrekking tot bedrijfsvoering, innovaties met betrekking tot de organisatie van de werkomgeving en innovaties met betrekking tot externe relaties. Organisatorische innovaties worden zowel in de intramurale als de extramurale ouderenzorg toegepast.

Tabel 2: **Overzicht van organisatorische innovaties**

2. Organisatorische innovaties	Verpleging en verzorging (intramuraal)		Thuiszorg (extramuraal)		Verpleging Verzorging & Thuiszorg		Totaal
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
Inventarisatieronde							
2.1. Innovaties met betrekking tot bedrijfsvoering	N=12	N=1	N=9	N=0	N=19	N=0	N=41
2.2. Innovaties met betrekking tot de organisatie van de werkomgeving	N=4	N=0	N=9	N=0	N=9	N=0	N=22
2.3. Innovaties met betrekking tot externe relaties	N=7	N=0	N=4	N=0	N=2	N=1	N=14
Totaal	N=24		N=22		N=31		N=77

Innovaties met betrekking tot bedrijfsvoering

De meerderheid van de organisatorische innovaties kan geïnterpreteerd worden als innovaties met betrekking tot bedrijfsvoering (N=41). Dit zijn interventies die zich richten op de verandering van de manier hoe het werk verricht wordt binnen organisaties (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005). Veel organisaties richten zich hierbij op het verbeteren van de ontwikkelings- en leermogelijkheden van hun medewerkers. Zo hebben bijvoorbeeld meerdere organisaties elektronische leeromgevingen geïntroduceerd, waarbij medewerkers online informatie over cursussen kunnen raadplegen, zich kunnen inschrijven voor cursussen en ook online cursussen kunnen volgen. Daarnaast worden ook cursussen voor medewerkers beschreven, waarbij zij leren hun cliënten te ondersteunen bij het verbeteren van hun zelfzorg- of zelfmanagementvaardigheden. Een ander voorbeeld van

een innovatie met betrekking tot bedrijfsvoering is de toepassing van Lean en Six Sigma principes in de VVT-organisaties. Door de toepassing van deze principes worden werkprocessen op hun effectiviteit en efficiëntie bestudeerd en indien nodig aangepast, op deze manier wordt continu gestreefd naar een verbetering van de werkprocessen.

Innovaties met betrekking tot de organisatie van de werkomgeving

De database bevat verder 22 innovaties met betrekking tot de organisatie van de werkomgeving. Dit zijn innovaties die gericht zijn op een andere manier van taakverdeling, of nieuwe activiteiten of verantwoordelijkheden binnen de organisaties (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005). Een voorbeeld van dit soort innovaties die door meerdere organisaties toegepast wordt, zijn kleine zelfsturende teams in de thuiszorg. De grootte van deze teams varieert tussen de 5 en 15 medewerkers (verzorgenden en/of verpleegkundigen) die voor een bepaald aantal cliënten verantwoordelijk zijn. Deze teams kennen geen hiërarchie. In het team wordt de zorg voor deze cliënten zelf gepland en uitgevoerd. Verder worden door meerdere organisaties nieuwe manieren van roosteren voor zorgmedewerkers geïntroduceerd. Medewerkers krijgen meer zeggenschap over hun eigen roosters en de mogelijkheid bestaat het rooster zelf in afstemming met het team te wijzigen.

Innovaties met betrekking tot de externe relaties

De overige organisatorische innovaties (N=14) kunnen samengevat worden als innovaties met betrekking tot de externe relaties. Dit zijn interventies die erop gericht zijn nieuwe relaties aan te gaan met andere organisaties, cliënten of leveranciers (The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, 2005). Zo wordt bijvoorbeeld door drie organisaties beschreven dat behandeldiensten zoals de fysiotherapie of de ergotherapie niet meer door eigen medewerkers van de organisatie, maar door eerstelijns paramedici geleverd worden.

3.3.3 Procesinnovaties

De innovatie database bevat 47 procesinnovaties. Tabel 3 laat zien dat deze onderverdeeld kunnen worden in de volgende subclusters: digitaliseren van administratieve processen, zorg op afstand, 'consistent assignment' (beperken van het aantal verschillende medewerkers per cliënt), innovaties met betrekking tot revalidatie processen en overige procesinnovaties.

Tabel 3: **Procesinnovaties**

3. Procesinnovaties	Verpleging en verzorging (intramuraal)		Thuiszorg (extramuraal)		Verpleging Verzorging & Thuiszorg		Total
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
Inventarisatieronde							
3.1. Digitaliseren van administratieve processen	N=5	N=0	N=11	N=1	N=3	N=0	N=20
3.2. Zorg op afstand	N=1	N=0	N=1	N=3	N=1	N=0	N=6
3.3. Consistent assignment	N=0	N=0	N=2	N=0	N=0	N=0	N=2
3.4. innovatie met betrekking tot revalidatie processen	N=4	N=1	N=0	N=0	N=0	N=0	N=5
3.5. Overige procesinnovaties	N=8	N=0	N=5	N=0	N=1	N=0	N=14
Totaal	N=19		N=23		N=5		N=47

Digitaliseren van administratieve processen

De meerderheid van de procesinnovaties valt onder de categorie digitalisering van administratieve processen (N=20). Het ondersteunen van administratieve processen door moderne communicatie- en informatietechnologie wordt zowel in de intramurale als in de extramurale ouderenzorg toegepast. In de thuiszorg wordt veelvuldig gebruik gemaakt van digitale plannings- en registratiesystemen en tablet pc's om de administratieve taken van de medewerkers te ondersteunen. Via digitale plannings- en registratiesystemen kunnen thuiszorgmedewerkers op hun mobiele telefoon hun route en informatie over de cliënten inzien.

Daarnaast kunnen zij de tijd die zij aan de zorg van hun cliënten besteden digitaal registreren door een in- en uitklok systeem bij de cliënt te gebruiken. In de intramurale zorg wordt het gebruik van elektronische cliënten dossiers door meerdere organisaties beschreven.

Zorg op afstand

Door sommige organisaties wordt gebruik gemaakt van technologie om zorg op afstand te verlenen aan hun cliënten. Door gebruik te maken van technologie die onder andere beeldbellen mogelijk maakt kunnen zorgverleners met hun cliënten via het scherm communiceren. De communicatie via het scherm vervangt in dat geval een fysiek contactmoment tussen de cliënt en de zorgverlener. Als zorg op afstand als nieuwe dienst wordt aangeboden en geen fysiek contact vervangt, zou het een productinnovatie zijn.

Consistent assignment

Consistent assignment (het beperken van het aantal medewerkers per cliënt) is een principe dat in de thuiszorg wordt toegepast. Hierbij wordt er naar gestreefd om de zorg voor cliënten thuis met zo weinig mogelijk verschillende thuiszorgmedewerkers te leveren. Hierdoor kan voorkomen worden dat cliënten continu wisselende thuiszorgmedewerkers over de vloer krijgen. Door het beperken van het aantal medewerkers per cliënt kan de continuïteit van de zorgverlening verhoogd worden.

Innovatie met betrekking tot revalidatie processen

De database bevat vijf innovaties die zich richten op procesveranderingen in de geriatrische revalidatie. Een voorbeeld dat beschreven werd door twee organisaties is de introductie van zorgpaden voor bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld cliënten die een CVA (hersenvloeding of –infarct) of een trauma hebben gehad). Door de organisaties zijn of worden ook behandelmodules ontwikkeld die gericht zijn op deze specifieke doelgroepen.

3.3.4 Overige innovaties

Door de deelnemende organisaties werden verder nog 18 andere innovaties beschreven. Deze bevatten verschillende elementen en karakteristieken van de eerder benoemde drie typen innovaties.

Tabel 4: **Overzicht van overige innovaties**

4. Overige innovaties	Verpleging en verzorging (intramuraal)		Thuiszorg (extramuraal)		Verpleging Verzorging & Thuiszorg		Totaal
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
Inventarisatieronde							
4.1. Overige innovaties	N=9	N=2	N=4	N=1	N=2	N=0	
Totaal	N=11		N=5		N=2		N=18

Een voorbeeld van een ‘overige innovatie’ die door meerdere organisaties beschreven werd, is de EXBELT methode. EXBELT is een programma dat zich richt op het reduceren van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen. Het programma bestaat uit vier onderdelen namelijk: beleidsverandering (verbod op het gebruik van banden), training voor medewerkers, beschikbaarheid van alternatieve interventies en de aanwezigheid van een gespecialiseerde verpleegkundige als consultant (Gulpers et al., 2011, 2013). Een ander voorbeeld van complexe innovaties zijn nieuwe woon-, zorgconcepten, waarbij gebruik gemaakt wordt van verschillende ondersteunende technologie zoals ingebouwde tilliften, camerasystemen, aanraakschermen voor beeldcommunicatie en omgevingsbesturing. Naast ondersteunende technologieën worden in deze woon-, zorgconcepten ook nieuwe werkprocessen geïntroduceerd. Een voorbeeld van een nieuw werkproces is de zogenaamde ‘virtuele nachtronde’, waarbij zorgmedewerkers toezicht kunnen houden zonder fysiek in de kamer van de cliënt aanwezig te zijn door het gebruik van camerasystemen. Verder wordt binnen deze concepten een duidelijke taakverdeling tussen zorg- en servicemedewerkers aangebracht, waarbij iedere discipline slechts die taken vervult die bij zijn/haar ‘ambacht’ horen.

3.4 Gerapporteerd bewijs van effectiviteit

Aan de deelnemende organisaties is gevraagd om te beschrijven wat bekend is over de mate van bewijs van effectiviteit van de door hen beschreven innovaties. Van de 253 innovaties waren 37 innovaties nog in ontwikkeling. Bij 30 innovaties werd beschreven dat deze innova-

ties nog op effectiviteit onderzocht gaan worden, hetzij middels grote onderzoeksprojecten of middels kleinschalige 'organisatie interne pilot studies'. Voor 57 innovaties wordt geen informatie gegeven over de mate van bewijs van effectiviteit. Bij 57 innovaties worden door de organisaties ervaringen beschreven die zijn opgedaan met de innovaties. Voor 60 innovaties wordt beschreven dat 'organisatie interne pilot studies' plaatsgevonden hebben. Bij 7 innovaties wordt beschreven dat er (landelijke) studies bestaan, maar deze worden niet nader gespecificeerd. Bij 5 innovaties wordt naar resultaten van wetenschappelijke studies verwezen. Met betrekking tot de innovatie 'ketenzorg dementie' wordt verwezen naar de landelijke evaluatie 'casemanagement' uitgevoerd door het Nivel/Trimbos instituut, waarin positieve ervaringen van mantelzorgers met de introductie van casemanagement dementie beschreven worden (Peeters et al., 2012). Daarnaast wordt verwezen naar een factsheet 'feiten over casemanagement' waarin beschreven wordt dat een aantal studies plaatsgevonden heeft met betrekking tot casemanagement en dat er aanwijzingen zijn voor positieve effecten. Echter, het onderzoek op dit gebied is nog incompleet en heeft nog geen eenduidige resultaten opgeleverd (Stichting Geriant, n.d.). Vier organisaties beschrijven de EXBELT-methode en verwijzen naar wetenschappelijk onderzoek waarin de effectiviteit van deze interventie door middel van een quasi-experimentele studie is aangetoond (Gulpers et al., 2011, 2013).

3.5 Selectie van kansrijke innovaties

In totaal werden 161 innovaties aan de hand van de criterialijst beoordeeld. Geen van de 161 innovaties heeft op alle zeven criteria (arbeids(kosten)besparing, kwaliteit van zorg, relevantie, contextgevoeligheid, implementeerbaarheid, mate van evidence en bevorderen eigen regie) maximale scores behaald (totale range 0-28). Alle innovaties met een score van 14 of hoger en hoger dan 1 op de criteria arbeids(kosten)besparing en kwaliteit van zorg zijn vervolgens als 'kansrijk' beoordeeld. Tabel 5 laat zien dat zowel product, proces, organisatorische als overige innovaties tot de kansrijke innovaties behoren.

Aangezien geen enkele individuele innovatie in zijn totaliteit hoog scoorde (score > 21) is gezamenlijk met de klankbordgroep besloten om in een volgende stap te zoeken naar effectieve combinaties van verschillende innovaties. De kracht van innovaties om arbeidsbesparing en een verbeterde kwaliteit van zorg te bereiken wordt vooral gezien in slimme combinaties van bestaande innovaties. Er wordt verwacht dat door een slimme combinatie van innovaties een beter effect op arbeidsbesparing en kwaliteit van zorg bereikt kan worden dan door de inzet van individuele innovaties. Gezien de politieke en maatschappelijke ontwikkelingen zullen innovaties zich vooral moeten richten op het bevorderen van de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen. De redenen waarom ouderen niet meer zelfstandig thuis kunnen functioneren zullen per persoon verschillen. Er zal dus ook geen 'one-size fits all oplossing' gezocht worden waarmee de zelfredzaamheid van 'de ouderen' verhoogd kan worden. Per situatie zal gekeken moeten worden hoe bestaande innovaties slim ingezet kunnen worden om de zelfredzaamheid van een persoon te verhogen. Op deze manier zou zorg op maat geleverd kunnen worden.

Tabel 5: **Overzicht van innovaties met een score van 14 of hoger op de criterialijst**

Type innovatie	Subcluster	Beschrijving
Productinnovaties	Ondersteunende technologie	<ul style="list-style-type: none"> • Medicijnboxen met herinneringsfunctie • Wassen zonder water • Toiletten met spoel/föhnfunctie • Hulpmiddelen voor het aantrekken van kousen • Zorg op afstand (beeldschermzorg, leefstijlmonitoring, alarmering) • Domotica (bv. sensoren, omgevingsbesturing)
	Verbeteren van kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen	<ul style="list-style-type: none"> • Ketenzorg dementie/zorgtrajectbegeleiding
	Webdiensten	<ul style="list-style-type: none"> • Online platform om contact te leggen met formele en informele zorgverleners • Digitale hulpmiddelenwijzer
	Zelfzorg/zelfmanagement stimulatie	<ul style="list-style-type: none"> • Scholingen voor cliënten ter bevordering van meer zelfmanagement/zelfzorg
Organisatorische innovaties	Innovatie met betrekking tot bedrijfsvoering	<ul style="list-style-type: none"> • Scholingen voor medewerkers ter bevordering van meer zelfmanagement/zelfzorg bij cliënten
	Innovatie met betrekking tot de organisatie van de werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet van de wijkverpleegkundige als zichtbare schakel • Werken in kleine zelfsturende teams
Procesinnovaties	Digitalisering van administratieve processen	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet van een tablet PC voor de administratie in de thuiszorg • Elektronisch cliënten dossier
	Innovatie met betrekking tot revalidatie processen	<ul style="list-style-type: none"> • Stepped Care (nieuwe manier van CVA revalidatie)
	Overige procesinnovaties	<ul style="list-style-type: none"> • Werkwijze in de thuiszorg: zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg leveren aan de onderkant van de bandbreedte van de indicatie
Overige innovaties		<ul style="list-style-type: none"> • Nieuw woon-, zorgconcept • Nieuwe woonvormen scheiden wonen en zorg gecombineerd met ondersteunende technologie

Discussie en conclusie [4]

4.1 Discussie

Het onderzoek heeft een groot aantal (N=253) en een grote variatie aan verschillende typen (product, proces, organisatorische en overige) innovaties opgeleverd, die in de Limburgse verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties in ontwikkeling zijn of toegepast worden. De meerderheid van deze innovaties zijn productinnovaties, die voor een groot deel bestaan uit ondersteunende technologie of interventies om ouderen te stimuleren om meer te bewegen. Er worden zowel relatief kleine innovaties beschreven, zoals het gebruik van hulpmiddelen om therapeutische kousen aan en uit te trekken, als ook grote (omvangrijke) innovaties, zoals nieuwe woon-, zorgconcepten, waarbij verschillende ondersteunende technologieën en nieuwe werkprocessen gecombineerd worden. Het onderzoek laat zien dat medewerkers van VVT-organisaties positief zijn over innovaties. Desondanks is in de praktijk nog relatief weinig (wetenschappelijke) onderbouwing voor deze innovaties. Gezien de toekomstige ontwikkelingen, die de vergrijzing van de bevolking met zich mee brengt, is het uitermate belangrijk om te investeren in bewezen effectieve innovaties. Door een gebrek aan grondige evaluaties van innovaties nemen organisaties grote risico's als het gaat om het verspillen van waardevolle middelen, zowel in de zin van financiële middelen als in de zin van tijdsinvestering. Hoewel het begrijpelijk is dat het niet altijd mogelijk is om iedere innovatie tot in detail op effectiviteit te bestuderen voordat op implementatie wordt overgegaan, is kennis over de effectiviteit wel van belang om te kunnen beoordelen of een innovatie tot het beoogde doel leidt en of het de moeite waard is om erin te investeren. Naast wetenschappelijke studies kunnen ook interne evaluatie studies (zoals kleinschalige pilot studies) waardevolle informatie opleveren om een inschatting te maken of een innovatie kansrijk is of niet.

4.2 Kanttekeningen

Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met een aantal (methodologische) beperkingen van het onderzoek. Ten eerste blijkt er geen objectieve maat en geen standaard definitie van het begrip 'innovatie' te bestaan. Wat voor de ene persoon een innovatie is, hoeft voor de andere persoon geen innovatie (meer) te zijn. Om een breed overzicht te krijgen van alle innovaties die in de Limburgse VVT-sector ontwikkeld en/of geïmplementeerd zijn, is bij de inventarisatie een breed scala aan definities van het begrip 'innovatie' gehanteerd. De vertegenwoordigers van de VVT-organisaties werd gevraagd

wat zij zelf onder het begrip 'innovatie' verstonden. Deze definities werden als basis voor de inventarisatie gebruikt.

Op de tweede plaats is het overzicht aan innovaties gebaseerd op interviews met bestuurders, maar ook deels met andere medewerkers van de organisaties (bijvoorbeeld beleidsmedewerkers of managers). Gezien het verschil in schaalgrootte van de betrokken organisaties is het mogelijk dat de geïnterviewde personen niet op de hoogte waren van alle innovaties binnen de eigen organisatie. Dit heeft mogelijk geleid tot een onderschatting van het aantal toegepaste en in ontwikkeling zijnde innovaties. Daarnaast is het mogelijk dat de organisaties niet al hun innovaties publiekelijk beschikbaar willen maken of deze niet willen delen met hun collega organisaties. Dit zou verklaard kunnen worden door de introductie van de marktwerking in de zorg, waardoor organisaties ook elkaars concurrenten zijn en het inzetten op innovaties een manier is om de eigen marktpositie te verbeteren. De hoge mate van bereidheid tot deelname aan het onderzoek laat echter zien dat er wel degelijk interesse is om kennis over innovaties met elkaar te delen.

Ten derde zijn de resultaten over het bewijs van effectiviteit van de innovaties gebaseerd op de beschrijvingen zoals die door de organisaties zijn aangeleverd. Er heeft geen aanvullende literatuurstudie plaatsgevonden naar de beschikbaarheid van (inter)nationale (wetenschappelijke) literatuur die de effectiviteit van de gevonden innovaties aantoont.

Ten vierde laten de resultaten zien dat diverse innovaties dermate complex van aard zijn, dat zij niet strikt ingedeeld kunnen worden in de vooraf gekozen clusters. Zo brengt de implementatie van een productinnovatie vaak ook een verandering in het zorgproces met zich mee, of vereist een procesinnovatie tegelijkertijd ook een organisatorische verandering, waardoor een duidelijk onderscheid tussen de verschillende typen innovaties soms lastig te maken is.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat het huidige overzicht van innovaties gebaseerd is op twee meetmomenten waarop de innovaties geïnventariseerd werden. Zo'n meetmoment geeft een beeld van wat er in een bepaalde periode speelt binnen een organisatie op het gebied van innovaties. Echter, hetgeen bij het eerste meetmoment als een innovatie beschreven wordt, zal bij een volgende inventarisatie mogelijk niet meer benoemd worden, omdat de innovaties niet meer wordt toegepast, of inmiddels geïmplementeerd is en tot de reguliere zorg behoort. Het is daarom van belang dat de database regelmatig bijgewerkt wordt. De organisaties zullen regelmatig een verzoek krijgen om nieuwe innovaties aan te leveren en op te laten nemen in de database.

4.3 Conclusie

Dit onderzoek heeft geleid tot een gedetailleerd overzicht van potentieel arbeidsbesparende en kwaliteitsverbeterende innovaties die in de Limburgse VVT-organisaties in ontwikkeling zijn of toegepast worden. Het overzicht is publiekelijk toegankelijk en kan er op deze manier toe bijdragen dat VVT-organisaties kennis over innovaties met elkaar delen. Het grote aantal en de variatie aan innovaties duidt op een groot innovatiepotentieel binnen de VVT-sector. Het overzicht laat zien dat verschillende organisaties op dezelfde momenten met vergelijkbare innovaties bezig zijn. Het delen van kennis over de ervaringen die zij hebben met de innovaties is dan ook waardevol zodat voorkomen kan worden dat elke organisatie tegen dezelfde

problemen aanloopt en dat onnodig geïnvesteerd wordt in ineffectieve oplossingen. Het overzicht kan verder als basis dienen voor (wetenschappelijk) onderzoek naar de effectiviteit van innovaties. Voor professionals die werkzaam zijn in de ouderenzorg geeft het overzicht inzicht in het aantal en de variatie aan innovaties, die op dat moment in ontwikkeling zijn en toegepast worden binnen de eigen organisatie, maar ook in andere organisaties. Het is niet alleen interessant voor bestuurders en het management van VVT-organisaties, maar ook voor zorgverleners zoals verpleegkundigen, artsen, paramedici, maatschappelijk werkers, casemanagers e.d. die de database kunnen gebruiken om inspiratie op te doen bij het zoeken naar mogelijke oplossingen voor problemen waar hun cliënten mee kampen.

Op basis van de ervaringen die zijn opgedaan tijdens het onderzoek kunnen een aantal adviezen voor de verschillende stakeholders in de ouderenzorg geformuleerd worden:

VVT-organisaties:

- Innovaties zijn 'nieuwigheden', het is per definitie niet mogelijk alle innovaties zeer grondig volgens de geldende wetenschappelijke standaarden te onderzoeken voordat ze in de praktijk geïntroduceerd worden. Vaak zullen innovaties vanuit de praktijk geïnitieerd worden en geleidelijk ontstaan. Het is echter wel aan te bevelen om de ontwikkeling en de implementatie van innovaties te monitoren en te evalueren. In de praktijk zouden innovaties bijvoorbeeld eerst in kleine pilot studies onderzocht kunnen worden voordat zij grootschalig in de organisatie geïmplementeerd worden. Bij dergelijke pilot studies zou het wenselijk zijn om vooraf uitkomstmaten te definiëren die men met de innovatie wil bereiken ('Wanneer vinden wij de pilot geslaagd?'). Wanneer organisaties bij grootschalige implementatie van innovaties meer aandacht zouden besteden aan het bewijs van effectiviteit van de innovaties, dan zou voorkomen kunnen worden dat schaarse middelen (tijd en geld) onnodig verspild worden.
- VVT-organisaties werken volgens dezelfde wettelijke kaders en hebben met dezelfde maatschappelijke en politieke ontwikkelingen te maken, waardoor zij met vergelijkbare problemen worden geconfronteerd. Organisaties zullen dus vaak op zoek zijn naar oplossingen voor dezelfde of vergelijkbare problemen. Om te voorkomen dat overal het wiel opnieuw wordt uitgevonden en dat alle organisaties tegen dezelfde problemen aanlopen is het wenselijk dat organisaties kennis over 'innoveren en innovaties' met elkaar delen. In het ideale geval delen zij niet alleen kennis met betrekking tot welke innovaties men heeft en het bewijs van effectiviteit van de innovaties met elkaar, maar ook de ervaringen die zij hebben opgedaan bij de implementatie (bijvoorbeeld bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie), zodat andere organisaties daar van begin af aan rekening mee kunnen houden.

Cliënten/cliëntenvertegenwoordigers:

- Bij de ontwikkeling van innovaties in de ouderenzorg is het belangrijk om specifiek aandacht te besteden aan de visie van de gebruikers van de innovaties. Aangezien

cliënten vaak de eindgebruikers zullen zijn, dient hun stem gehoord te worden bij de ontwikkeling en implementatie van de innovaties. Dit dient bij voorkeur in een vroeg stadium te gebeuren.

Zorgverzekeraars, gemeenten, provincie:

- Er zouden extra middelen en 'incentives' beschikbaar moeten komen als stimulatie voor innovatie. Het verkrijgen van deze middelen zou gekoppeld moeten worden aan de eis dat organisaties het innovatieproces nauwkeurig monitoren en transparant beschrijven, de effectiviteit van innovaties op een verantwoorde manier meten en met andere organisaties in de regio delen. Om aan deze eis te voldoen is een realistisch tijdspad noodzakelijk waarbinnen de zorgorganisaties de bedoelde evaluaties kunnen uitvoeren. Dit tijdspad kan per innovatie verschillen, afhankelijk van de complexiteit van de te evalueren innovatie.
- Zorgverzekeraars zouden meer projecten gericht op het ontwikkelen en implementeren van evidence based practices die zich richten op zorgproblemen die momenteel aan de orde zijn in de VVT-sector, moeten financieren. Hierin hebben zowel zorgverzekeraars als VVT-organisaties een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.

Beleidsmakers:

- Implementatie van innovaties die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en op arbeidsbesparing zijn belangrijk om ook in de toekomst kwalitatief goede ouderenzorg te kunnen leveren. Hierbij is het belangrijk dat er gestuurd wordt op de implementatie van bewezen effectieve innovaties om een verspilling van waardevolle middelen te voorkomen.
- Beleidsmakers zouden zich ervan bewust moeten zijn dat de introductie van innovaties, zoals productinnovaties, vaak ook veranderingen op procesmatig of organisatorisch gebied met zich mee brengen.
- De implementatie van een innovatie is een zeer complex proces dat grondig doordacht en gemonitord moet worden om het effect van een innovatie te optimaliseren.

Onderzoekers:

- Aangezien er relatief weinig bekend blijkt te zijn over de (kosten)effectiviteit van innovaties in de ouderenzorg zou meer onderzoek op dit gebied wenselijk zijn. Op deze manier zouden adviezen uitgebracht kunnen worden om organisaties te informeren over welke innovaties zinvolle investeringen zijn. Onderzoekers zouden in samenspraak met de praktijk een nadrukkelijker rol moeten hebben in de ontsluiting van wetenschappelijke kennis. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek zouden toegankelijk gemaakt moeten worden voor de praktijk (zowel voor medewerkers van zorgorganisaties, als voor cliënten en mantelzorgers), bijvoorbeeld in de vorm van 'factsheets' die wetenschappelijke resultaten vertalen naar adviezen voor de praktijk.

- Om medewerkers in de praktijk te ondersteunen om uit de beschikbare hoeveelheid innovaties de juiste te selecteren, passend bij de individuele situatie van de cliënt(en), zouden onderzoekers in samenwerking met zorgprofessionals een methodiek kunnen ontwikkelen die dit proces ondersteunt. De methodiek zou bij voorkeur gebaseerd moeten worden op bestaande wetenschappelijke inzichten op dit gebied.

Overall advies:

Op basis van het onderzoek en de hierboven vermelde adviezen is het aan te bevelen dat stakeholders in een regio hun krachten bundelen bij de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van innovaties, wellicht door het opstellen en uitvoeren van een gezamenlijke innovatieagenda. De twee bestaande samenwerkingsnetwerken, de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (AWO) en het Expertise Centrum voor Innovatieve Zorg en Technologie (EIZT), kunnen een goede infrastructuur bieden voor de samenwerking van de verschillende stakeholders.

Vervolgstappen [5]

Gezien de politieke ontwikkelingen en de sterke focus op de extramuralisering van de ouderenzorg is er in overleg met de klankbordgroep voor gekozen dat dit project zich in de volgende fase zal richten op innovaties die de zelfredzaamheid en de eigen regie van thuiswonende ouderen kunnen versterken. Een verbeterde zelfredzaamheid van ouderen leidt mogelijk tot minder professionele zorg, waardoor arbeidsbesparing gerealiseerd kan worden. Een belangrijke doelgroep van thuiswonende ouderen die in de komende jaren sterk in omvang zal toenemen betreft de groep mensen met dementie (Hoekstra & Poos, 2014). Ongeveer twee derde van de mensen met dementie in Nederland woont thuis en heeft daarbij onder andere ondersteuning van mantelzorgers (Alzheimer Nederland, 2014). Toch zijn mensen met dementie bijzonder kwetsbaar voor opname in een verpleeghuis (Luppa, Luck, Brahler, König, & Riedel-Heller, 2008). De individuele redenen voor opname kunnen zeer verschillend zijn. Vaak leiden combinaties van verschillende factoren tot een situatie waarin zelfstandig thuis wonen niet meer mogelijk is en een opname in het verpleeghuis onvermijdelijk wordt (Afram et al., 2014).

De inventarisatie van innovaties heeft laten zien dat er al veel verschillende innovaties voor, onder andere, deze doelgroep beschikbaar zijn. De gerichte inzet van innovaties kan er misschien voor zorgen dat ouderen met dementie langer thuis kunnen blijven wonen en dat opname in een verpleeghuis uitgesteld kan worden. Uit onderzoek van Alzheimer Nederland blijkt dat mantelzorgers op dit moment nog weinig gebruik maken van speciale hulpmiddelen of domotica om bijvoorbeeld de zelfredzaamheid of de veiligheid van thuiswonende ouderen met dementie te verhogen. Verder blijkt uit het onderzoek dat mensen met dementie en hun mantelzorgers, bij het zoeken naar oplossingen voor problemen die in de thuissituatie ontstaan, vooral geadviseerd worden door thuiszorgmedewerkers en casemanagers (Werkman, 2014). Voor deze professionals is het zeer wenselijk dat zij voldoende zicht hebben op de beschikbare oplossingen. Daarnaast zouden zij moeten weten welke oplossingen het beste passen bij de individuele situatie van de cliënt. Om dit proces te ondersteunen en om beschikbare innovaties optimaal in te zetten in de zorg voor thuiswonende ouderen is het vervolg van het project om een arrangement van (technologische) oplossingen samen te stellen dat mensen met (een voorstadium van) dementie in staat kan stellen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Wetende dat de ene mens met dementie de andere niet is lijkt een 'one size fits all' arrangement hiervoor geen geschikte oplossing. Daarom is het plan om naast het arrangement van (technologische) oplossingen tevens een methodiek te ontwikkelen die zorgverleners (casemanagers/ zorgtrajectbegeleiders en wijkverpleegkundigen) kan ondersteunen om oplossingen te selecteren die het beste passen bij de individuele situatie van een cliënt en diens mantelzorger(s). Door middel van deze methodiek zullen zorgverleners ondersteund worden om de situatie van een cliënt goed in kaart te brengen en op een systematische wijze te komen van een probleem tot de juiste oplossing. Door de combinatie van een beslissingsondersteunende methodiek en een arrangement kan optimaal gebruik worden gemaakt van bestaande innovaties en oplossingen en kan zorg op maat worden geleverd. Uiteindelijk is het doel om mensen met dementie in staat te stellen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen en om minder beroep te hoeven doen op professionele zorgverleners, door meer gebruik te maken van de eigen kracht en de kracht van het netwerk.

Literatuur [6]

- Afram, B., Stephan, A., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H., Suhonen, R., Sutcliffe, C., . . . Hamers, J. P. (2014). Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 108-116. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.012
- Alzheimer Nederland. (2014). Cijfers en feiten over dementie. http://www.alzheimer-nederland.nl/media/840711/factsheet_dementie_algemeen_-_publieksversie_01-07-2014.pdf
- Braun, S. M., Kleynen, M., Bleijlevens, M. H., Moser, A., Beurskens, A. J., & Lexis, M. A. (2014). "Interactive surfaces" technology as a potential tool to stimulate physical activity in psychogeriatric nursing home residents. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*. doi: 10.3109/17483107.2014.904449
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). Personen met indicatie en/of gebruik ZZV en/of ZMV; regio. Retrieved 12-12-2014, from <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81447NED&D1=0&D2=0&D3=8-10%2c12-14&D4=0&D5=5-7&D6=0%2c&D7=3-4&HDR=G2%2cG1%2cT%2cG6&STB=G5%2cG3%2cG4&VW=T>
- De Jong, A., & van Duin, C. (2010). Regionale prognose 2009–2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp. *Bevolkingstrends*, 4e kwartaal 2009. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/52ED5DC2-A6CB-414A-8C35-D3E963B36DA4/0/2009k4b15p35art.pdf>
- De Vries, M., & Kossen, J. (2014). *Zó werkt de zorg in Nederland. Kaartenboek Gezondheidszorg - Editie 2015*. Amsterdam: De ArgumentenFabriek.
- Gemeente Sittard-Geleen. (2014). Van AWBZ naar WMO. Retrieved 18-12-2014, 2014, from <http://www.decentralisatieawbzzl.nl/home,22.html>
- Giesbers, H., Verweij, A., & de Beer, J. (2013, 23-06-2014). Vergrijzing: Zijn er in Nederland verschillen naar regio? *Nationaal Kompas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Retrieved 06-11-2014, 2014, from <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/zijn-er-in-nederland-verschillen-naar-regio/>
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Rossum, E., & Hamers, J. P. (2011). Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. *J Am Geriatr Soc*, 59(11), 2029-2036.
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Rossum, E., & Hamers, J. P. (2013). Reduction of Belt Restraint Use: Long Term Effects of the EXBELT Intervention. *J Am Geriatr Soc*, 61(1), 107-112.
- Hoekstra, J., & Poos, M. J. J. C. (2014, 11-03-2014). Dementie: Hoeveel zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? . *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Retrieved 16-04-2014, 2014, from <http://www.nationaalkompas.nl>Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Dementie>,
- Lexis, M., Spierts, N., van den Heuvel, R., & de Witte, L. (2013). *Rapportage. Evaluatie Vivre de Mins. Toepassing van een innovatief wonen-zorg-welzijnconcept in het verpleeghuis*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.
- Luppa, M., Luck, T., Brahler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2008). Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(1), 65-78. doi: 10.1159/000144027

- Peeters, J. M., De Lange, J., Van Asch, I., Spreeuwenberg, P., Veerbeek, M., Pot, A., & Francke, A. (2012). Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Utrecht: NIVEL.
- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. (2011). Limburg op leeftijd. Zorg en ondersteuning in tijden van bevolkingskrimp. Maastricht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2010). Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Stichting Geriant. Hoofdzaken factsheet DOC-team en casemanagement dementie. http://www.geriant.nl/uploads/Intranet/Organisatie/Formulieren/Factsheet_voor_www_2009.pdf
- The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat. (2005). Oslo Manual Guidelines for collecting and interpreting innovation data. Paris: The Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat.
- Van Bilsen, P. M., Hamers, J. P., Groot, W., & Spreeuwenberg, C. (2008). Sheltered housing compared to independent housing in the community. *Scand J Caring Sci*, 22(2), 265-274. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00529.x
- Van Dale Uitgevers. (2014). Betekenis 'innovatie' Retrieved 19-12-2014, 2014, from <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=innovatie&lang=nn#VKp2jXsXstl>
- Van Linge, R. (2006). Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., Schols, J. M., & Hamers, J. P. (2013). Keys to successfully embedding scientific research in nursing homes: a win-win perspective. *J Am Med Dir Assoc*, 14(12), 855-857. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.006
- Werkman, W. (2014). Onveilige situaties thuis en buitenshuis. http://www.alzheimer-nederland.nl/media/1060570/resultaten_peiling_onveilige_situaties_def.pdf
- Willems, C., Van der Heide, L., & Spreeuwenberg, M. (2011). Zorg op maat door leefstijlmonitoring Ervaringen van en met cliënten. Heerlen: Zuyd Hogeschool.

**Leden Provinciale Raad
voor de Volksgezondheid
Limburg**

Bijlage [1]

Voorzitter, Raadscoördinator en Raadsleden

PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID LIMBURG

Naam	Functie	Organisatie
Prof. dr. W.N.J. Groot	Voorzitter	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg
Prof. dr. J.P.H. Hamers	Raadscoördinator	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg
Dr. A.M.P.M. Bovens	Directeur Publieke Gezondheid	GGD Zuid-Limburg
Mw. J.M.A. Buijks RA-MGA	Lid Raad van Bestuur	Daelzicht
Mw. ir. E.P.S. van Engelshoven	Algemeen Directeur	Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg
Drs. J.W.M.W. Gijzen	Directeur Zorg	CZ
Mw. drs. M.J.G. Jacobs	Lid Raad van Bestuur en Directeur bedrijfsvoering	Maastric Clinica
Mw. mr. H.C.C.E. Koster	Voorzitter Raad van Bestuur	Cicero Zorggroep
Drs. W.P. Ploegman	Voorzitter Raad van Bestuur	Proteion Thuis
Drs. R.F.M. Ruijters	Lid Raad van Bestuur	MeanderGroep Zuid-Limburg
Drs. W.B.J. van Soest	Voorzitter Raad van Bestuur	De Zorggroep
Drs. H.H.W. de Veen	Voorzitter Raad van Bestuur	Mondriaan Zorggroep
Drs. R.C.C. Weijnen	Voorzitter Huisartsenkring Limburg	Landelijke Huisartsen Vereniging
P.M.A. van Zutphen	Wethouder	Gemeente Heerlen

Criterialijst ter selectie van kansrijke innovaties

Bijlage [2]

1 "In welke mate draagt de innovatie bij aan arbeids(kosten)besparing."

Geen bijdrage				Max. bijdrage
0	1	2	3	4

2 "In welke mate draagt de innovatie bij aan het verbeteren van kwaliteit van zorg."

Geen bijdrage				Max. bijdrage
0	1	2	3	4

3 "In welke mate draagt de innovatie bij aan de oplossing van een belangrijk probleem in de zorg."

Geen bijdrage				Max. bijdrage
0	1	2	3	4

4 "In welke mate kan de innovatie makkelijk elders toegepast worden?"

Niet toepasbaar				Max. toepasbaar
0	1	2	3	4

5 "In welke mate denkt u dat er draagvlak is voor deze innovatie bij de in de praktijk betrokken stakeholders."

Geen draagvlak				Max. draagvlak
0	1	2	3	4

6 "In welke mate is de effectiviteit van deze innovatie bewezen?"

Geen bewijs				Max. bewijs
0	1	2	3	4

7 "In welke mate draagt de innovatie bij aan het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid van de oudere."

Geen bijdrage				Max. bijdrage
0	1	2	3	4

De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg (PRV) is een adviescollege dat bestaat uit onafhankelijke deskundigen afkomstig uit alle sectoren en regio's van het zorgveld. De doelstelling van de PRV is het onafhankelijk en voornamelijk op basis van wetenschappelijk onderzoek zorginhoudelijk adviseren aan het provinciaal bestuur en derden op het terrein van de volksgezondheid.