

VU Research Portal

Kwetsbaar in Amsterdam: E-health en veerkracht medewerkers

van Burg, Elco; Kateb, Sanaz; Kroon, David; Ruehle, R.C.

2021

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

CC BY

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Burg, E., Kateb, S., Kroon, D., & Ruehle, R. C. (2021). *Kwetsbaar in Amsterdam: E-health en veerkracht medewerkers*. Vrije Universiteit Amsterdam.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl




Kwetsbaar in Amsterdam: E-health en veerkracht medewerkers

Oktober 2021

Vrije Universiteit Amsterdam
School of Business and Economics



Dit project wordt mogelijk gemaakt door:  **ZonMw**

Projectwebsite & updates

www.coronatijden.nl

<https://sbe.vu.nl/nl/afdelingen-en-instituten/management-en-organisatie/research/projects/index.aspx>

Foto voorpagina: Unsplash

Vrije Universiteit Amsterdam

School of Business and Economics

De Boelelaan 1105

1081 HV Amsterdam

The Netherlands

Onderzoeksteam Vrije Universiteit Amsterdam

Prof.dr.ir. Elco van Burg [contact: elco.van.burg@vu.nl]

Sanaz Kateb MSc.

Dr. David Kroon

Dr. Rebecca Ruehle

Consortium-leden

De Regenboog Groep

GGD Amsterdam

HVO-Querido

Leger des Heils Amsterdam

INHOUD

INHOUD	3
SAMENVATTING	4
INLEIDING	5
I. INNOVATIE ONDER DRUK: DIGITALE TECHNOLOGIE TIJDENS COVID-19.....	6
1.1 Digitale innovatie in een crisis	6
1.2 Digitale innovatie in drie organisaties	6
1.2.1 UrbanCare	7
1.2.2 TownCare	8
1.2.3 CityCare	9
1.3 Inzicht in digitale innovatie tijdens een crisis	10
1.4 Samenvatting	16
II. VERANDERINGEN TIJDENS DE CRISIS – DATA VANUIT HULPVERLENERS.....	17
2.1 Beschrijvende statistiek	18
2.2 Veranderingsgezindheid en e-health acceptatie.....	18
2.3 Stress	19
2.4 Ervaren dilemma's	19
III. AANDACHTSPUNTEN.....	21
3.1 Verschillende groepen en digitalisering	21
3.2 Professionele identiteit en digitale innovatie.....	21
3.3 Rol van champions in digitale innovatie	21
3.4 Dilemma's.....	21
FASE 3 ONDERZOEK KWETSBAAR IN AMSTERDAM.....	22
Referenties	23
APPENDIX: kwalitatieve data verzameling.....	25

SAMENVATTING

In dit eerste deel van het rapport brengen we in kaart hoe tijdens de Covid-19 crisis digitale innovatie (e-health) is gebruikt in de hulpverlening aan mensen in kwetsbare posities. We vergelijken daarbij drie hulpverleningsorganisaties die op een vergelijkbare manier hulpverlening bieden. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat digitale innovatie niet door iedereen als een wenselijke richting wordt gezien. Voor sommige doelgroepen, met name degenen die niet digitaal vaardig zijn of vooral fysieke hulp nodig hebben, wordt e-health zoals videobellen of andere digitale manieren van hulpverlening niet als een geschikt middel gezien. Tegelijkertijd is het lastig om te generaliseren, omdat individuen in zo'n groep juist wel behoefte kunnen hebben aan digitale oplossingen en bijvoorbeeld fysiek contact te ingrijpend vinden.

De bevindingen laten zien dat organisaties tijdens een crisis wel succesvol kunnen innoveren op het gebied van e-health. Een crisis kan helpen om bestaande werkrouines te doorbreken en een nieuwe manier van werken te ontdekken. Wel zien we dat het een grote vraag is of deze veranderingen blijvend zijn. De verschillen tussen de organisaties laten vooral zien dat de rol van de opvattingen over professionele identiteit belangrijk zijn. Daarnaast heeft een gedeelde visie op de innovatie grote invloed. Een visie die gericht is op e-health als versterking van professionaliteit, kwaliteit van zorg en zelfregie van cliënt kan een positieve invloed hebben op de acceptatie van digitale innovatie; dit in tegenstelling tot het zien van e-health als een noodzakelijk kwaad of zelfs als verkapt bezuiniging. Dit onderzoek laat ook zien dat champions, mensen die enthousiast zijn over een innovatie en dat willen uitdragen in de organisatie, een belangrijke rol hebben in het pionieren en uitdragen van nieuwe technologie en nieuwe manieren van werken.

Het tweede deel van dit rapport geeft de resultaten van een vragenlijstonderzoek onder de medewerkers. Het geeft een gematigd negatief beeld van de veranderingsgezindheid, maar een positief beeld van de acceptatie van e-health. Het stressniveau lijkt mee te vallen. Wel zien we dat de morele dilemma's tijdens de crisis in sterke mate ervaren werden. Blijvende aandacht is nodig, om medewerkers ondersteuning en reflectie te bieden op deze dilemma's. Het is belangrijk dat er laagdrempelige mogelijkheden zijn om dit soort dilemma's regelmatig te bespreken met collega's, of juist met een vertrouwenspersoon of iemand anders die wat meer op afstand staat.

INLEIDING

Met organisaties in Amsterdam die hulp verleend hebben aan mensen in kwetsbare posities tijdens de COVID-19 crisis maken we een inventarisatie van de kennis en ervaringen die opgedaan zijn, om vervolgens hulp-oplossingen te ontwikkelen voor de komende tijd. Het consortium voor dit onderzoek bestaat uit GGD Amsterdam, Leger des Heils Amsterdam, HVO-Querido en De Regenboog Groep; het onderzoek wordt geleid door onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam, School of Business and Economics.

Dit onderzoek heeft als hoofddoel om inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis voor verschillende kwetsbare groepen in de regio Amsterdam en te onderzoeken hoe hulp verleend is en hoe dat in de nabije en verre toekomst kan gebeuren.

In het eerste tussentijdse verslag is inzicht gegeven in de effecten van de coronacrisis op verschillende groepen mensen in kwetsbare posities in Amsterdam. Deze mensen worden in dit onderzoek onderverdeeld in zeven groepen, namelijk: dak- en thuislozen, druggebruikers, sekswerkers, volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid, jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid, gezinnen en ongedocumenteerden. Dat betekent dat 'bekende' kwetsbare groepen zoals ouderen buiten beschouwing gelaten worden in deze studie.

Dit tweede tussentijdse verslag richt zich op twee specifieke, verdiepende onderwerpen. Eerst kijken we naar de toepassing van innovatieve oplossingen om de crisis het hoofd te bieden, waarbij we met name digitale innovatie bekijken (vaak e-health genoemd in deze context). Vervolgens geven we een overzicht van de effecten van de crisis op het personeel en de betrokken organisaties, op basis van een grootschalige enquête onder de medewerkers van de vier betrokken partijen.

I. INNOVATIE ONDER DRUK: DIGITALE TECHNOLOGIE TIJDENS COVID-19

In dit eerste deel van het rapport brengen we in kaart hoe tijdens de Covid-19 crisis digitale innovatie (e-health) is gebruikt in de hulpverlening aan mensen in kwetsbare posities. We vergelijken daarbij drie hulpverleningsorganisaties die op een vergelijkbare manier hulpverleners.

1.1 Digitale innovatie in een crisis

Tijdens de Covid-19-pandemie werd de fysieke interactie tot een minimum beperkt om de verspreiding van het virus te voorkomen. Hierdoor werden veel sociale zorgorganisaties gedwongen op zoek te gaan naar alternatieve manieren om hulp te verlenen (Doshi et al., 2020; Ohannessian et al., 2020). Vooral organisaties die hulpverlening verlenen aan mensen in kwetsbare posities hadden grote behoefte aan innovatieve oplossingen, omdat het stopzetten van deze hulpverlening geen optie was. Deze organisaties richtten zich op innovatieve digitale oplossingen, vaak samengevat onder de term 'e-health' (Eysenbach, 2001).

Digitale innovaties worden normaal gesproken geleidelijk of stapsgewijs na grondige afwegingen en voorbereidingen ingevoerd (Kohli & Melville, 2019; Perry-Smith & Mannucci, 2017). Een dergelijk proces zorgt ervoor dat mogelijke innovatiebeperkingen voor en tijdens de implementatie zorgvuldig kunnen worden aangepakt (Acar et al., 2019). De pandemie heeft digitale innovaties in de sociale zorgsector gestimuleerd met een snelheid en intensiteit die zelden eerder is vertoond (Gkeredakis et al., 2021). De crisis was in die zin een katalysator voor bestaande digitale innovatietrajecten, maar de abrupte introductie van e-health heeft ook nadelen.

Innovaties kunnen voortkomen uit externe druk, zoals een verandering die wordt vereist door de overheid (Huq, 2019). Een crisis, en in het bijzonder de Covid-19-pandemie, brengt een nieuwe vorm van externe druk om te innoveren – een verstoring van ongekende omvang voor veel organisaties, die hun traditionele manier van werken uitdaagt. Omdat de Covid-19-pandemie een plotselinge verandering vereiste naar digitale technologie (Gkeredakis et al., 2021; Oborn et al., 2021), was tijdsdruk een grote beperking. Hoewel deze tijdsdruk creativiteit losmaakte, snelle innovatie triggerde, en een kans bood om "experimenten mogelijk te maken" en "innovatie te versnellen" (Gkeredakis et al., 2021), betekenden deze ad-hoc digitale innovaties ook dat fasen van het innovatieproces werden overgeslagen of haastig werden uitgevoerd. Echter weten we tot op het heden weinig over de impact van dergelijke ad-hoc-effecten op (uitkomsten van) innovatieprocessen (Oborn et al., 2021). Dat is daarom de focus van deze deelstudie.

1.2 Digitale innovatie in drie organisaties

In deze deelstudie richten we ons op drie vergelijkbare organisaties in Amsterdam die zorg verlenen aan mensen in kwetsbare posities. Er zijn opvallende verschillen tussen deze drie organisaties wat betreft het implementeren van digitale innovatie tijdens een crisissituatie. Terwijl UrbanCare¹ geen permanente veranderingen op het gebied van e-health had gepland, probeerde TownCare de Covid-19-pandemie te gebruiken om e-health-oplossingen door te voeren. CityCare daarentegen implementeerde al vóór de pandemie voorlopige e-health-systemen en kon de abrupte verschuiving naar e-health gebruiken voor het transformeren van hun sociale zorg. Hieronder gaan we eerst in op de implementatie van e-health als digitale innovatie in alle drie de organisaties. Vervolgens

¹ We gebruiken pseudoniemen voor de drie organisaties.

introduceren we ons in dit onderzoek ontwikkelde model en geven we een verklaring van de verschillende uitkomsten in de waargenomen digitale innovatieprocessen.

1.2.1 UrbanCare

Pre-Covid-19. UrbanCare had voorafgaand aan de pandemie geen visie of strategie om systematisch met e-health-oplossingen te werken. Toen echter de lockdown begon en fysieke activiteiten tot het absolute minimum werden teruggebracht, werd de gehele organisatie gedwongen om e-health te overwegen en toe te passen.

Start van Covid-19. Aan het begin van de pandemie toonde UrbanCare haar vermogen om te improviseren “als een soort maatschappelijke thunderbirds” (UrbanCareManager1), door bijvoorbeeld extra opvangcentra voor daklozen te organiseren. Ook zijn telefoonmaatjes geïntroduceerd, deelnemers en vrijwilligers die telefonisch contact hebben: “We hebben een flex poule, dus mensen die dan een belmaatje willen. Dus dat is er wel ontstaan en dat blijft ook bestaan” (UrbanCareManager1). Naast deze telefoonmaatjes maakten zorgprofessionals af en toe gebruik van chatten en videobellen.

Terwijl de meeste UrbanCare-medewerkers improviseerden tijdens de eerste fasen van de crisis, probeerden sommigen om andere e-health-oplossingen te implementeren:

Eigenlijk meteen hebben we besloten; mensen mogen geen dagbesteding doen, dan heb je normaal gesproken geen recht op dagdeelvergoeding. Maar ja, het geld is belangrijk voor mensen, dus nu gaan we die mensen wel drie dagdelen per week uitbetalen. Toen hebben we halverwege het proces bedacht van ‘nou weet je wat, we gaan het ook nog giraal doen’. Toen waren we ineens een soort van technologische innovatie begonnen midden in dat proces. Dat is echt een puinhoop geworden, wat mij echt heel veel tijd en energie heeft gekost.
(UrbanCareManager4)

Uiteindelijk werd deze oplossing als te gecompliceerd ervaren en werd het online betalen van deelnemers stopgezet.

Tijdens de lockdown misten de cliënten en medewerkers van UrbanCare het fysieke contact met elkaar: “Toen we weer opengingen [zomer 2020] en mensen elkaar weer fysiek in de ogen konden kijken, zijn ook wel wat traantjes gevloeid, zo van ‘ik ben weer onder mensen wat goed, wat fijn is dat’” (UrbanCareProf2)². Zorgprofessionals probeerden daarom steeds vaker cliënten fysiek te ontmoeten: “Ik stel mensen gerust dat wij de anderhalve meter aan kunnen houden. Ik woon in Amsterdam, jij woont in Amsterdam, het is voor jou noodzakelijk, dan spreken we elkaar gewoon en daarna gaan we uit elkaar” (UrbanCareProf1). Terwijl ze afstand hielden en werkten met digitale basis oplossingen voor het verlenen van zorg, waren UrbanCare-leden het erover eens dat e-health in de vorm van telefoon- en videoconsulten niet toereikend was voor hun groepen cliënten (dakloze mensen en mensen met psychiatrische kwetsbaarheid die vaak begeleid wonen)::

Veel cliënten namen contact met mij op en zeiden: ‘Ik bel niet meer’. Toen ik hen vroeg naar een reden hiervoor, gaven ze vaak aan dat ze zich gewoon beter voelen als er fysiek iemand

² Ieder interview heeft een unieke identificatiecode waarin de organisatie en het soort interviewee (zorg professional (prof), manager (manager), of ander personeelslid (staff) te zien zijn.

aanwezig is. Iemand op een scherm zien, voelde als televisiekijken en dat doen ze al de hele dag. (UrbanCareProf1)

Een jaar Covid-19. UrbanCare-leden besloten om zoveel mogelijk terug te gaan naar fysieke contacten en e-health niet verder uit te breiden dan de bestaande telefoonmaatjes: “We hebben gezien dat het van het grootste belang is om elkaar fysiek te ontmoeten. Wat dat betreft zijn we niet veranderd, want we merkten dat online niet werkt. We kunnen ze [de cliënten] gewoonweg niet op deze manier helpen” (UrbanCareProf3). Zo gebruikte UrbanCare basis e-health-oplossingen (vooral beeldbellen) als een tijdelijke oplossing voor het verlenen van fysieke zorg wanneer deze ernstig werd beperkt. In plaats van te streven naar uitbreiding van e-health-oplossingen, wilden veel respondenten, op alle niveaus in de organisatie, terugkeren naar fysiek contact als primaire vorm van zorgverlening. Uitbreiden van gebruik van e-health oplossingen werd ervaren als niet passend bij de doelgroepen van UrbanCare.

1.2.2 TownCare

Pre-Covid-19. Sommige medewerkers en bestuursleden van TownCare hadden voor de start van de Covid-19 pandemie al een streven om een geavanceerd e-health systeem te implementeren. Digitale innovaties bleken echter in de praktijk omslachtig te zijn, aangezien elk initiatief dat verder ging dan een pilotstudie, eerst op verschillende niveaus moest worden goedgekeurd voordat het werd geaccepteerd. Dit had een demotiverend effect op sommige e-health voorstanders. Zelfs goedgekeurde projecten brachten niet de verwachte transformatie: “Er zitten ook zeker frustraties bij, absoluut. Helemaal op het gebied van beeldbellen, dat [is] [...] helaas geen groot succes geworden” (TownCareStaff1). Voordat e-health in geheel TownCare kon worden gebruikt, moest het management eerst ervoor zorgen dat iedereen voorzien was van digitale apparatuur, wat een lang en moeilijk proces was:

Het houdt verband met een aantal problemen, met name financiële; wie zal ervoor [apparaten] betalen? [...] Je moet er natuurlijk samen over nadenken [...] Dus in die zin is het ingewikkeld. Ik vind dat we daar goed aan moeten werken, hoe gaan we dat organiseren? Maar ja, ik verwacht een jaar of twee, drie.” (TownCareManager7)

Start van Covid-19. De pandemie leidde bij TownCare ertoe om plannen te maken voor e-health op grotere schaal: “Dat is toch echt een katalysator geweest [...] een opening, omdat ik het lang wilde, maar niet voldoende prioriteit aan werd gegeven. Met corona was het duidelijk dat digitale zorg geen optie meer was, maar iets waar je op moest richten.” (TownCareStaff1). Aangezien TownCare net was begonnen met digitale innovatie, bracht de overgang naar e-health veel technische uitdagingen:

Er werd gewerkt met een onaf product, dat ontwikkeld was als een soort alarmeringssysteem. Maar met een paar kleine aanpassingen konden ze er ook een beeldbel applicatie van maken. Gevolg was allerlei netwerkproblemen. [...] Ik geloof dat je dit moet test draaien en samen met de medewerkers moet ontwikkelen. Ik denk dat innovatie het lastige is, dat kost gewoon tijd en energie.
(TownCareStaff1)

Terwijl sommigen een nieuwe visie hadden op e-health en de rol ervan in hun beroep, zagen veel hulpverleners de voordelen niet van innovatie:

Het grootste struikelblok zijn de hulpverleners. Het ouderwetse denken is; de hulpverlener gaat naar iemand toe en gaat op de bank zitten van ‘nou wat is het probleem’ en dan ga je het samen oplossen. Dat is zo vaak niet meer effectief genoeg. Ook in termen van tijd en geld. We denken dat we met videoconsulting, een soort cliëntenportal veel meer kunnen doen. (TownCareManager2)

Vooraf bij de oudere generatie bleek weerstand te zijn tegen e-health-oplossingen, omdat ze meer moeite hadden met deze digitale transformatie: “zeker de oude generatie hulpverleners, ja, dat ging ook heel erg over ‘we moeten mensen redden’. En nu zeggen we natuurlijk: We willen nu eigenlijk dat die cliënten de regie krijgen, dat jij een beetje gaat meesturen. We merken wel dat veel meer nodig is en dus ook niet de verwachting hebben dat je dat met een paar trainingen dan goed hebt” (TownCareManager7).

Een jaar Covid-19. Hoewel er binnen TownCare geen e-health team bestond, geloofden een aantal individuen sterk in e-health oplossingen. Ze waren bereid persoonlijke tijd op te offeren om e-health te promoten en gebruikten verschillende manieren om werknemers voor hun zaak te winnen en de boodschap van het belang van digitale technologie te verspreiden in de organisatie. Een van hun belangrijkste strategieën was het inzetten van ambassadeurs: “Je werft de mensen die daar affiniteit mee hebben, die daar iets mee willen. Die geef je een podium. [...] Als je wil innoveren heb ik denk ik een aantal mensen nodig die hiermee ook durven te testen” (TownCareStaff1). Toch constateerden we dat de meerderheid van de medewerkers het niet eens was met deze transformatie van hun werk: “Wat we bij medewerkers hebben gezien is dat er eigenlijk binnen alle teams medewerkers zijn die [e-health] niet leuk vinden” (TownCareManager7). Nieuwe e-health-systemen werden dan ook alleen gebruikt door enkele zorgprofessionals die positieve ervaringen hadden met die systemen. Aan het einde van onze observatieperiode werd e-health door de meeste TownCare-leden gebruikt als een extraatje en vaak alleen als dat nodig was, terwijl andere medewerkers verder wilden gaan en e-health wilden toepassen om daarmee ook werkprocessen te veranderen.

1.2.3 CityCare

Pre-Covid-19. CityCare had al een paar jaar voor de start van de Covid-19-pandemie e-health geïmplementeerd en een e-health-team opgestart. Zij leidden medewerkers en cliënten op via een “Digi-Workshop” die plaatsvond om mensen kennis te laten maken met digitale innovaties. Net als bij de andere organisaties was het verlenen van fysieke zorg de norm waardoor zorgprofessionals niet allemaal digitale mogelijkheden omarmden. Terwijl CityCare vóór Covid al pleitte voor e-health, erkenden ze dat e-health niet de oplossing was voor alles. Fysiek contact werd als belangrijk ervaren:

Wij houden ervan om bij elkaar te zijn. [lacht] Daar houden we echt van! [lacht] [...] Maar mijn werk is contact! En ik moet gewoon iemand zien en even in de ogen kijken of even aanraken. Ik denk dat dat ook heel menselijk is, maar dat onze organisatie dat nog wel extra omarmt. (CityCareManager2)

Start van Covid-19. De projecten van het e-health team kregen grotere prioriteit en een naam: “Digital Journey”, met een portaal gericht op het verlenen van zorg en training. De Covid-19-pandemie benadrukte verder het belang van bestaande e-health-activiteiten van CityCare: “We hebben ook een digi-café en die [het e-health team] zijn ook aan de slag gegaan met het inzamelen

van oude smartphones, zodat we het ook kunnen faciliteren bij mensen” (CityCareProf1). Door de crisis moesten fysieke evenementen worden stopgezet, zoals de Digi-Workshop en was het CityCare e-health team bezig met het digitaliseren van die evenementen. Ook werden nieuwe ideeën ontwikkeld om cliënten te bereiken. Zo stimuleerde de Covid-19-pandemie niet alleen bestaande, maar ook nieuwe digitale innovaties:

We hebben heel veel filmpjes gemaakt van alle experimenten die we doen. En dat verspreiden we via Facebook. En we hebben digitale flyers gemaakt die we sturen naar iedereen die een smartphone heeft, zo kunnen we contact proberen te onderhouden. (CityCareManager3).

Een jaar Covid-19. In vergelijking met de andere twee organisaties heeft CityCare e-health in een jaar geïmplementeerd in de gehele organisatie, over alle afdelingen: “We hebben het massaal gedaan. [...] Dat is wel iets goeds geweest, dat je hebt gezien ook al stort de wereld in, dat je toch met digitale middelen nog veel kan als zorginstelling. En ik verwacht dat de bestuurder dat meeneemt in het toekomstbeleid” (CityCareStaff2). Het e-health team kreeg meer middelen, want managers zagen nog veel werk voor de boeg: “Ik denk dat we nog een stap moeten maken voordat we het digitale zorg mogen noemen” (CityCareManager3).

Het was belangrijk dat e-health al voor de crisis was geïntroduceerd als een handig hulpmiddel en dat medewerkers al wisten van de voordelen en mogelijkheden: “ik belde ook met beeld voordat corona er was, dus zeker als het gaat om jongeren, volwassenen zeg tot 50, dat het in die zin niet zo’n grote transitie was” (CityCareStaff1). Uit onderzoek van de organisatie blijkt dat de reacties van medewerkers en cliënten al met al matig positief tot positief zijn. Toen CityCare in maart alle huisbezoeken moest stopzetten, blikte een manager terug: “Alles ging ineens via Skype en Teams, dat ging eigenlijk verrassend goed vond ik” (CityCareManager1). Op basis van deze positieve ervaringen was de conclusie van het interne onderzoek uit juli 2020 dat na Covid-19 vergaderingen online kunnen blijven plaatsvinden om (reis)tijd te besparen. De bespaarde tijd kan op zijn beurt gebruikt worden voor het verlenen van zorg (CityCareInternalDocument1). CityCare wilde ook doorgaan met de online-diensten voor cliënten, zoals de steungroepen.

De andere twee organisaties verwezen naar CityCare als de organisatie die het verst gevorderd is met e-health: “Als je naar [CityCare] kijkt, hebben ze een programmamanager e-health. Die hebben we bijvoorbeeld niet” (TownCareManager2).

1.3 Inzicht in digitale innovatie tijdens een crisis

Om de beschreven innovatieprocessen beter te begrijpen gebruiken we vier concepten, die we hieronder verder uitwerken: *professionele identiteit*, *gedeelde visie*, *champions* en *transformatiepraktijken*.

1.3.1 Professionele identiteit

Professionele identiteit is gebaseerd op het idee dat geïnstitutionaliseerde waardensets een fundamentele rol spelen in de manier waarop mensen hun identiteit over hun beroep opbouwen. In onze context definiëren we professionele identiteit als “de relatief stabiele en blijvende constellatie van eigenschappen, overtuigingen, waarden, motieven en ervaringen waarmee mensen zichzelf en hun professionele en beroepsrollen definiëren” (Ibarra, 1999, p. 764).

Door de plotselinge behoefte om e-health-oplossingen toe te passen, werd de professionele identiteit van zorgprofessionals uitgedaagd in de drie organisaties. De aanpassingen tijdens de crisis zetten vraagtekens bij de betekenis van zorgverlening en de manier waarop dit moest worden uitgevoerd. Bij UrbanCare was een heel duidelijk onderdeel van de professionele identiteit het hebben van fysiek contact met collega's en cliënten. Na verloop van tijd werd deze identiteit versterkt en ontwikkelde zich als een beperking voor digitale innovatie:

Wat ook leeft [...] is een type medewerker dat toch behoefte heeft om elkaar veel te kunnen zien [...] Daarom zou ik zeggen: in andere organisaties is het veel makkelijker dat iemand zich effetjes terugtrekt en lekker thuis achter de computer gaat zitten maar dat past gewoon niet bij ons. (UrbanCareManager1)

Bij TownCare waren sommigen enthousiast over e-health, maar de meerderheid gaf de voorkeur aan persoonlijk contact:

Ik weet dat er ergens een werkgroep bezig is over e-learning. Maar ik heb daar een beetje een sterke persoonlijke mening over, omdat ik denk dat gewoon puur er zijn alleen al zo veel meerwaarde heeft dan e-learning, dus het nooit de huisbezoeken zou kunnen vervangen. (TownCareProf1)

E-health is bij CityCare, in vergelijking met de andere organisaties, het meest geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden van zorgprofessionals. Dit werd mede mogelijk gemaakt doordat e-health lang voor het begin van de coronapandemie al was geïntroduceerd: "Al onze gezinnen [cliënten] hadden eigenlijk al apparaten waarmee je dat kon doen [e-health]" (CityCareManager1).

Hoe zorgprofessionals denken over de rol van technologie in hun werk, speelt een belangrijke rol bij het al dan niet kunnen vormen van een gedeelde visie voor digitale innovatie door organisaties. Daarom richten we ons nu op de rol van gedeelde visie.

1.3.2 Gedeelde visie op digitale innovatie

Een gedeelde visie is een wederzijdse overeenstemming over een gewenst resultaat (West & Anderson, 1996) en heeft betrekking op hoe organisatieleden gedeelde doelen zien en hopen op organisatorische verbeteringen (Larwood et al., 1995). Een sterke gedeelde visie kan een stimulans zijn voor digitale innovatie (Perry-Smith & Mannucci, 2017). Onze bevindingen illustreren echter dat een gedeelde visie ook digitale innovatie kan belemmeren.

Op basis van de professionele identiteit van hun leden ontwikkelde UrbanCare een gedeelde visie waarin e-health een kleine tot helemaal geen plek had. Zorgprofessionals bepleitten dat een bredere toepassing van e-health-systemen niet voldeed aan de behoeften van hun cliënten. Daarnaast werden de positieve aspecten, zoals meer tijd voor cliënten door minder reistijd, door UrbanCare-leden niet genoemd, terwijl zorgprofessionals van andere organisaties die wel naar voren brachten. In plaats van het zoeken naar e-health-oplossingen, zochten UrbanCare-leden naar innovatieve manieren om fysiek contact mogelijk te maken:

Je blijft in een soort bubbel terwijl je met een apparaat praat [...] Volgens de maatregelen mogen mensen elkaar bezoeken. Dus wat we nu heel duidelijk hebben afgesproken, en dat zit behoorlijk ingebakken... Ik check altijd bij iedereen 'hoe gaat het, ga je graag bij iemand [cliënt] thuis?' We zorgen altijd dat de ruimte groot genoeg is, of geventileerd kan worden en

we zoeken naar alternatieven. Als het niet bij iemand thuis kan, dan misschien in de bibliotheek? We hebben gezien dat het belangrijk is om elkaar echt te ontmoeten. (UrbanCareProf3)

Bij TownCare waren er verschillende visies op e-health en ontbrak een gedeelde visie. Omdat TownCare net was begonnen met digitale innovatie, bevonden medewerkers zich in een leerproces en zien we hoe verschillende visies naar voren kwamen tijdens onze observatieperiode. In de eerste maanden van de Covid-19 pandemie werd e-health vooral gezien als een extra middel. In plaats van digitale innovatie te zien als een langdurig, doorlopend proces, zagen de meeste managers en medewerkers het als een korte-termijn-programma waarbij snel een oplossing geïmplementeerd werd: “E-health maakt al een paar jaar deel uit van onze beleidsplannen. Blijkbaar had ik hierin niet genoeg urgentie gezien. Nu is het in een paar weken geïmplementeerd. *Never waste a good crisis*. We kunnen nu in ieder geval e-health afstrepen van ons werkplan” (TownCareManager3).

Dit contrasteerde met de visie van enkele e-health-champions in deze organisatie, die sterk pleitten voor de transformatie naar de mogelijkheid van volledig digitale zorg: “Waarom zouden we in de toekomst niet als hologram op de bank bij iemand thuis zitten? Ook in de ouderenzorg zie je dat mensen zich kunnen hechten aan een zeehond of een robot” (TownCareManager2). Toch sprak deze visie de meeste zorgprofessionals en cliënten niet aan.

Daarentegen werd bij CityCare e-health door de meeste zorgprofessionals en cliënten omarmd, geholpen door de gedeelde visie die voor een groot deel al aanwezig was: “De meeste reacties van medewerkers en cliënten op videobellen zijn (matig) positief” (CityCareInternalDocument1). Een manager voegt hieraan toe:

Er zijn er nogal wat die zeggen ook na de coronatijd aan bepaalde onderdelen [van e-health] te willen blijven vasthouden. En flexibiliteit, dat ze dat erg op prijs stelden en veel minder reistijd, dat medewerkers echt vrije tijd hebben. Maar ook voor cliënten, dat je vaker kort kunt bellen in plaats van de standaard ‘een uur per week’. (CityCareManager3)

1.3.3 “Champions”

Door gebruik te maken van hun invloed en enthousiasme kunnen *champions* organisaties helpen bepaalde doelen te bereiken, door bijvoorbeeld digitale innovatie te introduceren. Een champion wordt gedefinieerd als een “charismatisch individu die zijn of haar gewicht in de schaal werpt voor een innovatie en zo onverschilligheid of weerstand tegen dat nieuwe idee vermindert” (Stuart et al., 2009, p. 734). Dit kan worden gerealiseerd door gebruik te maken van hun enthousiasme, charisma, hiërarchische positie, middelen, expertise of kennis (Day, 1994).

Bij UrbanCare vinden we een gebrek aan digital innovatie-*champions*. Ook waren er geen duidelijke voorstanders van meer geavanceerde of uitgebreide digitale innovaties, noch wilden mensen de geïntroduceerde digitale technologieën blijven gebruiken. Integendeel, veel respondenten vroegen om een verandering ‘terug naar normaal’ en wilden waar mogelijk het fysieke contact met cliënten vergroten. Dit versterkte weerstand tegen digitale innovatie en digitale diensten werden vooral gebruikt als tijdelijke oplossingen. Verschillende UrbanCare-leden beargumenteerden dat voor het helpen van hun specifieke doelgroepen fysiek contact noodzakelijk was. De pandemie zou dit essentiële begrip van hun taak niet veranderen. Hun gezamenlijk inzicht in het belang van continuïteit van fysieke zorgverlening versterkte dit onderdeel van hun professionele identiteit.

Bij TownCare waren de champions een jaar bezig met Covid-19, maar waren ondanks hun inspanningen niet in staat om e-health in de gehele organisatie te implementeren. Deze uitkomst werd onder meer veroorzaakt doordat organisatieleden en cliënten zich minder betrokken voelden in het digitale transformatieproces (in vergelijking met bijvoorbeeld CityCare) en de meerderheid niet klaar was voor een bredere en meer structurele implementatie van e-health:

Het [e-health] zou een mooie oplossing zijn, maar we zijn nog niet klaar om te zeggen: ‘laten we allemaal overstappen op videobellen’. Nee, we missen de apparatuur en de juiste processen zijn nog niet geïnstalleerd. We hebben er allemaal onze eigen ideeën over, maar we zitten in een experimenteerfase. We zijn er nog niet klaar voor. (TownCareManager2)

Toch vereiste de crisis de implementatie van digitale oplossingen, waardoor de kloof groter werd tussen de e-health-champions die meer wilden en de meerderheid van organisatieleden die verlangde naar een terugkeer naar het oude normaal.

Bij CityCare zien we dat de e-health-champions een groot deel van hun collega's en cliënten hebben kunnen betrekken bij het digitale transformatieproces. Uit het interne onderzoek van juli 2020 blijkt dat 83% van de medewerkers digitale zorg verleent aan cliënten en 78% van de medewerkers digitale ondersteuning waardevol vindt, naast fysieke zorg (CityCareInternalDocument1).

1.3.4 Transformatiepraktijken

Voor het mogelijk maken van digitale innovatie, onderscheiden we verschillende transformatiepraktijken die werden gebruikt in de drie organisaties.

Voorlichting en onderwijs

Ten eerste werd in alle drie de organisaties voorlichting over digitale innovaties gegeven. Cliënten misten de vaardigheden en de technische middelen om toegang te krijgen tot e-health. Deelnemers en zorgprofessionals moesten worden uitgerust met apparaten, de juiste toepassingen en de basiskennis over het gebruik ervan. Zeker tijdens een crisis was dat geen gemakkelijke opgave.

UrbanCare gaf niet alleen trainingen aan hun cliënten, maar ook hun medewerkers en vrijwilligers werden getraind in digitaal werken: “Wat we ook hebben gedaan is meer online training geven aan vrijwilligers over online werken” (UrbanCareManager2). Bij TownCare werden digitale trainingen gegeven door zorgprofessionals:

De personal supporter [zorgprofessional] kan dat [digitale training geven] heel goed. Er zijn ook mensen die het in groepen doen. Dat hangt een beetje af van de kwetsbare groepen, maar de meeste van onze cliënten wonen in hun eigen huis. (TownCareManager3)

TownCare en CityCare hebben uiteindelijk zelfs samengewerkt om cliënten te voorzien van training zodra ze de apparaten hadden ontvangen:

Zij [TownCare] hebben echt een goede training ontwikkeld. Voor die tijd kregen zij [cliënten] die [apparaten en/of training] niet vanwege de snelheid die ermee gemoeid was. En vanaf nu pakken ze de telefoon en laptop bij elkaar, in combinatie met de training. (CityCareManager3)

CityCare ging een stap verder om ervoor te zorgen dat cliënten de mogelijkheid kregen om hun digitale vaardigheden te vergroten. Ze introduceerden “digi-coaches” om cliënten de mogelijkheid te geven om vragen te stellen:

Dat is echt de basis waarin we cliënten voorzien van apparaten, dat kan een laptop of een telefoon zijn. En wat we tegelijkertijd van ze vragen, is dat ze een opleiding volgen in digitale vaardigheden en mediawijsheid. Er kunnen ook Digi-coaches worden aangesloten, voor het geval ze meer willen leren dan alleen de basis cursus. Dat sluit dus aan bij de implementatie van een cliëntenportaal. (CityCareManager3)

Via CityCare's portaal "Digital Journey" konden cliënten hun eigen casus en begeleidingsplan inzien, waardoor ze meer autonomie kregen: "Cliënten kunnen hun eigen rapportages en begeleidingsplan inzien om hen meer regie te geven in het zorgproces" (CityCareManager3).

Betrekken van medewerkers en cliënten

Een tweede transformatiepraktijk is het betrekken van medewerkers en cliënten in het digitale innovatieproces. Bij TownCare probeerden een paar champions het digitale transformatieproces te stimuleren. Het merendeel van de medewerkers was echter nog niet klaar om over te stappen naar meer geavanceerde e-health-systemen en er was nog steeds behoefte aan fysiek contact. Uiteindelijk, een jaar na Covid-19, bedacht TownCare dat het belangrijk is om medewerkers en cliënten bij de transformatie te betrekken:

We willen nu eigenlijk de opdrachtgevers de touwtjes in handen te laten hebben [...] Dus ja, we merken dat er veel meer nodig is om er echt over in gesprek te gaan. En verwacht daarom niet dat we met een paar trainingen het voor elkaar krijgen. Dus ik denk dat dat eigenlijk meer tijd kost dan we aanvankelijk hadden ingeschat. (TownCareManager7)

Het bewustzijn groeide over de belangrijke rol van champions en hun positie binnen de organisatie: "En er zijn meer, meer mensen die daar juist heel enthousiast over zijn. Ik denk dat we ze vooral moeten verbinden [aan minder vooruitlopende medewerkers]" (TownCareStaff1).

Voor CityCare was het betrekken van collega's en cliënten vanaf het begin cruciaal: "We proberen eigenlijk alle applicaties samen met cliënten te testen. Het is dus echt co-creatie" (CityCareManager5). Een paar jaar voor de pandemie startte CityCare met evenementen rond digitalisering [Digi-Workshops] om medewerkers en cliënten te informeren en te betrekken bij het digitale innovatietraject: "Dan hebben we robots rondlopen, je kunt een VR-bril opzetten, proberen verschillende apps uit en stel vragen. We bieden verschillende workshops aan, vooral om de angst die mensen hebben te verminderen" (CityCareManager3). Tijdens de Covid-19-pandemie gingen deze workshops online door.

Koppelen van professionele identiteit aan e-health

Tenslotte identificeerden we een derde transformatiepraktijk: CityCare werkte als enige organisatie bewust aan het koppelen van de professionele identiteit van hun organisatieleden aan e-health. Het was hun doel om medewerkers te helpen hun angst voor verandering te overwinnen en e-health te omarmen als iets dat hen betere zorgprofessionals zou maken. Daarom dachten ze na over een nieuwe e-health-slogan: "Ik zou het graag meer willen kaderen in de richting van '*E-health with a heart*' [...] zodat je meer tijd hebt voor echt contact. Dan zeg je het anders, loop je minder tegen weerstand" (CityCareManager3). CityCare's enquête van juli 2020 illustreert hoe CityCare hun medewerkers vertrouwd maakt met de rol van technologie in hun beroep:

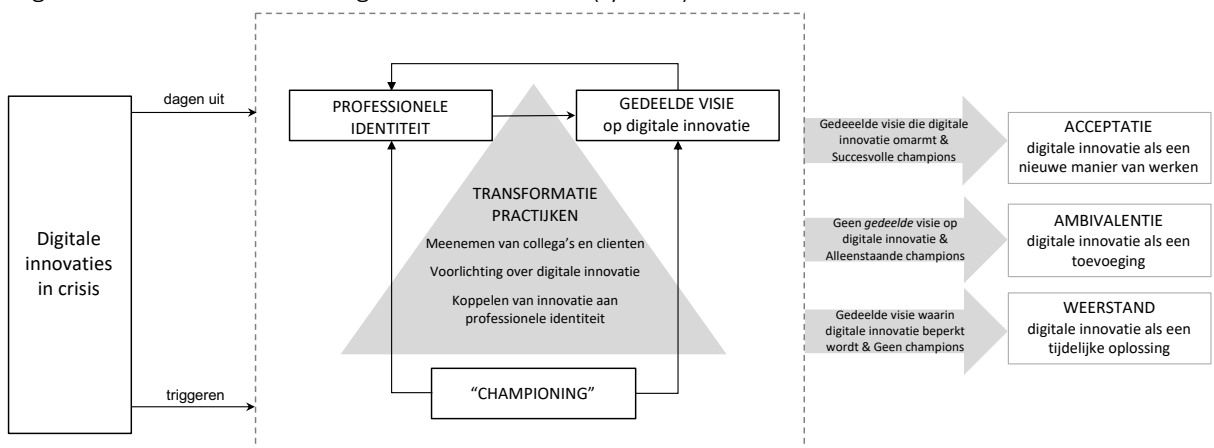
Ook is er de vraag hoe de ontwikkeling van e-health [...] kan worden voortgezet op een manier die het beroep van zorgverstreker ondersteunt. Hoe leiden we zorgverleners hierin

op? (CityCareInternDocument1)

Een jaar na de pandemie was het idee om digitale innovatie te koppelen aan de professionele identiteit van medewerkers onderdeel geworden van het nieuwe beleid in wording van CityCare:

We zien het [e-health] veel meer als onderdeel van een grotere beweging, we noemen het ook wel Restart 2.0. Het gaat dus echt heel erg om wat de nieuwe manier van werken is op dat poliklinische gebied [...] 'jezelf overbodig maken' is nu het doel en e-health maakt daar deel van uit. (CityCareManager7)

Figuur 1 geeft de besproken concepten en hun onderlinge relaties weer. In het kort schetst Figuur 1 hoe een crisis, zoals de Covid-19 pandemie, het innovatieproces van een organisatie beïnvloedt. Zo werpt het licht op digitale innovatie in een context waarin organisatieleden moesten overstappen van fysieke zorg naar e-health-oplossingen. Het is opgevallen dat digitale innovaties de bestaande professionele identiteit van medewerkers op de proef stellen. Digitale innovaties kunnen bijvoorbeeld leiden tot vragen over hoe medewerkers zichzelf zien in relatie tot hun werk. Deze uitdagingen voor de professionele identiteit kunnen leiden tot de ontwikkeling van een gedeelde visie op digitale innovatie. Vervolgens kan dat resulteren in het omarmen van digitale innovatie, of tot het tegenovergestelde: een wens tot terugkeer naar de oude (fysieke) situatie.



Figuur 1: Model van digitale innovatie tijdens een crisis

Ook zien we dat de (gebrek aan) gedeelde visie op digitale transformatie de professionele identiteit wederzijds beïnvloedt, door ofwel de bestaande identiteit te versterken ofwel de identiteit zodanig aan te passen dat digitale innovatie er een centraal onderdeel van wordt.

Een andere belangrijke bevinding is dat individuele medewerkers een belangrijke rol spelen door voor digitale innovaties in hun organisatie te pleiten. Die 'champions', individuen die enthousiast zijn over digitale innovatie en dat graag willen bevorderen in de organisatie, spelen een belangrijke rol bij zowel de ontwikkeling van een gedeelde visie op digitale innovatie als bij de veranderingen in de professionele identiteit van medewerkers.

Uiteindelijk kan professionele identiteit leiden tot drie uitkomsten, door middel van transformatie praktijken (d.w.z. het includeren van collega's en cliënten, voorlichting over digitale innovatie en het koppelen van innovatie aan professionele identiteit).

1. Met een gedeelde visie (die digitale innovatie omarmt met de ondersteuning van succesvolle champions) wordt digitale innovatie geaccepteerd als een nieuwe manier van werken.
2. Wanneer een gedeelde visie over digitale innovatie niet gedeeld wordt door de meeste organisatieleden en 'champions' de enige voorstanders zijn van digitale innovatie, blijft er ambivalentie bestaan en wordt digitale innovatie uitsluitend gebruikt als aanvulling op bestaande werkpraktijken.
3. Organisiatieleden kunnen ook een gedeelde visie ontwikkelen die het gebruik van digitale innovaties beperkt, waardoor met name een identiteit rond 'fysieke zorg' in onze context wordt versterkt, zonder voorstanders van digitale innovatie (maar eerder voorstanders van het tegenovergestelde). Dit resulteert in weerstand tegen een grotere implementatie van digitale innovatie en digitale innovatie zal vooral worden gebruikt als een tijdelijke oplossing.

1.4 Samenvatting

Samenvattend zien we dat alle drie de organisaties stappen hebben gezet om hun medewerkers en cliënten voor te lichten over digitale innovaties. Aanvankelijk begonnen echter alleen de champions in CityCare, maar later ook bij TownCare, om hun cliënten en collega's bij het transformatieproces te betrekken. Het is niet verwonderlijk dat UrbanCare deze weg niet heeft bewandeld, omdat het voor hen, vanwege hun gedeelde visie op de zorg aan specifieke deelnemersgroepen, geen optie was om over te gaan tot uitgebreid gebruik van e-health, wat leidde tot bevestiging van de bestaande professionele identiteit. Tot slot was CityCare de enige organisatie die bewust bezig was met een transformatiepraktijk die we omschrijven als 'koppelen'. De angst die leefde onder de mensen om het contact met de professionele identiteit te verliezen, probeerde CityCare op te lossen door e-health expliciet te koppelen aan de professionele identiteit. Dat gebeurde door te benadrukken dat digitale innovaties helpen om compassievolle zorg te geven ("e-health with a heart") of zelfs de zorgverlening verbeteren door cliënten meer onafhankelijk en autonoom te maken ("Restart 2.0").

II. VERANDERINGEN TIJDENS DE CRISIS – DATA VANUIT HULPVERLENERS

Hulpverleners hebben veel veranderingen ervaren tijdens de crisis. In het eerste rapport van dit onderzoek zijn deze veranderingen al beschreven en samengevat. Om een breder beeld te krijgen hebben we een enquête uitgezet onder alle medewerkers, waarvan we hier de belangrijkste resultaten weergeven.

Voor de volledigheid geven we eerst nogmaals de samenvatting van de belangrijkste veranderingen uit het eerste rapport in Tabel .

Tabel 1: Aanpassingen in hulpverlening en effecten daarvan

Aanpassing	Negatieve effecten	Positieve effecten
Thuiswerken (effect op werknemers)	Minder contact met het team; verslechterde samenwerking in teams die minder goed functioneerden. Soms moeilijk te combineren met gezin- en leefsituatie.	Efficientie in het werken en combineren met persoonlijke omstandigheden. Aanleren nieuwe vaardigheden. Weinig corona-besmettingen.
Geen huisbezoeken	Achteruitgang in gedrag soms gemist, evenals situaties met drugshandel vanuit huis. Verergering psychiatrische problematiek.	Clients blijken soms zelfredzaam, een beroep te kunnen doen op hun netwerk en/of minder behoefte te hebben aan contact. Weinig corona-besmettingen.
Digitaal contact met clients	Minder zicht op wat er aan de hand is	Meer zelfredzaamheid, kans om eigen kracht van een cliënt te zien
Dagbesteding gesloten	Minder structuur, terugval in 'oud' gedrag.	Weinig corona-besmettingen.
Inloop 'uitgedund'	Sommige mensen minder structuur overdag.	Ervaren gevoel van rust, ruimte om met mensen aan de slag te gaan. Weinig corona-besmettingen.
Geen bezoek residentiele locaties	Regels soms moeilijk te accepteren door clients. Sommige clients voelen zich opgesloten en dat heeft in een enkel geval tot een onhoudbare situatie geleid.	Weinig corona-besmettingen.
Kamers niet mogen verlaten	Geen activiteiten en persoonlijk contact.	Ruzies en overtredingen bleven grotendeels uit. Over algemeen houdt iedereen zich aan de regels.
Residentiele locaties 'verdund'		Minder incidenten, meer rust, tijd om ergens aan te werken. Weinig corona-besmettingen.

Individuele maaltijden	Minder contact, maar door de meeste van de geïnterviewde cliënten niet als probleem ervaren.	Sommige cliënten vonden de rust en persoonlijke aandacht prettig. Weinig corona-besmettingen.
Nachtopvang voor iedereen	Mogelijkheid tot vermeerderen van corona-besmettingen. Na sluiten nachtopvang: Toename overlast/problemen.	Meer rust en tijd voor reflectie, waardoor nieuwe hulpverlening gestart kan worden. Ongedocumenteerde mensen krijgen meer toegang tot hulpverlening.
Aanpassing methadon- en heroïne verstrekking.	Ontregeling en psychoses. Conflicten met bewaking over toelating tot de ruimtes.	Weinig corona-besmettingen.

2.1 Beschrijvende statistiek

De vragenlijst is in totaal door 89 personen redelijk compleet ingevuld.³ Helaas is het beeld niet van alle organisaties compleet. Van CityCare (22 reacties) en UrbanCare (62 reacties) hebben we een redelijk goed beeld gekregen; van TownCare (3 reacties) en de vierde organisatie PolisCare⁴ (2 reacties) zijn er te weinig ingevulde vragenlijsten om daar conclusies over te trekken. Daarom rapporteren we alleen de algemene resultaten en gaan we niet in op verschillen tussen de organisaties. Hierbij is het belangrijk om te beseffen dat deze resultaten vooral iets zeggen over CityCare en UrbanCare en weinig over TownCare en PolisCare.

Van de respondenten is 50% vrouw, 21% man, en het overige deel heeft deze vraag niet beantwoord. De gemiddelde leeftijd is 44 jaar en 11% van de respondenten heeft een leidinggevende rol. Gemiddeld werken de deelnemers 9 jaar bij hun eigen organisatie, maar er is een grote variatie (van 2 maanden tot 36 jaar).

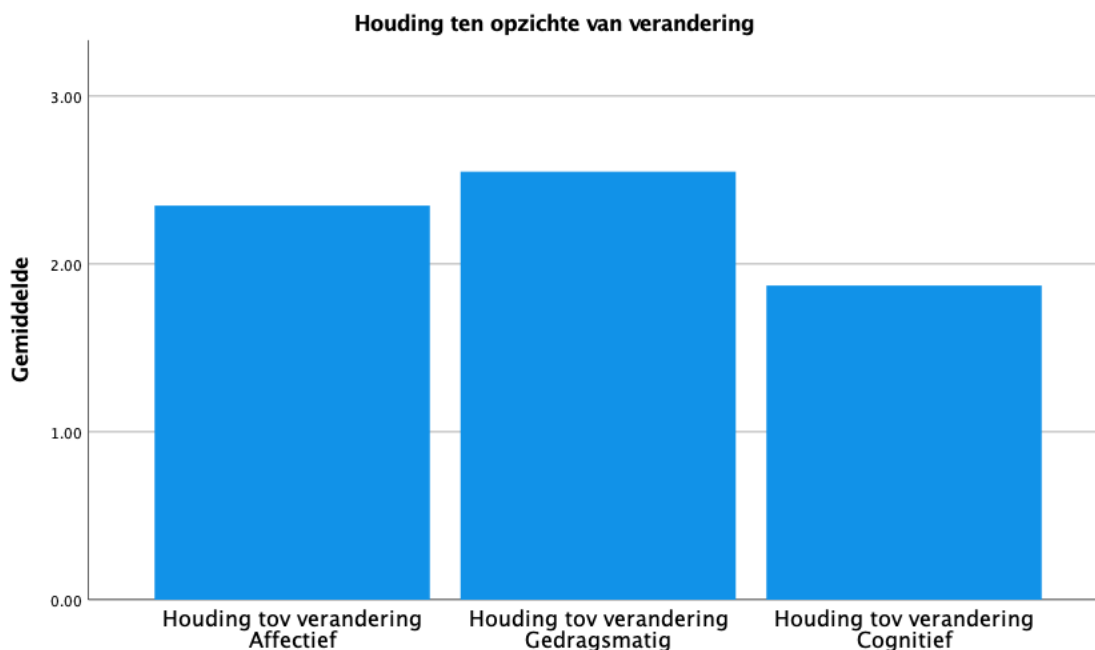
2.2 Veranderingsgezindheid en e-health acceptatie

De houding ten opzichte van veranderingen wordt in de literatuur uitgesplitst in drie elementen: affectief, gedragsmatig en cognitief (Oreg, 2006). De affectieve houding ten opzichte van verandering gaat over het gevoel wat mensen erbij hebben (bijvoorbeeld: blij of boos). De gedragsmatige houding ten opzichte van verandering heeft betrekking op de acties die iemand wil ondernemen of onderneemt in reactie op de verandering. Het cognitieve element gaat over wat iemand denkt over de verandering.

De resultaten van de vragenlijst laten zien dat de houding ten opzichte van de veranderingen in de hulpverlening over het algemeen rond de gemiddelde score zijn op zowel affectief als gedragsmatig gebied. Op cognitief gebied was men meer ongerust over de veranderingen in de hulpverlening. Zie Figuur 2 voor een overzicht van de verschillende houdingen ten opzichte van verandering.

³ Omdat de vragenlijst via intranet verspreid is, is niet te achterhalen hoeveel mensen het bericht ook daadwerkelijk gezien hebben. Daardoor is geen betrouwbare *response rate* te berekenen.

⁴ Deze organisatie is niet meegenomen in de analyse van digitalisatie en e-health omdat de manier van werken lastig vergelijkbaar was; in dit tweede deel is deze organisatie wel meegenomen.



Figuur 2: Houding ten opzichte van veranderingen⁵

In contrast met de gematigde dan wel negatieve houding ten opzichte van verandering zien we dat mensen over het algemeen heel creatief zijn, waar we een gemiddelde score van 4.0 op een schaal van 5 vinden. Met name die creativiteit lijkt door te werken in de acceptatie van de introductie van digitale en online middelen voor de hulpverlening (e-health), waar de respondenten gemiddeld 3.7 op een schaal van 5 scoren. Daarmee geven ze aan dat de meesten bereid zijn om e-health te gebruiken. Wel vinden we een significant verschil tussen jongere en oudere respondenten, waarbij de ouderen duidelijk in mindere mate bereid zijn om e-health te gebruiken. Daartegenover staat dat respondenten die hoger scoren op creativiteit juist in grotere mate bereid zijn om e-health te gebruiken in de hulpverlening.

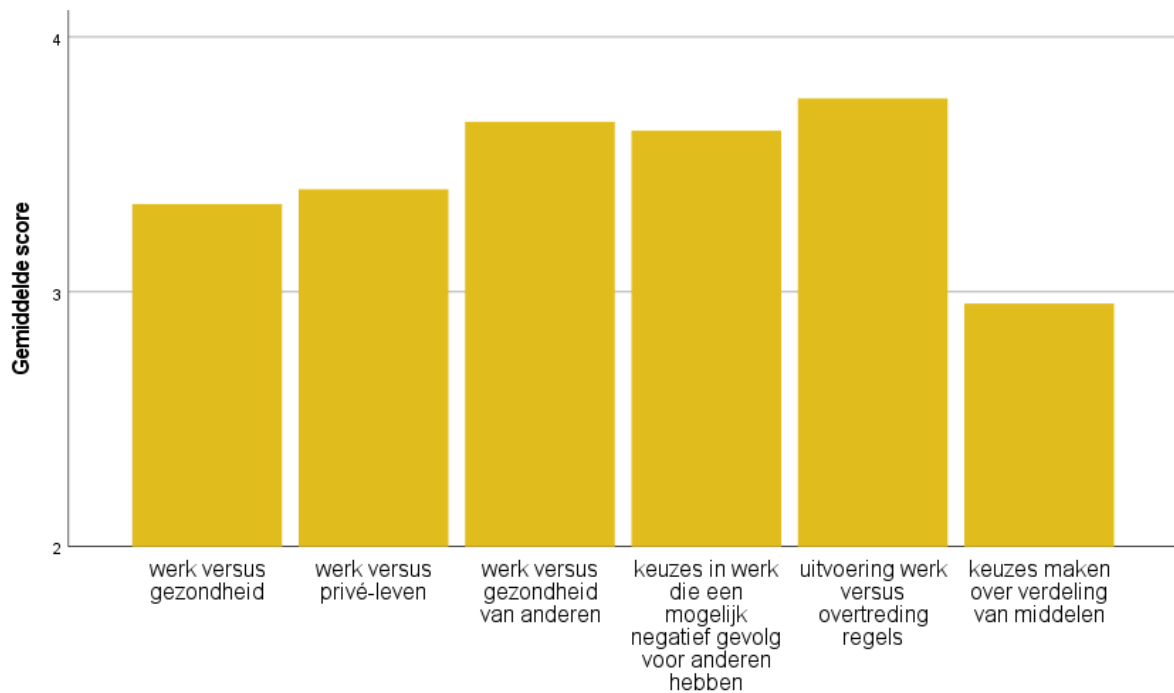
2.3 Stress

Een belangrijk onderwerp van deze vragenlijst was de stress zoals die ervaren wordt door de medewerkers. Om stress te meten is een gevalideerde vragenlijst gebruikt. Helaas kan met de vragenlijst alleen de ervaren stress gemeten worden tijdens de periode van invullen van de vragenlijst (maart en april 2021). Daardoor zijn geen vergelijkingen met de periode voor de corona-crisis of met de eerste golf mogelijk. De resultaten laten zien dat men heeft relatief weinig stress ervaart (minder dan het gemiddelde op de schaal van 5, namelijk 2.39). Hierbij moet wel opgemerkt worden (net als bij de andere resultaten), dat voorzichtigheid nodig is bij het interpreteren van dit resultaat. De respons is redelijk klein en het is goed mogelijk dat de mensen die veel stress ervaren de vragenlijst juist niet ingevuld hebben. Deze waarschuwing bij het interpreteren van dit resultaat is van groot belang omdat ander onderzoek onder deze groep medewerkers juist meer stress en lager welzijn waarneemt (Van Bon-Martens et al., 2020).

2.4 Ervaren dilemma's

⁵ De scores zijn omgekeerd, dus lagere scores zijn juist positiever.

In vergelijking met de periode voor corona, stond men relatief vaak voor een dilemma tijdens de crisis. Wel is er een duidelijk verschil te zien tussen de verschillende dilemma's. Zo scoort het ervaren dilemma op het gebied van verdeling van middelen (bijvoorbeeld materialen zoals maskers of tablets, hulp, bedden, plekken voor klanten) gemiddeld 2.96 en het overtreden van regels ten bate van de hulpverlening gemiddeld 3.74. Figuur 3 geeft een overzicht van de mate waarin bepaalde dilemma's ervaren zijn tijdens de crisis. De dilemma's die betrekking hebben op het welzijn van anderen (cliënten) lijkt wat meer voor te komen, dan die over eigen welzijn en gezondheid.



Figuur 3: Ervaren dilemma's

Tenslotte is het belangrijk om op te merken dat de antwoorden laten zien dat de medewerkers niet de neiging gehad hebben om normen en waarden opzij te zetten ten tijde van de crisis (score 2.53) en dat ze ook voldoende steun ervaren hebben om met deze dilemma's om te gaan (score 3.60).

III. AANDACHTSPUNTEN

Op basis van deze voorlopige resultaten komen we tot de volgende aandachtspunten voor de toepassing van e-health en de impact van Covid-19 op de hulpverleners.

3.1 Verschillende groepen en digitalisering

De eerste bevinding is dat duidelijk naar voren komt dat digitale innovatie niet door iedereen als een wenselijke richting wordt gezien. Voor sommige doelgroepen, met name degenen die niet digitaal vaardig zijn of vooral fysieke hulp nodig hebben, wordt e-health niet als een geschikt middel gezien. Tegelijkertijd is het lastig om te generaliseren, omdat individuen in zo'n groep juist wel behoefte kunnen hebben aan digitale oplossingen en bijvoorbeeld fysiek contact te ingrijpend vinden.

3.2 Professionele identiteit en digitale innovatie

Onze bevindingen laten zien dat organisaties tijdens een crisis succesvol kunnen innoveren op het gebied van e-health. Een crisis kan helpen om bestaande werkrouines te doorbreken en een nieuwe manier van werken te ontdekken. Wel zien we dat het een grote vraag is of deze veranderingen blijvend zijn. De verschillen tussen de organisaties laten vooral zien dat de rol van de opvattingen over professionele identiteit belangrijk zijn. Daarnaast heeft een gedeelde visie op de innovatie grote invloed. Een visie die gericht is op e-health als versterking van professionaliteit, kwaliteit van zorg en zelfregie van cliënt kan een positieve invloed hebben op de acceptatie van digitale innovatie; dit in tegenstelling tot het zien van e-health als een noodzakelijk kwaad of zelfs als verkapte bezuiniging. Deze gedeelde visie heeft aandacht en steun nodig vanuit alle niveaus in de organisatie om een tot een succesvolle toepassingen van e-health te kunnen leiden.

3.3 Rol van champions in digitale innovatie

Dit onderzoek laat zien dat champions een belangrijke rol hebben in het pionieren en uitdragen van nieuwe technologie en nieuwe manieren van werken. De transformatiepraktijken die acceptatie van nieuwe technologie zoals e-health bevorderen zijn daarin belangrijk. Daarnaast is het belangrijk voor champions om alert te zijn op de innovatie implementatie fase: niet te ver voor de troepen uit, investeren in die gedeelde visie, en niet losgezongen raken van de gevoelens op de werkvloer. De inbedding van champions in de organisatie is belangrijk om te voorkomen dat ze als eenzame pioniers bezig zijn, maar juist steun en invloed hebben.

3.4 Dilemma's

Het vragenlijstonderzoek geeft een gematigd negatief beeld van de veranderingsgezindheid, maar een positief beeld van de acceptatie van e-health. Het stressniveau lijkt mee te vallen. Wel zien we dat de morele dilemma's tijdens de crisis in sterke mate ervaren werden. Blijvende aandacht is nodig, om medewerkers ondersteuning en reflectie te bieden op deze dilemma's. Het is belangrijk dat er laagdrempelige mogelijkheden zijn om dit soort dilemma's regelmatig te bespreken met collega's, of juist met een vertrouwenspersoon of iemand anders die wat meer op afstand staat.

FASE 3 ONDERZOEK KWETSBAAR IN AMSTERDAM

Wat zijn de vervolgstappen in dit onderzoeksproject? Vanaf oktober 2021 zullen we verder gaan met *dataverzameling en analyse fase 3 (Jan 2022-Aug 2022)*: Ontwerpen van oplossingen voor crisisrespons en implementatie van geleerde lessen.

REFERENTIES

- Acar, O. A., Tarakci, M., & van Knippenberg, D. (2019). Creativity and innovation under constraints: A cross-disciplinary integrative review. *Journal of Management*, 45(1), 96–121. <https://doi.org/10.1177/0149206318805832>
- Daanen, F. (2020). *Experiences of people with low (health-) literacy during the pandemic of COVID-19* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Day, D. L. (1994). Raising Radicals: Different Processes for Championing Innovative Corporate Ventures. *Organization Science*, 5(2), 148–172. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.2.148>
- De Vries, D., & Pols, J. (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. Universiteit van Amsterdam.
- Doshi, A., Platt, Y., Dressen, J. R., Matthews, B. K., & Siy, J. C. (2020). Keep calm and log on: Telemedicine for COVID-19 pandemic response. *Journal of Hospital Medicine*, 15(2020–05), 301–304. <https://doi.org/10.12788/jhm.3419>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1–2. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gkeredakis, M., Lifshitz-Assaf, H., & Barrett, M. (2021). Crisis as opportunity, disruption and exposure: Exploring emergent responses to crisis through digital technology. *Information and Organization*, 31(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2021.100344>
- Hobus, M. (2020). *COVID-19 related healthcare provided to homeless people in the Netherlands* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Huq, J.-L. (2019). Conditioning a professional exchange field for social innovation. *Business & Society*, 58(5), 1047–1082. <https://doi.org/10.1177/0007650318758321>
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 764–791. <https://doi.org/10.2307/2667055>
- Kloosterman, M. (2020). *Covid-19 and the homeless population: Organization of corona-policy in shelters, social and medical care by 22 centre municipalities in the Netherlands during the COVID-19 pandemic* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Kohli, R., & Melville, N. P. (2019). Digital innovation: A review and synthesis. *Information Systems Journal*, 29(1), 200–223. <https://doi.org/10.1111/isj.12193>
- Larwood, L., Falbe, C. M., Kriger, M. P., & Miesing, P. (1995). Structure and meaning of organizational vision. *Academy of Management Journal*, 38(3), 740–769.
- Lempens, A., Knispel, A., De Lange, A., Van Bakel, Marianne, Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2020). 'Voor mij is contact zuurstof. Het voelt nu wat zuurstofarm' *Impact van sociale isolatie op mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Trimbos instituut.
- Mennis, E. (2020). *COVID-19 related morbidity and disease course in homeless people in The Netherlands* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Muusse, C., Planije, M., & Kroon, H. (2020). *Dakloos in coronatijden: Eindrapportage, juni 2020*. Trimbos instituut.
- Oborn, E., Pilosof, N. P., Hinings, B., & Zimlichman, E. (2021). Institutional logics and innovation in times of crisis: Telemedicine as digital 'PPE.' *Information and Organization*, 31(1), 100340. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2021.100340>
- Ohannessian, R., Duong, T. A., & Odone, A. (2020). Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18810. <https://doi.org/10.2196/18810>

- Oreg, S. (2006). Personality, context, and resistance to organizational change. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 15*(1), 73–101.
<https://doi.org/10.1080/13594320500451247>
- Perry-Smith, J. E., & Mannucci, P. V. (2017). From creativity to innovation: The social network drivers of the four phases of the idea journey. *Academy of Management Review, 42*(1), 53–79.
<https://doi.org/10.5465/amr.2014.0462>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (Vol. 2nd). Sage Publications.
- Stuart, L. H., Mills, A. M., & Remus, U. (2009). School leaders, ICT competence and championing innovations. *Computers & Education, 53*(3), 733–741.
<https://doi.org/10.1016/j.compedu.2009.04.013>
- Van Bon-Martens, M., Van Doesum, T., De Beurs, D., Kroon, H., & Shields-Zeeman, L. (2020). *Impact van de coronacrisis op werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Rapportage kerncijfers*. Trimbos instituut.
- Van Loenen, T., Denктаş, S., Merkelbach, I., & Muijsenbergh, M. van den. (2020). *Corona gedragsmaatregelen*. Pharos.
- West, M. A., & Anderson, N. R. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology, 81*(6), 680–693. [https://doi.org/10.1016/0041-2678\(70\)90009-6](https://doi.org/10.1016/0041-2678(70)90009-6)
- Willems, P., Vlasman, E., Buree, M., Derks, N., Huberts, M., Peterman, M., Varkevisser, K., Van Zuijlen, R., & Groot, B. (2020). *Maat-ifest: Ertoe doen, ook in Coronatijd. Oplossingen co-creëren in Corona-tijden: Een participatief actieonderzoek met mensen in kwetsbare situaties*. Centrum voor Cliëntervaringen.

APPENDIX: KWALITATIEVE DATA VERZAMELING

Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe de hulp aan mensen in kwetsbare posities in Amsterdam wordt beïnvloed door Covid-19 en de daaropvolgende crisis. Dit doen we door zowel het perspectief van organisatie medewerkers als die van de cliënten mee te nemen. Hiervoor is een inductieve, kwalitatieve veldstudie uitgevoerd met behulp van een *grounded theory* benadering (Strauss & Corbin, 1998). Een *grounded theory* benadering wordt gekenmerkt door een proces van continu heen en weer bewegen tussen de empirische verschijnselen en het leggen van theoretische verbanden. In dit proces worden de gevonden data systematisch afgeleid tot meer algemene patronen en gebruikt voor theorievorming (Gioia et al., 2013). Bij de opzet van de studie is verder gebruikgemaakt van bestaande rapportages (e.g., Daanen, 2020; De Vries & Pols, 2020; Hobus, 2020; Kloosterman, 2020; Lempens et al., 2020; Mennis, 2020; Muusse et al., 2020; Van Bon-Martens et al., 2020; Van Loenen et al., 2020; Willems et al., 2020).

We hebben gebruik gemaakt van de volgende data-verzamelmethode: verdiepende semi-gestructureerde interviews, participerende observaties en het verzamelen en analyseren van organisatie documenten. In de periode september 2020 - juli 2021 hebben we in totaal 80 mensen geïnterviewd. Deze bestaan uit 53 medewerkers en managers van verschillende hulpverlenende organisaties van verschillende functieniveaus. Verder zijn tot nu toe 27 cliënten geïnterviewd.

Voor alle interviews is mondeling toestemming gegeven door de respondenten na uitleg van de procedures. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Data is opgeslagen in een beveiligde omgeving en wordt geanonimiseerd verwerkt. De opzet van de studie is goedgekeurd door de Research Ethics Review Board (RERB) van de School of Business and Economics (SBE) van de Vrije Universiteit Amsterdam.

In de periode november 2020 - juli 2021 is op verschillende locaties in Amsterdam participerende observatie uitgevoerd, zoals bij noodopvangcentra, inloophuizen, geïntegreerde voorzieningen en residentiele woningen voor mensen in kwetsbare posities.

Een overzicht van de geïnterviewde respondenten en cliënten is te vinden in Tabel 2.

Tabel 2: Geïnterviewde medewerkers en cliënten per organisatie

Organisatie	PolisCare	TownCare	CityCare	UrbanCare	Overig
Functie medewerkers	- Hoofd (1) - Team/project leider (3) - Coördinator (1) - Onderzoeker (1) - Arts (4) - Verpleegkundige (2)	- Directeur (2) - BU Manager (2) - Teamleider (2) - Case manager (3) - Beleid (1) - Voorzitter (1) - Adviseur (1) - Onderzoeker (1) - Begeleider (2)	- Directeur (2) - BU Manager (1) - Project leider (2) - Team Manager (1) - Case manager (2) - Voorzitter (1) - Adviseur (2) - Begeleider (3)	Directeur (1) Regiomanager (2) Projectleider (2) Locatiehoofd (1) Coördinator (2) Begeleider (2)	Accountmanager (1) Team Manager (1)
Totaal aantal medewerkers	12 V (9) M (3)	15 V (7) M (8)	15 V (11) M (4)	9 V (4) M (5)	2 V (1) M (1)
Ronde 1 Interviews medewerkers	11	13	15	9	
Ronde 2 Interviews medewerkers	1	6	6	3	3
Totaal interviews cliënten	2 V (1) M (1)	3 V (3)	0	6 V (1) M (5)	16 V (10) M (6)