

# Innovatie in de revalidatie

## Een kwalitatieve evaluatie van het Innovatieprogramma Revalidatie

M. Janssen MSc  
Dr. A. Stoopendaal  
M. Kelder MSc  
Prof.dr. K. Putters

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2013.05

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)

 ERASMUS

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM  
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT  
GEZONDHEIDSZORG

# Innovatie in de revalidatie

Een kwalitatieve evaluatie van het  
Innovatieprogramma Revalidatie

## **Publicatiedatum**

Maart 2013

## **Auteurs**

M. (Maarten) Janssen MSc	Onderzoeker
Dr. A. (Annemiek) Stoopendaal	Onderzoeker
M. (Mathijs) Kelder MSc	Masterstudent
Prof.dr. K. (Kim) Putters	Projectleider

## **Contactgegevens**

Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Tel. 010 - 408 8555  
research@bmg.eur.nl  
www.bmg.eur.nl



# Voorwoord

Innovatie leeft in de revalidatie. Het is een thema gebleken waarbij veel partijen in de revalidatiesector zich betrokken voelen en weten. Dat blijkt ook uit het grote aantal betrokken mensen en organisaties bij dit onderzoek. De bereidheid om relevante documentatie aan te leveren en de openheid waarmee aan gesprekken en observaties is meegewerkt waren groot. Allereerst willen de auteurs op deze plaats de betrokkenen bij het Innovatieprogramma Revalidatie van Revalidatie Nederland en ZonMw bedanken. De interviews met personen uit de stuurgroep en de begeleidingscommissie van het programma hebben ons veel informatie opgeleverd over de achtergronden van het programma. Wij hebben de verschillende bijeenkomsten waarop wij van gedachten konden wisselen over innovatie in de revalidatie dan ook zeer gewaardeerd. De namen en de organisaties waar deze personen uit afkomstig zijn, hebben wij elders in dit rapport opgenomen. Onze bijzondere dank gaat uit naar Mw. J. Hillmann van ZonMw, Mw. B. van Wesep van Revalidatie Nederland en de klankbordgroep van het Innovatieprogramma Revalidatie voor hun begeleiding bij en feedback op het onderzoek.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de personen die betrokken zijn bij de vier casussen in dit onderzoek. De respondenten uit de Hoogstraat, de Sint Maartenskliniek, Rijndam en 't Roessingh hebben openhartig met ons gesproken over hun persoonlijke achtergronden, hun professionele ervaringen en hun innovatieve projecten. Door de openhartigheid van deze mensen zijn wij in staat geweest de innovatieve praktijken in de revalidatie vanuit verschillende perspectieven in beeld te brengen. Wij danken onze respondenten voor het feit dat ze ons deelgenoot hebben willen maken van hun innovatieprocessen en de enthousiaste medewerking aan een intensief onderzoek. Een overzicht van onze respondenten is elders in dit rapport te vinden. Tot slot willen wij Mw. C. Schueler en Mw. A. Visser-Meily bedanken voor het feit dat wij in een eerder stadium onze bevindingen aan hen mochten voorleggen en daar gezamenlijk op konden reflecteren.

Dit onderzoeksrapport is een lijvig document geworden waarin de conclusies stevig onderbouwd worden. Wij hebben ervoor gekozen een uitgebreide samenvatting als apart document op te stellen dat ook zelfstandig te lezen en te verspreiden is. Dat is de reden dat wij in voorliggend onderzoeksrapport slechts een zeer beknopte samenvatting hebben opgenomen.

Dit onderzoek is uitgevoerd door een team van onderzoekers van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG), bestaande uit:

M. (Maarten) Janssen MSc	Onderzoeker
Dr. A. (Annemiek) Stoopendaal	Onderzoeker
M. (Mathijs) Kelder MSc	Masterstudent
Prof.dr. K. (Kim) Putters	Projectleider



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>2. Theoretisch kader</b>	<b>13</b>
<b>3. Methoden van onderzoek</b>	<b>17</b>
<b>4. Achtergrond; relevante trends</b>	<b>23</b>
<b>5. Opzet en ontwikkeling van het programma</b>	<b>31</b>
<b>6. De vier cases; een introductie</b>	<b>43</b>
<b>7. Bevindingen &amp; analyse</b>	<b>57</b>
7.1 Wat innovatie in de revalidatie is	59
7.2 Hoe innovatie in de revalidatie werkt	75
7.3 Sectoreigenschappen revalidatie	103
7.4 Betekenis programma voor de projecten	119
7.5 Ontwikkeling Revalidatie Kennisnet	129
<b>8. Conclusie</b>	<b>137</b>
<b>9. Aanbevelingen</b>	<b>145</b>
<b>Nawoord</b>	<b>149</b>
<b>Referenties</b>	<b>151</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>153</b>



# Samenvatting

ZonMw en Revalidatie Nederland hebben het iBMG opdracht gegeven onderzoek te doen naar het innovatievermogen van Nederlandse revalidatiesector. Dit rapport beschrijft de resultaten van een kwalitatieve evaluatie (eind 2011 – begin 2013) van het Innovatieprogramma Revalidatie. Het onderzoek is opgezet om inzichten op te doen over hoe de innovatiekracht in de revalidatie duurzaam kan worden gestimuleerd. De hoofdvraag voor dit onderzoek was: *“Welke betekenis heeft het Innovatieprogramma Revalidatie voor innovatie in de revalidatiesector en welke lering kan hieruit worden getrokken voor de duurzame bestending van de innovatiekracht in deze sector?”*

Het Innovatieprogramma Revalidatie was erop gericht om de ontwikkeling van kleinschalige innovaties, de implementatie van bestaande innovaties en op het opzetten van een infrastructuur voor innovatie, in de vorm van een kennisnet, mogelijk te maken. In het onderzoek zijn de ontwikkeling, de opzet en het verloop van het programma geanalyseerd en zijn verschillende projecten als casestudie bestudeerd. Het onderzoek had een kwalitatieve onderzoeksopzet zodat de praktijk van innovatie centraal heeft kunnen staan. Het onderzoek bestond uit vier afzonderlijke onderzoeksfasen: (1) een analyse van de opzet en het verloop van het Innovatieprogramma Revalidatie, (2) casestudies van vier innovatie- en/of implementatieprojecten, (3) onderzoek naar de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet en (4) reflecterende interviews als controle op de analyse. Dit heeft geleid tot een grote hoeveelheid materiaal, bestaande uit interviewverslagen, veldnotities, observatieaantekeningen en velddocumenten, dat voor verslaglegging is geanalyseerd. In dit onderzoek is hiertoe eerst een visie op innovatie ontwikkeld op basis van theoretische inzichten. Deze visie op innovatie gaat ervanuit dat innovatie en implementatie onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn en dat voor innovatie het proces van translatie/vertalen van belang is. Het onderzoek heeft laten zien hoe dit in de praktijk van de revalidatie vorm krijgt.

Het eerste deel van de evaluatie richtte zich op een analyse van het Innovatieprogramma in de Revalidatie. Dit leidde tot de conclusie dat (1) het programma een infrastructuur voor innovatie bood, (2) dat prioritering in het programma lastig was te realiseren en (3) dat collectieve actie voor innovatie nodig is om innovatie te laten slagen. De inductieve manier van analyseren van het vele materiaal heeft veel inzichten opgeleverd<sup>1</sup>. Deze laten zien wat innovatie in de revalidatie is; hoe het werkt; hoe eigenschappen van de sector innovatie beïnvloeden; welke betekenis het programma voor de projecten heeft gehad en hoe Revalidatie Kennisnet hier ondersteunend in is geweest. Hier beperken wij ons tot enkele belangrijke conclusies uit het onderzoek.

Uit ons onderzoek blijkt dat innovatie leeft in de revalidatie. Er is een traditie van wetenschappelijk onderzoek, multidisciplinair werken, samenwerken en een grote mate van enthousiasme voor innovatie. Ondanks dat innovatie in de aandacht staat, wordt de aanwezige innovatiekracht in de (paramedische) professionals en in de ruimte die wordt geboden om aan innovatie te werken, niet volledig aangesproken en benut. De institutionele

---

<sup>1</sup> Deze samenvatting biedt niet de ruimte om deze inzichten volledig weer te geven; wij verwijzen hiervoor graag naar de volledige beschrijvingen en nadere toelichting in het volledige onderzoeksrapport en in de apart leesbare samenvatting van het iBMG-rapport ‘Innovatie in de Revalidatie’.



omgeving stimuleert en remt innovatie tegelijkertijd. Bovendien zorgen de fragmentatie van verantwoordelijkheden en een sterk op productiegerichte cultuur ervoor dat de aanwezige innovatiekracht onvoldoende wordt benut. Innovatie gaat niet vanzelf. Innovatie is (hard) werk(en) en dat zal altijd zo blijven; innovatiekracht zit in het vermogen om dit werk in de praktijk te blijven organiseren, sturen en uit te voeren. Bovendien blijkt dat innovatie in de sector als een gedeelde verantwoordelijkheid wordt gevoeld waarin zowel paramedici, artsen, patiënten en ook bestuurders een rol hebben te vervullen. Het Innovatieprogramma Revalidatie is van grote waarde geweest; het heeft innovatieprocessen gestimuleerd, gefaciliteerd, gelegitimeerd en ondersteund. Bovendien heeft het andere innovaties een stap verder geholpen in de ontwikkeling en is er een potentieel waardevolle infrastructuur voor kennisuitwisseling ontwikkeld voor de gehele sector.

Deze conclusies over het verloop van innovatie in de revalidatie leiden tot vijf aanbevelingen om de condities voor innovatie (verder) te versterken<sup>2</sup>. (1) Implementatie moet worden gezien als een integraal onderdeel van een innovatieproces en als zodanig worden georganiseerd. (2) Het vrijmaken van tijd en geld en de organisatorische inbedding van innovatie verdient meer aandacht daar het in de praktijk vaker misgaat bij het creëren van de randvoorwaarden dan bij het creëren van de innovatie zelf. (3) De revalidatiesector heeft baat bij een continue zoektocht naar intra- en intersectorale samenwerkingen met andere maatschappelijke- en zorgsectoren, zoals werkgevers, gemeenten en het onderwijsveld. (4) Het programma verdient een vervolg; dat kan anders worden ingericht op punten als tijdelijkheid, prioritering en verdeling van financiële en organisatorische verantwoordelijkheden. (5) Innovatie raakt de identiteit van de sector, van de professionals en van de revalidanten. Ons advies aan alle bij de revalidatie betrokken partijen is dat zij hun positie doordenken en daarbij uitdrukkelijk aandacht besteden aan de eigen rol in innovatie. Revalidatie Kennisnet kan verder meer ingezet worden om de cultuur van gezamenlijkheid verder vorm te geven, wanneer inzichten over eigenaarschap en toegankelijkheid ter hand worden genomen.

Afsluitend, het onderzoek laat zien dat blijvende aandacht voor innovatie van groot belang is. Dat impliceert dat professionals, managers en bestuurders in de revalidatie ook in de toekomst actief bezig moeten blijven met innovatie. De innovatiekracht zit namelijk in de kunst om innovatie blijvend te organiseren. In de toekomst kan gerichte actie worden ingezet om barrières te doorbreken en het innovatiepotentieel nog beter te benutten. Gezien het belang voor de gehele sector ligt hier een grote rol voor Revalidatie Nederland als brancheorganisatie. Zij zou er goed aan doen innovatie tot blijvend kernpunt van haar activiteiten te maken en dat ook actief uit te dragen in haar communicatie.

---

<sup>2</sup> Ook hier verwijzen wij voor een volledige weergave naar het desbetreffende hoofdstuk in het rapport.

# 1. Inleiding

ZonMw (ZonMw) en Revalidatie Nederland (RN) vroegen het iBMG/EUR onderzoek te doen naar de innovatiecapaciteit of het innovatievermogen van de Revalidatiesector, en in het bijzonder naar 'Best Practices' die laten zien hoe in deze sector innovaties ontstaan en verspreid worden. De onderzoekers beschrijven wat er daadwerkelijk gebeurt op het terrein van innovaties in de revalidatie. Er is inductief gewerkt, dat wil zeggen dat er niet op voorhand vanuit een theoretisch model is geredeneerd. Deze inductieve aanpak biedt ruimte om innovatieprocessen in hun volle dynamiek in de praktijk te beschouwen. Dit onderzoek vindt plaats op basis van het Innovatieprogramma Revalidatie, maar de conclusies zullen bruikbaar zijn voor het vormen van een toekomstvisie op verduurzaming van innovatie in individuele revalidatie instellingen als ook sectorbreed.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) erkende in het verleden de noodzaak van innovatiegeld voor de revalidatiesector. Mede omdat op dat moment bekostiging van innovatie via de DBC-structuur niet mogelijk was, gaf VWS de opdracht en de financiële middelen aan ZonMw om het Innovatieprogramma Revalidatie te leiden (2009-2014). Dit programma werd door ZonMw en Revalidatie Nederland gezamenlijk opgesteld. Het doel van het Innovatieprogramma Revalidatie is het *vergroten van het innovatievermogen van de revalidatiesector*, bestaande uit revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van (academische)ziekenhuizen.

Daartoe zijn binnen het programma drie doelstellingen geformuleerd:

- 1) Brede/landelijke implementatie van innovaties die op kleine schaal effectief zijn gebleken. Binnen deze doelstelling gaat het om opschaling van ontwikkelde en effectief gebleken klinisch toepasbare kennis, inzichten en producten welke rijp zijn voor exploitatie. De lijn implementatie bestaat uit 13 projecten;
- 2) Ontwikkeling van innovaties op kleine schaal, op basis van relevante actuele kennis. Binnen deze doelstelling staat de stimulering van ideevorming en het initiëren van nieuwe innovaties centraal. Ook biedt deze doelstelling mogelijkheden voor proefimplementatie. Deze lijn innovatie bestaat uit 35 kleinere projecten;
- 3) Kennis beter beschikbaar en toegankelijk maken voor professionals in de revalidatie, door de ontwikkeling van een digitaal kennisnet, het Revalidatie Kennisnet vormt de derde lijn.

De projecten in het kader van de drie verschillende doelstellingen hebben een verschillende achtergrond. Sommige komen voort uit eerdere innovatie- en onderzoeksprogramma's binnen de revalidatie sector, zoals het 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> Programma Revalidatieonderzoek en sommige uit projecten in het kader van de WBMV financiering. Het innovatieprogramma is primair gericht op implementatie van bestaande, en ontwikkeling van kleinschalige innovaties en niet op kennisvermeerdering via wetenschappelijk onderzoek. Het hoofddoel is dat de innovaties bij de revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen in de praktijk worden ingevoerd. Het programma biedt de mogelijkheid om samen met branche-,

beroeps-, kennis- en patiëntenorganisaties te bouwen aan een (implementatie) infrastructuur en samenwerking.

In dit onderzoek zijn projecten uit de drie verschillende lijnen diepgaand onderzocht om kennis te verkrijgen over hoe innovaties in de revalidatiesector plaatsvinden en welke lessen daaruit te trekken zijn voor het beïnvloeden van de innovatiekracht van de sector. Dit onderzoek levert inzichten op die van nut zijn bij het besluit over het duurzaam borgen en verder versterken van de innovatiekracht en de daarvoor benodigde infrastructuren na afloop van het innovatieprogramma.

Doordat het merendeel van de projecten bij aanvang van het onderzoek al was gestart of zelfs al was afgerond, was het niet mogelijk een nulmeting te doen. Dit maakte kwantitatief onderzoek naar de *mate* van innovatie onmogelijk. Kwalitatief evaluatieonderzoek was wel geschikt om bestaande innovatieprojecten in kaart te brengen en om het innovatieproces, inclusief de effecten daarvan, te beschrijven. Daarbij was het van belang inzicht te krijgen in wat de innovaties voor de sector betekenen. Kwalitatief evaluatieonderzoek levert geen gekwantificeerde 'meting' van de innovatiekracht op, maar wel inzichten in het ontstaan, in de implementatie, borging en verspreiding van innovaties, evenals inzichten in de beperkende en stimulerende factoren van innovatieve praktijken. Een kwalitatieve evaluatie biedt daarmee ook mogelijkheden voor het funderen van beleid aangaande toekomstige stimulering van innovatie in deze sector. Na analyse en interpretatie doen wij, op grond van deze inzichten, onderbouwde uitspraken over hoe het innovatievermogen van de revalidatiesector in de toekomst behouden en/of versterkt kan worden.

Daarmee hebben we ook de doelstelling van het onderzoek gegeven, namelijk het inzicht vergroten in het innovatief vermogen van de revalidatiesector door te bezien hoe innovaties gestimuleerd, verspreid en soms gehinderd worden en welke betekenis ze hebben voor wie. De projecten van het innovatie revalidatie programma bieden daarvoor veel empirisch materiaal. Het onderzoek leidt tot een advies aan Revalidatie Nederland en de revalidatiesector over hoe zij na het aflopen van het innovatieprogramma met het stimuleren van innovaties verder kunnen gaan. De onderzoeksvraag is:

**Welke betekenis heeft het Innovatieprogramma Revalidatie voor innovatie in de revalidatiesector en welke lering kan hieruit worden getrokken voor de duurzame bestending van de innovatiekracht in deze sector?**

Een koppeling aan de theorie kan leiden tot een gelaagd antwoord op de vraag hoe innovaties zich ontwikkelen en geïmplementeerd worden en waarom. Bij deze onderzoeksvraag zijn enkele deelvragen geformuleerd.

- 1) Hoe is het Innovatieprogramma Revalidatie ontstaan, geïmplementeerd, en hoe is het verlopen? Welke rol heeft het programma gespeeld in de beleving van de ontwikkelaars van de innovatie? Wat was er zonder het programma anders gegaan en waarom?
- 2) Hoe zijn de innovatieprojecten uit de drie verschillende lijnen van het Innovatieprogramma Revalidatie vormgegeven? Op welke wijze zijn innovatieprojecten uitgevoerd, met welke rolverdeling? Wie zijn erbij betrokken geweest in welke

infrastructuur? Welke indicatoren zijn opgesteld en welke resultaten zijn gerapporteerd? Wat is er goed gelopen en wat ging minder goed? Wat wordt als 'goed' beschouwd?

- 3) Welke betekenis wordt er aan het programma en de projecten gegeven door medewerkers, managers, beleidsmakers en de revalidanten zelf? Welke projecten worden getypeerd als 'best practices' en waarom?
- 4) Wat is er nodig om tot innovatie te kunnen komen en hoe kan de innovatiekracht in zowel de revalidatie instellingen als in de revalidatiesector duurzaam worden bestendigd?

De eerste drie deelvragen zijn empirische vragen gericht op het achterhalen van theoretische aannames in het programma en op het achterhalen van het 'dagelijks leven' en van de betekenis van het innovatieprogramma en de bijbehorende projecten. De vierde deelvraag is concluderend en adviserend in deze deelvraag werken wij ook toe naar een andere conceptualisatie van innovatie en implementatie. Dat moet Revalidatie Nederland een handvat bieden om innovaties verder te stimuleren.

### **Leeswijzer**

Dit rapport is geschreven op basis van het onderzoek van het iBMG dat gedurende het jaar 2012 is uitgevoerd. Het rapport is als volgt opgebouwd.

*Hoofdstuk 2* bevat het theoretisch kader bij het onderzoek. Dit kader beschrijft vanuit welk theoretisch perspectief het onderzoek naar innovatie in de revalidatie is uitgevoerd en geeft de theoretische thema's aan die aan het onderzoek verbonden zijn. Gezien de exploratieve aard van het onderzoek bevat het theoretisch kader geen model maar is het richtinggevend voor het verloop van het onderzoek door een visie op innovatie aan de hand van 'sensitizing concepts' te geven. Hierin worden dus geen empirische resultaten of voorbeelden besproken.

*Hoofdstuk 3* beschrijft welke onderzoeksmethoden zijn gebuikt om tot een antwoord op de onderzoeksvragen te komen. Hierin zal worden toegelicht welke cases zijn gekozen en hoe die zijn onderzocht en geanalyseerd. Ook een overzicht van de verschillende dataverzamelmomenten is hierin terug te vinden.

*Hoofdstuk 4* dient als achtergrond of contexthoofdstuk bij het onderzoek. Hierin worden enkele belangrijke, meer algemene trends en ontwikkelingen, binnen de revalidatiesector beschreven. Dit hoofdstuk plaats daarmee het onderzoek in een bredere context; een context die er voor innovatie zeker toe doet.

*Hoofdstuk 5* bevat een analyse van de onderzoeksresultaten over het ontstaan, de opzet en het verloop van het innovatieprogramma in de revalidatie van Revalidatie Nederland en ZonMw. Hierin worden de gegevens geanalyseerd van documenten en van de interviews met direct betrokkenen bij het programma, leden van de stuurgroep en de begeleidingscommissie. Dit hoofdstuk vormt daarmee de analyse op programmaniveau.

*Hoofdstuk 6* bevat een beschrijving van de vier cases die in dit onderzoek zijn onderzocht. Ook wordt beschreven welke innovatie- en implementatieprojecten in dit onderzoek

uitgebreid zijn geanalyseerd en hoe deze chronologisch verlopen zijn. Dit hoofdstuk bevat daarmee de casusbeschrijvingen en nog niet de analyse van deze casussen.

*Hoofdstuk 7* bevat de uitgebreide analyse van de cases in dit onderzoek. De vier casestudies zijn thematisch geanalyseerd. In dit hoofdstuk zijn de resultaten daarvan terug te vinden. Hoofdstuk 7.1 gaat in op de vraag 'wat is innovatie?'. Hoofdstuk 7.2 behandelt de vraag 'hoe werkt innovatie?' Een analyse van de sectoreigenschappen van de revalidatie staat centraal in hoofdstuk 7.3. Hoofdstuk 7.4 bevat een analyse van de effecten van het programma op de cases. Als laatste staat in hoofdstuk 7.5 de ontwikkeling van Kennisnet centraal. In dit hoofdstuk wordt gebruikt gemaakt van citaten; deze dienen voornamelijk ter illustratie bij specifieke punten uit de analyse.

*Hoofdstuk 8* bevat de conclusies van dit onderzoek. Vanzelfsprekend wordt in dit hoofdstuk de onderzoeksvraag, zoals deze in de inleiding is vermeld, beantwoord.

*Hoofdstuk 9* belicht enkele aanbevelingen over hoe de randvoorwaarden voor innovatie in de revalidatie in de toekomst versterkt kunnen worden om het innovatievermogen te verduurzamen.

In het *nawoord* geven de onderzoekers een persoonlijke reflectie op hun rol en ervaring in dit onderzoeksproject. Achteraan zijn de *referenties* en de *bijlagen* bij het rapport opgenomen.

## 2. Theoretisch kader

*“Scientific theory is a contrived foothold in the chaos of living phenomena”.*

**WILHELM REICH, AUSTRALIAN PSYCHOLOGIST (1897-1957)**

### 2.1 Introductie; de rol van theorie in dit onderzoek

Dit onderzoek is inductief van aard, dat betekent dat er geen leidend theoretisch model is voor het onderzoek. Om te duiden wat innovatie is en welk effect het heeft op de innovatiekracht van de revalidatiesector, komt de praktijk van innovatie uitgebreid ter sprake. Hiervoor is echter wel houvast nodig in de vorm van theoretische concepten. In dit theoretisch kader worden daarom begrippen en inzichten vanuit de literatuur beschreven die worden gebruikt om de empirische bevindingen op een verantwoorde wijze te kunnen analyseren en beschrijven. Het gaat hierbij om het verhelderen van de begrippen innoveren en implementeren, en om het beschrijven van verschillende theorieën aangaande het implementeren (verspreiden en borgen) van innovaties in de praktijk. Omdat de vraag van het onderzoek gericht is op het behouden van de innovatiekracht werken wij ook uit wat wij verstaan onder duurzaamheid en borging. Dit hoofdstuk bevat daarmee beschrijvingen van theoretische inzichten die richtinggevend zijn voor het onderzoek.

### 2.2 Wat betekent innovatie?

In de innovatieliteratuur doen vele verschillende definities de ronde waarbij niet enkele verschillende aspecten van innovaties worden benadrukt maar ook onderscheid wordt gemaakt naar type en aard van de innovatie. Een terugkerend element in de vele definities van innovatie is de introductie van iets ‘nieuws’. Hierbij kan dan nog onderscheid gemaakt worden of dat iets een product, proces of dienst is en voor wie het precies nieuw is. Een specifiekere definitie van innovatie wordt dan ‘de succesvolle ontwikkeling en toepassing van kennis en technologie in de vorm van nieuwe producten, diensten en services’. Er zijn dus eigenlijk geen objectieve criteria voor de definitie innovatie. Alle definities van wat een innovatie is gaan uit van de beleving en subjectieve waarneming van de betrokken personen. Sørensen and Torfing (2011:849) definiëren innovatie als: “an intentional and proactive process that involves the generation and practical adoption and spread of new and creative ideas, which aim to produce a qualitative change in a specific context”. Omdat onder de noemer ‘innovatie’ veel verschillende ontwikkelingen kunnen worden gevat, is het van belang een visie op innovatie te ontwikkelen die past bij de sectorspecifieke eigenschappen van de revalidatiesector. In de cases staan daarom de innovaties zelf centraal, terwijl het in het programma in meer abstractere termen gaat over de ontwikkeling en toepassing van deze innovaties.

### 2.3 Wat betekent implementatie?

Het invoeren van een innovatie wordt ook wel implementatie genoemd. Implementatie kan worden gedefinieerd als ‘een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de

gezondheidszorg' (Hulscher et al. 2000). Voor het realiseren van vernieuwingen in de praktijk worden verschillende termen gebruikt: innovatie, implementatie, disseminatie, diffusie, adoptie, kennistransfer, educatie, kwaliteitsverbetering en zorgvernieuwing. Deze diversiteit aan termen laat de variatie in denken zien in de wetenschap. De definitie van implementatie die vaak, ook in de innovatieprojecten van het programma gebruikt wordt bevat de volgende elementen (Grol & Wensing 2006):

- Procesmatige en planmatige invoering: Er worden strategieën en activiteiten gekozen en uitgevoerd om de invoering van een bepaalde innovatie te bereiken. Deze strategieën leiden echter vaak niet tot vanzelfsprekend ander handelen in de praktijk. Daarom vereist effectieve implementatie een procesmatige aanpak. Bij het opzetten van het implementatieplan zal sprake zijn van een iteratieve benadering, waarin door opgedane ervaringen de volgende stappen worden gezet en de aanpak wordt verbeterd.
- Vernieuwingen en/of verbeteringen: Het gaat om het invoeren van nieuwe, betere of andere werkwijzen, technieken of organisatievormen
- Structurele plaats krijgen (borgen): De implementatie moet leiden tot een blijvende verandering.

Organisaties dienen zich continu te ontwikkelen om mee te blijven doen in hun (specifieke) markt. Het implementeren van innovaties brengt vele struikelblokken met zich mee. Succesvolle implementatie hangt van meerdere factoren af; het kader waarin de implementatie plaatsvindt, de omgeving/context van de innovatie en de operationalisering ofwel hoe de implementatie van de innovatie vorm krijgt (Johnson 2001).

## **2.4 Verschillende theorieën**

In de literatuur worden verschillende benaderingen gebruikt voor het onderscheid in methoden van implementatie. Er wordt onder andere onderscheid gemaakt tussen het rationele model ook wel diffusietheorie genoemd en de translatie theorie.

Bij het rationele model is er een duidelijk startpunt van de implementatie en de implementatie verloopt lineair. De implementatie wordt aangestuurd van bovenaf in de organisatie. Een uitgangspunt bij dit model is de beschikbaarheid van nieuwe inzichten of werkwijzen waarvan de invoering wenselijk wordt geacht (Grol & Wensing 2006). Disseminatie zal ervoor zorgen dat steeds meer deelnemers van de doelgroep overgaan tot het toepassen van de innovatie. Daarin onderscheidt Rogers (1995) actoren die de vernieuwing snel zullen adapteren, en anderen die dat langzamer, of zelfs niet doen. Echter dit proces van diffusie of disseminatie lijkt vanzelf te gaan, 'uit te rollen'. De diffusie theorie stelt dat innovaties zich vanzelf door ontwikkelen en verspreiden. Daarbij hebben de innovaties wel impact op de gebruikers ervan, maar de gebruikers hebben doorgaans weinig invloed op de (door)ontwikkeling van de innovatie. De kritiek op het rationele model luidt dan ook dat er weinig aandacht wordt besteed aan de diversiteit van behoeften, kennis en ervaringen uit de doelgroep van de implementatie.

De innovatietheorie geeft geen afdoende antwoord op de vraag waarom innovaties meestal niet vanzelf gaan en de theorie geeft onvoldoende houvast om te kunnen beschrijven welk werk er door de verschillende partijen verzet moet worden (McMaster e.a. 1997; Greenhalgh e.a. 2004). Wij zetten daarom de uitgangspunten van de vaak gebruikte diffusie theorie

(Rogers, 1995) af tegen opgedane inzichten die wij beschrijven als de translatietheorie welke voortkomt uit de Actor Network Theorie (ANT) (Latour 1996; Callon 1991). Bij het implementeren van innovaties zien we empirisch een ander beeld opdoemen dan de diffusie theorie doet geloven, het gaat vaak niet om het rationeel uitrollen van nieuwe technieken maar eerder om 'enrollen': het interesseren en betrekken van netwerkpartners om te kunnen komen tot nieuwe verbanden of infrastructuren, waarbij materiële (Orlikowski 2007) en immateriële/menselijke actoren als gelijkwaardig van belang worden beschouwd. In tegenstelling tot de diffusiegedachte is in de translatietheorie of Actor Network Theorie (ANT) een innovatie nooit af, maar wordt het continu vertaald op het moment dat het in een andere context wordt gebruikt. Er is dus direct sprake van een wisselwerking tussen de innovatie en de mensen die deze gebruiken.

Translatie beschrijft zowel het veranderen of 'vertalen' van een innovatie op zich evenals het verplaatsen van een innovatie van de ene naar de andere context. Vanuit dit perspectief is een innovatie tegelijkertijd een uitkomst en het startpunt voor een proces van onderhandeling tussen betrokkenen. Onderzoek doen naar innovatie vanuit dit perspectief kan alleen door de innovatieve praktijken (daar waar de translatie plaats heeft) te onderzoeken. De translatietheorie biedt andere, naar ons idee meer passende en behulpzame concepten, en schept daarmee de mogelijkheid om de complexiteit van de processen rondom implementatie van innovatie meer gelaagd te verkennen en de werking hiervan meer precies en empirisch gebaseerd te beschrijven (McMaster&Wastell 2005; Greenhalgh & Stones 2010). Als conceptueel kader hebben wij daarom de 'actor-network theory' gebruikt, waarbij kwalitatieve, etnografische onderzoeksmethoden ingezet worden gericht op het volgen van de actor ('follow the actor'). De 'actor' is in dit geval het innovatieprogramma en de verschillende aangehangen projecten. Hoe wij deze manier van onderzoek hebben ingevuld beschrijven wij in het methode hoofdstuk van dit rapport.

Middels deze theorie en bijpassende methode kunnen wij laten zien waarom innovaties meestal niet vanzelf gaan, welk werk er door de verschillende partijen uit het netwerk verzet moet worden (Actor-Network), en wat dit betekent voor het realiseren van innovatieve praktijken (translatie). Theoretisch gezien zal er in het onderzoek bijzondere aandacht zijn voor:

- *De institutionele inbedding en sturing:* het geheel van netwerken, structuren, arrangementen en tradities/omgangsvormen dat van invloed is op de translatie en uiteindelijke innovatie.
- *De kenmerken van revalidatie:* Eigenschappen van de sector, de verschillende doelgroepen en de wijze waarop die op het translatieproces van invloed zijn.
- *De kennis en kunde van de betrokken professionals en bestuurders/managers:* De handelswijze en onderlinge relaties welke van invloed zijn op de translatie van innovaties.

Het onderzoek is zoals gezegd inductief opgezet, maar deze drie factoren zijn van belang voor het 'volgen van de actor' en het kunnen duiden van innovatiekracht zowel in innovatie- als implementatieprocessen. Op die manier worden in de praktijk ook nieuwe theoretische inzichten opgedaan.



## **2.5 Duurzaamheid van de vernieuwing, borging**

Een van de grootste uitdagingen in het werken aan innovatie is hoe de ingezette verandering structureel van aard kan worden; of anders gesteld hoe innovatie leidt tot duurzame verandering (Greenhalgh e.a. 2004; Parnaby & Towill 2008). De duurzaamheid van de innovatie kan worden onderzocht in technologisch opzicht maar juist ook in de relaties, interacties en op het gebied van aanwezige vakkundigheid. Borging van innovaties heeft te maken met routines, met de opname van werkwijzen in de structuren van de organisatie (Slaghuis, to be published), maar ook met het vastleggen van de verandering in documenten, in trainingsvormen of in specifieke materialen (Stoopendaal & Bal 2012). Wij onderzoeken wat er in de innovatieprojecten is gebeurd om innovatie een structureel karakter te geven. Dat bepaalt het innovatievermogen van de sector en de organisaties.

## **2.6 Relaties tussen managers en professionals**

Voortbouwend op eerder onderzoek naar innovatieve praktijken en innovatieprogramma's stellen wij dat bij innovatieve zorgpraktijken de relatie tussen management en de werkvloer (managers en professionals) een belangrijk thema is (Strating e.a. 2008; Stoopendaal 2008). In het onderzoek wordt nader ingegaan op de betekenis van deze relatie voor de rol- en taakverdeling en voor het innovatievermogen van een organisatie. Historisch besef is daarbij van belang. In de revalidatie bestaan vaak specifieke hiërarchische relaties tussen revalidatieartsen, paramedici (e.g. fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en maatschappelijk werkers) en de verpleegkundigen/verzorgenden (Gritzer & Arluke 1985). Nu is dat in veel professionele sectoren en omgevingen aan de orde, maar bij het scheiden van taken ('division of labor') speelden in de revalidatie de technologische ontwikkelingen, politieke condities, 'markten' en historische incidenten gelijktijdig een rol. Dat vraagt daarom ook van managers en professionals in de revalidatie om op elkaar ingespeeld te zijn en van professionele beroepsgroepen om hun identiteit deels te ontleen aan multidisciplinaire samenwerking. De inhoud van het werk in de revalidatie met vaak ernstig gehandicapte 'revalidanten' is prachtig beschreven door Mattingley (1998) in haar etnografische studie naar het werk van ergotherapeuten. Zij laat op een verhalende manier zien welke achterliggende betekenissen, de voor buitenstaanders vaak kinderlijk aandoende spelletjes, die in de revalidatie praktijk gebruikt worden hebben en hoe deze het leren omgaan met een handicap mogelijk kunnen maken. Daarnaast bieden ze ook de mogelijkheid om op een iets minder directe wijze over zeer pijnlijke zaken te spreken.

## **2.7 Conclusie theoretisch kader**

Om in dit rapport uitspraken te doen over de innovatiekracht in de revalidatiesector is een breed perspectief op innovatie noodzakelijk. Het gehele innovatieproces, van de ontwikkeling van innovaties tot de implementatie en de diffusie, wordt besproken aan de hand van de volgende definitie: 'innovatie is de succesvolle ontwikkeling en toepassing van kennis en technologie in de vorm van nieuwe producten, diensten en services'. Hiermee is innovatie dus soms iets totaal nieuws maar soms ook een nieuwe toepassing van iets bestaands. Voor een kwalitatieve studie naar innovatie is het van belang om de praktijk te laten 'spreken'. Daarbij moeten de betekenis van het institutionele landschap voor de innovatiekracht, maar ook de specifieke eigenschappen van doelgroepen, professionals en multidisciplinair werken, evenals het samenspel tussen professionals en management aan de orde komen. Het kader zoals in dit hoofdstuk beschreven biedt voldoende houvast om het onderzoek inductief uit te voeren en de cruciale factoren voor innovatiekracht in de revalidatie te duiden.

## 3. Methode van onderzoek

“Research is formalized curiosity;  
it is poking and prying with a purpose”.

**ZORA NEALE HURSTON, AMERICAN ANTHROPOLOGIST (1891-1960)**

### 3.1 Inleiding

Zoals in de inleiding al vermeld is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Belangrijk was het om inzicht te krijgen in wat het programma en de projecten voor de sector betekenen. Er is onderscheid gemaakt tussen de drie lijnen in het programma: innovatieprojecten, implementatieprojecten en kennisnet. In het onderzoek zijn vier lagen aangebracht. De eerste laag is het onderzoek naar de opzet en het verloop van het programma. De tweede laag betreft het onderzoek naar de verschillende implementatie/innovatie projecten in vier case studies. De derde laag is een uitgebreide case studie (scriptieonderzoek Mathijs Kelder) die zich helemaal heeft voltrokken rondom de ontwikkeling & opzet van Revalidatie Kennisnet. Als vierde laag hebben wij een reflectie op onze bevindingen voorgelegd aan twee actoren die als belangrijke innovatieve krachten werden gezien door meerdere respondenten, maar die geen zitting hadden in de programmacommissie en stuurgroep en niet direct betrokken waren bij de door ons bezochte projecten. Tot slot, tegen het eind van het onderzoek zijn conceptresultaten in een bijeenkomst voorgelegd aan een delegatie van leden van de Stuurgroep Innovatie van Revalidatie Nederland en de programmacommissie van ZonMw. Deze bijeenkomst diende daarmee als extra reflectiemoment op de resultaten voor de verslaglegging.

### 3.2 Onderzoek op programma niveau

Dit onderzoek is voornamelijk gebaseerd op de analyse van documenten over het programma en op interviews met leden van programmacommissie en stuurgroep. De interviews duurden allen een uur en waren semigestructureerd aan de hand van een vooraf toegestuurde vragenlijst (zie bijlage 1). Tijdens het interview is vaak van deze vragenlijst afgeweken omdat de gesprekken open verliepen en als vanzelf interessante wendingen aannamen. De gesprekken zijn zoveel mogelijk op de eigen werk/woonlocatie van de respondenten gevoerd. Van elk interview is er een gedetailleerd verslag gemaakt waarin gedeeltelijk letterlijke transcripties zijn opgenomen. De uitgewerkte verslagen zijn aan de respondenten voorgelegd en aangepast op grond van de door hun aangegeven commentaren. Net als het andere verzamelde data materiaal zijn de verslagen ingevoerd in het programma Atlas TI 6.2 en hierin ook eerst inductief en later deductief gecodeerd.

Daarnaast zijn twee algemene programma bijeenkomsten geobserveerd: de bijeenkomst voor projectleiders op 29 september 2011 en het symposium ‘Innovatie in Revalidatie’ op 8 juni 2012. Twee bijeenkomsten van de programmacommissie en de klankbordgroep zijn gebruikt als reflectiemomenten voor de opzet van het onderzoek.

#### *Overzicht onderzoeksactiviteiten op programmaniveau:*

- Gesprek programmacommissie over opzet onderzoek op 09-09-2011 vergadercentrum La Vie te Utrecht
- Observatie tijdens Projectleidersbijeenkomst Innovatieprogramma Revalidatie op 29-09-2011
- Gesprekken met programmacoördinatoren Jojanneke Hillmann & Bianca van Wesep op 25 januari 2012 op kantoor Revalidatie Nederland te Utrecht
- Klankbordgroep bijeenkomst 11 mei 2012 op kantoor van Revalidatie Nederland te Utrecht
- Observatiesymposium 'Innovatie in Revalidatie' 8 juni 2012
  
- Interviews met leden van de programmacommissie:
  - Dhr. K. Visser - Voorzitter & voormalig vz., hotel Wientjes te Zwolle
  - Mw. B. de Jong - Bestuurder Maartenskliniek, Maartenskliniek Nijmegen
  - Mw. M. Kroneman - Patiëntvertegenwoordiger, VSN/NIVEL, Aalst
  - Dhr. S. Berdenis v. Berlekom – Vicevoorzitter, bestuurder Hoogstraat, Hoogstraat Utrecht
  - Mw. E. Moors - UHD Innovations in Life Sciences, Universiteit Utrecht (sinds juni 2012 Professor Sustainable Innovation aan de UU)
  
- Interview met leden van de stuurgroep:
  - Dhr. M. Bergen – voorzitter, bestuurder Rijndam, Rijndam Rotterdam
  - Mw. J. Riteco - Directeur RN, Revalidatie Nederland Utrecht
  - Mw. J. Martina –Voormalig bestuurder Groot Klimmendaal, revalidatiearts 't Roessingh en voorzitter VRA, kantoor Revalidatie Nederland Utrecht

De interviews met de leden van de programmacommissie en de stuurgroep zijn gehouden tussen eind februari en begin mei 2012.

### **3.3 Onderzoek op projectniveau; de vier casestudies**

De klankbordgroep bijeenkomst van 11 mei 2012 op kantoor van Revalidatie Nederland te Utrecht is gebruikt als terugkoppeling van de voorlopige resultaten van het onderzoek op programma niveau.

Daarbij is in deze bijeenkomst met de aanwezigen gezocht naar een juiste selectie van de daarna uit te voeren case studie. In dit overleg is gekozen twee implementatie projecten te bezoeken, een innovatieproject en een innovatieproject dat is overgegaan in een implementatieproject. Er is gezocht naar een juiste inhoudelijke en ook geografische verdeling waarin meerdere revalidatiecentra bezocht konden worden. In sommige revalidatiecentra waren meerdere projecten gaande, de onderzoekers hebben waar mogelijk daar ook informatie over verkregen. Hieronder een overzicht van alle dataverzameling die in het kader van ons evaluatieonderzoek voor Revalidatie Nederland heeft plaatsgehad. Omdat er vier casestudies waren begroot in de onderzoeksopzet, was het niet rendabel om naar mislukte projecten of minder innovatieve organisaties op zoek te gaan. In de twee implementatieprojecten is met de andere betrokken organisaties gesproken tijdens een specifieke netwerkbijeenkomst: de knowledgebrokersdag. In het project ACT op 't Roessingh te Enschede was dit niet meer mogelijk, er waren geen netwerkbijeenkomsten

meer ingepland. Van dit project hebben wij echter gebruik kunnen maken van eigen onderzoek van 't Roessingh waarvan ons de documenten zijn voorgelegd.

De case studies waren sterk verschillend van vorm en wij hebben in overleg met de projectleiders onze opzet van de case studie hieraan pragmatisch aangepast. Dat was verantwoord omdat we de niet op een vergelijking tussen de cases op zoek waren, maar naar het traceren van de factoren die voor innovatiekracht van belang zijn. Op sommige plekken zijn wij daardoor een volle dag geweest waarin veel mensen hebben kunnen spreken en veel dagelijks werk van professionals hebben kunnen observeren. Op andere plekken zijn de onderzoeksactiviteiten verspreid over meerdere dagen. Vanwege drukte en de vakantieperiode liep de dataverzameling in de case studies langer door dan we in de opzet van het onderzoek konden voorzien. De casestudies bestonden uit: contact leggen en toegang verkrijgen, interviews met de projectcoördinatoren, interviews met de uitvoerenden, observaties van bijeenkomsten en videomateriaal, observatie van behandelingen, verzameling van specifieke documenten. Het verzamelde data materiaal was erg ruim en heeft ons in staat gesteld een verantwoorde analyse te maken. Bij de analyse is ook weer gebruik gemaakt van het programma Atlas TI 6.2 en ook hier is eerst inductief en later deductief gecodeerd.

Hieronder treft u alle afspraken gedurende de periode waarin wij de vier casestudies hebben uitgevoerd (juni 2012 – september 2012). Het overzicht bevat alle afspraken, interviews en observaties.

1. *Casus: E-health geheugentrainingsprogramma bij hersenletsel - St Maartenskliniek – Nijmegen*

- Casestudy gedurende een dag op 28 juni 2012 (09:00 – 15:00) bestaande uit
  - Openingsgesprek met Dhr. L. Fasotti en deels Mw. P. Holtus
  - Lunchinterview met Mw. P. Holtus en deels Dhr. L. Fasotti
  - Inzage in het programma
  - Focusgroep discussie met Mw. P. Holtus, Dhr. L. Fasotti en Dhr. N. Linders
  - Afsluitend interview met Dhr. L. Fasotti en Dhr. N. Linders

2. *Casus: PACT & ImPACT – Rijndam revalidatiecentrum - Rotterdam*

- Interview Mw. S. Wielaert en Mw. W.M.E. van der Sandt Koenderman op 31/08 in revalidatiecentrum Rijndam te Rotterdam
- Video van een behandeling volgens PACT bekeken
- Observatiemiddag (13:00 – 17:00) in de revalidatiekliniek Rijndam bij logopediste Mw. N. Dammers op 20 september 2012
- Interview met maatschappelijk medewerker Dhr. E. Salomons op 27 september 2012 in revalidatiecentrum Rotterdam.

3. *Casus: Implementatie ACT bij chronische pijn – 't Roessingh revalidatiecentrum – Enschede*

- Casestudy op 11 september 2012 (09:00 – 16:00) in 't Roessingh te Enschede; bestaande uit
  - Presentatie & interview met projectleider Mw. K. Scheurs en psycholoog Dhr. L. Slot

- Groepsinterview ACT-team en aansluitend videopresentatie van werken met ACT
- Interview met psycholoog van Dhr. L. Slot
- Interview met projectleider Mw. K. Scheurs en promovenda Mw. H. Trompetter
- Interview met bestuurder van het 't Roessingh Dhr. P. Windt

#### 4. *Casus: Implementatie richtlijnen Cerebrale Parese – de Hoogstraat - Utrecht*

- Interview Mw. M. Ketelaar op 23/8 om 11:30 in de Hoogstraat te Utrecht
- Interview met Mw. L. Reehorst en Mw. M. Harmer-Bosgoed op 5/9 om 14:30
- Observatie Knowledge-brokerdag 14 september te Utrecht 09:00 – 17:00
- Focusgroep discussie met knowledge-brokers<sup>3</sup> en managers op 14 september in vergadercentrum Vredenburg te Utrecht 13:00 – 15:00

### 3.4 Onderzoek naar Revalidatie Kennisnet

Revalidatie Kennisnet was het hoofdonderwerp van studie binnen de masterscriptie van Mathijs Kelder. Naast een analyse van documenten en het inzien van Kennisnet zelf, zijn hier vooral semigestructureerde interviews gebruikt, zijn bijeenkomsten van de projectgroep geobserveerd en is het symposium waarop Kennisnet werd gelanceerd bezocht. Hieronder zijn de dataverzamelmomenten opgesomd die zijn gebruikt.

- Interviewgesprekken en observaties bij en met RN op 24-02, 21-03, 11-05, 14-05 en 04-09-2012
- Observatie / Interview symposium 'Innovatie in de revalidatie' op 08-06-2012
- Interview respondent YARD op 22-06-2012
- Zes Interviews respondenten instelling tussen 03-07-2012 en 03-08-2012
- Interview respondent EUR op 02-09-2012

### 3.5 Reflecterende interviews op bevindingen

Tegen het einde van het onderzoek zijn twee reflecterende interviews gehouden met relatieve buitenstaanders van de cases maar met een grote expertise in de revalidatie en bovendien ervaring met innovatieprocessen. Deze interviews dienen als reflectiemoment maar ook als middel om inzichten die onderzoekers hebben opgedaan te verifiëren bij experts. Dit om de kwaliteit van de resultaten en de analyse verder te versterken.

- Interview met Anne Visser-Meily, revalidatie arts, op 23-10-2012 in het UMC te Utrecht
- Interview met Cecile Schueler, fysiotherapeut, op 25-10-2012 in revalidatiecentrum de Hoogstraat, te Utrecht

Het materiaal dat op bovenstaande momenten is verzameld en vervolgens is geanalyseerd bestond uit uitgebreide interviewverslagen, veldnotities, observatieaantekeningen en een grote hoeveelheid velddocumenten. In de rest van dit rapport bespreken wij de bevindingen van de casestudies. Hierbij wordt veelvuldig gebruik gemaakt van interviewfragmenten en quotes uit de interviews. Bij de verwerking van de interviews voor deze rapportage zijn wij als volgt te werk gegaan.

---

<sup>3</sup> Vanaf heden ook wel KB'er genoemd.

- Alle interviews met leden van de begeleidingscommissie en de stuurgroep zijn opgenomen, getranscribeerd en voorgelegd aan de respondenten. Na deze membercheck zijn fragmenten gebruikt voor verslaglegging in dit rapport<sup>4</sup>.
- Bij alle interviews binnen de vier casestudies is vooraf toestemming gevraagd om het interview op te nemen. De interviews zijn opgenomen en geanalyseerd voor verslaglegging<sup>5</sup>.
- Daar waar in dit rapport gebruik is gemaakt van quotes dienen deze vooral ter illustratie of als voorbeeld van een analytisch punt. Hierin is vaak een selectie gemaakt uit vele quotes en/of observaties die de analyse ondersteunen. De analyse zelf is gebaseerd op een inductieve analyse van al het onderzoeksmateriaal.

### **3.6 Conclusie**

In dit hoofdstuk is onze werkwijze verantwoord. We hebben toegelicht dat we geen vergelijkende case studies hebben uitgevoerd maar de rijke bevindingen van innovatieve praktijken hebben laten zien. Er is triangulatie toegepast door naast interviews met individuele respondenten ook gestructureerd documenten te bestuderen, groepsgesprekken te houden, observaties in de praktijk te doen en uitspraken te controleren. Dat voorkomt dat individuele opvattingen of ervaringen leidend zijn.

---

<sup>4</sup> Zie hoofdstuk 5.

<sup>5</sup> Zie hoofdstuk 6 en 7.



## 4. Achtergrond; relevante trends

*“Taken out of context it must seem so strange”*

**Ani DiFranco, American singer (1970-)**

### 4.1 Inleiding

In de revalidatie wordt zorg verleend aan mensen met een (tijdelijke) handicap of met een chronische aandoening en de revalidatie helpt hen te herstellen en/of te leren omgaan met deze beperkingen. Hoewel de revalidatie officieel onder de cure valt heeft de sector aspecten in zich die sterk verbonden zijn met zowel de curatieve zorg als met de care en verzorging. In de revalidatiezorg komen daardoor veel brede beleidsontwikkelingen, die gevolgen hebben voor de patiëntenzorg, samen.

De belangrijkste doelstelling van medisch specialistische revalidatie is om mensen (weer) zoveel mogelijk te laten functioneren in het leven door hen deels de regie terug te geven. Steeds meer staat niet het functieherstel maar het herstel van functioneren centraal. De revalidatiearts helpt de revalidant daarbij door de behandeling te coördineren en het team van voornamelijk paramedici aan te sturen. Revalidatie Nederland, de branchevereniging voor de revalidatie, faciliteert haar leden door diens belangen te behartigen in beleidsdiscussies over bijvoorbeeld prestatiebekostiging en de doorontwikkeling van de DBC's naar DOT's. Zowel de prestatiebekostiging als de vervanging van DBC's door DOT's duidt op een belangrijke trend in de medisch specialistische revalidatie die als doel heeft de transparantie in kwaliteit en kosten te bevorderen; specialismen te concentreren en om de professionals meer vanuit de behoefte van patiënten te laten redeneren.

De ontwikkelingen onder het regime van de Zorgverzekeringswet, waarin gereguleerde concurrentie het ordeningsmodel is, zijn daarmee sturend voor de revalidatiesector en voor de individuele zorgrelaties tussen patiënten, artsen, professionals en revalidatie-instellingen. Tegelijkertijd raakt de revalidatiezorg aan belangrijke functies in de care. De chroniciteit van veel beperkingen en aandoeningen die in de revalidatiezorg worden behandeld maakt de verbinding met thuiszorg, zelfmanagement en met de domeinen van wonen, werk en welzijn belangrijk. Als we vanuit de integrale behoefte van revalidanten redeneren dan zijn daarom ook de regimes van de Wmo (wet maatschappelijke ontwikkeling) en de AWBZ (algemene wet bijzondere ziektekosten) mede sturend en bepalend voor de revalidatiezorg.

Kortom, het is inherent aan de revalidatiezorg dat veel brede beleidsontwikkelingen samen komen en een invloed uitoefenen op de zorgverlening. In dit inleidende hoofdstuk worden daarom de belangrijkste feiten en cijfers over de sector gegeven en zal nader ingegaan worden op de zojuist genoemde trends. Beide zijn namelijk bepalend voor de toekomst van de revalidatiezorg.



## 4.2 De revalidatiesector: feiten en cijfers

In onderstaande figuur hebben wij enkele feiten en cijfers over de revalidatiezorg weergegeven.

- In 2011 zijn 69.600 (ca. 25% <18) poliklinische en 8.500 (ca. 6% <18) klinische patiënten behandeld.
- In 2011 hebben de revalidatie-instellingen ruim 3 miljoen revalidatiebehandelingen (RBU's) gerealiseerd. Dat is een stijging van bijna 6% ten opzichte van 2010.
- Het bedrag dat omgaat in de revalidatiesector was in 2010 circa 425 miljoen euro.
- In de revalidatie is ca. 90% van de zorg verleend aan poliklinische patiënten.
- 456 revalidatieartsen zijn eind 2011 werkzaam in ziekenhuizen en revalidatiecentra.
- 151 assistenten (aio's) zijn eind 2011 in opleiding tot revalidatiearts.
- Per eind 2011 zijn 9 revalidatie-instellingen HKZ-gecertificeerd.
- De revalidatie-instellingen scoren goed op patiënttevredenheid. De volwassen revalidanten en de ouders van revaliderende kinderen waarderen de dienstverlening met een ruime 8.

**FIGUUR 1: FEITEN EN CIJFERS OP EEN RIJ (BRON: REVALIDATIE NEDERLAND JAARBEELD 2011)**

Het doel van alle behandelingen in de revalidatie is om de kwaliteit van leven van revalidanten vergroten en om tegelijkertijd doelmatig met de middelen in de zorg om te gaan. Hiervoor zijn een aantal belangrijke mechanismen gecreëerd die hieronder worden besproken. Deze hebben namelijk relevantie voor de wijze waarop innovaties al dan niet van de grond komen in de revalidatie.

### *Financiering*

Ziekenhuizen worden momenteel bekostigd op basis van aangeboden zorgproducten, de zogenaamde prestatiebekostiging. In een vastgelegde periode tot 2014 kent deze bekostiging twee onderdelen. Het eerste onderdeel is een schaduwbudget dat wordt bepaald op basis van voormalige budgetteringsprincipes terwijl het tweede onderdeel bestaat uit DBC-zorgproducten. Voor de gehele ziekenhuissector geldt een 2-jarig overgangsmodel waarin instellingen de tijd krijgen om over te schakelen op deze nieuwe systematiek. In deze periode wordt ook het financiële risico opgebouwd. Per 1 januari 2013 verandert de revalidatiesector echter opnieuw van productstructuur. Daarom kennen revalidatiecentra een driejarige transitieperiode (2012 t/m 2014).

Ondanks de budgetkortingen waarmee de sector te maken kreeg, is volgens sommigen de financiële positie van de zelfstandige revalidatiecentra in 2011 sterk verbeterd ten opzichte van de jaren daarvoor (Zorgvisie, 8 augustus 2012). Het eigen vermogen van de gehele sector zou zijn toegenomen dankzij productiviteitsverbeteringen en het uitstellen van geplande investeringen. Echter de meningen over de werkelijke uitwerking van de budgetkortingen lopen uiteen<sup>6</sup>. Vaststaat dat de sector te maken heeft gehad met budgetkortingen. In verband met de risico's rond kapitaallasten zijn veel revalidatiecentra hun vastgoedbeleid aan het bijstellen. Het accountantsbureau dat dit onderzocht stelde dat veel revalidatiecentra momenteel bezig zijn met het herzien van de vastgoedstrategie'. Kenmerk van deze herziening is dat het budget voor investeringen en instandhouding van het huidige vastgoed uit reguliere tarieven moet worden vrijgespeeld. Deze verandering

<sup>6</sup> Revalidatie Nederland is als brancheorganisatie niet geconsulteerd voor de publicatie in Zorgvisie en onderschrijft deze conclusies mede daarom niet.

vraagt daarom om een aparte visie en planning op het gebied van vastgoed. Daarnaast is het de verwachting dat een bedrijfsmatige benadering van het vastgoed ook andere financiële inzichten op zal leveren. Een kortere gebruiksduur betekent namelijk dat vastgoed versneld moet worden afgeschreven. Deze versnelde afwaardering heeft ontegenzeggelijk hogere kapitaalslasten tot gevolg. Bij het vaststellen van de vergoedingen van de kapitaallasten is door het Ministerie van VWS met deze hogere kapitaalslasten vooralsnog geen rekening gehouden. Indien de vergoeding voor kapitaalslasten onaangepast blijft zal om vastgoedredenen de komende jaren de druk op het rendement van de revalidatiecentra toenemen. Deze parafrasering van het accountantsbureau maakt duidelijk hoezeer de financiering, de kapitaalslasten en het beleid van revalidatiecentra sturend zijn voor de ruimte om te innoveren, vooral in financieel opzicht.

#### *DBC's en DOT's*

De zogenaamde 'productstructuur' is in 2011 verder ontwikkeld door in het vervolg (naast de verrichte inspanningen) ook de diagnosehoofdgroepen bepalend te laten zijn. Dit betekent dat behandeltrajecten als integrale producten (en dus met eigen zorgvraag) worden gedefinieerd, met specifieke tarieven voor producten met en zonder klinische behandeling. Deze productstructuur is in 2013 ingevoerd. Tegelijkertijd wordt de zogenaamde 'zorgvraagindex' ingevoerd. Dit houdt in dat de specifieke problematiek en omstandigheden van patiënten verder inzichtelijk wordt gemaakt. Het gaat hier dus om het verder in kaart brengen van de patiëntkenmerken waardoor een koppeling van de zorgvraag aan DBC-zorgproducten mogelijk wordt. Op de langer termijn is de bekostiging daardoor verder afgestemd op de individuele omstandigheden van patiënten.

#### *Financiering van innovaties*

Innovaties in de revalidatie werden tot eind 2008 bekostigd via de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Op dit moment moeten kosten voor innovatie echter verdisconteerd worden in de DBC-systematiek. Dit houdt in dat er geen aparte (kosten/declaratie)-titel voor innovatie en onderzoek is. Deze overgang in financiering van innovatie in de revalidatie vormde voor het Ministerie van VWS dan ook een belangrijke reden om het tijdelijke 'Innovatieprogramma Revalidatie' op te zetten en te laten uitvoeren door ZonMw en Revalidatie Nederland. Het is in de revalidatie dus, net als in andere zorgsectoren, zoeken naar passende structurele financieringsmechanismen voor innovatie.

### **4.3 Breder trends in beleid en context**

Hoewel de feiten en cijfers revalidatie sterk in de curatieve sfeer neerzetten heeft revalidatie, zoals aan het begin van dit hoofdstuk al verwoord, toch ook duidelijke verbindingen met andere aspecten zoals zelfzorg, zelfredzaamheid en bijvoorbeeld het arbeidsproces. Om die reden plaatsen wij de ontwikkelingen in de revalidatiezorg daarom binnen een aantal bredere trends in de volksgezondheid, zorg, volkshuisvesting en het welzijn. Op basis van relevante beleidsdocumenten van de Ministeries van VWS, Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Ruimtelijke Ordening beschrijven we een viertal relevante trends die de opkomst van nieuwe initiatieven tussen care en cure bevorderen.

#### *Gereguleerde marktwerking (1)*

In de eerste plaats zien we in de curatieve zorg een toename van marktprikkels in het systeem van gereguleerde marktwerking. In 2006 is dat systeem geïntroduceerd en sindsdien is de vrije prijsvorming in de zorg in omvang toegenomen. Dit betekent

bijvoorbeeld dat zorginstellingen steeds meer met elkaar de competitie op prijs en kwaliteit opzoeken. De zorgverzekeraars vragen meer openheid van zaken om de organisaties en de behandelingen meer te kunnen vergelijken op prijs en kwaliteit. Dit heeft ook tot gevolg dat zorgorganisaties verschil willen maken door bijvoorbeeld te specialiseren en door verbindingen te zoeken met de eerstelijnszorg. Het laatste is gebaseerd op het idee dat afstemming in de zorgketen doelmatigheid en klantgerichtheid kan bevorderen. Zorgverzekeraars worden op hun beurt door de overheid steeds meer gestuurd in de richting van integrale zorginkoop. Deze ontwikkelingen staan echter ook ter discussie omdat het vooralsnog betwist wordt of het uitbreiden van de vrije prijsvorming, de steeds intensievere ketensamenwerking en de integrale zorginkoop, past in een systeem van gereguleerde marktwerking. Het Regeerakkoord Rutte II spreekt over verdere versterking van dit systeem en de vrije prijsvorming.

### *Decentralisatie (2)*

In de tweede plaats zet de decentralisatiebeweging door waardoor steeds meer taken en verantwoordelijkheden van de centrale naar de decentrale overheid worden overgeheveld. Het Rijk stoot steeds meer taken op het gebied van wonen, zorg en arbeid af naar gemeenten zoals momenteel zichtbaar is op uiteenlopende gebieden. Een eerste voorbeeld is de overheveling van de functiebegeleiding uit de rijks AWBZ naar de gemeentelijke Wmo. Het kabinet Rutte II heeft voorstellen hiertoe in voorbereiding, zo blijkt uit het Regeerakkoord dat dit najaar werd gepresenteerd. Een voorbeeld van decentralisatie was ook de 'Wet Werken naar Vermogen', waarbij de gemeente een grotere verantwoordelijkheid krijgt op het terrein van sociale zekerheid en in de arbeidsparticipatie door het aan het werk helpen van haar burgers. Ook in de jeugdzorg vindt momenteel een decentralisatie van taken plaats. Kortom, de lokale overheid krijgt een steeds groter takenpakket op het gebied van de sociale portefeuille en heeft daarom baat bij het leggen van concrete verbindingen tussen 'werken', 'zorgen' en 'participatie'. De decentralisatie dient het mogelijk te maken dat er geschoven wordt met budgets, dat er doelmatiger wordt om gegaan met de inzet van middelen en dat het leveren van maatwerk eenvoudiger wordt. Al deze decentralisaties kunnen ook van belang zijn voor revalidanten die ook zorgvragen hebben op bijvoorbeeld het gebied van de jeugdzorg of arbeidsparticipatie.

### *Integrale zorg (3)*

Er is ook een meer zorginhoudelijke en beleidsmatige trend zichtbaar: het leveren van integrale zorg. Een voorbeeld hiervan is de wijkverpleegkundige die weer haar intrede doet in de zorg in de wijk en buurt. Dit gebeurt vanuit een gedachte dat dicht bij de burger meer en betere afstemming kan plaatsvinden tussen zorg, welzijn en participatie in de samenleving zoals beoogd met de invoering van de Wmo. Gekoppeld aan deze beweging naar meer integrale zorg is ook de discussie over preventie van zorg weer meer actueel in het debat over stijgende zorgkosten. De doelstelling van het overheidsbeleid is om via de integrale zorg en via preventie van ongezondheid meer zorg in de toekomst te voorkomen. Als gevolg hiervan vinden ook veranderingen plaats in de beroepenstructuur van de gezondheidszorg. Zo verandert bijvoorbeeld het takenpakket van de huisarts. Hij/zij was al de zogenaamde 'poortwachter van de zorg', maar er komen nu ook steeds meer taken op het terrein van welzijn bij. Aan de andere kant neemt de huisarts, en ook de wijkverpleegkundige, sommige meer specialistische taken over die voorheen toebehoorden aan de meer specialistische zorg in de 2<sup>e</sup>-lijn. Ook in opkomst zijn de anderhalvelijnsvoorzieningen waarin verschillende beroepen bij elkaar komen dankzij taakverschuiving en functiedifferentiatie. In de

revalidatiezorg raakt deze beweging aan het steeds meer gangbare multidisciplinaire en integrale werken vanuit een individuele zorgbehoefte, maar ook aan de noodzaak om goede samenwerking met andere beroepen in de keten op te zetten. De verbinding tussen de revalidatie en de eerstelijns zorg is van belang om de integrale zorgbehoefte steeds in het vizier te kunnen houden. Het denken en handelen vanuit doelgroepen past daarbij.

#### *Veranderende woning- en arbeidsmarkt (4)*

In de vierde plaats zijn de ontwikkelingen op de woning- en arbeidsmarkt relevant voor de voorzieningen tussen care en cure en daarmee dus ook voor de revalidatiezorg. Ouderen en chronisch zieken willen (en moeten) steeds langer zelfstandig thuis wonen. Er zijn steeds meer (technologische) innovaties, bijvoorbeeld op het gebied van domotica, beschikbaar om dat doel te realiseren. Daarnaast zijn aangepaste woningen, woon-zorgcomplexen en andere gecombineerde voorzieningen en servicepunten in Nederland veelvuldig in ontwikkeling. Ook op de arbeidsmarkt zien we een soortgelijke beweging. Technologische ontwikkelingen maken thuiswerken, aangepast werken en flexibel werken steeds meer en beter mogelijk. Dit kan ook van belang zijn voor revalidanten. De wijze waarop werkgevers meedenken en faciliteren dat zij (deels) weer kunnen deelnemen aan het arbeidsproces heeft veel invloed op de ervaren kwaliteit van leven, zeker als de revalidatie langere tijd in beslag neemt. Dit laat zien dat de revalidatiesector, de woningsector en de arbeidsmarkt sterk aan elkaar verbonden zijn. De bewegingsruimte van woningcorporaties om te investeren, samen met bijvoorbeeld zorginstellingen, is daarom relevant. Datzelfde geldt voor samenwerking van zorginstellingen met bijvoorbeeld werkgevers en verzuimverzekeraars.

#### **4.4 Wat verandert er in de Revalidatie?**

Deze bredere trends in de samenleving en in de zorg hebben natuurlijk ook specifiekere consequenties voor de revalidatiesector. In elk geval op het terrein van de inhoudelijke ontwikkelingen in de zorgverlening, de mogelijkheden die patiënten en cliënten hebben om hun eigen zorgproces te beïnvloeden en ten aanzien van de wijze waarop we de zorg organiseren en aansturen. We lopen de revalidant, de hulpverlener en het systeem langs.

#### *De revalidant: emancipatie en empowerment*

Een belangrijk gevolg van de trends is een veranderende verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden en de gevoelde gedeelde waarden daaronder. Door technologie en e-health, maar vooral ook door onderwijs en koopkrachtontwikkelingen, zijn patiënten en cliënten mondiger dan ooit tevoren. Ze willen keuze waar dat kan, of in elk geval zeggenschap over hun zorgproces. Dat vraagt om binding met de hulpverlening en soms ook direct met de instelling. De werking van revalidantenraden laat dat zien, maar ook de betrokkenheid – direct – van familie en sociale omgeving. Met een Engels woord noemen we dit de ‘empowerment’ van cliënten en patiënten, namelijk dat zij de kennis, macht of financiën hebben om zelf mee regie over de zorg en hun eigen leven te houden. De keerzijde is dat dit nogal wat vraagt van de dialoog met hulpverleners, van de inrichting van zorgprocessen en om het delen van verantwoordelijkheden. De zorgsector, maar ook de revalidatiesector, zitten middenin dat veranderingsproces. De revalidatiesector heeft hier al wel van oudsher ervaringen mee opgedaan. Revalidanten zitten vaak langere tijd in een afhankelijkheidspositie, maar die verbetert vaak ook stap voor stap (e.g. Proot e.a. 2007). Dat maakt dat men steeds zelfstandiger wordt en weer keuzes wil en kan maken. Dat vraagt van hulpverleners in de revalidatie van nature een houding moeten aannemen die uitgaat

van luisteren naar de cliënten en meebewegen op hun wensen en mogelijkheden. Toch sluit de gerichtheid op productie in de systemen van bekostiging niet altijd op die houding aan.

Kortom, de emancipatie van de revalidant maakt dat er enerzijds meer keus en zeggenschap voor hem of haar ontstaat in zorgprocessen, maar dat dit anderzijds ook nogal wat vraagt van de professionele hulpverlening in termen van dialoog, samenwerking en het delen van verantwoordelijkheid.

#### *De hulpverlening: specialisatie en samenwerking met andere disciplines en sectoren*

Als het om de inhoud van de zorgverlening gaat benoemen we al even de discussie over concentratie en spreiding. In de kern gaat deze natuurlijk over specialisatie versus basiszorg. De revalidatiezorg is al sterk specialistisch en redelijk gespreid en geconcentreerd. De voortschrijdende technologische ontwikkelingen, in combinatie met e-health, maken een verdere versterking daarvan steeds beter mogelijk. In ons onderzoek komen ook verscheidene voorbeelden daarvan naar voren. Soms heeft het van doen met technologie, een combinatie met medicijnen of met de verbinding naar werk of woonsituaties. Hier toont zich in de revalidatiesector ook duidelijk het belang van de verbindingen met zowel andere disciplines in de zorg als daarbuiten. Dat zorgt wel voor noodzakelijke alertheid. Specialisatie in de zin van verdieping van het eigen vakgebied kan specifieke deskundigheden bevorderen en kleine stappen in de revalidatie steeds professioneler en sneller doen zetten. Tegelijkertijd kan het ertoe leiden dat hulpverleners steeds meer gefocust raken op hun eigen vakgebied of deel van dat vakgebied. Dat kan op gespannen voet staan met de beweging die we ook zien, namelijk dat juist de verbreding leidt tot specialisatie, maar dan specialisatie in verbindingen, dus bijvoorbeeld met andere disciplines. De sector is disciplinegericht georganiseerd wat wil zeggen dat de verschillende medische en paramedische disciplines zich afzonderlijk professionaliseren en eigen opleidingen, certificeringen, nascholingen en beroepsverenigingen hebben. Dit werkt voor het teamgericht en discipline overstijgend werken niet altijd bevorderend. Voor de revalidatie is het belangrijk te constateren dat beide bewegingen relevant zijn om de zorg verder te verbeteren en om naar innovatie te zoeken. In het onderzoek zien we dit terug.

Kortom, specialisatie zorgt voor vernieuwing, maar soms ook voor verstarring als het sterk binnen de kokers van de eigen professie gebeurt. Specialisatie kan ook betekenen dat deskundigheid in het verbinden met andere disciplines wordt bevorderd waardoor nieuwe vormen van zorgverlening en professionaliteit ontstaan. De revalidatiesector specialiseert zich bij uitstek in die richting.

#### *Het systeem: focus op transparantie van kosten en kwaliteit*

Als gevolg van de zojuist genoemde bredere trends volgt dat er meer nadruk is gekomen op het inzichtelijk maken van kosten en kwaliteit van zorgverlening. Ook in de revalidatie. Dat betekent dat in het licht van de DBC's en DOT's veel werk verzet wordt om handelingen en deelhandelingen te typeren en daar prijskaartjes aan te hangen en kwaliteitsindicatoren. We benoemen dat eerder in dit hoofdstuk al. De revalidatiesector is daar wel al ver mee gevorderd. Er worden ook steeds meer onderling vergelijkingen gemaakt. Dat maakt het steeds beter mogelijk voor patiënten om tussen instellingen de kwaliteit en prijs van zorg te vergelijken. Dat geldt ook voor de zorgverzekeraar. Het veld van de revalidatiezorg is redelijk overzichtelijk met instellingen geografisch verspreid door het land. In ons onderzoek

zien we ook de neiging om in een productiegerichte omgeving meer toe te werken naar transparantie van kosten en kwaliteit.

Kortom, de nadruk op transparantie van kosten en kwaliteit heeft enerzijds een positieve uitwerking op keuze en vergelijkbaarheid. Dat kan kwaliteit opdrijven en kosten drukken. Anderzijds leidt het gemakkelijk tot een meetbaarheids- en sanctioneringscultuur waarbij minder meetbare onderdelen van de zorgverlening op de achtergrond kunnen raken.

#### **4.5 Conclusie**

De in dit hoofdstuk beschreven beleidstrends in de zorg zijn relevant omdat de revalidatiesector raakvlakken heeft met zowel de care als de cure en sectoren erbuiten. Om een stijging in zorg en zorguitgaven te voorkomen, om doelmatig te gaan werken met beschikbare middelen en om de samenwerking in de zorgketen te realiseren, kunnen zogenoemde tussenvoorzieningen en verbindingen met andere (deel)sectoren binnen en buiten de zorg erg waardevol zijn. De innovaties die in de revalidatiesector worden gerealiseerd kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Dat geldt zowel voor technologische innovaties die wonen en werken langer en beter mogelijk maken, als voor innovaties op het gebied van integrale zorgverlening. Sterker nog, het maakt de noodzaak om te innoveren in deze sector duidelijk.

De trends maken ook duidelijk dat er spanningen kunnen ontstaan in de praktijk van innovatieprocessen in de revalidatie; bijvoorbeeld door de toegenomen eis van transparantie, verantwoording en productiegerichtheid. Innovaties vragen immers ook om ruimte en mogelijkheden tot experimenteren. Daarnaast zijn er trends die sturen op samenwerking en trends die juist lijken te sturen op concurrentie. In dit onderzoek wordt bestudeerd hoe het institutionele landschap de innovatiekracht van de revalidatiesector beïnvloedt en welke betekenis deze, soms conflicterende trends, hebben op innovatieprocessen in de revalidatie.

In de volgende hoofdstukken gaan we vanuit deze bredere beleidscontext en de noodzaak om te innoveren dieper in op de werking van innovatie in de revalidatie. Het Innovatieprogramma van Revalidatie Nederland en ZonMw wordt onderzocht.



# 5. Opzet & ontwikkeling programma

*“Ik wil beginnen met de vraag: waarom gaat innovatie in onze sector nu eigenlijk niet vanzelf?”*

**VOORZITTER PROGRAMMACOMMISSIE, 16 MAART 2012**

## 5.1 Introductie

Het doel van het onderzoek naar de opzet en het verloop van het innovatieprogramma van Revalidatie Nederland was kennis te verkrijgen over hoe innovaties in de revalidatiesector plaatsvinden. Onderdeel van dat onderzoek is een analyse van het ontstaan, de opzet en het verloop van het innovatieprogramma in de revalidatie zelf. Hiervan wordt in dit hoofdstuk verslag gedaan. Dit hoofdstuk beslaat dus een analyse van het innovatieprogramma in de revalidatie zelf met de drie programmaliijnen (1) innovatieprojecten, (2) implementatieprojecten en (3) de ontwikkeling van een ondersteunend kennisnet.

Het onderzoek van het iBMG begon tijdens de programmacommissiebijeenkomst op 9 september 2011. Deze bijeenkomst is, naast een gelegenheid om het onderzoeksvoorstel te presenteren, gebruikt als een eerste observatiemoment. Het doel was om de achterliggende vraag, ofwel de vraag achter de vraagstelling van het onderzoek, te achterhalen. Met hetzelfde doel is een projectleidersbijeenkomst op 29 september 2011 bijgewoond en geobserveerd. Gedurende deze opstartfase van het onderzoek zijn meerdere gesprekken gevoerd met beide programmacoördinatoren van RN en ZonMw. Een van deze besprekingen heeft in overleg als interview gediend en is daarmee gebruikt als data in het onderzoek. In dat overleg is daarnaast in samenspraak besloten welke betrokkenen voor een interview zouden worden benaderd. Dit heeft, door de medewerking van beide programmacoördinatoren, geleid tot interviews met leden van de programmacommissie en tot drie interviews met leden van de stuurgroep<sup>7</sup>. Leidend in deze interviews was de vraag: ‘welke betekenis heeft het programma voor innovatie in de revalidatie?’ In dit hoofdstuk is de analyse van het materiaal uit deze interviews met direct betrokkenen te vinden.

## 5.2 Resultaten van de interviews op programmaniveau

De resultaten van de interviews en de documentstudie naar de opzet en de ontwikkeling van het programma worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. Hierbij worden de volgende onderwerpen besproken: de opzet van het programma; de infrastructuur voor innovatie en implementatie; vernieuwing & innovatie; vertalen & borgen en tot slot de toekomst.

### (1) De opzet van het programma

De interviews op programmaniveau begonnen vaak met de vraag ‘als dit programma niet was opgezet, wat was er dan terechtgekomen van innovatie in revalidatie?’

---

<sup>7</sup> In hoofdstuk 3.2 wordt een totaaloverzicht van deze dataverzamelingsmomenten gegeven.



*“Nou, dan was er een heleboel veel langzamer uitgerold. Absoluut. Ik denk echt dat er dan een aantal dingen niet gebeurd waren die nu wel gebeurd zijn. Dus in die zin ben ik ook wel relatief optimistisch over het programma, maar ook altijd kritisch”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 21 FEBRUARI 2012**

De doelstelling van het innovatieprogramma revalidatie is uitgewerkt in drie programmaliijnen. Voor programmaliijn 1 – de zogenaamde implementatietrajecten - zijn binnen het programma verschillende projecten gefinancierd die verder invulling geven aan toepassing in de praktijk van reeds ontwikkelde kennis, inzichten en producten. Hiermee richten zij zich op, waar mogelijk, landelijke implementatie. In deze implementatieprojecten is het de bedoeling geweest om rond een specifiek domein een netwerk op te zetten waarmee een implementatie-infrastructuur gebouwd wordt. De uitkomsten van de programma's revalidatieonderzoek, de WBMV projecten en andere reeds ontwikkelde innovaties vormden het uitgangspunt voor deze projecten. Revalidatie Nederland was verantwoordelijk voor de uitvoering van dit onderdeel van het innovatieprogramma. De voor dit programma opgerichte stuurgroep beoordeelde welke projecten in aanmerking kwamen voor honorering. Vervolgens toetste de programmacommissie van ZonMw of de stuurgroep de beoordeling adequaat had uitgevoerd en of het voorstel binnen de doelstelling van het programma paste. De programmacommissie heeft op deze wijze alle door de stuurgroep ingebrachte aanvragen gehonoreerd (zelfevaluatie innovatie in de revalidatie, december 2011). In de eerste programmaliijn, met implementatie op grootschalig niveau als doel, zijn 13 landelijke implementatieprojecten gefinancierd.

De tweede programmaliijn was gericht op het ontwikkelen van nieuwe innovaties op basis van relevante en vooral actuele kennis en onderzoek. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van dit programmaonderdeel lag bij ZonMw, die daarin samenwerkte met de programmacommissie. Deze was breed samengesteld:

*“Bij die eerste vergadering werd me duidelijk dat er veel verschillende actoren in die programmacommissie zaten; vanuit het patiëntperspectief, vanuit het opleidingsperspectief, vanuit het Revalidatie Nederland perspectief. Ik dacht toen dat kan wel eens goed gaan. Het is goed om een breed palet aan actoren hierbij betrokken te hebben zodat je ook iedere keer naar de projecten kunt kijken vanuit een waaier van verschillende opties”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 mei 2012**

Bij de beoordeling en selectie van innovatieprojecten is getracht op zoveel mogelijk verschillende thema's en bij zoveel mogelijk verschillende revalidatiecentra en -afdelingen van ziekenhuizen innovatie te stimuleren. Het was de verantwoordelijkheid van de programmacommissie om de voorstellen te beoordelen op basis van de relevantie en wetenschappelijke kwaliteit van de aanvragen. Zoals blijkt uit het hierna volgende interviewfragment zijn bij twijfel over de wetenschappelijke evidentie in de beoordeling ook de oordelen van externe referenten gebruikt:

*“Het is voorgekomen dat het wetenschappelijk bewijs van een bepaalde hypothese naar de mening van de stuurgroep onvoldoende was bij een project. We hebben daar ook op getoetst met externe referenten. Bij ons was het zo dat bij afwijzing en klachten een wetenschappelijk onderlegde referent ingeschakeld werd. Inbreng van twee inhoudelijke mensen was genoeg bij klachten over afwijzing van een*

*implementatieproject. Dat is eenmaal voorgekomen. Het is niet geëscaleerd, nadat we de referenten hadden ingeschakeld is het ook geaccepteerd”.*

**LID STUURGROEP, 6 MAART 2012**

Er werd in de programmacommissie geoordeeld over zowel de mate van ‘vernieuwing’ als over de kans op borging, de zogenaamde ‘innovatiekracht’, van een ingediend project:

*“Toen werd me wel heel duidelijk, ook door de beoordelingsschema's die ZonMw hanteert, dat het heel belangrijk was om te kijken naar hoe vernieuwend een project is? Hoe draagt het daadwerkelijk bij aan een andere manier van met revalidatie omgaan? Hoe beklijft het?”*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 mei 2012**

De programmacommissie heeft naast de beoordeling van zowel de voorstellen voor innovatieprojecten als die voor implementatieprojecten een belangrijke rol gespeeld bij de uitwerking van de verschillende programmalijnen en de evaluatie van het programma, zoals blijkt uit onderstaand fragment.

*“De toetsingsprocedure van de stuurgroep werd door de programmacommissie nagekeken. De opzet van een programmacommissie was een eis van ZonMw om onafhankelijkheid te waarborgen. RN wilde inhoudelijk de regie houden. De programmacommissie moest goedkeuring verlenen, zij hadden het laatste woord. De programmacommissie was het hoogste orgaan”.*

**LID STUURGROEP, 6 MAART 2012**

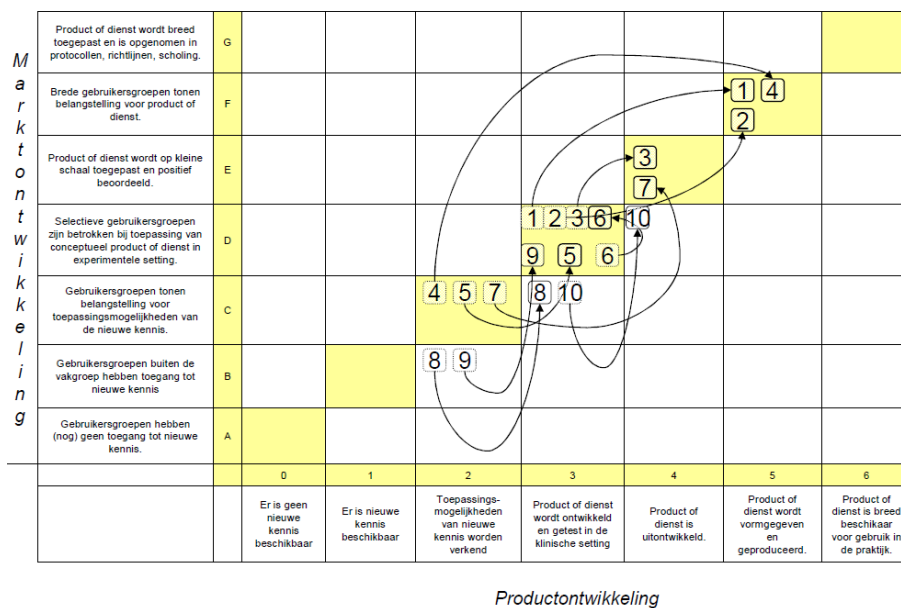
In de tweede programmalijn, zo leert de zelfevaluatie, zijn 35 innovaties ontwikkeld, in eerste instantie, op lokaal niveau. Binnen een jaar is er een grote stap gezet in het ontwikkelproces van de innovaties, variërend van ideevorming tot het initiëren van een proefimplementatie. Enkele voorbeelden uit deze programmalijn zijn<sup>8</sup>: de doorontwikkeling van protocollen voor een loopband waarmee gangbeeldkarakteristieken bepaald kunnen worden, een oefengids voor het zelfstandig oefenen door patiënten met een CVA, een softwareapplicatie voor een classificatiesysteem in de dwarslaesierevalidatie en een training voor partners van afasiepatiënten om de communicatie te verbeteren. Gezien de bescheiden subsidies van deze ontwikkelprojecten zijn de resultaten indrukwekkend omdat uit een kleine selectie van de projecten al blijkt dat er veel is gebeurd en veel concrete resultaten zijn geboekt.

Het programma heeft ook een derde programmalijn die de ontwikkeling van het revalidatie kennisnet beslaat. Hier zal in een apart hoofdstuk (H7.5) uitgebreid op worden ingegaan.

Het programma wordt door alle respondenten op programmaniveau over het algemeen als goed beoordeeld. De nauwe samenwerking tussen ZonMw en RN werd gewaardeerd en het was, naar het oordeel van betrokkenen, goed georganiseerd. Bovendien werd de sfeer in zowel de programmacommissie de stuurgroep als erg prettig ervaren. Er is veel aandacht besteedt aan het maken van zorgvuldige en integere keuzes. Dit blijkt uit het gebruik van de innovatiematrix (zie figuur 2 hieronder).

---

<sup>8</sup> Zie voor het volledige overzicht van de projecten de website van het programma: [www.revalidatie-innovatie.nl](http://www.revalidatie-innovatie.nl)



**FIGUUR 2: DE INNOVATIEMATRIX; INSTRUMENT GEBRUIKT BIJ BEOORDELING PROJECTAANVRAGEN**

De zorgvuldigheid van de gevolgde procedures blijkt ook uit het voorbeeld dat wordt gegeven in een van de interviews:

*“In de commissie werd vanuit de eigen sector over de innovatie aanvragen geoordeeld. Dat betekent dat er ook aanvragen waren van centra waar leden van de commissie werkzaam waren. Daar is zeer zorgvuldig mee omgegaan in de commissie, bij projecten ingediend door de eigen centra moesten betrokkenen de zaal verlaten”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 1 MAART 2012**

Het totale bedrag voor het programma was 6 miljoen euro, beschikbaar gesteld door de het ministerie van VWS, de opdrachtgever. Daarnaast is er € 140.000,- van de resterende gelden vanuit het I<sup>e</sup> programma revalidatieonderzoek naar het Innovatieprogramma revalidatie overgeboekt.

## **(2) Infrastructuur voor innovatie en implementatie**

De subsidie voor het innovatie programma was eenmalig en gebaseerd op het feit dat de toeslagen voor innovatie, de zogenoemde Lokale Productie gebonden Toeslag (LPT) gelden, verdwijnen. Toeslagen voor innovatie zullen in de toekomst in de DBC prijzen worden opgenomen<sup>9</sup>. Het zelfevaluatie rapport beschrijft de totstandkoming van de ruime subsidie voor het programma; zoals in de beschrijving hieronder duidelijk wordt.

<sup>9</sup> Zie voor een advies aan de ziekenhuissector over de financiering van innovatie in het kader van de DBC regelingen het rapport: Ruimte voor ziekenhuisinnovaties – Advies over de bekostiging van innovaties in de medisch specialistische zorg uitgebracht aan de NVZ vereniging van ziekenhuizen, 2010, Prof. Dr. Guus Schrijvers e.a., Julius Centrum.

*Per 31 december 2008 liep de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) af. Aanleiding was de introductie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC) in de revalidatiegeneeskunde per 1 januari 2009. De kosten voor innovatie werden geacht vanaf dat moment integraal onderdeel uit te gaan maken van de DBC. De DBC's voor de revalidatiegeneeskunde zijn echter nog niet uitontwikkeld en er is dan ook nog geen sprake van innovatiebesteding via de DBC.*

*Onder meer door een sterke lobby door Revalidatie Nederland, is in december 2008 door de tweede kamer een amendement aangenomen ten behoeve van een Revalidatie Innovatiefonds. Dit fonds dient ter overbrugging, totdat de innovatieprikkels en -besteding ook in de revalidatiegeneeskunde via de DBC's verloopt. In het amendement is afgesproken dat het beheer van het fonds door ZonMw wordt uitgevoerd.*

ZonMw voert het programma uit in nauwe samenwerking met RN. De ervaring leert dat ontwikkeling en implementatie van innovatie meer kracht kan worden bijgezet als draagvlak en commitment van het veld in ruime mate aanwezig zijn.

**Bron: zelfevaluatie ZonMw 2011**

Volgens sommigen respondenten uit de programmacommissie, blijft steun vanuit de overheid voor innovatie in de revalidatie nodig. Dat zou in aanvullende vorm kunnen, zoals het bijvoorbeeld ook geregeld is met de academische component vanuit de ziekenhuizen. Die is speciaal bedoeld voor grensverleggend nieuw onderzoek en voor grotere innovatieprojecten. Men is van mening dat de overheid de rol op zich moet nemen om dat te stimuleren. In dat geval zouden twee van de drie programmalijnen in aanmerking komen voor overheidssteun: het kennisnet (programmalijn 3) en de implementatie van grote projecten. Meerdere respondenten vragen zich af of men in de revalidatie verder kan zonder de steun van een landelijk programma.

*“Hoe kunnen we de infrastructuur vasthouden en versterken, zijn we voldoende sterk om op eigen kracht verder te gaan?”*

**LID STUURGROEP, 9 MAART 2012**

Een bestuurder geeft een voorbeeld van het nut van soortgelijk innovatieprogramma door aan te geven dat zijn revalidatie instelling het kenniscentrum te danken heeft aan het revalidatie onderzoeksprogramma (WBMV) dat in 1997 is opgestart. Daar is geld voor onderzoek maar ook voor onderzoek structuur vrijgemaakt. Hierdoor kon iedere medische faculteit een hoogleraar revalidatie geneeskunde met een onderzoeksstaf aanstellen. Hij is van mening dat er een volgende stap gezet zou moeten worden waartoe er naast onderzoekers ook implementatiedeskundigen moeten worden betrokken en ingezet. Hij refereert hierbij aan het bestaan van een kloof tussen wetenschap en werkvloer.

*“Implementatiebudgetten zijn daar nodig, er is heel veel kennis maar dat moet de praktijk in. Dat kan je niet goed verwachten van wetenschappers, die maken er nieuwe wetenschappelijke vragen van”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 MAART 2012**

In ieder geval wordt uit de interviews duidelijk dat de revalidatie besluiten zal moeten nemen over hoe men innovatie in de toekomst wil gaan bekostigen. De individuele revalidatie centra

hebben daar volgens de respondenten in ieder geval ook een eigen infrastructuur voor nodig.

*“Als organisatie moet je daarover beslissen geld te reserveren voor ontwikkeling, maar daar heb je wel een interne structuur voor nodig”.*

**LID STUURGROEP, 9 MAART 2012**

Deze structuur wordt door de meeste respondenten herkend in de kenniscentra zoals die zijn vormgegeven in de grotere revalidatiecentra en welke een voorttrekkende rol hebben gespeeld in het programma. In het programma waren deze revalidatiecentra vaak leidend omdat zij de kennis en ervaring in huis hebben voor het schrijven van projectvoorstellen, het uitvoeren en in gang houden van projecten en het uitvoeren van onderzoek. De kleinere centra zonder kenniscentrum hebben minder mogelijkheden tot innoveren. De meeste respondenten zijn dan ook van mening dat de grotere revalidatiecentra, die vaak ook zijn aangehaakt bij academische centra, een voorttrekkende rol moeten blijven spelen, zoals ook blijkt uit de twee hieronder weergegeven interviewfragmenten.

*‘Kenniscentra die zorgpraktijk, onderzoek en innovatie in de instellingen aan elkaar koppelen zijn operationeel in verschillende centra of worden, zoals in Rijndam, nu opgericht.’*

**LID STUURGROEP, 9 MAART 2012**

*“De grote centra zijn leiders en zij zouden kleinere centra mee moeten trekken in het programma. Daar heb ik weinig zicht op. Maar ik kan me voorstellen dat kleinere centra geen eigen mogelijkheden hebben voor inbreng”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 1 MAART 2012**

De vraag is of een structuur die nu is vormgegeven in het programma, zo moet blijven bestaan. Moet ontwikkeling centraal gestuurd worden of is er innovatie te verwachten vanuit vele decentrale initiatieven? De legitimering vanuit het programma werkte volgens de respondenten wel goed. Bestuurders werd om inspanning gevraagd, iets dat zij moeilijk konden weigeren bij een zo zwaar opgetuigd sector-breed programma<sup>10</sup>.

*“Als stuurgroep hebben wij bijvoorbeeld getracht de bestuurders daarbij te betrekken. We vroegen commitment tot op het hoogste niveau, dat was geregeld in het programma omdat RN en ZonMw daar als monitor boven zaten. Als er niet zo’n landelijke structuur meer is dan kun je dat niet meer doen”.*

**LID STUURGROEP, 9 MAART 2012**

### **(3) Vernieuwing & innovatie**

De respondent die als een buitenstaander de revalidatiesector leerde kennen door haar deelname aan de programmacommissie, vond de expertise en de professionaliteit van de betrokken revalidatiecentra opvallend en ook bewonderenswaardig.

---

<sup>10</sup> Over de werking van het programma op projectniveau zal elders in het rapport worden ingegaan.

*“Daar werd echt aan de weg getimmerd. Ik vond het wel mooi om te zien dat zorg niet alleen uitvoerend is, maar ook vernieuwend “.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 mei 2012**

Ook viel het haar op dat de in de programmacommissie aanwezige managers van de revalidatie centra inhoudelijk zo goed op de hoogte waren van de projecten en de nieuwe ontwikkelingen. Management en zorgvloer lijken in de revalidatie niet op grote afstand van elkaar te staan, hetgeen positief kan uitwerken op de innovatiekracht.

*“Dit is niet een topmanagementlaag die ergens hoog in de toren zit te besturen. Nee, zij zitten hier gewoon aan tafel. Er werden tijdens de programmacommissievergaderingen voorbeelden besproken, bijvoorbeeld een aantal e-health toepassingen, die wel op papier stonden maar om mondeling toelichting vroegen. De personen in de programmacommissie legden deze dan in eenvoudige bewoordingen uit en dat gaf wel mooie doorkijkjes in de keuken van hoe het gaat in een revalidatiecentrum”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 mei 2012**

Door andere respondenten wordt aangegeven dat de revalidatie enerzijds heel erg innovatief, creatief en vernieuwingsbereid is, maar dat de sector anderzijds ook conservatieve trekjes heeft.

*“Er is naast creativiteit ook iets dogmatisch in de revalidatie”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 MAART 2012**

Medewerkers in de revalidatie hebben vaak lange arbeidscontracten en de opleidingen, zeker de HBO opleidingen, brengen behandelmethoden vaak wat dogmatisch. Een van de respondenten ziet in het opleiden van professionals voor de revalidatie wel een beperking voor de innovatiekracht van de sector als geheel, zoals blijkt uit onderstaand interviewfragment.

*“Het omgaan met onzekerheid is nog te weinig terug te vinden in de opleidingen en in de professionals. Ook omgaan met tegengestelde belangen en waarden is niet aan de orde in de opleidingen”.*

**LID STUURGROEP, 9 MAART 2012**

De respondenten zien de vernieuwing in de projecten vooral in e-health, zelfmanagement, games, technologische ondersteuning van de revalidant in zijn natuurlijke omgeving. Het voorbeeld van de piratengroep, waar kinderen met CP leren hun aangedane arm zoveel mogelijk in te zetten op een leuke speelse maar toch ‘forced use’ manier, wordt vaak aangehaald als briljant voorbeeld van de vernieuwing. Ook de gezochte samenwerking in de projecten met anderen dan revalidatiemedewerkers, zoals taalkundigen, heeft volgens de respondenten tot veel vernieuwing geleid omdat juist het snijvlak van disciplines ruimte geeft voor vernieuwing. Toch vragen een aantal respondenten zich ook af of de projecten in het programma nu werkelijk als vernieuwend gezien kunnen worden.

*“Ik vind dat er wel heel veel geld is gegaan in het implementeren en in de innovaties die we hebben gehonoreerd. Wat nou echt een vernieuwing is daarin... ? Dat vond ik toch wel beperkt soms. Het gaat natuurlijk altijd om balans. Dus dat is goed, maar als je dan kijkt naar*

*hoeveel dingen er echt vernieuwend zijn... Dat is ook wel een hoge eis om te stellen, dat snap ik ook wel. En je zit in dit soort programma's ook wel gebakken aan dat wat mensen indienen. Dus je moet ook leren de eisen anders in te richten".*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 21 FEBRUARI 2012**

Een aantal projecten zijn gericht op het leuker maken van de therapie, niet alleen voor kinderen maar ook voor volwassenen. Leukere therapieën zijn uitnodigend en motiverend. Ook zijn er in enkele projecten mogelijkheden ontwikkeld voor revalidanten die thuis willen blijven oefenen en niet daarvoor naar het revalidatie centrum hoeven af te reizen. Gamen en therapie op afstand door middel van e-health zijn daarom belangrijke, en vernieuwende ontwikkelingen voor de revalidanten. Ook het lid van de programmacommissie die de revalidanten vertegenwoordigde is daarvan overtuigd; zij signaleert echter ook een gevaar. Het meer overlaten aan revalidanten moet niet als bezuiniging gezien gaan worden volgens de logica van 'de patiënt moet het zelf maar regelen.

*"Als ik een achteruitgang heb dan moet ik als zoveel voor mezelf managen dat ik daar niet graag nog meer bij wil hebben. Mijn neuroloog en revalidatiearts en andere behandelaars zitten over het hele land verspreid. Soms wil je even niet alles zelf regelen, en het zijn preciaire afwegingen die je moet maken waar je hulp bij wilt en waar niet. Coördinatie van zorg is al zo lastig, ik doe al heel veel zelf, en word dan geacht alles zelf te kunnen doen. Als mensen hulp aanbieden dan accepteer ik dat nu wel omdat ik het straks wel nodig zal hebben".*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 1 MAART 2012**

Een ander element dat naar voren komt als we de projecten die zijn gehonoreerd overzien, is de chroniciteit van de aandoeningen waar revalidanten mee te maken hebben. Hoewel veel respondenten aangeven dat de revalidatie als iets chronisch moet worden gezien, is dat niet terug te zien in de gehonoreerde projecten. Er zijn naast de projecten gericht op (chronische) pijnrevalidatie geen projecten aangeboden die zich richten op progressieve aandoeningen. Omdat er in het programma aanbod gestuurd is gewerkt zijn er een aantal thema's binnen de revalidatie niet aan bod gekomen, zoals de ontwikkeling van rolstoelen en andere voorzieningen. Ook het verkrijgen van voorzieningen vanuit de WMO<sup>11</sup> is in geen van de projecten tot onderwerp gemaakt. Terwijl er wel veel frustratie in de revalidatie bestaat aangaande voorzieningen; in de overtuiging van sommige respondenten zou er in een eventueel nieuwe programma dan ook meer aandacht moeten zijn voor 'voorzieningen'.

*"Neem bijvoorbeeld de ontstellende ergernis van langzame trapliften. Zet mensen met een spierziekte bij elkaar en binnen een mum van tijd gaat het over voorzieningen...[.]...waar ziet men dat terug dan?"*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 1 MAART 2012**

#### **(4) Vertalen & borgen**

Enkele van de respondenten geven aan dat een ander onderwerp tijdens de beoordeling van de projecten besproken is; het vertalen en borgen van resultaten. Vertalen van

---

<sup>11</sup> Terwijl hier toch wel redenen zijn voor zorg daar waar de toegankelijkheid van voorzieningen in de Wmo verslechterd lijkt voor revalidanten

bijvoorbeeld wetenschap naar praktijk is volgens de respondenten vaak aan de orde en van belang in de afzonderlijke projecten.

*“...dat die implementatieprojecten straks ook weer nieuwe ideeën genereren. Ik vond het wel mooi om te zien dat je nu eens vanuit de wetenschap niet alleen naar technologische opties kijkt en die verkend, maar ook dat je 1 stapje verder gaat. Er is een groep specialisten die pakt een vernieuwing op, gebruikt het in de revalidatiepraktijk en probeert het daarna ook echt te internaliseren”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 mei 2012**

Maar volgens anderen schuilt daar echter ook weer een gevaar in. De *puurheid* van de innovatie kan verdwijnen door het teveel vrijlaten van deze vertaling.

*‘Waar mijn zorg wel zit is dat mensen er eigen versies van gaan maken. Dat is zeer revalidatie-eigen, ook zorg-eigen eigenlijk. En implementatie-eigen. Dat is wel een risico in het kader van de effectiviteit. Daar hebben we het met de uitrol van onze projecten ook over gehad; hoe monitor je het dat mensen bij het concept blijven? Dat zijn algemene aandachtspunten.’*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 21 FEBRUARI 2012**

Enkele respondenten zien Revalidatie Kennisnet als de borgende uitkomst van dit programma. Op kennisnet zou alle verworven kennis en de ‘best-practices’ geplaatst kunnen worden. Het Kennisnet zou dan als verzamelplaats, vindplaats en ontmoetingscentrum gaan werken. Op die manier wordt kennisnet ook gezien als ‘tool’ voor de toekomst.

Om de borging te bewaken lijkt het ook van belang om te onderzoeken welke projecten blijven bestaan en samenwerken na afloop van het programma en de daarbij horende subsidie. Respondenten zien verschillende mogelijkheden van voortbestaan en borging. Zo blijft het onderwijsproject dat voort is gekomen uit het CVA richtlijnen project bestaan omdat het in een cursusvorm gegoten is via het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI).

*“In die implementatieprojecten zag ik borging zeker duidelijk terug. Want daar zag je iets van leren, zoals een leertraject voor alle fysio's in de kliniek. Je zag het ook terug in het feit dat men zelfs geld vroeg om bepaalde trainingen te ontwikkelen en die landelijk uit te zetten”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 mei 2012**

De borging van resultaten lijkt ook sterker te worden doordat het programma breed over de sector is ingezet. Organisaties die helemaal niet mee hebben gedaan worden gezien als ‘een vreemde eend in de bijt’. Toch is er, ondanks dat er veel in gang is gezet, volgens sommige respondenten niet veel te zeggen over of veranderingen ook daadwerkelijk beklijven zoals blijkt uit onderstaand interviewfragment.

*“Ik heb de indruk, maar ik heb ook nog niet alles gezien, dat de mensen wel goed aan het werk zijn. Een aantal centra is met heel veel implementatie tegelijk bezig, van al die projecten. Dus ik heb de indruk dat dat redelijk gemanaged wordt, maar die resultaten moeten nog blijken. Dat is wel een mooie opbrengst. Je hebt wel echt iets versneld. Dan is altijd de vraag of het beklijft, maar dat kunnen we nu nog niet zeggen”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 21 FEBRUARI 2012**



## **(5) Toekomst**

Door respondenten wordt vaak gewezen op het feit dat er veel veranderd is in de revalidatie. Vooral het idee dat revalidanten gezien moeten worden als patiënten met een chronische aandoening die niet in een revalidatieperiode uitbehandeld zijn, maar eigenlijk vaker gedurende hun leven kortere opeenvolgende fasen van revalidatie nodig zullen hebben. Dat is een visie die steeds meer voet aan de grond krijgt.

*‘Op een congres kwam ik erachter dat we veel meer naar het chronisch model toe moesten gaan denken en werken.’*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 MAART 2012**

Terugkijkend op de inhoudelijke invulling van het programma komen sommigen tot de conclusie dat in de toekomst een programma als dit ook meer inhoudelijk sturend ingezet zou kunnen worden, zoals wordt geïllustreerd in het volgende interviewfragment.

*“Misschien moeten we daar in de toekomst wel op ingaan zetten en daar keuzes in maken, een bepaalde richting gaan kiezen in onderwerpen. We hebben in de implementatie gekozen heel breed van implementatie van richtlijnen tot aan ‘gaming’. Maar misschien moeten we daar wel meer in kiezen. Er zijn wel thema’s aan te geven”.*

**PROGRAMMACOÖRDINATOR, 25 JANUARI 2012**

Ook anderen hebben hier een uitgesproken mening over. De structuur en het proces zouden voor de toekomst behouden kunnen blijven omdat het goed heeft gewerkt maar toch zou een toekomstig programma wellicht meer thematisch gestuurd moeten zijn.

*“Wat ik mis is een landelijk innovatieprogramma voor de revalidatie, de programmalijnen waren nu erg breed en niet thematisch gestuurd. Misschien zijn we daar nog niet aan toe, dit was een stimuleringsproject, dat was goed, en misschien is de volgende stap nog meer stimuleren. Maar los daarvan zou het aantal groter mogen zijn en uiteindelijk moet je m.i. met een thematisch programma gaan werken”.*

**LID STUURGROEP, 6 MAART 2012**

Over de vormgeving van een toekomstig programma bestaan uiteenlopende ideeën. Revalidatie Nederland pleit voor een structurele bekostiging in de DBC, echter daar is nu sprake van een te kleine component en daarmee een te laag tarief. De vraag is dan of die toeslag bij de individuele instelling neergelegd moet worden of dat de gelden bij een landelijk fonds onder moeten worden gebracht. Sommige respondenten spreken de angst uit dat het geld, vooral bij kleinere instellingen, zou kunnen verdwijnen in de algemene middelen of in minder relevant onderzoek. Afhankelijk worden van ad hoc financiering zal de continuïteit niet bevorderen. Middelen moeten naar de mening van de respondenten constant zijn en niet met een grote mate van onzekerheid gepaard gaan. Ook wordt door sommigen gewezen op de nadelen van een sterke marktwerking door aan te geven dat als organisaties meer moeten concurreren, iedereen eerder geïsoleerd te werk zal gaan. Men wil zich onderscheiden en voortrekker zijn, iets dat de collectiviteit niet echt bevordert. Het is nog onduidelijk hoe de markt zich hierin gaat ontwikkelen, centra zoeken wel samenwerking maar nog niet zo vergaand.

Toch lijkt de algemene boodschap van de respondenten te zijn dat er een centraal gestuurd en gecoördineerd innovatieprogramma nodig blijft in de toekomst. Dat kan dan wel meer gericht zijn op samenwerking, meer op specifieke thema's, meer richtinggevend zijn, meer wederkerigheid bevorderen en een eerlijkere verdeling van revenuen in zich hebben. Een andere optie zou kunnen zijn om innovatiecentra aan te houden; die zich kunnen richten op een specifiek thema in samenwerking met de wat kleinere centra. Op die manier zijn krachten efficiënter te bundelen. Volgens een van de respondenten wordt het echter heel lastig om een soortgelijk programma in de toekomst op te zetten.

*“Ik denk dat dan kleine centra af zullen haken, er is nu veel gedaan om centra samen te laten werken, dat zal dan niet meer gebeuren als dat in de toekomst niet gestimuleerd wordt. Het Programma geeft een boost aan de sector maar moet ook weer stoppen, de sector moet het zelf kunnen”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 1 MAART 2012**

Ook een van de andere respondenten is hier kritisch over.

*“Als ik mijn geld voor innovatie maar één keer kan uitgeven, weet ik niet of ik het programma zou financieren. Omdat het belang voor de sector op zich heel erg groot is, maar ik ben niet verantwoordelijk voor de hele sector. Dus in die netwerken zou ik zeker investeren, maar of ik dat ook sector breed zou doen is nog maar de vraag. En je kunt het natuurlijk altijd hebben over halen en brengen. Kijk, als ik er net zoveel geld in stop als eruit haal, is dat een beetje een omslachtige manier van investeren. Dus daar moet je ook goed naar kijken. En als je externe gelden hebt in combinatie met gelden van eenieder, dan wordt het mogelijk ook aantrekkelijker”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 21 FEBRUARI 2012**

Als aanvulling stelt zij wel dat, om verder te komen, meer onderzoeksnetwerken opgezet moeten worden. Hierin kunnen dan de inhoudelijke lijnen gekoppeld worden om zo de sterke onderzoekscentra de centra met minder traditie kunnen vinden en versterken. Toch zien respondenten ook wel een grote verantwoordelijkheid voor innovatie bij de centra zelf, de overheid kan volgens hen enkel aanvullend werk doen. Volgens de programmacommissievoorzitter doet alleen een grote verantwoordelijkheid voor de sector zelf recht aan zowel markt als publiek. Er worden ook wel vragen gesteld bij een nieuwe vorm van collectieve actie om innovatie aan te jagen. De vraag die volgens sommigen onbeantwoord is, is 'hoe kan men de aanjaagfunctie meer geïnstitutionaliseerd krijgen?'. De oplossing om de VRA (Vereniging van Revalidatie Artsen) een rol te geven kan, mits zij zich professionaliseren. In dat geval zouden de werkgroepen van de VRA denktanks kunnen vormen die meer dwingend aan kunnen geven waar het in de zorg naar toe moet om 'state of the art' te zijn. Bovendien zijn deze werkgroepen soms al multidisciplinair.

*“Mijn oplossing zou zijn de structuur te baseren op de matrix van organisaties en VRA werkgroepen met hun verschillende thema's. Deze netwerkstructuur ligt er al, mensen kennen elkaar”.*

**LID PROGRAMMACOMMISSIE, 7 MAART 2012**

De VRA zou als vereniging een opvatting kunnen formuleren over de toekomst van de revalidatie. Zij zouden daarmee de inhoudelijke input voor ontwikkeling kunnen geven.

### 5.3 Conclusie

Het bestuderen van het programma Innovatie in Revalidatie leidt tot een drietal relevante inzichten in hoe innovaties in deze sector plaatsvinden.

- *Infrastructuur voor innovatie*  
Het programma bood daadwerkelijk een infrastructuur om innovatieve ontwikkelingen te starten of kracht bij te zetten. Er is volgens betrokkenen dan ook daadwerkelijk vernieuwing uit voortgekomen in uiteenlopende vormen. Het programma bood ook de mogelijkheid om meer structureel innovatie te borgen en naar de praktijk te vertalen. De respondenten op programmaniveau zijn over het programma erg tevreden en dan voornamelijk over de opzet, de organisatie en de uitkomsten ervan. Vooral roemen zij unaniem de samenwerking tussen ZonMw en RN, als ook de zorgvuldige procedures die zijn gehanteerd. Collectieve actie versterkt de innovatiekracht.
- *Uiteenlopende verwachtingen*  
Iets minder eensluidend oordelen zij over de totaliteit van projecten. Omdat het programma aanbod gestuurd is ingezet kon er, anders dan via selectie, niet veel sturing op inhoud worden gegeven. Daarmee heeft de visievorming op en prioritering van innovaties maar gedeeltelijk vorm gekregen. Als vernieuwend worden vooral de projecten in e-health, zelfmanagement, games, technologische ondersteuning beschouwd.
- *Innovatie gaat niet vanzelf*  
De ideeën van de respondenten over de toekomst van Innovatie in de Revalidatie verschillen ook. De meeste respondenten zijn van mening dat er een centrale, landelijke aansturing nodig is, met bijbehorende financiële bronnen. Innovatie gaat immers niet vanzelf. Centrale aansturing helpt hierbij volgens de respondenten. Bovendien vergroot de collectieve actie op centraal niveau de legitimiteit om ruimte voor innovatie te creëren. Een toekomstig programma zou volgens sommigen meer richtinggevend kunnen worden opgezet door stekker op inhoud te sturen. De VRA zou hierin een rol kunnen spelen. Hoe de innovaties op de werkvloer van de verschillende revalidatiecentra zijn (door)ontwikkeld en ervaren wordt in de rest van het rapport beschreven op basis van de casestudies.

## 6. De vier casestudies; een introductie

*“Do the research;  
Tell the story”.*


LAURA HILLENBRAND, AMERICAN WRITER (1967-)

### 6.1 Introductie

Naast ons onderzoek op programmaniveau naar de infrastructuur voor innovatie in de revalidatie zijn vier casestudies uitgevoerd. Vier unieke cases uit het innovatieprogramma zijn bestudeerd om de praktijk van innovatieprocessen in de revalidatie te onderzoeken. De volgende vier casussen worden geïntroduceerd en beschreven in dit hoofdstuk.

- 1 *Innovatieproject van de Sint Maartenskliniek te Nijmegen*  
De ontwikkeling en implementatie van een tele-health geheugenstrategietrainingsprogramma voor mensen met hersenletsel.
- 2 *Innovatie- & implementatieproject van Rijndam Revalidatiecentrum te Rotterdam*  
ImPACT: communicatietraining voor partners van mensen met afasie.
- 3 *Implementatieproject van 't Roessingh te Enschede*  
Implementatie van 'Acceptance & Commitment Therapy' (vanaf nu ACT genoemd) in de revalidatie bij chronische pijn
- 4 *Implementatieproject van de Hoogstraat te Utrecht*  
Implementatie richtlijn cerebrale parese; op weg naar een infrastructuur voor kwaliteitsontwikkeling in de CP-revalidatie

De informatie over de vier casussen in dit hoofdstuk bevatten ieder een typering van het project, een korte samenvatting, een uitgebreide beschrijving en overzicht van de geraadpleegde documenten en dataverzamelmomenten. Door als deze informatie in dit hoofdstuk op te nemen, bevat het de complete casusbeschrijvingen van de vier cases die in dit onderzoek in detail zijn bestudeerd. De casusbeschrijvingen illustreren daarmee ook de variatie aan typen innovatie die in het programma zijn gehonoreerd. Een analyse van het materiaal uit de casestudies wordt gegeven in hoofdstuk 7.

<b>Case 1</b>	<b>Sint Maartenskliniek te Nijmegen</b>	
<b>Titel</b>	Ontwikkeling en implementatie van een telehealth geheugenstrategietrainingsprogramma voor mensen met hersenletsel	
<b>Projecttype</b>	Ontwikkelpoject	
<b>Datum &amp; locatie</b>	Locatiebezoek op 28 juni 2012 <sup>12</sup>	

### *Samenvatting*

Dit project had als doel om een eerder op werkzaamheid (efficiency) onderzochte, innovatieve compensatietherapie voor geheugenproblemen bij mensen met traumatisch hersenletsel uit te werken tot een tele-health therapie. Deze therapie dient geïmplementeerd te worden in het klinisch handelen van neuropsychologen werkzaam binnen revalidatie centra en –afdelingen [1].

### *Beschrijving*

Het bezoek aan de Sint Maartenskliniek in Nijmegen was georganiseerd door onze contactpersoon die tevens projectleider en penvoerder van het project is geweest. Hij heeft ruime ervaring met het ontwikkelen, wetenschappelijk evalueren en implementeren van cognitieve behandelingen voor patiënten met niet aangeboren hersenletsel [1].

Tijdens het kennismakingsgesprek in de morgen worden wij bijgepraat over de achtergrond en inhoud van het innovatieproject: de ontwikkeling en implementatie van een e-telehealth applicatie voor mensen met niet aangeboren hersenletsel. De e-health applicatie biedt deze patiënten de mogelijkheid om te oefenen met nieuw aan te leren compensatoire geheugenstrategieën. Hoewel er al geruime tijd vanuit de internationale wetenschappelijke literatuur bekend is dat patiënten met niet-aangeboren hersenletsel meer gebaat zijn bij deze vorm van therapie dan bij het trainen van (resterende) geheugenfuncties gebeurt dit nog te weinig. De projectleider benadrukt dat men dit al sinds het begin van de jaren 90' kon weten op basis van internationale studies onder patiënten met hersentrauma. Dit is de eerste keer dat geheugenstrategietraining aangeboden wordt via e-learning. Het wordt duidelijk dat het gebruik van e-health in de cognitieve revalidatie niet geheel nieuw is, maar dat het voorheen vooral is ingezet voor functietrainingen. Het staat echter buiten kijf dat juist de principes van geheugenstrategietrainingen zich lenen om aangeboden te worden via e-health vanwege de relatieve eenvoud. De manager van het project, verbonden aan het onderzoeksinstituut RD&E van de Sint Maartenskliniek, schuift aan bij ons gesprek [1]. Wij spreken over eigenschappen en voordelen van de ontwikkelde e-health module. E-health zou de training aantrekkelijker maken en daardoor een bredere populatie kunnen bereiken. Bovendien is het aanbieden van e-health alleen al vanuit het oogpunt van mogelijke kostenbesparingen aantrekkelijk omdat het eigenlijk de behandelend professional deels overbodig maakt. Revalidanten kunnen hiermee, onafhankelijk van tijd en plaats, werken aan hun revalidatie. Het programma is gestandaardiseerd waardoor het niet meer trainersafhankelijk is. De module biedt de mogelijkheid de onderliggende aanpak te proberen bij nieuwe patiëntgroepen, zoals beginnend dementerenden.

<sup>12</sup> Zie voor details het overzicht van dataverzameling

Het winnen van de zorgvernieuwingsprijs van ZonMw in 2006 heeft het bewustzijn voor mogelijkheden van onderzoek en projecten via ZonMw binnen de Maartenskliniek vergroot. De projectleider geeft aan dat dit de eerste keer was dat hij zelf iets met e-health is gaan doen, geïnspireerd door een artikel over de zorg in China.

*“China is een groot land met weinig voorzieningen en daar werd gesproken over andere mogelijkheden [lees: e-health] om mensen thuis te kunnen behandelen over grote afstanden. Ik vond dat wel een leuk idee en toen ik via onze bestuurder hoorde van de subsidie van ZonMw ben ik op zoek gegaan naar een interessante mogelijkheid voor ons”.*

**PROJECTLEIDER, 28-06-2012**

Binnen de Maartenskliniek werkten de logopedisten al veel met e-health maar toen de projectleider hoorde van het bestaan van dit programma is hij actief op zoek gegaan naar geschikte behandelingen. Hij kwam uit bij de geheugenstrategietraining. De behandeling bestond al geruime tijd, mensen werkten al met e-health, de direct betrokkenen kende het project goed, het bestaan van de subsidie was vroegtijdig bekend en het was de verwachting dat de vertaling naar een e-health applicatie relatief eenvoudig zou zijn.

Als einddoel van het beoogde project werd in de subsidie aanvraag gesteld dat geheugentraining via tele-therapie geïmplementeerd zou zijn in het handelen van neuropsychologen, werkzaam binnen revalidatiecentra en –afdelingen van ziekenhuizen [1]. Hierbij werd uitgegaan van de looptijd van het innovatieprogramma van 12 maanden; opgedeeld in 3 fasen. In fase 1 moest de bestaande therapie vertaald worden naar een tele-health module. Dan kon men in fase 2 instructiemateriaal gaan ontwikkelen en pilotstudies gaan uitvoeren. Pas in fase 3 stond het verspreiden van de module en het zorgen voor daadwerkelijk gebruik centraal. Fase 1 bleek in de praktijk echter langer te duren dan geschat. De reden hiertoe zat niet in de techniek maar vooral in de organisatie van het proces. De projectleider leerde zijn eigen wegen te zoeken om het project te realiseren.

*“Je moet zelf op zoek naar de ongebaande paden. Het is bij ons standaard om met een bepaalde organisatie te werken. Als er iets technologisch bij kwam kijken werkten we standaard met UCI terwijl ik nu enorme prijs slag heb kunnen maken door een ander bureautje in te schakelen. Zelf andere wegen zoeken dus; niet gebruiken van de vaste kanalen werkt voor innovatie soms beter”.*

**PROJECTLEIDER, 28-06-2012**

Ondanks vertraging is er een module ontwikkeld is die op kleine schaal kan worden gebruikt. Hoewel de verspreiding van de module achter blijft bij de oorspronkelijke verwachtingen zijn er wel al meerdere disciplines de module gaan gebruiken. Nog onbekend is of het gebruik ervan ook andere effecten laat zien dat de al bestaande face-to-face behandeling. Op het moment van het iBMG-onderzoek<sup>13</sup> was er nog geen data beschikbaar die deze effecten kon laten zien en waren de exacte gevolgen dus nog onbekend. Als er informatie over de effectiviteit beschikbaar komt zal deze worden direct worden verspreid via de website: [www.neuropsychologischebehandelingen.nl](http://www.neuropsychologischebehandelingen.nl). De bedoeling hiervan is de implementatie verder te bevorderen. Een ander belangrijk doel van de e-health applicatie is het mensen bewust maken van de stoornis en de daarbij horende beperkingen. De e-health applicatie

---

<sup>13</sup> iBMG heeft deze casestudy in het voorjaar van 2012 (juni) uitgevoerd



Uit deze verschillende onderdelen blijkt dat het programma meer is dan een training: revalidanten doen aan zelfdiagnose, monitoring en training tegelijk. Wel heeft de gebruiker enige basiscomputerkennis nodig om hiermee te kunnen werken. Een doelgroepgerichte aanpak wordt gevolgd door gebruikerseigenschappen en de moeilijkheidsgraad continu te monitoren. Op basis van die gegevens kunnen eventueel aanpassingen in het programma worden gemaakt. Uiteindelijk is het doel om de module beschikbaar te maken voor een bredere populatie. Er wordt hierbij wel benadrukt dat de Sint Maartenskliniek de trekker is geweest en daarom ook officieel de eigenaar van de e-health applicatie zal blijven.

*Geraadpleegde documenten<sup>14</sup>*

- [1] Subsidieaanvraagformulier ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Dossier nummer 60-62300-98-006. Aangevraagd door Prof. Dr. L. Fasotti op 30-09-2009
- [2] Eindverslag gegevens ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Dossier nummer 335020012. Inclusief 'exploitatie subsidie ZonMw door Sint Maartenskliniek Nijmegen'.
- [3] Voorbeeld document uit trainingsmodule 'Logboek bij les 4 – opdracht 2'.
- [4] Digitaal toegang gekregen tot e-health applicatie via website: [www.geheugentrucs.nl](http://www.geheugentrucs.nl)

---

<sup>14</sup> Naast de transcripten en aantekeningen van de casestudy die door de onderzoekers van iBMG zijn gemaakt.



<b>Case 2</b>	<b>Rijndam Revalidatiecentrum Rotterdam</b>	
<b>Titel</b>	ImPACT: communicatietraining voor partners van mensen met afasie	
<b>Projecttype</b> <sup>15</sup>	Ontwikkelpject & (later) Implementatieproject	
<b>Datum &amp; locatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview 31-08-2012 met S. Wielaert &amp; Dr. W.M.E. van de Sandt-Koenderman</li> <li>- Observatiemiddag op 20-09-2012 bij klinische behandelingen logopedie – N. Dammers</li> <li>- Interview 27-09 maatschappelijk werker E. Salomons</li> </ul>	

### *Samenvatting*

Het innovatieproject 'Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training (PACT) is erop gericht om een al bestaande trainingsmethodiek uit Engeland geschikt te maken voor gebruik in de Nederlandse praktijk. Hiermee komt een gestandaardiseerd programma voor de training van partners van patiënten met afasie beschikbaar voor revalidatie professionals. Het implementatieproject (ImPACT) wat volgde is gericht op het bevorderen van het praktisch gebruik van PACT. Door aandacht te besteden aan de scholing en aanpassingen in planning en organisatie wordt gebruik op grotere schaal gestimuleerd.

### *Beschrijving*

Tijdens het onderzoek krijgen wij uitgelegd dat logopedie voor de behandeling van afasie van zeer groot belang is. De projectleider licht aan de hand van haar jarenlange ervaring met het werken met afasie toe hoe PACT zich ontwikkeld heeft. De traditionele logopedische behandeling van een afasie richtte zich vooral op het verbeteren van de taalstoornis. Pas in een later stadium wordt er meer aandacht besteedt aan het aanleren van compensatiestrategieën waarbij ook de partner betrokken kan worden [1]. Omdat vaak op de communicatieve vaardigheden van de persoon met afasie zelf werd gefocust, was het lang niet vanzelfsprekend de partner van een patiënt te betrekken bij de behandeling. De projectleidster merkte op dat er te weinig aandacht is voor de rol van de partner in de behandeling terwijl hij/zij een wezenlijke rol speelt. Ondanks de aandacht in de wetenschappelijke literatuur voor het partneraspect, bestond er lange tijd geen richtlijn of gestructureerd programma om de partners van revalidanten te betrekken zonder de waardevolle elementen uit de traditionele behandeling los te laten.

Dit gemis is opgepakt in Engeland waar men een programma ontwikkeld heeft om juist partners te trainen (de zogenaamde 'SPPARC' Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversaion) [1]. In Engeland heeft dat geleid tot een gestandaardiseerde, bewezen effectieve en theoretisch onderbouwde manier om de partner van de afasiepatiënt te trainen in communicatiestrategieën. De projectleidster realiseerde zich dat een soortgelijk programma in Nederland nog niet bestond en is hierop, met geld van een zorgvernieuwingsprijs, gestart met het PACT project. Bij de vakgroep van Ray Wilkonson in Machester heeft de projectleidster gewerkt aan een vertaling van de Engelse aanpak naar de Nederlandse situatie. Dit proces bestond niet alleen uit het letterlijk vertalen maar ook uit het vinden van een nieuwe naam, het maken van op de Nederlandse cultuur aangepast videomateriaal, het vertalen van een groeps- naar een individuele aanpak en vooral de praktische uitwerking zoals het vinden van koppels en behandelaars die wilden

<sup>15</sup> Dit project is overgegaan van een ontwikkelproject (PACT) naar een implementatieproject (ImPACT)

experimenteren met deze nieuwe aanpak. Het resultaat is PACT; een nieuwe methodiek om in de Nederlandse situatie partners van patiënten met afasie te behandelen. PACT was bedoeld als aanvulling op bestaande behandelingen in de logopedie.

De projectleidster gaf aan dat PACT meer is dan een richtlijn of protocol alleen. Het PACT-project heeft geleid tot een eindproduct, bestaande uit een handleiding voor de therapeut, een conversatietrainingsprogramma met oefenbladen en een DVD met voorbeelden. Het eindproduct diende om, naast een theoretische gemotiveerde training, ook een bruikbare en eenduidige werkwijze voor de klinische praktijk te kunnen bieden [1]. PACT is mede daarom sinds 2011 ook commercieel verkrijgbaar [2]. Daarnaast is PACT opgenomen in de post-HBO afasie cursus voor logopedisten in de opleidingen van Amsterdam en Nijmegen. Momenteel is PACT uitontwikkeld en op bruikbaarheid getest in verschillende centra.

De projectleidster merkte, o.a. tijdens presentaties in den lande, dat er een grote behoefte was aan een gestructureerde aanpak. PACT kon dit bieden en werd dan ook met enthousiasme ontvangen. Betrokkenen verklaarden dit succes vooral door te wijzen op het effect van PACT op het dagelijks leven van de revalidant. De resultaten van PACT waren veelbelovend [3]:

- (1) partners en patiënten lieten gedragsverandering zien
- (2) partners voelden zich meer gesteund en tevreden in hun rol
- (3) professionals waren enthousiast vanwege het bereikte resultaat.

Ondanks dit enthousiasme ontbrak het aan mogelijkheden om PACT ook verder te verspreiden in de revalidatiepraktijk. Dit vormde voor de projectleidster dan ook de directe aanleiding om ook een aanvraag in te dienen voor een implementatietraject. Het implementatieproject (ImPACT) is gestart met zeven gerenommeerde revalidatiecentra en drie stroke-service verpleeghuizen die onderling kennis uitwisselden over de implementatie van PACT. Bij de implementatie werd duidelijk dat sommige logopedisten het lastig vonden om partners te behandelen zonder dat bij hen een duidelijke anamnese was afgenomen. Ook werd duidelijk dat afstemming met de zorgverzekeraars nodig was om de behandeling van 'partners van' mogelijk te maken. Ondanks deze wat meer praktische bezwaren was het enthousiasme voor ImPACT groot. De projectleidster geeft hierbij aan dat de tijdsgeest, in de revalidatie was een bredere beweging naar meer aandacht voor de context van revalidanten gaande, en de naam en reputatie een rol speelden.

*“De naam van de organisatie speelt zeker mee, als is het maar voor het eerste enthousiasme. Men gaat ons kennen van het project en 1 directe mail aan een instelling bleek genoeg voor medewerking”.*

**PROJECTLEIDER, 31-08-2012**

Momenteel wordt er nog verder gewerkt aan het geïmplementeerd krijgen van de aanpak in meer revalidatiecentra in Nederland. Daarnaast is het implementatieproject ook nadrukkelijk bedoeld om verder onderzoek te doen naar de effectiviteit van PACT. Omdat het nog onvoldoende bekend is in welke fase PACT het beste aangeboden kan worden, is het implementatieproject gericht op het in kaart brengen van ervaringen en het verzamelen van kwantitatieve en gestandaardiseerde data. Het bereikte participatieniveau is hierbij de uiteindelijk te meten uitkomstmaat. Het PACT-ImPACT-project lijkt in retrospectief een vrij lineair proces te zijn doorgelopen. Van een individueel idee, via een

zorgvernieuwingsprijs en een innovatieproject is het een implementatieproject geworden. Tijdens het project was deze gefaseerde lineaire groei echter lang niet altijd aanwezig; de projectleidster gaf aan dat tegenslagen ook wel voor vertraging hebben gezorgd.

*Geraadpleegde documenten*<sup>16</sup>

- [1] Subsidieaanvraagformulier PACT - ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Dossier nummer 60-62300-98-025. Aangevraagd door Mw. M.S. (Sandra) Wielaert op 01-10-2009
- [2] Eindverslag gegevens PACT - ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Dossier nummer 335020013.
- [3] Subsidieaanvraagformulier ImPACT - ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Aangevraagd door RoNeRes (Rotterdam Neurorehabilitation Research) op 01-11-2011
- [4] Research protocol Impact – IPR 2011-13 – March 2012 versie 1.12
- [5] Wielaert (2012a) Een goed gesprek is tweerichtingsverkeer – CVA magazine februari 2012.
- [6] Wielaert, S. (2012b) Het trainen van de gesprekspartner van de cliënt met afasie met PACT – Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde – April/Mei 2012

---

<sup>16</sup> Naast de transcripten en aantekeningen van de casestudy die door de onderzoekers van iBMG zijn gemaakt.

<b>Case 3</b>	<b>'t Roessingh Revalidatiecentrum</b>	
<b>Titel</b>	Implementatie van 'Acceptance & Commitment Therapy' (ACT) in de revalidatie bij chronische pijn	
<b>Projecttype</b>	Implementatieproject	
<b>Datum &amp; locatie</b>	Locatiebezoek op 2012 bij 't Roessingh Revalidatiecentrum te Enschede	

### Samenvatting

In dit project wordt gewerkt aan de implementatie van een methodiek in de behandeling van chronische pijn patiënten. Het gaat om een multidisciplinaire behandeling genaamd 'Acceptance & Commitment Therapie –(ACT). Onderdeel van het project is dat revalidanten gebruik maken van een psychologische zelfhulpmodule om zich gedurende de wachttijd beter voor te bereiden op de behandeling zelf [1].

### Beschrijving

De casestudie begint met een introductie op ACT van de projectleider en een behandelend psycholoog uit de kliniek. Hieruit blijkt dat de essentie van het werken met ACT is dat men door middel van grotere motivatie en meer bereidheid om pijnklachten te verdragen, werkt aan een waardevoller en betekenisvoller leven. Een revalidant moet zich ten diepste realiseren dat veel lijden wordt veroorzaakt door vruchteloze pogingen om pijnlijke ervaringen en emoties te vermijden [7]. ACT staat daarmee voor een paradigmaverandering in denken en handelen in de pijnrevalidatie. ACT gaat uit van de kernelementen: 'Acceptatie', 'Hier-en-nu' en 'Waardegerichte actie'.

**TABEL 1: DE ESSENTIE VAN DE ACT-AANPAK [7]**

<b>Kernelement</b>	<b>Toelichting</b>
<b>Acceptatie</b>	De strijd loslaten met pijn, vermoeidheid, ongewenste gedachten en gevoelens. Het gaat dus om het loslaten van het vechten <i>tegen</i> .
<b>Hier-en-Nu</b>	Bewust aanwezig zijn in het huidige moment en daar de tijd voor nemen. Stoppen met teveel terug en vooruit denken dus.
<b>Waarde gerichte actie</b>	Actie ondernemen in de richting van de dingen die je belangrijk vindt. Starten met vechten <i>voor</i> .

ACT biedt patiënten met chronische pijn een antwoord op een bekende paradox in de pijnrevalidatie; revalidanten verwachten dat pijnrevalidatie gaat over het verminderen van pijnklachten terwijl het vooral gericht is op het herstel van functioneren. Volgens de projectleider is het namelijk uit de literatuur al langer bekend dat pijn coping strategieën, gericht op het aanvaarden van de pijn, leiden tot minder leed en grotere pijntolerantie dan strategieën die gericht zijn op het controleren van de pijn zelf [1]. ACT biedt een methode om vanuit dit gegeven de behandeling in te zetten. ACT is vooral geschikt voor patiënten die zijn vastgelopen in de standaard behandelingen, waarin het 'pijn-de-baas-principe' onvoldoende resultaat boekte. ACT biedt daarmee een antwoord op de machteloosheid die patiënten en professionals uit de pijnrevalidatie kunnen ervaren. De zelfhulpmodule, onderdeel van het project, is ook gebaseerd op bestaande elementen. Een module voor psychologische klachten is geschikt gemaakt voor chronische pijn patiënten. Met deze module kunnen revalidanten, na een intake gesprek, zelfstandig aan het werk om al tijdens

de wachttijd hun motivatie voor de behandeling te vergroten. Op deze wijze kan de behandeling zelf sneller en effectiever verlopen [2].

De geschiedenis van ACT laat zien dat het voortbouwt op eerder ontwikkelde methodieken. Het is een derde generatie gedragstherapie die elementen uit verschillende deeldisciplines combineert en daarmee is gebouwd op kennis uit meer dan 20 jaar van empirische studies naar pijn. ACT komt voort uit onderzoek naar veelbelovende vernieuwingen in de revalidatie dat in het verleden in 't Roessingh is uitgevoerd. Een werkbezoek aan Bath, waar men al werkte met een soortgelijk aanpak, vormde de directe aanleiding om ACT, en een bijbehorende cursus, te ontwikkelen. Na een kleine maar succesvol verlopen pilot is later een succesvolle aanvraag bij het innovatieprogramma van Revalidatie Nederland gedaan. Er was volgens betrokkenen al snel groot enthousiasme voor ACT maar dat zorgde er ook voor dat veel geëxperimenteerd werd zonder dat er goed zicht was op de effectiviteit van de behandeling [3]. Bovendien ondervonden veel cursisten problemen met het implementeren van de aanpak in de eigen centra. Het implementatieproject is daarom opgezet om negen deelnemende revalidatie instellingen te helpen om de ACT aanpak systematisch te implementeren in de zorgprogramma's van multidisciplinaire ACT-behandelingen in [1].

Een implementatieplan werd geschreven volgens het train-de-trainer-principe. Het idee hiervan is dat 'de opleiders van de toekomst' worden getraind zodat de sector zelf, na afloop van het project, verder kan met het implementeren van de ACT-methodiek. 't Roessingh ontwikkelde als trekker een cursus waar door het opleiden van trainers een 'olievlekwerking' uit moest gaan. Centraal in deze cursus stond het leren omdat implementatie van een nieuwe aanpak volgens de projectleidster altijd gepaard gaat met tegenslagen.

*“Men nogal eens denkt dat men aan het begin al moet kunnen  
wat aan het eind geleerd zou moeten zijn”.*

**PROJECTLEIDER, 11-09-2012**

Om toewijding te garanderen moesten alle deelnemende centra bij aanvang van het project tekenen voor bepaalde investeringen in tijd en geld. Hoewel maatwerk mogelijk was, werd in contracten vastgelegd hoeveel professionals betrokken zouden worden en hoe resultaten zouden worden geborgd. In ieder deelnemend centrum werd een trekker aangewezen; een persoon die verantwoordelijk was voor het project en tevens aanspreekpunt was. Het implementatieplan is getrapd opgezet. In iedere instelling werd 1 team getraind in de theoretische achtergronden en praktische uitvoering van ACT; dit team werkte daarna mee aan de scholing van andere professionals binnen de instelling. De projectleider geeft aan dat de betrokkenheid van het management voor het slagen van de training ook belangrijk was; commitment van het management is dan ook vanaf het begin gevraagd en vastgelegd. Het implementatieproject kende een sterke link met onderzoek doordat alle onderdelen van het project onderwerp van studie zijn. Een gekoppeld promotieonderzoek richt zich o.a. op het in kaart brengen van de werkingsmechanismen, het vaststellen van de kosteneffectiviteit en op het in beeld brengen van ervaringen van patiënten, behandelaars en het management van deelnemende instellingen. Er wordt binnen het implementatieproject dus uitgebreid onderzoek verricht naar de effectiviteit en naar de wijze van implementatie. Dit moet duidelijk maken of er daadwerkelijk veranderingen zijn opgetreden die in overeenstemming zijn met de verwachtingen van ACT.

In september 2011 zijn alle instellingen klaar met de implementatie. Op dat moment hebben 140 professionals deelgenomen aan het implementatieproject [5]. Na afronding van het project wordt ACT in de deelnemende centra toegepast, liggen er onderzoeksgegevens over de werking van ACT en is er een helder draaiboek voor de implementatie van de ACT.


*Geraadpleegde documenten*<sup>17</sup>

- [1] Projectaanvraagformulier Innovatie programma revalidatie – inhoud projectvoorstel bevorderen brede toepassing innovatie. Aangevraagd op 01-04-2010
- [2] Projectaanvraagformulier ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Aanvraag minimaal Dossier nummer 60-62300-98-109. Aangevraagd door K.M.G. Schreurs op 07-09-2010
- [3] Voortgangsformulier Innovatieprogramma Revalidatie project Implementatie van ACT in revalidatie bij chronische pijn. Voorjaar 2012.
- [4] Implementatieplan – Implementatieplan van Acceptance & Commitment Therapy (ACT) in de revalidatie bij chronische pijn
- [5] Nieuwsbrief ImPACT<sup>18</sup> november 2011 - *Implementatie Acceptance & Commitment Therapy in de Nederlandse Pijnrevalidatie*
- [6] Schreurs, Trompetter et al (2012) Poster congres Milaan 2012 'The implementation of ACT in Dutch rehabilitation of chronic pain'.
- [7] Schreurs (2012) Presentatie 'introdactie ACT' – sheets presentatie 11-09-2012

---

<sup>17</sup> Naast de transcripten en aantekeningen van de casestudy die door de onderzoekers van iBMG zijn gemaakt.

<sup>18</sup> Niet te verwarren met het PACT – ImPACT project uit Rijndam

<b>Case 4</b>	<b>Revalidatiecentrum de Hoogstraat Utrecht</b>	
<b>Titel</b>	Implementatie richtlijn cerebrale parese – op weg naar een infrastructuur voor kwaliteitsontwikkeling in de CP-revalidatie	
<b>Projecttype</b>	Implementatieproject	
<b>Datum &amp; locatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview M. Ketelaar - 23-08</li> <li>- Interview M. Harmer-Bosgoed / L. Rehorst - 05-09</li> <li>- Observatie tijdens Knowledge-Broker dag - 14-09</li> <li>- Focusgroep tijdens Knowledge-Broker dag - 14-09</li> </ul>	

### *Samenvatting*

Dit project had als doel om te werken aan de toepassing van een nader bepaalde set van aanbevelingen uit de richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische CP’ in de Nederlandse revalidatiezorg. Hiertoe is een implementatieproject opgezet waarin in de deelnemende centra met zogenaamde knowledge-brokers is gewerkt aan de implementatie van aanbevelingen uit de richtlijn.

### *Beschrijving*

Cerebrale Parese is de meest voorkomende oorzaak van fysieke beperkingen bij kinderen in Nederland; een kwart van alle kinderen in de kinderrevalidatie valt hier binnen [1]. Sinds 2006 is de multidisciplinaire richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische Cerebrale Parese’ beschikbaar voor de revalidatiepraktijk. Dit betekent echter niet automatisch dat deze richtlijn sindsdien ook overal gebruikt wordt. Een betrokken onderzoeker stelt dat de multidisciplinaire aard van de richtlijn en vooral de wijze van formulering van de aanbevelingen maken dat gebruik van de richtlijn een complexe aangelegenheid is. De algemene formuleringen die worden gebruikt, met termen als ‘kort’ en ‘intensief’, zijn misschien helder maar volgens betrokkenen tegelijkertijd zeer onpraktisch. Enkel de publicatie of verspreiding van een richtlijn leidt dan ook zelden tot daadwerkelijke toepassing [3].

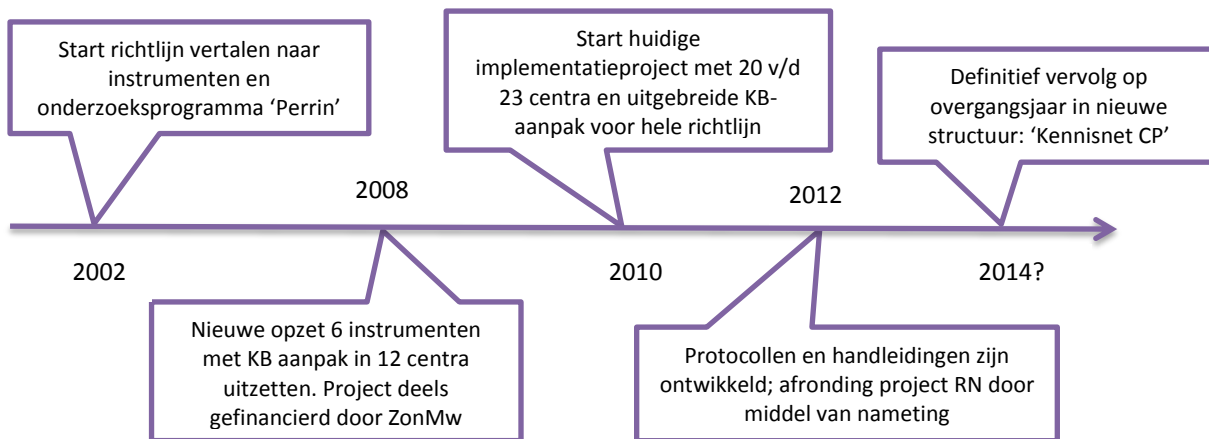
Om de opzet van het implementatieproject te begrijpen moet men volgens betrokkenen de ontstaansgeschiedenis ervan kennen. Het project heeft dan ook een langere geschiedenis dan men op basis van de looptijd van het innovatieprogramma zou kunnen verwachten. In figuur 4 op de volgende pagina zijn de belangrijkste stappen uit de ontwikkeling van het implementatieproject grafisch weergegeven<sup>19</sup>.

Het project begon in de jaren ‘90 vanuit de wens om meer structuur aan in behandelingen binnen de kinderrevalidatie. Instrumenten uit het eerste onderzoeksproject (‘Perrin’) werden geschikt gemaakt voor de praktijk, maar bleken toch niet eenvoudig te gebruiken. Ondanks het enthousiasme waarmee deze werden ontvangen, viel het praktische gebruik tegen. Men liep bij het omzetten naar de praktijk tegen problemen aan.

*“De grootste belemmering voor implementatie is echt niet de onwil, maar men weet soms oprecht niet hoe het moet”.*

**ONDERZOEKER, 05-09-2012**

<sup>19</sup> Geconstrueerd op basis van gespreksaantekeningen door onderzoekers van iBMG



**FIGUUR 4: RECONSTRUCTIE VAN ONTSTAANSGESCHIEDENIS IMPLEMENTATIE RICHTLIJN CP**

De projectleider realiseerde zich dat de publicatie of verspreiding van een richtlijn maar ook de instructie en scholing voor professionals geen garantie is voor het gebruik van de richtlijn in de praktijk. Een implementatieproject waarin met een nieuwe methodiek, de zogenaamde 'knowledge-brokers', zou worden gewerkt moest uitkomst bieden om het gebruik van de richtlijn te bevorderen. Het implementatieproject had als doel om een selectie van aanbevelingen uit de richtlijn te vertalen naar concrete en praktische instrumenten voor en door de praktijk in 20 deelnemende centra. Het idee om met knowledge-brokers te gaan werken, komt van het kenniscentrum van de Hoogstraat. Medewerkers van het kenniscentrum waren op een congres in Canada in aanraking gekomen met deze methodiek.

In dit project zijn knowledge-brokers therapeuten die binnen de eigen organisatie verantwoordelijk werden gemaakt voor het geschikt maken van aanbevelingen uit de richtlijn voor de praktijk. In het project leverde ieder deelnemend centrum twee knowledge-brokers. Om de KB'ers te helpen zijn de implementatiestappen van Grol & Wensing (2005) vertaald naar stappen voor knowledge-brokers. In figuur 5 zijn deze stappen grafisch weergegeven waarbij uiteindelijk het integreren en internaliseren van de richtlijn het doel is [5]. Dan pas is het blijvend onderdeel van het handelen geworden. In figuur 5 worden de stappen grafisch weergegeven (de rode pijl geeft aan waar een KB'er zijn/haar werk doet).



**FIGUUR 5: STAPPEN VAN RICHTLIJN IMPLEMENTATIE EN BIJDRAGE VAN EEN KNOWLEDGE-BROKER**

De selectie van 29 aanbevelingen is door een werkgroep van experts gemaakt op basis van criteria over uitvoerbaarheid en de bewijslast[4]. Alle 20 deelnemende centra mochten naast deze 29 verplichte ook werken aan een aanbeveling naar keuze. Om te zorgen dat de KB'ers ook echt resultaten konden boeken waren zij verplicht om samen met de organisaties waar zij voor werkten, een implementatieplan te schrijven. Hierin werd ook de steun van het management officieel vastgelegd.



Gedurende het project heeft de Hoogstraat, als trekker, netwerkdagen georganiseerd waarop alle deelnemende KB'ers samenkwamen<sup>20</sup>. Op deze dagen stond de uitwisseling van de ontwikkelde producten, het delen van ervaringen, het volgen van workshops en het stellen van vragen aan elkaar centraal. Op deze manier werd met alle KB'ers uit de deelnemende centra samen gewerkt aan de implementatie van de richtlijn. Bovendien zagen de KB'ers deze dagen zelf als mooie gelegenheid om informeel te netwerken en tegelijkertijd te werken aan de inhoud van het project. Het doel van de laatste bijeenkomst was om, in aanwezigheid van niet KB'ers uit de deelnemende centra, de projectresultaten te presenteren en draagvlak te creëren voor een eventueel vervolg. Gelijktijdig met de netwerkdagen is er ook gewerkt aan het opzetten van een digitaal forum, waar producten tussen de deelnemers konden worden uitgewisseld [3]. Gedurende het project zijn er vele concrete hulpmiddelen, tools en instrumenten ontwikkeld. Toch spraken de betrokkenen met enige terughoudendheid over de resultaten omdat er tegelijk nog veel te doen is. Nog niet alle centra zijn met de richtlijn zo ver dat deze ook een plaats heeft gekregen in de communicatie naar de patiënten toe. Om dit gevoel verder te staven zal er een nameting gedaan worden waarin alle betrokkenen, i.e. KB'ers en niet-KB'ers, wordt gevraagd naar de mate en wijze van implementatie van de richtlijn.

De grootste overgebleven uitdaging is volgens de betrokkenen de definitieve borging na afloop van het project. De vraag hoe het opgebouwde netwerk van KB'ers in stand kan blijven is op het moment van schrijven nog niet definitief beantwoord<sup>21</sup>.

#### *Geraadpleegde documenten*<sup>22</sup>

- [1] Projectaanvraagformulier ZonMw voor Innovatieprogramma Revalidatie. Format voor aanvragen financiering implementatieplan in de ronde 'bevorderen van de toepassing van innovaties' – Aangevraagd op 04-03-2012
- [2] Addendum bij Implementatie Richtlijnen cerebrale parese
- [3] Implementatieplan richtlijnen cerebrale parese – op weg naar een infrastructuur voor kwaliteitsondersteuning in de CP-revalidatie
- [4] Richtlijn CP in praktijk Nieuwsbrief jaargang 1, nummer 1, september 2012
- [5] Richtlijn CP in praktijk Nieuwsbrief jaargang 2, nummer 2, februari 2012
- [6] Harmer-Bosgoed, M. Rehorst, L. et al. (2012) Poster CP 'Building a bridge between research and practice for the Dutch CP guideline' gemaakt ok 04-05-2012
- [7] Steultjens, E. (2012) Presentatie 'Evaluatie en borging van het eigen project' – sheets van presentatie gegeven tijdens KB-dag op 14-09-2012

---

<sup>20</sup> Voor dit onderzoek is de voorlaatste bijeenkomst voor knowledge-brokers op 14-09-2012 geobserveerd.

<sup>21</sup> Tijdens het onderzoek van iBMG ontwikkelde zich een plan om door middel van een overgangsjaar toe te werken naar een online kennis community over CP. Het in standhouden van het KB netwerk voor in ieder geval een overgangsjaar (2013) is gegarandeerd door de formele bevestiging van vrijwillige deelname aan, en financiering van het knowledge-broker netwerk door 23 verschillende revalidatiecentra in Nederland.

<sup>22</sup> Naast de vanzelfsprekende transcripten en aantekeningen van de casestudy die door de onderzoekers van iBMG zijn gemaakt.

# 7. Bevindingen & analyse

*“I’ve always believed that if you put in the work,  
the results will come”.*

**MICHAEL JORDAN, AMERICAN FORMER PROF. BASKETBALL-PLAYER (1963-)**

In dit hoofdstuk wordt een analyse van de bevindingen uit de vier casestudies beschreven. Zoals in het methoden hoofdstuk (H3) is vermeld, is dit kwalitatieve onderzoek exploratief van aard geweest. De daarbij horende inductieve manier van analyseren heeft veel inzichten opgeleverd over het verloop van innovatieprocessen in de praktijk. Uit de analyse van het materiaal is een vijfdeling naar voren gekomen die de basisstructuur vormt voor dit hoofdstuk. De resultaten worden in dit hoofdstuk besproken in de volgende vijf delen:

1. *Wat innovatie in de revalidatie is*

Hierin wordt beschreven welke betekenis mensen geven aan innovatie in de revalidatie en hoe de fases van innovatie en implementatie zich tot elkaar verhouden.

2. *Hoe innovatie in de revalidatie werkt*

Hierin wordt aan de hand van zeven randvoorwaarden beschreven hoe innovatieprocessen in de praktijk van de revalidatie verlopen.

3. *Sectoreigenschappen van de revalidatie*

Hierin worden eigenschappen van de revalidatiesector beschreven die een invloed uitoefenen op de start, het verloop en de effecten van innovatieprocessen in de revalidatie.

4. *Betekenis programma voor de projecten*

Hierin wordt beschreven hoe het innovatieprogramma revalidatie van ZonMw en Revalidatie Nederland de innovatie- en implementatieprojecten al dan niet heeft beïnvloed.

5. *Ontwikkeling Revalidatie Kennisnet*

Hierin wordt beschreven hoe Revalidatie Kennisnet als ondersteunende infrastructuur voor innovatie in de revalidatie is opgezet, ontwikkeld en functioneert.

Alle vijf subhoofdstukken bevatten resultaten uit alle vier de casestudies. De cases zijn dus niet afzonderlijk maar gezamenlijk op thema geanalyseerd. Er is voor gezorgd dat ieder van de vijf subhoofdstukken leesbaar is als zelfstandig hoofdstuk. Hiertoe is bij ieder subhoofdstuk een korte inleiding geschreven waar wordt toegelicht waar het precies over gaat, hoe het is opgebouwd en hoe het past in het totale rapport. Het middenstuk van ieder hoofdstuk bevat de analyse van de resultaten op basis van de thema's die in het onderzoek naar voren zijn gekomen; voor de leesbaarheid is hier soms gewerkt met paragrafen en/of opsommingen. Aan het eind van ieder hoofdstuk wordt een conclusie getrokken over het specifiek in dat hoofdstuk beschreven thema.



# 7.1 Wat innovatie in de revalidatie is

*“Bij innovatie interesseert het me niet zoveel of iets nieuw is of niet. Innovatie is voor mij iets wat effectief, efficiënt is en duurzaam is “*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

## 7.1.1 Introductie

De casestudie methode is gekozen om meer inzicht te krijgen in de praktijk van innovatieprocessen en om deze praktijken zelf naar voren te brengen in de verslaglegging. Dit leidt dan ook tot een beschrijving van wat innovatie in de revalidatie is, hoe er in de sector tegen een abstract begrip als innovatie wordt aangekeken en welke betekenis respondenten toekennen aan dat begrip. Dit hoofdstuk bevat de analyse van de bevindingen uit de onderzochte projecten op deze thema's. In paragraaf 7.1.2 zal worden ingegaan op wat onder het begrip innovatie wordt verstaan. Zoals in het theoretisch kader is beargumenteerd leent het abstracte begrip innovatie zich voor meerdere interpretaties. Een beschrijving van wat de respondenten verstaan onder innovatie kan bijdragen aan een specifiekere definiëring van het begrip innovatie. In paragraaf 7.1.3 wordt ingegaan op hoe in de praktijk het onderscheid tussen verschillende fasen van innovatie, namelijk innovatie, implementatie en verspreiding, wordt gemaakt. In het theoretisch kader is beschreven hoe er vanuit verschillende theoretische perspectieven tegen deze fasering aangekeken kan worden. Beide delen van dit hoofdstuk geven inzicht in wat er specifiek in de revalidatie onder innovatie wordt verstaan en welk theoretisch kader daarbij leidend is.

## 7.1.2 Betekenissen van innovatie

In de onderzochte casussen zijn de respondenten bevraagd op wat zij verstaan onder innovatie en welke betekenis zij aan dat begrip geven. Het blijkt dat de respondenten een verschillend beeld hebben bij wat innovatie is. Op basis van de bevindingen worden hieronder achtereenvolgens vijf verschillende betekenissen van innovatie besproken; innovatie wordt niet altijd gezien als iets nieuws, maar wel als een vertaling, als symbool voor een paradigmaverandering; als platform voor nieuwe mogelijkheden en tot slot als carrièreperspectief.

### (1) Innovatie is niet altijd nieuw

In meerdere casussen was in de innovatie een combinatie van bestaande elementen te zien. Iets bestaands werd in een nieuwe vorm, in een nieuwe context of in een nieuwe combinatie ontwikkeld en geïmplementeerd. Het blijkt dat in de praktijk zowel de inhoud van de innovatie- als van de implementatieprojecten in sterke mate rusten op reeds bestaande elementen. Dit leidde in meerdere casussen dan ook tot de vraag 'what's new?'

Innovaties blijken bijvoorbeeld in het werken aan het herstellen van de armfunctie sterk voort te bouwen op het verleden. In onderstaand figuur is links een revalidant in het oude OB-apparaat te zien en rechts is de nieuwste versie, de 'Armeboom', weergegeven. In deze

nieuwe versie zijn op basis van hetzelfde principe elektronica en beeldschermtechnologie gebruikt om het oorspronkelijke apparaat te verbeteren.



**FIGUUR 6: BELANG VAN HET VERLEDEN BIJ INNOVATIE IN DE REVALIDATIE – FOTO’S EN EEN QUOTE**

Het apparaat uit 2012 toont duidelijk gelijkenis met die uit 1975, het gaat om een doorontwikkelde versie die gebruik maakt van beeldschermtechnologie en elektronisch verstelbare gewichten. In het innovatieproject in de Maartenskliniek is het innovatieprogramma gebruikt om een bestaande face-to-face-behandeling voor mensen met geheugenproblemen aan te bieden in digitale vorm, als e-health. De strategieën die in deze e-health applicatie worden gebruikt bestaan al langer en aan de inhoud is in dit project niets toegevoegd. Het PACT-project van Rijndam laat eenzelfde beeld zien. PACT is een bestaande vorm van behandeling die van Engeland naar Nederland is vertaald. Hoewel de sociale omgeving natuurlijk altijd al een belangrijke rol speelde, is het trainen van de partners in plaats van de revalidant, voor de logopedisten een nieuwe invalshoek die toegevoegd is aan hun bestaande behandelwijze. In het maatschappelijk werk is het volgens de respondenten al langer gebruikelijk om partners te ‘behandelen’. Een ander voorbeeld van voortbouwen op iets bestaand is terug te vinden in het project ‘richtlijn CP’ van de Hoogstraat. Al sinds 2006 is de richtlijn publiekelijk beschikbaar, maar volgens de respondenten was er pas sinds de start van het implementatieproject een reële mogelijkheid de richtlijn in de praktijk te implementeren. Pas op dat moment kwam het gevoel van urgentie, de wens en de mogelijkheid om de richtlijn te gaan gebruiken samen. Bovendien werd in dit implementatieproject gebruikt gemaakt van een reeds bekende methode voor kennisverspreiding en het werken aan implementatie; de zogenaamde ‘knowledge-brokers’<sup>23</sup>. Ook in het implementatieproject van ’t Roessingh bouwt innovatie voort op reeds bestaande elementen. In de ontwikkelde ACT-aanpak voor behandeling van patiënten met chronische pijn is terug te zien dat ‘het innovatieve’ niet zozeer zit in het nieuwe van het project zelf. Tijdens de focusgroep stelt men dat werken vanuit de wens van patiënten, kern van ACT, altijd al centraal stond.

*“Het is niet geheel nieuw, maar nu doet iedereen het...[..]...voedingsbodem lag er al maar nu is er een herwaardering. De aanpak lag er al maar is nu geschikt voor iedereen”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT IN ’T ROESSINGH, 11-09-2012**

<sup>23</sup> Deze methodiek komt oorspronkelijk uit Canada en de projectleider geeft aan vast te houden aan de oorspronkelijke terminologie om internationaal beter aan te sluiten bij ingezette ontwikkelingen

Respondenten geven aan dat de waarde van een innovatieproject ook kan zijn dat een ontwikkeling niet zozeer nieuw is maar nu meer methodisch te gebruiken is. Dat iets nu, dankzij een innovatieproject, is vastgelegd, opgeschreven en overdraagbaar is geworden, is dan de voornaamste winst. Zo zien sommige de waarde van de PACT- of de ACT-methodiek dan ook vooral in het uitwerken van het oorspronkelijke idee tot een praktisch hanteerbare methodiek, inclusief trainingsmodules en werkbladen. Of een innovatie als iets (radicaal) nieuws wordt gezien is dus ook afhankelijk van het gekozen perspectief. Met bovenstaande voorbeelden en argumentatie wordt echter vooral een ander punt geïllustreerd. Veel van de innovatieve ontwikkelingen in de projecten zijn een recombinate van bestaande technieken, methoden of behandelingen. In plaats van 'nieuw' lijkt een beschrijving in termen van 'vintage' of 'bricolage' beter te passen bij de aard van innovatie in de revalidatie. Bestaande elementen worden gecombineerd, bestaande therapieën worden aangeboden in nieuwe vormen. Hoewel er dus een aspect van nieuwheid aan innovatie zit, is ook de geschiedenis van een project zichtbaar. Voor het begrijpen van de continue aard van innovatie is het van belang om te erkennen dat die geschiedenis ertoe doet. De onderzochte projecten laten zien dat 'history matters'. Dit is ook verklaarbaar omdat, zoals een van de respondenten aangeeft, revalidatie altijd is gegaan, gaat en zal gaan over het werken 'aan hele dagelijkse dingen'. Dit is een blijvend kenmerk van de revalidatie.

Respondenten geven aan dat een veel gehoorde reactie op presentaties van innovatieve projecten is 'dat doen we toch al lang'. Sommige stellen dat dit een soort verdedigingsmechanisme van professionals is tegen verandering. Door te benadrukken dat innovaties niets nieuws in zich hebben is men van mening dat er ook geen verdere aandacht aan hoeft te worden besteed. Het laat echter ook zien dat (delen van) de innovatie al bekend kunnen zijn bij het publiek. Men noemt de projecten 'herkenbaar' en daarmee weinig verrassend of vernieuwend. Dit is een illustratie van het inzicht dat innovaties niet altijd gloednieuw zijn veel vaker sterk bouwen op het verleden. Het zegt echter niets over de waarde van de innovatieve ontwikkeling voor de revalidatie en de kwaliteit van zorg. Het laat wel zien dat de nieuwheid los staat van de toegekende waarde. Door een innovatieve ontwikkeling als meer of minder nieuw te bestempelen wordt dus geen waardeoordeel uitgesproken over de innovatie. Een geïnterviewde bestuurder deelt de analyse over het loskoppelen van de innovativiteit en de waarde; zoals onderstaand quote in aanvulling op de openingquote van dit hoofdstuk laat zien.

*“Het is dus niet meer van belang of iets nieuw is maar wel of het bewezen is en wordt toegepast...[.]...de innovativiteit zegt namelijk nog niets over de waarde van een vernieuwingsproces en de toepasbaarheid”*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

Het is wellicht theoretisch interessant om door te denken over wat innovatie is, maar voor de praktijk maakt dat niet altijd uit. In ieder geval is duidelijk dat het bij de beoordeling van de waarde van innovatie niet gaat om de nieuwheid, maar over de inhoud. Om het procesmatige karakter van innovatie te begrijpen blijkt dat 'history matters'. Innovaties ontstaan niet in een isolement maar komen altijd voort vanuit bepaalde, soms lang geleden ingezette, ontwikkelingen en vinden een weg binnen al bestaande routines en systemen. De nieuwheid van innovatie is relatief. De geschiedenis van een innovatie staat echter los van

de waarde die deze innovatie vertegenwoordigd voor de zorg als geheel. Het laat wel zien dat het credo 'hoe nieuwer – hoe beter' niet altijd opgaat in de revalidatie<sup>24</sup>.

## **(2) Innovatie als een vertaling**

In de casussen blijkt dat innovatie vaak wordt beschreven als het vertalen van de ene eenheid in de andere of van iets bestaand naar iets nieuws. Met de term van 'vertalen' kan verschillende dingen worden bedoeld. Het PACT-project in Rijndam laat zien dat het vertalen van een innovatie verder gaat dan het letterlijk vertalen van een bestaande aanpak naar de in dit geval Nederlandse situatie. De innovatie zelf, de PACT-aanpak, had volgens de respondenten aanpassingen nodig om in de Nederlandse context te passen. De PACT-aanpak is oorspronkelijk ontwikkeld in Engeland voor een iets andere doelgroep en in een andere context. Bij de vertaling naar het Nederlands zijn de naam, de toepasbaarheid op individuele gevallen en de inhoud van het instructiemateriaal aangepast aan de Nederlandse situatie. Dit voorbeeld toont dat het overnemen van een succesvolle aanpak uit een andere context niet per definitie eenvoudig is; aanpassingen zijn vereist alvorens een aanpak ook in een andere omgeving werkt.

Dat vertaling van de innovatie nodig is, is ook terug te zien in de casus in de Maartenskliniek waar een nieuwe aanpak voor chronische pijn patiënten is vertaald naar een toepassing in een bestaande behandelstructuur. De gangbare structuur voor deze groep patiënten is ook na de implementatie van de ACT-aanpak gehandhaafd. Hoewel professionals volgens de ACT-aanpak radicaal anders zijn gaan werken werd aanpak dus wel ingepast in het bestaande standaard behandelplan waarin patiënten in een periode van 12 weken steeds afwisselend een week intern en een week thuis verblijven.

*“In de structuur is niets veranderd, mensen zijn nog steeds even lang intern en thuis waardoor de doorlooptijd hetzelfde blijft. De programma's liggen vast, het is niet alsof we op eens een 'open einde behandeling' hebben”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Door het belang van de vertaling van een innovatie naar de Nederlandse situatie of naar een bestaande behandelstructuur te benadrukken pleit men indirect voor een translatie-visie op innovatie die stelt dat uitontwikkelde 'best-practices' niet zomaar kunnen worden verspreid en overgenomen door anderen. De translatie theorie van innovatie gaat ervanuit uit dat translatie bestaat uit verplaatsing en vertaling van bestaande praktijken. Dit is dan ook terug te zien in de praktijk van de onderzochte innovatie- en implementatieprojecten. Zo worden ontwikkelingen soms letterlijk vertaald naar het Nederlands, maar tegelijkertijd verplaatst naar een nieuwe cultuur waarvoor aanpassingen nodig zijn<sup>25</sup>. Innovaties worden vertaald naar bestaande structuren, zoals te zien in de casus in 't Roessingh waar de nieuwe ACT-methode wordt ingebed in een bestaande structuur. Tot slot, het vertalen van innovatie zit

---

<sup>24</sup> In deze paragraaf wordt benadrukt dat om innovaties beter te begrijpen het van belang is om de innovatie in een historische context te plaatsen. Innovatie heeft vaak een verleden die het minder 'nieuw' maakt. Daarmee is het echter niet minder innovatief en zeker niet automatisch meer of minder van waarde. Ook innovaties die sterk voortbouwen op het verleden kunnen van waarde zijn voor de revalidatie. 'History matters' zegt iets over de aard van wat innovatie is, niet over de mate van innovatie of over de waarde ervan.

<sup>25</sup> Zo zijn bij de PACT-methodiek filmpjes en werkbladen niet alleen letterlijk vertaald maar ook aangepast aan de Nederlandse cultuur waarin andere normen gelden over bijvoorbeeld privacy en de omgang met patiënten in de zorg.

soms ook in het brengen van kennis en/of theorie naar de praktijk of het omzetten van iets abstracts naar iets concreets.

Deze laatste vorm van vertalen is terug te zien in het implementatieproject in de Hoogstraat. In dit project werd gewerkt aan de vertaling van een op evidence gebaseerd richtlijn naar concrete praktische instrumenten voor de behandelpraktijk. Respondenten in dit project geven aan dat zelfs na het beschikbaar maken van de richtlijn er nog veel stappen moeten worden gezet voor de richtlijn ook in de praktijk kan worden gebruikt. Vertaling van de richtlijnen, die toch met het oog op de praktische effecten worden ontwikkeld, is nodig om effect te sorteren in de praktijk, zoals onderstaande quote illustreert:

*“Waarom het nodig was? Omdat de richtlijn een draak van een document was, namelijk 270 pagina’s vol...[..]...bovendien zijn de aanbevelingen in de richtlijn weinig concreet; wat betekent bijvoorbeeld ‘kort en intensief is beter dan lang en extensief’, weet jij het?”*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Om een richtlijn succesvol te implementeren moet men begrijpen wat men ermee kan in de praktijk. De richtlijnen missen vaak de termen die nodig zijn om dat gedrag op praktisch niveau te beschrijven. In dit specifieke project in de Hoogstraat is, voor een selectie van aanbevelingen, gewerkt aan de ontwikkeling van instrumenten en praktische aanbevelingen op gedragsniveau. Het implementatieproject diende in de termen van de direct betrokkenen vooral om antwoorden te formuleren op vragen als Wie? Wat? Waar? Wanneer? Hoe? Ook in 't Roessingh was deze vorm van vertalen, van abstract naar concreet, terug te zien. De ACT-aanpak is gebaseerd op gespecialiseerde psychologische theorie en wetenschappelijke literatuur. De ACT-methodiek toont het belang om goede wetenschappelijke inzichten te vertalen naar praktische toepassingen waar professionals mee uit de voeten kunnen. Het praktisch nut van kwalitatief goede ontwikkelingen is namelijk geen vanzelfsprekendheid, zoals onderstaande quote illustreert:

*“Die theorie achter ACT, dat dikke boek, heb ik echt niet kunnen lezen hoor, het lag op mijn nachtkastje maar ik kwam er niet doorheen. Het is toch wel erg lastig om de vertaling daarvan naar de praktijk te maken...”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT 'T ROESSINGH OP 11-09-2012**

In dit hoofdstuk is eerst beargumenteerd dat innovatie vaak voortbouwt op iets bestaands, daarna is inzichtelijk gemaakt dat hiervoor wel vertalingen en verplaatsingen nodig zijn. Een vertaling naar een nieuwe taal, cultuur en naar nieuwe instrumenten en een verplaatsing naar een andere discipline of context is noodzakelijk om innovatieve ontwikkelingen in de praktijk te kunnen gaan gebruiken. Het werken aan innovatie en de implementatie daarvan kan beter worden begrepen vanuit een translatie perspectief waarin processen van vertalen en verplaatsen centraal staan.

### **(3) Innovatie als symbool voor een paradigmaverandering**

In de onderzochte innovatie- en implementatieprojecten blijkt dat de respondenten, vaak na enig doorvragen, de innovatie die in het project centraal staat als middel en niet als doel van het project beschouwen. Gevraagd naar de betekenis van een innovatie voor de praktijk geeft men aan dat het vaak niet om de innovatie zelf gaat maar om een omslag in denken en een gedragsverandering. Hoewel men verschillende begrippen gebruikt om dit duidelijk te



maken<sup>26</sup> benadrukken deze allemaal dat het bij innovatieve projecten gaat om een breder bewustwordingsproces. Bewustwording van wat er anders en beter kan en dus ook wat er mis was met de oude manier van werken. In de implementatieprojecten in Rijndam en in 't Roessingh werd duidelijk dat de innovatie eigenlijk een verandering van denken in de praktijk moest zien te bewerkstelligen. Op het moment dat men die omslag in denken heeft gemaakt is de aanpak ook werkelijk geïntegreerd in het handelen. Op dat moment is de nieuwe aanpak hanteerbaar voor de praktijk en tegelijkertijd flexibel.

De PACT methodiek waarbij niet de afasiepatiënt zelf maar de partner en het communicatieproces tussen hen het onderwerp van de behandeling is, vergt een vergaande verandering in attitude en gedrag van professionals. Ook de ACT-aanpak is een voorbeeld van een paradigmaverandering in het denken over de behandeling van chronische pijn patiënten. De methode bevat meer dan oefeningen, technieken en metaforen: het gaat uit van het accepteren van niet te verhelpen pijn in plaats van daar tegen te strijden. Die omslag in denken moeten zowel professionals als patiënten maken. Volgens een van de behandelend psychologen krijgt de onderliggende boodschap van de ACT methode dat 'mindfulness en het bewuster keuzes maken' nu een naam en een concrete vorm.

*“Wat wij proberen te doen bij onze patiënten is door middel van de ACT-methode mensen hun situatie te laten accepteren, de frustratie en het vechten los te laten en relevante doelen te stellen in plaats van de wens te koesteren om helemaal beter te worden. Dat bewustzijn creëren is uiteindelijk het doel...[.]...dit is echter niet eenvoudig en is dus ook een proces dat niet te snel kan gaan.”*

**BEHANDELEND PSYCHOLOOG 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

De respondenten in deze casussen benadrukken dat wanneer de achterliggende omslag in denken en handelen van professionals is gemaakt, innovatie gezien wordt als 'business as usual'; dan is het werken volgens de nieuwe methode (bijvoorbeeld ACT of PACT) de normaalste zaak van de wereld geworden. Dat het bij innovatie dus ook gaat over de onderliggende boodschap is volgens betrokkenen soms wel moeilijk, zeker als je de innovatie wilt laten zien of wilt presenteren aan een breder publiek. Zo geeft een van de geïnterviewde bestuurders aan dat 'je een paradigmaverandering nu eenmaal niet terugziet op een foto'. Ook bij het technologie-gedreven innovatieproject in de Maartenskliniek was het bewustwordingsproces dat de revalidant doormaakt belangrijker dan de proefimplementatie van de innovatie zelf.

*“Toch is belangrijkste doel misschien wel het bewust maken van de stoornis en de beperkingen; het oefenelement is dan soms minder belangrijk”*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Een innovatie is een middel om tot gedragsverandering of een andere manier van werken te komen, en is daarmee niet een doel op zich. Dit betekent niet dat de innovatie zelf niet belangrijk is, maar wel dat er een onderliggende doelstelling aan de innovatie verbonden is. Deze 'ziet' men niet op het moment dat men zich enkel focust op de kwaliteit en functionaliteit van de innovatie zelf. Professionals geven aan dat het niet eenvoudig is om

---

<sup>26</sup> Zo zijn een 'verandering van denken', een 'paradigmaverandering in denken en handelen van professionals' en 'een cultuuromslag' genoemd.

een omslag in denken en handelen te realiseren, ook al is de inhoud nog zo goed. Het werkelijk begrijpen van de paradigmaverandering is niet eenvoudig en kost tijd. Volgens de respondenten zit hier dan ook een verklaring voor de initiële weerstand tegen innovaties.

De voorbeelden in deze paragraaf laten zien dat een innovatie soms leidt tot een paradigmaverandering. De omslag in denken en handelen die aan een innovatie verbonden is, is nodig om een innovatie tot een succesvolle toepassing te brengen. De innovatie is dan enkel een verschijningsvorm. De paradigmaverandering waar de innovatie symbool voor staat is echter lastiger te implementeren dan de innovatie zelf.

#### **(4) Innovatie als platform voor nieuwe mogelijkheden**

Sommige respondenten benadrukken dat innovaties kunnen dienen als platform voor vele nieuwe mogelijkheden. Een voorbeeld hiervan is terug te zien in het innovatieproject in de Maartenskliniek. Het digitaal beschikbaar stellen van de behandelingen voor geheugenstrategietraining heeft niet alleen direct invloed op de vorm van de behandeling, het biedt ook de mogelijkheid om gericht en efficiënter onderzoek te doen naar deze manier van behandelen, zoals een van de respondenten in dit project beschrijft in onderstaande quote.

*“De applicatie is eigenlijk monitoring, meten en trainen tegelijk en is niet nieuw. Wat wel nieuw is zijn de mogelijkheden die het biedt voor gebruik van nieuwe interessante data. Over individuele patiënten maar ook over de behandeling als totaal zijn nu interessante statistieken beschikbaar”*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

De mogelijkheden die deze data, door gebruik van de applicatie, biedt voor verdere ontwikkeling zijn volgens respondenten onbegrensd hoewel het in eerste instantie vooral zal worden gebruikt om de applicatie zelf te verbeteren. Dit toont hoe een innovatie in de behandelpraktijk ook mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek biedt. Ook in het implementatieproject in de Hoogstraat werd duidelijk dat een innovatieve aanpak soms een platform is voor nieuwe mogelijkheden. De ene praktijk, het project, beïnvloedde hier direct een andere praktijk, kwaliteitsverbetering. Een van de KB'ers legt uit dat in dit project de positie als knowledge-broker binnen het eigen centrum de aanleiding vormde om expliciet aandacht te gaan besteden aan andere elementen van kwaliteitsverbetering dan waarvoor het desbetreffende project oorspronkelijk bedoeld was. In dat centrum werd nu niet alleen gewerkt met knowledge-brokers op de richtlijn CP maar ook breder aan andere kwaliteitsverbeteringsprojecten.

Beide voorbeelden illustreren dat een innovatie mogelijkheden biedt die weer tot inhoudelijke verbetering / vernieuwing zou kunnen leiden in de toekomst. De vergelijking met het gooien van een steen in het water gaat en de kringen die dat geeft gaat hier op omdat een innovatie ook zaken in beweging kan zetten die verder gaan dan het individuele project. Innovaties zijn dus soms de directe aanleiding of het startpunt van andere initiatieven.

#### **(5) Innovatie als carrièreperspectief**

In de verschillende casussen is ter sprake gekomen dat het werken aan innovatie voor veel van de betrokken professionals en paramedici een manier is om zichzelf professioneel te ontwikkelen.

*“Ik denk dat ook namens andere knowledge-brokers spreek, dat wij meer willen dan alleen het behandelen van patiënten, we willen ook organisatorische capaciteiten ontwikkelen...[.]...dit project bood mij ook de mogelijkheid te leren over hoe een organisatie werkt, het gaf me een inkijkje in de organisatiekunde”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Soms zijn de innovatieprojecten een welkome afwisseling op het regulier werk van het behandelen van patiënten in de kliniek. Innovaties dienen daarmee, naast de inhoud, ook als middel voor professionele ontwikkeling, soms ook buiten het directe vakinhoudelijke werkgebied. Deze observatie geldt vooral voor de paramedische beroepen in de revalidatie.

Kortom, gedurende de casestudies is veelvuldig de vraag gesteld wat nu werkelijk innovatie is in de revalidatie en welke betekenis onze respondenten daaraan toekennen. Uit de vele interviewgesprekken valt te concluderen dat men in de praktijk vijf verschillende betekenissen aan innovatie geeft. Innovatie.....

- .....wordt niet altijd gezien als iets nieuws
- .....is een proces van vertalen en verplaatsen van innovatieve elementen
- .....staat soms symbool voor een paradigmaverandering
- .....dient als platform voor nieuwe mogelijkheden
- .....biedt professionals in de revalidatie kansen om zich te ontwikkelen.

### **7.1.3 Innovatie & Implementatie**

In het innovatieprogramma van Revalidatie Nederland wordt onderscheid gemaakt tussen innovatieprojecten (gericht op ontwikkeling en proefimplementatie van een innovatie) en implementatieprojecten (gericht op verspreiding van reeds ontwikkelde innovaties)<sup>27</sup>. In de praktijk van innovatie blijkt echter dat er verschillende ideeën bestaan over de scheiding van een innovatie en het proces van implementeren. Dit onderscheid is voor het voorliggende onderzoek naar innovatie geproblematiseerd en nader onderzocht. Theoretisch kan er vanuit verschillende perspectieven naar implementatie van innovatie worden aangekeken. In deze paragraaf wordt beschreven hoe innovatie en implementatie zich in de praktijk tot elkaar verhouden. Dit heeft geleid tot vier bevindingen die in deze paragraaf achtereenvolgens worden toegelicht. Allereerst zal worden ingegaan op hoe er in de praktijk wordt aangekeken tegen het onderscheid tussen innovatie en implementatie. Hieruit zal blijken hoe innovatie en implementatie soms door elkaar lopen. Vervolgens wordt stilgestaan bij het punt dat er veel werk nodig is om innovaties te implementeren. Geheel in lijn met het de translatie theorie wordt aangetoond dat implementatie niet vanzelf gaat; er is veel werk nodig om (ook kwalitatief goede) innovaties te implementeren. De derde bevinding gaat in op de nieuwe risico's die opspelen wanneer er aan verdere implementatie en verspreiding van innovatie wordt gewerkt. Tot slot wordt de vraag gesteld of innovatieprocessen een einde kennen en wordt beschreven hoe de respondenten daarover denken.

#### **(1) Innovatie vs. implementatie**

Alle respondenten in het onderzoek erkennen het verschil tussen innoveren en implementeren en beschouwen de implementatie als belangrijke activiteit. Het werken aan

---

<sup>27</sup> Zie figuur 2 in hoofdstuk 5 voor de matrix van productontwikkeling aan de hand waarvan projecten zijn geselecteerd en de voortgang kon worden gevolgd.

het in gebruik nemen van nieuw ontwikkelde methoden, technieken of behandelingen is cruciaal om uiteindelijk effect in de praktijk te sorteren.

*“We kunnen wel hele mooie nieuwe dingen bedenken maar die blijven dan ook op de plank liggen, dus ja implementatie is altijd onderdeel van het innovatieproces”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

De projectleiders van het implementatieproject in de Hoogstraat verklaren het succes van het project ook door te wijzen op de specifieke aandacht voor de implementatie van een al eerder ontwikkelde richtlijn. Zonder deze specifieke aandacht zou de richtlijn minder worden gebruikt. Hoewel de meeste respondenten beseffen dat implementatie werk vereist en onderdeel is van een innovatieproces verschillen zij van mening over of en hoe deze twee processen in verschillende fasen zijn op te delen. In het innovatieproject in de Maartenskliniek werd bijvoorbeeld een duidelijk onderscheid gemaakt tussen beide activiteiten en werd implementatie bewust apart gehouden van de ontwikkeling van een nieuwe innovatie. Volgens betrokkenen spelen bij implementatie andere onderwerpen die pas opkomen zodra de innovatie zelf ‘af’ is, hierbij wordt verwezen naar zaken als techniek, ondersteunende infrastructuur, training en het toewerken naar verschillende behandelmodules. Deze onderwerpen kan pas in ogenschouw nemen op het moment dat product of proces af is en werkt; deze onderwerpen hadden niet eerder op een zinvolle manier een plaats in het proces kunnen krijgen. Toch zijn sommige respondenten ervan overtuigd dat deze beide fasen niet duidelijk te scheiden zijn. De ontwikkeling van de innovatie en de verspreiding loopt door elkaar omdat er wordt doorgewerkt aan het verbeteren van de innovatie terwijl het ook al wordt verspreid. Zo wordt de e-health applicatie ‘opgeleukt’ met ‘serious gaming’ elementen, maar worden professionals ook al benaderd (‘enrolled’) om ermee te gaan werken.

*“Natuurlijk is innovatie niet te scheiden van implementatie”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Het innovatieproject in de Maartenskliniek laat zien dat innovatie en implementatie wel los van elkaar kunnen komen te staan. In onderstaande quote gaat de projectleider in op zijn toekomstverwachtingen.

*“Nou, de reacties zijn leuk maar niemand doet er wat mee...daar sta ik van te kijken, de collega’s van de universiteit zijn wel geïnteresseerd maar de clinici zijn niet geïnteresseerd. Ik heb ze wel allemaal een account gegeven. Er was er intern maar eentje die er wel wat mee wilde doen...[..]...ik denk dat...ja...het is voor de revalidatie heel nieuw, het is dan ook geen echte weerstand tegen de kwaliteit van de innovatie maar eerder onverschilligheid”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Bij de implementatie van een innovatie en de overwegingen die spelen bij het al dan niet overnemen van een innovatief idee kunnen andere oorzaken spelen dan alleen de kwaliteit van het idee zelf. In dit geval blijkt de uiteindelijke onverschilligheid en weerstand deels voort te komen uit niet inhoudelijke redenen maar ook uit onzekerheid over de consequenties van de innovatie. Zo zijn sommige therapeuten volgens de projectleider bang dat de e-health applicatie hun werk in de toekomst overbodig maakt. De projectleider geeft aan dat hij in het vervolg eerder deze meer ‘politieke’ consequenties moet incalculeren en ook eerder de

mensen uit de kliniek moet gaan betrekken. Het voorbeeld illustreert echter een algemener en belangrijker punt. Het implementeren van een innovatie bestaat uit ander soort werk dan het ontwikkelen van die innovatie. Toch kan men de implementatie niet als opzichzelfstaande fase in een innovatieproces zien. Zo kan vroegtijdig aandacht besteden aan de (on)mogelijkheden voor implementatie de innovatie zelf ten goede komen. Tegelijkertijd leert ook de translatietheorie ons dat een innovatie niet af is op het moment dat het kan worden gewerkt aan implementatie. Het te geforceerd scheiden van innovatie en implementatie lijkt daardoor onverstandig.

Tijdens het onderzoek naar het implementatieproject in de Hoogstraat geeft de projectleider aan dat het onderscheid tussen innovatie en implementatie niet echt wordt gemaakt. Innovatie gaat volgens de projectleider over gedragsverandering van professionals en om dat te bereiken heb je zowel aandacht voor de innovatie als voor de implementatie nodig. De projectleider ziet zelfs een combinatie van beide elementen in het eigen project zoals blijkt uit het hieronder weergegeven interviewfragment.

*“Ik maak dat onderscheid eigenlijk niet echt, maar als je het dan toch in de termen wilt beschrijven dan zou ik het een innovatief implementatieproject noemen. Dus het is beide. Sommige hebben de richtlijn nog niet, zeker niet in het buitenland, terwijl die er al sinds 2006 is. Maar ja; het project gaat natuurlijk in zijn geheel vooral over implementatie...[.]...De onderverdeling in hoe je het dan ook wilt noemen maakt niet echt uit omdat je zo ook het werk niet verandert. Het gaat toch om situationeel werken, maatwerk en de praktische uitwerking. De verbinding tussen de fases is wel van belang”*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Ook het implementatieproject in Rijndam laat zien dat innovatie en implementatie daar in de praktijk door elkaar lopen. Het specifieke project, ‘PACT’, heeft zich binnen het programma ontwikkeld van innovatie- tot implementatieproject. Toch maakt de betrokken projectleider het onderscheid tussen beide fasen niet zo duidelijk; ontwikkeling en verspreiding van de aanpak lopen door elkaar en de ontwikkeling van de innovatie zelf is tijdens de implementatie niet af.

*“Dat onderscheid blijft een lastig iets...[.]...de ontwikkeling en verspreiding lopen bij ons ook door elkaar, in de zin dat mensen nu gaan kijken wie deze methode ook kan gebruiken. Hiermee houdt de ontwikkeling dus niet op”*

**PROJECTLEIDER RIJNDAM 31-08-2012**

Bovenstaande voorbeelden laten zien dat er, hoewel er andere problemen gaan spelen op het moment dat iets moet worden geïmplementeerd, beide fasen in de praktijk lastig uit elkaar te houden zijn. Implementatie kan als onderdeel van het innovatieproces worden gezien maar de ontwikkeling (de innovatie) en de toepassing (de implementatie) zijn soms slecht te scheiden. Ook theoretisch wordt dit onderscheid niet gemaakt; de translatietheorie over innovatie stelt dan ook dat een ‘implementatie-gap’ enkel kan ontstaan als men in gescheiden fasen denkt.

## **(2) Implementeren is werk(en)**

Hoewel implementatie en innovatie dus niet te scheiden zijn wordt wel duidelijk dat het implementeren van innovaties niet eenvoudig is. Werken aan implementatie kost veel werk,

tijd, aandacht en energie. In steeds andere woorden is dit vaak benadrukt tijdens de interviews in de verschillende casussen. Zoals blijkt uit onderstaande quote moeten implementaties om effect te sorteren, in een essentieel onderdeel vormen van een totaal innovatieproces.

*“Innovaties zijn alleen duur op het moment dat er geen implementatie is. Vaak zie je dat implementatie dan niet begroot is maar wel noodzakelijk is; dan strandt een innovatie al voordat het zijn waarde kan bereiken”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

In dit onderzoek is gefocust op wat het ‘werken aan implementatie’ omvat en wat daarin wel en niet tot resultaat leidt. Het succes van werken aan implementatie is afhankelijk van de inzet van verschillende methoden en tijd voor implementatieactiviteiten. Zo is er bij het ACT-project in 't Roessingh gebruik gemaakt van cursusdagen met praktijkgerichte instructies en coaching; het opnemen en terugkijken van opgenomen behandelingen; onderlinge rollenspellen; gerichte oefeningen met acteurs, intensieve intervisie- & supervisie-bijeenkomsten; casusbesprekingen van complexe gevallen en gerichte observaties bij elkaar. Om een nieuwe aanpak succesvol geïmplementeerd te krijgen, zodanig dat het is geïntegreerd in het dagelijks werk van professionals, is onafhankelijk van de kwaliteit van de innovatie veel individueel en groepswork nodig. Kwaliteit alleen garandeert geen succesvolle implementatie. Ook in het implementatieproject in de Hoogstraat werd actief gewerkt aan implementatie door in dit geval gebruik te maken van knowledge-brokers<sup>28</sup>. KB'ers werken aan het actief vertalen nieuwe kennis naar de werkvloer. Het idee om met KB'ers te werken komt voort uit de ervaring dat het aanbieden van inhoudelijke cursussen onvoldoende is om gebruik van een richtlijn in de praktijk te bevorderen.

*“Als je geschoold bent en je komt terug in je eigen omgeving, hol je vaak verder in je eigen gewoonten, je moet dan wel heel sterk in je schoenen staan om de in dit geval de richtlijn echt te gaan implementeren”*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Om implementatie van een innovatie te bevorderen is dus meer nodig dan kennisoverdracht alleen. Dit vormde directe aanleiding om in de Hoogstraat met knowledge-brokers te gaan werken en om in 't Roessingh een implementatieproject volgens het train-de-trainer-principe te ontwikkelen. Het werk en de tijd die KB'ers nodig hebben om de richtlijn te implementeren<sup>29</sup>, maakt duidelijk dat het werken aan de implementatie van iets relatiefs eenvoudig als een richtlijn niet eenvoudig is. Het bewijst daarnaast dat het afdwingen van implementatie geen werkzame strategie is. KB'ers verzetten werk om netwerken te bouwen, vertalingen te maken en verplaatsingen te organiseren om kennis daadwerkelijk geïmplementeerd te krijgen. Enkele KB'ers verwijzen in hun beschrijving van hun werkzaamheden naar theorie uit de implementatiekunde, dat stelt dat werken aan innovatie vraagt om het overwinnen van weerstand of het overbruggen van een ‘implementatie-gap’. Hoewel die termen in bijvoorbeeld de diffusietheorie over innovatie veelvuldig worden genoemd, is er volgens de knowledge-brokers zelden sprake van echte weerstand. Soms

---

<sup>28</sup> Zie de casusbeschrijving van het implementatieproject in de Hoogstraat voor meer informatie.

<sup>29</sup> Zie voor nadere beschrijving van werkzaamheden van KB'ers het hoofdstuk over hoe innovatie in de revalidatie werkt (zie hoofdstuk 7.2).

zorgt onwetendheid voor problemen, maar ook dan blijkt dat men vaak wel de achterliggende ideeën kan ondersteunen.

Kortom, de genoemde strategieën om aan implementatie te werken laten zien dat het implementeren van een innovatie veel werk vereist. Vertalingen moeten worden gemaakt om mensen in de praktijk bewust te maken van de (on)mogelijkheden; dit is iets wezenlijks anders dan het overwinnen van weerstand.

### **(3) Inhoudelijke robuustheid & dogmatisch werken**

Een van de belangrijkste vraagstukken bij de implementatie van een innovatie is hoe men de inhoudelijke robuustheid kan behouden zonder de innovatie tot een dogma te maken. Hoewel de respondenten verschillende terminologie gebruiken, schetsen ze allemaal de contouren van dit vraagstuk door in te gaan op de nodige mate van flexibiliteit bij implementatieprocessen. Hierin schuilen twee gevaarlijke uitersten. Op het moment dat een innovatie bij implementatie 'te strak' wordt gevolgd kan het dogmatisch worden. Hoewel men zich realiseert dat duidelijkheid over de essentie van een innovatie wenselijk is, moet de innovatie zelf niet een 'trucje' worden. Op dat moment zou namelijk de diepgang verloren gaan. Dit risico bestaat vooral als innovaties een hype dreigen te worden.

*"Het beeld over de aanpak gaat zich tegen de innovatie keren als het ineens te groot wordt".*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Om het risico van het dogmatisch worden te vermijden, moet een innovatieve aanpak, richtlijn of technologie dus niet als een strak keurslijf worden gezien. Vrijheid en flexibiliteit zijn nodig om een innovatie ook in andere contexten succesvol te laten zijn. Echter hierin schuilt ook een ander gevaar in het andere uiterste. Op het moment dat een innovatie 'te vrij' wordt gevolgd tijdens de implementatie bestaat de kans dat de inhoudelijke robuustheid verloren gaat. Ook als een innovatie vertaald wordt naar nieuwe talen, culturen en contexten, dient de essentie van de innovatie wel overeind te blijven. Men dient innovaties aan te passen aan lokale omstandigheden, maar het risico hiervan is dat de innovatie zijn essentie verliest en daardoor niet overal dezelfde waarde genereert. Als een innovatie dogmatisch is geworden, is de inhoud minder belangrijk dan de vorm en de naam. Hierdoor kunnen misverstanden ontstaan over de inhoud van de innovatie. Soms zoekt men naar een simpele uitvoering, terwijl juist de diepere betekenis achter de innovatie van belang is. Flexibiliteit en vrijheid kunnen dus ten koste gaan van de inhoud, zoals onderstaande quote van een projectleider illustreert.

*"Het gevaar van het naar buiten brengen van een simpele boodschap is ook dat het kan gaan worden tot iets te simpels...[.]... in dit geval 'vechten tegen de pijn mag niet', terwijl dat niet het nieuwe dogma moet worden".*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Ook de behandelaars die werken met de nieuwe ACT-methodiek in 't Roessingh, erkennen het gevaar van het dogmatisch worden van een innovatie.

*"Mensen herkennen het (lees: ACT) nu sneller en het is duidelijker wat het is...[.]...maar het is een soort brainwash. Men krijgt soms een overdosis, zo zeggen wij bijna allemaal wel een keer 'waar gaan je ogen van schitteren?'...[.]...ACT wordt dan een dogma en dan moeten*

*we even tegengas geven. Mensen verliezen de flexibiliteit. Er wordt dan gezegd 'dat mag toch niet van ACT?'*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Soms dreigt men te vergeten dat innovatie een proces van vertalen is. Hiervoor moet een innovatie flexibel genoeg zijn om het in te kunnen passen in nieuwe culturen of contexten, maar moet het ook nog steeds voldoende richting geven aan het handelen van professionals. De volgende quote laat zien waarom dit niet eenvoudig is.

*"De waarde wordt weggegooid. In werkelijkheid maken mensen er een beetje een rommeltje van...[.]...men denkt dat men competent is maar dan valt dat opeens tegen. Zij komen erachter dat het moeilijker is dan zij denken om ermee te werken. Ze worden met de realiteit geconfronteerd"*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Deze worsteling om de inhoudelijke robuustheid van de innovatie te bewaken maar tegelijkertijd ruimte te bieden aan maatwerk werd ook door anderen ervaren. Zo geven de knowledge-brokers bijvoorbeeld aan dat er nog veel misverstanden zijn over wat een knowledge-broker is en doet.

*"Misverstanden kunnen ontstaan omdat men het niet overal gelijk invult maar vooral omdat ook de verwachtingen soms enorm verschillen"*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Ook de projectleider geeft aan dat het risico op het verlies aan inhoud een lastig vraagstuk voor haar was, zoals onderstaande quote illustreert.

*"De vraag is wel altijd als mensen het zelf gaan aanpassen aan lokale omstandigheden of het dan nog wel is/blijft wat het beoogde. Dit is wel een algemeen punt van translatie en robuustheid. Hoeveel translatie kan het hebben? Of zijn we dan allemaal iets anders aan het doen of doen we nog wel wat het oorspronkelijk was".*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

De gevaren van het verlies van inhoud geven de schaduwzijden aan van een te snelle verspreiding van innovaties. Om snelheid en kwaliteit beiden te kunnen garanderen lijkt enige terughoudendheid gewenst. De respondenten onderschrijven het belang van flexibiliteit en het risico op verlies aan inhoud. Toch geven sommigen aan dat de oorspronkelijke eigenaar van een innovatie altijd een deel controle raakt zodra een innovatie wordt vertaald of verplaatst.

*"Het maakt me ergens niet veel uit, als het maar op een correcte manier gebruikt gaat worden door iedereen...[.]...het maakt mij eigenlijk niet uit wie het verder gebruikt maar wel hoe het gebruikt wordt, maar dat is wel lastig. Je hebt geen controle meer over wie het gebruikt en hoe ze dat doen. Ik wil wel dat mensen het protocol gebruiken zoals bedoeld"*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Soms leidt het besef van dit mogelijke verlies aan controle tot enige terughoudendheid in het stimuleren van de verspreiding. Zo geeft de projectleider van het innovatieproject in de



Maartenskliniek aan dat hij graag de controle houdt over de verdere verspreiding, maar ook dat hij zich realiseert dat dit misschien haast onmogelijk gaat blijken te zijn. Onderstaande quote laat zien dat deze projectleider zijn afweging hierin heeft gemaakt.

*“Daar heb ik mij voor dit product bij neergelegd; het is gewoon teveel gedoe in de praktijk om controle op het gebruik te gaan uitoefenen”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Deze paragraaf over de inhoudelijke robuustheid versus het dogmatisch werken, heeft laten zien dat er nadelen zitten aan een snelle verspreiding. Bij implementatie van een innovatie zal men een antwoord moeten vinden op twee belangrijke vragen. (1) Hoe dient men om te gaan met het risico op het verlies aan inhoud terwijl er wel ruimte moet worden geboden voor lokale inpassing. (2) Hoe kan men omgaan met het risico op het worden van de innovatie tot een dogma terwijl er wel enige sturing en controle kan worden uitgeoefend tijdens de implementatie. Beide vragen lijken te wijzen op een noodzakelijke balans. Aan de ene kant wil men ruimte bieden om te experimenteren, te falen en aanpassingen te doen aan de eigen context, maar aan de andere kant wil men dat iedereen zich houdt aan de werkende principes van de innovatie. Er is dus een smalle range van acceptatie van vrijheid in de vertaling van een innovatie naar andere contexten.

#### **(4) Innovatie zonder einde**

De respondenten geven aan dat een strikte onderverdeling in een innovatie- en een implementatiefase suggereert dat er een einde zit aan een innovatieproject. Zelf ervaren zij dit anders. Innovatie is voortgaand, nooit af en zou eigenlijk als continu proces moeten worden gezien. Alle projecten, zo geven de respondenten aan, komen tijdens de looptijd van het programma niet tot afronding. In het innovatieproject in de Maartenskliniek bijvoorbeeld staat de komende tijd de doorontwikkeling van de applicatie centraal. In de Hoogstraat wordt verder gewerkt aan het omzetten van nieuwe aanbevelingen naar nieuwe instrumenten terwijl er ook aan de richtlijn zelf wordt gewerkt. De PACT-methodiek zal in de toekomst ook worden getest bij andere doelgroepen binnen Rijndam. De ACT-methodiek uit 't Roessingh, ten slotte blijft verder ontwikkeld worden door de cursus aan te passen op basis van ervaringen en wensen uit eerdere trainingsrondes. De respondenten zijn er dan ook van overtuigd dat er met de start van hun specifieke projecten een inhoudelijke ontwikkeling in gang is gezet die niet zal stoppen. De inhoudelijke doorontwikkeling gaat in ieder geval door zolang de financiële en organisatorische randvoorwaarden ingevuld blijven.

In het implementatieproject in de Hoogstraat komt ter sprake dat het onderscheid tussen innovatie en implementatie een valse voorstelling van zaken is omdat er nog een fase na de implementatie zou moeten komen; namelijk die van verspreiding. In de ogen van deze respondenten betekent 'implementeren' het werken aan het in gebruik nemen van een bepaalde ontwikkeling. De resultaten hiervan, de concrete instrumenten, lenen zich voor verdere verspreiding. Deze stellingname lijkt een aanvulling te zijn op de diffusietheorie omdat men aangeeft dat er werk nodig is om innovatie geschikt te maken voor diffusie. Toch gaat men hier nog wel uit van de mogelijkheid om uiteindelijk nieuwigheden op een rationele manier te verspreiden. Hierin zit dus nog wel een verschil met de translatietheorie die het concept van diffusie op zich problematiseert. Innovatie, implementatie en diffusie zijn allemaal belangrijke activiteiten in een compleet innovatieproces dat eigenlijk geen echt einde kent. Dit leidt tot een karakterisering van innovatieprocessen als een 'structurele

activiteit'. Deze enigszins tegenstrijdige karakterisering laat zien hoe er vanuit de translatietheorie tegen innovatie aan wordt gekeken. Innoveren is werk, deels om de innovatie te ontwikkelen en deels om de innovatie geïmplementeerd te krijgen danwel te vertalen of te verplaatsen naar andere contexten. Innovatie zou daarmee een structurele activiteit moeten zijn, in de zin van dat er continu aan innovatie moet worden gewerkt, zelfs na afloop van een individueel project. Continue aandacht voor het werken aan innovatie lijkt nodig te zijn om innovatieprocessen succesvol te laten verlopen.

*Samengevat*, de strikte scheiding tussen een innovatie- en een implementatiefase in een innovatieproces bestaat in de praktijk niet altijd. De fases lopen vaak door elkaar; sommige projecten worden dan ook aangeduid als 'innovatief implementatieproject'. Toch hebben betrokkenen wel de neiging om innovatieprocessen als zodanig op te knippen in fases, wat niet altijd tot optimaal resultaat leidt. Ook projecten die op het eerste gezicht een lineaire ontwikkeling lijken doorgemaakt te hebben, zijn in werkelijkheid wispelturiger verlopen. Ten tweede is gesteld dat implementatie veel werk vereist; dit laat ook zien dat het denken in diffusie termen problematisch is. Een belangrijk vraagstuk bij de implementatie is hoe er sturing kan worden gegeven aan het proces, zonder dat de inhoud verloren gaat en zonder dat de innovatie een dogma wordt. Implementatie vraagt om inhoudelijke sturing en om inhoudelijke vrijheid. Dit is een kwetsbare balans, maar beide uitersten lijken niet bevorderlijk voor de implementatie van een innovatie. Tot slot is aangetoond dat innovaties in werkelijkheid nooit af zijn. Innovatie dient te worden gezien als een structurele activiteit dat moeilijk te faseren is. Daarom is het van belang om condities voor innovatieprocessen blijvend te creëren en organiseren.

#### **7.1.4 Conclusie**

Het blijkt dat betrokkenen verschillen van inzicht over wat innovatie precies is, welke betekenis een innovatie heeft en over hoe de ontwikkeling, implementatie en verspreiding zich tot elkaar verhouden. Concluderend, een innovatie is meer is dan een vinding, een techniek, een behandeling of methode zelf. Het onderzoek laat zien dat het programma ruimte laat voor verschillende interpretaties van het begrip innovatie en dat betrokkenen hier dan ook verschillende beelden bij hebben. Innovatie is niet een opzichzelfstaand iets is dat zich eenvoudig zonder zo'n gedeelde visie en aanpak laat implementeren en verspreiden. Werk is nodig om innovatieprocessen goed te laten verlopen. Hoewel de cases laten zien dat implementatie een essentieel onderdeel is van een innovatieproces, lopen innovatie en implementatie vaak doorelkaar. Beide constatering verklaren waarom continue monitoring en begeleiding van innovatie wenselijk is. Aan innoveren is veel werk verbonden en dat werk, maar ook de innovatie zelf, is nooit af. Om deze reden is 'framing' van beelden en verwachtingen van zowel de innovatie zelf, als de daarvoor benodigde professionele, financiële en organisatorische randvoorwaarden, op verschillende momenten in het innovatieproces van groot belang.



## 7.2 Hoe innovatie in de revalidatie werkt

*Actieve betrokkenheid is wenselijk;  
niet betrokken managers en professionals zijn  
dodelijk voor innovatie”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

### 7.2.1 Introductie

In de introductie is al gesteld dat dit kwalitatieve onderzoek gericht is op het beschrijven, begrijpen en analyseren van innovatieve praktijken in de revalidatiezorg. In de vier cases is geanalyseerd hoe innovatie werkt, welke thema's daarbij het meest van belang waren en welke discussies en afwegingen daarbij een rol hebben gespeeld. Er komen zeven thema's naar voren die voor innovatie van belang zijn: 'netwerken', 'rol van onderzoek', 'kennisuitwisseling', 'tijd', 'normatieve reflectie', 'borging' en de 'rol van andere actoren'. Ze vormen in belangrijke mate de cruciale randvoorwaarden om tot innovatie te komen en worden achtereenvolgens in de nu volgende paragrafen besproken.

### 7.2.2 Netwerken

In zowel de innovatie- als de implementatieprojecten is gebleken dat het hebben van een goed functionerend netwerk van groot belang is. Hierin is onderscheid te maken tussen de netwerken die bestaan vanwege het innovatie- of implementatieproject en andere meer persoonlijke professionele netwerken. Ieder implementatieproject in het programma bestond uit een organisatie die als trekker optrad en uit een aantal deelnemende centra die meededen in het project. Het projectnetwerk, dat ontstaat door het opzetten en uitvoeren van een implementatieproject is volgens respondenten van wezenlijk belang voor het slagen van het project. Het netwerk legitimeert de projecten en creëert een gedeelde verantwoordelijkheid voor het laten slagen van het project, zoals onderstaand citaat illustreert.

*“De kracht zit in het netwerk. Het is niet langer een individuele verantwoordelijkheid van individuen om dit te laten slagen; het netwerk werkt hiervoor uitstekend, men wil mee gaan doen”.*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Het hebben van een netwerk is volgens onze respondenten bijvoorbeeld van belang omdat het kan helpen de juiste expertise in te schakelen die de deelnemende organisaties zelf niet bezitten. Revalidatiecentra zijn in de kern zorgorganisaties en geven aan niet altijd de vaardigheden in huis te hebben om een innovatie verder te helpen ontwikkelen, ook buiten de eigen organisatiegrenzen. Een goed netwerk waarin ook andersoortige organisaties participeren, kan helpen om die kennis wel binnen te halen, zoals de projectleider van de Maartenskliniek stelt in onderstaande quote.

*“Ik denk dat je bij sommige zaken misschien grotere spelers moet meenemen, bedrijven die veel meer op die technologie kant zitten en die het veel simpeler kunnen uitvoeren want daar ben je als zorginstelling überhaupt niet toe in staat”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Om toegang tot soortgelijke spelers en kennis te hebben, kan een netwerk erg goed van pas komen. Hoewel het bestaan van dit netwerk van deelnemende centra dus van groot belang is, dient men om er optimaal gebruik van te maken, ook in te investeren. Respondenten geven aan dat het onderhouden van dat netwerk ook van belang is en dat er zowel sprake moet zijn van meer officiële en meer informele contactmomenten om het netwerk optimaal te benutten. Een projectnetwerk functioneert volgens de respondenten alleen goed als er sprake is van onderling contact en banden tussen de deelnemers aan het netwerk. Zo blijkt vooral in de implementatieprojecten dat het face-to-face contact tussen deelnemers in het netwerk cruciaal is voor bijvoorbeeld kennisdeling en -uitwisseling. Het implementatieproject in de Hoogstraat maakt dit punt duidelijker. In dit project werd veel kennis uitgewisseld op het digitale kennisnet, toch werd juist steeds het lijfelijk aanwezig zijn op netwerkdagen en het face-to-face contact tussen de deelnemers geroemd als waardevolle onderdelen van het project. Het elkaar kunnen ontmoeten op de netwerkdagen werd dan ook gezien als inspiratie en als steun voor project en daarom als zeer waardevol ervaren, getuige onderstaande quote.

*“Het is toch een beetje lotgenotencontact. Je bent tenslotte niet de enige die worstelt. Voor je eigen reflectie zijn de contacten in het netwerk wel erg fijn”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Naast het contact tussen de deelnemers in het netwerk dat verbonden is aan het project en het face-to-face contact dat nodig is om kennisuitwisseling te stimuleren, blijken ook andere professionele netwerken buiten de projecten belangrijk. Zo geeft een van de respondenten aan dat het werken aan de implementatie relatief eenvoudig was omdat men hem, als projectleider, al kende in de revalidatie. Hij had een naam op het specifieke vakgebied van het project; dit heeft geholpen bij het aanschrijven van deelnemers in het project. Het blijkt dat men elkaar in de revalidatie, ook buiten de projecten om, goed kent. Het is in de revalidatie gewoon dat bepaalde centra en bepaalde professionals worden gekend als expertisecentrum of expert op een bepaald vakgebied. Dit blijkt te helpen in het creëren van draagvlak en enthousiasme voor de innovatie- en implementatieprojecten.

Er worden echter nog meer redenen genoemd waarom professionele netwerken buiten de projecten om van belang zijn. Zo geven de respondenten aan dat deze belangrijk waren om op de hoogte te kunnen blijven van belangrijke ontwikkelingen binnen in en om het eigen vakgebied. Om inspiratie op doen voor nieuwe innovatie- of implementatieprojecten blijken deze contacten soms cruciaal. Zo hoorde de projectleider van het ACT project op een congres in Praag voor het eerst van deze aanpak, was een werkbezoek aan een revalidatieafdeling in Bath voor PACT van belang en bleek kennis over een vakgroep die met Knowledge Brokers werkte in Canada cruciaal voor het implementatieproject in de Hoogstraat. Dit waren niet allemaal op de inhoud van de innovatie gerichte activiteiten maar vormde wel de inspiratie en soms zelfs de directe aanleiding om een innovatie- of implementatieproject te starten. Hoewel dit slechts enkele voorbeelden zijn laten deze wel zien waar het hebben van een netwerk met professionele contacten buiten de projecten van

belang kan zijn voor het opdoen van nieuwe ideeën voor innovatie. Dit geldt echter niet alleen voor de inspiratie, ook voor de verspreiding van innovaties blijkt het hebben van deze contacten belangrijk, zoals blijkt uit onderstaande quote uit een interview met de projectleider van het innovatieproject in de Maartenskliniek.

*“Naar aanleiding van mijn innovatie werd ik ook gevraagd of ik het wilde presenteren op een congres, deels omdat we elkaar natuurlijk allemaal kennen...[..]... een collega van buiten onze instelling vroeg mij direct of hij het kon gebruiken en dat heb ik toen toegezegd”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Professionele netwerkencontacten, buiten de projecten om, blijken van belang voor innovatie omdat zij door het opbouwen van naam en faam helpen draagvlak te creëren; zij kunnen nuttig zijn als bron van inspiratie voor innovatie en zij kunnen van pas komen bij de verspreiding van innovaties. Hoewel het hebben van een goed functionerend netwerk dus om verschillende van groot belang blijkt is er ook een kanttekening te maken bij sterke netwerken. Soms zijn netwerken beperkend voor innovatie op het moment dat verbindingen zo sterkt zijn dat deelnemers de flexibiliteit verliezen om te zoeken naar andere samenwerkingsmogelijkheden. Zo geeft de projectleider van het innovatieproject in de Maartenskliniek aan dat hij zich enigszins gedwongen voelde om bij de ontwikkeling van de innovatie samen te werken met een traditionele technologiepartner. Echter, een andere organisatie kon hetzelfde werk tegen een veel lagere prijs uitvoeren. Er is toen een nieuwe samenwerking gestart met een organisatie van buiten het traditionele netwerk.

*Samengevat* laat het onderzoek zien dat het officiële netwerk van samenwerkingspartners, verbonden op inhoud van een concreet project, van belang is. Het hebben van een netwerk is cruciaal maar om contacten te onderhouden is face-to-face contact noodzakelijk. Andere professionele netwerken, buiten officiële samenwerkingsverbanden om, lopen daar soms dwars doorheen, zijn minstens even belangrijk. Deze kunnen helpen in creëren van draagvlak, leiden tot nuttige contacten voor inspiratie en verspreiding en helpen om soms buiten gebaande paden te gaan. Netwerken lijken hiermee de ‘smeerolie van innovatieprojecten’ te zijn.

### **7.2.3 Rol van onderzoek**

In de casestudies is gebleken dat de verbinding tussen onderzoek en praktijk van belang is voor het verloop en het succes van innovatie- en implementatieprojecten. Onderzoek is niet alleen van belang als bron voor innovaties, het ondersteunt innovatie ook. Het belang van onderzoek blijkt o.a. uit de link aan promotieonderzoek die in elke casus terug is te vinden. Soms was het gehele project onderwerp van een promotieonderzoek (zoals het implementatieproject in ‘t Roessingh), soms was er een sterke link met promotieonderzoek op specifieke thema’s (zoals het implementatieproject in de Hoogstraat), soms kwam het idee voor een deel voort uit promotieonderzoek (zoals het innovatieproject in de Maartenskliniek) en soms vormde het project de aanleiding voor een promotieonderzoek (innovatie- & implementatieproject in Rijndam revalidatiecentrum). In het vervolg van deze paragraaf wordt de rol van onderzoek nader toegelicht.

In de revalidatie is sprake van een verwetenschappelijking in denken en handelen. Hoewel het belang van onderzoek sterk uitgedragen wordt door de respondenten in dit onderzoek geven zij ook aan dat dit niet altijd zo is geweest. Het denken over de rol van onderzoek

heeft een ontwikkeling doorgemaakt; zo wordt bijvoorbeeld volgens de respondenten toegepast onderzoek meer gewaardeerd. De respondenten geven aan dat de verbinding van onderzoek en praktijk voor het innovatief vermogen van de revalidatie cruciaal is. Hoewel de onderzochte casusorganisaties het anders organiseren qua structuur onderschrijven ze allen het belang van deze verbinding.

*“Innovatie vindt plaats op het snijvlak van de praktijk en het onderzoek”.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

De verbinding is echter verschillend vormgegeven in de onderzochte centra. In 't Roessingh is een aparte b.v. opgezet waar de verantwoordelijkheid voor 'research & development' is ondergebracht. Deze afdeling zorgt voor koppelingen tussen artsen uit 't Roessingh en wetenschappers van de naastgelegen universiteit Twente. In de Maartenskliniek is een aparte onderzoeksafdeling opgericht voor revalidatieonderzoek, die het hele centrum een meer wetenschappelijk karakter geeft. De verbinding tussen onderzoek en praktijk zit volgens deze respondenten dan ook vooral in de cultuur; mensen uit onderzoek en praktijk moeten elkaar kunnen ontmoeten en samenwerken aan concrete projecten. Concreet is de verbinding vormgegeven door een hoogleraar van de universiteit te detacheren in de revalidatie instelling. Daar werkt hij aan de klinische toepassing van de ontwikkelde kennis en technologie. In de Hoogstraat is een kenniscentrum in hetzelfde gebouw gevestigd dat zorgt voor een makkelijke uitwisseling tussen praktijk en onderzoek. Ook in Rijndam wordt het nut van een sterke verbinding met onderzoek gezien. Hier is geen onderzoekafdeling opgezet, maar fungeert een apart opgericht team als 'een soort van academische werkplaats'. Het team heeft als taak om zorg en onderzoek te integreren. Deze opdracht is volgens betrokkenen wezenlijk anders dan het zo sterk mogelijk maken van onderzoek alleen. Een aparte R&D-afdeling zou volgens deze respondenten het risico hebben dat onderzoek teveel loskomt van de behandelpraktijk.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat het voor de kwaliteit van zorg en het vermogen om te innoveren van belang is om wetenschap te verbinden aan de praktijk van de revalidatiezorg. De precieze keuze in structuur is van minder groot belang maar respondenten delen de overtuiging dat een sterke band met onderzoek een enorme stimulans en bijna cruciale voorwaarde is om aan innovatie te werken. Het is dus, beleidsmatig, van belang om wetenschappelijk onderzoek te organiseren en te faciliteren. Hier is meer voor nodig is dan een structuur alleen; de samenwerking en uitwisseling tussen beide moet wel actief gestimuleerd worden. Onderzoek en praktijk laten zich echter niet altijd eenvoudig linken. Zo geeft een van de respondenten aan dat de nabijheid van een universiteit of onderzoeksafdeling alleen nuttig is als er ook echt sprake is van samenwerking en uitwisseling. Verschillende belangen zijn niet altijd eenvoudig te verenigen. Zo blijkt uit onderstaande quote dat wetenschappelijke eisen en praktijkgerichte projecten elkaar soms bijten.

*“Wat mij niet zo aantrekt in deze projecten is dat het mij geen artikelen en impactfactor oplevert...[.]...ik haal hier er geen artikel uit...en daar wordt ik wel op afgerekend”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK 28-06-2012**

Toegepast onderzoek is nuttig, maar respondenten benadrukken dat ook niet-toegepast onderzoek belangrijk blijft voor het behoud van de innovatiekracht in de revalidatie:

*“Zorg voor contact met het niet-toegepaste onderzoek en houd ook dat aangejaagd. Want je kunt niet alleen blijven plukken, je moet ook zaaien. Men vergeet dat ook dat nodig is. De grote innovatietrajecten worden gedragen door de ontwikkelcentra. De implementatie kan nooit zo succesvol lopen als er geen contact is met onderzoek en ontwikkeling”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Andere respondenten delen deze mening. Soms rusten implementatieprojecten in grote mate op resultaten uit eerder niet-toegepast onderzoek. Dit wordt in de praktijk van innovatie nog wel eens vergeten, maar achteraf is vaak relatief eenvoudig te reconstrueren hoe concrete innovatie- en implementatieprojecten hun oorsprong hadden in niet-toegepast onderzoek. De nadruk op verbinding tussen onderzoek en praktijk moet niet leiden tot een onderwaardering voor fundamenteel of niet-toegepast onderzoek.

Daarbij is onderzoek nodig om bewijs over een innovatie op te bouwen. Onderzoek is een middel om beter inzicht te krijgen in de effecten en te kunnen vaststellen of de innovatie leidt tot betere zorg. Een voorbeeld hiervan is het innovatieproject in de Maartenskliniek, waar therapeuten werden getraind in het werken met de innovatie maar ook in het doen van onderzoek ernaar. De behandelend professionals onderzoeken de effectiviteit van nieuwe behandeling bij verschillende groepen patiënten. Inzichten uit onderzoek kunnen zo bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de behandeling zelf. Onderzoek draagt dan bij aan de kwaliteit van de behandelingen, maar ook aan de vaardigheden van professionals. Het verbinden van onderzoek aan de praktijk leidt er namelijk tot professionals met een meer onderzoekende manier van werken. Het participeren in onderzoek naar innovaties maakt professionals reflectiever. Onderzoek draagt daarmee bij aan de kwaliteit van de behandelend professionals.

De wens om bewijs op te bouwen voor innovatie is legitiem vanuit kwaliteitsoogpunt maar leidt tegelijkertijd tot nieuwe lastige vragen. Welke mate van bewijs is gevraagd op welk moment in het innovatieproces? Wat is de ruimte om te experimenteren met een nieuwe aanpak op het moment dat het bewijs ervoor nog niet aanwezig is? Een van de projectleiders geeft aan dat dit zeker bij projectaanvragen wel een probleem kan vormen.

*“Een lastige kwestie was, hoe kan je bewijs hebben voor een innovatie, hoe moet dat? Hoe kun je eigenlijk überhaupt bewijs leveren voor een innovatie, is dat niet een contradictio interminis? Ik had bewijs uit het buitenland, daar kon ik mee zwaaien, maar grootschalig bewijs kan er nooit zijn”.*

**PROJECTLEIDER RIJDAM, 31-08-2012**

Bij innovatie is het vaker een probleem dat men niet het bewijs voor effectiviteit kan leveren die in projectaanvragen soms wordt gevraagd, omdat juist de aanvraag is gedaan om dat bewijs te gaan opbouwen. Volgens een van de projectleiders wordt de vraag naar bewijs van effecten van de behandeling echter wel steeds sterker in de revalidatie, zoals onderstaande quote laat zien.

*“De ruimte om te experimenteren wordt in de revalidatie wel steeds kleiner, je moet nu wel meteen met een uitgekristalliseerde behandeling komen en een effectieve methode hebben”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**



Men moet zich volgens sommige projectleiders realiseren dat men de (langetermijn-) effecten van een innovatie nog niet *kan* kennen. Deze constatering maakt het belang van het opzetten van goed onderzoek naar de innovatie duidelijk. In verschillende casussen bleek dat het doen van onderzoek een belangrijk element van het project was. Onderzoek zou volgens deze argumentatielijn beter kunnen worden gezien als een belangrijk element van het innovatieproces in plaats van iets wat voor de start van het project al moet zijn afgerond<sup>30</sup>.

*Samengevat*, laat deze paragraaf zien dat onderzoek in de revalidatie steeds belangrijker wordt, dat men de verbinding tussen onderzoek en praktijk verschillend vormgeeft en dat deze niet altijd eenvoudig te maken is. Ook is beargumenteerd dat naast toegepast onderzoek ook niet-toegepast onderzoek van belang blijft en dat de vraag naar bewijs voor een innovatie steeds sterker wordt. Innovatie in de revalidatie steunt sterk op onderzoek; het vormgeven en actief onderhouden van een link met onderzoek is voor de innovatiekracht van een revalidatiecentrum, en daarmee ook voor de sector, van groot belang.

#### **7.2.4 Kennisuitwisseling**

In het hoofdstuk over sectoreigenschappen is al gesproken over de samenwerkingsbereidheid die er binnen de revalidatie lijkt te zijn en hoe die bereidheid de sector als geheel karakteriseert. In deze paragraaf staat centraal hoe de kennisuitwisseling plaatsheeft en wordt nader ingegaan op de afwegingen die daarbij worden gemaakt.

Een belangrijk deel van de respondenten geeft aan dat het delen van kennis essentieel is voor de kwaliteit van zorg, maar ook om de projecten van een zo groot mogelijk waarde te laten zijn voor de gehele revalidatiesector. Een van de projectleiders geeft aan dat juist in kennisdeling ook een belangrijke verantwoordelijkheid ligt. Door het schrijven van wetenschappelijke artikelen in internationale journals en opiniestukken in vakbladen kunnen projectleiders of –leden waardevolle kennis delen. Een ander voorbeeld van vrije kennisdeling is een website van het de projectleider van het innovatieproject in de Maartenskliniek<sup>31</sup>. Op deze website worden protocollen voor verschillende behandelingen, in een later stadium eventueel ook van het onderzochte innovatieproject, vrij of tegen een lage kostprijs ter beschikking gesteld. De initiatiefnemers van deze website zien het openbaar en vrij beschikbaar maken van kennis als verantwoordelijkheid naar de sector toe op het moment dat men aan innovatie werkt.

*“Ik zie het dan ook als mijn verantwoordelijkheid als innovator om nieuwe behandelingen te ontwikkelen, te publiceren en ‘evidence based’ beschikbaar te stellen”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-6-2012**

Het belang van vrije kennisdeling komt in de casussen ook ter sprake aangaande negatieve ervaringen. Soms stranden waardevolle projecten en wil men geleerde lessen uit deze projecten niet delen. Echter, de sector zou van gestrandde projecten kunnen leren. Hoewel elke respondent het belang van vrije kennisdeling lijkt te ondersteunen blijkt uit het onderzoek dat dat lang niet altijd eenvoudig is. Het delen van kennis is niet vanzelfsprekend,

---

<sup>30</sup> Dit is van toepassing op zowel innovatie- als implementatieprojecten omdat in beide bewijs over de effectiviteit van de innovatie en/of de gehanteerde implementatiemethode wenselijk is.

<sup>31</sup> Website: [www.neuropsychologischebehandelingen.nl](http://www.neuropsychologischebehandelingen.nl)

zeker niet in een tijd waar de revalidatie instellingen steeds meer in een marktrelatie tot elkaar komen te staan. Onderstaande quote laat zien dat er voor kennisuitwisseling sprake moet zijn van wederkerigheid; de bereidheid tot delen komt alleen tot stand als alle betrokkenen zowel kennis leveren als consumeren. Om dit te garanderen bleek het soms nodig om contracten te tekenen waarin dat is vastgelegd.

*“Het koste wel even voordat mensen kennis wilden delen, het ging soms om eigendomsrechten we hebben heel erg ingezet op samen werking en op wederkerigheid, het ging niet alleen om nemen maar ook om geven. En er is een samenwerkingsovereenkomst getekend”*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Wederkerigheid is nodig om kennisuitwisseling te stimuleren. Om het proces van kennisdeling te faciliteren is er in de onderzochte casussen gebruik gemaakt van twee verschillende principes: het ‘knowledge-broker-principe’ en het ‘train-de-trainer-principe’. Hieronder worden beide kort toegelicht.

Een van de strategieën om kennis te verspreiden is het werken met zogenaamde knowledge-brokers, zoals in het implementatieproject in de Hoogstraat is gedaan. Knowledge-vertalen kennis naar de praktijk. In dit project werd duidelijk dat het succes van kennisdeling vaak zit in erg praktische onderdelen van het werk. Gevraagd naar wat het werk is dat de KB'ers dagelijks doen werd genoemd: mensen mailen, mensen attenderen op afspraken, overleggen met artsen en andere betrokkenen, plannen, discussies organiseren, mensen dingen op papier laten zetten, herinneringen organiseren en uitzetten, enthousiasmeren, werkgroepen oprichten en begeleiden (bijvoorbeeld projectplan, protocol, scholing, pilots) en tot slot projectcoördinatie en –controle. Men maakt bij de opsomming van deze werkzaamheden de vergelijking met het voeren van een campagne. De respondenten geven aan dat het succes van het werk als KB'er afhangt van de zichtbaarheid; de aanwezigheid en bekendheid van de KB'er in de organisatie en van de organisatiecultuur. Het werken aan implementatie van innovatie is soms heel basaal en bestaat uit relatief simpele werkzaamheden. Knowledge-brokers werken aan de vertalingen die nodig zijn om innovaties te ontwikkelen en te verspreiden. Het project liet ook zien dat KB'ers succesvoller kunnen zijn wanneer zij ook door het management van de instelling als essentieel voor kwaliteitsmanagement worden gezien. De meningen over deze vorm van kennisdeling waren over het algemeen erg positief.

Een andere manier van kennis delen die in de casussen werd gebruikt, is het ‘train-de-trainer-principe’ uit het implementatieproject in 't Roessingh. Het implementatietraject begon daar met een cursus voor enkele professionals, die vervolgens ‘trekker’ werden in het project. Deze trekkers werden tijdens het behandelen volgens de geleerde methodiek intensief begeleid door middel van super- en intervisiebijeenkomsten. De trekkers moesten uiteindelijk, in de woorden van het project zorgen voor een ‘olievlekwerking’. Door het geven van workshops, voornamelijk aan de eigen afdelingen, werden collega's getraind in het gebruik van de nieuwe methodiek. Vervolgens werd supervisie ingezet op afdelingsniveau, maar elk centrum had de vrijheid hier zelf invulling aan te geven. In dit project is dus gewerkt met getrainde personen die vervolgens andere mensen zijn gaan opleiden. Hierdoor werd een exponentiele groei bereikt van het aantal professionals dat met de nieuwe methodiek kon werken. Deze manier van kennisverspreiding richt zich meer het cognitieve aspect van

werken aan innovatie door in te zetten op de kennis en vaardigheden van professionals uit de praktijk. De kennis verplaatst zich en wordt via de trainers onder de professionals verspreid. Trainers werken aan de vertalingen die nodig zijn om innovaties te ontwikkelen en te verspreiden<sup>32</sup>. De methodiek van het train-de-trainer-principe bouwt sterk op de gedachte dat innovatie zich moeten verplaatsen om implementatie van een innovatie mogelijk te maken.

*Samengevat*, het delen van kennis is belangrijk voor innovatie. Toch is het niet altijd eenvoudig om dat te organiseren. In de casussen zijn twee strategieën voor kennisverspreiding gebruikt die zorgen voor vertalingen en verplaatsingen om innovaties te implementeren; het ‘knowledge-brokers-principe’ en het ‘train-de-trainer-principe’. Hoewel het zo kan zijn dat onderzoek doen (§7.2.3) en kennis uitwisselen (§7.2.4) in de praktijk aan elkaar verbonden zijn, wordt hier beargumenteerd dat dit niet vanzelfsprekend is. Het doen van onderzoek en het delen van kennis vraagt andere afwegingen, soms in andere fases van een innovatieproject. Beiden zijn belangrijke randvoorwaarden voor innovatie.

### 7.2.5 Tijd

In de casussen bleek in alle projecten het thema ‘*tijd*’ een zeer grote rol te spelen. Veel van de respondenten refereerden aan het belang van tijd voor het werken in de revalidatie, maar ook voor het werken aan innovatie specifiek. In een op productiegerichte sector is het van belang dat er tijd wordt gemaakt om aan innovatie te werken. Het realiseren van productie vergt alle beschikbare tijd van de professionals. Tijd is een voorwaarde om aan innovatie te kunnen werken. Echter, een te instrumentele benadering van het bieden van tijd voor innovatie is volgens de respondenten niet de oplossing is; maar er zou wat ruimte moeten zijn voor toeval, dit vergt enige flexibiliteit in de tijdsplanning<sup>33</sup>. Deze punten worden hieronder toegelicht.

Het belang van tijd in het werken in de revalidatie is in alle onderzochte casussen aan de orde geweest. Bijna alle paramedische respondenten<sup>34</sup> gaven aan dat zij volgeplande dagen hebben en daardoor beperkte tijd hebben voor zaken als administratie, scholing en innovatieprojecten.

*“Ik heb het gevoel wel continu geleefd te worden; ik loop de hele dag door vijf minuten achter”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

De paramedici die in het onderzoek zijn geobserveerd, liepen rond met de planning voor de dag in de broekzak. Naar eigen zeggen, was dat nodig om een overzicht te houden; het papiertje werd meerdere keren per dag bekeken. De essentie van hun werk is het behandelen van revalidanten en dat is dan ook waar men de meeste tijd aan besteed. In sommige revalidatiecentra wordt het criterium gehanteerd dat 80% van de werktijd uit direct patiëntencontact moet bestaan. Dit maakt dat er weinig tijd is om de extra dingen te kunnen

---

<sup>32</sup> Zie het theoretisch kader (H2) voor een toelichting over vertalingen en verplaatsingen van innovaties; in de beschrijvingen van het proces van translatie en van de Actor-Netwerk-Theorie wordt hier nader op ingegaan.

<sup>33</sup> Eerder is geconstateerd dat innovatie niet goed afgebakend kan worden tot een specifieke ontwikkeling of activiteit in de implementatie. Dat maakt het ook lastig om het precies in tijdseenheden weg te zetten.

<sup>34</sup> Zoals elders vermeld hebben veel van de respondenten in het onderzoek een paramedisch beroep. De bevindingen op dit onderwerp zijn daarom ook vooral van toepassing op deze groep professionals.

doen die innovatie vraagt. De respondenten geven aan weinig over hun dagplanning te zeggen te hebben.

*“Ik werk een therapeutische omgeving dus heb geen controle over mijn eigen agenda”.*

**MAATSCHAPPELIJK WERKER RIJNDAM, 27-09-2012**

De rol van tijd in een normale werkdag in de revalidatie werd het best geïllustreerd tijdens de observatie op de klinische afdeling logopedie in Rijndam. Een korte beschrijving waar dit uit blijkt.

Ik kan mee naar het wekelijks teamoverleg. Terwijl we hiernaartoe lopen stellen we ons aan elkaar voor. Als we binnen komen is het overleg al gaande. Wij blijven een half uur bij het overleg, dat efficiënt verloopt ondanks dat teamleden in- en uitlopen en telefoongesprekken voeren. Het overleg is nog niet afgerond maar ‘mijn’ logopediste gaat terug omdat zij moet behandelen. Zij vertelt mij tijdens het teruglopen dat er een agenda is zodat tijdens het overleg voor de teamleden duidelijk is over welke patiënt er gesproken wordt, zo kan iedereen voorbereid en op het juiste moment komen opdagen.

Aangekomen bij de behandelkamer zit de patiënt al te wachten. De logopediste laat mij haar planning van de rest van de middag zien. Tegen het einde van een van de behandelingen, bestaande uit gesprekken, oefeningen, intakes etc., loopt een collega binnen voor een gepland overleg. De collega is wat vroeg, de behandeling is nog niet afgerond. De logopediste grapt: “Ik heb op mijn horloge nog 3 minuten, heb jij boven een andere tijd?”. De logopediste vraagt of zij nog 3 minuten mag nemen om de behandeling af te ronden. De collega wordt, nadat de behandeling is afgerond, de patiënt de behandelkamer heeft verlaten en het dossier handgeschreven is bijgewerkt, weer binnengelaten. Zij bespreken vervolgens, in 15 minuten, de reorganisatie van de organisatie voordat de behandelingen weer verder gaan

**FIGUUR 7: SITUATIESCHETS, GEBASEERD OP OBSERVATIEAANTEKENINGEN RIJNDAM, 20-09-2012**

Dit fragment is slechts een illustratie van hoe een klein deel van een werkdag in de revalidatie eruit kan zien; volgens de respondent was dit wel een representatieve dag. Buiten de behandeltime is er weinig tijd om randvoorwaarden voor de behandeling te organiseren als dat niet is ingepland. Naar eigen zeggen kan dit ook de kwaliteit van de behandeling raken<sup>35</sup>. Tijdens deze observatiemiddag heeft de logopediste naast behandeling van patiënten, in behandeltime ook gewerkt aan planning, reorganisatie, checken van informatie, nabellen, mailen, werkoverleg en administratie. Gedurende alle behandelingen ligt het horloge van de logopediste op tafel en gedurende de behandeltime van een half uur kijkt zij meerdere keren op haar horloge om te checken hoeveel tijd resteert voor de geplande behandeling.

Ook andere respondenten gaven aan het gevoel te hebben altijd weinig tijd te hebben. Volgens hen is dat kenmerkend voor de revalidatie. In bijna alle interviews kwam het element ‘tijd’ ter sprake en werd de standaard halfuur behandeltime als beperkend ervaren voor innovatie. Vaak zijn de in de innovatieprojecten gevraagde behandelingen nog niet in routines vertaald en zijn er andere materialen nodig die niet direct voorhanden zijn. “Als behandelaar heb je echt geen tijd voor innovatie” is een veelgehoorde uitspraak. Het gebrek

<sup>35</sup> Een voorbeeld ter illustratie. Tijdens een van de behandelingen werd de toezegging gedaan om Skype te installeren op de laptop van een revalidant. Echter dit moest buiten de behandeltime gebeuren. Terwijl de revalidant hierop wachtte was dit nog niet gelukt. Blijkbaar ervaart de betreffende logopediste in een reguliere werkweek te weinig tijd om dit soort zorginhoudelijke processen te organiseren buiten de behandeltime om. Het punt werd dus in de behandeling kort besproken en op de agenda gezet als actiepoint voor later.

aan tijd zit hem er vooral in dat er geen mogelijkheid is om zaken voor te bereiden, na te bespreken, te verwerken, te reflecteren en te bezinnen op de dagelijkse werkzaamheden<sup>36</sup>.

*“Er is een strakke planning en er is geen tijd om na te denken over een ander type behandelingen dan je gewend bent, tijdstructuur en planning is vaak het probleem”.*

**PROJECTLEIDER RIJDAM, 31-08-2012**

Het hebben van ‘ontwikkel’ tijd voor innovatie wordt door sommige respondenten als een luxe ervaren.

*“Dat was trouwens wel een luxe positie toen ik bij het afasieprogramma kwam want ik had in die tijd ongeveer 8 uur of in ieder geval een dagdeel de tijd om te innoveren of in ieder geval te werken aan niet-direct declarabele zaken. Ik heb toen o.a. een taalprogramma ontwikkeld”.*

**ONDERZOEKER RIJDAM, 31-08-2012**

Deze quote maakt ook duidelijk dat zodra er tijd beschikbaar is mensen ook gericht aan innovatie kunnen gaan werken. Soortgelijke ervaringen vormen dan ook de aanleiding voor de respondenten om regelmatig een pleidooi te houden om voor innovatie tijd vrij te maken in de dagelijkse praktijk. In ons onderzoek valt op hoeveel werk er direct en indirect verbonden is aan het ontwikkelen en implementeren van innovaties. Maar tijd is altijd gerelateerd aan geld.

*“Ideeën om nieuwe projecten op te zetten zijn er genoeg; tijd en geld is echter altijd de vraag. Dan gaat het dus niet alleen over of die tijd beschikbaar is, maar of de mensen vrij te maken zijn en daar is dan weer geld voor nodig”*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Deze ervaringen werden ook gedeeld door de knowledge-brokers in het implementatieproject in de Hoogstraat. Het feit dat professionals, in dit project, een aantal uren in de week worden vrijgemaakt om aan implementatie te werken was volgens hen niet alleen wenselijk maar zelfs noodzakelijk voor het succes van het project; onderstaande quote illustreert dit.

*“Als KB’er werd ik twee uur in de week vrijgemaakt om dat werk nu ook echt te doen...[..]...de grootste succesfactor is waarschijnlijk dat het gewoon dingen zijn waar je anders niet aan toe komt, nu heeft het werk aan implementatie een plaats en een gezicht en het wordt gelijk duidelijk wat je er als centrum mee zou kunnen...[..]...het had daarmee opeens een plek om mensen in de organisatie verder te helpen die al tegen soortgelijke dingen aanliepen op dingen wilden oppakken”.*

**COÖRDINATOR HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

---

<sup>36</sup> Zo geven sommige respondenten aan dat er ook tussen de behandeling van verschillende patiënten geen tijd is om te verwerken wat men aan indrukken heeft opgedaan. Een van de respondenten geeft aan dat de reflectie op de behandeling dan ook vaak buiten werktijd, in privéomstandigheden, plaatsheeft. Dit wordt niet altijd als even wenselijk ervaren.

Uit al deze voorbeelden valt op te maken dat het belangrijk is mensen 'vrij te maken' om aan innovatie te kunnen werken. Ook om aan implementatie te werken is trouwens tijd nodig.

*"Implementatie is van belang, daar kom je vaak niet aan toe omdat je programma al vol zit".*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Tijd die vrijgegeven wordt kan werken als een 'incentive' om mensen uit de praktijk actief te laten participeren in een innovatieproject.

*"Voor de implementatie zou je de mensen uit de kliniek veel mee moeten gaan betrekken. Zij zijn zo druk en staan niet om vernieuwing te springen. Daar moet een incentive voor zijn".*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Volgens deze respondent is het dus belangrijk om de incentives zo te organiseren dat het mogelijk wordt voor deze mensen om mee te gaan werken. Het lijkt dan alsof de oplossing voor het chronisch tijdsgebrek voor de hand ligt: paramedische professionals moeten worden vrijgespeeld voor innovatie. Hiervan zijn in de casussen ook voorbeelden te zien; zo zijn in sommige centra uren anders ingedeeld of zijn nieuwe mensen aangenomen. De respondenten denken echter genuanceerder over mogelijke oplossingen. Zo is het plannen van meer tijd per patiënt, niet altijd een oplossing omdat men aangeeft dat die tijd niet altijd nuttig kan worden gevuld. Bovendien is het niet altijd vooraf duidelijk hoeveel tijd er nodig is voor innovatie. Daarmee is het toekennen van een bepaalde hoeveelheid tijd voor innovatie is niet de standaardoplossing. Daarnaast, zo geven de respondenten aan, is innovatie ook iets waar je continu een verantwoordelijkheid voor voelt; niet slechts een beperkt aantal uren per week. Zo werden sommige knowledge-brokers uit het implementatieproject in de Hoogstraat twee uur in de week vrij gemaakt voor het doen van het werk als KB'er, maar geven ze aan dat ze zich eigenlijk de hele week hun rol als KB'er vervulden.

Respondenten geven aan dat tijd voor innovatie flexibel moet kunnen worden ingezet om effectief te kunnen zijn. Aan het toekennen van tijd aan specifieke personen die daar al dan niet voor zijn aangenomen of vrijgespeeld, zitten risico's. Zo bestaat het risico dat deze personen overvraagd gaan worden om bijvoorbeeld naast het werken aan het specifieke project ook tijd te hebben voor alle andere projecten. Zo delen respondenten de ervaring dat op het moment dat zij projecttijd hadden er opeens heel veel projecten waren die in die tijd moesten, zoals interne reorganisaties of het inspelen op veranderde financiering of accreditering. In een revalidatiecentrum spelen volgens de respondenten altijd verschillende ontwikkelingen door elkaar en als teveel op projectbasis bij individuele professionals wordt neergelegd is het lastig prioriteiten stellen<sup>37</sup>. Ook bestaat het risico dat bepaalde personen altijd worden geassocieerd met veranderingen, iets dat bij de doelgroep kan leiden tot een bepaalde 'moeheid'. Zo gaf een van de respondenten aan dat mensen al moe waren op het moment dat hij persoonlijk bij een professional binnenstapte om een nieuw project te bespreken.

Tot slot, respondenten uit het implementatieproject in Roessingh gaven aan dat zij veel persoonlijke tijd hebben geïnvesteerd in het project. De geboden training werd als waardevol

---

<sup>37</sup> Vanwege het bestaan van dit risico pleiten sommige voor het opheffen van de projectstructuur en meer veranderingen direct integraal onderdeel van het gewone werk te maken.

maar ook tijdsintensief ervaren. Naast de gereserveerd uren hebben de professionals veel in eigen tijd gedaan. Zo werd er tijdens de focusgroep gerefereerd aan de ‘team- en trainingsweekenden’ die voornamelijk in privétijd werden georganiseerd.

*Samengevat*, bovenstaande bevindingen leiden tot de conclusie dat tijd in de revalidatie gecompartmenteerd en daarmee beperkt is. Tijd is een randvoorwaarde voor innovatie; mensen hebben enige flexibel in te zetten tijd nodig om te kunnen werken aan innovatie. Dit valt te organiseren. Om de genoemde risico’s zoveel als mogelijk te vermijden moet tijd niet instrumenteel worden ingezet. Er moet in een reguliere werkweek tijd zijn om als professional te kunnen werken aan innovatie als men dat als een onderdeel van de professionele verantwoordelijkheid ziet. Dit vraagt organisatorische keuzes die passen bij de aard van het werk omdat de 2-uur-per-week-oplossing niet altijd het meest effectief blijkt. Een belangrijke bijkomstigheid is het gevoel van waardering voor de professionaliteit en de innovativiteit van de professionals, welke spreekt uit het van hogerhand toekennen van ‘innovatietijd’. Het management kan hiermee het vertrouwen in de professionals laten blijken.

### **7.2.6 Normatieve reflectie**

In de casestudies bleek dat de respondenten enige normatieve reflectie op het eigen werk en de innovatie nodig hadden om het project goed te laten verlopen. Hoewel men hiervoor verschillende termen gebruikt zijn de respondenten van mening dat reflectie belangrijk is. Aan de ene kant blijkt kritische reflectie nodig om tot innovatie te komen, aan de andere kant bieden innovatieprojecten ook juist de ruimte om kritisch te reflecteren op het eigen werk. Reflectie is ook van belang omdat men daarmee nadenkt over of en hoe innovatie dat wat als goede zorg wordt gezien beïnvloedt.

Veel van de effecten van de innovatieprojecten waren nog niet duidelijk ten tijde van het onderzoek. Voor veel respondenten is het bovendien onduidelijk is hoe er in de toekomst een waardeoordeel gegeven kan worden over de resultaten. Hoe moeten toekomstige resultaten geïnterpreteerd worden? Zeker als kan stellen is die vraag van belang. Er is geen helder normenkader om over innovatie te oordelen; hoe kan dat oordeel tot stand komen en wie is daarvoor verantwoordelijk. Verschillen van inzicht over de wenselijkheid van een innovatieve ontwikkeling kunnen de oorzaak zijn van problemen tijdens bijvoorbeeld de implementatie. Daarom is het van belang dat duidelijk is hoe oordeelvorming over innovatieve ontwikkeling plaats kan hebben. Innovatieprojecten zijn niet het einddoel maar een middel om beter, efficiënter of goedkoper goede zorg te gaan verlenen. Het is daarom juist van belang dat men zich realiseert dat innovatie sterk samenhangt met reflectie.

*“Innovativiteit begint met reflectie, ideeën en stilstaan bij je eigen werk(wijze). Dat is eigenlijk een eigenschap of taak van iedereen die werkt in de revalidatie. Dat zou in je moeten zitten, blijven nadenken en door ontwikkelen over de toekomst”.*

**MAATSCHAPPELIJK WERKER RIJDAM, 27-09-2012**

De quote laat zien dat reflectie op eigen werk nodig is om ideeën op te doen voor innovatie, maar vooral ook nodig is om een oordeel te kunnen vellen over innovatieve ontwikkelingen. Alleen door normatieve afwegingen te maken kan men komen tot een waardeoordeel over een innovatie. Hoewel deze quote illustreert dat een bepaalde mate van reflectie nodig is om aan innovatie te kunnen gaan werken, geven respondenten ook aan dat innovatieprojecten

aanzetten tot reflectie. Tijdens de focusgroep in 't Roessingh kwam naar voren dat het werken volgens de nieuwe ACT-aanpak heeft aangezet tot het maken van nieuwe normatieve afwegingen over de behandeling van chronische pijn patiënten. Zonder het project, zo laat onderstaande quote zien, zou men waarschijnlijk niet stil hebben gestaan bij soortgelijke vragen.

*“Opeens stelden we ons de vraag waarom we eigenlijk alles doen”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Het toepassen van de innovatieve aanpak in de praktijk leidde in het ACT-project tot het stellen van reflexieve vragen over het eigen handelen. ACT verschuift de aard van de behandeling. Om hier in de praktijk mee om te gaan is daarom aandacht besteed aan intervisiebijeenkomsten, waarin gebruik werd gemaakt van rollenspellen en filmpjes van opgenomen behandelingen. Deze werden gebruikt om in het behandelteam te reflecteren op de behandeling van patiënten met chronische pijn. Reflectie blijkt dus van belang voor de start van een innovatie maar innovatie zet ook aan tot reflectie. Het normatieve aspect van innovatie, het waardeoordeel, is hierin duidelijk onderwerp van gesprek. In innovatieprojecten werkt men niet alleen aan het succes van de innovatie zelf, maar ook aan wat men als goede revalidatiezorg ziet. Innovatie kan dat ter discussie stellen en daarmee ook leiden tot een verschillend oordeel over de innovatie. Hiervan is een voorbeeld terug te vinden in het implementatieproject in 't Roessingh. Het bleek niet eenvoudig om naar externe partijen, zoals verzekeraars of 1<sup>e</sup>-lijns professionals, duidelijk te maken wat de waarde van de nieuwe behandeling was.

*“Als iemand bewuster is van zijn chronische pijn en er tijdens de behandeling voor heeft gekozen niet terug te keren in het arbeidsproces dan is dat soms lastig uit te leggen. Deze persoon leidt een gelukkig leven, ervaart minder last van zijn klachten en heeft weer energie voor een zinvoller leven. Echter een verwijzer zal dit als een negatieve uitkomst zien, de patiënt keer namelijk niet terug in het arbeidsproces. Ook aan verzuimverzekeraars en het UWV is dat lastig uit te leggen. Dit is wel een paradox die aanwezig blijft”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Dit voorbeeld laat zien dat een innovatieproject 'dat wat als goede zorg wordt gezien' ter discussie kan stellen. Volgens de ACT-methode is een behandeling soms succesvol, terwijl anderen dat niet zullen bevestigen. Het werken aan innovatie is daarmee geen normatief neutrale bezigheid. De vraag naar welke uitkomsten wordt toegewerkt en hoe je met die uitkomsten om moet gaan zou voor het succes van de innovatie daarom onderwerp van gesprek moeten zijn. Gezien het feit dat innovatie beelden over wat goede zorg is ter discussie kan stellen, is het wel opvallend te noemen dat in geen van de onderzochte projecten de innovatie zelf ter discussie leek te staan. De innovaties, de e-health applicatie voor geheugenstrategietraining, de richtlijn CP en de methodiek van Knowledge-brokers, De Pact-methodiek voor afasie en de ACT-methodiek voor chronische pijn, werden eigenlijk vanzelfsprekend als goed beschouwd en waren zelf geen onderwerp van discussie meer. Dit zou suggereren dat de innovatie zelf een normatief neutrale ontwikkeling is maar uit de observaties in dit onderzoek komt een ander beeld naar voren. De knowledge-brokers in het implementatieproject in de Hoogstraat geven bijvoorbeeld aan dat tijdens de netwerkdagen onderling veel wordt gepraat over de sociale vaardigheden, routines en strategieën die ze moeten inzetten om de richtlijn CP in de deelnemende centra geïmplementeerd te krijgen.



Hierbij worden voorbeelden genoemd als filmpjes, gedrukte T-shirts, folders, checklists, presentaties, posters, stroomdiagrammen en zelfs 'feestjes'. Hoewel dit ook nodig was voor de verspreiding laat het ook zien dat het nodig was om mensen te overtuigen van het 'goede' van de richtlijn en de ontwikkelde instrumenten. Hiermee is het een voorbeeld van het gegeven dat innovatie niet altijd vanzelfsprekend geaccepteerd zal worden.

*Samengevat*, deze paragraaf heeft aangetoond dat normatieve reflectie belangrijk is voor innovatie. Reflectie op het eigen werk leidt tot ideeën voor innovatie; innovatie zet aan tot reflectie en reflectie op de normatieve aspecten van een innovatie is nodig om innovaties succesvol te implementeren. Deze reflectie is ook van belang om de relatie te bespreken en te kunnen leggen tussen innovatie en dat wat goede zorg is of als zodanig wordt gezien.

### **7.2.7 Borging van resultaten**

In alle projecten zijn de respondenten bevraagd op hoe zij ervoor zorgen dat er na afloop van de innovatie- en implementatieprojecten iets blijvend is veranderd. Het laten bekijken van projectresultaten wordt borging genoemd en was een belangrijk gespreksonderwerp gedurende het onderzoek. In deze paragraaf wordt stilgestaan bij hoe er in de verschillende casussen is gewerkt aan borging van resultaten, hiervoor wordt kort stilgestaan bij wat borging precies is.

Een van de plaatsen waar borging als onderwerp specifieke aandacht kreeg, was het project in de Hoogstraat over de implementatie van een richtlijn. Tijdens een korte workshop voor de KB'ers werd gesproken over de praktijk van borgen in projecten. De workshop ging vooral in op het meten en zichtbaar maken van projectresultaten en ging dus vooral over hoe een evaluatie ingezet kan worden om resultaten ook te borgen<sup>38</sup>. Op dezelfde netwerkdag werd uit gesprekken met de knowledge-brokers, en uit de focusgroep, duidelijk dat men bij borging vaak aan meer dacht dan alleen het evalueren van projecten en het zichtbaar maken van de resultaten. In het informele contact op de dag, vooraf, tussendoor bij de koffie en na afloop vertellen de knowledge-brokers elkaar verhalen over de praktijk van hun werk en de variëteit aan werkvormen die men daarbij inzet. Borging gaat volgens de respondenten over manieren waarop je verandering blijvend van aard kan maken in de deelnemende organisaties en daarbuiten.

In het onderzoek is gebleken dat er op verschillende manieren aan borging wordt gewerkt. Drie hoofdvormen zijn daarin te onderscheiden: borging zit in materialen, personen en structuren. Deze drie vormen van borging worden in het vervolg van deze paragraaf uitgewerkt aan de hand van enkele voorbeelden uit de verschillende projecten.

#### **(1) Borging in materialen**

Materialen werden in alle projecten gezien als middel om projectresultaten te borgen. Materialen leggen niet alleen vast wat er is gebeurd in een project, maar kunnen ook in de communicatie en verdere verspreiding gebruikt worden. In eigenlijk alle projecten werden er concrete en tastbare producten getoond op het moment dat er gevraagd werd naar de

---

<sup>38</sup> De workshop ging nader in op het vaststellen van de goede indicatoren, het doen van een 0-meting en het zichtbaar maken van scores om zo de resultaten van afzonderlijke projecten meer zichtbaar te maken. Tijdens de workshop is er veel gesproken over het vaststellen van indicatoren en het vastleggen van procedures om evaluaties te kunnen uitvoeren.

resultaten van het project. Materialen maken het project zichtbaar, zo geven respondenten aan, maar het toewerken naar concrete materialen als output helpt ook bij borging en verspreiding. Onderstaande situatieschets geeft weer hoe er is verwezen naar concrete materialen op het moment dat er is gevraagd naar de resultaten van het innovatie- en implementatieproject in Rijndam.

*Ik vraag 'welke concrete resultaten heeft het project opgeleverd?' Het blijft eerst even stil dan staat de projectleider op en snelt naar de kast in het kantoor. Met trotse glimlach legt zij een doosje op tafel. Het antwoord op mijn vraag bevindt zich in het doosje. Dit is het project in compacte, materiele vorm: het doosje bevat een instructie boekje, werkbladen en een DVD.*

**FIGUUR 8: SITUATIESCHETS, GEBASEERD OP OBSERVATIEAANTEKENINGEN RIJNDAM, 31-08-2012**

Bovenstaande situatieschets laat het belang zien van het hebben van iets tastbaars om op terug te vallen als het project moet worden uitgelegd aan derden. De Pact-methodiek is op deze manier eigenlijk samengevat in een, in de woorden van de projecteider, 'Pact-doesje'. Dit doesje doet nu dienst als trainingspakket voor de PACT-methodiek en bevat de werkbladen, instructies en een DVD. Het is commercieel verkrijgbaar bij een uitgeverij tegen een marktgerichte prijs.

*"Je kunt het doesje met handleiding en DVD nu ook kopen en we geven cursussen door de uitgever georganiseerd, dat was al een bekende werkwijze van onze research producten".*

**PROJECTLEIDER RIJNDAM, 31-08-2012**

Het feit dat het trainingspakket commercieel verkrijgbaar is maakt het eenvoudiger om de ontwikkelde methodiek ook buiten het eigen centrum te verspreiden. In de beperkte tijd van de paramedici is, zo hebben we eerder laten zien, het voorhanden hebben van het benodigde materiaal belangrijk. Hoewel materialen dus belangrijk zijn, erkennen betrokkenen wel dat werkelijke verspreiding van de methodiek niet enkel kan berusten op het verspreiden van het pakket. Er is meer voor nodig om de methodiek ook op andere plaatsen geïntegreerd te krijgen omdat de methodiek staat voor een verandering in het denken en handelen van professionals. Hoewel er voor het succesvol verspreiden van een nieuwe methodiek over meerdere personen, afdelingen en/of organisaties meer (training, uitleg, kennisverwerving) nodig is, helpt het inzetten (en letterlijk verplaatsen) van materialen hierbij wel. Het trainingspakket in de vorm van een doesje maakt het project robuuster, tastbaarder en eenvoudiger te verspreiden en is daarmee een middel om het project te borgen.

Ook in de andere onderzochte casussen hebben materialen een grote rol gehad. Zo is in het implementatieproject in 't Roessingh het geleerde vastgelegd in een commercieel verkrijgbaar hulpboek met DVD om e-learning mogelijk te maken<sup>39</sup>. In de Maartenskliniek was de e-health applicatie, maar ook de onderliggende database met gebruikgegevens, een belangrijke vorm van de output. Echter ook hier, werd na de vraag over tastbare resultaten een papieren versie van de ontwikkelde protocollen tevoorschijn gehaald om te laten zien. In het implementatieproject in de Hoogstraat speelde materialen zelfs een cruciale rol. Hier kregen de knowledge-brokers de opdracht om praktische hulpmiddelen en

<sup>39</sup> Dit boek werd overigens aangetroffen in de boekenkast bij respondenten in andere centra die vanwege een andere casus zijn geïnterviewd.

materialen te ontwikkelen op basis van een richtlijn. Dit project resulteerde dan ook in een groot aantal concrete producten zoals video's, instructiebladen, films, praktische checklists, stripjes, posters, PowerPointpresentaties, quizzen, stroomdiagrammen en bijvoorbeeld een instrumentenwaaier. Deze materialen werden in het project zowel on- als offline veelvuldig uitgewisseld tussen de deelnemers. Onderstaande situatieschets geeft een beeld van de rol van materialen in het verder verspreiden van de kennis die in dit programma is ontwikkeld.

*Op de een van de laatste dagen dat alle knowledge-brokers uit het project samenkomen worden zij opgeroepen als ambassadeur van het project op te gaan treden binnen de eigen instelling. De voortgang van het project wordt namelijk na afloop van het innovatieprogramma revalidatie afhankelijk van financiële ondersteuning uit de individuele centra. Om de knowledge-brokers te helpen bij deze taak krijgen zij een 'ambassadeurspakketje', met daarin een enveloppe en een usb-stick. In de enveloppe zit een brief die zij kunnen gebruiken om het management van hun eigen instellingen te informeren en te overtuigen van het nut van het programma. Op de usb-stick staat een presentatie, met afbeeldingen van alle tijdens het project ontwikkelde instrumenten. De presentatie wordt ter plekke vertoond en de aanwezigen zijn enthousiast. Het geeft een mooi overzicht, en een tastbaar resultaat. Sommigen vragen zich af waarom dit mooie product niet eerder ter sprake is gekomen.*

**FIGUUR 9: SITUATIESCHETS, GEBASEERD OP OBSERVATIEAANTEKENINGEN KB-DAG, 14-09-2012**

Hoewel de respondenten het belang van materialen in de projecten duidelijk zagen, geven ze ook aan dat deze alleen kunnen worden ontwikkeld als daar financiering voor is. Projectsubsidies of andere externe financiering werd dan ook vaak ingezet om het ontwikkelen en bijvoorbeeld drukken van deze materialen mogelijk te maken. In eigenlijk alle projecten speelde materialiteit dus een grote rol, maar het deed het ook nog iets anders. Opvallend was het om te merken dat zodra er over materialiteit als output werd gesproken de geïnterviewde zichtbaar enthousiaster werd. Blijkbaar doet kunnen laten zien van iets tastbaars iets met de persoon die daarvoor verantwoordelijk is. Het helpt in de communicatie en maakt daarmee ook dat betrokkenen trots kunnen zijn op het behaalde resultaat. Deze voorbeelden uit de projecten, en de vele anderen die werden genoemd die niet direct met de onderzochte casussen te maken hadden, laten zien dat materialiteit in innovatie een grote rol speelt. Materialiteit speelt een dergelijk grote rol bij innovatie omdat het resultaten zichtbaar maakt, het helpt in de verspreiding van de resultaten en het tevens een manier is om resultaten vast te leggen en te borgen.

## **(2) Borging in personen**

Om te zorgen dat anderen, zowel binnen als buiten de eigen revalidatie instelling, de ontwikkelde materialen ook gaan gebruiken blijken personen die als 'vertegenwoordiger van het project' kunnen optreden ook van belang te zijn. Deze personen zijn belangrijk voor de communicatie over de bereikte resultaten; zij kunnen optreden als spreekbuis van het project.

*"Je moet, zeker bij implementatie, een persoon in de vorm van een trekker mee hebben".*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

In de onderzochte implementatieprojecten worden personen als succesfactor gezien voor het bereikte resultaat en voor de bestendiging van de ingezette verandering. Zo gaven de respondenten in het implementatieproject in 't Roessingh aan dat de projectleider zelf cruciaal was in het proces van structurele inbedding van de ACT-methodiek in de

behandelpraktijk. De inspiratie, energie en motivatie kwam bij deze persoon vandaan; zonder haar, daar is iedereen van overtuigd, was dit project al lang gefaald. Eerder is al opgemerkt dat het werken aan innovatie vaak op dezelfde mensen neerkomt, wat ook laat zien dat blijkbaar bepaalde eigenschappen vereist zijn succesvol innovatieprojecten te kunnen leiden. Zo geven deelnemers aan de focusgroep in het implementatieproject in de Hoogstraat aan dat 'iemand met de juiste motivatie' cruciaal is om een project vlot te trekken.

*“Je hebt enorme daadkracht en een ongezonde dosis motivatie nodig om het werk als knowledge-broker aan te kunnen”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Projectleiders en KB'ers moeten goed zijn in het overtuigen van anderen om hun medewerking te verlenen. Hoewel men mag verwachten van professionals dat ze vanuit een sterke intrinsieke motivatie willen blijven doorleren en zich willen blijven ontwikkelen en inzetten voor innovatie, is dat in de praktijk niet vanzelfsprekend. De trekkers van innovatieprojecten hebben hier een taak in, zo blijkt ook uit het implementatieproject in Rijndam en het innovatieproject in de Maartenskliniek. Ook hier waren individuele personen belangrijk voor het initiatief van het project, de motivatie gedurende de looptijd en de communicatie rondom het project en de resultaten. In het implementatieproject in de Hoogstraat waren het vooral de knowledge-brokers die werden genoemd als belangrijke personen voor de borging en verdere verspreiding van projectresultaten, zoals blijkt uit onderstaande quote.

*“Jullie zijn vanaf nu de belangrijkste mensen voor ons project, namelijk de ambassadeurs van ons netwerk. Wij hebben alleen een pakketje om jullie daarbij te helpen”.*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Slechts sporadisch zijn in de onderzochte casussen de nadelen ter sprake gekomen van het beleggen van de verantwoordelijkheid voor een project bij individuele personen. Een van de deelnemers aan de focusgroep binnen het onderzoek naar het implementatieproject in de Hoogstraat geeft aan dat het kan leiden tot een bepaalde moeheid onder hen van wie juist medewerking vereist is.

*“Ik wordt als KB'er bijvoorbeeld wel vrijgemaakt voor dit soort werk maar de leden van de werkgroep niet, het gevaar is dan dat mensen gaan denken 'heb je haar weer hoor, we moeten weer iets”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Een ander probleem dat men heeft op het moment dat de verantwoordelijkheid voor een project teveel bij een beperkt aantal individuen wordt gelegd is dat men moeilijk kan voortzetten wat er is bereikt als de personele bezetting gaat veranderen.

*“Wat beklijft er als er teveel afhangt van de ideologie van individuele personen of de leiding?”*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Deze quote illustreert dat men ook niet te afhankelijk moet worden van bepaalde personen. Echter, het andere uiterste, zo geven de respondenten aan, is ook geen goede optie. Als werken aan innovatie puur op vrijwillige basis gebeurd krijg je dat altijd dezelfde mensen bereid blijken om energie en (privé-)tijd in dat soort projecten te investeren. Op die manier wordt men te afhankelijk van bepaalde individuen. Toch heeft deze paragraaf laten zien hoe belangrijk bepaalde personen met 'voortrekkers' eigenschappen zijn voor innovatieprojecten; niet alleen voor de vernieuwing, maar zeker voor de borging blijken ze vaak onmisbaar.

### **(3) Borging in structuren**

Materialen en personen zijn dus belangrijk voor de borging van projectresultaten, zoals hierboven is beargumenteerd. Toch geven de respondenten aan dat je het ook als trekker met ontzettend mooie materialen niet gaat redden. Voor borging blijkt nog meer nodig. Hoewel er in de projecten over borging gesproken werd ging dat vaak, in eerste instantie, over de borging van de specifieke projecten, niet over de borging van het vermogen om in de toekomst soortgelijke projecten op te starten. Voor veel van de projecten was het dan ook al een uitdaging om het project door te laten gaan zodra het Innovatieprogramma Revalidatie ophoudt te bestaan. In het onderzoek zijn manieren te zien van borging die verder gaan dat het individuele project en de daarbij horende materialen en personen, wij noemen dit 'borging in structuren'. De respondenten geven aan dat het borgen in structuur een continue zoektocht was, die vaak vastloopt op de onveranderlijkheid van de bestaande structuur.

De respondenten gaven aan dat het belangrijk is om het project om te zetten in vaste structuren om het bereikte resultaat te borgen en daarmee te zorgen dat het project een duurzaam effect heeft op een specifiek deel van de revalidatie. Hierin kan men denken aan het vastleggen in werkafspraken of samenwerkingsverbanden binnen en buiten de eigen organisatie. Zo is tijdens het een netwerkdag van knowledge-brokers in het implementatieproject in de Hoogstraat gesproken over hoe men door middel van organisatieroutines en werkafspraken het gebruik van ontwikkelde instrumenten kan garanderen. Enkel als resultaten kunnen worden vastgelegd in een structuur verdient het werken aan innovatie dat het tot prioriteit wordt gemaakt.

*"In plaats van het vrijblijvend te houden moet men het vastleggen in werkafspraken...[..]...het gaat om zoets essentieels...[..]...alleen door dat vast te leggen krijgt zoets belangrijks blijvend prioriteit".*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT 14-09-2012**

Naast het vastleggen in werkafspraken van bepaalde taken en het gebruik van ontwikkelde instrumenten zijn er in de casussen drie andere voorbeelden van structurele borging opgemerkt. Deze zullen hieronder achtereenvolgens worden besproken; het gaat om (1) samenwerking met scholing; (2) vastleggen in de DBC-structuur en (3) vastleggen in kwaliteitsindicatoren.

#### *Samenwerking met scholing*

Een manier om structurele borging te doen is volgens het zoeken naar samenwerking met onderwijs. De respondenten in verschillende casussen geven aan dat borging ook zit in het toevoegen van het geleerde aan de opleiding van toekomstige professionals. Op die manier wordt wat eerst een innovatieve aanpak was, voor de volgende generatie professionals de

normale manier van handelen. Een voorbeeld van samenwerking met scholing is te vinden in de Maartenskliniek. Hier is er contact geweest met de opleidingen fysiotherapie en logopedie, over dingen als 'gaming' in behandeling. Doel is om het bewustzijn over de mogelijkheden van e-health en de ontwikkelde e-health applicaties te vergroten bij toekomstige professionals. Ook in het implementatieproject in 't Roessingh is nagedacht over de mogelijkheden om het project te borgen middels opleidingen en cursussen. Daar ziet men echter wel problemen omdat in de sector de opleidingsbudgetten onder druk staan en sterk krimpen. In dit specifieke geval is getracht het geleerde om te zetten in een masteropleiding om te zorgen dat de nieuwe aanpak ook automatisch structureel wordt voor toekomstig professionals. Deze contacten met scholing van nieuw op te leiden te professionals kunnen ertoe leiden dat concrete projecten ook een blijvende impact hebben omdat innovaties voor de nieuwe generatie professionals dan vanzelfsprekend onderdeel van het werk zijn geworden. Een laatste voorbeeld komt niet direct uit een van de casussen maar is daar wel meerdere malen ter sprake gekomen. Zo is binnen een ander project over CVA-behandeling een nieuwe cursus ontwikkeld die ingaat op de specifieke behandelvaardigheden die nodig zijn om CVA-patiënten beter te behandelen. Deze cursus wordt vanaf heden gegeven door het NPI (Nationaal Paramedisch Instituut) en daarmee ingebed in de bestaande nascholingsstructuur.

Hoewel men de potentie van samenwerking met scholing ziet, wordt in de verschillende casussen wel een kanttekening gemaakt bij deze manier van borgen. Op het moment dat de samenwerking puur op behandelinhoud wordt gezocht, is het ook snel achterhaald omdat ontwikkelingen elkaar te snel opvolgen om structureel verwerkt te worden in een opleiding. Daarnaast wordt er te weinig aandacht besteed aan innovatie- en implementatievaardigheden. Zo geeft de coördinator van het implementatieproject in de Hoogstraat aan dat juist die vaardigheden cruciaal zijn voor vernieuwing en borging daarvan.

*“Het verschil met een bijscholingscursus is dat dat het hier gaat om implementatievaardigheden en kennis voor netwerkontwikkeling. Dit maakt het meer dan alleen kennisoverdracht wat bij nascholing vaak zo is...[..]..het toepassen wordt dan over gelaten aan het individuele niveau maar in dit project komt het echt neer op het gaan doen”.*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Gegeven deze observatie is het daarom van belang om juist het aspect van noodzakelijke vaardigheden voor innovatie te verwerken in de opleidingen van nieuwe professionals in de revalidatie<sup>40</sup>. Hoewel er dus enig verschil van inzicht bestaat over de precieze invulling is men het erover eens dat samenwerking met scholing een goede manier kan zijn om resultaten structureel te borgen.

#### *Vastleggen in DBC-structuur*

Een andere wijze van structurele borging die in de casussen naar voren is gekomen is het zorgen dat nieuwe behandelingen zo snel als mogelijk worden verwerkt in de bestaande financiering: de DBC-structuur<sup>41</sup>. Volgens de respondenten is dit de eenvoudigste manier om

---

<sup>40</sup> In de casussen zijn hier wel voorbeelden van genoemd; zoals de master neurorevalidatie van de HAN ontwikkeld om juist paramedische professionals uit de revalidatie de juiste vaardigheden bij te brengen om ook in de toekomst nieuwe innovatieprojecten te kunnen leiden.

<sup>41</sup> Gelukt in sommige gevallen uit de Maartenskliniek bij spraaktechnologie

gebruik verder te stimuleren, zeker als het is vastgelegd als DBC. Dan wordt het bijvoorbeeld ook eenvoudiger om via het contact met verzekeraars het gebruik verder te stimuleren.

*“De verzekeraar zou dit ook moeten gaan promoten. Ze kunnen organisaties aanzetten ook via tele-health te gaan werken, zeker als die behandeling ‘evidence based’ is beoordeeld en is vastgelegd in de DBC-structuur”.*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 22-06-2012**

Sommige respondenten geven aan dat deze manier van borgen vooral zinvol is omdat het concrete resultaten van innovatieprojecten meer ‘voorschriftsgewijs’ als richtlijn koppelt aan het dagelijks werk in de revalidatiepraktijk.

#### *Vastleggen in kwaliteitsindicator*

Een laatste wijze van structurele borging die slechts theoretisch besproken is in de casus van het implementatieproject van de Hoogstraat, is het vastleggen van bepaalde concrete variabelen in de gehanteerde kwaliteitsindicatoren. Zo werd er geopperd door aanwezigen bij de focusgroep in dit project of niet de methode van werken met KB'ers, opgenomen zou kunnen worden als kwaliteitsindicator. Betrokkenen geven aan dat hiervoor eerst wel bewijs van de effectiviteit noodzakelijk is, ondanks dat het nu al veelbelovend lijkt. Zeker omdat in de centra waar KB'ers actief zijn, het principe van de methode is verbreed naar andere projecten. KB'ers zijn op sommige plekken onderdeel van het kwaliteitsmanagement.

*Samengevat*, borging is van belang is om de bereikte projectresultaten een bredere en langere impact te laten hebben op de praktijk van revalidatie. Deze paragraaf heeft ook laten zien dat de vele voorbeelden van werken aan borging uit de verschillende casussen, in te delen zijn in drie vormen: materialen, personen en structuren. Hiermee is borging meer dan het zichtbaar maken van gemeten resultaten; borging gaat over hoe projectresultaten kunnen worden bestendig en verankerd.

### **7.2.8 Rol van andere actoren**

In de casussen bleek is vooral gesproken met paramedici. Bij hen kwamen veel van de innovatieve ideeën vandaan en zij traden vaak op als projectleider en contactpersoon. Echter, in het onderzoek is ook de rol van drie andere groepen actoren aan de orde geweest. Veel van de respondenten spraken over het belang van het betrekken van managers, patiënten en artsen bij innovatie. Bovendien zijn personen uit deze drie groepen op specifieke momenten betrokken bij het onderzoek. In deze paragraaf wordt stil gestaan bij de rol van managers, patiënten en artsen bij de onderzochte innovatie- en implementatieprojecten.

#### **(1) Management**

Men verschilt in de uiteenlopende casussen van mening over de rol en de taak die het management heeft in innovatieprojecten. Een deel van de respondenten pleit voor een grote rol voor het management in innovatie, terwijl anderen het liefst zien dat managers zich daar niet teveel mee bezighouden. Toch wordt er over het algemeen vanuit gegaan dat het management belangrijk is voor innovatie. Hierin wordt wel onderscheid gemaakt tussen verantwoordelijkheden en rollen. Bestuurders hebben een grote verantwoordelijkheid in de ogen van de respondenten, vooral als het aankomt op het creëren van randvoorwaarden

maar moeten volgens vele professionals niet te dicht bij de inhoud gaan zitten. Steun voor innovatie, gedragen door een sterke visie worden van bestuurders en management verwacht. Innovatie is volgens een groot deel van de respondenten dan ook een gedeelde verantwoordelijkheid, waarin het management zeker een rol speelt.

*“Zeker als onderzoeker kan je niet zonder steun uit het veld en bestuur. Ik bedoel daar sta je dan machteloos te wezen met je richtlijnen en protocollen in je hand”.*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Deze quote laat zien dat innovatieprojecten niet van de grond komen zonder deze steun. Andere respondenten gebruiken een andere argumentatie en geven aan dat het feit dat innovatie van belang is voor de gehele organisatie en de kwaliteit van zorg maakt dat er altijd een overkoepelend belang aan de innovatie zit dat verder gaat dan het innovatieproject zelf. Dit zorgt er voor dat hier een belangrijk taak voor het management van instellingen ligt. Zoals een van de respondenten aangeeft in onderstaande quote ziet zij het vooral als de verantwoordelijkheid van het management om de incentives voor innovatie te organiseren. Dit kan door mensen positief te stimuleren maar ook door minder vrijblijvend zaken af te dwingen.

*“Je zou eigenlijk, dat is onze visie, binnen alle organisaties de eigen innovatiekracht moeten organiseren en mensen die dat willen af en toe hiervoor vrij plannen. Hoewel we dat ook in een DBC-structuur opgenomen willen zien worden moet je ook de innovatie vanuit het bestuur en management stimuleren bij je personeel...[..]...dan moet je ook wel afrekenen en dat vind ik dat hier niet gebeurt, het blijft allemaal te vrijblijvend en dat is erg lastig voor vernieuwing en onderzoek. Terwijl dat een heel duidelijke taak is van het management”*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Het creëren van bewustwording, het beleggen van verantwoordelijkheid en het afrekenen op resultaten zijn in een innovatief klimaat belangrijke taken van het management. Andere respondenten geven aan dat innovatie vaak ook vraagt om strategische beslissingen.

*“Je zit, zeker als bestuurder, met een bepaalde afweging tussen inhoud en kwaliteit en daar bedoel ik mee dat een inhoudelijke vinding nog zo goed kan zijn je het wel moet kunnen runnen. Wat maakt het duur? Je moet goed uitzoeken wat je bedrijfsmatig kunt doen om het programma goed te laten draaien”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

De verantwoordelijkheid gaat verder dan enkel de kwaliteit van zorg. Het is de uitdaging voor het management om die innovatieve projecten ook in de rest van de bedrijfsvoering in te passen en afwegingen te maken die gaan over de balans tussen kwaliteit en de bedrijfsvoering. Een bestuurder van een van de onderzochte revalidatiecentra gaat verder in op dit spanningsveld. Hij schets in het interview dat hij als bestuurder moet beslissen over een moeilijke balans tussen de ruimte voor innovatie en de controle die nodig is voor een goede bedrijfsvoering.

*Dat is een dilemma waar ik/ wij me in bevindt: de tucht van de productie en de ruimte voor vernieuwing”.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**



Aan de ene kant moet hij professionals ruimte en tijd bieden om aan innovatie te werken, maar aan de andere kant moeten professionals een bepaalde productie realiseren en moet de bestuurder daar op letten. In dit lastig spanningsveld heeft de bestuurder een belangrijke rol. Toch komt de rol die het management vervult bij innovatie volgens de respondenten zowel tot uiting in de ruimte die wordt gecreëerd als in de waardering die wordt geuit voor het werken aan innovatie. Volgens hen zit het vooral in de sfeer en cultuur van het centrum of werken aan innovatie mag en kan.

*“Sinds enige tijd waait hier een nieuwe wind waarmee innovatie veel geaccepteerder is...[.]...’Ben je ambitieus? Doe er iets mee’, dat is nu het motto. Hierdoor biedt je ruimte aan mensen die dat willen zonder dat het een verplichting voor iedereen gaat worden”.*

**MAATSCHAPPELIJK WERKER RIJDAM, 27-09-2012**

Ook de projectleider van het implementatieproject in de Hoogstraat gaf aan dat steun van het management van belang is, al bij aanvang van een project.

*“Bij ons kwam de wens voor het aanstellen van een KB’er vanuit het management, dat scheelt. Ik kwam in een gespreid bed terecht en had het gevoel dat ik gedragen werd door het management”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Een andere respondent benadrukt dat steun van met management ervoor kan zorgen dat een project meer gaat worden dan de hobby van de therapeuten; het is niet vanzelfsprekend dat innovatieprojecten worden gezien als van invloed op de hele organisatie. Onderstaande quote laat zien dat de steun van het management onontbeerlijk is om een project een grotere betekenis te geven, ook in de eigen organisatie.

*“Het goede aan het contact met RvB is bijvoorbeeld ook dat het even uit het project getild wordt en in de organisatiedynamiek besproken kan worden. Dit biedt de kans om het ook niet alleen als project maar als blijvende verandering te gaan zien. Wat ik al lang doe...maar nog niet iedereen hier”.*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Dat het management een belangrijke rol speelt bij innovatieprocessen was voor de projectleider van implementatieproject in 't Roessingh vanaf het begin van het project duidelijk. Dat heeft haar er dan ook toe aangezet om bij aanvang van het implementatieproject een deel van haar activiteiten specifiek te richten op het management van de deelnemende centra. De managers van de deelnemende centra in het implementatieproject heeft zij laten tekenen om zich contractueel vast te leggen op het principe van halen en brengen<sup>42</sup>.

*“De instellingen die mee gingen doen heb ik direct laten tekenen zodat zij zich committeerden. We moesten zorgen dat zij werkelijk iets investeren in cursusvergoedingen*

---

<sup>42</sup> Ook in het implementatieproject in de Hoogstraat werd een samenwerkingsovereenkomst getekend om kennisuitwisseling te garanderen. Meer informatie hierover is terug te vinden in de paragraaf over kennisdeling en –uitwisseling.

*en de vrijstelling van mensen. Grol en Wensink vertelden ons namelijk: zorg voor commitment”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Deze projectleider was er op basis van eerdere negatievere ervaringen van overtuigd dat het vastleggen van het commitment van het management de continuïteit kon garanderen. Want hoewel men realiseerde dat 'trekkers' - meestal inhoudelijk betrokken professionals - in de organisatie van belang zijn, is dat niet voldoende. Steun van het management is een cruciale voorwaarde, zoals de openingsquote van dit hoofdstuk ook weergeeft. Hoewel in deze paragraaf is beargumenteerd dat veel van de respondenten een grote rol voor het management weggelegd zien in innovatieprojecten, wordt deze niet altijd en automatisch opgepakt. Steun van het management is belangrijk, maar blijkt in concrete innovatieprojecten niet vanzelfsprekend te zijn. Hoewel vele respondenten aangeven dat het management een grote rol speelt bij innovatie, moet de rol van het management niet worden overschat. Volgens een bestuurder is het voor innovatie vooral belangrijk om de juiste mensen op de juiste plek te hebben en heb je daar als bestuurder slechts een beperkte rol in.

*“Het tussenstuk tussen de voorkant en achterkant van innovatie is echt iets voor professionals en daar heb ik een hele beperkte rol in...[..]...het klinkt als cliché' maar innovatie gaat over het zetten van de juiste mensen op de juiste plek...[..]...misschien is dan wel het belangrijkste dat je als bestuurder niet in de weg loopt, zeker als er al een netwerk van professionals aanwezig is dat hard werkt aan vernieuwing”.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

Volgens de respondenten is het te eenvoudig om de invloed van het management op innovatie als gegeven en als bepalend te beschouwen. Respondenten zien het als een taak voor professionals om de meerwaarde van hun werk aan het management te laten zien. In een specifiek geval zorgde het draagvlak in het behandelende team, het enthousiasme van betrokkenen en de eerste resultaten voor een welwillend management. Hiermee draaien zij de logica dus om: steun van het management moet je verdienen door te werken aan innovatie in plaats van dat je er op moet gaan zitten wachten. Een gebrekkige invulling van randvoorwaarden voor innovatie mag dan volgens deze respondenten niet als excuus worden gebruikt, het gaat uiteindelijk om het samenspel van professionals en bestuurders. Dit relativeert de rol van het management. Belangrijker dan de steun van het management is het informele contact en het informele netwerk van de direct betrokkenen. Volgens deze respondenten is de uitwisseling tussen professionals die elkaar kennen er toch wel, los van wat het bestuur daar van zegt, en verloopt het soms buiten de officiële kanalen om. Dit maakt dat de bestuurder minder impact heeft.

Het blijkt dat er verschillend wordt gedacht over de rol en invloed van het management. Sommigen zien een grote rol voor het management in innovatie, terwijl anderen vooral waarschuwen om deze niet te overschatten. Onderstaande quote vat dit algemene beeld goed samen.

*“Bij innovatie moet je ruimte geven en ruimte nemen...maar ruimte geven is niet hetzelfde als het compleet los laten van iedere verantwoordelijkheid”.*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Het is in ieder geval wel duidelijk dat het management belangrijke steun kan leveren en randvoorwaarden kan creëren die nodig zijn voor innovatie. Daarom is tijdens de casussen ook stilgestaan bij praktische invulling hiervan. Wij vroegen respondenten wat het management kan betekenen in concrete projecten. Uit verschillende interviews blijkt dat de rol van het management voornamelijk wordt beschreven als de verantwoordelijkheid om projectoverstijgende zaken te regelen. Vier specifieke taken van het management kwamen in het interview aan de orde: zorgen dat de uitgangspunten van het project passen bij het bredere strategische kader; samenwerking op bestuurlijk niveau zoeken met andere centra waar mogelijk; commitment uitspreken en uitdragen voor het initiatief intern en extern en randvoorwaarden scheppen voor professionals in het eigen centrum.

De eerste taak is volgens de geïnterviewde bestuurder cruciaal omdat volgens hem innovaties moeten passen in een bepaald kader en dus bij de bredere strategische keuzes die zijn gemaakt. Het maken van die keuzes en het bewaken van de grotere lijnen is volgens hem dan ook de eerste en meest belangrijke kerntaak van het management.

*“Het gaat om het nemen van besluiten en knopen doorhakken, het aanbrengen van focus...[.]...maar daar komt bij dat een innovatieproces om te gaan slagen wel moet gaan leven; ik kan dat alleen op grote lijnen. Die gaan echter wel over belangrijke dingen als een manier van werken op gang brengen en een cultuur creëren waarin innovatie mag”.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

Een praktische uitwerking van deze op innovatie gerichte cultuur zit bijvoorbeeld in het maken van afwegingen over de verdeling van opleidingsbudgetten en andere gelden over de verschillende speerpunten van het beleid. Ook het al dan niet uitspreken van een visie en steun voor het project is hier een onderdeel van. Een van de respondenten in de focusgroep binnen het onderzoek naar het implementatieproject in de Hoogstraat benadrukt dat het werken aan innovatie valt of staat met een sterke visie vanuit het management omdat, vanuit die visie, de concrete uitwerking in werkprocessen dan vanzelf volgt. Toch worden er ook kritische kanttekeningen bij deze invulling van de rol van het management gemaakt door aan te geven dat bestuurders niet moeten doorslaan. De verantwoordelijkheid voor randvoorwaarden moet niet leiden tot passievere professionals. Die hebben uiteindelijk ook een verantwoordelijkheid voor innovatie.

Met randvoorwaarden kan je als bestuurder veel betekenen voor de innovatiekracht van de organisatie, ze vormen dan ook de sturingsmechanismen die een bestuurder heeft om op innovatie te sturen. Toch is ook het innovatieproces zelf geen ‘black-box’ voor een bestuurder. Voorbeelden die worden genoemd om als management actief bij te dragen aan innovatie zijn het overdragen van verantwoordelijkheden, het (her)formuleren en operationaliseren van kernwaarden, het benoemen van sleutelfiguren in de organisatie, organiseren van een brainstorm met professionals, stukken bespreken en plannen maken. Dit is volgens sommige belangrijk om een project gaande te houden, zoals onderstaande quote illustreert.

*“De supervisie die er vanuit het management werd ingesteld is wel erg belangrijk omdat dat een plek en tijd bood voor reflectie op ons handelen als professionals, en dat heb je echt nodig”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP BEHANDELEND TEAM ACT 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

*Samengevat*, deze paragraaf bevat verschillende invullingen van de rol en taak die het management heeft in innovatieprojecten. Tijdens een van de interviews vergelijkt de bestuurder zijn rol met die van een houthakker. Hij geeft aan dat hij zichzelf als bestuurder vaak een houthakker voelt. Deze metafoor geeft mooi weer met welke afwegingen een bestuurder te maken heeft als het aankomt op innovatie en wordt daarom hieronder in een figuur weergegeven.

De bestuurder geeft aan dat hij groot belang heeft bij het draaien van grote productiviteit maar ook bij het bieden van ruimte aan experimenten; als bestuurder kan je aan beide knoppen draaien intern en extern. Volgens hem gaat de vergelijking met die van een houthakker dan ook prima op.

*Een houthakker kan doorhakken en doorhakken, oftewel productie draaien, maar dan realiseert hij zich wellicht te laat dat zijn bijl steeds botter aan het worden is. Als hij stopt om zijn bijl te slijpen of een nieuwe te kopen, oftewel te werken aan innovatie, ligt zijn productie tijdelijk stil maar zal het daarna beter en sneller gaan en misschien zelfs tot mooiere resultaten leiden. De vraag wordt dan neem je de tijd en ruimte om dat te doen of is, zeker op de korte termijn, de productie van hout van te groot belang. Ik voel me als manager soms wel die houthakker, ik word namelijk geconfronteerd met die afwegingen op organisatie-, instellings- en behandelingsniveau en worden heel concreet als je bijvoorbeeld vragen over opleidingsbudgetten moet gaan maken. Ook moet ik beslissen welke bomen ik omhak, welke kant ik opga, waar ik nieuwe initiatieven laat planten en opgroeien. Ja, ik ben als bestuurder wel een soort van houthakker, of boswachter ineen.*

**FIGUUR 10: METAFOOR 'DE HOUTHAKKER & DE BESTUURDER', ANTEKENINGEN 'T ROESSINGH, 11-09-2102**

Andere actoren die vanuit de gedeelde verantwoordelijkheidsgedachte een grote rol spelen zijn de patiënten en de artsen. In de casussen is dan ook veelvuldig gerefereerd aan het betrekken van patiënten en artsen bij concrete innovatieprojecten. Hoewel veel van de ideeën voor innovaties bij paramedici vandaan komen worden deze twee actorgroepen wel als belangrijk gezien voor het succes van de innovatie. Patiënten zijn natuurlijk diegene die uiteindelijk met de nieuwe methodiek of aanpak zullen gaan worden behandeld. Artsen vervullen in behandelteams een coördinerende rol waardoor zijn ook te maken krijgen met innovaties. Beide groepen vervullen daarom een belangrijke rol in concrete innovatieprojecten.

## **(2) De patiënt**

Om draagvlak te creëren voor een innovatie is het wenselijk om tijdig het perspectief van patiënten te betrekken; bovendien zijn veel van de ontwikkelde innovaties of methodieken doelgroep specifiek. Een voorbeeld hiervan is de ACT aanpak voor chronische pijn patiënten; deze behandeling is nadrukkelijk bedoeld voor mensen die zijn vastgelopen in hun aanpak van chronische pijnklachten. Dit maakt dat de aanpak ook niet automatisch geschikt is voor andere groepen patiënten. Het wordt volgens sommige respondenten nog wel eens vergeten tijdens innovatie- en implementatieprojecten dat juist de toepassing bij een specifieke doelgroep bepalend is voor het succes. Soms is het betrekken van de patiënt de essentie van de innovatie. Zo is dezelfde ACT-aanpak erop gericht om dat te doen wat het leven van de chronische pijnpatiënt volgens henzelf waardevoller maakt. Hierin is wel maatwerk nodig omdat het risico bestaat dat mensen worden overvraagd. Men maakt daarom onderscheid tussen de regie bij de patiënt (meer zelf laten beslissen), en de zorg vanuit het perspectief van de patiënt organiseren (rekening houdend met individuele

(on)mogelijkheden). Voor innovatie is het dus belangrijk dat men zich realiseert dat deze vaak doelgroep specifiek zijn en dat het van belang is om maatwerk te blijven leveren

Het betrekken van het patiënten perspectief is niet eenvoudig. Zo is in het innovatieproject in de Maartenskliniek veelvuldig het initiatief genomen om patiënten te betrekken maar bleek dat in de praktische uitwerking lastig. Vooral het punt van goede representatie blijkt moeilijk. Het is niet eenvoudig om *het* patiëntperspectief te vinden, ook niet via de patiëntverenigingen.

*“Je probeert patiënten erbij te betrekken maar van die patiëntenvereniging wordt je niet vrolijk, die vechten elkaar de tent uit...[.]...In Nederland heb je voor iedere kwaal...alleen al de verschillende clubjes voor verschillende aandoeningen...[.]...we zoeken soms afvaardigden van patiënten verenigingen, maar dat is niet altijd gemakkelijk, omdat zij zo verschillen”.*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012.**

Een alternatief voor het betrekken van patiëntverenigingen is het optellen van individuele ervaringen van patiënten; de opgetelde ervaringen vormen dan de representatie van de mening van de patiënt. Op deze manier voorkom je ook dat slechts een individuele ervaring bepalend wordt voor het algemene beeld dat over een innovatie ontstaat. Een andere reden waarom het betrekken van het patiëntperspectief moeizaam is, zijn de uiteenlopende verwachtingen. Kortom, het betrekken van het patiëntperspectief is belangrijk, soms vormt het zelfs de essentie van een innovatieproject maar het is tegelijkertijd niet eenvoudig te organiseren. De zorg vanuit patiëntperspectief organiseren vraagt om maatwerk en het managen van verwachtingen.

### **(3) De revalidatiearts**

In het onderzoek is vooral veel gesproken met paramedici en niet-artsen. De rol van revalidatieartsen bij innovatie is echter ook besproken. Revalidatieartsen blijken in innovatieprojecten een belangrijke rol te spelen. In de verschillende onderzochten casussen werd er dan ook door niet-artsen veel gesproken over de rol van de arts in concrete innovatieprojecten. Veel van de paramedische respondenten geven aan dat traditionele beelden over de verhouding tussen artsen en niet-artsen remmend werkt op concrete projecten. Hiërarchisch gezien staan artsen volgens sommige respondenten nog altijd boven de paramedische behandelaars, traditioneel aangeduid met de ‘verlengde-arm-constructie. Dit is echter aan het veranderen; artsen zijn dan een onderdeel van het behandelteam rond een patiënt. Om revalidatieartsen te betrekken bij en te motiveren voor concrete innovatie- en implementatieprojecten is het van belang om de resultaten zichtbaar te maken. Artsen zijn volgens enkele respondenten gevoelig voor resultaat, cijfers en bewijs dat een nieuwe aanpak werkt. Hun medewerking is eerder te verkrijgen indien dat effect kan worden aangetoond. Om echt breed effect te sorteren met een implementatieproject is het volgens de respondenten echter cruciaal om de steun van de artsen te krijgen.

De respondenten geven aan dat er bij nieuwe ontwikkelingen soms weerstand bij artsen bemerkt wordt, maar ook dat die te overwinnen valt. Respondenten geven aan dat zij het als hun taak zien om de inzet van artsen te managen door hen praktische hulpmiddelen te bieden, zoals een checklist. Tijdens de focusgroep bevestigde een aanwezige revalidatiearts dat artsen wellicht niet altijd de neiging hebben om open te staan voor innovatie.

*“Ja, er is aan het begin zeker wel enige weerstand. Ook omdat het niet van directe collega’s maar van niet-artsen komt...[.]...toch denkt men later van nee ik moet hier wel echt iets mee”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Als wordt doorgevraagd op waarom dan op een gegeven moment ook artsen gaan inzien dat het een waardevolle ontwikkeling is worden daar twee verklaringen voor gegeven. Allereerst is het van belang dat niet een specifieke arts maar meerdere artsen en andere professionals over verschillende centra het idee ondersteunen. Dit is in de beleving van de artsen vooral belang omdat het dan als een gezamenlijke verantwoordelijkheid gevoeld wordt in plaats van slechts de verantwoordelijkheid van de arts zelf. Ten tweede werd gesteld dat het feit dat een project landelijk werd opgepakt helpt in de legitimiteit van het project<sup>43</sup>. Het feit dat het specifieke project onderdeel was van het innovatieprogramma in de revalidatie en dat daardoor meerdere centra meededen gaf een gevoel van urgentie. De respondent noemt de ontstane groepsdruk als factor die ervoor zorgt dat ook revalidatieartsen een project oppakken.

Deze paragraaf beschrijft hoe verschillend er wordt gedacht over de rollen en taken van het management bij innovatie en laat ook zien hoe andere belangrijke actorgroepen, de patiënt en de arts, bij innovatie zijn.

**7.2.9 Conclusie**

De analyse van bevindingen uit de case studies leidt tot een zevental cruciale randvoorwaarden die belangrijk blijken voor de start, het verloop en het resultaat van de innovatie- en implementatieprojecten. De tabel hieronder bevat een kort overzicht en beschrijving van deze randvoorwaarden en dient daarmee als conclusie van dit hoofdstuk over hoe innovatie werkt.

**TABEL 2: OVERZICHT VAN DE ZEVEN THEMA’S IN DE PRAKTIJK VAN INNOVATIE**

#	Thema	Korte beschrijving
1	Netwerken	Zo wel officiële projectnetwerken als andere professionele netwerken zijn in de projecten van groot belang voor de start, het verloop en de verdere verspreiding van ontwikkelde innovaties.
2	Rol van onderzoek	Sterk wetenschappelijk onderzoek is van belang als bron van innovatie maar ook als ondersteuning om bewijs op te bouwen. In de revalidatie is het daarnaast cruciaal om onderzoek en praktijk goed aan elkaar te verbinden.
3	Kennisuitwisseling	Kennisdeling is van belang voor innovatie en komt de kwaliteit van de gehele sector ten goede. Er zijn twee praktische methoden gebruikt in de casussen; deze illustreren dat kennisdeling niet eenvoudig is.
4	Tijd	De revalidatie is een productiegerichte sector; professionals hebben weinig tijd voor innovatie. Tijd voor innovatie dient flexibel en niet instrumenteel te worden georganiseerd. ‘Tijd’ zit ook in de ervaren ruimte en verantwoordelijkheden.
5	Normatieve reflectie	Innovatie biedt en vereist ruimte voor normatieve reflectie. Werken aan innovatie zet bovendien aan tot denken over deze aspecten van een innovatieproject en dus over de betekenis voor wat goede zorg is.

<sup>43</sup> Hier wordt verwezen naar de werking van het programma Innovatie in de Revalidatie; dat naast een faciliterende werking ook een legitimerende werking heeft.

6	Borging	Borging van projectresultaten is belangrijk en is terug te vinden in de vorm van materialen, mensen en structuren. Waar de eerste twee vooral ingaan op borging van project, beoogd borging in structuur een duurzamer effect.
7	Rol andere actoren	Naast paramedici spelen ook andere groepen actoren een belangrijke rol in innovatieprojecten. Voor succesvolle ontwikkeling en verspreiding van innovatie is het betrekken van management, patiënt en arts van belang.

Het overzicht laat zien dat innovatie in de praktijk vaak gaat over *welke waarden van belang zijn*; welke rol spelen onderzoek, bewijslast en kennis bijvoorbeeld? Hoeveel waarde wordt daaraan gehecht? Soms gaat het meer over *een reflectie op die waarden*; wat leert een normatieve reflectie op de innovatie over bijvoorbeeld goede en verantwoorde zorg? Soms gaat het om *de realisatie van die waarden*; hoe organiseert men de tijd en samenwerking die nodig en wenselijk gevonden wordt? Tot slot gaat het over het *borgen van de waarden* in de innovatie; hoe vertaalt dit alles zich in mensen, materialen en structuren? De weg die daarvoor gekozen wordt is veelal ook ingegeven door opvattingen en eerdere ervaringen. Innovatieprocessen zijn in de praktijk dus nadrukkelijk gekoppeld aan waarden. Dat stuurt niet alleen de opvattingen over wat goede innovaties zijn, maar ook wat goede zorg gevonden wordt.

## 7.3 Sectoreigenschappen revalidatie

*“De revalidatie is anders, misschien zijn wij  
wel 1 grote revalidatieorganisatie”*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

### 7.3.1 Introductie

Voor de innovatiekracht zijn niet alleen randvoorwaarden voor innovatieprocessen van belang maar kunnen ook sectorspecifieke eigenschappen en omstandigheden bepalend zijn. Zo is in de innovatieliteratuur al geruime tijd bekend dat de omgeving en/of context van innovatie uitmaakt voor het verloop en het succes van innovatieprocessen. Om een goede analyse te kunnen maken van een innovatieprogramma in de revalidatie en om specifiek voor de revalidatie aanbevelingen te kunnen doen is het daarom van belang de sector zelf ook te analyseren. Dit hoofdstuk richt zich daarom op een analyse van hoe innovatie en de revalidatiesector zich tot elkaar verhouden. De in dit hoofdstuk beschreven kenmerken of eigenschappen van de revalidatie hebben niet altijd een directe invloed op innovatie maar bepalen wel mede hoe de context van innovatie eruit ziet. Daarmee zijn de genoemde factoren wel bepalend voor de omstandigheden waarin aan innovatie kan worden gewerkt. Gedurende het onderzoek in de verschillende casussen zijn veel karakteristieke eigenschappen van de revalidatie ter sprake gekomen waarvan in dit hoofdstuk de bevindingen zullen worden gepresenteerd. Zes eigenschappen van de revalidatie die volgens respondenten bepalend zijn voor innovatie in de revalidatie worden toegelicht<sup>44</sup>.

### 7.3.2 Revalidatie; innovatief of niet?

In de verschillende casussen en in de reflecterende interviews over onze bevindingen is de respondenten gevraagd naar het beeld dat zij hebben bij innovatie in de revalidatie. De vraag is dan ook gesteld ‘hoe innovatief is de revalidatie volgens u?’ De respondenten schetsen in hun antwoorden een dubbel beeld over de innovativiteit van de revalidatie.

*“We innoveren wel en niet, we zijn dus innovatief en niet innovatief tegelijk”.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

Het lijkt, zo bleek ook al uit de interviews met de betrokkenen bij de opzet van het programma<sup>45</sup> bijna een paradoxaal beeld te zijn; de sector is innovatief en ook weer niet.

*“De revalidatiesector presenteert zich als een vooruitstrevende en innovatieve sector maar was eigenlijk van oudsher nogal een suffe sector”*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

---

<sup>44</sup> De beschrijving van deze eigenschappen richt zich daarmee op de in het theoretisch kader genoemde sectoreigenschappen die van invloed zijn op innovatieprocessen in de revalidatie (zie §2.4).

<sup>45</sup> Zie hoofdstuk 5 vanaf pagina 33



Dit dubbele karakter komt ook tot uiting als doorgevraagd wordt naar welke factoren hiervoor verantwoordelijk zijn. Aan de ene kant wordt er in de sector hard gewerkt, zijn er veel gemotiveerde professionals en enthousiaste managers actief, wordt er veel onderzoek verricht en wordt er volop en continu gewerkt aan vernieuwing, vaak geïnitieerd vanuit de inhoud. Tegelijkertijd benadrukken anderen dat er vooral elementen zijn die de sector minder innovatief en vooruitstrevend maken.

*“Wat ons belemmert om succesvol te innoveren is dat we behoorlijk traditioneel en behoudend zijn. We kennen de prikkels van de markt onvoldoende en er heerst een zekere arrogantie van de macht.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

Ook tijdens de focusgroep in het implementatieproject in de Hoogstraat komt het dubbele karakter van de revalidatie ter sprake. Ook hier denkt men nogal verschillend over de vraag hoe innovatief de sector is. Volgens een van de respondenten uit het implementatieproject in 't Roessingh komt dat omdat men wel altijd gericht is op het 'nieuwe' maar te weinig stilstaat bij wat er nodig is om dat 'nieuwe' dan ook zo optimaal mogelijk in te zetten. Kortom, in de ogen van deze respondenten is er in de revalidatie van oudsher een overwaardering van innovatie ten opzicht van implementatie. Dit verschil van aandacht voor deze twee onderdelen van innovatieprocessen zorgen voor een wisselend beeld over de innovativiteit van de sector, getuige onderstaande quote.

*“Dat je dan iets nieuws leert maar dan nog steeds erg met de vraag blijft zitten over hoe je dat dan doet in de revalidatie. De ‘hoe-vraag’ is cruciaal. Dan kan je wel een werkbezoek hebben gepland maar dat betekent zeker niet dat je het daarna zelf kan. Dat weten we ook wel uit de psychologie, iets weten is nog iets anders dan het integreren in je eigen gedrag”*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Het paradoxale beeld over het innovatieve karakter van de sector ontstaat dus wellicht door de overmatige aandacht van innovatie t.o.v. implementatie. Respondenten geven aan dat kijkend naar innovatie de sector goed scoort; er zijn namelijk altijd veel nieuwe ontwikkelingen. Kijkend naar implementatie scoort de sector, volgens de respondenten, echter slecht; er wordt te weinig gedaan met nieuwe ontwikkelingen in de praktijk. De verschillende aandacht voor deze twee onderdelen van innovatie is volgens hen dan ook verantwoordelijk voor het tweeledige antwoord op de vraag of de revalidatie een innovatieve sector is of niet. Tot slot speelt de beeldvorming over de sector volgens de respondenten een bepalende rol in de discussie innovatie in de revalidatie.

*“Het klimaat voor innovatie en het enthousiasme zijn erg groot maar we verliezen het in de beeldvorming en de aandacht, die gaat toch vaak uit naar ziekenhuizen en de technologische hoogstandjes die daarin worden ontwikkeld”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Uit bovenstaande uitspraken blijkt dat er in de sector geen eenduidig beeld bestaat over de mate van innovativiteit van de sector. Het onderzoek heeft zich daarom gericht op de vraag welke eigenschappen van de revalidatiesector als verklaring voor dat beeld worden gegeven. Het blijkt dat men ook van mening verschilt over de factoren die daarvoor verantwoordelijk zijn. Om beter inzicht te krijgen in het dubbele beeld dat van innovatie in de

revalidatie wordt geschetst wordt er in deze paragraaf uitgebreid stilgestaan bij zes eigenschappen die de respondenten zien als bepalend voor innovatie in de revalidatie: structuur, samenwerkingsbereidheid, revalidatieprofessionals, interne focus, multidisciplinariteit en chroniciteit. Mogelijk zit er in deze zes variabelen een verklaring voor het dubbele beeld dat respondenten hebben bij innovatie in de revalidatie. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen deze elementen nader worden toegelicht.

### **(1) Structuur**

De respondenten zien de revalidatiesector als een volwassen sector; een sector die al relatief lang bestaat en waar iedere organisatie een min of meer vaste positie heeft ingenomen. Men geeft aan dat de bestaande revalidatie centra ieder wel een eigen positie heeft ingenomen, zowel geografisch als qua expertise en specifieke aandachtsgebieden. Het feit dat de sector 'volwassen' is, en zich dus al geruime tijd heeft kunnen ontwikkelen, betekent volgens vele respondenten ook er inmiddels sprake is van 'de grote vier'. Er zijn vier grote revalidatiecentra met een sterke positie in de sector, zeker op het gebied van onderzoek en innovatie.

*“Het zijn in de revalidatie wel altijd dezelfde die voorop lopen: 't Roessingh, Sint Maartenskliniek, Rijndam en de Hoogstraat”*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Respondenten uit deze vier grote centra geven ook aan dat de naam van het specifieke centrum en de status die daaraan verbonden is, helpt in het organiseren van inhoudelijke veranderingen. Men heeft een naam hoog te houden en ieder centrum doet dat op net een ander gebied. Dit is echter niet enkel positief voor het betreffende centrum omdat volgens betrokkenen het ook kan doorslaan. Zo geven verschillende respondenten aan dat zij soms merken dat mensen 'Roessingh of Rijndam-moe' worden. Dat vernieuwingen vaak van dezelfde organisaties komen is ook volgens de respondenten uit de Hoogstraat niet vreemd. In het interview met een projectleider wordt benadrukt dat de status van de Hoogstraat meehelpt op het specifieke expertisegebied.

*“Wij staan toch bekend als expertisecentrum en hebben het netwerk ervoor...[.]...het is dus logisch dat wij trekker zijn maar dat versterken we ook zelf door onszelf steeds te bewijzen”.*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Over de belangrijke rol van de vier grote centra op het gebied van innovatie in de revalidatie wordt gezegd dat het 'niet vreemd' is dat alle grote implementatieprojecten van de grote organisaties komen. Men geeft aan dat nu eenmaal een bepaalde schaal nodig is om geld en menskracht vrij te maken voor grote implementatieprojecten en het projectmanagement dat daar voor nodig is. De grote vier centra zijn volgens de respondenten door bijvoorbeeld hun sterke onderzoeksafdeling, status en grote aantal patiënten eerder in staat dat te doen.

*“Implementatie is het sluitstuk van innovatie en dat kan in grote centra nu eenmaal makkelijker worden georganiseerd qua geld, mensen en draagvlak”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Op de vraag of de sector innovatief is wordt door sommige respondenten dan ook het onderscheid gemaakt op niveau van de centra. Zo worden de vier grote instellingen, 't

Roessingh, de Hoogstraat, Rijndam en de Maartenskliniek, vaak genoemd als meest innovatief. Een van de verklaringen hiervoor kan volgens de respondenten in de Maartenskliniek worden gevonden in de structuur waarin in het revalidatiecentrum opereert. In de revalidatie werkt niet iedere centrum volgens de zelfde structuur, zo is de Maartenskliniek deels een ziekenhuis. De financiering loopt hierdoor op onderdelen anders. Maar het heeft ook gevolgen voor de samenstelling van het personeelsbestand, zo geven de respondenten aan dat in de Maartenskliniek relatief gezien een hoog percentage van het personeel gepromoveerd<sup>46</sup> is, wat volgens hen een veel scherpere en innovatievere manier van werken tot gevolg heeft.

Een ander element in de structuur van de revalidatie met een invloed op het innovatieve vermogen komt ter sprake in het innovatie- en implementatieproject in Rijndam. Volgens de projectleider van dat project is het van belang om in te zien dat de revalidatie geen echte behandelindustrie<sup>47</sup> heeft die kant-en-klare behandelingen of technologische producten kan leveren aan zorginstellingen. Andere medische disciplines hebben dat in haar ogen meer. Als voorbeeld wordt de farmaceutische industrie genoemd die medicinale behandelingen ontwikkeld voor vele disciplines. In de revalidatie, zijn door het ontbreken van een behandelindustrie de zorgorganisaties, die dus als primaire taak hebben zorg te verlenen, zelf verantwoordelijk voor het bedenken, financieren en ontwikkelen van inhoudelijke innovaties. Zij geven dan ook aan dat veel van de innovaties in de revalidatie hun oorsprong vinden binnen revalidatie instellingen zelf. Dit maakt het volgens betrokkenen echter niet eenvoudig om innovatie ook te organiseren en te realiseren.

Kortom, de structuur van de sector is van invloed op innovatie in de revalidatie door de specifieke geografische spreiding, de grootte van bepaalde centra en het feit dat er geen behandelindustrie is. Sommige structurelementen hebben een positieve werking, zoals de geografische spreiding die zorgt voor gescheiden markten en dus minder concurrentie en de sterke positie van bepaalde centra. Andere structurelementen wordt een negatieve werking toegedicht, zoals de dominantie van bepaalde centra en het ontbreken van een behandelindustrie. Hierin valt al op dat effect op innovatie in de revalidatie van het bestaan van 'de grote 4' zowel positief als negatief wordt gezien.

Na de analyse van de structurelementen is het op zijn minst opvallend te noemen dat in dit overzicht en in de beschrijving van de invloed van structurelementen geen project overstijgende instituties worden genoemd. In de verschillende gesprekken in de casussen is over dit onderwerp niet gesproken over bijvoorbeeld Revalidatie Nederland als brancheorganisatie of de VRA als beroepsvereniging. Hoewel deze partijen een belangrijke taak hebben in de sector spelen deze blijkbaar in de beleving van de respondenten van de innovatie- en implementatieprojecten geen directe rol van betekenis voor innovatie in de sector. Dit is opmerkelijk te meer daar direct betrokkenen bij de opzet van het programma wel een rol voor soortgelijke instituties zien in het aanjagen van innovatie. De potentiële verbinding die soortgelijke instituties kunnen maken tussen het niveau van de projecten en het programma wordt door de in dit onderzoek betrokken respondenten niet direct gezien.

---

<sup>46</sup> Over het algemeen wordt gesteld dat de revalidatie juist een jonge sector is en daarom bijvoorbeeld weinig gepromoveerde revalidatieartsen kent (aantekeningen implementatieproject de Hoogstraat 14-09-2012).

## **(2) Samenwerkingsbereidheid**

Nagenoeg alle respondenten benadrukken dat de mate van bereidheid tot samenwerking bepalend is voor het innovatief vermogen van de gehele sector revalidatie. De meningen over de bereidheid tot samenwerking lopen alleen sterk uiteen. Zo zijn sommigen van mening dat er vooral sprake is van concurrentie, onderlinge strijd en competitie. Iedereen zou bezig zijn 'zijn eigen kerk op te richten'. De projectleider van 't Roessingh geeft bijvoorbeeld aan dat er in de revalidatie een sterke richtingenstrijd aan de gang is en dat er tussen de centra en de professionals in de revalidatie wel sprake is van enige onderlinge strijd. Dit maakt het dan ook niet altijd vanzelfsprekend dat samenwerking tussen verschillende centra wordt gestimuleerd, zoals duidelijk wordt uit onderstaande quote.

*“Er heersen bij ons allen sterke beelden en verwachtingen over innovatie...[.]...dat maakt innovatie moeilijk. Bij ons heerst echt het motto van ontwikkel het eigen goed en plak daar een claimrecht op”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

In het onderzoek blijkt echter dat de verschillende centra hier totaal verschillend mee omgaan en dat de bereidheid tot samenwerking in andere centra ook heel anders kan worden beleefd. Zo geeft een van de geïnterviewde bestuurders van een van de grote centra aan dat er in de revalidatie juist een grote bereidheid is tot samenwerking. De verklaring daarvoor vindt hij in het gebrek aan echte concurrentie, zoals in onderstaand interviewfragment is weergegeven.

*“In de Revalidatie speelt concurrentie eigenlijk nauwelijks een rol. We zijn geografisch gescheiden en vissen dus niet in elkaars vijver. Juist door afstand creëer je dingen samen en ontwikkel je dingen samen”...[.]...Ik denk dat we juist door die afstand meer in staat zijn om relaties aan te gaan, ook regionaal. Hier komt echter ook een kwestie van gunnen bij kijken; in de revalidatie gunnen wij elkaar veel...[.]...wij verschillen daarin wel erg van bijvoorbeeld verzorgingstehuizen die elkaar de tent uit concurreren”.*

**BESTUURDER REVALIDATIE INSTELLING, 11-09-2012**

Een verklaring voor de bereidheid tot samenwerking vindt deze bestuurder in het eerder beschreven structurelement over geografische spreiding van revalidatiecentra in Nederland. Door de geografische afstand en de daardoor gescheiden markten heeft deze bestuurder geen problemen om inzichten te delen met andere revalidatiecentra. Hij ziet andere sectoren sterk versnipperd raken door concurrentie maar ziet de revalidatie daar van afwijken<sup>48</sup>. Volgens deze bestuurder is de grote bereidheid tot samenwerken dan ook iets dat de revalidatie als sector karakteriseert en wat het mogelijk maakt om grote projecten, zoals het EPD, wel succesvol te kunnen uitvoeren in de revalidatie. Volgens een van de respondenten in een ander implementatieproject gaat het in de sector niet over de keuze tussen samenwerking of concurrentie maar zou delen altijd het uitgangspunt moeten zijn. Het delen van kennis en de bereidheid om samen te werken kan prima bestaan in een competitieve omgeving als men uitgaat van een verschil tussen concurrentie en competitie. De verschillende interpretatie van deze begrippen wordt bevestigd door een onderzoeker in het implementatieproject in de Hoogstraat in onderstaande quote.

---

<sup>48</sup> Zie openingsquote in dit hoofdstuk

*“Je kunt altijd samenwerken, samen leren en samen ontwikkelen en toch ook de beste willen zijn”.*

**ONDERZOEKER DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Deze focus op het samenwerken in plaats van concurrentie is echter niet vanzelfsprekend volgens andere respondenten, en is er wel degelijk enige terughoudendheid in het delen van kennis<sup>49</sup>. Zo heeft het innovatieprogramma er volgens sommigen voor gezorgd dat er kennis is gedeeld die anders bij een van de centra zou blijven. Kennisdeling en de bereidheid tot samenwerking is volgens sommigen dan ook afhankelijk van bepaalde randvoorwaarden. Zo geeft de projectleider uit het innovatieproject in de Maartenskliniek aan dat er wel een redelijke vergoeding voor verrichte werkzaamheden moet zijn in de samenwerking. Er moet sprake zijn van wederkerigheid.

*“Er is een initiatief met samenwerkende revalidatiecentra in e-health uitgaande van het Roessingh, we moesten daar een enquête invullen, daar bleek dat wij de enige waren die al kant en klare producten hadden en men wilde die graag ook gaan gebruiken. Ik wil dat best beschikbaar stellen maar wat krijg je ervoor terug Je kunt niet allerlei dingen voor iedereen gaan maken*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Hieruit blijkt dat misschien het concurrentiebelang niet het belangrijkste is, maar dat gemaakte kosten wel moeten kunnen worden gedekt anders blijft het in de woorden van betrokkenen teveel ‘vrijwilligerswerk’. Wederkerigheid in de kennisdeling, de garantie dat andere deelnemers niet alleen kennis halen maar ook brengen, is van belang om de bereidheid tot samenwerking te vergroten.

Uit deze paragraaf over de bereidheid tot samenwerking blijkt wel dat, hoewel de sector op samenwerking is gericht, er verschillend over wordt gedacht. Afwegingen over wie er profiteert van ontwikkelde kennis en hoe men om moet gaan met de balans tussen samenwerking en concurrentie, moeten in alle centra worden gemaakt. Deze paragraaf heeft in ieder geval laten zien dat men het eens is over het belang van samenwerking voor het vermogen om te kunnen innoveren, maar dat er verschillende conclusies leven over die bereidheid. Dit maakt de invloed op innovatief vermogen dus zowel positief als negatief.

### **(3) Revalidatieprofessionals**

In de revalidatie werken, naast personen in management- en staffuncties, drie grote groepen professionals. Dat zijn revalidatieartsen, de traditioneel sterk vertegenwoordigde paramedici (zoals fysiotherapeuten en ergotherapeuten) en verpleegkundigen. Over het algemeen wordt dan ook vaak genoemd dat een groot aandeel van professionals hoog is opgeleid. In het onderzoek in de verschillende casussen is vooral gesproken met de groep van paramedici. Het blijkt dan ook dat ideeën voor innovatie- en implementatieprojecten vaak bij deze groep vandaan komen. In onze projecten waren deze paramedici dan ook vaak de projectleiders van de verschillende projecten. Revalidatieartsen en verpleegkundigen zijn gesproken daar waar zij een rol speelden in de observatiedagen of focusgroep discussies in een klein deel van de projecten.

---

<sup>49</sup> Zie ook hoofdstuk ‘Hoe innovatie werkt’ voor meer informatie over kennisdeling & -verspreiding

Voor eigenlijk alle groepen professionals in de revalidatie wordt gesteld dat men een sterke intrinsieke motivatie heeft om aan innovatie te werken. De respondenten benadrukken dat een soms beperkt innovatief vermogen absoluut geen kwestie is van onwil of dat er sprake zou zijn van het leveren van actieve weerstand tegen vernieuwing of innovatie. Vele respondenten geven aan dat professionals zeker in de revalidatie graag de beste zorg voor de patiënt willen leveren maar dat men oprecht niet weet hoe dat in de praktijk soms kan. Zo geeft men aan dat de wil om goede zorg te leveren er altijd is, maar dat het niet altijd eenvoudig is dat in de praktijk te organiseren. De respondenten spreken dan ook vrijwel allemaal uit dat professionals een sterke motivatie hebben om aan innovatie te werken omdat een ieder echt gedreven wordt om iedere revalidant de zelfde kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren. Echter, wat als beperkend wordt gezien voor de innovatiekracht is het feit dat professionals in de revalidatie vaak langdurige contracten hebben en dus lang werkzaam zijn op een positie<sup>50</sup>. Hoewel ervaring belangrijk is, kan het volgens sommigen ook een belemmering voor verandering zijn. Volgens sommige respondenten is het dan ook een grote uitdaging om professionals die al lang hetzelfde werk doen en weinig van werkplek wisselen echt mee te krijgen in vernieuwingsprojecten.

Een ander punt van aandacht is de volgens sommige de nog steeds aanwezige hiërarchie. Hier wordt niet het traditionele gebruik van de term hiërarchie bedoeld om aan te geven hoe managers en professionals zich tot elkaar verhouden. Men doelt op de hiërarchie in de relatie tussen professionals onderling en dan specifiek die in de relatie tussen revalidatieartsen en paramedici. Veel van de innovatieprojecten in de revalidatie vinden hun oorsprong bij paramedici. Diegene die als respondent in dit onderzoek optraden gaven aan dat het als paramedicus lastig is om een innovatieproject te starten zonder de steun van een arts. Men geeft aan dat het in een hiërarchische omgeving het lastig is om ideeën uit te ontwikkelen. Een van de respondenten geeft aan dat hiërarchische verhoudingen, hoewel die aan het veranderen zijn, nog steeds van invloed zijn.

*“De logopedist, of andere paramedici, worden vaak gezien als hiërarchisch lager geplaatst...[.]...vroeger kwam dat tot uitdrukking in de term ‘verlengde-arm-constructie’. Tegenwoordig heeft de arts meer een coördinerende rol en is deze scheve verhouding gelukkig grotendeels afwezig. Het zit echter wel een beetje in de cultuur van de sector om waarde te hechten aan hiërarchie”.*

**ONDERZOEKER RIJDAM, 31-08-2012**

Dit voorbeeld laat zien dat in de revalidatie hiërarchische relaties tussen artsen en andere professionals nog een rol kunnen spelen in concrete innovatieprojecten. Hoewel revalidatieartsen meer en meer als coördinatoren van een behandelteam gaan optreden blijft het een aandachtspunt om in innovatieprojecten de samenwerking tussen artsen en niet artsen te stimuleren. De hiërarchie blijkt daarnaast ook nog uit het feit dat onderzoekers, zoals een van de geïnterviewde onderzoekers van een implementatieproject aangeeft, zonder afgerond promotieonderzoek nooit voldoende status zou hebben gehad om een grootschalig implementatieproject van een nieuwe behandeling te leiden. De status van de doctorstitel levert in de revalidatie aanzien op die in de ogen van deze respondent helpt bij de legitimatie van het projectmanagement door paramedici. Naast een sterke intrinsieke

---

<sup>50</sup> Hoewel ervaring telt om kwaliteit te leveren is het tegelijk een drempel voor vernieuwing. In 't Roessingh is de gemiddelde arbeidsduur 19 jaar (bron: interview bestuurder revalidatie instelling op 11-09-2012)

motivatie van alle soorten professionals in de revalidatie en het bestaan van nog steeds hiërarchische verhoudingen, wordt nog een derde aspect genoemd dat grote invloed heeft op innovatie in de revalidatie. Van veel grotere invloed is namelijk het feit dat men in de revalidatie nauwelijks doorgroeimogelijkheden voor professionals kent. Het gebrek aan doorgroeimogelijkheden voor revalidatie professionals komt dan ook in alle casussen ter sprake als zijnde een beperkende factor voor het innovatievermogen van de sector. Zo wordt vooral door de geïnterviewde paramedici gesteld dat er weinig mogelijkheden om door te groeien na jarenlange ervaring in de behandelpraktijk. De mogelijkheden om door te groeien, voorbij het enkel behandelen van patiënten, zijn beperkt. Dit geldt zowel inhoudelijk als wat betreft salariëring. Volgens sommige van de respondenten is dit dan ook een van de oorzaken waarom veel paramedici het vak na enige jaren verlaten. Innovatieprojecten, en het nodige projectmanagement wat daarvoor nodig is, biedt juist de mogelijkheden voor individuen om zich professional te ontwikkelen.

*“Ik vond het (lees: werken als knowledge-broker) erg leuk omdat ik er zelf ervaring mee had. Juist het normale werk overstijgende is zo leuk. Het over de eigen grenzen heen kijken zonder dat je direct uit de zorg wordt getrokken”*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Volgens deze respondent hadden veel van de knowledge-brokers dezelfde ervaring en bood dit programma de mogelijkheid om iets extra's te doen. Een van de opties die wordt aangedragen door een van de respondenten is om onderscheid te gaan maken tussen junior- en seniorprofessionals, zoals in een andere bedrijfstak als de consultancy gemeengoed is.

*“Toch denk ik dat dat wel zou werken, omdat je op die manier natuurlijke doorgroeimogelijkheden krijgt. Mensen kunnen dan iets meer reflexief bezig zijn met hun werk zonder dat ze direct het management in hoeven te gaan of zonder dat ze in zijn geheel de zorg moeten verlaten”.*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

In het implementatieproject in de Hoogstraat was dan ook te zien dat diegenen die zich aanmeldden voor het KB-schap ook juist de mensen zijn die hinder ondervinden van het gebrek aan doorgroeimogelijkheden in de praktijk. In dit project, maar volgens sommige respondenten ook breder, wordt ook door het management erkend dat dit een probleem is en kunnen zij innovatieprojecten ook op die manier gaan inzetten.

*“Managers het fijn vonden dat zij actieve therapeuten een soort loopbaanperspectief konden bieden”.*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

*Samengevat*, over het algemeen zijn alle groepen professionals in de revalidatie gemotiveerd om aan innovatie te werken maar zijn het bestaan van lange contracten, het bestaan van hiërarchische verhoudingen en het gebrek aan doorgroeimogelijkheden negatief van invloed op het innovatievermogen van de sector. Ook in de eigenschappen van professionals werkzaam in de revalidatie geldt dus dat men zowel een positieve als een negatieve invloed ziet voor het innovatievermogen van de sector. Over de aard van het werk

van professionals in de revalidatie wordt verderop in de dit hoofdstuk gesproken in termen van multidisciplinariteit en chroniciteit.

#### **(4) Sterke interne focus**

Over het algemeen heerst er bij de respondenten een beeld dat men in de revalidatie vooral bezig is met de inhoud van de revalidatie zelf en niet met de verbinding met andere maatschappelijke sectoren. Dit is ook op programmaniveau te merken. Zo geven leden van de begeleidingscommissie aan dat in de aanvragen voor subsidie in het programma relatief weinig voorstellen zaten die ingingen op de samenwerking van revalidatiecentra met niet-revalidatie actoren. Zo zijn ontwikkelingen op het gebied van voorzieningen nauwelijks aan de orde geweest in de bespreking van de projectaanvragen. Ook in de praktijk van de onderzochte projecten blijkt een voornamelijk interne focus waarvoor meerdere oorzaken worden genoemd. Zo geven de deelnemers aan de focusgroep in het implementatieproces in de Hoogstraat aan dat er vooralsnog genoeg werk te doen is in de sector zelf voordat de samenwerking met externen wordt gezocht. Daarnaast is het niet eenvoudig samen te werken over de grenzen van disciplines heen.

*“Samenwerking is praktisch onmogelijk door de concurrentie vooral met de eerste lijn en niet zozeer met andere revalidatiecentra”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Hoewel een sterke focus op inhoud van de revalidatie vanzelfsprekend en logisch lijkt wordt hier het punt gemaakt dat men wellicht voordelen ziet van samenwerking met externe partijen maar dat die nog te weinig wordt gezocht<sup>51</sup>. Er heerst, ook bij de respondenten in de onderzochte casussen, een sterke focus op het officiële netwerk van het project. In de onderzochte projecten wordt de samenwerking met bijvoorbeeld ketenpartners dan ook nog weinig gezocht. Zo blijkt in alle casussen dat er nauwelijks sprake is van een sterke samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, zorgverzekeraars, de woning- en arbeidsmarkt en de eerstelijnszorg<sup>52</sup>.

Volgens sommige respondenten is eerst een betere samenwerking tussen sectoren binnen de revalidatie nodig voordat de samenwerking met ketenpartners meer kan worden gezocht. Wat de casussen in ieder geval laten zien is dat op projectniveau de samenwerking geen grote rol speelt. Bovendien wordt daar waar die mogelijke externe samenwerking wel ter sprake komt dat voornamelijk in termen van problemen gedaan. Met heeft ervaringen genoeg waarom samenwerking met externe partijen bij voorbaat gedoemd is te mislukken of ook werkelijk mislukt zijn. Een voorbeeld hiervan is de overheveling naar de eerstelijnszorg van ontwikkelingen die in de revalidatiezorg zijn ontwikkeld. In sommige projecten werd dit als mogelijkheid, maar tegelijkertijd als problematisch gezien. Vanuit kosten oogpunt is het wellicht aantrekkelijk om elementen over te hevelen naar de eerste lijn echter dit levert ook problemen op. Ten eerste zullen revalidatiecentra zich opnieuw moeten gaan afvragen op dat moment wat hun toegevoegde waarde is. Sommige respondenten geven echter aan dat een duidelijk normenkader ontbreekt om afwegingen over de rol en positie van de revalidatiezorg in de gehele zorgketen te kunnen maken. Een tweede probleem is dat in

---

<sup>51</sup> O.a. in het hoofdstuk ‘hoe innovatie werkt in de revalidatie’ wordt hier nader op ingegaan.

<sup>52</sup> Meer over verbreding van de innovatie naar andere sectoren is te vinden in het hoofdstuk ‘de context van onderzoek ‘innovatie in de revalidatie’.



het huidige systeem overheveling soms niet mag. Zo mogen in de eerste lijn geen partners van patiënten worden behandeld terwijl dat de essentie van de PACT-methode is. Om dit in de toekomst eventueel mogelijk te maken is nog veel overleg nodig met wetgevers en bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Beide problemen laten echter zien dat verbreding naar andere zorgsectoren, in dit geval de eerste lijn, niet altijd eenvoudig is. Men loopt snel aan tegen financiële en organisatorische beperkingen. Een mogelijke verklaring voor de sterke interne focus kan wellicht zitten in het 'ons-kent-ons' karakter van de revalidatie. In het hoofdstuk 'hoe werkt innovatie' wordt beargumenteerd waarom een sterk netwerk van belang is voor innovatie. Hier wordt echter duidelijk dat datzelfde sterke netwerk ervoor kan zorgen dat er weinig samenwerking wordt gezocht met mensen buiten dat bestaande netwerk. Mensen in de revalidatie vinden elkaar in hun professionele netwerken op inhoud; vanuit die gedeelde inhoud kan het lastig zijn om de bredere context van de revalidatie altijd te zien en daarnaar te handelen. Zo geeft een van de betrokken projectleiders aan dat op het moment dat deze gemeenschappelijke inhoud niet wordt gedeeld, omdat men uit een andere discipline komt, het soms lastig aan innovatie in de revalidatie werken is. Het blijkt lastig om vanuit een niet traditionele kerndiscipline een inhoudelijke beweging in gang te zetten. De revalidatie wordt door sommigen dan ook neergezet als enigszins in zichzelf gekeerd en als niet toegankelijk voor professionals van niet traditionele revalidatieberoepen.

*“Ik voel mij als psycholoog wel vaak een vreemde eend in de bijt...[.]...ik bedoel, ik kom niet uit een van de oorspronkelijke of traditionele beroepsgroepen in de revalidatie. Ik moet daarom wel continu strijden voor mijn eigen geloofwaardigheid en legitimiteit”.*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

De sterke interne focus en het grote vertrouwen in het bestaande netwerk betekent in termen van de ANT-theorie, zie het theoretisch kader is beschreven, vooral dat dat de samenwerking tussen partners in het netwerk wordt geïntensiveerd en dat er slechts sporadisch samenwerkingsverbanden worden aangegaan met nieuwe externe partijen van buiten de revalidatie. Dit alles leidt tot de conclusie dat de revalidatie een sterke interne focus heeft, wat volgens respondenten een voornamelijk negatieve invloed heeft op het innovatievermogen van de sector.

### **(5) Multidisciplinariteit**

Een veelgenoemde eigenschap van de revalidatie is de multidisciplinariteit. Revalidatie gaat per definitie over de grenzen van specialismen heen maar is tegelijkertijd erg disciplinegericht georganiseerd. Revalidatie is dan volgens de meeste respondenten ook altijd al multidisciplinair geweest. Maar juist het feit dat de revalidatiezorg multidisciplinair is maakt het noodzakelijk dat de grenzen tussen de verschillende disciplines worden bewaakt en afgebakend. In het revalidatieproces werken verschillende disciplines samen in het belang van de patiënt, maar de betrokken professionals doen dat allemaal vanuit een andere achtergrond. Dat betekent dat verschillende professionals komen vanuit verschillende vakgebieden (zoals de ergotherapeuten en fysiotherapeuten) met bijbehorende verschillen in werkwijzen en cultuur. Die verschillen zijn in een multidisciplinaire omgeving niet zomaar weg. Alle professionals werkzaam in de revalidatie worden niet specifiek opgeleid voor de revalidatie, men wordt geen revalidatietherapeut maar fysio of ergo. Dat betekent dat de opleiding en organisatie van de verschillende disciplines nog erg specialisme gericht is. Dus hoewel het werken in de revalidatie als multidisciplinair wordt gezien, geven de respondenten ook aan dat de verschillende

professionals wel uit een specialismegerichte achtergrond komen, zoals een betrokken onderzoek ook aangeeft.

*“De revalidatiezorg is specialisme specifiek georganiseerd. Specialisme van professionals is leidend in congressen, bladen, lobby, betrokkenheid bij beleid etc. ”.*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Het feit dat de organisatie zo disciplinegericht georganiseerd is maakt volgens sommigen de noodzakelijke samenwerking lastiger. Het vraagt in ieder geval meer afstemming en communicatie tussen professionals onderling wil je het laten slagen. Men moet van elkaar weten binnen een instelling wie precies wat doet en waar welke kennis over specifieke behandelingen of patiënten zit, zeker als dat bij een van de andere kerndisciplines is.

Ondanks dat bijna iedereen in de revalidatie het belang van multidisciplinair werken erkent, zijn er ook andere geluiden over de beweging naar meer multidisciplinaire behandelingen te horen. Zo geven respondenten aan dat het (1) helemaal geen nieuwe ontwikkeling is en (2) dat multidisciplinair werken ook om afbakening vraagt en anders door kan slaan. Volgens de respondenten die het eerste punt maken is een revalidant per definitie iemand met een probleem dat vraagt om een multidisciplinaire benadering. Sommige benadrukken zelfs dat het een van de fundamentele eigenschappen van de revalidatie is om multidisciplinair en vooral ook integraal te werken, zoals het een van de onderzoekers aangeeft.

*“Als behandelaar kijk je altijd naar de hele mens, inclusief zijn specifieke probleem of klacht”.*

**ONDERZOEKER RIJNDAM, 31-08-2012**

Andere respondenten benadrukken het tweede punt door te wijzen op het risico dat multidisciplinair werken kan doorslaan. Deze respondenten benadrukken dat iedereen binnen zijn specialisme volgens vergelijkbare processen zou moeten werken zonder dat men elkaanders werk over gaat nemen. Multidisciplinair werken vraagt ook om afbakening en juist om het bewaken van de grenzen van de verschillende disciplines. Als men dat niet doet is het probleem dan men zich teveel op elkaars terrein gaat begeven. Het blijft dus van belang dat men niet, onder het mom van multidisciplinair werken, elkaars werk gaat doen. Zo geven sommige respondenten aan het als een teken van professionalisme te zien als patiënten over gedragen worden aan revalidatiecollega's met een ander specialisme indien de inschatting is dat dat vanuit het perspectief van de patiënt het beste is. Het gevaar dat in teveel multidisciplinair werken schuilt, is volgens de respondenten, dat iedereen gaat denken dat hij alles moet gaan doen. Hiermee geeft hij ook aan dat multidisciplinair werken dus tegelijkertijd het doorbreken en herbevestigen van de grenzen tussen disciplines is. In welk samenwerkingsverband je als professional ook opereert, je moet je blijven afvragen wat jouw bijdrage kan zijn. Tot slot, een van de respondenten benadrukt dat multidisciplinair werken in de sector ook zo populair geworden is dat het dreigt door te slaan.

*“In de revalidatie willen we alles multidisciplinair doen en de vraag is of dat altijd wel nodig is en of het dat niet onnodig duur maakt. Het is net de ark van Noah, twee van dat soort, twee van...[.]...dat is teveel dat heb je niet allemaal nodig. Je moet over grenzen van disciplines heen willen kijken anders wordt het onbetaalbaar. Als ik hier monodisciplinair zeg dan is dat*

*vloeken in de kerk. Misschien ligt daar wel een grote potentie voor innovatie; we moeten maar eens goed en meer monodisciplinair gaan werken”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

De respondent in het fragment hierboven schetst met deze uitspraken een beeld dat hoewel multidisciplinair werken het credo lijkt in de revalidatie, het risico bestaat dat het de zorg onnodig duur maakt. Multidisciplinair werken moet geen dogma worden; daar waar een monodisciplinaire aanpak geschikt is, moet dat mogelijk blijven. Veel van de respondenten in het voorliggende onderzoek herkennen zich in het beeld dat multidisciplinair werken meer en meer gewoengoed gaat worden. Toch zien zij ook enkele kanttekeningen bij deze beweging die leiden tot de conclusie dat multidisciplinair werken van nut is op het moment dat er zorgvuldig meer wordt omgesprongen in de uitvoering en niet als doel op zich wordt gezien.

### **(6) Chroniciteit**

Een van de respondenten benadrukt in zijn antwoord op de vraag wat de revalidatie karakteriseert dat de fasering van behandeling wel een kenmerk van revalidatie is. Een gemiddeld revalidatieproces is grofweg in te delen in een aantal fases: acute fase, subacute fase en de chronische fase. Deze fasering is van belang omdat de effectiviteit van de behandeling per fase erg kan verschillen. Behandeling in de acute fase na trauma is vaak weinig effectief, pas in de subacute fase begint de werkelijke revalidatie. Echter, deze is vaak gericht op het zo direct mogelijk herstel van de functies van de patiënt. De vaak aan de trauma verbonden cognitieve problemen en emotionele veranderingen worden pas in een veel latere fase, in de chronische fase, opgemerkt. Deze minder direct zichtbare schade maakt dat de noodzaak tot revalideren ook pas veel later wordt gevoeld. Op het moment dat mensen het normale leven buiten de revalidatiekliniek weer proberen op te pakken blijkt pas dat een beperking in functies ook vaak leidt tot beperkingen in het functioneren. Volgens sommige van de respondenten blijkt steeds meer dat behandeling in deze chronische fase het meest effectief is en daarom cruciaal is voor het langdurig herstel van de revalidant. Dit leidt er dan ook toe dat er steeds meer aandacht voor het chronische aspect van beperkingen zichtbaar is, hoewel dat in individuele gevallen vaak pas in de loop van het revalidatieproces aan de orde komt.

*“Functioneren is nadrukkelijk iets anders dan functieherstel”*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Onze respondenten geven aan dat, hoewel het vroeger ook gebeurde, het minder vanzelfsprekend was om te denken over het chronische aspect van revalidatie. Men geeft aan dat je als behandelaar in de revalidatie je dient af te vragen wat er na de revalidatie staat te gebeuren voor de patiënt. Dit is dan ook terug te zien in de dagelijkse zorgpraktijk in de revalidatie. Men realiseert zich dat veel van de beperkingen blijvend in plaats van tijdelijk zijn. Het feit dat aandoeningen blijvend zijn maakt het bijvoorbeeld ook belangrijk om de partner te betrekken in de behandeling van revalidanten met afasie. Partners vormen een cruciaal onderdeel van het leven van de patiënt en hebben daarmee invloed op het leven met de aandoening in en na de chronische fase van revalidatie. Zoals onderstaand interviewfragment laat zien is de aandacht voor het chronische aspect van revalidatie zelfs een essentieel onderdeel van het werken in de revalidatie.

*“Kijk waar het in de revalidatie om gaat is het weer op de rails zetten van iemands leven. Het probleem zelf los je niet op...[.]...mensen gaan na de behandeling pas weer echt hun eigen leven in en de dynamiek in het eigen leven is altijd anders dan hier. Kijk veel van de problematiek waar ik aan werk is niet op te lossen...[.]...wat we hier doen is ze de middelen geven om ermee om te gaan. Daarvoor is het nodig het eigen leven en functioneren centraal te stellen”*

**MAATSCHAPPELIJK WERKER RIJNDAM, 27-09-2012**

Als men zich teveel focust op functieherstel krijg je enkel revalidanten die op vaardigheidsniveau vooruit gaan maar op participatieniveau niet. Werken in de revalidatie is volgens dezelfde respondent, meer op de gezonde kant van de patiënt gericht dan men soms denkt. De aandacht voor context, familie en functioneren, komt nu meer aan de orde dan eerst omdat het ook steeds geaccepteerder is om te vragen wat een bepaalde behandeling doet met de levenskwaliteit van de patiënt. Het leven, gegeven de externe factoren staat centraal, en dan kom je vanzelf over iemands normale leefomstandigheden te spreken. Het zien van revalidatiezorg als iets chronisch is toch ook niet altijd eenvoudig. Zo blijkt uit de ervaringen in het PACT project in Rijndam, dat juist het chronische aspect soms moeilijk te accepteren is. Het accepteren van chroniciteit is ook iets dat bij patiënten moet landen.

*“Ik zou het niet direct weerstand willen noemen, maar eerder hoop in plaats van weerstand. De hoop of wens om beter te worden is heel sterk. Dat zorgt voor een grote motivatie aan het begin maar vaak ook een grote dip als het gaat om iets blijvends”.*

**ONDERZOEKER RIJNDAM, 31-08-2012**

De reden waarom het maken van deze omslag in denken moeilijk te maken is, is dat de boodschap vaak nogal hard aankomt. Er is geen kant-en-klare-oplossing voor veel van de aandoeningen waar revalidanten mee te maken hebben. Dat is geen makkelijke boodschap; voor zowel professionals als voor patiënten niet. Patiënten vinden het lastig te accepteren, zoals blijkt uit onderstaand voorbeeld uit een interview over de behandeling van afasie.

*“Afasie werd als ziekte gezien die ‘gefixed’ moest worden, echter afasie is een niet te genezen stoornis. Groot is de wens om beter te worden en wanneer je op deze (lees: PACT) manier gaat werken stel je impliciet dat je niet meer beter wordt, daar is een behoorlijke portie acceptatie voor nodig”.*

**ONDERZOEKER RIJNDAM, 31-08-2012**

Ook voor professionals is het een niet altijd even eenvoudig om invulling te geven aan het denken in termen van chroniciteit. Dit bleek bijvoorbeeld tijdens observaties op de klinische afdeling logopedie in Rijndam revalidatiecentrum. Een situatieschets hieronder

Het wekelijkse teamoverleg begint met een casusbespreking van een revalidant met zeer zware problematiek. Gedurende meer dan 10 minuten delen de aanwezige fysio, logo, ergo, ADL-therapeut, verpleging en arts inzichten en ervaringen over deze mevrouw. De resterende functionaliteit van de vrouw in kwestie wordt besproken: wat is de uitkomst van het oefenen? Wat kan mevrouw dan praktisch? Wat kan zij zelf doen? Wat kan ze straks weer als zij zelfstandig kan zitten? De handicap is blijkbaar zo ernstig dat de behandelaars daar lang over na moeten denken. Na een kort moment van stilte concluderen zij dat het bij deze mevrouw erg lastig wordt de resterende functionaliteit nuttig te laten zijn, dat is een puzzel die zij nu nog niet op kunnen lossen en waarover zij in het volgende teamoverleg verder zullen spreken.

**FIGUUR 11: SITUATIESCHETS, OBSERVATIEAANTEKENINGEN TEAMOVERLEG RIJNDAM, 20-09-2012**

Dit voorbeeld laat zien, dat hoewel professionals zich realiseren dat functioneren centraal moet staan, het niet altijd eenvoudig is om deze vertaalslag in individuele gevallen ook te maken. Soms leent de problematiek van de individuele revalidant zich minder voor. Ook in andere projecten deelden de respondenten de ervaring dat het niet eenvoudig is om werkelijk te accepteren dat het in revalidatie vaak gaat om chronische aandoeningen. Onderstaand interviewfragment, van een van de betrokkenen bij het project over chronische pijn behandeling, benadrukt dit nogmaals.

*“Ja, als iemands been eraf is, kom je ook niet naar de revalidatie om je been eraan te laten groeien maar keer je hoe je daarmee om kunt gaan. In die zin is acceptatie van toepassing op de hele revalidatie. Revalidatie is nu teveel gericht op herstel van functioneren en niet op het omgaan met een chronische aandoening. Terwijl men hier eigenlijk komt om zo gelukkig mogelijk te leve. Dan moet het dus wel gaan om acceptatie, aanvaarding en waarden gerichte actie”.*

**BEHANDELEND PSYCHOLOOG 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Al de voorbeelden in deze paragraaf tonen aan dat, hoewel sommige respondenten daar genuanceerder over denken, aandacht voor het chronische aspect van revalidatie meer en meer aandacht krijgt in de revalidatiepraktijk. Het denken over functioneren vervangt steeds meer het denken over functionaliteit. Ook is aangetoond dat deze omslag niet eenvoudig te maken is.

### **7.3.3 Conclusie**

De factoren die zijn besproken in deze paragraaf zorgen voor een `dubbel` beeld over het innovatieve karakter van de revalidatie. De sector is enerzijds sterk op professionalisering en bijvoorbeeld multidisciplinair samenwerken gericht. Anderzijds bestaat er een sterke focus op de eigen sector die verbindingen met de wereld buiten de revalidatie, waar veel revalidanten zich in begeven, belemmeren. In tabel 3 staat een overzicht van de genoemde eigenschappen. Daarin is ook aangegeven of, naar de mening van de respondenten, deze een positieve of negatieve invloed op innovatie in de revalidatie sector hebben<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> In het hoofdstuk 'hoe innovatie werkt' wordt toegelicht hoe en langs welke mechanismen innovatie in de revalidatie in de praktijk werkt. Dat bepaalt dus ook indirect het innovatievermogen van de sector. Hier worden alleen die eigenschappen besproken die de respondenten hebben benoemd als van directe invloed op het vermogen om te innoveren in de revalidatie en die eigen zijn voor de sector.

**TABEL 3: OVERZICHT MOGELIJKE VERKLARINGEN VOOR INNOVATIVITEIT VAN DE REVALIDATIE**

#	Bepalend voor innovatie	Invloed	Korte Toelichting
1	Structuur	+/-	Er bestaat verschil van mening of structurelementen, zoals de geografische spreiding, de dominantie van vier grote revalidatiecentra het innovatievermogen nu versterkt of verzwakt.
2	Samenwerkingsbereidheid	+/-	Er bestaat verschil van mening over de bereidheid om samen, over de grenzen van individuele instellingen, te werken aan innovatie. Centra geven verschillend invulling aan concurrentie en kennisdeling waardoor de samenwerkingsbereidheid per centrum verschilt. Op professioneel niveau vind wel veelvuldig multi- en interdisciplinaire samenwerking plaats.
3	Revalidatieprofessionals	+/-	Eigenschappen van revalidatieprofessionals, zoals opleidingsniveau en sterke intrinsieke motivatie, dragen bij aan innovatievermogen. Echter, het personeelsbeleid (langdurige contracten en weinig doorgroeimogelijkheden) doet volgens verschillende professionals ook afbreuk aan vermogen om te kunnen innoveren.
4	Interne focus	-	De sector heeft een sterke interne focus op wat er binnen de revalidatie gebeurt. Er wordt volgens enkele respondenten van oorsprong weinig samenwerking gezocht met externe partners. Hoewel dat nu steeds meer lijkt te gebeuren wordt er nog vooral in termen van ervaren problemen over gesproken. Dit beperkt volgens enkele respondenten de mogelijkheden voor innovatie.
5	Multidisciplinariteit	+/-	De multidisciplinariteit van de revalidatie komt ten goede aan de kwaliteit van de zorg. Tegelijkertijd moeten discipline grenzen worden bewaakt en moet het geen dogma worden om multidisciplinair te werken. Men ziet dat doorgeslagen multidisciplinariteit ook de kosten kan opdrijven en innovatie kan bemoeilijken.
6	Chroniciteit	+	Het wordt meer vanzelfsprekend in de revalidatie om in termen van chroniciteit te denken. Deze denkomslag biedt nieuwe mogelijkheden voor innovatie in de revalidatie; zoals inspiratie voor innovaties in ketensamenwerking in/op het participatievermogen van revalidanten. Daarbij is een minder intern gerichte focus belangrijk.

Het is lastig, of zelfs ondoenlijk om de revalidatie als sector in zijn geheel als innovatief of juist niet te bestempelen. De structuur, de samenwerkingsbereidheid, de professionals en het personeelsbeleid en het multidisciplinaire werken in de revalidatie bevatten dan ook elementen die volgens de respondenten de innovatiekracht versterken en elementen die deze verzwakken. Zo zijn er centra die graag en veel samenwerken terwijl anderen meer de nadruk leggen op claimen van geboekte resultaten. Zo is er aan de ene kant een grote bereidheid om samen te werken, terwijl er aan de andere kant sterke concurrentie en competitie wordt gevoeld. Zo worden aan de ene kant voordelen genoemd van hoogopgeleide en intrinsiek gemotiveerde professionals maar worden langdurige contracten en beperkte doorgroeimogelijkheden als beperkend ervaren. Tot slot is er sprake van multidisciplinaire zorgverlening, maar is de organisatie van die zorg nog sterk disciplinegericht. De sterke interne focus lijkt negatief uit te werken terwijl de trend naar een grotere acceptatie van de chroniciteit van de revalidatie als positief wordt beoordeeld voor het innovatievermogen. Bepalend voor het innovatievermogen zijn de sectoreigenschappen

van de revalidatie en op dit moment werken die twee kanten op. Dit leidt tot de conclusie dat de sector op dit moment tegelijkertijd wel en niet als innovatief wordt gezien.

Tot slot, belangrijker dan de uitspraak hoe innovatief de sector is, is de constatering dat naast de belangrijke randvoorwaarden voor innovatie die we in de hoofdstukken hiervoor benoemden dus ook een aantal sectorspecifieke eigenschappen meer of minder bevorderend en belemmerend voor innovatie kunnen werken en dat dit sterk verbonden is met hoe de respondenten dit beleven. De opstelling van professionals, de invulling van het multidisciplinaire werken, het zoeken van de verbinding met andere maatschappelijke en zorgsectoren en het bevorderen of terughoudend zijn met samenwerking zijn van invloed op zowel de inhoud van wat als innovatie wordt beschouwd als de wijze waarop duurzame borging daarvan wordt georganiseerd.

## 7.4 Betekenis programma v/d projecten

*“Zonder het project en programma was deze richtlijn nooit zo goed geïmplementeerd geweest als nu het geval is, daar is deelname aan het innovatieprogramma cruciaal voor”.*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

### 7.4.1 Introductie

Ervan uitgaande dat het programmaniveau en het projectniveau met elkaar in verband staan, dus dat de werking van het programma van invloed is op de projecten en vice versa, is het van belang om te kijken naar de betekenis van het innovatieprogramma op de concrete innovatie- en implementatieprojecten daarbinnen. De betekenis van het programma voor de praktijk van innovatie, vanuit het perspectief van de werkvloer, staat daarom in dit hoofdstuk centraal. De respondenten zijn dan ook bevestigd op de ervaringen met hun deelname aan het programma. Op welke wijze heeft het programma de praktijk van innovatie in de revalidatie beïnvloed? Welke betekenis kennen direct betrokkenen toe aan het innovatieprogramma? Dit hoofdstuk bestaat uit vier delen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de *faciliterende* werking van het programma. De tweede paragraaf gaat over de *legitimerende* werking van het programma. Dat het innovatieprogramma ook een *prioriterende* werking heeft wordt beschreven in de derde paragraaf. Tot slot wordt er ook stilgestaan bij de kritische kanttekeningen die de respondenten hebben bij de opzet en het verloop van het innovatieprogramma.

### 7.4.2 Faciliteren

Het innovatieprogramma in de revalidatie heeft voor veel projecten de innovatie- of implementatie gefaciliteerd in termen van tijd, geld en schaalgrootte. Het feit dat deelname aan het innovatieprogramma gepaard ging met een subsidie is voor veel van de betrokken projectleiders een belangrijk element geweest. Zo geven sommigen letterlijk aan dat het een welkome aanvulling was in de continue zoektocht naar onderzoeks- en projectgelden. Vaker nog, vormde het bestaan van de subsidie, hoewel die volgens betrokken bij het programma relatief klein was, de directe aanleiding om een projectaanvraag voor het programma te schrijven.

*“Toen ik hoorde van het bestaan van de subsidie ben ik gaan kijken welk van de al ontwikkelde behandelingen ik daarvoor kon gaan gebruiken”*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Deze volgorde van zaken speelde in meerdere projecten op dezelfde wijze. Het bestaan van het programma en het daaraan verbonden geld vormde een mogelijkheid om iets te gaan doen met een projectidee, behandeling of product dat al geruime tijd 'lag te wachten' op een mogelijkheid om opgepakt te worden. Hieruit blijkt dat het programma vooral een faciliterende werking heeft gehad voor de verschillende projecten. Dit blijkt ook uit de antwoorden die zijn gegeven op de vraag wat er in het project anders zou zijn gegaan



zonder het innovatieprogramma. In het implementatieproject in de Hoogstraat (zie openingsquote van dit hoofdstuk) en in het innovatieproject in de Maartenskliniek was het antwoord duidelijk.

*“Nee, hoe had dat ooit zonder gekund, ik had geen geld”*  
**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Betrokkenen uit beide projecten geven aan dat dit geld noodzakelijk was om mensen vrij te kunnen maken voor het project of soms zelfs mensen aan te nemen die dit project konden gaan uitvoeren. Professionals in de revalidatie werken doorgaans in een productie gedreven omgeving en hebben daardoor in de dagelijkse praktijk weinig tijd voor projectwerk. Het geld van innovatiesubsidies wordt in deze gevallen gebruikt om mensen vrij te maken om betaald projectwerk te kunnen doen. Financiële middelen worden die gevallen dus voornamelijk ingezet om personeelskosten te dekken voor het projectwerk dat nodig is.

Toch is in de verschillende casussen ook gebleken dat geld niet het belangrijkste was. Gevraagd naar de voordelen van deelnemen aan het innovatieprogramma geven sommige respondenten ook andere elementen aan. In het implementatieproject in de Hoogstraat wordt gesteld dat de deelnemers in het netwerk nooit mee zijn gaan doen vanuit een financiële motivatie. Als trekker-organisatie in een implementatieproject krijg je de anderen niet mee met alleen maar geld, hoewel het wel belangrijk kan zijn. Een onderzoeker aan het richtlijnenproject in de Hoogstraat weet het als volgt te verwoorden.

*“Ik zei al dat geld niet de motivator kan zijn; ook niet in de toekomst. Waarom ik dat zeg; we hebben geleerd van Canada. Alles betalen is geen optie want dan houdt alles op zodra het geld op is. Maar de invloed van geld moet ook niet worden onderschat omdat het wel mogelijkheden biedt”.*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

Anderen in hetzelfde implementatieproject benadrukken ook de praktische voordelen van deelname aan het programma zonder het direct over geld te hebben. Zoals uit onderstaande quote blijkt heeft het programma volgens hen veel en vooral een praktische betekenis gehad voor het project in de vorm van fasering en praktische hulpmiddelen.

*“We kregen kapstokken om mee te werken en de duidelijke opdracht om die zelf in te kleuren, lokaal. De kapstok heb ik dan ook zelf aangekleed”*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

In het project in Rijndam<sup>54</sup> was volgens de respondenten vooral de schaal van belang. Zo geven de respondenten aan dat zonder deelname aan het programma het project nooit op dezelfde schaal mogelijk was geweest. Bij dit specifieke implementatieproject maakt het programma het mogelijk dat er aan de deelnemers slechts een zeer geringe bijdrage moest worden gevraagd. Het vrijmaken van mensen voor het project was wellicht ook zonder gebeurd, maar nooit met hetzelfde gemak volgens de projectleider. Een ander praktisch element dat het programma doet voor de betrokkenen is het bieden van ‘tijd’. In 't Roessingh

---

<sup>54</sup> PACT is van een innovatieproject naar implementatieproject (ImPACT) gegaan en heeft daarmee een enorme ontwikkeling doorgemaakt gedurende de looptijd van het programma.

werd dit vooral als cruciaal gezien omdat men zich zorgen maakt of er buiten het programma evenveel aandacht aan de ingezette ontwikkeling in het ACT implementatieproject zou worden gegeven. Hierbij refereert de projectleider aan de productiegerichtheid in de revalidatie. Het gaat niet alleen om het geld dat nodig is maar ook gewoon om de mogelijkheid om mensen vrij te spelen op het moment dat de strenge productietargets weer centraal staan. De schaalvergroting die dankzij het project mogelijk was, is ook volgens de betrokken dan ook veelvuldig genoemd als het belangrijkste effect van het programma. Zo geeft bijvoorbeeld de projectleider van het implementatieproject in 't Roessingh aan dat de ontwikkelde cursus, ACT-methodiek voor behandeling van chronische pijn patiënten, er waarschijnlijk wel was geweest maar dat er dan nooit meer dan 140 professionals uit verschillende centra mee zouden doen.

*“Het programma innovatie in revalidatie heeft ruimte gegeven om zes andere centra te betrekken. Er zijn wel zo'n 140 professionals bij betrokken geraakt. Zonder programma hadden we wel een cursus gehad en materiaal ontwikkeld, maar de implementatie was zeker niet gelukt”*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Ook in de Hoogstraat werd de mogelijke schaalvergroting als belangrijk effect van het programma gezien, zoals het volgende fragment laat zien.

*“Het zou anders nooit op dezelfde schaal zijn toegepast en zou ook niet zo interdisciplinair zijn. Het feit dat het nu team overstijgend werkt was anders nooit van de grond gekomen. De crux van het project zit in de organisatie en daarmee bedoel ik de hele praktische zaken als de organisatie van vervoer, geld, beschikbaarheid etc. maar ook in de organisaties die het moeten gaan doen”.*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

De voorbeelden en quotes in de deze paragraaf laten dan ook vooral zien dat het innovatieprogramma revalidatie gezien werd als zeer welkom en praktisch hulpmiddel omdat het geld genereerde waar zaken als personeel en technologie van konden worden bekostigd, maar dat een grotere praktische betekenis had dan dat. Zonder programma was het onmogelijk om implementatie op grote schaal te organiseren.

In deze paragraaf is beschreven dat deelname aan het programma vooral een faciliterende werking had. Financieel, qua tijd en qua schaal zijn de projecten geholpen dankzij het bestaan van het programma. De volgende uitspraak van een van de respondenten vat de faciliterende werking van het programma goed samen.

*“Het is echt als fenomeen gaan leven, het heeft zichzelf bewezen door het subsidiegeld om dat soort praktische dingen te kunnen maken”*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

### **7.4.3 Legitimeren**

Behalve dat het innovatieprogramma in de revalidatie de verschillende projecten faciliteerde heeft het volgens sommige respondenten een nog veel belangrijker functie gehad; het programma legitimeert ook. De inhoud van de verschillende innovatie- en implementatieprojecten is gebaat bij deelname. De respondenten uit de verschillende

implementatieprojecten geven drie manieren aan waarop het programma individuele projecten legitimeert. Het programma maakt de projecten centrum overstijgend, het maakt ze discipline overstijgend en het creëert bovendien een 'sense of urgency' voor specifieke projecten.

Allereerst draagt een individueel project door deelname het label van Revalidatie Nederland in plaats van die van een individueel centrum. Volgens betrokken uit bijvoorbeeld Rijndam droeg dat erg bij aan de acceptatie van het specifieke PACT-ImPACT project. Ook de respondenten uit het implementatieproject in de Hoogstraat geven aan dat dit van belang was, zoals geïllustreerd met onderstaande quote.

*“Naam was een motivatie, op een gegeven moment krijg je dankzij het programma iets van hey daar wil ik bij zijn, daar wil ik aan meedoen”*

**ONDERZOEKER KENNISCENTRUM DE HOOGSTRAAT, 23-08-2012**

De betrokken projectleider van hetzelfde project noemt in het interview bijna dezelfde werking van het programma en is daarnaast nog directer door te benadrukken dat deelname niet enkel van belang was maar zelfs cruciaal was om daadwerkelijk iets te bereiken.

*“Er zit in de revalidatie ook wel enig venijn naar elkaar en dan helpt de status van RN juist wel...[..]...wij zijn nu het vliegwiel, oftewel de benodigde infrastructuur, als centrum lukt je dat afzonderlijk never nooit niet. De verbondenheid aan ZonMw en RN maakte dat de Hoogstraat als voortrekker legitimiteit kreeg in dit project”*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Blijkbaar merken de respondenten in de verschillende casussen dat het overkoepelende element van het RN-label cruciaal is omdat daarmee het project niet meer van slechts een individueel centrum komt maar meer geaccepteerd wordt als algemeen interessante ontwikkeling voor de revalidatie.

Ten tweede zorgt deelname aan het programma en het label van Revalidatie Nederland ervoor dat projecten als discipline overstijgend worden gezien. Zo geven de respondenten in Rijndam revalidatiecentrum aan dat het PACT – ImPACT project van een 'trucje' van de logopedisten werd tot een interessant revalidatieproject. Hier liggen onderliggende denkbeelden en vooroordelen over de verschillende disciplines aan ten grondslag, maar het programma doorbreekt deze.

*“De logopedie is in de revalidatie minder zichtbaar en minder gewaardeerd; met de steun van Revalidatie Nederland krijg je pas het management mee”*

**PROJECTLEIDER RIJNDAM, 31-08-2012**

Deze discipline doorbrekende werking is volgens betrokkenen vooral van belang om twee andere groepen actoren ook echt bij een project te kunnen betrekken. Men doelt hier op het management van instellingen en op de revalidatieartsen. Van beide groepen wordt gezegd dat zij eerder hun actieve medewerking willen verlenen op het moment dat ontwikkelingen discipline overstijgend zijn. Zo geven de gesproken revalidatieartsen aan eerder heil te zien in een breed gedragen en discipline overstijgend project. Gedacht vanuit de coördinerende rol en soms hiërarchische positie die artsen hebben is dat ook zeer begrijpelijk. Ook van

managers wordt gezegd dat zij een project eerder als veelbelovend gaan zien op het moment dat meerdere groepen professionals die hij/zijn aanstuurt er de meerwaarde van inzien. In ieder is duidelijk dat deelname aan een landelijk innovatieprogramma ervoor zorgt dat projecten als discipline overstijgend worden gezien door zowel managers als artsen. Dit vergroot de status van het project bij twee belangrijke groepen actoren, zo wordt duidelijk uit gesprekken met zowel de paramedici als de artsen en de managers zelf.

In de casus over de ACT aanpak voor chronische pijn patiënten werd duidelijk dat het programma op nog een derde wijze legitimatie creëert voor individuele projecten. De respondenten in 't Roessingh geven aan dat het programma zorgde voor een 'sense-of-urgency'. Men kreeg het gevoel kreeg mee te moeten gaan doen om niets belangrijks te missen. In alle drie de implementatieprojecten is de 'sociale druk' om deel te nemen aan het programma ter sprake gekomen. De projectleider van het implementatieproject in 't Roessingh verwoordt het als volgt:

*“Rijndam was in eerste instantie niet voor, maar zij wilden ook voorloper in het programma zijn en daar werkte het programma dus goed. Groningen was ook geen voorstander maar is mee gaan doen omdat Roessingh en Hoensbroek mee doen. Je krijgt dan toch van oké dan wij ook mee. Zonder programma (lees: innovatieprogramma) had alleen 't Roessingh en Hoensbroek meegedaan en niet al die anderen!”*

**PROJECTLEIDER 'T ROESSINGH, 11-09-2012**

Het programma zorgde dus naast de intrinsieke motivatie bij veel betrokkenen ook voor een gevoel van 'het niet willen missen' van de ingezette ontwikkeling. Deze vorm van legitimatie was volgens respondenten niet als individueel centrum te organiseren geweest.

In deze paragraaf zijn de drie vormen van legitimatie die het programma op projectniveau creëert - (1) centrum overstijgend, (2) discipline overstijgend en (3) 'sense of urgency en dus het niet willen missen' – beschreven.

#### **7.4.4 Prioriteren**

De respondenten in het innovatieproject in de Maartenskliniek wijzen op nog een andere betekenis van het programma voor de praktijk. Naast de faciliterende en legitimerende werking van het programma benadrukken zij dat het programma in zijn specifieke opzet en wijze van uitvoering ook prioriteert. Deelname aan het programma beïnvloedt de projecten ook nog op een andere manier omdat in de ogen van de respondenten de uitvoering van het innovatieprogramma de praktijk ook direct beïnvloedt. In deze paragraaf wordt ingegaan op de constatering dat de wijze van uitvoer van het programma zelf direct bij kan dragen aan de kwaliteit van de revalidatiezorg. Zo kan bijvoorbeeld het reviewproces van de aanvragen en de feedback van de programmacommissie hierop de kwaliteit van de projecten direct ten goede komen. Belangrijker echter is de constatering dat met de toekenning van een bepaald project ook de impliciete uitspraak wordt gedaan dat de ontwikkeling die in het project centraal staat een wenselijke innovatieve ontwikkelrichting is.

Het innovatieprogramma biedt legitimatie voor geselecteerde projecten, zoals de vorige paragraaf heeft laten zien, maar het doet daarmee ook uitspraken over de wenselijke ontwikkelrichting van de revalidatie en over de wijze van het toekennen van innovatiegelden. De wijze van uitvoering van het programma is daarmee normatief gezien geen neutrale

aangelegenheid. De respondenten geven aan dat in hun ogen er met het toekennen van een subsidie ook een bepaalde waarde toegekend wordt aan een specifiek project. Zo wordt door sommige respondenten het toekennen van innovatiegelden aan protocollen in twijfel getrokken. Niet omdat het inhoudelijk geen goede ontwikkeling zou zijn maar omdat dat in de ogen van die respondenten behoort tot de normale taken van een beroepsgroep werkzaam in de revalidatie. Niet de inhoud maar het feit dat er innovatiegelden worden toegekend aan een soortgelijke ontwikkeling wordt in twijfel getrokken.

Hoewel het wellicht vanzelfsprekend is dat meningen over het toekennen van innovatiegelden uiteen lopen in de praktijk gaat het hier dus om een algemener punt. Geconstateerd kan worden dat men niet altijd een specifieke toekenning in twijfel trekt maar dat men aangeeft dat met de toekenning van innovatiegelden ook normatieve uitspraken worden gedaan over de betreffende innovatie- en implementatieprojecten. Het toekennen van innovatiegelden binnen het innovatieprogramma heeft gevolgen voor de betreffende innovatieprojecten maar dus ook daarbuiten. Het bevestigt de wenselijkheid van de innovatieve ontwikkeling in het project waarmee Revalidatie Nederland en ZonMw indirect uitspraken doen over de wenselijkheid / kwaliteit van die betreffende ontwikkeling. Het zegt daarmee namelijk dat de inhoud wordt gesteund, en dus een wenselijke ontwikkelrichting is. Het programma prioriteert ook doordat toekenning van gelden ook betekent dat het project terecht als innovatieve ontwikkeling wordt gezien die ook nog rechtmatig extern wordt ondersteund door deelname aan het programma goed te keuren. Hiermee wordt dus niet alleen de waarde van de inhoud van het project bevestigd maar ook het feit dat het gaat om een innovatieve ontwikkeling die steun van publieke innovatiegelden verdient. Door toekenning geeft men aan dat steun voor deze specifieke innovatie gerechtvaardigd is.

Het punt dat in deze paragraaf wordt gemaakt is dus dat met het verstrekken van subsidie binnen het programma de praktijk niet enkel gefaciliteerd maar ook beïnvloedt wordt door de wenselijkheid van de innovatie indirect te benadrukken. Hierdoor kunnen dus ook verschillen van mening ontstaan over het functioneren en nut van het innovatieprogramma in de revalidatie, zoals ook deels zal blijken uit de volgende paragraaf waarin kritische kanttekeningen worden besproken. Deze paragraaf heeft willen aantonen dat het van belang is om te constateren dat de wijze van uitvoering van het programma geen neutrale actie is. Het zegt iets over wat innovatieve en goede revalidatie zorg is, of zou kunnen zijn. Dit is van belang, zeker omdat ook is geconstateerd dat men in de praktijk veel legitimatie ontleent aan deelname aan het innovatieprogramma<sup>55</sup>.

#### **7.4.5 Kritische kanttekeningen**

In de vorige paragrafen zijn de faciliterende, legitimerende en prioriterende werking van het innovatieprogramma in de revalidatie besproken. Echter, de respondenten is ook gevraagd wat zij liever anders zouden zien in het programma. Deze paragraaf beschrijft achtereenvolgens vijf kanttekeningen die respondenten plaatsten bij het bestudeerde innovatieprogramma.

##### *Innovatie en implementatie teveel gescheiden*

Het eerste punt van kritiek betreft het onderscheid tussen innovatie en implementatieprojecten en de wijze waarop daarmee in het programma is omgegaan. Zo

---

<sup>55</sup> Zie paragraaf 1.3 over de effecten op legitimatie

geven de respondenten van het innovatieproject in de Maartenskliniek aan dat het spijtig is dat er geen implementatiegeld gekoppeld is aan de toegekende innovatieprojecten. De innovatieprojecten krijgen niet speciaal financiering om aan implementatie te werken terwijl het in de beleving van de projectleider in het verleden wel gebruikelijk was in andere innovatieprogramma's. Speciaal implementatiegeld is nodig om een door projectleiders veel genoemd 'implementatie-gap' te overwinnen en maakt het bijvoorbeeld mogelijk te werken aan workshops of symposia. In het programma zat dan ook geen structuur waarmee succesvolle innovatieprojecten ook in een later stadium erkend zouden kunnen worden als implementatieproject. Het PACT-project uit Rijndam heeft zich van een innovatieproject ontwikkeld tot een implementatieproject, maar dat is volgens de projectleider op basis van toeval en vooral eigen initiatief geweest. Het was geen onderdeel van het programma dat projecten onder voorwaarden konden doorstromen, de betrokken projectleider heeft dan ook een nieuwe aanvraag voor een implementatieproject geschreven op basis van de resultaten in het innovatieproject. Sommige respondenten zien het als een gemiste kans dat er met de mogelijke doorontwikkeling van innovatieprojecten geen rekening is gehouden in de opzet van het programma; of dat het niet automatisch wordt gestimuleerd.

#### *Kennisdeling te vrijblijvend*

Een tweede punt van kritiek is de wijze waarop wordt omgegaan met kennisdeling vanuit de verschillende projecten. Ondanks het initiatief om een infrastructuur voor kennisdeling te ontwikkelen, het Revalidatie Kennisnet, geven de respondenten aan dat het innovatieprogramma meer had kunnen doen om kennisdeling te faciliteren of af te dwingen. Dat wat binnen het programma ontwikkeld wordt komt volgens sommigen nu te weinig ten goede aan de hele sector. Zo geven sommigen aan dat kennis er is om te delen, niet om te behouden. Als dat de overtuiging is, dan zou het in de ogen van deze projectleiders ook gerechtvaardigd zijn om een verplichting tot kennisdeling op te nemen in het programma. Een verplichting tot openbaar maken van kennis uit een project in een innovatieprogramma zou volgens sommige respondenten dan ook een goed idee zijn, mits daar de goede faciliteiten voor worden geboden. Een dergelijke verplichting dient dan wel goed te zijn doordacht om te zorgen dat men wel op een juiste wijze wordt gecompenseerd of om te zorgen dat de verantwoordelijkheid niet steeds bij dezelfde partijen komt te liggen.

*“Je zou volgens mij veel meer een verplichting moeten hebben maar ook support moeten krijgen om dat te verspreiden. Je moet er toch mensen voor vrijmaken en dat is dan liefdewerk oud papier; anders gaat het altijd ten koste van bepaalde mensen en centra”*

**MANAGER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

#### *Omgang met (mogelijk) mislukte projecten*

Volgens vele respondenten is een belangrijk punt bij het functioneren van een innovatieprogramma de vraag hoe er wordt omgegaan met projecten die dreigen te mislukken of niet blijken te werken gedurende de looptijd van het programma. Dit is dan ook het derde punt van kritiek op het huidige innovatieprogramma. Respondenten vroegen zich af welke consequenties er verbonden waren op het moment dat een project dreigt te mislukken. Een voorbeeld hiervan werd gegeven door de respondenten uit de Maartenskliniek. Een project van een ander centrum stopte omdat het ter plekke geen prioriteit meer had of omdat het in de oorspronkelijke vorm geen succes leek te gaan worden. De ontwikkelde kennis en technologie bleven daardoor echter op de plank liggen, waardoor ook andere centra niets met dat project of de inhoud daarvan konden gaan doen.

De volgens sommige trieste conclusie is dan dat er in het project weinig is geleerd en dat de besteding van publiek geld tot weinig output heeft geleid. Sommigen respondenten stellen dan ook dat subsidiegeld terug zou moeten op het moment dat een project niets op heeft geleverd. In ieder geval zouden ontwikkelde kennis en geleerde lessen moeten worden gedeeld. Innovatie is ontegenzeggelijk gebonden aan onzekerheid maar men kan meer doen in het huidige programma om die eventueel mislukte projecten van meer nut te laten zijn. In de opzet van het programma dient men dan ook rekening te houden met het feit dat projecten kunnen mislukken en dat erover nagedacht moet worden hoe dat gestuurd wordt. Vragen die bij de opzet van het programma moeten worden beantwoord zijn dan: Hoe zorgt het programma ervoor dat er gedurende het project bewijs voor de innovatie wordt opgebouwd? Welke consequenties heeft het voor de vorm waarin subsidies worden uitgekeerd, of voor het eventueel terugbetalen van ontvangen financiering? Is het beter om subsidies in termijnen uit te betalen? Welke inspanningsverplichtingen worden gevraagd? Dit punt van kritiek dat hier is besproken raakt aan een algemeen punt over innovatie. Innovatieve projecten zijn risicovol en kunnen dus ook mislukken. Innovatieprogramma's moeten ook de ruimte bieden voor een bepaalde mate van risicovolle projecten om werkelijk innovatief te zijn. Echter, het programma dient volgens sommige respondenten wel zo te zijn ingericht dat deze projecten mogen mislukken maar daarmee toch een algemene bijdrage hebben geleverd. Bij een deel van de respondenten heerste de overtuiging dat er te weinig is nagedacht over hoe de sector kan leren en profiteren van projecten die niet de gewenste resultaten bereiken.

#### *Beoordelingen projecten teveel momentopnames*

Het vierde punt van kritiek sluit aan op het vorige door in te gaan op de tijdelijkheid van de beoordelingsprocedure in het programma. Binnen het programma zijn de projecten eenmalig grondig beoordeeld op basis van zorgvuldig ontwikkelde criteria. Dit maakt de beoordeling echter wel tot een momentopname. Sommige respondenten pleiten ervoor dat de erkenning van deelname aan het programma en dus ook het ontvangen van subsidie meer als proces zou kunnen worden weergegeven.

*“De beoordeling van aanvragen zou moeten gebeuren op beoordeling van kansrijkheid evt. met tussenrapportages die je dan vraagt. Zo maak je ook van het subsidietraject een proces en kan je zien wat er gebeurt. Dan blijft het niet simpel bij een subsidie op moment A”.*

**PROJECTLEIDER MAARTENSKLINIEK, 28-06-2012**

Hoewel men zich lijkt te realiseren dat het incorporeren van tijdelijkheid in het programma meer werk en organisatie vraagt voor het programmamanagement, is het op die manier wel mogelijk beter in te spelen op nieuwe ontwikkelingen binnen een project. Dit kan een manier zijn om het vorige kritiekpunt over het blijvend volgen van projecten en het leren van mogelijk falende projecten te ondervangen. Er zijn meerdere opties denkbaar om de beoordeling minder tijdsafhankelijk te maken wat volgens een deel van de respondenten de kwaliteit van het programma ten goede zou komen.

#### *Te krappe looptijd*

Het vijfde en laatste punt van kritiek op het programma betreft de looptijd, wat vooral ter sprake komt tijdens de 3 onderzochte implementatieprojecten. Zo geeft een van de geïnterviewde projectleiders aan dat twee jaar om radicale veranderingen te implementeren gewoon erg kort is. Een van de aanwezige knowledge-brokers tijdens de focusgroep in het

implementatieproject in de Hoogstraat merkt naar aanleiding van een discussie over de looptijd op dat het probleem zit in de verwachtingen.

*“Het duurt gemiddeld 17 jaar voordat veranderingen in de zorg bekliven en een definitieve plek krijgen. Hoe kan het dan dat men verwacht dat wij in 1 jaar klaar zijn met een project als dit. Dit is een proces dat in gang is gezet en dat is niet 1,2,3 klaar*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Hoewel respondenten hiermee aan lijken te geven dat een langere looptijd wenselijk zou zijn, wordt er door anderen ook gesteld dat juist het feit dat het een tijdelijk project is heeft geholpen. Projectmatig werken geeft inhoudelijke focus, geeft richting en legt enige druk op betrokkenen om ook echt concrete resultaten te boeken binnen afzienbare tijd. Concluderend kan worden gesteld dat de looptijd van het programma aangepast dient te worden aan de aard van de projecten, dat men uit moet gaan van realistische verwachtingen maar dat een eindig project wel beter werkt dan een continu proces.

Hoewel eigenlijk alle respondenten die in dit onderzoek zijn gesproken enthousiast waren over deelname aan het innovatieprogramma, hebben de respondenten ook kritische kanttekeningen geplaatst bij de opzet en uitvoer van dit programma. De respondenten zelf geven aan dat deze punten ook meegenomen zouden kunnen worden in een eventueel vervolg of in een nieuwe opzet van een soortgelijk innovatieprogramma. Deze paragraaf had als doel de kritische kanttekeningen van de respondenten bij het programma te beschrijven.

#### **7.4.6 Conclusie**

Veel van projecten zijn gestart vanuit de inhoud. Het is niet gebleken dat het innovatieprogramma nieuwe inhoud heeft weten uit te lokken. Het programma biedt vooral de mogelijkheid en de faciliteiten om aan innovatie te werken. Het programma creëert daarmee randvoorwaarden voor innovatie. Er is gebleken dat het programma in de praktijk faciliteert. Het programma *faciliteert* doordat het ruimte, tijd, geld en schaalvoordelen biedt voor de projecten die zonder het programma niet konden worden gerealiseerd. Het programma *legitimeert* o.a. omdat het projecten centrum- en discipline overstijgend maakt. Het legitimeert voor instellingen de input van innovatieprocessen maar vooral ook de output in termen van de legitimatie van inhoudelijke ontwikkelingen. Het programma *prioriteert* ook; het doet met toekenning van geld indirect uitspraken over de wenselijkheid van een innovatie. De drie betekenissen van het programma voor de praktijk laten ook eenzelfde gelaagdheid zien waarden zien als bij de randvoorwaarden was geconstateerd. Het programma beïnvloedt bepaalde innovaties die aan bepaalde waarden zijn gekoppeld en biedt mogelijkheden deze te borgen. De normatieve reflectie op deze waarde zit daarmee in de uitvoering en de toekenning van de projecten. Het programma beïnvloedt middels de projecten dus ook wat als goede revalidatiezorg wordt gezien. Naast deze betekenissen die men toekent aan het programma, plaatsen de respondenten ook vijf kritische kanttekeningen bij de opzet en uitvoer van het innovatieprogramma. Zo wordt het ontbreken van doorgroeimogelijkheden voor innovatie- tot implementatieprojecten, het ontbreken van een verplichting tot kennisdeling, het niet faciliteren van mogelijk te mislukken projecten, de tijdelijkheid van de beoordeling en de looptijd van het programma door sommige respondenten als gemis en daarmee als mogelijk verbeterpunt gezien.





# 7.5 Ontwikkeling Revalidatie Kennisnet

*“De kwaliteit van een online-community of kennisnet valt of staat met twee dingen; de kwaliteit van de inhoud en de kwaliteit van de community buiten de online-wereld om”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

## 7.5.1 Introductie

Het faciliteren van kennisuitwisseling wordt als een belangrijk onderdeel beschouwd van de innovatiekracht van de revalidatie. Het innovatieprogramma bevatte daarom ook een programmaliijn dat als doel had om een kennisnet voor de revalidatiepraktijk te ontwikkelen. In het innovatieprogramma is het ontwikkelen, lanceren en onderhouden van een goed werkend kennisnet dan ook vastgelegd in een concrete doelstelling; ‘het versterken van de mogelijkheden om beschikbare kennis te verspreiden in de sector’. Om dat doel te realiseren is onder leiding van Revalidatie Nederland een digitaal kennisnet ontwikkeld waar professionals uit de sector kennis kunnen uitwisselen. Een specifiek onderdeel van het voorliggende onderzoek was dan ook gericht op een beschrijving en analyse van de ontwikkeling en werking van dit ‘Revalidatie Kennisnet’. Dit deel van het onderzoek is voornamelijk uitgevoerd in een zelfstandig scriptieonderzoek van M. Kelder. In zijn onderzoek wordt beschreven hoe Revalidatie Kennisnet is ontwikkeld en wat het momenteel voor de sector betekent. De resultaten hiervan worden in paragraaf 7.5.2 in het kort besproken. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de rol die het Kennisnet speelde in de onderzochte casussen. Hiermee wordt bedoeld dat is gekeken wat een ontwikkeling als het Kennisnet op programmaniveau doet op projectniveau. De respondenten in de casussen zijn daarom bevroegd op hun mening over Revalidatie Kennisnet en op het concrete gebruik ervan in de afzonderlijke innovatie- en implementatieprojecten. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van deze analyse over Revalidatie Kennisnet.

## 7.5.2 Ontwikkeling en functioneren van kennisnet

Zoals vermeld is het onderzoek naar de ontwikkeling en het functioneren van het Revalidatie Kennisnet belegd in een afstudeeronderzoek van de heer M. Kelder. In zijn scriptie zijn de aanzet, de ontwikkeling en discussies over het functioneren van het Kennisnet uiteengezet en geanalyseerd. Er wordt betoogd dat Revalidatie Kennisnet niet enkel ondersteunend werkt voor de innovatie- en implementatieprojecten in het innovatieprogramma maar dat de ontwikkeling van het Kennisnet zelf ook als innovatieproces kan worden gezien. In het kader hieronder is de Nederlandse samenvatting van de masterscriptie opgenomen. Voor meer informatie over dit onderzoek naar Revalidatie Kennisnet verwijzen wij graag naar de scriptie zelf<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Zie: M. Kelder BSc – “Innovation Influencing Innovation” – December 2012

## Samenvatting

Revalidatie is een proces waarbij de persoon die revalideert probeert om de verloren functionaliteiten te verbeteren of terug te krijgen. Zorg voor revalidatiepatiënten is ook het leren omgaan met een beperking. In Nederland werken veel verschillende professionals in deze sector. Binnen deze sector is het innovatie programma revalidatie opgezet om innovaties te bevorderen. Eén van de doelen van dit programma is het bevorderen van de kennisdeling tussen professionals. Revalidatie Kennisnet is opgezet om dit te bereiken. Het doel van dit onderzoek is om een beschrijving te geven van de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet. De beschrijving van het proces zal helpen om de huidige portal te begrijpen. De keuzes die gemaakt zijn (expliciet en impliciet) tijdens dit proces zullen centraal staan. Om de ontwikkeling te kunnen structureren is gebruik gemaakt van een theoretisch model.

Het tweede doel van dit onderzoek is om Revalidatie Kennisnet te beschrijven aan de hand van de functionaliteiten en de uitkomsten. Dit geeft aan wat er mogelijk is met Revalidatie Kennisnet en hoe de gebruikers de portal kunnen gebruiken. Aan de hand van deze doelstellingen is de hoofdvraag van dit onderzoek de volgende:

*‘Hoe kunnen we de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet en de consequenties begrijpen?’*

De subvragen richten zich op de ontwikkeling van de portal (waarom en hoe) en de consequenties (bevorderen innovaties en de uitwisseling van kennis). Het onderzoek is kwalitatief opgezet met semigestructureerde interviews met respondenten die de diverse groep professionals vertegenwoordigen. Observaties, zoals de laatste bijeenkomst van de begeleidingscommissie, maken ook onderdeel van het onderzoek uit.

Revalidatie Kennisnet is een portal ‘voor en door professionals’ en zal door de professionals gevuld moeten worden met kennis (over innovaties en behandelingen). Alle verschillende professionals kunnen gebruik maken van de portal. Naast kennisdeling heeft Revalidatie Kennisnet nog een aantal andere functionaliteiten. De samenwerking tussen professionals en de ontwikkeling van nieuwe innovaties horen ook hierbij. Revalidatie Kennisnet is niet toegankelijk voor patiënten.

Om het samenwerkingsproces tijdens de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet te bestuderen zal duidelijk moeten zijn wat innovatie is om te kijken waar de portal voor bedoeld is. Er zijn veel manieren om innovatie te bestuderen, tijdens dit onderzoek is gekozen voor de typering van innovaties door Greenhalgh. Een innovatie is: *‘a novel set of behaviours, routines, and ways of working that are directed at improving health outcomes, administrative efficiency, cost effectiveness, or users’ experience’*. Het bestuderen van het samenwerkingsproces tijdens het opzetten van Revalidatie Kennisnet zal gedaan worden aan de hand van het model van Sorensen (2011). Dit model geeft de verschillende factoren die dit proces beïnvloeden weer en zal een kader verschaffen bij het bestuderen van Revalidatie Kennisnet.

Revalidatie Kennisnet is ontwikkeld tijdens verschillende bijeenkomsten van de werkgroep en begeleidingscommissie. Revalidatie Kennisnet is een plaats waar verschillende professionals kennis (van innovaties en behandelingen) kunnen delen, maar biedt professionals ook de mogelijkheid om met elkaar te verbinden. De uitkomsten van Revalidatie Kennisnet zijn sterk afhankelijk van het gebruik en verwachtingen van de portal. Professionals die minder tevreden zijn met Revalidatie Kennisnet zullen tevens minder (intensief) gebruik maken van Revalidatie Kennisnet...

...Veel verschillende factoren hebben invloed gehad op het proces van samenwerking tijdens de ontwikkeling en op het eindresultaat (Revalidatie Kennisnet). Het krimpende overheidsbudget in combinatie met de prestatiefinanciering heeft invloed gehad op de samenwerking tussen de verschillende organisaties. Sommige organisaties en professionals zijn minder geneigd om samen te werken met andere organisaties. Sommige professionals willen tevens alleen kennis delen als ze er kennis voor terugkrijgen. De mate waarin de gebruikers zich mede-eigenaar van de portal voelen is ook van invloed op de mate waarin ze kennis delen.

Revalidatie Kennisnet is een besloten portal, zo hebben patiënten geen toegang. Een meer open portal leidt echter tot meer activiteit in de besloten gedeeltes en door de toegang van patiënten kan Revalidatie Kennisnet innovatief zijn op een andere manier.

Revalidatie Kennisnet kan op drie verschillende manieren gezien worden, namelijk: een middel waar professionals kennis kunnen delen, een plaats waar interactie is tussen professionals en ook als een innovatie zelf. De manier waarop professionals met Revalidatie Kennisnet omgaan is belangrijk. Professionals moeten Revalidatie Kennisnet als een proces zien waar ze in moeten investeren. Deze investering moet gedaan worden door de professionals door tijd aan Revalidatie Kennisnet te besteden en kennis te delen. Revalidatie Kennisnet niet alleen innovatie, maar is het ook een innovatie in zichzelf. Professionals hebben altijd en overal informatie beschikbaar en dit leidt tot een snellere manier van werken. Doordat professionals zich met elkaar verbinden kunnen ze teven informatie delen op een informele manier. Dit leidt tot een verdere ontwikkeling van de revalidatiezorg. Revalidatie Kennisnet kan daarom ook gezien worden als een innovatie in zichzelf.

**FIGUUR 12: SAMENVATTING MASTERSCRIPTIE M. KELDER OVER REVALIDATIE KENNISNET**

### **7.5.3 Kennisnet en de projecten**

In de vier casestudies in het voorliggende onderzoek zijn de verschillende respondenten bevraagd op hoe zij denken over de functionaliteit en de werking van Revalidatie Kennisnet zoals het is opgezet en ontwikkeld door Revalidatie Nederland. De resultaten daarvan worden besproken in twee delen. Allereerst wordt geïllustreerd hoe de respondenten denken over het nut en de meerwaarde van ICT voor het verloop van de projecten. Daarna wordt toegelicht hoe het kan dat er ondanks het bestaan van Revalidatie Kennisnet in verschillende projecten parallelle initiatieven zijn ontwikkeld.

#### **(1) Het nut en de meerwaarde van ICT-ondersteuning**

In de verschillende casestudies werd al snel duidelijk dat iedereen het belang van online kennisdeling inziet. Men ziet hierin duidelijk een meerwaarde en respondenten benadrukken dat het mooi is dat een ondersteunende infrastructuur als Revalidatie Kennisnet er is. Veelvuldig wordt benadrukt dat men nieuwsgierig is naar het toekomstig gebruik en het effect op de sector. Zo werd bijvoorbeeld in het onderzoek naar het implementatieproject 'Richtlijn CP in praktijk' van de Hoogstraat het belang benadrukt door te stellen dat online kennisdeling kan helpen om bepaalde kennis, vooral in de vorm van concrete instrumenten, uit te wisselen. Het Kennisnet ondersteunt het formele netwerk van het project dus door het bieden van een infrastructuur voor kennisuitwisseling. Daarnaast zien de respondenten de voordelen van de inhoudelijke kennisdeling voor de kennis en kunde van aangesloten professionals. Toch wordt daar ook bij verteld dat echte kennisdeling meer omvat dan alleen een goed werkende ICT toepassing, zo geeft een van de betrokken knowledge-brokers aan in onderstaande quote.

*“Alleen ICT gaat niet helpen, we moeten elkaar blijven ontmoeten om ervaringen uit te wisselen”.*

**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

De projectleider van hetzelfde project beaamt het belang van offline interactie, door in te gaan op wat offline interactie anders maakt dan de online variant.

*“Wat de meerwaarde is van die face-to-face-uitwisseling; dat is de aanwezigheid en de aanvullingen die je kan doen door soms alleen de domme vragen te stellen. De aanbevelingen zijn leuk, maar de vragen en echte real-life uitwisseling is nog bijzonderder en leuker”.*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

ICT kan helpen, maar betrokken uit dit project zien online en offline kennisuitwisseling dus duidelijk als aanvullend en elkaar versterkend. Om dit offline contact te faciliteren is er in dit specifieke project gewerkt met namenlijsten gekoppeld aan foto's om elkaar echt te leren kennen en 'het gezicht bij een e-mailadres te hebben'. Volgens de betrokken is op netwerkbijeenkomsten de basis gelegd om ook aan digitale kennisdeling te doen. Het creëren van commitment en het formuleren van gedeelde doelen van deelname aan het project zijn belangrijk om ook buiten deze bijeenkomsten kennis met elkaar te willen delen.

*“Elkaar kennen is van serieus belang, ook als je via de digitale weg iets leert”.*

**PROJECTLEIDER DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Ondanks het belang van face-to-face-meetings zien de respondenten wel de meerwaarde van ICT voor kennisdeling. Vele voordelen worden genoemd. Zo kan ICT helpen om innovatie duurzaam te maken; om kennis te verspreiden over geografisch verspreide centra; om kennis van verschillende personen te kunnen vergelijken, om complexe materie hanteerbaar te maken voor bepaalde doelgroepen en om kennis expliciet en daarmee zichtbaar te maken waardoor het open staat voor aanvullingen en kritiek van anderen. Een kennisnet biedt bovendien de mogelijkheid om alles te laten zien wat er in het project gebeurd en volgens betrokkenen uit het implementatieproject in de Hoogstraat is dat lastig te organiseren in de praktijk. Een digitaal forum biedt bovendien de mogelijkheid om externe experts op een vrij eenvoudige wijze in te schakelen voor advies op specifieke onderwerpen. Volgens de respondenten uit de verschillende casussen wordt er dan op specifieke inhoud al veel gebruik gemaakt van de mogelijkheid om kennis te delen op Revalidatie Kennisnet. Soms wordt het kennisnet gezien als middel om niet alleen kennis te delen maar ook om daadwerkelijk aan co-creatie te doen.

*“Het forum (van het specifieke project) daar staat nu zoveel informatie op! Het moet misschien wel blijven bestaan, het is een beperkte, veilig en vertrouwde omgeving en dat werkt gewoon goed”.*

**COÖRDINATOR DE HOOGSTRAAT, 05-09-2012**

Kennisnet is dan niet enkel meer een ondersteunende infrastructuur die betrokkenen uit de verschillende projecten met elkaar verbindt en zo een schakel vormt tussen project- en programmaniveau, maar draagt ook letterlijk bij aan de creatie van nieuwe kennis. De visie om kennisnet te gebruiken als middel om aan co-creatie te doen, past beter bij de

doelstelling van RN met het kennisnet; namelijk dat het een platform zou worden om samen aan innovatie te werken in plaats van alleen te dienen als een kennisdatabank. De respondenten lijken het er over eens te zijn dat ICT kan dienen als katalysator voor het werken aan innovatie; het maakt het werk bovendien niet alleen makkelijker maar zelfs leuker.

## **(2) Het ontstaan van parallelle initiatieven**

Op het gebied van digitaal beschikbaar maken van informatie zien we volgens sommige hetzelfde als bij iedere vorm van innovatie, namelijk het ontstaan van parallelle initiatieven. In de cases blijkt dat er naast de opzet en de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet gewerkt wordt aan alternatieven voor online kennisuitwisseling. De projectleider van het innovatieproject in de Maartenskliniek noemt het 'typisch Nederlands' dat iedereen op het gebied van 'online communities' het wiel opnieuw probeert uit te vinden. Toch is ook de website die hij momenteel in beheer heeft, een website die wordt gebruikt voor online en vrije uitwisseling van 'evidence-based' behandelprotocollen, is deze niet gekoppeld aan Revalidatie kennisnet. Volgens de respondenten niet alleen de projecten zelf bezig met het opzetten van digitale kennisomgevingen, maar zijn ook partijen als Vilans en Actiz bezig met het opzetten van een kennisnet voor o.a. de revalidatie. Dit draagt volgens hen dan ook niet bij aan de overzichtelijkheid. Ook 't Roessingh heeft binnen het ACT-project een eigen variant van het kennisnet opgezet om digitaal kennis uit te wisselen met de deelnemende centra. Volgens de betrokken projectleider werkt kennisuitwisseling via dat netwerk goed omdat er ook veel 'offline' uitwisseling is op bijvoorbeeld symposia en omdat er een besloten deel op het eigen kennisnet is. Het ontwikkelde kennisnet ondersteund daarmee zowel het formele als het informele netwerk waarin mensen op inhoud gebonden zijn. De link met het kennisnet van Revalidatie Nederland is ook in dit geval nog niet gemaakt en volgens de betrokken projectleider is het vooralsnog onbekend hoe die link er in de toekomst uit zou kunnen zien. De projectleider ziet echter wel mogelijkheden voor Revalidatie Kennisnet op het gebied van bestendinging, omdat het voor individuele centra maar de vraag is hoe zij eigen ontwikkelde fora in de lucht kunnen houden na afloop van de looptijd van het innovatieprogramma. In deze lijn van argumentatie gaat het echter alleen om het faciliteren van het technische onderhoud en beheer van een kennisnet, niet over de specifieke inhoud.

Gedurende de looptijd van het innovatieprogramma werd Revalidatie Kennisnet gelanceerd<sup>57</sup>. Toch blijkt uit de casestudies dat er in verschillende projecten voor is gekozen een eigen variant te ontwikkelen. Deze constatering is verder onderzocht door de respondenten te bevragen op de redenen voor het ontstaan van deze initiatieven.

In de cases zijn soms twijfels over eigendomsrechten en intellectueel eigendom een drempel geweest om kennis te delen via het Revalidatie Kennisnet. Toch wordt daar gelijk aan toegevoegd dat men niet moet vergeten dat de projecten deels uit gemeenschapsgeld zijn bekostigd en dat de uitkomsten ook ten goede zouden moeten komen aan de gemeenschap. Het vrij publiceren van resultaten zou volgens direct betrokkenen dan ook best een verplichting van deelname aan het innovatieprogramma kunnen zijn. Het onderwerp van eigendomsrechten vormde een verklaring voor het feit dat de individuele

---

<sup>57</sup> Officiële lancering van Revalidatie Kennisnet was op een projectleiders bijeenkomst van het programma in het najaar van 2012

projecten naast Revalidatie Kennisnet soortgelijke initiatieven zijn gaan opzetten. Het volgende fragment illustreert dit punt.

*“Wat wel echt een probleem kan zijn is het eigendom; innovatie kost tijd, geld en moeite. Als je iets erop zet en men is het dan kwijt dan spelen er andere belangen. Dat gaat dus niet zomaar”.* **DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Een van de andere deelnemers aan de focusgroep vult hierop aan.

*“Wij mogen informatie uit onze projecten ook niet delen van de eigen instelling”.*  
**DEELNEMER FOCUSGROEP DE HOOGSTRAAT, 14-09-2012**

Het blijkt dat het sommige deelnemers aan dit implementatieproject contractueel verboden is opgedane kennis te delen met professionals, collega's of kennissen van buiten het project. Hoewel dit vanuit intellectueel eigendom logisch is, geeft het ook iets aan over de bereidheid van kennisdeling in de revalidatiesector.

Volgens de respondenten van de casus in Rijndam moet men niet vergeten dat het gebruik van ICT enige aandacht vraagt voordat het is ingebed in de dagelijkse routines van betrokken professionals. Daarnaast wordt het nut van een algemeen kennisnet enigszins in twijfel getrokken omdat het kennisnet, door het bestaan van een sterk en relatief overzichtelijk persoonlijk netwerk, overbodig is om met de juiste personen in contact te komen. De relevante personen binnen een vakgebied zijn bij de meeste projectleiders al bekend. Ook wordt nog een praktisch probleem genoemd, namelijk dat veel van de professionals niet gewend zijn om een soortgelijk medium te gebruiken voor professionele doeleinden. Hoewel deze soms praktische problemen voorlopig het gebruik nog enigszins remmen, geven betrokkenen ook aan dat dit wellicht vooral tijdelijke problemen zijn en dat het nog enige tijd nodig heeft alvorens het wel gaat werken.

In de verschillende casussen bleek dat er onder de potentiële gebruikers van Revalidatie Kennisnet bezwaren zijn tegen de huidige opzet van het kennisnet. Die bezwaren zouden volgens deze kritische respondenten dan ook de aanleiding zijn om alternatieven te gaan ontwikkelen. In het implementatieproject in de Hoogstraat is ook een eigen initiatief gestart. Vanwege grondige bezwaren tegen het Revalidatie Kennisnet is besloten in de Hoogstraat een eigen community op te zetten, hoewel die in de toekomst wellicht niet door de Hoogstraat alleen kan worden onderhouden. De belangrijkste bezwaren tegen kennisnet van RN waren: (1) mytilscholen hebben geen toegang en dat is voor kinderrevalidatie programma's eigenlijk ondenkbaar en (2) er was bij betrokkenen een principiële bezwaar tegen het feit dat patiëntenorganisaties geen toegang hebben er niet op kunnen. Beide argumenten gaan over de toegankelijkheid van de informatie op het Kennisnet en hoewel RN hier goeude redenen voor heeft gehad, blijkt dat dit op projectniveau wel enige bezwaren op kan roepen. Echter, ook in het alternatief wat in deze casus is ontwikkeld is gekozen voor een deels besloten forum om juist de inhoudelijke uitwisseling ook veilig te maken voor professionals. Overigens gaf een van de respondenten, die inhoudelijk betrokken was bij de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet, aan dat de kwestie van de toegankelijkheid wel besproken is gedurende de ontwikkeling. Hoewel de meeste parallel ontwikkelde initiatieven dan ook (nog) niet zijn gekoppeld aan het revalidatie kennisnet zien

vele wel de mogelijkheden. De verwachting is dan ook dat het in de toekomst meer gebruikt zal gaan worden.

*“Misschien is er meer geld nodig om symposia te houden en om een website te maken die toekomst-proof is”.*

**PROJECTLEIDER ‘T ROESSINGH, 11-09-2012**

*Samengevat* kan worden gesteld dat het idee van online kennisuitwisseling breed wordt ondersteund. Het onderhouden van een formeel netwerk is geholpen bij een goed werkend ICT-systeem. Bovendien kan een goed werkend kennisnet niet alleen de projecten aan elkaar verbinden maar leidt het in potentie zelfs tot de totstandkoming van nieuwe kennis. Toch verschilt men van mening over de wijze waarop dit zou moeten gebeuren, gezien de ontstane fragmentatie door de vele parallelle initiatieven die zijn gestart. Hoewel men het belang van een goed functionerende infrastructuur onderschrijft zijn er specifieke bezwaren ten opzichte van Revalidatie Kennisnet die maken dat men een eigen variant is gaan ontwikkelen. Er zijn uiteenlopende verwachtingen en overwegingen bij het opzetten van een kennisnet die maken dat er verschillende varianten worden ontwikkeld. Drie belangrijke redenen worden hiervoor genoemd: (1) Men zit vooral het nut om aan kennisdeling te doen met mensen die inhoudelijk betrokken zijn en ziet het nut van kennisdeling over de projecten niet altijd. (2) Men verschilt van mening over wie er toegang zou moeten hebben tot de informatie op Kennisnet. (3) Men heeft twijfels over hoe het is geregeld met eigendomsrechten en of er dus wel voldoende sprake is van wederkerigheid en uitwisseling in plaats van eenzijdige kennisdeling.

#### **7.5.4 Conclusie**

Tijdens het reconstrueren van de ontwikkeling en opzet van het Kennisnet zijn er drie verschillende functies van het kennisnet geconstateerd.

- In de eerste plaats de functie van informatie verzamelen, plaatsen en delen. Bij deze functie is een beperkte mate van interactie tussen de betrokken stakeholders aan de orde. De betrokkenheid bij en het vertrouwen in Kennisnet als platform en in de gedeelde informatie zijn hiervan mede de oorzaak.
- In de tweede plaats is er de interactiefunctie, namelijk het via Kennisnet delen van verwachtingen en het begeleiden van het verder implementeren en verspreiden van innovaties. Bij deze functie is een hogere mate van interactie van belang, evenals vertrouwen, niet enkel in de werking van Kennisnet, maar ook in elkaar als professionals.
- In de derde plaats de ‘aanjaagfunctie, namelijk het actief bevorderen van innovatie in de revalidatie, in de zin van ‘advocacy’. Dat vraagt om een intensievere organisatie van het Kennisnet en een gedeelde verantwoordelijkheid van het collectief van professionals via Kennisnet en de individuele professional die zich openstelt voor vernieuwingen die daar vandaan komen.

In het onderzoek komt naar voren dat Kennisnet vooralsnog de informatiefunctie behelst en beoogt, hoewel de verwachtingen van stakeholders vaak op de interactie- en aanjaagfunctie zitten.



Het initiatief tot het opzetten van Revalidatie Kennisnet wordt breed gesteund door de respondenten in de verschillende casussen. De programmalijn om een ondersteunend Kennisnet op te zetten werd enthousiast begroet. Kennisnet kan in potentie helpen in de netwerkvorming, in het uitwisselen van kennis en kunde van professionals en in het creëren van nieuwe kennis. Men ondersteunt het idee voor een online kennisinfrastructuur om projecten te verbinden op programmaniveau.

Echter, het is nog te vroeg om te concluderen of Revalidatie Kennisnet succesvol zal zijn. Het moet zich in de praktijk nog bewijzen, hoewel de infrastructuur er ligt. Die moet nu echter nader ingevuld worden om de drie functies van informeren, interacteren en aanjagen te kunnen vervullen. Wat dat betreft zijn kanttekeningen te plaatsen bij de werking van Kennisnet op dit moment. Zo is het maar de vraag of een landelijk Kennisnet nodig is voor de netwerkvorming of dat daarvoor persoonlijke professionele netwerken belangrijker zijn. Ook zijn er specifieke bezwaren over de toegankelijkheid van professionals, cliënten en patiënten, evenals over de wederkerigheid van bijdrage aan het Kennisnet, zeker in een omgeving waar samenwerken en concurreren vaak op gespannen voet staan. De toekomst moet uitwijzen hoe succesvol het Kennisnet gaat zijn in het blijvend ondersteunen van de innovatie- en implementatieprojecten, belangrijk is de invulling van de randvoorwaarden die passen bij het vervullen van de drie onderscheiden functies.

## 8. Conclusie

*“Finally, in conclusion,  
Let me say just this”.*

**Peter Sellers, British actor (1925-1980)**

### Opmerkingen

- In voorgaande hoofdstukken is uitgebreid stilgestaan bij hoe innovatieprojecten in de revalidatie zijn vormgegeven en hoe dat in specifieke projecten uitwerkt. Per hoofdstuk zijn conclusies getrokken welke aan het eind van ieder hoofdstuk terug zijn te vinden. Deze vormen het antwoord op de opeenvolgende deelvragen. De conclusies zijn niet opnieuw opgenomen in dit concluderende hoofdstuk.
- De conclusies in dit hoofdstuk zijn dus meer over alle data en casussen heen geschreven. Daar waar mogelijk zijn concrete verwijzingen gemaakt naar projecten of andere hoofdstukken van het rapport.
- De lessen die de auteurs trekken uit dit onderzoek zijn niet hier opgenomen. Deze lessen worden beschreven in de vorm van aanbevelingen in een apart hoofdstuk.

### 8.1 Innovatie leeft in de revalidatie

Met een open blik op de revalidatiesector en een hoge mate van interesse in het verloop van innovatieprocessen daarbinnen verrichtten wij ons onderzoek. Met verwondering en vaak ook bewondering liepen wij in de sector rond, spraken wij vele betrokkenen en observeerden wij in instellingen en tijdens groepsdiscussies wat er op innovatiegebied plaatsvindt. Er valt veel over te zeggen, dat hebben wij in dit rapport geprobeerd te doen, maar een belangrijke eerste conclusie is dat innovatie in de revalidatie leeft. De revalidatieartsen en veel betrokken disciplines zijn in hoge mate gericht op onderzoek, toetsing en het verzamelen van evidence voor handelwijzen. Er is een traditie van wetenschappelijk onderzoek, multidisciplinair werken, het onderhouden van verbindingen naar de academie en het bundelen van kennis via Revalidatie Nederland. Wij constateerden bovendien – tijdens ons onderzoek – een grote mate van enthousiasme van de bij de bestudeerde praktijken betrokken actoren.

Dat gezegd hebbende, ligt de vraag vanuit Revalidatie Nederland en ZonMw op tafel hoe te verklaren op welke wijze innovatie verloopt, waarom dat soms vastloopt en waar de innovatiekracht vandaan komt. In deze conclusies geven wij antwoorden op basis van de door ons verrichte studie. De belangrijkste kanttekening die we daarbij maken is dat wij geen uitspraak doen over ‘de’ innovatiekracht van de sector, over ‘de’ manier om innovaties te versterken of over ‘de’ factoren die belemmerend en bevorderend werken. De situaties die wij bestudeerden zijn in zichzelf uniek, maar tegelijk ook sprekend. Wij hebben ze laten spreken in dit rapport. Dat was het doel. Deze voorbeelden hebben wij in dit exploratieve onderzoek beschreven en geanalyseerd<sup>58</sup>.

---

58 Om te voorkomen dat uitspraken of observaties van unieke situaties gebruikt worden voor algemene uitspraken benadrukken wij dat dit onderzoek niet is opgezet om generaliserende uitspraken mogelijk te

## **8.2 Bevindingen over het verloop van innovatie in de revalidatie**

Het onderzoek heeft naar ons oordeel belangrijke inzichten opgeleverd, die bruikbaar zijn voor het verder nadenken, vormen en inrichten van innovatiebeleid in de revalidatiesector. Hieronder worden de vier belangrijkste bevindingen beschreven.

### *1. Definitie van innovatie varieert*

In de definiëring van wat innovatie is constateren wij in de praktijk van de revalidatiesector veel variatie. Met de praktijk bedoelen we in dit geval de professionele (zorginhoudelijke) praktijk, waarbinnen het beeld van wat innovatie is al verschild, maar ook de beleids- en bestuurspraktijk en de praktijk van onderzoek en advies. Er is wel een ordening aan te brengen, welke relevant is voor het begrijpen van onze conclusie dat innovatie deels wel, maar deels ook niet vanzelf tot stand komt in deze sector.

In de eerste plaats is innovatie niet altijd iets nieuws. Dat uit zich op drie manieren: (1) innovaties als iets nieuws, een nieuwe technologie, een nieuw middel of een nieuwe behandeling; (2) innovaties als doorontwikkeling, een bestaande technologie, middel of behandeling die nieuwe kenmerken krijgt toegevoegd of waar iets aan wordt gewijzigd waardoor een vernieuwing mogelijk is; (3) innovaties door een wijziging van de omgeving waarin de technologie, het middel of de behandeling worden toegepast, waardoor er de facto een vernieuwend resultaat optreedt. Naast het feit dat innovatie niet altijd als iets nieuws wordt gezien is de betekenis ervan soms dat het een proces is van het vertalen en verplaatsen van innovatieve elementen, dat het soms symbool staat voor een paradigmaverandering die meer fundamenteel van aard is, dat het soms dient als platform en uitwisseling van nieuwe mogelijkheden en dat het tenslotte professionals in de revalidatie kansen biedt om zich te ontwikkelen. Variatie van beelden en verwachtingen dus die veelal verbonden zijn aan de waarde die respondenten aan innovatie toekennen. Die koppeling komt vaak voort uit opvattingen over wat een goede beroepsuitoefening of goede zorg is en over wat de (veranderende) identiteit van de revalidatieprofessionals behelst.

De definities die worden gebruikt blijken tijdsafhankelijk te zijn. Met andere woorden, wat als innovatie wordt beschouwd is mede afhankelijk van het moment in de tijd en van ontwikkeling van de innovatie. Over het verschuiven van definities, hoe logisch dat ook is, wordt bij aanvang van projecten niet nagedacht in termen van verwachtingen van betrokkenen over ontwikkeling en gebruik. Over het in elkaar overlopen van ontwikkeling en implementatie wordt veelal ook niet nagedacht. Dat zien wij wel als belangrijk, omdat het preciezer kan maken of je spreekt over het ontwikkelen van iets nieuws, het door ontwikkelen van iets bestaands of het wijzigen van de context waarin het nieuwe wordt toegepast.

### *2. Innovatiekracht wordt wel en niet aangesproken*

Door specifieker te zijn over wat er onder innovatie verstaan wordt kunnen we ook gerichter spreken over wat innovatiekracht eigenlijk is. Soms zit de innovatie in de professionals en de onderzoekers die nieuwe dingen tot stand brengen. Wij concluderen dat de revalidatiesector zich – voor zover wij hebben kunnen bestuderen – rijk mag rekenen op dat vlak. Er gebeurt veel, met enthousiaste en initiatiefrijke professionals en onderzoekers. Weliswaar voelen zij

---

maken. In de analyse van het materiaal is triangulatie toegepast en zijn observaties en uitspraken getoetst via verschillende dataverzamelmethode en momenten.

zich sterk onder druk staan door een sterker geworden productiegerichtheid en het tijdgebrek in hun werk, waarover verderop meer, maar de bestudeerde cases laten ons zien dat hen dit niet ervan weerhoudt om nieuwe technologieën en middelen te introduceren of via nieuwe combinaties van disciplines effectievere behandelmethoden te bevorderen.

Mede door de programmatische en financiële aanpak met het ZonMw programma is dat mogelijk geworden. Soms zit innovatiekracht dus in de combinatie met steun van de overheid of ruimte die door de organisatie/ instelling geboden wordt. Innovatie gaat, met andere woorden, deels wel vanzelf door de attitude en het denken van de professionals en onderzoekers (wetenschappelijke attitude) die op innovatie gericht zijn. Deels echter ook niet, omdat het geld (=tijd) en organisatie vereist. Dit is in de praktijk niet altijd eenvoudig te organiseren.

Een belangrijke kanttekening is dat de context van gebrekkige tijd om te innoveren en de focus op productie ook voor een sterke interne focus zorgt, waardoor de verbinding met andere maatschappelijke sectoren en professionals niet snel gemaakt wordt. De cliënten en patiënten bevinden zich wel in die werelden. Daar ligt een belangrijke uitdaging voor de revalidatiesector.

### *3. Institutionele vormgeving revalidatiesector biedt kansen en belemmeringen*

Naast de druk uit de omgeving op de revalidatie vonden wij andere factoren die bevorderend en belemmerend werken. De eigenschappen van de sector zelf zijn relevant. Enerzijds het innovatieve karakter en de traditie van onderzoek doen en de bereidheid het eigen werk kritisch te beschouwen met meerdere disciplines. Tegelijkertijd zit daar ook een belemmerende kracht. De structuur, de samenwerkingsbereidheid, de professionals en het personeelsbeleid en multidisciplinaire werken bevatten zowel bevorderende als belemmerende krachten voor innovatie. Zo zijn er centra die graag en veel samenwerken terwijl anderen meer de nadruk leggen op het eigendomsrecht van innovatie, en vanuit concurrentieoverwegingen niet meteen de kennis willen delen. Professionals zijn hoogopgeleid en worden soms bij onderzoek betrokken, maar tegelijk zijn doorgroeimogelijkheden voor hen beperkt. De langdurige werkcontracten staan een enkele keer innovativiteit in de weg. De productiegerichte omgeving en beperkte tijd worden door de professionals als beperkend voor innovatie ervaren. De multidisciplinariteit in de revalidatie is sterk uitgewerkt maar desalniettemin is de professionalisering van de beroepsgroepen nog disciplinegericht georganiseerd, waardoor de condities voor het aanboren van innovatiekracht niet vanzelfsprekend aanwezig zijn. Er zitten dus in de institutionele vormgeving van de sector aanknopingspunten voor innovatiekracht, maar ook behoudende elementen.

### *4. Suboptimaal gebruik van de aanwezige innovatiekracht*

Opvallend is dat door de respondenten onder innovatie veelal niet implementatie of verspreiding gerekend wordt. Juist op dat punt ervaart men tijdsdruk en gebrek aan incentives. Dat betekent dat de het proces van innovatie niet altijd afgemaakt wordt. Implementatie en verspreiding beschouwen als deel van het innovatieproces kan de innovatiekracht vergroten. Het blijkt dat veel werk en organisatie juist in die fasen van het proces zit, en dat het dan de professionals vaak ontbreekt aan praktische ondersteuning. Juist bij de implementatie en verspreiding zijn nieuwe materialen en goede voorbeelden (in persoon en verhalen) nodig om de innovatie echt verder te brengen. Hier valt veel te winnen

aan innovatiekracht, door te sturen op een verandering in het denken (de achterliggende theorie) over waar het innovatieproces begint en eindigt.

Dat brengt ons bij de conclusie dat het faciliteren van het gehele innovatieproces tot en met de implementatie en verspreiding van kennis door bijvoorbeeld aanpassing van de opleidingen meer aandacht zou kunnen krijgen. Het projectmatig werken, biedt soms uitkomst en zou vanwege de tijds- en aandachtspanne wellicht ook enige herwaardering behoeven.

### **8.3 Verklaringen**

In het onderzoek zijn voor de hiervoor gedane constatering ook een aantal belangrijke verklaringen gevonden. Samenvattend komt die op het volgende neer.

#### *1. Politieke en maatschappelijke context sturen op productie i.p.v. op innovatie*

Tijdsdruk die op het werk van professionals staat en de gerichtheid op het 'draaien' van productie laat weinig ruimte voor variatie, vernieuwing en experimenteren. Het denken over en faciliteren van de implementatie en verspreiding van innovatie is niet vanzelfsprekend in een cultuur van productie draaien verankerd. Zeker, het implementeren en verspreiden van innovaties kost tijd; hoe je het ook bekijkt, deze processen gaan niet vanzelf. De politiek-bestuurlijke en maatschappelijke context, met het beleid naar meer transparantie in bekostiging, heeft hier in de afgelopen jaren een beperkende invloed op gehad. Vaak werd dit als conflicterend beschouwd met de wetenschappelijke traditie in de revalidatiesector en de betrokkenheid van professionals bij onderzoek en opleidingen. Het neigt tegelijkertijd ook tot verdere rationalisering van wat wij als een soms irrationeel proces van innoveren hebben aanschouwd. Hiermee bedoelen we dat implementatie van innovatie, of verspreiding van kennis, soms – rationeel – als apart van de productie worden gezien.

#### *2. Institutionele fragmentatie werkt relevante interacties tegen*

Een belangrijke verklaring is van institutionele aard. In het onderzoek blijkt dat de opvatting over (de ruimte voor) innovatie sterk samenhangt met de positie die in het netwerk wordt ingenomen en de belangen die worden behartigd of vertegenwoordigd. 'Where you sit is where you stand'. Bestuurders toonden ons grote bereidheid en wil om innovatie te bevorderen en faciliteren maar zien zich met handen en voeten gebonden aan productieafspraken en bekostigingsstructuren die dat niet altijd toelaten. De professionals zijn onderling soms ook verdeeld of beschouwen een vernieuwende technologie of behandeling soms sterk als de 'hobby' van een collega en zijn niet meteen bereid overname in hun eigen handelen te overwegen. Verder is het vaak lastig om revalidanten te betrekken bij de inhoud van innovatieprocessen. Hoewel de sector een sterk ontwikkelde traditie heeft van het betrekken van revalidanten en familie bij het zorgproces, wordt innoveren toch snel gezien als iets van professionals. Bij het Kennisnet was dat bijvoorbeeld de reden om revalidanten vooralsnog geen toegang tot de informatie over innovaties te geven. Kortom, het is niet vanzelf dat andere beroepsgroepen of revalidanten tot het innovatieproces worden toegelaten of dat de meerwaarde daarvan wordt opgezocht. Die interactie zou naar ons idee wel tot innovatiekracht kunnen leiden en daarom actief georganiseerd kunnen worden.

### *3. Verschillende beelden en verwachtingen van innovatie(kracht)*

Perspectieven op innovatie verschillen nogal, zo luidde onze eerste conclusie, hetgeen ook een belangrijke verklaring is. Daar kan nog aan worden toegevoegd dat niet iedereen innovatie beschouwt als 'anders werken', maar soms ook beschouwt als iets wat er extra bovenop komt. Dus aandacht voor innoveren moet je in je eigen tijd doen of in extra uren en dat is met de productie gedreven cultuur al erg lastig. Meer analytisch brengt ons dat tot de constatering dat innovatie zelden gezien wordt als een structurele activiteit, ofwel een proces dat continu door moet gaan en daarom ook geen einde kent. De tijd en aandacht voor innovatie moet daarom naar onze mening structureel worden georganiseerd. Het gefragmenteerde denken over innovatie bemoeilijkt dat momenteel soms, terwijl innovatiekracht in zowel cognitie als in handelen zit. Het denken over innovatie is belangrijk, maar ook het handelen moet centraal staan..

### *4. Innovatie voegt waarde toe; maar dat blijft (deels) impliciet*

Innoveren is niet iets neutraals. Het is direct verbonden met visie, met waarden en met wat betrokkenen belangrijk vinden in de ontwikkeling van het vakgebied, in het positioneren van de organisatie, in het verbeteren van de zorgverlening of in het bereiken van doelstellingen als doelmatigheid en kwaliteit. Daar zijn belangen mee gemoeid en ook subjectieve reflecties op wat meer en minder belangrijk moet zijn. De bestudeerde projecten lijken evenwel uit te gaan van neutraliteit van innovatie. Wij stellen dit ter discussie. Innovatie is geen normatief neutrale bezigheid; het beïnvloedt wat als goede en minder goede zorg wordt gezien. Hoe je innovaties ontwikkeld en implementeert is niet waardenvrij; het lijkt alsof daar in het innovatieprogramma niet altijd voldoende bij is stilgestaan. De legitimatie van innovatie komt deels vanuit de verbinding van projecten naar de visie op de toekomst van de revalidatie, zowel inhoudelijk als organisatorisch, en van de wijze waarop implementatie en verspreiding via bijvoorbeeld opleidingen en begeleiding geborgd wordt. Deels kan die legitimatie worden ontleend aan de (tijdelijke) financiering van bijvoorbeeld ZonMw, maar de vraag is gerechtvaardigd waar de legitimatie vandaan komt als deze financiering is afgelopen. Het risico is dat het innovatieproces stopt of vertraagt. Daar wordt niet altijd bij aanvang rekening mee gehouden door programma- of projectleiders, waardoor de vraag naar de toegevoegde waarde voor de organisatie of (maatschappelijke) context niet altijd voorop staat. In de onderzochte projecten hebben we gezien dat er veel wordt gedaan om projecteffecten te borgen, zowel op projectniveau als meer structureel. De vraag hierbij is echter wel vaak hoe en of die initiatieven vruchten afwerpen. Zeker op het gebied van borging en de meer duurzame en/of structurele effecten van innovatie zie je daardoor dat verwachtingen en realiteit uiteen kunnen gaan lopen.

## **8.4 Kennisnet als spiegel voor innovatie in de revalidatie**

In een apart gedeelte van ons onderzoek is gekeken naar de ontwikkeling en opzet van Kennisnet door Revalidatie Nederland en ZonMw. Dit leek lange tijd een wat vreemde eend in de bijt, omdat het niet direct een innovatie in de sector was, ook niet een implementatieproject, maar meer een platform om de kennis daarover te delen. Gaandeweg zagen wij in het Kennisnet steeds meer een reflectie op wat we in de studie naar innovaties in de revalidatie hebben gezien. Die conclusie verklaren we hier nader. Kennisnet beoogt van en voor de sector en de hulpverleners te zijn en innovaties en de kennis daarover te delen.

In het hoofdstuk over Kennisnet is gezet dat de verwachtingen over kennisnet en de functionaliteiten enigszins uit elkaar kunnen lopen. De verklaring daarvoor zit deels in wat we de 'spiegel' van innovatie in de revalidatie noemen. De in het geding zijnde institutionele belangen en posities reflecteren namelijk ook de verwachtingen die professionals en instellingen hebben van het Kennisnet. Er is niet altijd een belang om kennis te delen als men zich steeds meer concurrent van elkaar voelt. Daarnaast zijn er verschillende verwachtingen van wat patiënten en cliënten aan informatie tot zich zouden kunnen nemen, wat er in resulteerde dat Kennisnet vooralsnog niet toegankelijk is voor hen. Daarover bestaan op het niveau van waarden en opvattingen duidelijke verschillen in de sector. Sommigen vinden juist dat revalidanten toegang tot de informatie moeten hebben en anderen juist niet. Dat geeft aan dat het Kennisnet volgens sommigen ook een vindplaats kan zijn voor cliënten om te zien waar innovatieve zorg verleend wordt, terwijl anderen veel meer op een perspectief van professionalisering van de beroepsuitoefening zitten. Verwachtingen en percepties zijn dus van groot belang voor de uiteindelijke werking van het Kennisnet. Erkenning van de belangen en posities die in het geding zijn evenzeer. Ook Kennisnet blijkt geen neutrale innovatie in zichzelf. Als Kennisnet een katalysator voor innovaties moet zijn, en daarmee in zichzelf een innovatief project, dan vraagt dat om delen van verantwoordelijkheden en kennis, als aanvulling op de individuele professionele praktijk. Tot slot, ook kennisnet is, net als de andere innovaties, nooit af. Het zal door het betrokken netwerk in gang moeten worden gehouden om werkelijke innovatiekracht te kunnen genereren.

### **8.5 Theoretische reflectie**

Op basis van het onderzoek trekken wij tot slot ook een meer theoretische conclusie. Tijdens het onderzoek naar implementatie van innovaties doemt een ander beeld op dan je op basis van de diffusie theorie van innovatie zou verwachten. Implementatie gaat vaak niet om het rationeel uitrollen van nieuwigheden maar eerder om 'enrollen': het interesseren en betrekken van netwerkpartners om te kunnen komen tot nieuwe verbanden of infrastructuren, waarbij materiële en immateriële/menselijke actoren als gelijkwaardig van belang worden beschouwd. In tegenstelling tot de diffusiegedachte is in de translatietheorie of Actor netwerk Theorie (ANT) een innovatie nooit af, maar wordt het continu vertaald op het moment dat het in een andere context wordt gebruikt. Er is dus direct sprake van een wisselwerking tussen de innovatie en de mensen die deze gebruiken. Translatie beschrijft zowel het 'vertalen' als het verplaatsen van een innovatie van de ene naar de andere context. In ons onderzoek naar innovatie kunnen wij in navolging van de ANT de conclusie trekken dat innovatie tegelijkertijd een uitkomst en het startpunt voor nieuwe processen van onderhandeling tussen betrokkenen is. Innovatie gaat dus niet vanzelf. Integendeel, er is altijd geld, tijd, betrokkenheid, materiaal en vooral enthousiasme en menskracht voor nodig om vernieuwingen te bedenken en tot concrete praktijken te maken. Het is belangrijk daarbij in te zien dat hoewel de term innovaties aan gloednieuw doet denken, het verleden altijd in de innovatie verdisconteerd is: 'history matters'. Op basis van deze meer theoretische conclusie over innovatie, constateren wij:

- Innovatie is werk. Dat zal altijd zo blijven. Innovatiekracht zit in het vermogen om dit werk in de praktijk te blijven organiseren en uitvoeren.
- Innovatie is een gedeelde verantwoordelijkheid, of je het nu vanuit een technologisch-, governance-, kennismanagement- of transitieperspectief bekijkt. Dit betekent dat het

organiseren van het stimuleren ook een gedeelde verantwoordelijkheid is die tot uiting zou moeten komen in bijvoorbeeld eigendom en financiering.

Het onderzochte innovatieprogramma had drie concrete doelstellingen (zie kader introductie). Ons onderzoek heeft geleerd dat het programma van grote waarde is geweest voor de revalidatie; het heeft innovatieprocessen gestimuleerd en ondersteund. Er is veel werk verzet om bewezen innovaties verder te verspreiden, o.a. door borging in materialen en opleidingen. Het programma heeft, meer recentere innovaties een stap verder geholpen in de ontwikkeling en bovendien is er een potentieel waardevolle infrastructuur voor kennisuitwisseling ontwikkeld voor de gehele sector. Gedurende het onderzoek zijn echter ook enkele aspecten naar voren gekomen die voor verbetering vatbaar zijn in de toekomst. De conclusies uit dit hoofdstuk leiden dan ook tot enkele aanbevelingen die in het volgende hoofdstuk worden beschreven.





## 9. Aanbevelingen

*“To profit from goods advice requires more wisdom than to give it”.*

**Wilson Mizner, American playwright (1876-1933)**

Wat betekenen deze conclusies in termen van aanbevelingen? Om duurzame innovatiekracht in de revalidatie te borgen en te versterken zijn de ‘framing’ van verwachtingen en de strategische positionering van de revalidatie van groot belang. Beelden over wat innovatie is en vermogen wisselen teveel en de vraag wie aan zet is wordt diffuus beantwoord in een wereld waarin de revalidatie sterker afhankelijk wordt van ontwikkelingen in andere maatschappelijke sectoren. In de revalidatie deelt men niet automatisch hetzelfde beeld en dezelfde verwachtingen over innovatie. Onze aanbevelingen zijn erop gericht om de condities voor innovatiekracht in een veranderende omgeving te versterken. In dit hoofdstuk formuleren wij onze aanbevelingen op basis van het onderzoek naar de praktijk van innovatie in de revalidatie. Bij iedere aanbeveling is tussen haakjes aangegeven tot wie deze zich in eerste aanleg richt.

### **Aanbeveling 1: ‘Kantel het perspectief en kijk voorbij de innovatie’ (RN & ZonMw)**

Het is voor de revalidatiesector belangrijk om op twee manieren voorbij de innovatie te kijken, te denken en te handelen. In de eerste plaats door het begrip innovatie niet alleen te beperken tot de technologie, methode of toepassing die als nieuwe ontwikkeling tot stand komt, maar door het hele proces van ontwikkeling tot implementatie en verspreiding van kennis als innovatieproces te beschouwen. Denken in termen van een uitgebreid innovatieproces is cruciaal voor duurzame innovatiekracht. In de tweede plaats moet voorbij de innovatie gekeken worden omdat het vaker misgaat bij het creëren van de randvoorwaarden die nodig zijn dan bij het creëren van de innovatie zelf. Het organiseren van tijd, geld en organisatorische inbedding is in de praktijk vaak niet eenvoudig. Innovatie is geen extra activiteit, het is de dingen anders doen, ook in termen van geld, organisatie en betrokkenheid.

Het gevolg van voorgaande is dat een scherper onderscheid gemaakt moet worden tussen innovatie als iets nieuws dat wordt ontwikkeld of toegepast en vervolgens verspreid moet worden (e.g. technologie), en in iets bestaands dat wordt doorontwikkeld of in een veranderende omgeving op een nieuwe manier wordt toegepast. Beide zijn naar ons oordeel uitingen van innovatie, beide kunnen ook van waarde zijn, maar ze vragen wel om andere condities voor hun welslagen. In het eerste geval ligt de nadruk meer op de ontwikkelfase, het creëren van ruimte voor onderzoek en experimenteren door professionals. De omgeving van professionals in de revalidatie is echter steeds sterker op productie gericht geraakt, waardoor aan deze conditie niet altijd optimaal kan worden voldaan. In het tweede geval ligt de nadruk op diffusie van kennis en vertaling naar duurzame borging in de praktijk. Dit vraagt om condities zoals platforms voor uitwisseling, verbinding met andere professionals in de uitvoering en het veranderen van organisatorische of uitvoeringstechnische

omstandigheden. En ook hier is tijd noodzakelijk. Daarbij constateerden wij meermaals dat er spanning ervaren wordt tussen bijvoorbeeld samenwerken en concurreren waardoor deze condities niet optimaal worden bereikt en benut.

Het is van belang dat het perspectief op innovatie in de strategische documenten van Revalidatie Nederland en ZonMw wordt gekanteld, dat wil zeggen dat innovatiebeleid en onderzoek worden geëntameerd vanuit deze definities van innovatie en met een focus op het realiseren van de bijpassende randvoorwaarden. Dan draagt een innovatieprogramma of –beleid daadwerkelijk bij aan duurzame innovatiekracht.

**Aanbeveling 2: ‘Vervolg op het innovatieprogramma moet/ kan anders (RN & ZonMw)**

Het programma van RN en ZonMw heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het denken over de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor innovatie en ook de spreekwoordelijke smeerolie gecreëerd om innovatiekracht aan te boren. Een innovatieprogramma faciliteert, legitimeert en prioriteert en is daarmee geen neutrale stimulans voor innovatie in de revalidatie. Deze functies zijn van belang om ruimte voor innovatie te creëren, zeker in een omgeving die tijds- en productiebeperkingen kent. Het programma heeft dus veel mogelijk gemaakt, maar tegelijk bestaat het risico dat de resultaten van het programma niet verder komen na afloop van het programma. Veel waardevolle ontwikkelingen om resultaten te borgen zijn er geconstateerd, zo is er veel materiaal ontwikkeld, lijken de knowledge brokers - als verbindende schakels tussen kennis en praktijk – te blijven bestaan en wordt er op verschillende plaatsen gewerkt aan structurele borging. Onze aanbeveling aan Revalidatie Nederland is dus dat een vervolg van het innovatieprogramma een goed idee is.

Dit kan echter pas na een meer fundamenteel debat over de waarde van innovatie, het perspectief op het innovatieproces en de verdeling van de collectieve en de eigen verantwoordelijkheden van zowel professionals als revalidanten daarin, met afspraken over hoe je elkaar daarop aanspreekt. In het onderzoek naar het huidige innovatieprogramma in de revalidatie is gebleken dat er in de sector een sterke behoefte aan collectieve actie is. Innovatie in de revalidatiezorg is van belang voor de gehele sector en overstijgt daarmee het belang van individuele centra. Zeker met het ook op kennisdeling en structureel borgen van resultaten is collectieve actie voor innovatie gewenst. Juist het feit dat innovatie gevoeld wordt als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid pleit voor de actieve betrokkenheid van partijen als RN, ZonMw en VWS bij zo'n vervolg. Tot slot kunnen enkele verbeteringen worden doorgevoerd in de uitvoering van een vervolg. Zo dient er gekeken te worden naar meer beleidsmatig ingezette thematische programmering, expliciete doorgroeimogelijkheden voor innovatie- tot implementatieprojecten; naar een verplichting tot kennisdeling, naar het faciliteren van mogelijk te mislukken projecten en dient er opnieuw te worden nagedacht over de juiste looptijd van het programma.

**Aanbeveling 3: ‘Zet keteninnovatie voorop’ (revalidatie instellingen & beroepsgroepen)**

Onze aanbeveling is vervolgens om uit te gaan van een compleet innovatieproces volgens een ketenbenadering. Hiermee doelen wij op twee specifieke aspecten. Ten eerste moet men een innovatieproces beschouwen als een integraal proces waarin ontwikkeling, uitvoering, implementatie en verspreiding alleen aanwezig maar ook moeilijk te scheiden zijn; of in ieder geval dat dat afhankelijk is van het gekozen perspectief. In vroege fase van innovatie is het daarom goed al aandacht te hebben voor de latere fasen van verspreiding (bijvoorbeeld via kennisplatforms) en de borging (bijvoorbeeld in adequate vertalingen naar

opleidingen). Maar er is meer nodig. Ten tweede zijn intra- en intersectorale interacties van belang voor innovatie. Revalidatie Nederland kan een actieve rol spelen om deze te organiseren. De revalidatiesector kan veel baat hebben bij het zoeken naar actieve verbindingen met andere maatschappelijke- en zorgsectoren. Innovatie in de keten van zorg is niet alleen binnen de revalidatie te realiseren, juist ook buiten de sectorale grenzen is dit van belang. De sterke interne focus van de revalidatie, zoals die in dit onderzoek is vastgesteld, leidt wel tot innovatie in de revalidatie maar niet automatisch ook tot verbindingen met nieuwe netwerken met voor revalidanten belangrijke werelden. Gezamenlijk innovatiebeleid met bijvoorbeeld werkgevers, gemeenten en het onderwijsveld verdienen aanbeveling.

**Aanbeveling 4: ‘Herbezinning op productiegerichte inkoop’** (Overheid & zorginkopers)

Innovatie in de revalidatie vraagt in de toekomst ook om een meer fundamentele herbezinning op het klimaat van productie draaien, concurrentie die samenwerking vertraagt en een omgeving waarin innovatie door tijdgebrek te beperkt wordt beschouwd en ingezet. De overheid is verantwoordelijk voor de bekostigingsstructuur die momenteel sterk op productie is gericht en weinig ruimte en tijd voor innovatie laat. Minder gerichtheid op productie en volume kan dat doen kantelen als ook zorgverzekeraars dit in hun inkoopbeleid doen. Ruimte voor innovatie ontstaat niet vanzelf. Noch op organisatieniveau, noch op systeemniveau. Tijd en samenwerking worden in belangrijke mate al bij afspraken over de zorginkoop verankerd.

**Aanbeveling 5: ‘Vul eigenaarschap van Kennisnet anders in’** (RN, instellingen en revalidanten)

Het Revalidatie Kennisnet kan in innovatie een unieke rol vervullen in vergelijking tot andere zorgsectoren. Zeker waar het gaat om het verzamelen, delen en verspreiden van innovaties en kennis en inzichten daarover is het Kennisnet een ideaal medium. Het kan in de toekomst ook in directe verbinding met opleidingen en praktijken worden ingezet. De meest cruciale vraag die momenteel bij het Kennisnet speelt, is van wie het nu eigenlijk is. Is Kennisnet van de revalidatieprofessionals, van de revalidatie instellingen, de revalidanten, of van Revalidatie Nederland zelf? Naar onze mening vergroot gevoeld eigenaarschap de binding en het gebruik van een soortgelijk medium.

Hoewel in het onderzoek bij professionals soms enige kritiek op de huidige organisatie van het Kennisnet te bemerken viel, zijn professionals in eerste instantie verantwoordelijk voor de inhoud ervan en beoordelen zij het initiatief tot het opzetten van een Kennisnet als zeer positief. Bovendien zit innovatiekracht van oudsher, zoals ook elders in dit rapport beargumenteerd, bij de professionals in de revalidatie. Zij, of een vertegenwoordiging in de vorm van beroepsverenigingen, dienen deze verantwoordelijkheid voor de inhoud meer te gaan voelen. Tegelijkertijd heeft Revalidatie Nederland, als brancheorganisatie, een verantwoordelijkheid voor het functioneren van het Kennisnet. Wanneer daarnaast de revalidant toegang krijgt tot Kennisnet, kan dit vanuit de vraagkant een scherp kritische vraagstuk worden en leiden tot empowerment. Ook kan het op deze manier potentieel nog meer coöperatie tussen revalidant en professional tot stand brengen. Het Kennisnet kan de onderzoekstraditie in de revalidatie versterken en de cultuur van gezamenlijkheid, die er in de revalidatie al is, nog verder vormgeven. Tegelijkertijd kan het een weg zijn naar meer openheid naar revalidanten toe over de revalidatiezorg.

**Aanbeveling 6: 'Herijk de identiteit van de revalidatiesector (RN & beroepsgroepen)**

De studie naar de innovatiekracht van de revalidatiesector brengt ook een aantal meer waarde georiënteerde reflecties met zich mee. Deze gaan vooral over wat revalidatie vandaag de dag is, welke waarde we er aan toekennen en welke professionaliteit ervoor nodig is. Onze studie maakte duidelijk dat de manieren waarop innovaties tot stand komen en effect sorteren, sterk verbonden zijn met persoonlijke en professionele opvattingen over wat van belang is voor adequate zorgverlening. Dat raakt dus de identiteit van de sector, van de professionals en van de revalidanten. Het advies aan de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen is om hun positie naar de toekomst toe te doordenken en daarbij uitdrukkelijk het innovatieve karakter van de eigen disciplines te betrekken. Hierin moet ook aandacht zijn voor de verhouding tot andere sectoren en maatschappelijke velden. Het bewegen op de grenzen daarvan heeft veel invloed op de, ook door de buitenwereld beleefde, innovatiekracht van de sector. Professionals kunnen als een soort van verbindingsofficieren verbindingen tot stand brengen tussen theorie en praktijk, tussen revalidant en arts, tussen iets nieuws en een doorontwikkeling en tussen de eigen sector en andere maatschappelijke sectoren. Deze verbindingen versterken de legitimatie van hun werk, zeker als het lukt om ook steeds bewust het netwerk eromheen te organiseren. Dat vraagt tijd en ruimte, maar ook om vertaling naar expertisegebieden die in opleidingen en begeleiding op de werkvloer worden aangeboord.

**Aanbeveling 7: 'Niet loslaten wat is ingezet' (alle actoren)**

De kwalitatieve evaluatie van het innovatieprogramma heeft laten zien hoe innovatie in de praktijk verloopt en welke rol het innovatieprogramma daarin heeft gespeeld. Hieruit wordt duidelijk dat blijvende aandacht voor innovatie van groot belang is. Dat impliceert dat professionals, managers en bestuurders ook in de toekomst actief bezig moeten blijven met innovatie in de revalidatie. De innovatiekracht of het innovatievermogen zit namelijk in de kunst om blijvend tijd, aandacht en geld vrij te maken om aan innovatie te werken. In de toekomst kan gerichte actie worden ingezet om enkele barrières te doorbreken en het innovatiepotentieel van de sector nog beter te benutten. Om innovatie in de revalidatie te laten voortgaan, zal ook in de toekomst geld nodig zijn om onontbeerlijke tijd vrij te maken. Bovendien zijn trekkers, voorlopers of vaandeldragers voor innovatie in de revalidatie nodig. Gezien het belang voor de gehele sector ligt hier een grote rol voor Revalidatie Nederland. Zij zou er goed aan doen innovatie tot blijvend kernpunt van haar activiteiten te maken en dat ook actief uit te dragen in haar communicatie.

# Nawoord

De auteurs willen graag gebruik maken van de mogelijkheid om enkele persoonlijke indrukken van het onderzoek naar innovatie in de revalidatie op papier te zetten. De vele gesprekken, observaties en verhalen hebben grote indruk gemaakt op de onderzoekers.

Voor Kim Putters was dit onderzoek van grote waarde. Zeker omdat volgens hem ook is gebleken dat de revalidatiesector zelf van grote waarde is. Dat zit vooral in het verbindende karakter van de sector en in de veelal hoog opgeleide en enthousiaste professionals die op het grensvlak van care, cure en chroniciteit hun vak uitoefenen. Zij zijn het die innoveren door wetenschappelijk bewijs te verbinden met een grote betrokkenheid bij de revalidanten. Het vraagt om durf, kennis, kunde, competenties en professionaliteit, maar bovenal om passie en ondernemingszin om te zoeken naar nieuwe wegen om het leven met een aandoening meer kwaliteit te geven. In de kern zijn deze professionals de 'verbindingsofficieren' die de duurzame innovatiekracht van de revalidatie vormgeven. Dit vraagt om bewustzijn aan de kant van professionals en om waardering van anderen.

Voor Annemiek Stoopendaal was dit onderzoek een weerzien met een sector waarin zij zelf 15 jaar werkte als ergotherapeut. Een weerzien ook met veel oude bekenden. Haar ervaring met het werken in de revalidatie was erg behulpzaam in het inleven in het onderwerp, in het organiseren van de dataverzamelmomenten en in de inhoudelijke analyse. Kennis verzamelen op een kwalitatieve manier vergt immers zowel distantie als betrokkenheid. Zij heeft het zelf vooral om die reden interessant gevonden dit onderzoek te doen.

Voor Maarten Janssen was dit onderzoek een eerst echte kennismaking met de praktijk van de revalidatiesector. Het onderzoek heeft veel indruk gemaakt, zowel qua inhoud van innovatieprocessen als qua inhoud van zorgverlening. Met een groeiend respect voor het werken in de revalidatie, speciaal voor de motivatie en energie van zowel revalidanten als professionals, heeft hij de periode van onderzoek beleefd. De vele interviews en observaties die voor het onderzoek zijn uitgevoerd hebben waardevolle inzichten opgeleverd voor het promotieonderzoek naar innovatieprocessen in de zorg, maar hebben vooral ook een diepe indruk achtergelaten.

Voor M. Kelder was het onderzoek in het kader van zijn scriptie een uitdaging maar ook een prettige ervaring. De revalidatiesector heeft hij ervaren als een heel betrokken sector. Men stond open voor onderzoek en was graag bereid om medewerking te verlenen. Het doen van onderzoek heeft hem veel nieuwe inzichten opgeleverd in een voor hem nieuwe sector. Hij waardeert bijzonder het initiatief om in de sector de krachten te bundelen en ziet dat als een waardevolle beweging voor de toekomst van de revalidatie.

Wij hopen met dit onderzoek een bijdrage te hebben geleverd aan de bestaande inzichten over innovatieprocessen in de revalidatie. Wij hopen dat de resultaten van het onderzoek ook concrete handvatten kan bieden voor een ieder die werkzaam is in de revalidatie. Wij wensen alle revalidanten, professionals, paramedici, bestuurders en onderzoekers in de revalidatie, en specifiek onze respondenten, veel geluk en wijsheid in de toekomst.



# Referenties

- Broer, T., Nieboer, A., Bal, R. (2010) Opening the black box of quality improvement collaboratives: an actor-network theory approach. *BMC Health Services Research*, 10 (265).
- Callon, M. (1991) Techno-economic networks and irreversibility. In: *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*, edited by John Law. London: Routledge: 132-165.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., and Kyriakidou, O. (2004) Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4): 581.
- Greenhalgh, T., Stones, R. (2010) Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory. *Social Science & Medicine*, 70 1285–1294.
- Gritzer G., Arluke A. (1985) The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980, Berkely: University of California Press
- Grol R., Wensing, M. (2006). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën. Nijmegen: Zorgonderzoek Nederland/WOK Research Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.
- Johnson, J.D.(2011) Success in innovation implementation. *Journal of Communication Management*, Januari 2001: 341-359.
- Latour B. (1996) *Aramis or the love of technology*, Cambridge: Harvard University Press
- Mattingley C. (1998) Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience
- McMaster, T., Vidgen, R.T., Wastell, D.G. (1997) Technology Transfer: diffusion or translation? in *Facilitating Technology Transfer through Partnership. Learning from Practice and Research*, edited by T. McMaster. London: Chapman and Hall.
- McMaster, T., Wastell, D. (2005), Diffusion - or delusion? Challenging an IS research tradition. *Information Technology & People*, 18(4):383 – 404.
- Orlikowski, W.J. (2007) Sociomaterial practices: Exploring technology at work. *Organization Studies*, 28(9):1435–48.



- Parnaby J., Towill D. (2008) Enabling innovation in health care delivery. *Health Service Management Research* 21:141-154
- Proot, I.M Meulen,R.H.J. ter, Huijjer Abu-Saad H.Crebolder H.F.J.M. (2007), Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14(2):229-41.
- Rogers, E. M. (1995/ 1962) *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Sorensen E., Torfing J. (2011) Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society* 43(8) 842-868
- Strating, M., Zuiderent-Jerak, T., Nieboer, A., Bal, R. (2008) *Evaluating the Care for Better collaborative. Results of the first year of evaluation*. Rotterdam: Institute of Health Policy and Management .
- Slaghuis S., Strating, M., Bal, R. (2012) Stumbling on fresh tracks? An analysis of routinization and institutionalization of fall prevention practices in long-term care, to be published.
- Stoopendaal A., Bal R. (2013) Conferences, tablecloths and cupboards. How to understand the situatedness of quality improvements in long-term care, *Social Science & Medicine*, 78(1): 78-85.
- Stoopendaal A. (2008) *Zorg met Afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Koninklijke Van Gorcrum
- Walshe, K. (2009) Pseudo innovation: The development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care* 21 (3) (June 01): 153-9.
- Williams I. (2011) Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. *Health Service Management Research* 24:213-218

# Bijlagen

Hier zijn de bijlagen bij het rapport 'Innovatie in de Revalidatie' te vinden. Een overzicht.

1. Vragenlijst voor interviews op programmaniveau
2. Lijst van figuren & tabellen

# 1. Vragenlijst onderzoek programma

Hieronder wordt de vragenlijst weergegeven die als leidraad is gebruikt voor de interviews op programmaniveau. Hiervan is in hoofdstuk 5 verslag gedaan. Zoals is aangegeven, waren deze interviews semigestructureerd; de vragenlijst gebruikt voor sturing van het gesprek zonder het als strak format te gebruiken.

## *Persoonlijke betrokkenheid:*

- Hoe bent u betrokken geraakt bij het programma Innovatie Revalidatie?
- Wat was uw eigen motivatie in het programma deel te nemen?
- Hoe heeft u zich bezig gehouden met dit programma, wat was uw specifieke taak?

## *Opzet van het programma:*

- Hoe is het programma Innovatie Revalidatie ontstaan, verlopen en geïmplementeerd?
- Hoe hebben de verschillende geledingen in het programma samengewerkt?
- Welke rol heeft het programma gespeeld in de beleving van:
  1. Ontwikkelaars van het programma?
  2. Ontwikkelaars van de innovaties?
- Welke betekenis heeft naar uw mening het programma Innovatie Revalidatie voor vernieuwing en verbetering van de revalidatiesector?
- Wat was er zonder het programma anders gegaan en waarom?
- Welke lessen zijn uit het innovatieprogramma en de voorgaande geschiedenis van de sector te trekken voor de innovatiekracht van de sector? Denk aan borgen, versterken en benodigde infrastructuren.

## *Projecten:*

- Wanneer, waarom en door wie worden projecten uit het programma aangemerkt als (navolgenswaardige) 'Best Practices'?
- Welke indicatoren zijn opgesteld en welke resultaten zijn gerapporteerd?
- Wat is er goed gelopen en wat ging minder goed? Wat wordt als 'goed' beschouwd?
- Hebt u zelf (uw instelling) ook projecten ingediend? Welke? Waarom?
- Welke betekenis hebben de innovaties voor wie? Denk aan branche, revalidatiecentra, afdelingen, managers, professionals en revalidanten?
- Welke lessen zijn er uit de verschillende projecten te trekken? Wat moet er in de toekomst gebeuren of anders?

## *Casestudies:*

- Op grond waarvan selecteren we projecten voor case studies? Wat zouden we kunnen zien in de projecten in uw organisatie? Hoe zouden we een case studie kunnen inrichten?
- Selectie op grond van welk criterium: volgers/ trekkers? Goed of juist geen goed resultaat? Of per regio/organisatie meerdere projecten bezichtigen? Hele specifieke projecten?

## 2. Lijst van figuren en tabellen

### Tabellen

Tabel 1	De essentie van de act-aanpak [7]
Tabel 2	Overzicht van de zeven thema's in de praktijk van innovatie
Tabel 3	Overzicht mogelijke verklaringen voor innovativiteit van de revalidatie

### Figuren

Figuur 1	Feiten en cijfers op een rij (Bron: Revalidatie Nederland Jaarbeeld 2011)
Figuur 2	De Innovatiematrix; instrument gebruikt bij beoordeling projectaanvragen
Figuur 3	Screenshots e-health applicatie en de verschillende functies
Figuur 4	Reconstructie van ontstaansgeschiedenis implementatie richtlijn CP
Figuur 5	Stappen van richtlijn implementatie en bijdrage van een Knowledge-Broker
Figuur 6	Belang van het verleden bij innovatie in de revalidatie – foto's en een quote
Figuur 7	Situatieschets; observatieaantekeningen Rijndam, 20-09-2012
Figuur 8	Situatieschets, observatieaantekeningen Rijndam, 31-08-2012
Figuur 9	Situatieschets, gebaseerd op observatieaantekeningen KB-dag, 14-09-2012
Figuur 10	Metafoor 'de houthakker & de bestuurder'
Figuur 11	Situatieschets, observatieaantekeningen Rijndam, 20-09-2012
Figuur 12	Samenvatting masterscriptie M. Kelder over Revalidatie Kennisnet

Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres

Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam

Postadres

Postbus 1738  
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555  
Internet [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)  
E-mail [research@bmg.eur.nl](mailto:research@bmg.eur.nl)

ISBN 978-94-90420-37-6