



rijksuniversiteit
 groningen

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen



umcg

Toegepast GezondheidsOnderzoek

Masterscriptie

Een casestudie naar hoe de niet-medische zorginnovatie arbeidsgerichte zorg geïmplementeerd wordt in de huidige zorgpraktijk

A case study on how the non-medical care innovation work-related care is implemented in current healthcare practice

Student
Studentnummer

Valerie Rientjes
S4527089

Interne begeleider
Referent
Externe begeleider

Dr. Zoltán Lippényi
Prof. dr. Nardi Steverink
Dr. Annemieke Visser

Instituut
Faculteit
Opleiding
Master

Rijksuniversiteit Groningen
Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Sociologie
Sociologie van Arbeidsrelaties en Levensloop

Datum van inleveren

04 september 2022

Voorwoord

Hierbij leest u de masterscriptie: Een casestudie naar hoe de niet-medische zorginnovatie arbeidsgerichte zorg geïmplementeerd wordt in de huidige zorgpraktijk. Deze scriptie is geschreven voor mijn master Sociologie van Arbeidsrelaties en Levensloop. Aankomend studiejaar ga ik de masterroute Sociologie van Gezondheid, Zorg & Welzijn volgen en ben daarom op zoek gegaan naar een scriptieonderwerp in de combinatie van arbeid en gezondheid. Het BAAN-project van het UMCG TGO was voor mij de perfecte combinatie. Het doel van het project is namelijk om arbeidsgerichte zorg te ontwikkelen voor patiënten met een chronische nierziekte die betaald werk hebben of hiernaar op zoek zijn. De visie hierachter is dat werken belangrijk is voor je gezondheid en voor de maatschappij. Dit is een visie waar ik affiniteit mee heb. Hierdoor raakte ik extra gemotiveerd om me in te zetten voor het project en heb ik veel plezier beleefd aan het schrijven van deze masterscriptie. In februari 2020 begon ik met stage lopen bij het UMCG TGO op het BAAN-project en ging ook het masterscriptietraject van start. Een half jaar later ga ik het traject afsluiten. Er zijn een aantal mensen die ik graag wil bedanken voor hun hulp bij het schrijven van deze scriptie. Ten eerste zou ik graag Zoltán Lippényi willen bedanken voor zijn begeleiding en feedback. In de laatste paar maanden van het traject zagen we elkaar bijna wekelijks. Ik heb veel gehad aan zijn feedback en kon met vragen altijd terecht bij hem. Ten tweede zou ik ook graag Annemieke Visser willen bedanken voor haar begeleiding in mijn stageperiode en daarna bij het schrijven van mijn masterscriptie. Ik heb veel geleerd van haar kijk op onderzoek en ze sprak mij toe met bemoedigende woorden waar ik zelfvertrouwen van kreeg. Ten derde zou ik graag Nardi Steverink willen bedanken voor haar feedback en hulp als referent van deze scriptie. Ook aan haar feedback heb ik veel gehad en specifiek op het gebied van de Sociologie van Gezondheid, Zorg & Welzijn. Als laatste zou ik graag mijn vrienden en familie willen bedanken voor hun support.

Ik hoop dat u mijn scriptie met veel plezier leest.

Valerie Rientjes

Groningen, september 2022

Samenvatting

In deze masterscriptie is onderzoek gedaan naar de vraag: *Welke kenmerken van het model van Fleuren et al. kunnen invloed hebben op het implementatieproces van de niet-medische zorginnovatie arbeidsgerichte zorg in de huidige zorgpraktijk?*. Uit cijfers van het CBS blijkt dat mensen met een chronische ziekte of beperking minder werken dan mensen zonder deze diagnose. Hiernaast blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat er een wisselwerking is tussen arbeid en gezondheid en daarom is het van belang dat arbeidsgerichte zorg wordt meegenomen in het zorgsysteem. In dit onderzoek is er gekeken naar welke rol de kenmerken uit het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004) spelen in de implementatie van de arbeidsgerichte zorg. Hiernaast is er ook onderzoek gedaan naar de invloed van institutionele logica op het implementatieproces. Op organisatie- en beroepsniveau bestaan vaak meerdere institutionele logica-s. De dominante logica bepaalt vaak het gedrag van individuen en heeft daarmee invloed op de keuze van een individu om een nieuwe innovatie te adopteren.

Aan de hand van een casestudie naar het BAAN-project van het UMCG TGO is de invloed van de kenmerken van het model van Fleuren et al. (2004) en de invloed van institutionele logica onderzocht. Voor de casestudie zijn er tien semigestructureerde interviews gehouden met zorgprofessionals en met twee informanten. De zorgprofessionals hadden verschillende zorgberoepen, namelijk manager, arts, verpleegkundige en medisch maatschappelijk werker. Informanten zijn mensen die betrokken zijn geweest bij het BAAN-project en daardoor informatie kunnen geven over het implementatieproces, maar geen zorgprofessional zijn. De informanten waren de adviseur arbeid en de projectleider van het BAAN-project. Hiernaast is er onderzoek gedaan aan de hand van het analyseren van documenten, zoals het KNMG-visiedocument en het organisatiebeleid van het UMCG.

Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn er een aantal kenmerken gevonden die een rol hebben gespeeld in het implementatieproces van het BAAN-project, namelijk relevantie, zichtbaarheid, tijd en financiële middelen van het model van Fleuren et al. (2004). Relevantie is de mate waarin de innovatie door de gebruiker kan worden gezien als een verbetering van de bestaande zorg voor een patiënt. Met zichtbaarheid wordt bedoeld de mate waarin de goede resultaten van een innovatie zichtbaar zijn voor anderen. Het kenmerk tijd is de hoeveelheid tijd die beschikbaar is om de innovatie toe te passen. De term financiële middelen houdt in dat deze voldoende beschikbaar dienen te zijn om de innovatie te gebruiken. Hiernaast zijn er ook een aantal andere kenmerken gevonden die buiten het model van Fleuren vallen die een rol hebben gespeeld in het implementatieproces, namelijk stakeholders betrokken bij de ontwikkeling en de coronapandemie. Het kenmerk stakeholders betrokken bij de ontwikkeling betekent dat stakeholders actief zijn betrokken bij de ontwikkeling van de innovatie. De innovatie is

waarschijnlijk daardoor gevormd naar de wensen van de stakeholders. De coronapandemie heeft invloed gehad op het verloop van het BAAN-project doordat het een crisis was voor de zorg en veel bijeenkomsten online plaats vonden. Als laatste valt het op dat de institutionele logica op beroepsniveau veel invloed heeft op de implementatie. Het verschilt namelijk per zorgberoep in hoeverre de innovatie geïmplementeerd wordt. Een belangrijke conclusie die getrokken kan worden op basis van de bevindingen is dat het implementatieproces van arbeidsgerichte zorg complex blijft ondanks dat de innovatie in eerste instantie goed aan sluit bij de huidige zorgpraktijk. Aan de hand van de bevindingen worden er een aantal beleidsimplicaties geformuleerd voor toekomstige niet-medische (arbeidsgerichte) zorginnovaties.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 – <i>Introductie & aanleiding</i>	7
1.2 – <i>Relevantie van de probleemstelling</i>	9
2. Achtergrond	12
2.1 – <i>De invloed van het Nederlandse zorgsysteem op zorginnovaties</i>	12
2.2 – <i>BAAN-project</i>	13
3. Theoretisch kader	16
3.1 – <i>Implementatiemodel voor innovaties</i>	16
3.2 – <i>Kenmerken van de innovatie</i>	18
3.3 – <i>Kenmerken van de sociaal-politieke context</i>	19
3.4 – <i>Kenmerken van de organisatie</i>	20
3.5 – <i>Kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker)</i>	21
3.6 – <i>Institutionele logica</i>	22
4. Methode	24
4.1 – <i>Aard van het onderzoek</i>	24
4.2 – <i>Onderzoekswerkwijze & -populatie</i>	24
4.3 – <i>Semigestructureerde interviews</i>	26
4.4 – <i>Dataverwerking & -analyse</i>	28
4.5 – <i>Validiteit & betrouwbaarheid</i>	29
4.6 – <i>Ethische overwegingen</i>	30
5. Resultaten	33
5.1 – <i>Kenmerken van de participanten</i>	33
5.2 – <i>Kenmerken van de innovatie</i>	34
5.3 – <i>Kenmerken van de sociaal-politieke context</i>	36
5.4 – <i>Kenmerken van de organisatie</i>	38

5.5 – Kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker).....	41
5.6 – Institutionele logica.....	43
5.6.1 – Analyse naar zorgberoep.....	44
6. Conclusie & discussie.....	48
6.1 – Conclusie.....	48
6.2 – Beperkingen.....	50
6.3 – Beleidsimplicaties	51
Referenties	53
Bijlage.....	56
<i>Bijlage 1 – Overzicht van literatuuronderzoek</i>	<i>56</i>
<i>Bijlage 2 - Interviewschema zorgprofessionals</i>	<i>58</i>
<i>Bijlage 3 – Interviewschema managers</i>	<i>61</i>
<i>Bijlage 4 – Interviewschema projectleider</i>	<i>63</i>
<i>Bijlage 5 – Codeboek.....</i>	<i>65</i>

1. Inleiding

1.1 – Introductie & aanleiding

De vraag naar gezondheidszorg in Nederland neemt toe in omvang en complexiteit (Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland, 2020). Dit komt onder andere doordat er een toename is van chronisch zieken in de maatschappij. In 2018 had 57 procent van de Nederlandse bevolking minimaal één chronische aandoening en de verwachting is dat in 2040 60 procent minimaal één chronische aandoening heeft (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Deze verwachting laat zien dat de toename van chronisch zieken niet afneemt en de vraag naar gezondheidszorg meer zal toenemen. Hierdoor komt de financiële houdbaarheid van het zorgsysteem in gevaar (Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland, 2020). Deze ontwikkelingen vragen om veranderingen in het zorgsysteem zodat het houdbaar blijft.

In Nederland is de visie op zorg aan het veranderen. Deze verandering wordt onder andere veroorzaakt door dat het zorgsysteem onder druk staat (Walg, 2019). De visie op zorg is aan het veranderen van een medische naar een holistische visie op zorg (Walg, 2019). In tegenstelling tot de medische visie kijkt de holistische visie naar de gehele mens in plaats van alleen naar de klacht of ziekte. In de holistische visie wordt gezondheid en welzijn daarom verklaard vanuit een combinatie van biologische, sociale, psychologische en spirituele factoren (Zamanzadeh et al., 2015). In deze visie ligt de nadruk op preventie en duurzaamheid met aandacht voor niet-medische zorginnovaties.

Vanuit de holistische visie op zorg worden niet-medische zorginnovaties ontwikkeld zoals bijvoorbeeld de aandacht voor leefstijl. Zorginnovaties zijn belangrijk om de kwaliteit van het zorgsysteem te verhogen en zorgkosten te verlagen (Cremers et al., 2021). De zorgkosten stijgen ieder jaar en innovaties kunnen de zorg efficiënter en doelgerichter maken. Daarom is het van belang dat zorginnovaties slagen. Een innovatie is een idee, praktijk of voorwerp dat als nieuw wordt ervaren door een individu of andere eenheid van aanvaarding (Fleuren et al., 2004).

Zorginnovaties implementeren in de zorgpraktijk is een complex proces. Vanuit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er allerlei factoren zijn die invloed kunnen hebben op het implementeren van een zorginnovatie. Fleuren et al. (2004) hebben een model ontwikkeld voor het implementatieproces van zorginnovaties. Ze verdelen de kenmerken die invloed hebben op het implementatieproces in vier verschillende categorieën, namelijk: 1. kenmerken van de sociaal-politieke context; 2. kenmerken van de organisatie; 3. kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker) en 4. kenmerken van de innovatie. Er is de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar welke kenmerken een cruciale rol spelen bij de implementatie van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. Een literatuurstudie van Rangachari (2018) naar innovatie implementatie in ziekenhuizen en zorgsystemen laat bijvoorbeeld zien dat de volgende kenmerken

een belangrijke rol spelen: succes steun van het management; beschikbaarheid van financiële middelen; innovatie-waarden fit; aanwezigheid van een ambassadeurs die de innovatie steunen; het implementatie klimaat en het organisatorisch implementatiebeleid en -praktijken. Een policy brief van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft ook onderzoek gedaan naar de belangrijkste factoren die het implementatieproces positief beïnvloeden. Hierin komen de volgende factoren naar voren als invloedrijk: steun van het management; betrokkenheid van belanghebbenden; permanente financiering, personeel en tijd; doeltreffende communicatie; aanpassing van innovatie aan context; voortdurende monitoring en feedback en evaluatie van effectiviteit voor gezondheid (Nolte, 2018). Beide onderzoeken geven aan dat er nog meer onderzoek nodig is naar de invloed van factoren op het implementatie proces. Rangachari (2018) benoemt expliciet dat er meer onderzoek nodig is naar innovatie-implementatie in het beheer van chronische ziekten, om de zorgcoördinatie te verbeteren, fouten tijdens zorgtransities te verminderen en patiënten te betrekken bij de gezondheidszorg.

Een recent opkomende niet-medische zorginnovatie in het beheer van chronische ziekten is arbeidsgerichte zorg. Arbeidsgerichte zorg houdt in dat een zorgprofessional interesse heeft in en de verantwoordelijkheid accepteert voor het aanpakken van belemmeringen van de ziekte voor arbeidsparticipatie in de klinische ontmoeting met de patiënt (Bartys et al., 2017). Uit cijfers van het CBS blijkt dat mensen met een chronische ziekte of beperking minder werken dan mensen zonder deze diagnose (CBS, 2022). Hiernaast blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat er een wisselwerking is tussen arbeid en gezondheid (Wielers et al., 2011; Wielers & van der Meer, 2020). Arbeid kan invloed hebben op je gezondheid doordat het de kwaliteit van leven kan verhogen en je gezondheid kan invloed hebben op in hoeverre iemand in staat is om te werken (Wielers et al., 2011; Wielers & van der Meer, 2020). Daarom is het van belang dat arbeidsgerichte zorg wordt opgenomen in het zorgsysteem

Arbeidsgerichte zorg blijft desalniettemin in de projectbasis en is nog niet geïmplementeerd in de huidige zorgpraktijk met structurele financiering. Verschillende academische ziekenhuizen in Nederland zijn een innovatie met arbeidsgerichte zorg gestart. Echter, arbeidsgerichte zorg is nog in geen enkel ziekenhuis structureel geïmplementeerd en het is ook niet via de Zorgverzekeringswet in het basispakket opgenomen. Bovenstaande roept de vraag op hoe de niet-medische zorginnovatie arbeidsgerichte zorg succesvol geïmplementeerd kan worden in de huidige zorgpraktijk. Een voorbeeld van een innovatie met arbeidsgerichte zorg uit de huidige zorgpraktijk is het BAAN-project van de afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek (TGO) van het UMCG. BAAN staat voor “Bevorderen ArbeidspArticipatie Nierpatiënten”. Het doel van het project is om arbeidsgerichte zorg te ontwikkelen voor patiënten met een chronische nierziekte die betaald werk hebben of hiernaar op zoek zijn.

Het model van Fleuren et al. (2004) kan een handvat bieden bij het verklaren van waarom arbeidsgerichte zorg moeite heeft geïmplementeerd te worden in de huidige zorgpraktijk. Door middel van het BAAN-project te onderzoeken aan de hand van het model van Fleuren et al. (2004) kan er eventueel meer duidelijkheid ontstaan over hoe arbeidsgerichte zorg succesvol geïmplementeerd kan worden. Het is belangrijk om hier onderzoek naar te doen omdat het vaker voorkomt dat zorginnovaties in projectbasis blijven en niet structureel geïmplementeerd worden in de zorgpraktijk (ZonMw, 2018). Hiernaast is arbeidsgerichte zorg een opkomende zorginnovatie en steeds meer ziekenhuizen zullen hiermee aan de slag gaan. Onderzoek naar dit onderwerp kan ervoor zorgen dat in de toekomst de innovatie een hogere kans van slagen heeft. In dit onderzoek staat daarom de volgende probleemstelling centraal:

Welke kenmerken van het model van Fleuren et al. kunnen invloed hebben op het implementatieproces van de niet-medische zorginnovatie arbeidsgerichte zorg in de huidige zorgpraktijk?

1.2 – Relevantie van de probleemstelling

Het is relevant om te onderzoeken waarom het lastig is om arbeidsgerichte zorg te implementeren in de huidige zorgpraktijk vanwege verschillende redenen.

Wetenschappelijke relevantie

Onderzoekers buigen zich over de vraag waarom het lastig is om zorginnovaties te implementeren in de zorgpraktijk. Er zijn verschillende studies naar welke factoren invloed hebben op de implementatie van innovaties (Fleuren et al, 2004; Nolte, 2018; Rangachari,2018). Het onderzoek van deze scriptie draagt bij aan deze wetenschappelijke literatuur door ten eerste een casestudie te doen naar een voorbeeld van arbeidsgerichte zorg uit de praktijk. In deze casestudie wordt het probleem bekeken vanuit het perspectief van zorgprofessionals. Hierdoor ontstaat er meer kennis over de kenmerken van het model van Fleuren et al. (2004) en daardoor meer begrip over welke processen mogelijk een rol kunnen spelen bij de implementatie van innovaties. Ten tweede draagt dit onderzoek bij aan de wetenschappelijke literatuur omdat het onderzoek doet naar innovatie-implementatie in het beheer van chronische ziekten. Rangachari (2018) gaf aan dat hier meer onderzoek naar nodig is. Ten derde en laatste is er nog weinig onderzoek gedaan naar de vraag waarom het moeilijk is om arbeidsgerichte zorg te implementeren in de huidige zorgpraktijk. Het KNMG-visiedocument “zorg die werkt” heeft bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar de knelpunten bij het invoeren van arbeidsgerichte zorg en benoemd dat er meer onderzoek nodig is omdat de complexiteit van de problematiek groot is (KNMG, 2017). Op deze manier draagt dit onderzoek

bij aan de wetenschappelijke literatuur. Hiernaast hebben De Kock et al. (2016) onderzoek gedaan naar arbeidsgerichte zorg bij huisartsen. Zij hebben gevonden dat huisartsen zich bewust zijn van de relatie tussen werk en gezondheid, maar meer kennis en communicatievaardigheden en een betere samenwerking met de bedrijfsarts nodig hebben om arbeidsgerichte zorg op een juiste manier te kunnen verlenen (De Kock et al., 2016). Dit onderzoek gaat over zorgprofessionals uit een ziekenhuis in plaats van over huisartsen en is daardoor een toevoeging aan de wetenschappelijke literatuur.

Sociologische relevantie

Een sociologische theorie over waarom het lastig is om zorginnovaties te implementeren in de huidige zorgpraktijk is institutionele logica. Institutionele logica-s zijn een geheel van culturele overtuigingen, waarden en praktijken die identiteit en betekenis aan actoren geven en helpen zin en orde te geven aan de sociale werkelijkheid (Thornton & Ocasio, 2008). De institutionele logica-s leiden individuele keuzes en gedrag en hebben daarmee invloed op de implementatie van zorginnovaties. Op organisatie- en beroepsniveau bestaan vaak meerdere institutionele logica-s en deze logica-s werken met elkaar samen, concurreren met elkaar of bestaan naast elkaar (Akmal et al., 2020). Het kan dus voorkomen dat conflicten ontstaan tussen logica-s op organisatie- of beroepsniveau. Het is sociologisch relevant om te onderzoeken hoe zorginstellingen omgaan met conflicterende logica-s bij het invoeren van nieuwe professionele praktijken. Meer begrip hierover kan zorgsystemen en organisaties helpen bij het implementeren van innovaties. Dit onderzoek draagt bij aan de sociologische literatuur over de invloed van institutionele logica op de implementatie van zorginnovaties. Uiteindelijk kan deze kennis helpen bij het succesvol implementeren van innovaties en daarmee tot minder tijd- en kostenverspilling wanneer een innovatie in de projectbasis blijft. Vaak zitten er namelijk kosten aan het introduceren van een nieuwe innovatie en het kost de gebruikers tijd om met de innovatie te leren omgaan. Wanneer een innovatie daarna niet structureel geïmplementeerd wordt kan de geïnvesteerde tijd en geld als verspilling worden gezien. Er is in de literatuur nog weinig bekend over hoe institutionele logica-s invloed hebben op de implementatie van de zorginnovatie arbeidsgerichte zorg. In dit onderzoek zal hier onder andere op gefocust worden en op deze manier draagt dit onderzoek ook bij aan de sociologische wetenschap.

Maatschappelijke relevantie

Er zijn verschillende redenen waarom de implementatie van arbeidsgerichte zorg in de huidige zorgpraktijk maatschappelijk relevant is.

Ten eerste is het van belang dat (chronisch) zieke mensen een perspectief hebben op de mogelijkheid tot werken omdat werk invloed heeft op de mentale gezondheid van mensen (Wielers et al., 2011; Wielers & van der Meer, 2020). Dit komt doordat werk het welzijn van mensen vergroot door de fundamentele behoeften autonomie, bekwaamheid en verbondenheid te vervullen (Deci & Ryan, 2000). Hiernaast kan geen werk hebben of beperkt zijn in je werk stress opleveren over de sociale en financiële gevolgen daarvan (van Echtelt, 2020). Daarom en vanwege de betekenis van werk voor de fundamentele behoeften van een mens is het van belang dat zieke mensen, zover mogelijk, blijven werken (KNMG, 2017; van Echtelt, 2020; Van der Zwaan et al., 2021). Wanneer vanuit het ziekenhuis arbeidsgerichte zorg gegeven wordt krijgen patiënten ondersteuning bij het zo optimaal mogelijk participeren op de arbeidsmarkt en daarmee kan de mentale gezondheid van patiënten verbeteren.

Ten tweede is arbeidsgerichte zorg ook van belang voor het verminderen van de zorgvraag van chronisch zieken in de maatschappij. Wanneer in het ziekenhuis wordt aangemoedigd dat de patiënt in gesprek moet gaan met zijn werkgever of bedrijfsarts kan er passend werk worden gezocht. Werk passend maken bij een ziekte zorgt ervoor dat de patiënt aan het werk kan blijven. Hiernaast is passend werk ook belangrijk zodat de patiënt niet zieker wordt van bijvoorbeeld stress van zijn werk. Passend werk kan resulteren in een lagere zorgvraag en daardoor in een minder hoge druk op de zorg (Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland, 2020). De zorg wordt ieder jaar duurder en het is een doel van de overheid om een stijging van de zorgkosten te voorkomen (Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland, 2020). Uiteindelijk kan arbeidsgerichte zorg bijdragen aan een gezondere maatschappij en een goed functionerend zorgsysteem.

Ten derde is arbeidsgerichte zorg relevant voor de arbeidsmarkt. Nederland wil graag een inclusieve arbeidsmarkt en zieke mensen zijn een kwetsbare groep op de arbeidsmarkt (SER, 2020). Door het verlenen van arbeidsgerichte zorg is de kans groter dat zieke mensen aan het werk blijven en onderdeel zijn van de arbeidsmarkt. Hiernaast is er momenteel sprake van een zeer krappe arbeidsmarkt in Nederland. Door de krapte op de arbeidsmarkt is alle arbeidspotentieel nodig. Door het verlenen van arbeidsgerichte zorg zal er waarschijnlijk meer arbeidspotentieel worden benut.

2. Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt de achtergrond van het probleem geschetst. Er zal worden ingegaan op hoe het huidige zorgsysteem in Nederland werkt en wat het BAAN-project inhoudt. Informatie over het Nederlandse zorgsysteem is van belang om meer duidelijkheid te scheppen over waarom het lastig kan zijn om zorginnovaties succesvol te implementeren in de huidige zorgpraktijk. In dit onderzoek zal er een casestudie naar het BAAN-project uitgevoerd worden om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Daarom is achtergrondinformatie over het project essentieel.

2.1 – De invloed van het Nederlandse zorgsysteem op zorginnovaties

Verschillende onderzoeken en rapporten geven aan dat de zorg in Nederland aan het veranderen is (Dresens, 2020; Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland, 2020; Walg, 2019). Zoals aangeduid in de inleiding is de visie aan het veranderen van een medische visie naar een holistische visie op zorg. Bij de medische visie op zorg past het biomedische model. In dit model zijn lichaam en geest gescheiden, dit betekent dat bij de verklaring van ziekte en gezondheid, persoonlijkheid, emoties en gedrag geen rol spelen (Walg, 2019). De focus ligt in dit model vooral op de medische behandeling bij klachten. Bij de holistische visie op zorg past het sociaalecologische model. In het sociaalecologische model wordt gezondheid uit een breder perspectief verklaard en zijn de mogelijke behandelingen in deze visie ook breder zoals medicatie, onderwijs, communicatie en zelfhulp (Zamanzadeh et al., 2015). Ook ligt de focus in het sociaalecologische model op dat mensen verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en een gezonde basis creëren voor zichzelf (Walg, 2019). Walg (2019) beschrijft de verandering in de zorg als volgt: de focus verschuift van *cure* (genezen) en *care* (verzorgen en verplegen), naar *core* (gezonde basis). Bij *core* creëren mensen eerst zelf een gezonde basis die bestaat uit gezond opgroeien, (op)voeden, leren, opleiden, werken en wonen. Indien nodig krijgen mensen steun daarbij van professionals of hun netwerk. Wanneer mensen al ziek zijn moet er naast *cure* en *care*, ook aandacht zijn voor *core*.

Bij een andere visie op zorg horen logischerwijze ook andere handelingsmogelijkheden. Vanuit de holistische visie ontstaan niet-medische zorginnovaties (Walg, 2019). Zorginnovaties helpen bij het verwekelijken van de holistische visie en knelpunten in de zorg op te lossen (Dresens, 2020). Zorginnovaties zijn belangrijk in iedere fase van het zorgproces en kunnen bestaan uit fysieke producten, diensten of procedures (Wauben, 2015). Het is lastig om in de huidige zorgpraktijk innovaties structureel te implementeren.

Wauben (2015) geeft verschillende redenen hiervoor:

- Introductie en implementatie van zorginnovaties is een intensief proces. Het vereist voldoende technische en financiële ondersteuning, instructie, bij- en nascholing en training en tijd van eindgebruikers om te experimenteren en te leren;
- Zorginnovaties sluiten onvoldoende aan bij de behoeften en wensen van de verschillende eindgebruikers;
- Zorginnovaties sluiten onvoldoende aan bij de mogelijkheden en vaardigheden van de eindgebruikers;
- Gebruikers en belanghebbenden hebben angst betreffende gegevensbescherming, privacy, ethiek en veiligheid;
- Zorginnovaties maken de beloften vaak niet (volledig) waar, tonen geen meerwaarde en tonen geen relatief voordeel voor de eindgebruikers.

Bovenstaande redenen geven aan dat het implementeren van een zorginnovatie een complex proces is op organisatorisch gebied. Naast de organisatorische redenen van Wauben (2015) is (structurele) financiering vinden voor zorginnovaties lastig. Zorginnovaties kunnen door verschillende partijen gefinancierd worden. Ten eerste vanuit het ziekenhuisbudget, in dat geval beslist een manager of de raad van bestuur of er geld beschikbaar is voor de innovatie. Ten tweede via partijen buiten het ziekenhuis zoals bijvoorbeeld zorgverzekeraars, onderzoeksinstituut of geneesmiddelenbedrijf. En ten derde via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw houdt in dat burgers verplicht zijn om een zorgverzekering af te sluiten voor minimaal het basispakket. De inhoud van het basispakket is wettelijk bepaald en zorgverzekeraars zijn verplicht om de zorg uit het basispakket te kunnen leveren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Ieder jaar kan het basispakket worden aangepast en dus besloten worden om een zorginnovatie structureel op te nemen.

2.2 – BAAN-project

Het BAAN-project is een zorginnovatie en introduceert arbeidsgerichte medische zorg op de afdeling Nefrologie in het UMCG. Het BAAN-project is gestart begin 2021 en eindigde in juli 2022; de looptijd van het project was bijna twee jaar. Het doel van het BAAN-project is om arbeidsgerichte zorg te ontwikkelen voor patiënten met een chronische nierziekte die betaald werk hebben of hiernaar op zoek zijn. Het BAAN-project is opgezet voor nierpatiënten in het UMCG, maar ook toepasbaar op andere afdelingen met chronisch zieken zoals de Oncologie. Chronisch zieke mensen werken minder dan mensen zonder een dergelijke diagnose (CBS, 2022). Ongeveer 60 procent van de 15 tot 75-jarigen met een chronische beperking heeft betaald werk tegen 82 procent van mensen zonder chronische beperking (CBS, 2022). Dit is een groot verschil van 22

procent. Dit verschil geeft aan dat chronisch zieken hulp kunnen gebruiken bij het behouden van of zoeken naar werk. Arbeidsgerichte zorg biedt deze hulp en kan bijdragen aan het dichten van deze kloof. Het idee achter het BAAN-project is dat patiënten die in staat zijn om te blijven werken gezonder zijn of minder snel ziek worden en dit past bij de holistische visie op zorg.

Het doel van het BAAN-project wordt bereikt door de aandacht voor werk structureel onderdeel uit te laten maken van de zorg. Dit betekent dat zorgverleners op vaste momenten in verschillende fases in het zorgproces aandacht besteden aan werk (Sipma et al., 2021). Het BAAN-project biedt handvatten om de aandacht voor arbeid in de zorg vorm te geven. Het meest gebruikte handvat van het BAAN-project is de gesprekskaart met de drie werk-vragen. De drie werk-vragen zijn: 1. Ervaar je door de nierziekte belemmeringen in het werk?; 2. Ervaar je een negatieve invloed van het werk op de gezondheid en/of het privéleven? en 3. Heb je vragen of wil je hulp? Aan de hand van deze vragen kunnen zorgverleners kort aandacht besteden aan werk tijdens hun consult. Deze vragen zijn opgenomen in systemen van de zorgverleners waar ze dagelijks mee werken. Andere voorbeelden van handvatten zijn een figuur met uitleg over de Wet Poortwachter en een flowchart met verwijsmogelijkheden. Bij complexe arbeidsgerelateerde problemen kan worden verwezen naar de arbeidsadviseur, het adviespunt van de nierpatiëntenvereniging STAP of de bedrijfsarts. Bij eenvoudige arbeidsgerelateerde problemen kan worden verwezen naar de zorg in het ziekenhuis zoals de medisch maatschappelijk werker of verpleegkundig specialist. De adviseur arbeid is sinds het BAAN-project een nieuwe verwijsmogelijkheid. Het BAAN-project hoopt door bovenstaande manier de aandacht voor arbeid op de agenda te zetten van zorgverleners (Sipma et al., 2021). Met als visie het creëren van een cultuur waarin aandacht voor werk een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de zorg. Hiernaast ligt in het BAAN-project ook de focus op het versterken van de eigen regie van nierpatiënten rondom het functioneren op en het behouden van werk. Met het versterken van de eigen regie van patiënten wordt aan de ene kant bedoeld dat patiënten uit zichzelf tijdens een consult met een zorgverlener aangeven dat ze vragen hebben over arbeid en daarbij hulp willen (Sipma et al., 2021). En aan de andere kant wordt bedoeld dat patiënten uit zichzelf actie ondernemen richting hun werkgever, de bedrijfsarts of het UWV. Het BAAN-project biedt patiënten hier handvatten voor. Voorbeelden van deze handvatten zijn een brochure over “blijven werken, hoe doe ik dat?” en de informatie over de Wet Poortwachter. De focus op de eigen regie van de patiënt past ook bij de holistische visie op zorg.

Het project is opgezet door Annemieke Visser, de projectleider en is samen met vier partijen vormgegeven. De vier partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de inhoud van het project zijn: 1. Mensen met een chronische nierziekte; 2. Zorgprofessionals zoals, verpleegkundigen, artsen en medisch maatschappelijk werkers; 3. Beroepsgeneeskundigen zoals

bedrijfsartsen, arbeidsdeskundige, verzekeringsarts en 4. Onderzoekers met een focus op werk en gezondheid. Het BAAN-project is een bottom-up innovatie en dit houdt in dat het is opgezet vanuit de behoefte van patiënten en artsen en niet vanuit de behoefte van het management. Op basis van de wensen van de vier partijen is het BAAN-project vormgegeven. Hierdoor is er bijvoorbeeld met de drie werk-vragen ingespeeld op de knelpunten van de artsen bij het verlenen van arbeidsgerichte zorg, namelijk geen tijd, geen kennis en geen verwijsmogelijkheden. De partijen zijn de gehele looptijd van het project betrokken gebleven bij de ontwikkeling door middel van het kernteam. Van alle vier de partijen zat er één vertegenwoordiger in het kernteam. Het kernteam kwam in het begin wekelijks bij elkaar en later tweewekelijks.

Het BAAN-project wordt nu op projectbasis gefinancierd door partners buiten het ziekenhuis. Namelijk eerst door ZonMw (organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) en daarna door Menzis (zorgverzekeraar). De arbeidsgerichte zorg heeft nog geen structurele financiering binnen het UMCG. Om arbeidsgerichte zorg een vaste plek te geven in de zorg moet het worden opgenomen in de jaarbegroting van een afdeling of gefinancierd worden via de zorgverzekeraar.

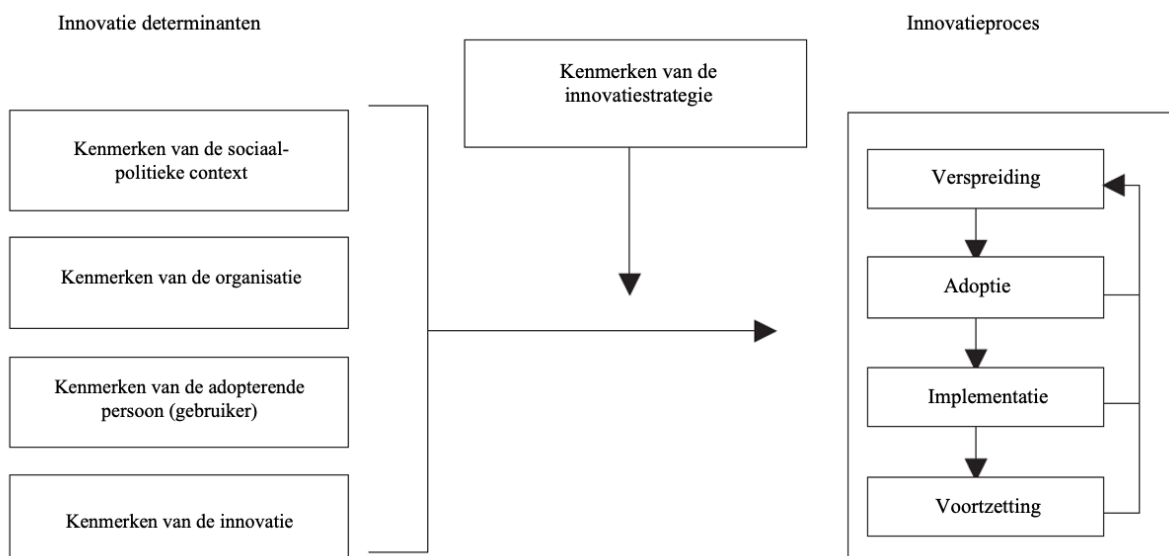
3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk staan mogelijke theoretische verklaringen voor waarom het lastig is om arbeidsgerichte zorg, een niet-medische zorginnovatie te implementeren in de huidige zorgpraktijk centraal.

3.1 – Implementatiemodel voor innovaties

Fleuren et al. (2004) definiëren innovatie als “een idee, praktijk of voorwerp dat als nieuw wordt ervaren door een individu of andere eenheid van aanvaarding”. Het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004) geeft de belangrijkste fasen in een innovatieproces weer en de determinantencategorieën die invloed hebben op dit proces (figuur 1). Er zijn vier hoofdfasen, namelijk 1. verspreiding; 2. adoptie; 3. implementatie en 4. voortzetting (Fleuren et al., 2004). In de verspreidingsfase gaat het vooral om informatie verwerven en verwerken en in de adoptiefase wordt er een beslissing gemaakt over het gebruik van de innovatie. In de implementatiefase wordt de innovatie in de dagelijkse praktijk ingevoerd door de zorgprofessional en in de voortzettingfase wordt de innovatie gebruikt voor een langere periode (Fleuren et al., 2014). In dit onderzoek ligt de focus op de overgang van implementatiefase naar de voortzettingfase van de innovatie. De overgang van de ene fase naar de andere fase kan beïnvloed worden door verschillende factoren die als kenmerken van het implementatieproces kunnen worden gezien. Deze kenmerken worden verdeeld in vier categorieën, namelijk: 1. kenmerken van de innovatie; 2. kenmerken van de sociaal-politieke context; 3. kenmerken van de organisatie; 4. kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker), zie figuur 1.

Figuur 1. Het innovatieproces en de determinantencategorieën van Fleuren et al. (2004) (vertaald uit het Engels).



In 2004 hebben Fleuren et al. 50 kenmerken gevonden via een Delphi-studie die invloed hebben op het innovatieproces. Bij een Delphi-studie worden in een aantal rondes de meningen van experts gevraagd over een onderwerp waar nog geen consensus over bestaat. Door de rondes met elkaar te vergelijken wordt er geprobeerd tot een consensus te komen. In 2014 hebben Fleuren et al. de 50 kenmerken teruggebracht naar 29 kenmerken aan de hand van een meta-analyse van empirische gegevens en op basis van theoretische verwachtingen en praktische ervaringen van implementatiedeskundigen (Fleuren et al., 2014).

Voor dit onderzoek is er een literatuurstudie uitgevoerd om een selectie te maken van de 29 kenmerken van Fleuren et al. (2004). De selectie is gemaakt op basis van de volgende drie boeken:

1. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care van Wensing, M., Grol, R. & Grimshaw, J. uit 2020;
2. Diffusion of Innovations van Rogers, E.M. uit 2003;
3. Strategies for Planned Change van Zaltman, G. & Duncan, R. uit 1977.

De boeken gaan over het implementatieproces van innovaties en sluiten daarom aan bij het onderwerp van dit onderzoek. In de boeken is gezocht naar overeenkomsten met het model van Fleuren et al. (2004). In boek 1 werden alle categorieën van kenmerken van Fleuren et al. (2004) gevonden. Voor extra validatie van de kenmerken is er onderzoek gedaan in een extra studie. In boek 2 werden de volgende categorieën gevonden: kenmerken van de innovatie en kenmerken sociaal-politieke context gevonden. In boek 3 werden de nog ontbrekende categorieën gevonden: kenmerken van de organisatie en kenmerken van de gebruiker. Wanneer in boek 1 en 2 een kenmerk van Fleuren et al. (2004) uit de categorieën: kenmerken van de innovatie en kenmerken sociaal-politieke context van invloed op het implementatieproces werd gevonden, is het opgenomen in dit onderzoek. Wanneer in boek 1 en 3 een kenmerk van Fleuren et al. (2004) uit de categorieën: kenmerken van de organisatie en kenmerken van de gebruiker van invloed op het implementatieproces werd gevonden, is het opgenomen in dit onderzoek. Er zijn na dit selectieproces 14 van de 29 kenmerken van Fleuren et al. (2004) opgenomen in dit onderzoek. Er zijn dus alleen kenmerken van Fleuren et al. (2004) opgenomen in dit onderzoek die vanuit twee andere studies van belang blijken te zijn voor de probleemstelling. In bijlage 1 is ter verduidelijking een tabel bijgevoegd met een overzicht van welke kenmerken wel en niet voorkwamen in de andere studies. In onderstaande paragrafen worden de 14 kenmerken besproken.

3.2 – Kenmerken van de innovatie

Vanuit het literatuuronderzoek zijn er vier kenmerken van de innovatie naar voren gekomen die invloed hebben op het implementatieproces van innovaties.

Ten eerste de complexiteit van een innovatie. Complexiteit is de mate waarin een innovatie als moeilijk te begrijpen en gebruiken wordt ervaren (Rogers, 2003). Wanneer een innovatie een hoge mate van complexiteit heeft zullen gebruikers deze minder snel aannemen omdat ze meer moeite moeten doen om de innovatie te begrijpen en gebruiken (Grol & Wensing, 2020). Ze moeten dan bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden en inzichten ontwikkelen om de innovatie te gebruiken. Een voorbeeld van een zorginnovatie met hoge complexiteit is nieuwe meetapparatuur of een nieuw systeem voor elektronische patiëntendossiers. De complexiteit kan als een extra drempel worden gezien voor gebruikers om de innovatie te implementeren. Daarom is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan hoe gebruikers de innovatie begrijpen en er gemakkelijk toegang is tot informatie over de innovatie zodat het sneller te begrijpen en aanvaarden is (Grol & Wensing, 2020).

Ten tweede de compatibiliteit van een innovatie. Dit is de mate waarin de innovatie aansluit bij de bestaande normen, waarden, behoeftes, routines en ervaringen van de gebruikers (Rogers, 2003). Een innovatie die niet aansluit bij de gebruikers zal minder snel worden aangenomen dan een innovatie die hier wel bij aansluit (Rogers, 2003). Een innovatie met een lage mate van compatibiliteit eist een verandering in normen en waarden en dit is vaak een langzaam proces (Rogers, 2003). De literatuur geeft aan dat het daarom van belang is om de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling van een innovatie (Rogers, 2003; Grol & Wensing, 2020). Hierdoor ontwikkelen ze positieve percepties op de innovatie en begrijpen de gebruikers het nut van de innovatie. Het proces van verandering in normen en waarden zal hierdoor waarschijnlijk sneller verlopen.

Ten derde de zichtbaarheid van een innovatie. Dit is de mate waarin de goede resultaten van een innovatie zichtbaar zijn voor anderen (Rogers, 2003). Hoe makkelijker het is om voor gebruikers de resultaten van een innovatie in te zien, hoe groter de kans dat de innovatie wordt geïmplementeerd. Dit komt doordat wanneer resultaten zichtbaar zijn er sneller over wordt gepraat met collega's en dus het nieuwe idee meer gaat leven op de werkvloer (Grol & Wensing, 2020). Hiernaast stimuleren positieve resultaten het gebruik van de innovatie en daarmee tegelijkertijd de implementatie. Het bereiken van betere zorgresultaten voor patiënten is namelijk meestal de belangrijkste motivatie voor veel zorgverleners (Grol & Wensing, 2020).

Ten vierde de relevantie van de innovatie voor de klant. De relevantie is de mate waarin de innovatie door de gebruiker kan worden gezien als een verbetering van de bestaande zorg voor een patiënt (Grol & Wensing, 2020). De klant is in dit onderzoek de gebruiker van de innovatie.

Wanneer een gebruiker van de innovatie niet het nut van de innovatie inziet voor de bestaande zorg voor zijn patiënten is de kans kleiner dat de gebruiker de innovatie adopteert. De implementatie van een innovatie kan daarom worden bevorderd door in de presentatie ervan een duidelijke beschrijving op te nemen van wat de innovatie kan betekenen voor de zorg voor patiënten (Grol & Wensing, 2020).

3.3 – Kenmerken van de sociaal-politieke context

Vanuit het literatuuronderzoek komt één kenmerk van de sociaal-politieke context die invloed heeft op de implementatie naar voren, namelijk wet- en regelgeving. Wet- en regelgeving kunnen de implementatie beïnvloeden doordat ze grenzen stellen aan de gezondheidszorg (Wensing & Grol, 2020). Een voorbeeld hiervan is dat de overheid ieder jaar bepaalt hoeveel geld er aan de zorg wordt uitgegeven. Wanneer er bezuinigd wordt op de zorg kan dit betekenen dat er minder financiële ruimte is voor het implementeren van nieuwe zorginnovaties. Een ander voorbeeld is dat via de Zorgverzekeringswet wordt bepaald wat er in het basispakket zit ieder jaar. Zorg die vergoed wordt uit het basispakket heeft automatisch een structurele plek in de zorgpraktijk.

De kenmerken van de sociaal-politieke context zijn in dit onderzoek aangevuld met een theorie van DiMaggio & Powell (1983). Zij beschrijven drie mechanismen uit de sociaal-politieke context die invloed hebben op institutionele verandering. DiMaggio & Powell (1983) bespreken dit in de context van isomorfisme, dit is het proces van omgevingskrachten die eenheden dwingt om op andere eenheden te lijken die in dezelfde omgeving bestaan. In deze paragraaf ligt de focus op de maatschappelijke sociaal-politieke context en bijvoorbeeld niet op de professionele sociaal-politieke context. Het eerste mechanisme uit de theorie van DiMaggio & Powell is het meest van toepassing hierop. De andere twee mechanismen spelen ook een rol, alleen ligt de focus in deze paragraaf en scriptie daar niet.

Het eerste mechanisme is dwang isomorfisme en houdt in dat er formele en informele druk wordt uitgeoefend op organisaties door andere organisaties waar zij afhankelijk van zijn en door culturele verwachtingen in de maatschappij waarin organisaties functioneren (DiMaggio & Powell, 1983). De formele druk komt overeen met het kenmerk wet- en regelgeving van Fleuren et al. (2004). De informele druk kan in de context van dit onderzoek ingevuld worden door een aantal zaken. Ten eerste in hoeverre het onderwerp van de innovatie op de politieke agenda staat en steun krijgt vanuit de politiek. Wanneer een onderwerp niet speelt of net opkomend is binnen de politiek is de implementatie eventueel lastiger omdat het nut nog niet erkend is door een hoger niveau in de maatschappij. Hiernaast kan de politiek druk leggen op de overheid om bijvoorbeeld een wet te wijzigen of een bepaald soort zorg op te nemen in het basispakket, dan is er sprake van dwang isomorfisme. Ten tweede de invloed van soortgelijke ziekenhuizen in de omgeving. In dit

onderzoek zijn soortgelijke ziekenhuizen de academische ziekenhuizen in Nederland. Wanneer een academisch ziekenhuis een innovatie implementeert zullen andere academische ziekenhuizen in de omgeving ook sneller dezelfde innovatie implementeren (DiMaggio & Powell, 1983). De kenmerken van de sociaal-politieke context zullen in de rest van dit onderzoek onderscheiden worden als formele en informele kenmerken.

3.4 – Kenmerken van de organisatie

Vanuit het literatuuronderzoek komen vier kenmerken van de organisatie naar voren die invloed hebben op de implementatie van innovaties.

Het eerste kenmerk is de steun en bekrachtiging door het management. De steun en bekrachtiging van het management voor een innovatie is van groot belang voor het slagen ervan (Zaltman & Duncan, 1977). Het management is namelijk verantwoordelijk voor het aansturen van het team en heeft een voorbeeldfunctie. Wanneer het management de innovatie ondersteunt en dit ook uitstraalt naar het team door middel van bijvoorbeeld actief de innovatie te gebruiken en op te nemen in het beleid zal het team dit ook sneller overnemen (Wensing & Grol, 2020). Andere voorbeelden van actieve ondersteuning zijn het delen van succesverhalen tijdens een teamoverleg of tijdens een dagelijks gesprek met een werknemer de innovatie benoemen. Wanneer het management minder actief uitstraalt dat ze de innovatie ondersteunen zal het team waarschijnlijk denken dat het minder belangrijk is en minder snel de innovatie adopteren.

Het tweede kenmerk betreft de financiële middelen. Hiermee wordt bedoeld dat de financiële middelen die nodig zijn om de innovatie te gebruiken beschikbaar zijn (Fleuren et al., 2004). Het implementeren van een innovatie kost geld en zonder de financiële middelen kan de innovatie niet geïmplementeerd worden.

Het derde kenmerk is tijd, dit is de hoeveelheid tijd die beschikbaar is om de innovatie toe te passen (Fleuren et al., 2004). De gebruikers van de innovatie moeten wel de tijd hebben of willen vrijmaken voor de innovatie. Het verschil tussen tijd hebben en willen vrijmaken is dat aan de ene kant het management bepaalt hoeveel tijd een arts bijvoorbeeld heeft met een patiënt (tijd hebben), maar aan de andere kant bepaalt de arts hoe hij deze tijd indeelt (tijd willen vrijmaken). Zorgprofessionals zitten vaak aan een strak schema gebonden en tijd is een bekend obstakel. Wanneer tijd een rol speelt gaat de primaire taak van een zorgprofessional vaak voor en dat is medische zorg verlenen. Wanneer een arts bijvoorbeeld met de patiënt een wisseling in medicijnen moet bespreken blijft er weinig tijd over voor andere zaken.

Het vierde kenmerk is de beschikbaarheid van middelen en voorzieningen. Dit kenmerk houdt in dat de materialen en andere middelen of faciliteiten die nodig zijn om de innovatie te gebruiken aanwezig zijn zoals apparatuur, materialen of een ruimte (Fleuren et al., 2004). Zonder

de juiste middelen en voorzieningen is het implementeren van een innovatie lastig. Waarschijnlijk werkt de innovatie zonder de juiste middelen niet goed en gebruikers kunnen dit zien als een obstakel en zullen minder snel de innovatie gebruiken (Wensing & Grol, 2020).

3.5 – Kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker)

Vanuit het literatuuronderzoek zijn vijf kenmerken van de adopterende persoon naar voren gekomen die invloed hebben op het implementatieproces van innovaties. Het BAAN-project focust op zorgverleners, maar ook op patiënten. Daarom kunnen de adopterende personen van dit project zorgverleners en patiënten zijn.

Het eerste kenmerk betreft de persoonlijke voordelen/nadelen. Dit is de mate waarin het gebruik van de innovatie voor- of nadelen oplevert voor de adopterende persoon (Fleuren et al., 2004). Wanneer het gebruik van de innovatie voordelen oplevert voor de gebruiker zal hij gemotiveerder zijn om zijn gedrag te veranderen en de innovatie te implementeren (Wensing & Grol, 2020; Zaltman & Duncan, 1977). De betekenis van voordeel is een breed begrip in deze context en er kunnen veel verschillende voordelen zijn zoals betere zorg, minder werkdruk, financieel gewin of status (Rogers, 2003). De voordelen worden afgewogen tegen de nadelen van het adopteren van een nieuwe innovatie. Nadelen kunnen zijn extra tijd, geld en verstoring van de normale routines (Grol & Wensing, 2020).

Het tweede kenmerk is sociale steun. Met sociale steun wordt in deze context bedoeld de sociale goedkeuring die een gebruiker ervaart van sociale referenten met betrekking tot het gebruik van de innovatie (Fleuren et al., 2004). Dit betekent in hoeverre iemand positieve of negatieve reacties krijgt op het gebruiken van de innovatie. Sociale referenten kunnen bijvoorbeeld collega-s, het management of andere professionals zijn. Sociale steun heeft invloed op het gedrag doordat het de attitude van gebruikers richting de innovatie kan veranderen (Zaltman & Duncan, 1977). Wanneer de gebruiker sociale steun ervaart bij het gebruik van de innovatie heeft de gebruiker het idee dat hij juist aan het handelen is en zal sneller geneigd zijn om de innovatie nogmaals te gebruiken. Wanneer de gebruiker geen sociale steun ervaart na het gebruik van de innovatie zal hij eerder gaan twijfelen over de juistheid ervan en minder snel geneigd zijn de innovatie nogmaals te gebruiken.

Het derde kenmerk is de beschrijvende norm. De beschrijvende norm is de mate waarin collega-s de innovatie gebruiken (Fleuren et al., 2004). Mensen worden beïnvloed door hun omgeving (Wensing & Grol, 2020). Wanneer het de norm onder collega-s is om de innovatie te gebruiken zullen zorgprofessionals in het team daar minder snel van afwijken. Aan afwijken van de norm zitten namelijk sociale consequenties zoals bijvoorbeeld vermindering van status (Kallgren, Reno, & Cialdini, 2000). Dit mechanisme werkt ook de andere kant op. Wanneer het

niet de norm is binnen een team om de innovatie te gebruiken zullen zorgprofessionals dit minder snel doen omdat ze dan afwijken van de norm.

Het vierde kenmerk is de subjectieve norm, dit is de mate waarin mensen die model staan de innovatie gebruiken (Fleuren et al., 2004). De subjectieve norm heeft hetzelfde mechanisme als de beschrijvende norm. Het verschil tussen de twee kenmerken is dat het bij de subjectieve norm gaat om mensen met een voorbeeldfunctie voor de gebruiker van de innovatie. Dit is een subjectief begrip en kan verschillen per gebruiker. De beschrijvende norm is een objectief kenmerk omdat het gaat om het aantal collega-s dat de innovatie gebruikt. Hiernaast staan collega-s op hetzelfde niveau en mensen die model staan kunnen ook op hoger niveau staan. Door dit niveauverschil kunnen gebruikers bijvoorbeeld meer opkijken tegen diegene die de innovatie gebruikt en hem daarom sneller adopteren (Zaltman & Duncan, 1977).

Het vijfde kenmerk is kennis. Kennis is de mate waarin de gebruiker van de innovatie beschikt over de nodige informatie om de innovatie te gebruiken (Fleuren et al., 2004). De informatie is een vereiste voor een gevoel van de noodzaak om te veranderen (Wensing & Grol, 2020). Geloofwaardige informatie over waarom de zorginnovatie van belang is zorgt ervoor dat zorgprofessionals een verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkelen. Wanneer een gebruiker namelijk weet dat de innovatie van waarde is voor de zorg voor een patiënt, voelt de gebruiker zich verplicht om de innovatie te gebruiken. Dit komt doordat het bereiken van betere zorgresultaten voor patiënten van belang is voor veel zorgverleners (Grol & Wensing, 2020). Dit verantwoordelijkheidsgevoel zorgt er uiteindelijk voor dat de gebruiker de innovatie gaat gebruiken in zijn dagelijks handelen (Wensing & Grol, 2020). Hiernaast is kennis ook van belang omdat gebruikers zich niet voldoende competent kunnen voelen om de innovatie te gebruiken. Wanneer een zorgverlener te weinig kennis heeft over het onderwerp van de innovatie kan het zijn dat de gebruiker het te riskant vindt om de innovatie te gebruiken.

3.6 – Institutionele logica

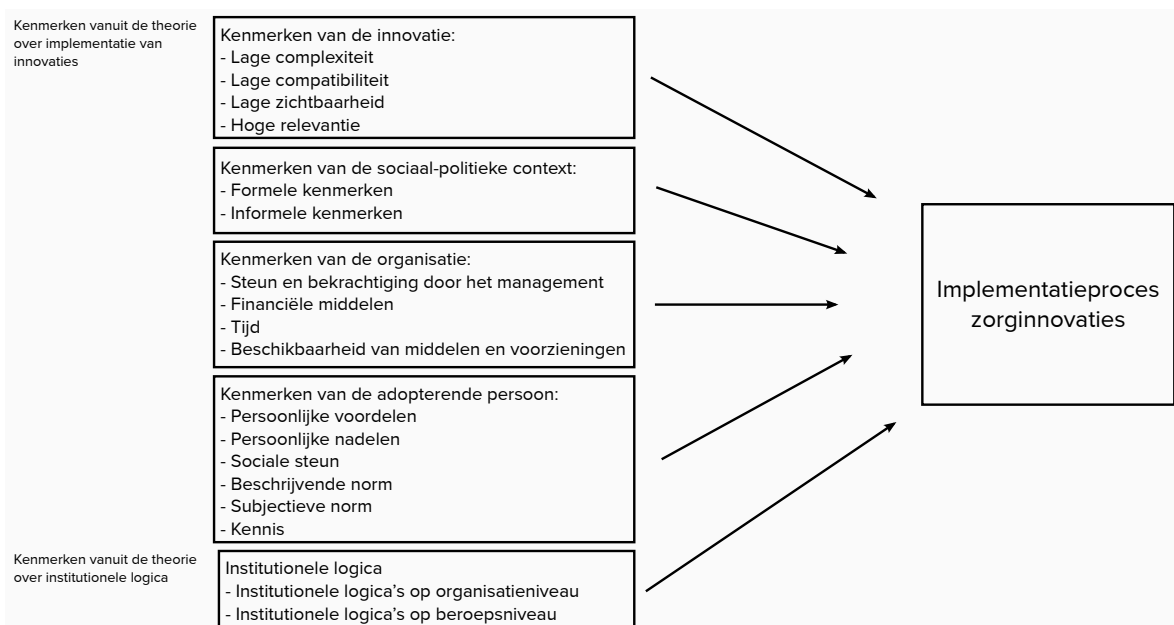
In paragraaf 1.2 werd het begrip institutionele logica geïntroduceerd. Institutionele logica-s zijn een geheel van culturele overtuigingen, waarden en praktijken die identiteit en betekenis aan actoren geven en helpen zin en orde te geven aan de sociale werkelijkheid (Thornton & Ocasio, 2008). Een institutionele logica is bijvoorbeeld een aangeleerd denkpatroon tijdens een studie voor een bepaald beroep of een denkpatroon ontwikkeld op basis van de strategie van een organisatie. Op organisatie- en beroepsniveau bestaan vaak meerdere institutionele logica-s en deze logica-s versterken elkaar, concurreren met elkaar of bestaan naast elkaar (Akmal et al., 2020). De dominante logica bepaalt vaak het gedrag van individuen en heeft daarmee invloed op de keuze van een individu om een nieuwe innovatie te adopteren (Akmal et al., 2020).

Op organisatieniveau in zorgverlenende organisaties is vaak sprake van conflicterende logica-s (Van den Broek et al., 2014). Een voorbeeld hiervan is dat aan de ene kant de zorgkosten naar beneden moeten en de zorg efficiënter georganiseerd moet worden terwijl aan de andere kant de kwaliteit van de zorg moet worden verbeterd (Van den Broek et al., 2014). Hier zijn twee institutionele logica-s op organisatieniveau in conflict met elkaar en dit kan invloed hebben op in hoeverre innovaties worden geïmplementeerd. Dit komt doordat de actoren worden beïnvloed door verschillende logica-s en dit kan leiden tot spanningen, tegenstrijdigheden en ambiguïteiten (Van den Broek et al., 2014). Er ontstaat weerstand tegen de verandering vanwege verschillende belangen en waarden. De institutionele logica op organisatieniveau kan gekoppeld worden aan het kenmerk van de innovatie: *compatibiliteit* uit paragraaf 3.2. De verschillende logica-s zorgen er namelijk voor dat de innovatie niet volledig aansluit bij de normen en waarden van de organisatie.

Institutionele logica-s op beroepsniveau hebben ook invloed op de implementatie van innovaties. Er zijn namelijk verschillende logica-s van de zorgpraktijk per zorgberoep (Andersson & Liff, 2018; Van den Broek et al., 2014). Bijvoorbeeld in zorgverlenende organisaties zijn vaak de beleidsmakers bestuursleden en directeuren met een zakelijke logica, terwijl de gebruikers voornamelijk verpleegkundigen en artsen zijn met een professionele logica (Van den Broek et al., 2014). Een zakelijk logica is meer gefocust op efficiëntie en kostenreductie en een professionele logica legt meer de nadruk op de kwaliteit van de zorg, autonomie en tijd met patiënten (Van den Broek et al., 2014). De verschillende logica-s kunnen het implementatieproces bemoeilijken doordat er verschillende normen en waarden spelen bij de zorgberoepen.

De kenmerken met invloed op het implementatieproces van zorginnovaties die in bovenstaande paragrafen worden besproken zijn grafisch weergegeven in figuur 2.

Figuur 2: Conceptueel model implementatieproces zorginnovaties



4. Methode

In dit hoofdstuk zal de methode van onderzoek worden besproken. Er wordt ingegaan op de aard van het onderzoek, de onderzoeksopzet en de participanten in het onderzoek. Daarna zal besproken worden hoe de interviews zijn verlopen, op welke manier de data worden verwerkt en hoe de kwaliteitseisen en ethische aspecten worden gewaarborgd in dit onderzoek.

4.1 – Aard van het onderzoek

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt voor het verkrijgen van een diepgaand inzicht in de onderzoek-problematiek, waarbij de perspectieven en context van de participanten worden inbegrepen (Hennink et al., 2020). Kwalitatief onderzoek wordt dus gebruikt voor het begrijpen van gedrag, overtuigingen, meningen en emoties van mensen (Hennink et al., 2020). Deze aspecten zijn in dit onderzoek van belang om te achterhalen welke factoren van invloed zijn op het implementatieproces van het BAAN-project. Hiernaast wordt er in dit onderzoek ook gefocust op institutionele logica's van zorgprofessionals op beroeps- en organisatieniveau, dit zijn onderliggende normen en waarden. Kwalitatief onderzoek is hier passend voor omdat dit type onderzoek kan helpen om te begrijpen waarom mensen beslissingen nemen of te ontdekken welke betekenis mensen geven aan hun ervaringen (Hennink et al., 2020). In paragraaf 4.2 wordt de onderzoeksopzet verder toegelicht.

4.2 – Onderzoekswerkwijze & -populatie

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is er in deze scriptie een casestudie gedaan van het BAAN-project. Een casestudie is een diepgaande analyse van één onderzoekseenheid, bijvoorbeeld van een persoon, groep, organisatie of project. De casestudie bestond uit verschillende onderdelen.

Het eerste onderdeel van de casestudie bestond uit semigestructureerd interviews met zorgprofessionals. Onder zorgprofessionals werden in dit onderzoek zorgverleners en zorgmanagers verstaan die hebben gewerkt met de zorginnovatie: arbeidsgerichte zorg. De projectleider van het BAAN-project selecteerde elf zorgprofessionals vanuit het project voor een interview. Deze methode van participantenselectie heet poortwachters (Hennink et al., 2020). Een poortwachter is iemand die een prominente en erkende rol heeft binnen de lokale gemeenschap (Hennink et al., 2020), in dit geval de afdeling Nefrologie. De poortwachter heeft kennis over de kenmerken van de leden van de gemeenschap en is in staat om de leden aan te moedigen om deel te nemen aan het onderzoek (Hennink et al., 2020). De projectleider nodigde de participanten via

een mail uit voor het interview en tien van elf zorgprofessionals die zijn benaderd hebben deelgenomen aan het onderzoek. De deelname was volledig vrijwillig en alle participanten waren meerderjarig. De 10 participanten hebben verschillende zorgberoepen, namelijk twee managers, drie artsen, twee verpleegkundigen, drie medisch maatschappelijk werkers. Er is bewust kozen voor verschillende zorgberoepen zodat er in de analyse van de data gekeken kan worden naar verschillen tussen de beroepen en niveaus in de organisatie. Vanuit de literatuur over institutionele logica worden hier namelijk verschillen tussen verwacht. Ieder zorgberoep kan informatie geven over elk kenmerk van het innovatieproces uit het theoretisch kader.

Het tweede onderdeel van de casestudie betrof semigestructureerde interviews met informanten. Er zijn twee informanten geïnterviewd. De eerste informant was de adviseur arbeid. De adviseur arbeid is onderdeel van het BAAN-project en heeft ook samengewerkt met de zorgprofessionals. De adviseur arbeid staat verder af van de implementatie van het project, maar kan informatie geven over hoe zorgprofessionals op haar reageerden, advies aan haar vroegen en over hoe ze haar positie in het UMCG als arbeidsdeskundige heeft ervaren. De tweede informant was de projectleider van het BAAN-project. De projectleider werd gekozen als informant omdat ze kennis heeft over hoe de implementatie van het BAAN-project is verlopen en samen heeft gewerkt met de zorgprofessionals om de arbeidsgerichte zorg te implementeren. De projectleider heeft aan de ene kant waarschijnlijk het beste overzicht van de implementatie van het project, maar aan de andere kant is de projectleider niet onafhankelijk van het project. Hierdoor kan het zijn dat de informatie van de projectleider niet volledig objectief is. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het interpreteren van de data van de informanten. De informanten kunnen informatie geven over elk kenmerk van het innovatieproces uit het theoretisch kader.

Het derde en laatste onderdeel van de casestudie was een documentenanalyse. De volgende documenten werden geanalyseerd:

1. KNMG. (2017). *KNMG-visiedocument Zorg die werkt: Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
2. De Samenwerkende Organisaties Arbeid & Gezondheid. (2021, november). *Position paper van de Samenwerkende organisaties Arbeid & Gezondheid: Voor werk(behoud) bij ziekte*. Patiëntenfederatie Nederland.
3. Raad van bestuur UMCG. (2021, maart). *Samen verleggen we grenzen voor een duurzame toekomst van gezondheid*. Koers25.

De eerste twee documenten werden geanalyseerd om de kenmerken van sociaal-politieke context te onderzoeken. De kenmerken van de sociaal-politieke context werden hoofdzakelijk onderzocht door middel van de documentenanalyse en de informatie uit de interviews was aanvullend voor deze categorie. Dit was noodzakelijk omdat informatie over de kenmerken van de sociaal-politieke context moeilijk verkrijgbaar is via de participanten en informanten. De kans dat een zorgprofessional van het UMCG kennis heeft over bijvoorbeeld in hoeverre de innovatie op de politieke agenda staat is klein. Daarnaast is deze informatie eventueel niet betrouwbaar. Het derde document is het organisatiebeleid van het UMCG en is gebruikt om de kenmerken van de organisatie te onderzoeken. Het organisatiebeleid is betrokken in dit onderzoek om te kijken of de meningen van de participanten overeenkomen met het organisatiebeleid en wat dit eventueel kan betekenen voor de implementatie. De documenten werden onderzocht door ze te analyseren aan de hand van de kenmerken uit het theoretisch kader. Naast deze documenten is er informatie gezocht over arbeidsgerichte zorg in andere ziekenhuizen in Nederland. Vanuit het theoretisch kader blijkt namelijk dat in hoeverre soortgelijke ziekenhuizen een innovatie hebben geïmplementeerd invloed kan hebben op het implementatieproces.

4.3 – Semigestructureerde interviews

Er is gekozen voor een semigestructureerd interviewschema. Deze methode is geschikt om informatie te verkrijgen over persoonlijke ervaringen van mensen met betrekking tot een specifieke kwestie of een specifiek onderwerp (Hennink et al., 2020). De interviews geven inzicht in hoe mensen beslissingen nemen en wat hun motieven zijn voor bepaald gedrag (Hennink et al., 2020).

Voor de interviews met de zorgprofessionals zijn er twee interviewschema-s ontworpen. Er zijn twee interviewschema-s ontworpen omdat bij de zorgmanagers meer de focus lag op de acceptatie en implementatie van arbeidsgerichte zorg en minder op de uitvoerbaarheid van het BAAN-project zoals bij de andere zorgberoepen. In bijlage 2 en 3 zijn de interviewschema-s opgenomen. De interviewschema-s voor de zorgprofessionals zijn ontwikkeld voor de doeleinden van het BAAN-project en van dit onderzoek. Het BAAN-project moest namelijk geëvalueerd worden bij de zorgprofessionals die ermee hebben gewerkt. Deze taak was onderdeel van mijn stage bij het UMCG TGO. Het interviewschema is gebaseerd op literatuur over de uitvoerbaarheid en het klinische nut van zorginnovaties (voor de evaluatie van het BAAN-project) en gebaseerd op literatuur over institutionele logica in relatie tot de zorgpraktijk (voor dit onderzoek). De interviewschema-s zijn opgesteld volgens de aanbevolen structuur van Hennink et al. (2020). Bij het ontwikkelen van de kernvragen zijn bij sommige vragen probes opgesteld om

dieper in te gaan op het onderwerp van de vraag. Op het moment van het ontwikkelen van het interviewschema was de onderzoeksvraag van dit onderzoek nog niet duidelijk. De evaluatie van het BAAN-project moest namelijk eind maart afgerond zijn en hierdoor moesten de interviews begin februari worden gehouden. Op dat moment was de probleemstelling van dit onderzoek nog onduidelijk omdat het masterscriptietraject toen net begonnen was. Later in het masterscriptietraject werd het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004) betrokken. Hierdoor is het model van Fleuren et al. (2004) niet gebruikt bij de ontwikkeling van de interviewschema's. Echter, de kenmerken van het klinische nut van zorginnovaties kunnen gekoppeld worden aan kenmerken van het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004). Zo komt, bijvoorbeeld, het kenmerk *accessible* (toegankelijkheid) van klinisch nut overeen met de kenmerken *complexiteit* en *kennis* van het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004). Op basis van de overeenkomsten tussen de theorieën en het analyseren van de data voor de evaluatie van het BAAN-project is in overleg met de interne begeleider, Zoltán Lippényi, besloten dat de data van de interviews geschikt zijn voor dit onderzoek. Het model van Fleuren et al. (2004) is dus in het onderzoek gebruikt als basistheorie om de data mee te onderzoeken en niet als basis voor het interviewschema.

Het interviewschema van de zorgprofessionals is getest in een proefinterview met de adviseur arbeid van het BAAN-project. Na afloop van dit proefinterview gaf de adviseur arbeid feedback op het interviewschema en is het aangepast. Het proefinterview duurde ongeveer een half uur en dit kwam overeen met de verwachting van de duur van het interview. De data van het proefinterview was nuttig voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en daarom is de adviseur arbeid als informant opgenomen in dit onderzoek. De interviews met de participanten werden bij voorkeur fysiek afgenomen, maar wanneer dit niet mogelijk was kon het interview ook online via een teams-meeting plaatsvinden. Alle interviews zijn afgenomen door mijzelf, de onderzoeker. De intentie vooraf was dat het interview een half uur duurde. Echter, de duur van de interviews verschilde per persoon. Sommige interviews duurden 25 minuten en andere interviews duurden 45 minuten. Dit verschil werd veroorzaakt door hoe uitgebreid de participant antwoord gaf op de vragen.

Voor het interview met informant 2, de projectleider, is er een nieuw interviewschema ontworpen. Het andere interviewschema was namelijk ontworpen voor zorgprofessionals en past niet bij de functie van projectleider. Hiernaast vond het interview met informant 2 plaats op een later moment in het masterscriptietraject omdat het geen onderdeel was van de evaluatie van het BAAN-project. Op dit moment werd het model van Fleuren et al. (2004) al toegepast in dit onderzoek en is het interviewschema hierop gebaseerd. In dit interviewschema werd er gefocust op de kenmerken van de innovatie en van de organisatie van het model van Fleuren et al. (2004).

De projectleider werd gevraagd naar haar ervaringen op deze gebieden. Het interview duurde ongeveer één uur en is afgenomen door mijzelf, de onderzoeker. In bijlage 4 is het interviewschema voor de projectleider opgenomen

4.4 – Dataverwerking & -analyse

De dataverwerking en -analyse zijn uitgevoerd volgens de thematische analyse van Braun & Clarke (2012). De thematische analyse is een methode voor het systematisch identificeren, analyseren en interpreteren van thema-s in kwalitatieve data (Braun & Clarke, 2012). Deze methode maakt het mogelijk voor de onderzoeker om betekenissen in de data te zien en te begrijpen.

De dataverwerking begon met het luisteren en het verbatim uittypen van de audio-opnames van de semigestructureerde interviews. Na deze stap werden de transcripten gecodeerd en het codeboek ontwikkeld. De transcripten zijn deductief en inductief gecodeerd. Deductief coderen is coderen aan de hand van theorie en inductief coderen betekent dat de onderzoeker zelf de codes ontwikkeld door de data te lezen, kritisch na te denken, de onderzoeksvraag altijd in het achterhoofd te houden en het algemene doel van de studie te kennen (Hennink et al., 2020). Een combinatie van deductief en inductief resulteert in een zo volledig mogelijke analyse van de data. Eerst is er een codeboek opgesteld aan de hand van de categorieën en kenmerken uit het theoretisch kader (deductief). Elke categorie uit het theoretisch kader is een thema in het codeboek en elk kenmerk binnen de categorie is een code in het codeboek. Na het opstellen van het deductieve codeboek zijn er vier transcripten gecodeerd. De vier transcripten zijn gekozen op basis van de zorgberoepen van de respondenten, van elke zorgberoep één transcript. Naar aanleiding hiervan zijn er inductieve codes toegevoegd aan het deductieve codeboek. Er is gekozen om van elke zorgberoep één transcript te coderen zodat het codeboek aansluit bij de data van alle zorgberoepen. Hierna is er een intercodeerbetrouwbaarheidscheck uitgevoerd met de projectleider. De projectleider heeft twee transcripten van zorgprofessionals gecodeerd aan de hand van het voorlopige codeboek. Het waren twee van de vier transcripten die ook gecodeerd waren door de onderzoeker en van twee verschillende zorgberoepen, namelijk van een arts en een manager. De twee transcripten zijn gekozen op basis van informatiedichtheid en op basis van besluiteloosheid over de codes van de onderzoeker. Er is gekozen voor slechts twee transcripten omdat de projectleider beperkt tijd had. De onderzoeker en projectleider hebben overleg met elkaar gehad om tot een overeenstemming te komen over de beste codes voor de twee transcripten. Op deze manier is er gereflecteerd op de aangemaakte codes en thema-s en is het codeboek verbeterd. Na de intercodeerbetrouwbaarheidscheck is het definitieve codeboek opgesteld (bijlage 5). Aan de hand van het definitieve codeboek zijn alle transcripten van de

interviews met de zorgprofessionals en informanten gecodeerd. De vier transcripten die al gecodeerd waren zijn opnieuw gecodeerd. Tot slot is er een resultatensectie geschreven over de bevindingen van de thematische analyse (hoofdstuk 5). In de resultatensectie zijn de bevindingen per categorie van kenmerken van het model van Fleuren et al. (2004) besproken en de sectie sluit af met de bevindingen op het gebied van institutionele logica-s.

4.5 – Validiteit & betrouwbaarheid

Volgens Shenton (2004) zijn er vier criteria voor het waarborgen van de validiteit en betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek.

Het eerste criterium is de geloofwaardigheid (credibility) van het onderzoek. Met geloofwaardigheid wordt bedoeld of de bevindingen van het onderzoek overeenkomen met de werkelijkheid (Shenton, 2004). De geloofwaardigheid van dit onderzoek is gewaarborgd door ten eerste gebruik te maken van een erkende onderzoeksmethode (semigestructureerde interviews en thematische analyse). Hiernaast is er gestreefd naar een vertrouwensband tijdens het interview zodat de participanten zich veilig voelden om hun meningen en ervaringen te delen. Doordat de projectleider, als begeleider van de interviewer, een prominente en erkende rol heeft in de lokale gemeenschap wordt dit onderzoek ook sneller als vertrouwd beschouwd. Aan de andere kant kan de rol van de projectleider in dit onderzoek ervoor zorgen dat participanten sociaalwenselijke antwoorden geven en negatieve ervaringen niet durven te delen. Dit eventuele ongewenste gevolg is deels opgevangen doordat de participanten de onderzoeker niet kennen. Ik was nieuw op de werkvloer en tot toen nog niet betrokken geweest bij het BAAN-project. Hierdoor kwam hun sociale of professionele positie niet in gevaar door het uiten van hun mening tijdens het interview.

Het tweede criterium is de overdraagbaarheid (transferability) van het onderzoek. Met de overdraagbaarheid van het onderzoek wordt verwezen naar in hoeverre de resultaten kunnen toegepast worden op een grotere populatie. De overdraagbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door de context en grenzen gedetailleerd te beschrijven. Een duidelijke omschrijving zorgt er namelijk voor dat andere onderzoekers gemakkelijk kunnen bepalen of de resultaten toepasbaar zijn in hun eigen context of bruikbaar zijn voor een vervolgonderzoek.

Het derde criterium is de herhaalbaarheid (dependability) van het onderzoek. Met de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt bedoeld dat in dezelfde context met dezelfde methoden vergelijkbare resultaten zouden worden verkregen indien het onderzoek herhaald zou worden (Shenton, 2004). Bij kwalitatief onderzoek is het lastig om vergelijkbare resultaten te verkrijgen door het verschil in meningen en ervaringen bij participanten. Ondanks dit is de betrouwbaarheid zo goed mogelijk gewaarborgd door de opzet van dit onderzoek in detail te beschrijven. Er is in

dit hoofdstuk uitgebreid ingegaan op het type onderzoek, de onderzoeksopzet en de manier van dataverzameling- en analyse.

Het vierde criterium is de bevestigbaarheid (confirmability) van het onderzoek. De bevestigbaarheid van het onderzoek is de objectiviteit van het onderzoek. Dit betekent dat de onderzoeker een neutrale rol heeft in het onderzoeksproces (Shenton, 2004). In kwalitatief onderzoek is het lastig om de resultaten te genereren zonder invloed van de onderzoeker omdat de onderzoeker het interviewschema maakt, de interviews afneemt, analyseert en interpreteert. De onderzoeker was in dit onderzoek in elke fase bewust van dat de opvattingen van de participanten centraal moeten staan. Het bewustzijn beperkt de invloed van de onderzoeker tot een minimum. Hiernaast heeft de intercodeerbetrouwbaarheidscheck ook bijgedragen aan het verhogen van de objectiviteit van het onderzoek. Door het oordeel van een tweede codeerder wordt de invloed van de onderzoeker verminderd.

4.6 – Ethische overwegingen

Ethische overwegingen zijn van belang bij kwalitatief onderzoek omdat er percepties, overtuigingen en gevoelens van mensen onderzocht worden (Hennink et al., 2020). Hennink et al. (2020) onderscheiden drie fases in het onderzoek waarin ethische principes van belang zijn.

De ontwerpfase

De eerste fase is de ontwerpfase. In deze fase moet er rekening gehouden worden met twee ethische principes.

Ten eerste het principe betreffende wie er voordeel haalt uit het onderzoek (Hennink et al., 2020). Het is ethisch onverantwoord om participanten te laten deelnemen aan een onderzoek waar ze zelf geen voordeel uit halen. Het voordeel voor de participanten in dit onderzoek is dat ze hun mening kunnen uiten over een innovatie waar ze op dagelijkse basis mee werken. Indien de participanten eventueel gehinderd waren in hun dagelijkse werkzaamheden door de innovatie, kan het een opluchting zijn voor de participanten dat er een mogelijkheid is om hun mening te geven. Hiernaast draagt dit onderzoek bij aan de kennis over de implementatie van zorginnovaties. Wanneer er meer kennis is over dit onderwerp is het in de toekomst gemakkelijker om zorginnovaties te implementeren en te laten aansluiten bij de voorkeuren van de zorgprofessionals. Hier hebben de participanten ook baat bij, aangezien zij degenen zijn bij wie de innovatie geïmplementeerd moet worden. Er is dus sprake van een direct en indirect voordeel voor de participanten.

Het tweede principe is de rechtvaardigheid van het onderzoek (Hennink et al., 2020). Rechtvaardigheid houdt in dat de onderzoeker eerlijk is over zijn rol en er geen sprake is van misleiding van de participant. Er is vanaf het begin transparantie geweest over de doeleinden van de interviews. De participanten wisten dat ze deelnamen aan een interview voor het BAAN-project en voor een masterscriptie-project.

De fase van dataverzameling

De tweede fase is de fase waarin participanten worden geworven en de data worden verzameld (Hennink et al., 2020). In deze fase is het voornamelijk van ethisch belang dat er geen emotionele, fysieke of sociale schade kan ontstaan bij de participant (Hennink et al., 2020). De deelname aan het onderzoek was volledig vrijwillig. De participanten hadden via de mail aangegeven dat ze wilden deelnemen. Wanneer een participant op het laatste moment van gedachten was veranderd over zijn deelname, werd er aan het start van elk interview nogmaals gevraagd of de participant zeker was van zijn deelname. Hiernaast werd er ook gevraagd of de participant akkoord ging met de audio-opname van het interview. Hiervoor werd duidelijk benoemd dat de opname alleen gebruikt werd voor doeleinden van het BAAN-project en deze masterscriptie en dat de data volledig anoniem verwerkt werden. Door de participant vooraf te informeren over de doeleinden van het interview en nogmaals te vragen of ze zeker zijn van hun deelname is rekening gehouden met de ethische principes en is er sprake van informed consent. Informed consent is wanneer de participant een vrij en geïnformeerde beslissing kan nemen of zijn of haar deelname aan het onderzoek. Hiernaast zijn de participanten meerderjarig zodat ze cognitief bekwaam zijn om de beslissing tot deelname te nemen (Hennink et al., 2020).

De analysefase

In deze fase is het van ethisch belang dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met de verzamelde data (Hennink et al., 2020). De data staan opgeslagen op de Y-schijf van de RUG, dit is een beveiligde server. De interviews zijn opgenomen met een telefoon, daarna via een USB-stick op de Y-schijf geplaatst en daarna verwijderd van de telefoon en USB-stick. Alleen de onderzoeker, de scriptiebegeleider en de projectleider (Annemieke Visser) hebben toegang tot de data en na afloop van het onderzoek zullen de gegevens worden verwijderd. Annemieke is projectleider van het BAAN-project en senior onderzoeker en zal vanwege haar positie zorgvuldig en vertrouwelijk omgaan met de data. Bij de projectleider staan de data opgeslagen op een beveiligde server van het UMCG. De participanten zijn geen directe collega-s van de projectleider en ze werkt alleen samen met de participanten in relatie tot het BAAN-project.

Hiernaast zijn ook alle transcripten geanonimiseerd. Dit houdt in dat data die mogelijk kunnen verwijzen naar de participant zijn verwijderd. Een voorbeeld hiervan is dat de namen van afdelingen waar de participanten werkzaam zijn, zijn verwijderd uit de transcripten. Door het anonimiseren van de data is het niet mogelijk om de data terug te traceren naar de participant en is er dus vertrouwelijk om gegaan met de verzamelde data.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de casestudie gepresenteerd. Vanuit het onderzoek komen een aantal kenmerken naar voren die mogelijk een rol spelen in hoe het implementatieproces is verlopen. De kenmerken worden per categorie van het model van Fleuren et al. (2004) gepresenteerd en in het laatste paragraaf wordt de invloed van institutionele logica op het implementatieproces besproken. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de resultaten van de casestudie.

5.1 – Kenmerken van de participanten

In tabel 1 is een overzicht van de kenmerken van de participanten en informanten opgenomen. Wat op valt uit deze tabel is dat er meer vrouwen dan mannen hebben deelgenomen en dat de interviews voornamelijk fysiek zijn afgenomen. Hiernaast zijn de zorgberoepen van de participanten divers en waren het aantal jaren ervaring in de zorg uiteenlopend.

Tabel 1: Achtergrondgegevens participanten en informanten

<i>Participant/ informant</i>	<i>Online of fysiek interview</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Zorgberoep</i>	<i>Aantal jaren ervaring in de zorg</i>
P01	Online	Vrouw	37	Medisch maatschappelijk werker	8
P02	Fysiek	Vrouw	39	Arts	5
P03	Fysiek	Vrouw	33	Arts	8
P04	Fysiek	Vrouw	62	Medisch maatschappelijk werker	39
P05	Fysiek	Vrouw	26	Medisch maatschappelijk werker	10
P06	Fysiek	Vrouw	54	Verpleegkundige	36
P07	Fysiek	Man	58	Arts	30
P08	Fysiek	Man	52	Manager (/arts)	25
P09	Fysiek	Vrouw	53	Verpleegkundige	36
P10	Fysiek	Vrouw	39	Manager	18
I01	Online	Vrouw	55	Adviseur arbeid	n.v.t.
I02	Online	Vrouw	-	Projectleider	n.v.t.

5.2 – Kenmerken van de innovatie

De kenmerken van de innovatie zijn onderzocht aan de hand van de semigestructureerde interviews met de zorgprofessionals en aan de hand van de gesprekken met de informanten. Uit de interviews komen een aantal kenmerken naar voren die mogelijk een rol hebben gespeeld bij het implementatieproces van de innovatie.

Ten eerste het kenmerk de *relevantie voor patiënten en zorgverleners*. Vanuit de interviews blijkt dat de participanten arbeidsgerichte zorg relevant vinden voor zichzelf en voor de zorg voor een patiënt. Meerdere participanten benoemden dat ze het fijn vinden dat er een extra verwijsmogelijkheid is en dat ze nu de aandacht voor arbeid in hun zorg beter kunnen doorzetten. De innovatie wordt gezien als een verbetering van de zorg voor patiënten, met name werd de adviseur arbeid benoemd als verbetering. Dit komt doordat de adviseur arbeid een nieuwe verwijsmogelijkheid is met specifieke kennis over het arbeidsproces, die de zorgprofessionals niet hebben. Hieruit blijkt dat de participanten de relevantie van de innovatie hoog vinden. Het citaat van participant 3 duidt dit aan. Dit kan bevorderend zijn geweest voor de implementatie van de innovatie.

Interviewer: en is er iets waarvan je zegt dit zou mij heel erg helpen om ja meer aandacht te besteden aan werk?

“Ja het zou heel mooi zijn als de adviseur arbeid wel zou kunnen blijven. Dat je dus wel mensen echt iets kan bieden in plaats van alleen maar advies geven van je kan naar de patiëntenvereniging of bedrijfsarts, maar dat je ze ook iemand die echt gespecialiseerd is in arbeid een gesprek kan aanbieden, gewoon heel laagdrempelig om de problemen te bespreken.” – Participant 3

Een ander kenmerk met mogelijk bevorderende impact op de implementatie is *complexiteit*. De meeste participanten gaven aan dat het makkelijk was om met de elementen van het BAAN-project te werken. Sommige participanten benoemden dat je één keer door moest hebben hoe je bijvoorbeeld moest verwijzen naar de adviseur arbeid, maar dat verder het materiaal en de informatie goed te begrijpen waren. Vanuit de interviews blijkt dat de participanten de doelen en toepassing van de innovatie goed begrepen en de complexiteit van de innovatie als laag werd ervaren. Een citaat van participant 2 laat dit zien.

“Ik vind het duidelijk wat het doel is, wat de bedoeling is en het is fijn dat de medewerker er is om naar de verwijzen ja.” – Participant 2

Een ander opvallend resultaat was dat participanten aangaven dat *stakeholders betrokken waren bij de ontwikkeling van de innovatie* en dat ze zich daardoor beter konden identificeren met de innovatie. Veel participanten benoemden het als sterk punt en gaven aan dat het een bevorderende invloed heeft gehad op de uitvoering en totstandkoming van de innovatie in de praktijk. Onderstaat citaat van participant 1 duidt dit aan.

“Ik denk ook dat we het echt wel heel goed hebben aangepakt omdat we en vanuit het ziekenhuis nefrologen betrokken en eigenlijk was ik dus het aanspreekpunt vanuit het ziekenhuis dus we zijn ook langs de afdeling geweest en op de poli een paar keer presentaties gehouden en de bedrijfsartsen waren betrokken en medisch specialisten en patiënten zelf, dus ik denk dat het begin heel goed is opgezet en het uiteindelijk beklijven op een afdeling en daar merk je wel dat er verschil in zit.” – Participant 1

Deze bevinding uit de interviews met de zorgverleners werd ondersteund door informant 2. Informant 2 gaf aan dat er is gefocust op het ontwikkelen van een project dat aansluit bij de mogelijkheden van de praktijk door in samenwerking met alle betrokken partijen het BAAN-aanbod te ontwikkelen.

Het kenmerk *compatibiliteit met normen en waarden van zorgverleners* kwam ook naar voren vanuit de interviews. Een aantal zorgverleners gaven aan dat arbeidsgerichte zorg goed aansloot bij hun routines. Ze benoemden dat ze standaard in een intakegesprek vragen naar arbeid en dit ook belangrijk vinden bij chronisch zieke patiënten. Onderstaat citaat van participant 5 geeft dit aan.

Interviewer: besteed je in het contact met patiënten aandacht aan werk en waarom wel of waarom niet?

“Ja zeker, als een nieuwe patiënt bij ons binnenkomt dan maken we eigenlijk protocollair kennis of dat proberen we, we kunnen mensen natuurlijk niet verplichten, maar over het algemeen zien we iedere nieuwe patiënt die binnenkomt. En we hebben dan een soort van standaard intake format, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de dagbesteding of vrijetijdsbesteding of arbeid” – Participant

Aan de andere kant gaven sommige participanten, voornamelijk artsen, aan dat ze niet wisten of ze arbeidsgerichte zorg onderdeel vonden van hun takenpakket en ze alleen een signalerende functie zien voor zichzelf. Hiernaast viel het ook op dat de participanten twijfelden over het draagvlak van de innovatie. De ene participant benoemde namelijk dat er voldoende draagvlak is

op de afdeling en bij het management van de afdeling. Andere participanten benoemden dat zorgverleners zich niet bewust genoeg zijn van de waarde van werk voor gezondheid en dat er te weinig draagvlak is bij het hogere management van het ziekenhuis. Te weinig draagvlak en minder compatibiliteit met normen en waarden van zorgverleners kunnen mogelijk een belemmerende invloed hebben op in hoeverre een innovatie wordt geïmplementeerd.

Hiernaast bleek vanuit de interviews dat de *zichtbaarheid van goede resultaten van de innovatie* laag was. Meerdere participanten gaven bijvoorbeeld aan dat ze geen resultaten van het BAAN-project zagen terugkomen bij collega-s of patiënten. Collega-s deelden geen succesverhalen met elkaar en de patiënten begonnen niet uit zichzelf over arbeid. Participant 6 duidt dit bijvoorbeeld aan.

Interviewer: wat zijn je ervaringen met de adviseur arbeid en heeft het inzetten van de adviseur arbeid in het ziekenhuis meerwaarde voor de zorg?

“Ja, ik denk zeker dat het meerwaarde voor de zorg heeft, ik weet niet de resultaten van wat daaruit is gekomen en het effect en wat mensen er wel of niet mee gedaan hebben.

Dat krijg ik lang niet altijd te horen” – Participant 6

In het verlengde van de zichtbaarheid van de goede resultaten gaven een aantal participanten ook aan dat er soms iets te veel nadruk werd gelegd op de innovatie en dat dit soms vermoeiend was. Informant 2 bevestigde deze bevinding door aan te geven dat de zichtbaarheid van de meerwaarde van het project beter had gekund.

Een aantal participanten twijfelden over de *compatibiliteit met verwachtingen en behoeftes van patiënten*. De twijfel lag er voornamelijk in dat de populatie van het BAAN-project een oudere populatie is die minder vaak werkzaam is, ook doordat het dialyseproces erg zwaar is. Het BAAN-project is gefocust op betaald werk en sommige participanten gaven bijvoorbeeld aan alleen arbeidsgerichte zorg te verlenen bij nieuwe patiënten omdat het bij patiënten die ze al langer kennen geen nut zou hebben. Als een zorgverlener vindt dat de compatibiliteit van een innovatie laag is met de verwachtingen en behoeftes van patiënten kan dit een belemmerende rol hebben gespeeld in hoeverre de zorgverlener de innovatie implementeert.

5.3 – Kenmerken van de sociaal-politieke context

De kenmerken van de sociaal-politieke context zijn onderzocht aan de hand van de documentenanalyse, de semigestructureerde interviews met de zorgprofessionals en aan de hand van de gesprekken met de informanten. Eerst zullen de formele kenmerken worden besproken en daarna de informele kenmerken van de sociaal-politieke context.

Formele kenmerken van de sociaal-politieke context

Formele kenmerken van de sociaal-politieke context zijn wet- en regelgeving. Arbeidsgerichte zorg is nog geen onderdeel van de Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 2 is toegelicht wat de invloed is van de Zorgverzekeringswet op het zorgsysteem. Hierdoor is er nog geen structurele financiering en dit is een beperkende factor voor de implementatie van arbeidsgerichte zorg in ziekenhuizen. Wanneer ziekenhuizen structureel arbeidsgerichte zorg willen verlenen moeten ze dit financieren vanuit eigen budget of op projectbasis met financiering van andere partijen. Hiernaast stijgen de zorgkosten in Nederland ieder jaar en moet er bezuinigd worden op de zorg. Dit kan ervoor zorgen dat er minder financiële ruimte is om innovaties vanuit het ziekenhuisbudget te bekostigen of op te nemen in de Zorgverzekeringswet. Vanuit de interviews met de participanten en informanten blijkt ook dat de financiële middelen schaars zijn.

Informele kenmerken van de sociaal-politieke context

Om de informele kenmerken van de sociaal-politieke context te onderzoeken is er gekeken in hoeverre arbeidsgerichte zorg op de politieke agenda staat in Nederland en of andere ziekenhuizen in Nederland arbeidsgerichte zorg verlenen.

Arbeidsgerichte zorg is opkomend in de politiek in Nederland. Er zijn steeds meer organisaties die zich inzetten om de kloof tussen arbeid en gezondheid te dichten. Bijvoorbeeld in 2017 schreef het KNMG een visiedocument over het verbeteren van de arbeidsgerichte zorg (KNMG, 2017). En in 2020 werd er een motie bij de tweede kamer ingediend met het verzoek om oncologische klinische arbeidsgerichte zorg een integraal onderdeel te laten worden van de reguliere zorg (Beens, 2022). Deze motie werd door de tweede kamer unaniem aangenomen. In november 2021 boden de Samenwerkende Organisaties Arbeid & Gezondheid een manifest aan bij de Kamercommissies voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en die van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In dit manifest pleitten ze voor een interdepartementaal actieprogramma voor arbeid en gezondheid tussen de ministeries SZW en VWS. Ook pleitten ze ervoor dat arbeid een behandeldoel wordt en dat arbeidsgerichte zorg een onderdeel wordt van de zorgverzekeringswet (De Samenwerkende Organisaties Arbeid & Gezondheid, 2021). Deze acties laten zien dat het probleem rond arbeidsgerichte zorg in de maatschappij leeft en de politiek en organisaties zich hiervoor inzetten. Dit kan in de toekomst een positief effect hebben op de implementatie van arbeidsgerichte zorg. Wanneer een innovatie geen maatschappelijk draagvlak heeft is het moeilijk om financieel draagvlak te creëren.

Bij een aantal andere ziekenhuizen in Nederland startten ze ook met het verlenen van arbeidsgerichte zorg. Zo heeft het Radboudumc al jaren klinisch arbeidsgeneeskundigen (KAG) in het behandelteam en zien zij de KAG als verbinder tussen het zorg- en arbeidsdomein (Senden,

Dona & Janssen, 2019). De innovatie is voor nu gefinancierd vanuit de Raad van Bestuur van het Radboudumc, maar het heeft geen structurele financiering. In Maastricht UMC+ en Amsterdam UMC zijn ook projecten voor arbeidsgerichte zorg opgezet. Echter is er nog geen enkel ziekenhuis waar arbeidsgerichte zorg structurele financiering heeft.

Vanuit de interviews kwam één extra kenmerk uit de sociaal-politieke context naar voren wat mogelijk een rol heeft gespeeld bij de implementatie van de innovatie. Meerdere participanten en de informanten benoemden dat de *coronapandemie* invloed heeft gehad op hoe het BAAN-project is verlopen. De coronapandemie was een crisis voor de zorg en de zorg stond daardoor onder druk. De reguliere zorg moest plaats maken voor de acute zorg voor coronapatiënten en dit is waarschijnlijk niet bevorderend geweest voor de aandacht voor innovaties. Hiernaast benoemden participanten dat veel meer bijeenkomsten van het BAAN-project online waren. Hierdoor is er eventueel informatie minder goed overgebracht en was er waarschijnlijk minder sprake van creativiteit en spontaniteit in de bijeenkomsten. Ook waren collega-s minder in contact met elkaar en de innovatie is daardoor eventueel minder verspreid. Deze gevolgen van de coronapandemie zijn waarschijnlijk niet bevorderend geweest voor het implementatieproces.

5.4 – Kenmerken van de organisatie

De kenmerken van de organisatie zijn onderzocht aan de hand van de semigestructureerde interviews met de zorgprofessionals, de gesprekken met de informanten en documenten over het beleid van het UMCG. Er kwamen verschillende kenmerken van de organisatie naar voren die eventueel van belang zijn geweest voor de implementatie van de innovatie.

Ten eerste de *beschikbaarheid van middelen en voorzieningen voor gebruikers*. De participanten gaven aan dat er flowcharts, folders, posters en brochures beschikbaar waren en ondersteuning gaven bij het gebruiken van de innovatie. Dit kan de implementatie van de innovatie hebben bevorderd. Uit een citaat van participant 7 blijkt dat de middelen en voorzieningen voldoende beschikbaar waren.

“Nou zoals we dat nu in totaal gedaan hebben want het staat in de brieven, het komt op die beeldschermen, we hebben allerlei folders van alles en nog wat. Ja meer dan dit kan gewoon niet nee en of het werkt is dan nog steeds een vraag maar hoe het geïmplementeerd is, dit is het beste haalbare” – Participant 7

Hiernaast kwam ook meerdere keren naar voren in de interviews dat de *innovatie was ingebed in de werkstructuur van de afdeling*. Bijna alle participanten benoemden dat het BAAN-project was opgenomen in het elektronische patiëntendossier. Verpleegkundigen en medisch

maatschappelijk medewerkers gaven ook aan dat ze arbeid als standaard onderdeel zien van een intakegesprek of anamnese. Artsen en managers gaven dit niet aan. De inbedding van een innovatie in de werkstructuur kan bevorderend werken op het implementatieproces.

Steun en bekrachtiging door het management kwam ook naar voren als kenmerk met eventuele invloed op het implementatieproces. Sommige participanten gaven namelijk aan dat ze niet goed wisten of het management de innovatie steunde en andere participanten gaven aan dat ze overtuigd waren van de steun van het management. Informanten 2 gaf aan dat het management de innovatie inhoudelijk steunt, maar spreekt ook uit dat er nog ruimte voor verbetering is hierin. Het BAAN-project is namelijk bottom-up geïnitieerd. Er bestaat dus onder de participanten twijfel over de steun en bekrachtiging door het management. Onderstaat citaat van de informant duidt dit aan.

Interviewer: dus het is een beetje van dat het echt heel druk is, maar het is ook misschien ook een kwestie van willen tijd vrijmaken?

“Ja en ik vind het is uiteindelijk ook willen vanuit het management hè want en misschien zelfs willen vanuit het hele ziekenhuis en uit de raad van bestuur. Kijk die zeggen ook van “zie de mens”, het zijn allemaal mooie visies die geformuleerd worden, maar wat betekent het echt voor de zorgpraktijk en hoe kun je daar als ziekenhuis keuzes in maken, dat vind ik ook echt wel een ding. Wat doe je als afdeling, stel we vinden bijvoorbeeld dat artsen aandacht moeten besteden aan leefstijl en arbeid, maar wat betekent dat ook voor de consulten die we hebben?” – Informant 2

Dit citaat spreekt ook over de visie van het ziekenhuis. Om het kenmerk steun en bekrachtiging door het management te onderzoeken is er ook gekeken naar het organisatiebeleid van het UMCG. Het beleid is geschreven door de Raad van bestuur van het UMCG. In het beleid staat dat de organisatiecultuur wordt gekenmerkt met de slogan “zie de mens” met de kernwaarden mensgerichtheid, diversiteit en inclusiviteit (Raad van bestuur UMCG, 2021). Deze cultuur heeft als uitgangspunt dat ieder mens zijn eigen verhaal heeft en dat kwaliteit begint bij het zien en begrijpen van dat verhaal (Raad van bestuur UMCG, 2021). Deze visie sluit aan bij de holistische visie op zorg. Hiernaast werd er benoemd dat het UMCG de verantwoordelijkheid bij de patiënt en diens naasten neerlegt en dat een belangrijke pijler van het UMCG preventie is. Het BAAN-project focust hier ook op en lijkt daarmee aan te sluiten bij het beleid van de organisatie. Waarschijnlijk ondersteunt het organisatiebeleid de implementatie van arbeidsgerichte zorg. Het organisatiebeleid is geschreven door de Raad van bestuur, maar dit betekent niet automatisch dat alle gebruikers van de innovatie ook deze visie uitdragen. Vanuit de interviews lijkt het alsof de

artsen zich meer identificeren met de medische visie op zorg dan met de holistische visie en dus het organisatiebeleid. Deze discrepantie kan eventueel belemmerend zijn geweest voor de implementatie van de innovatie. Uit het citaat van participant 7 blijkt deze discrepantie.

“it-s the patient who has got the disease, dus er zit ook een bepaalde verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf. En ik ben met name aangesteld om, als die een nefrologische ziekte heeft, om een goede diagnose te stellen, een goede behandeling in te stellen en al die andere dingen die er nu bijkomen waarvan men vindt dat ik dat ook moet doen weet ik niet of dat nou echt mijn primaire taak is. Of ik als internist nefroloog nou moet gaan kijken of mensen misschien een glas alcohol te veel drinken of de seksualiteit wel goed is. We hebben tegenwoordig die Planet Earth hè, ja dat heb je wel gezien in Epic maar we moeten ook gegeven of een religieuze tijd, een zingeving in het bestaan, werk, nou ik moet geloof ik 9 of 10 of er nog psychische problemen zijn “– Participapnt 7

Vanuit de interviews kwamen drie kenmerken van de organisatie naar voren die eventueel belemmerend waren voor het implementatieproces. Alle participanten geven aan dat de artsen te weinig *tijd* hebben met de patiënt en dit van invloed is op het verlenen van arbeidsgerichte zorg. De verpleegkundigen en medisch maatschappelijke werkers geven aan dat ze meer tijd hebben met de patiënt. Vaak benoemden participanten het te kort aan tijd in combinatie met het te kort aan *financiële middelen*. Informant 2 bevestigt de mening van de zorgprofessionals en gaf aan dat het te kort aan tijd en financiële middelen waarschijnlijk beperkende kenmerken voor de implementatie zijn geweest. Informant 2 gaf aan dat er voor het financieren van arbeidsgerichte zorg aan de ene kant écht geen geld is, maar aan de andere kant benoemde de informant ook dat het een kwestie van willen is. Het is namelijk tegenstrijdig dat arbeidsgerichte zorg mondeling wordt omarmd door de managers, maar de financiële steun vaak nog achterblijft. De participanten spraken ook over de hiërarchie, de grote van de organisatie en de lange beslissingslijnen in het UMCG. Het citaat van participant 1 laat dit bijvoorbeeld zien.

“Ik denk altijd dat het beter kan en vooral in het ziekenhuis en dat is ook iets hiërarchisch denk ik wat altijd meespeelt en het iedereen bij elkaar kunnen krijgen en nja dus dat ja dat speelt ook altijd wel een rol.” – Participant 1

Een bottom-up innovatie implementeren in een hiërarchische en grote organisatie kan extra lastig zijn. Dit gaat waarschijnlijk gemakkelijker in een kleine organisatie met minder hiërarchie en korte beslissingslijnen. Een innovatie is dan sneller organisatie-breed te implementeren. Hieruit blijkt dat de *organisatiestructuur* van het UMCG mogelijk belemmerend is geweest voor de implementatie van de innovatie.

Het laatste kenmerk van de organisatie met een eventuele invloed op het implementatieproces betreft *andere niet-medische zorginnovaties*. Sommige participanten benoemden dat er ook andere niet-medische zorgprojecten zijn in het ziekenhuis en dat arbeidsgerichte zorg een van de vele punten is waar ze aan moeten denken tijdens een consult. Onderstaat citaat van participant 8 duidt dit aan.

“Het is met al deze additionele projecten, die een beetje buiten onze directe kerntaak liggen is het en merk ik bij mezelf, maar ik denk ook dat collega-s, dat je vers geschoold bent dan zit het in je systemen, dan denk je eraan om het te bespreken, maar dan heb je net even 2 weken geen geschikte patiënten en dan zakt het weer weg dus je hebt vooral iets nodig om het wakker te houden” – Participant 8

Aan de andere kant gaven sommige participanten aan dat ze de innovatie vonden aansluiten bij de verandering in de zorg omdat er steeds meer niet-medische zorginnovaties opkomen. Dat er andere niet-medische zorginnovaties zijn in het ziekenhuis lijkt dus een rol te spelen bij in hoeverre participanten de innovatie implementeren.

5.5 – Kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker)

De kenmerken van de adopterende persoon zijn onderzocht aan de hand van de semigestructureerde interviews met de zorgprofessionals en de gesprekken met de informanten. Vanuit het onderzoek komen een aantal kenmerken naar voren die eventueel van belang zijn geweest voor het implementatieproces.

Meerdere participanten benoemden dat het verrichtten van arbeidsgerichte zorg voldoening geeft en het werkplezier vergroot. Hieruit kan opgemaakt worden dat de zorgprofessionals *persoonlijke voordelen* ervaren tijdens het gebruiken van innovatie. Onderstaat citaat van participant 5 duidt dit aan.

“Ik vind het vooral belangrijk en weet je je wordt er wel blij van als je ziet dat mensen aan het werk kunnen blijven want het betekent soms echt heel veel voor mensen en ik heb mensen ook heel verdrietig gezien omdat ze gewoon uit hun werk gezet zijn en ja weet je

dat zijn soms mensen die achter hun telefoon zitten de hele dag en ja dat kunnen ze gewoon blijven doen, misschien halve dagen, maar we hebben hier ook mensen gehad met een geestelijke beperking en die via een sociale werkplaats ergens geplaatst zijn en die dan na dialyses dan soms gewoon nog gingen werken op de niet dialyse dagen, maar ook daar zo blij van werden, dus ik denk van nouja weet als zij blij worden dan heeft dat natuurlijk invloed op mij als zorgverlener, dus ja het gaat om uiteindelijk. Het gaat erom dat die mensen, dat het voor hun goed voelt.” – Participant 5

Hiernaast gaf bijna geen enkele participant aan *persoonlijke nadelen* te ervaren van het gebruiken van de innovatie. Doordat de innovatie voor de zorgprofessionals waarschijnlijk alleen voordelen oplevert kan het zijn dat de implementatie beter is verlopen. Hiernaast viel het op dat de meeste participanten aangaven dat ze arbeidsgerichte zorg zien als onderdeel van hun takenpakket of het behandeltraject voor een patiënt. Wanneer de *innovatie als onderdeel wordt gezien van het takenpakket* heeft dit waarschijnlijk een bevorderende werking op de implementatie van de innovatie. Bij dit kenmerk zit geen verschil tussen de verschillende zorgberoepen van de participanten.

Aan de ene kant gaven de participanten aan dat ze vonden dat ze vanuit het BAAN-project goed geïnformeerd waren over de innovatie. Deze informatie werd verstrekt door middel van informatiebijeenkomsten en participanten benoemden dat ze over alle informatie beschikten die ze nodig hadden om de innovatie te gebruiken. Aan de andere kant gaven ook sommige participanten aan dat ze zich niet competent genoeg voelden op het gebied van arbeid om de patiënt verder te kunnen helpen. Er werd meerdere malen benoemd dat arbeid een onderwerp is waar specifieke kennis voor nodig is. Vanuit de interviews blijkt dus dat er verschil zit in hoe participanten het kenmerk *kennis* hebben ervaren.

De *beschrijvende norm van patiënten* is de mate waarin de patiënten de innovatie gebruiken volgens de zorgverleners. De meeste participanten geven aan dat ze nog nooit of een enkele keer hebben meegemaakt dat een patiënt uit zichzelf begon over arbeid in een gesprek met hen. Als reden hiervoor benoemden de participanten vaak de *verwachtingen van patiënten* over arbeidsgerichte zorg. Ze benoemden dat patiënten waarschijnlijk niet verwachten dat er in het ziekenhuis ruimte is voor arbeid of dat patiënten geen behoefte hebben aan arbeidsgerichte zorg. Deze uitspraken geven aan dat de zorgverleners het idee hebben dat de patiënten niet zoveel baat hebben bij arbeidsgerichte zorg en dit kan een negatieve rol hebben gespeeld in het implementatieproces bij de zorgverleners. Het citaat van participant 3 duidt dit aan.

“Er zijn natuurlijk ook veel patiënten die denken van nouja ik los het zelf wel op. Dat ze er geen behoefte aan hebben ondanks dat je denkt dat het wel goed zou zijn, maar dat ze dan toch het gevoel hebben dat werk toch niet thuishoort bij de dokter zeg maar, niet in het ziekenhuis”- Participant 3

Hiernaast kan het ook een rol hebben gespeeld dat meerdere participanten de opvatting lijken te hebben dat *de medische zorg primair is*. Ze zien de medische zorg als hun primaire taak of benoemden dat de medische zorg voor gaat op de arbeidsgerichte zorg onder tijdsdruk. Een citaat van participant 6 laat dit zien.

Interviewer: hoe centraal moet de aandacht voor werk staan in de zorgpraktijk volgens jou?

“Nou ja, weet je het is een onderdeel van want kijk mensen die zijn, als zij bij ons op de dialyse komen, die zijn echt ziek en zijn echt aan het eind en als je niet ingrijpt gaan ze uiteindelijk ook dood, dus die mensen zijn heel ziek. Dus de prioriteit ligt natuurlijk niet bij werk, we noemen het wel en we willen ook weten of mensen nog aan het werk zijn om dat wel op te pakken, maar die eerste zorg is natuurlijk primair van goh hoe krijgen we deze mensen weer wat fitter en wat beter en wat beter voelen” – Participant 6

5.6 – Institutionele logica

De invloed van institutionele logica op het implementatieproces is onderzocht aan de hand van de semigestructureerde interviews met de zorgprofessionals en de gesprekken met de informanten. Een aantal thema-s van institutionele logica lijken vanuit de interviews invloedrijk op het implementatieproces.

Ten eerste de *persoonlijke professionele identiteit*. Deze code werd toegekend wanneer participanten aangaven dat ze het persoonlijk belangrijk vinden om aandacht te besteden aan werk en niet vanuit hun professie. De persoonlijke professionele identiteit lijkt een bevorderende werking te hebben op het implementatieproces van arbeidsgerichte zorg. Een voorbeeld hiervan is het citaat van participant 10.

“Ik vind het belangrijk omdat ik echt denk dat werk een enorme toegevoegde waarde heeft voor het zijn als individu en ja de erkenning voor je dat je ertoe doet en zingeving en tijdsbesteding. Ja ik ben ervan overtuigd dat het heel belangrijk is voor je gezondheid” – Participant 10

Hiernaast spraken participanten ook over *institutionele logica op organisatieniveau*. Participanten benoemden dat aan de ene kant het ziekenhuis steeds meer multidisciplinaire zorg wil gaan leveren, maar dat de zorg aan de andere kant ook nog steeds voornamelijk medisch is gericht. De visie van het UMCG -zie de mens- sluit aan bij de holistische visie op zorg. Deze logica ondersteunt de implementatie van arbeidsgerichte zorg volgens de participanten. Een andere logica op organisatieniveau die participanten benoemden is de medische visie op zorg. De medische visie op zorg ondersteunt de implementatie van arbeidsgerichte zorg waarschijnlijk in mindere mate. Deze visie focust namelijk op de medische zorg.

Naast institutionele logica op organisatieniveau komen *institutionele logica op beroepsniveau* ook naar voren vanuit de interviews. De participanten verschillen in logica per zorgberoep. De medisch maatschappelijk werkers en verpleegkundigen benoemden dat het bij hun beroep hoort om aandacht te besteden aan werk. De artsen benoemden voornamelijk dat ze alleen een signalerende functie hebben als het om werk gaat in de zorg. De verschillen per zorgberoep zijn verder toegelicht in sub paragraaf 5.6.1. De participanten spraken ook over efficiëntie en kostenreductie in relatie tot de innovatie. Dit sluit aan bij de zakelijke logica, een institutionele logica op beroepsniveau. Arbeidsgerichte zorg kost meer tijd en geld en is dus niet efficiënt en kostendrukkend en sluit daarom niet aan bij de zakelijke logica. In het citaat van informant 2 wordt de invloed van de zakelijke logica aangeduid.

“Zoals het nu lijkt wordt het niet vanuit het ziekenhuis gefinancierd nee en het argument daarvan is ook dat de winst daarvan hè dus de winsten van een betere arbeidsparticipatie komt niet in de portemonnee van het ziekenhuis. Dus het ziekenhuis zegt ook van dit soort dingen moeten dan eigenlijk gewoon vanuit andere potjes worden gefinancierd” – Informant 2

Een tweede logica op beroepsniveau die benoemd werd door de participanten is de *professionele logica*. Participanten benoemden dat de zorg voor de nierziekte de primair taak is en voor gaat op de arbeidsgerichte zorg. Dit kan eventueel een rol hebben gespeeld bij de implementatie van de arbeidsgerichte zorg. Echter, de professionele logica verschilt per zorgberoep en in de volgende subparagraaf 5.6.1 wordt dit verder toegelicht.

5.6.1 – Analyse naar zorgberoep

Vanuit de analyse van de thema-s van institutionele logica in de data blijkt dat er een groot verschil zit tussen zorgberoepen met betrekking tot de implementatie van de innovatie. Dit is een opvallend resultaat en wordt daarom in deze sub-paragraaf besproken.

Verpleegkundige en medisch maatschappelijke werker

Er waren in totaal vijf participanten met de zorgberoepen verpleegkundige en medisch maatschappelijk werker. Deze zorgberoepen zijn samengenomen omdat ze hetzelfde denken over de innovatie. Wat opvallend was voor deze zorgberoepen is dat ze de aandacht voor werk zien als standaard onderdeel van hun takenpakket. De reden hiervoor is dat verpleegkundigen en medisch maatschappelijke werkers kijken naar de mens als geheel en niet alleen naar de medische ziekte. Dit komt waarschijnlijk doordat ze vanuit hun opleiding hebben geleerd dat dit belangrijk is. Hiernaast komen medisch maatschappelijke werkers en verpleegkundigen vaak ook in contact met de familie van de patiënt en spenderen ze meer tijd met de patiënt. Hierdoor is het gemakkelijker om te kijken naar de mens als geheel. De verpleegkundigen en medisch maatschappelijke werkers benoemden dat ze voornamelijk tijdens een intakegesprek of anamnese aandacht aan werk besteden. De participanten gaven aan dat de adviseur arbeid een waardevolle toevoeging aan de zorg is omdat arbeid een specialisme is waar zij weinig specifieke kennis van hebben. Het citaat van participant 1 duidt de visie van dit zorgberoep op de innovatie aan.

Interviewer: Besteedt u in het contact met patiënten aandacht aan werk? Waarom wel of waarom niet?

“Ja, dat doe ik. En ja nja eigenlijk als medisch maatschappelijk werker is het sowieso al onderdeel van onze, ons vak zeg maar. Dus als wij een kennismakingsgesprek doen, is het vaak dat we verschillende leefgebieden langs lopen en dan ook of iemand nog werkt en wat voor werk die dan doet en nja naar aanleiding van het project BAAN is het ook vaak en heb je daarin nog hulp nodig en kun je ook echt iets aanbieden.” – Participant 1

Vanuit de interviews lijkt het alsof de beroepslogica van deze groep inhoudt dat het vanuit hun professie vanzelfsprekend is dat er aandacht wordt besteed aan arbeid of de dagbesteding. Hiernaast benoemden de participanten dat ze ook voldoende tijd hebben om aandacht te besteden aan arbeid in hun zorg voor patiënten.

Artsen

Er waren vier participanten met het zorgberoep arts. In de data van deze vier participanten was een duidelijke overeenkomst te zien in hoe de artsen over arbeidsgerichte zorg denken. Elke arts gaf aan dat de aandacht voor werk in de zorg belangrijk is omdat werk een groot onderdeel is van het leven en invloed heeft op het welzijn van de patiënt. Desalniettemin benoemden de artsen dat ze alleen een signalerende functie zien voor zichzelf bij het verlenen van arbeidsgerichte zorg. De artsen gaven aan dat ze vaak een kwartier de tijd hebben met een patiënt en dat de medische zorg,

onder tijdsdruk, primair is. Hiernaast zijn er behalve arbeidsgerichte zorg ook andere niet-medische zaken zoals bijvoorbeeld leefstijl die besproken moeten worden met de patiënt. Onderstaat citaat van participant 3 duidt de visie van dit zorgberoep aan.

Interviewer: vindt u arbeidsgerichte zorg of de aandacht voor werk onderdeel van je takenpakket als arts?

“Ja eigenlijk niet vooral omdat er gewoon geen tijd voor is. Je hebt vaak een kwartier de tijd per patiënt en waar je gewoon een hele boel medische zaken moet bespreken en ik vind best dat we een signalerende functie kunnen hebben alleen ik heb niet de tijd om daar verder op in te gaan of aandacht aan te besteden” – Participant 3

Artsen hebben dus waarschijnlijk een beroepslogica waarin medische zorg primair is in hun behandeling en niet-medische zaken additioneel zijn. Hiernaast kan het ook een rol spelen dat artsen werken in een competitieve wereld. De artsen worden beoordeeld op hoeveel mensen ze genezen en niet op hoeveel aandacht ze besteden aan additionele zaken. Tevens benoemden een aantal artsen dat het persoonlijk is hoeveel affiniteit een arts heeft met bijvoorbeeld leefstijl en arbeid in het verlenen van hun zorg. Artsen hebben een hoge mate van autonomie en dit geeft aan dat er ruimte is voor persoonlijke invulling van de tijd met de patiënt. De persoonlijke professionele identiteit van een arts kan dus een rol spelen bij de implementatie van een innovatie. Het viel ook op dat artsen benoemden dat patiënten niet uit zichzelf beginnen over arbeid tijdens een consult. De artsen interpreteren dit als een teken van gebrek aan de behoefte van patiënten aan de innovatie en zien ook geen goede resultaten van de innovatie. Dit kan eventueel een belemmerende werking hebben gehad op de implementatie van de innovatie.

Zorgmanagers

Er waren twee participanten met het beroep zorgmanager. Een aantal zaken waren opvallend voor dit zorgberoep. De zorgmanagers gaven aan dat de aandacht voor arbeid thuis hoort in het ziekenhuis. Ze benoemden dat arbeid gezondheids-bevorderend is en dat de terugkeer naar werk bij chronische patiënten een behandeldoelstelling is. De combinatie van arbeid en zorg past volgens hun het beste in het ziekenhuis. Echter, de managers spraken ook veel over het te kort aan financiële middelen en tijd. De zakelijke logica lijkt de gedachtegang van de managers te domineren. Het citaat van participant 8 duidt dit aan.

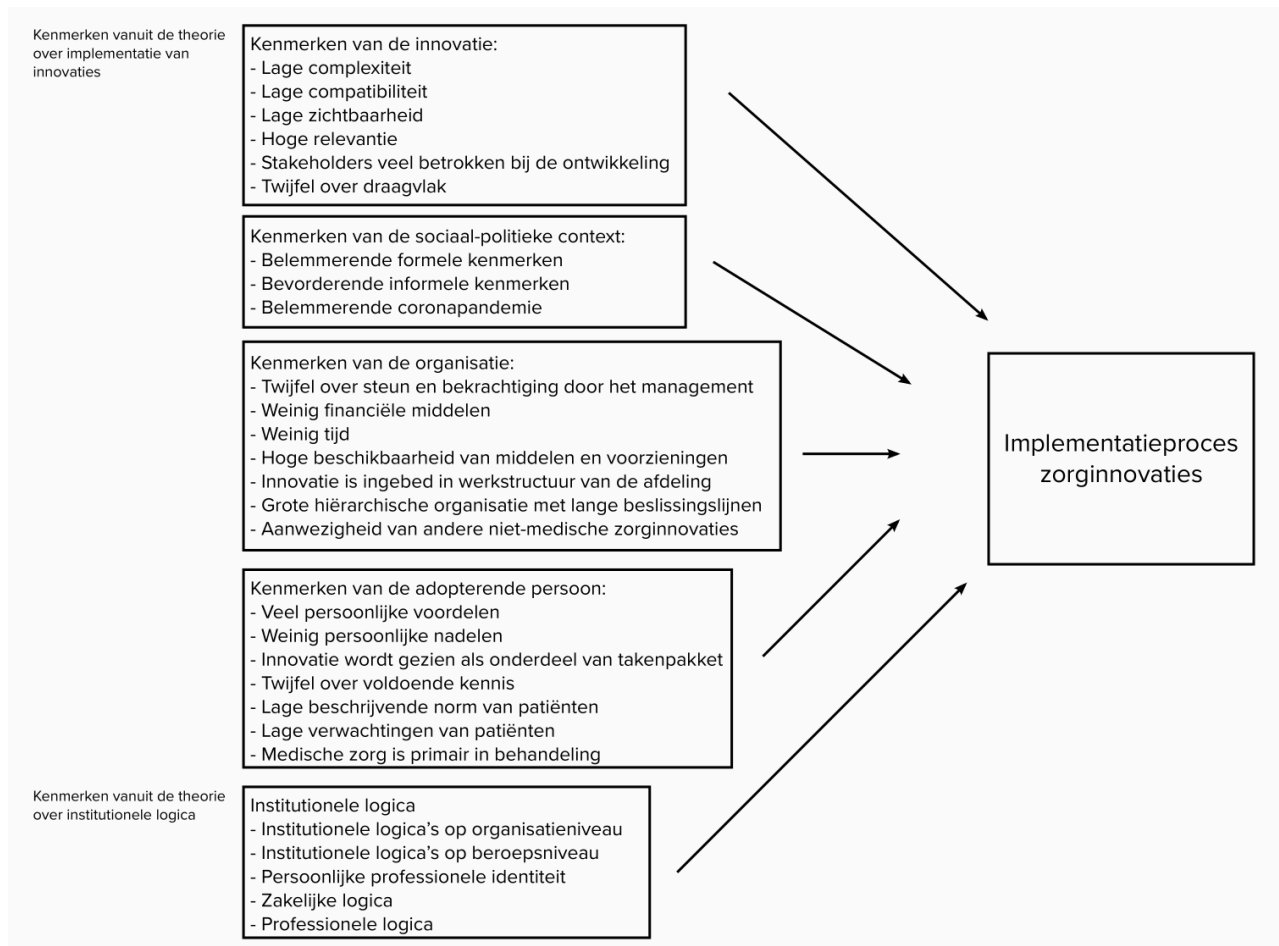
Interviewer: en is er dan iets waarvan u denkt dat het makkelijker is waardoor er meer tijd is en meer tijd besteed kan worden aan arbeid?

“Nee, ja dat is natuurlijk nauwelijks op te lossen. Ja het wordt gewoon niet betaald en het hele systeem is gebaseerd op het patiënten aantal dat we nu zien en dat is ook tot een minimum teruggebracht. Dus dat is vrij moeilijk want het is de meest efficiënte omgang en niet dat we wel een signaleringsfunctie hebben maar dan ook geen grote rol want we voelen ons ook niet competent op het vlak dus ik wil en kan het een probleem graag in ontvangst nemen, maar dan met zo weinig kliks mogelijk ook alweer uitbesteden” – Participant 8

De managers denken eerder na op organisatieniveau dan de andere zorgberoepen. Participant 10 benoemde bijvoorbeeld als enige dat de visie op zorg verandert van medisch naar holistisch en dat dit een langzame cultuurverandering is. De medische logica lijkt in conflict te zijn met de holistische logica en dit kan moeilijkheden met zich meebrengen voor de implementatie van innovaties.

In figuur 3 staat een samenvattend overzicht van alle kenmerken die vanuit de casestudie naar voren zijn gekomen en een rol hebben gespeeld in het implementatieproces van de innovatie.

Figuur 3. Overzicht van de resultaten van de casestudie



6. Conclusie & discussie

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar welke kenmerken invloed hebben op het implementatieproces van de niet-medische innovatie arbeidsgerichte zorg in de huidige zorgpraktijk. Aan de hand van een casestudie van het BAAN-project is dit onderzocht. Er zijn interviews gehouden met zorgprofessionals en informanten en documenten zijn geanalyseerd. In dit hoofdstuk zal er verder ingegaan worden op de bevindingen uit het vorige hoofdstuk. Als eerst zal de onderzoeksvraag beantwoord worden en hoe de bevindingen van dit onderzoek zich verhouden tot de theorie. Daarna zal in worden gegaan op de beperkingen en aanbevelingen.

6.1 – Conclusie

De onderzoeksvraag die centraal stond in dit onderzoek was: *Welke kenmerken van het model van Fleuren et al. kunnen invloed hebben op het implementatieproces van de niet-medische zorginnovatie arbeidsgerichte zorg in de huidige zorgpraktijk?*. Op basis van het implementatiemodel van Fleuren et al. (2004) is er onderzocht welke kenmerken een rol hebben gespeeld bij de implementatie van het BAAN-project. Over het algemeen zijn er een aantal conclusies die getrokken kunnen worden over de kenmerken die het meest belangrijk lijken voor de implementatie.

Ten eerste kan geconcludeerd worden dat *relevantie* een belangrijk kenmerk lijkt voor de implementatie van arbeidsgerichte zorg. Relevantie is een kenmerk van de innovatie uit het model van Fleuren et al. (2004). Arbeidsgerichte zorg wordt gezien als een verbetering van de zorg voor patiënten en als verbetering van hun eigen takenpakket. Daardoor lijken de gebruikers gemotiveerder om aan de slag te gaan met de innovatie. Hiernaast werd ook vaak benoemd dat *alle stakeholders actief zijn betrokken bij de ontwikkeling* van de innovatie. Hierdoor is de innovatie waarschijnlijk meer gevormd naar de wensen van de gebruikers en dit kan een positieve invloed hebben gehad op de implementatie. Dit is geen kenmerk dat naar voren kwam vanuit de theorie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit kenmerk in de ontwerpfase van de innovatie ligt en in dit onderzoek wordt gefocust op de implementatiefase. In de interviews werd dit echter zo vaak benoemd dat het kenmerk waarschijnlijk doorwerkende effecten heeft in de implementatiefase. Er is meer onderzoek nodig naar de invloed hiervan op de implementatie van de zorginnovaties voordat er verdere uitspraken over gedaan kunnen worden.

Ten tweede lijken de belangrijkste belemmeringen vanuit de interviews voor de implementatie van het BAAN-project de kenmerken: *financiële middelen* en *tijd*. Er werd vaak benoemd door de zorgprofessionals en informanten dat de innovatie met woorden werd omarmd, maar nog niet met daden. Dit uit zich in het te kort aan financiële middelen en te kort aan tijd bij de artsen. Zonder geld is het niet mogelijk om de adviseur arbeid aan te houden en dat is het

belangrijkste onderdeel van de innovatie. Een derde kenmerk dat naar voren kwam als belemmerend voor de implementatie is de *zichtbaarheid van goede resultaten* van de innovatie. De artsen en zorgmanagers leken gedemotiveerd te worden om de innovatie te gebruiken doordat ze geen resultaat zagen. Deze bevindingen bevestigen de theorie van Fleuren et al. (2004). Een vierde belemmering die naar voren kwam uit dit onderzoek is dat de medische zorg primair is en niet-medische zorg secundair is voor de zorgprofessionals. Het niet-medische karakter van arbeidsgerichte zorg heeft waarschijnlijk invloed op de implementatie ervan. Hierdoor zien de zorgprofessionals de innovatie als “een van de vele additioneel projecten” en minder als innovatie van de zorg. De resultaten van dit onderzoek zijn daarom minder generaliseerbaar naar de implementatie van medische zorginnovaties. Hiernaast kan het karakter van een academisch ziekenhuis er ook voor zorgen dat de behoefte van zorgprofessionals aan nieuwe projecten sneller verzadigd raakt of dat ze het nut van het zoveelste nieuwe projecten minder in zien. Dit komt doordat academische ziekenhuizen, in tegenstelling tot andere ziekenhuizen, wetenschappelijk onderzoek doen en nieuwe behandelingen ontwikkelen. Dit betekent dat zorgprofessionals die in academische ziekenhuizen werken waarschijnlijk vaker met zorginnovaties te maken hebben.

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat het implementatieproces complex blijft ondanks dat de innovatie in eerste instantie goed aan sluit bij de huidige zorgpraktijk. De innovatie lijkt in eerste instantie namelijk goed aan te sluiten doordat de *relevantie* hoog is en de *stakeholders actief zijn betrokken bij de ontwikkeling*. Echter, de implementatie blijft complex doordat er een tekort is aan *financiële middelen en tijd*. Daarnaast twijfelen de artsen aan het nut van de innovatie door weinig *zichtbaarheid van goede resultaten*. Deze bevinding komt overeen met de bevindingen uit het onderzoek van de Kock et al. (2016) en Xie et al. (2021). Zij vinden namelijk dat de meeste zorgverleners het erover eens zijn dat werk invloed heeft op de gezondheid en het welzijn en dat het belangrijk is om daar aandacht aan te besteden in de gezondheidszorg (Xie et al., 2021). Echter, er wordt nog niet genoeg arbeidsgerichte zorg verleend door zorgprofessionals. De redenen die de studies hiervoor benoemen zijn te weinig kennis en draagvlak bij zorgprofessionals over arbeidsgerichte zorg en te weinig samenwerking met bedrijfsartsen.

Een volgende conclusie die getrokken kan worden op basis van de resultaten is dat er een verschil zit tussen de zorgberoepen in hoeverre de implementatie van de innovatie plaats vindt. Deze verschillen zijn in verband te brengen met logica op beroepsniveau. De institutionele logica die past bij het zorgberoep lijkt voor een deel te bepalen in hoeverre de gebruiker de innovatie implementeert in zijn dagelijks gebruik. Deze bevinding bevestigt de theorie over institutionele logica. Vanuit de theorie wordt er namelijk verwacht dat wanneer er conflicterende logica-s zijn de implementatie van een innovatie lastiger gaat. Arbeidsgerichte zorg een niet-medische

zorginnovatie sluit niet aan bij de medische logica van artsen. De innovatie is dan in conflict met de medische kijk op zorg van de artsen en wordt daardoor minder snel geïmplementeerd door de artsen. Het gevolg hiervan kan eventueel zijn dat artsen geen rekening houden in hun behandelplan met arbeidsgerelateerde zaken, terwijl artsen vaak belangrijke beslissingen maken die invloed hebben op het leven van de patiënt. Dit is een belangrijk knelpunt voor de innovatie. Hiernaast valt het op dat institutionele logica op organisatieniveau minder naar voren komt in de resultaten. Een belangrijk kanttekening bij deze bevinding is dat er twee van de tien participanten een managersfunctie hadden. Dit is eventueel niet genoeg om een representatief beeld te ontwikkelen over de institutionele logica op organisatieniveau.

Als laatste viel het op dat vanuit het model van Fleuren et al. (2004) er maar één kenmerk van de sociaal-politieke context naar voren komt, namelijk wet- en regelgeving. Dit onderzoek laat zien dat er ook andere kenmerken uit de sociaal-politieke context invloed hebben zoals de coronapandemie. Ik vind dat het model van Fleuren et al. (2004) te weinig kenmerken beschrijft van de sociaal-politieke context. De wet- en regelgeving zijn naar mijn mening alleen het formele gedeelte van de sociaal-politieke omgeving en de informele kenmerken ontbreken in het model van Fleuren et al. (2004).

6.2 – Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. De eerste beperking heeft betrekking op de vorm van het onderzoek. In dit onderzoek zijn interviews gehouden waar in zorgprofessionals reflecteerden op het BAAN-project. Dit betekent dat de bevindingen in dit onderzoek zijn gebaseerd op wat de participanten willen dat de onderzoeker weet in plaats van op basis van eigen waarnemingen van de onderzoeker. Dit veroorzaakt een subjectiviteit in de bevindingen. Echter, vanwege de tijdslimiet van het masterscriptietraject en dat het BAAN-project in de eindfase zat, was het niet mogelijk om mee te lopen met het volledige implementatieproces.

De tweede beperking is dat de participanten min of meer betrokken zijn geweest bij het BAAN-project. Doordat participanten persoonlijk verbonden zijn met het project zijn hun antwoorden eventueel minder objectief. Sommige participanten gaven dit ook zelf aan als kanttekening bij hun antwoorden. Dit zou eventueel kunnen verklaren waarom het vaak naar voren komt dat de stakeholders betrokken zijn bij de ontwikkeling van de innovatie. Aan de andere kant is dit ook een sterk punt van dit onderzoek. Doordat de participanten namelijk betrokken zijn geweest bij dit project waren ze in staat om een mening te vormen en begrepen ze de inhoud van het project beter.

De derde beperking is dat dit onderzoek is gebaseerd op nierpatiënten. Dit is een specifieke doelgroep waarbij de gemiddelde leeftijd hoog ligt en het dialyse proces zwaar is.

Hierdoor is de doelgroep minder actief op de arbeidsmarkt. Dit kan invloed hebben op in hoeverre de zorgprofessionals arbeidsgerichte zorg als nuttig ervaren en de innovatie implementeren. Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek eventueel minder generaliseerbaar naar arbeidsgerichte zorg voor andere groepen patiënten. Hiernaast is dit onderzoek uitgevoerd in een academisch ziekenhuis. Academische ziekenhuizen verschillen van andere ziekenhuizen omdat ze meer focussen op complexere zorg, op wetenschappelijk onderzoek en nieuwe medische behandelingen ontwikkelen. Een gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat zorgprofessionals sneller verzadigd zijn in hun behoefte aan nieuwe projecten en daardoor minder het nut inzien van het zoveelste nieuwe project. Hiernaast worden de zorgprofessionals in academische ziekenhuizen beoordeeld op hun medische prestaties terwijl de innovatie niet-medisch is. Dit kan ook invloed hebben op de bevindingen van dit onderzoek. Door de academische omgeving van dit onderzoek zijn de resultaten van dit onderzoek minder generaliseerbaar naar niet-academische ziekenhuizen.

6.3 – Beleidsimplicaties

Op basis van dit onderzoek kunnen er een aantal beleidsimplicaties worden gegeven voor toekomstige niet-medische arbeidsgerichte zorginnovaties.

Ten eerste is het van belang om de goede resultaten te delen met de gebruikers van de innovatie. Vanuit de interviews met de gebruikers bleek dat ze geen tot weinig goede resultaten van de innovatie hebben gezien. Vanuit het model van Fleuren et al. (2004) blijkt dat dit wel van belang is voor de implementatie van de innovatie. Hiernaast kwam naar voren dat de gebruikers aan de andere kant soms té veel werden herinnerd aan het project. Voor toekomstige projecten adviseer ik om een plan op te nemen in het beleid voor het verspreiden van de goede resultaten van de innovatie. Wanneer gebruikers zien dat de innovatie goede resultaten opleveren zullen ze eerder bereid zijn om de innovatie te gebruiken (Fleuren et al., 2004).

Ten tweede raad ik aan om de stakeholders van de innovatie te betrekken bij de ontwikkeling van de innovatie. Vanuit dit onderzoek lijkt het namelijk alsof de participanten die persoonlijk betrokken zijn bij de innovatie ook gemotiveerder zijn om met de innovatie aan de slag te gaan. Hiernaast zorgt het ervoor dat de innovatie beter aansluit bij de zorgpraktijk. Het BAAN-project heeft dit goed vorm gegeven en innovaties in de toekomst kunnen hiervan leren.

Ten derde is er in dit onderzoek gefocust op de invloed van institutionele logica op het implementatieproces van zorginnovaties. Vanuit het onderzoek kwam naar voren dat voornamelijk institutionele logica op beroepsniveau invloed had op de implementatie van arbeidsgerichte zorg. Ik raad het aan om bij toekomstige niet-medische zorginnovaties rekening te houden met de logica-s die er eventueel kunnen spelen. Wanneer een innovatie in conflict is met de logica van de adopterende persoon is het verstandig om daar op in te spelen. Het beleid voor de

implementatie kan per zorgberoep worden aangepast naar wat het beste past bij de logica van het zorgberoep. Een voorbeeld hiervan is dat artsen aangaven dat ze weinig tijd hebben om aandacht te besteden aan arbeid en dat hun primaire taak ligt in de medische zorg. De innovatie kan dan eventueel bijvoorbeeld aangepast worden naar dat artsen alleen arbeidsgerichte zorg verrichten als het in combinatie is met de medische zorg. Door de innovatie beter te laten aansluiten bij het zorgberoep zal de gebruiker de innovatie waarschijnlijk sneller implementeren.

Ten vierde bleek er vanuit dit onderzoek dat er twijfel was over of de innovatie aansloot bij de behoeftes van de nierpatiënten. Doordat er twijfel was hierover gaven sommige zorgprofessionals aan minder snel arbeidsgerichte zorg te verlenen. Daarom is het voor toekomstige projecten van belang dat de patiënten actief zijn op de arbeidsmarkt zodat de zorgprofessional het nut inziet voor elke patiënt en arbeidsgerichte zorg hopelijk eerder verleent.

Referenties

- Akmal, A., Foote, J., Podgorodnichenko, N., Greatbanks, R., & Gauld, R. (2022). Understanding resistance in lean implementation in healthcare environments: an institutional logics perspective. *Production Planning & Control*, 33(4), 356–370.
<https://doi.org/10.1080/09537287.2020.1823510>
- Bartys, S., Frederiksen, P., Bendix, T., & Burton, K. (2017). System influences on work disability due to low back pain: an international evidence synthesis. *Health Policy*, 121(8), 903–912.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.011>
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. In Cooper, H., Camic, P. M., Long, D. L., Panter, A. T., Rindskopf, D. & Sher, K. J. (Eds.). *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol 2. Research Designs Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological*, (pp. 57-71).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2022, 28 februari). *Vooral 45-plussers met chronische aandoening werken minder*. Geraadpleegd op 28 maart 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/09/vooral-45-plussers-met-chronische-aandoening-werken-minder>
- Cremers, H. P., Theunissen, L., Hiddink, J., Kemps, H., Dekker, L., van de Ven, R., Monroy, M., van Waes, L., Scheele, K., & van Veghel, D. (2021). Successful implementation of ehealth interventions in healthcare: development of an ehealth implementation guideline. *Health Services Management Research*, 34(4), 269–278.
<https://doi.org/10.1177/095148482199442>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the Selfdetermination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- De Kock, C. A., Lucassen, P. L., Spinnewijn, L., Knottnerus, J. A., Buijs, P. C., Steenbeek, R., & Lagro-Janssen, A. L. (2016). How do Dutch GPs address work-related problems? A focus group study. *European Journal of General Practice*, 22(3), 169-175.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1177507>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Dresens, G. (2020). Van zorginnovatie naar zorgtransformatie. In R.J. Blomme (Red.), *IT regie en leiderschap*. (pp. 23–29). Nyenrode Business Universiteit. <https://www.interexcellent.nl/wp-content/uploads/2020/01/Bundel-leergang-IT-Regiemanagement-IT-Regie-en-Leiderschap-Nyenrode-InterExcellent-2019.pdf#page=25>

- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and delphi study. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 16(2), 107–23.
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods*. Sage.
- KNMG. (2017). *KNMG-visiedocument Zorg die werkt: Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=bcbace37-5d81-4a37-adb1-dadfcbb92be0&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=67290>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 23 juni). *Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?* Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 2 juli 2022, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>
- Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland. (2020, november). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_624559_22/1/
- Nolte, E. (2018). How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread? World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1280395/retrieve>
- Rangachari, P. (2018). Innovation implementation in the context of hospital QI: lessons learned and strategies for success. *Innovation and entrepreneurship in health*, 5, 1.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2020). *Trendscenario | Ziekten en aandoeningen*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Geraadpleegd op 22 juni 2022, van <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/trendscenario-update-2020/ziekten-aandoeningen>
- Senden, T., Dona, D., & Janssen, J. (2019, november). *Radboudumc overbruggt kloof tussen zorg en arbeidsdomein: Klinisch arbeidsgeneeskundige heeft sleutelrol*. Medisch Contact. <https://www.medischcontact.nl/web/file?uuid=7bdf5839-bc13-4cf6-80d4-61cdc68b2718&owner=e0a43f93-5261-4122-8a03-3464c4189a37>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/efi-2004-22201>
- Sipma, W. S., de Vries, H., Gansevoort, R. T., & Visser, A. (2021). Patiënt zelf aan zet om perspectief op werk levend te houden: Baanbehoud is aandachtspunt van zorgverleners rondom chronische nierpatiënt. *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/patient-zelf-aan-zet-om-perspectief-op-werk-levend-te-houden.htm>

- Sociaal-Economische Raad (SER). (2020, december). *Neem iedereen mee: Kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt*. Sociaal-Economische Raad. <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/overige-publicaties/2020/iedereen-mee-kwetsbare-groepen.pdf>
- Thornton, P.H., & William O. (2008). "Institutional Logics." In *Handbook of Organizational Institutionalism*, edited by R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin-Andersson and R. Suddaby. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Van Echtelt, P. (2020). *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid?* (WRR working paper 39). Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Van der Zwaan, L., Van der Klauw, M., In der Maur, M., & Van Genabeek, J. (2021, mei). *Arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn*. TNO <https://publications.tno.nl/publication/34638037/YowKEG/TNO-2021-R10724.pdf>
- Walg, C. (2019). Een andere kijk op gezondheid en zorg. *Bijblijven*, 35(8), 59-69.
- Wauben, L. (2015). *Zorgtechnologie: dwarsligger voor de zorg*. Hogeschool Rotterdam. <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/8d5cd5bee7cc4c77b582f2dea71c1ff4/penbare-les-linda-wauben.pdf>
- Wielers, R. J. J., van der Meer, P. H., & de Vos, H. (2011). Verhoogt werk ons welzijn? een bespreking van onderzoeksresultaten. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 27(4), 467–486.
- Wielers, R., & Meer, van der, P. (2020). Beyond income: why we want to keep on working even if we don't need the money. *Applied Research in Quality of Life*, 16. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09834-1>
- Xie, Y., Hutting, N., Bartys, S., & Johnston, V. (2021). Interventions to Promote Work-Focused Care by Healthcare Providers for Individuals with Musculoskeletal Conditions a Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 840-865. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09971-w>
- Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghani, F. (2015). Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 214–224. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156506>
- ZonMw. (2018, januari). *Stappenplan realiseren structurele bekostiging innovatieve ouderenzorg*. https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Nationaal_Programma_Ouderenzorg/ZorgmarktAdvies_Stappenplan_realiseren_structurele_bekostiging_innovatie...pdf

Bijlage

Bijlage 1 – Overzicht van literatuuronderzoek

Tabel 3: Overzicht van literatuuronderzoek naar kenmerken van Fleuren et al. (2004).

Kenmerken van Fleuren et al. (2004)	Aanwezigheid van de kenmerken in soortgelijke literatuur:		Conclusie over opname in scriptie
	<i>Wensing et al. (2020)</i>	<i>Rogers (2003)</i>	
Kenmerken van de innovatie			
1. Procedurele duidelijkheid	Ja (clarity)	Nee	Nee
2. Juistheid	Nee	Nee	Nee
3. Volledigheid	Nee	Nee	Nee
4. Complexiteit	Ja (complexity)	Ja (complexity)	Ja
5. Compatibiliteit	Ja (compatibility)	Ja (compatibility)	Ja
6. Zichtbaarheid	Ja (visibility)	Ja (observability)	Ja
7. Relevantie voor de klant	Ja (benefit)	Ja (relative advantage)	Ja
Kenmerken van de sociaal-politieke context			
8. Wet- en regelgeving	Ja (legislation)	Ja (Rules)	Ja
	<i>Wensing et al. (2020)</i>	<i>Zaltman & Duncan (1977)</i>	
Kenmerken van de organisatie			
9. Formele bekrachtiging door management	Ja (support from higher management)	Ja (support from top level people)	Ja
10. Vervanging bij vertrek van personeel	Nee	Nee	Nee
11. Personeelscapaciteit	Ja (staffing)	Nee	Nee
12. Financiële middelen	Ja (shortage of money)	Ja (money)	Ja
13. Beschikbare tijd	Ja (shortage of time)	Ja (time)	Ja
14. Materiële middelen en voorzieningen	Ja (availability of resources)	Ja (resources)	Ja
15. Coördinator	Nee	Nee	Nee
16. Onrustige organisatie	Ja (system shocks)	Nee	Nee

17. Toegankelijke informatie over gebruik van de innovatie	Nee	Ja (information regarding the change)	Nee
18. Terugkoppeling van prestaties	Ja (transparency of performance)	Nee	Nee
Kenmerken van de adopterende persoon (gebruiker)			
19. Persoonlijke voordelen/nadelen	Ja (personality characteristics)	Ja (motivation)	Ja
20. Resultaatverwachtingen	Nee	Ja (suitable solution)	Nee
21. Professionele verplichting	Nee	Nee	Nee
22. Tevredenheid cliënt/patiënt	Ja (Patients preferences)	Nee	Nee
23. Medewerking cliënt/patiënt	Ja (Patients behavior)	Nee	Nee
24. Sociale steun	Ja (support)	Ja (social support)	Ja
25. Beschrijvende norm	Ja (team climate)	Ja (behavior by others in the group)	Ja
26. Subjectieve norm	Ja (network structures)	Ja (affirmation from peers)	Ja
27. Zelfredzaamheid	Nee	Ja (impotence)	Nee
28. Kennis	Ja (information)	Ja (information)	Ja
29. Besef van inhoud van innovatie	Nee	Nee	Nee

Bijlage 2 - Interviewschema zorgprofessionals

Introductie

Allereerst bedankt dat ik u mag interviewen. Ik zal mezelf even kort voorstellen, ik ben Valerie en ik volg de master Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Voor het BAAN-project en mijn masterscriptie doe ik onderzoek naar de uitvoerbaarheid en het klinische nut van het BAAN-project.

BAAN betekent: Bevorderen Arbeidsparticipatie van mensen met een Nierziekte).

Het BAAN-project is opgezet om de aandacht voor werk in de zorg en het ziekenhuis vorm te geven. In het project is aandacht besteed aan de structurele inbedding van BAAN in de zorg en het versterken van de eigen regie van de patiënt. Om de uitvoerbaarheid en het klinische nut van het project te evalueren interview ik ongeveer 10 zorgverleners en een aantal managers. Het doel van het interview is om de ervaringen van professionals met arbeidsgerichte zorg en het BAAN-project te inventariseren. Hierbij wordt gefocust op ten eerste het belang, de bruikbaarheid en toepasbaarheid van BAAN voor patiënten en professionals; ten tweede de voordelen van BAAN en ten derde eventuele bezwaren die zich voordoen bij arbeidsgerichte zorg.

De informatie uit dit interview wordt volledig anoniem verwerkt en zal alleen gebruikt worden voor doeleinden van het BAAN-project en mijn masterscriptie. Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen? Dit is nodig zodat ik de interviews kan transcriberen en analyseren. Zoals ik net benoemde ga ik na afloop van de interviews alle data analyseren en daarna kunt u een factsheet met bevindingen en conclusies uit de interviews terugverwachten. Dit zal nog wel even duren, ik verwacht dit hopelijk half maart af te hebben.

Het interview zal ongeveer een half uur duren. We proberen het op een half uur te houden, maar het kan zijn dat het wat uitloopt en als het te lang duurt voor u, dan kunt u dat aangeven.

Zijn er nog dingen onduidelijk of heeft u nog andere vragen?

Vragen voor achtergrondinformatie

Voordat ik begin aan het interview zijn er nog een aantal vragen over uw achtergrond.

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw functie?
3. Hoeveel jaren ervaring heeft u in de zorg?

Openingsvragen

1. Besteedt u in het contact met patiënten aandacht aan werk? Waarom wel of waarom niet?
2. Op welke manier besteedt u aandacht aan werk?
3. Deed u dit op een andere manier voor de ontwikkeling en implementatie van BAAN op de afdeling en zo ja, hoe deed u dat toen?

Kernvragen

Acceptable (Aanvaardbaarheid/acceptatie)

1. Vindt u arbeidsgerichte zorg / de aandacht voor werk onderdeel van uw takenpakket als arts/verpleegkundige/maatschappelijk medewerker?
2. Heeft u het idee dat het management de aandacht voor werk belangrijk vinden? Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, waar heeft dit mee te maken?
3. Heeft u het idee dat uw collega-s de aandacht voor werk belangrijk vinden? Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, waar heeft dit mee te maken?
4. Hoe centraal moet de aandacht voor werk staan in de zorgpraktijk volgens u?
5. Wat zijn uw ervaringen met BAAN op de volgende 3 gebieden? Wat ging en goed en wat ging er minder goed? En kunt u naar aanleiding daarvan het BAAN-project een cijfer geven op deze gebieden:
 - Inhoud van het project (flowchart drie werkvragen, inzet adviseur arbeid):
 - Manier waarop project is ontwikkeld en uitgevoerd binnen de nefrologie (in samenwerking met alle stakeholders, inclusief patiënten):
 - Implementatie van het project (inbouwen drie vragen in Epic):

Practicable (Uitvoerbaarheid)

1. Van welke elementen van BAAN heeft u gebruik gemaakt en hoe vaak? (dit is de drie werkvragen gesteld en/of patiënten verwezen naar maatschappelijk medewerker of adviseur arbeid?)
2. Wat zijn uw ervaringen met de adviseur arbeid en heeft het inzetten van een adviseur arbeid (of een andere deskundige op gebied van arbeid) in het ziekenhuis meerwaarde voor de zorg die wordt verleend aan de patiënt?
Probe: maakt de adviseur arbeid het makkelijker om aandacht aan werk te besteden? Lost de adviseurarbeid het probleem van tijd, kennis en verwijsmogelijkheden op?

Accessible (Beschikbaarheid/toegankelijkheid)

1. Vond u het werken met BAAN makkelijk of moeilijk? En wat maakte het werken met BAAN gemakkelijk dan wel moeilijk? (bv. waren hulpmiddelen makkelijk vindbaar, konden vragen makkelijk worden gesteld, etc.)
2. Indien JA op vraag 1 van practicable:
En zo ja, was de verwijzing naar maatschappelijk medewerker/adviseur arbeid en de ontwikkelde hulpmiddelen die verkregen zijn via het BAAN-project makkelijk in gebruik en/of toegankelijk?
Indien NEE op vraag 1 van practicable:
En zo nee, wat waren belemmeringen die u ervaarde bij deze elementen van BAAN?

Appropriate (Geschiktheid)

1. Heeft de aandacht voor werk meerwaarde voor uw werk als zorgverlener?
Probe: vergroot het ook het plezier van zorgverleners
2. Heeft de aandacht voor werk meerwaarde voor patiënten?
3. Waarom denkt u dat nu pas eigenlijk die zorg voor werk belangrijk wordt in het ziekenhuis? Terwijl het al wel langer bekend is dat werk ook heel belangrijk is voor andere aspecten?

4. Bent u van plan de aandacht voor werk in uw zorg voor patiënten voort te zetten? Waarom wel/niet? Wat maakt het voor u makkelijker, dan wel moeilijker om dit wel of niet te doen?

Afsluitende vragen

1. Heeft u belangrijke tips voor hoe een project zoals dit in de toekomst kan worden vormgegeven?

Afsluiting

Dit waren de vragen die ik graag wou stellen. Is er nog iets anders wat u graag wilt toevoegen?

In ieder geval heel erg bedankt voor uw tijd en moeite om mee te werken aan dit onderzoek. Aangezien we maar kort de tijd hadden vandaag, vroeg ik me af of u en voor openstaat dat ik u later nog benader voor een paar extra vragen?

Heeft u nog vragen aan mij?

Bijlage 3 – Interviewschema managers

Introductie

Allereerst bedankt dat ik u mag interviewen. Ik zal mezelf even kort voorstellen, ik ben Valerie en ik volg de master Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Voor het BAAN-project en mijn masterscriptie doe ik onderzoek naar de uitvoerbaarheid en het klinische nut van het BAAN-project.

BAAN betekent: Bevorderen Arbeidsparticipatie van mensen met een Nierziekte. Het BAAN-project is opgezet om de aandacht voor werk in de zorg en het ziekenhuis vorm te geven. In het project is aandacht besteed aan de structurele inbedding van BAAN in de zorg en het versterken van de eigen regie van de patiënt. Om de uitvoerbaarheid en het klinische nut van het project te evalueren interview ik ongeveer 10 zorgverleners en een aantal managers. Het doel van het interview is om de ervaringen van professionals met arbeidsgerichte zorg en het BAAN-project te inventariseren. Hierbij wordt gefocust op ten eerste het belang, de bruikbaarheid en toepasbaarheid van BAAN voor patiënten en professionals; ten tweede de voordelen van BAAN en ten derde eventuele bezwaren die zich voordoen bij arbeidsgerichte zorg.

De informatie uit dit interview wordt volledig anoniem verwerkt en zal alleen gebruikt worden voor doeleinden van het BAAN-project en mijn masterscriptie. Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen? Dit is nodig zodat ik de interviews kan transcriberen en analyseren. Zoals ik net benoemde ga ik na afloop van de interviews alle data analyseren en daarna kunt u een factsheet met bevindingen en conclusies uit de interviews terugverwachten. Dit zal nog wel even duren, ik verwacht dit hopelijk half/eind maart af te hebben.

Zijn er nog dingen onduidelijk of heeft u nog andere vragen?

Vragen voor achtergrondinformatie

Voordat ik begin aan het interview zijn er nog een aantal vragen over uw achtergrond.

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw functie?
3. Hoeveel jaren ervaring heeft u in de zorg?

Kernvragen

Acceptable (Aanvaardbaarheid/acceptatie)

1. Vindt u, als manager, dat de aandacht voor werk thuishoort in het ziekenhuis? Zo ja, waarom wel en zo nee, waarom niet?
Subvraag: Hoe belangrijk vindt u de aandacht voor werk en waarom?
Probe: professionele identiteit
2. Heeft u het idee dat het management in het ziekenhuis (afdelingshoofden, sectordirecteuren, uw collega-s op managementniveau) de aandacht voor werk belangrijk vindt? Zo ja, waar blijkt dit uit? Zo nee, waar heeft dit mee te maken?
Probe: organisatieniveau, conflicterende logica-s
3. Hoe wordt er volgens u gedacht over arbeidsgerichte zorg op de werkvloer?
Probe: medewerkersniveau, conflicterende logica-s, individuele zeggenschap in processen

Zoals u weet is met BAAN geprobeerd in samenwerking met alle stakeholders arbeidsgerichte zorg te ontwikkelen:

1. Wat zijn uw ervaringen met BAAN op de volgende 3 gebieden? Wat ging er goed en wat ging er minder goed? En kunt u naar aanleiding daarvan het BAAN-project een cijfer geven op deze gebieden:
 - Inhoud van het project (flowchart, drie werkvragen, inzet adviseur arbeid):
 - Manier waarop project is ontwikkeld en uitgevoerd binnen de nefrologie (in samenwerking met alle stakeholders, inclusief patiënten):
 - Implementatie van het project (inbouwen drie vragen in Epic, inzetten van de adviseur arbeid):

Practicable (Uitvoerbaarheid)

De aandacht voor werk vraagt net als de aandacht voor leefstijl een andere manier van werken in het ziekenhuis, namelijk een manier waarbij de focus niet alleen ligt op de medische behandeling, maar ook op aspecten die voor patiënten belangrijk zijn en dus op kwaliteit van leven.

1. Hoe makkelijk dan wel moeilijk is het om een innovatie zoals arbeidsgerichte zorg te implementeren in de zorg?
Probe: conflicterende logica-s
2. Wat denkt u dat nodig is om ervoor te zorgen dat arbeidsgerichte zorg geïntegreerd kan worden in het bestaande systeem van zorg verlenen?
Subvraag: en welke rol kunt u daarin spelen als manager?
3. Wat ziet u als een belemmering voor het integreren van arbeidsgerichte zorg?
Probe: hierbij denken aan belemmeringen op maatschappelijk/organisatie/medewerker-niveau

Appropriate (Geschiktheid)

1. Wat is volgens u de meerwaarde van de aandacht voor werk voor zorgverlener?
Probe: vergroot het ook het plezier van zorgverleners
2. Denkt u dat de aandacht voor werk meerwaarde heeft voor patiënten?
Probe: vervagen van logica-s

Afsluitende vragen

1. Heeft u belangrijke tips voor hoe een project zoals dit in de toekomst kan worden vormgegeven?

Afsluiting

Dit waren de vragen die ik graag wou stellen. Is er nog iets anders wat u graag wilt toevoegen?

In ieder geval heel erg bedankt voor uw tijd en moeite om mee te werken aan dit onderzoek. Aangezien we maar kort de tijd hadden vandaag, vroeg ik me af of u en voor openstaat dat ik u later nog benader voor een paar extra vragen?

Heeft u nog vragen aan mij?

Bijlage 4 – Interviewschema projectleider

Introductie

Allereerst bedankt dat je wil deelnemen aan het interview. Dit interview wordt gehouden voor de doeleinden van mijn masterscriptie. Ik doe onderzoek naar waarom het lastig is om arbeidsgerichte zorg, een niet-medische zorginnovatie, te implementeren in de huidige zorgpraktijk. Om hier onderzoek naar te doen heb ik 11 zorgprofessionals geïnterviewd en ga ik nu jou, in de rol van projectleider, interviewen. Het interview zal ongeveer een half uur/driekwartier duren. De data van dit interview zal niet anoniem verwerkt worden omdat het ten eerste bekend is dat jij de projectleider bent en je, ten tweede, actief betrokken bent bij mijn masterscriptie. Is dit een probleem voor jou? Vind je het ook goed dat het interview wordt opgenomen?

Zijn er nog dingen onduidelijk of heb je nog andere vragen?

Achtergrondinformatie

1. Hoe zou jij je rol binnen het BAAN-project beschrijven?

Openingsvragen

1. Hoe kijk je over het algemeen terug op het implementatieproces van het BAAN-project?

Determinanten van de innovatie

Complexiteit

1. Hoe is ervoor gezorgd dat het BAAN-project makkelijk te begrijpen en gebruiken is voor de gebruikers?
2. Hadden de gebruikers nieuwe inzichten en vaardigheden nodig om het BAAN-project te gebruiken? Zo ja, welke?
Probe: extra dempeling voor gebruikers
3. Was de informatie van het BAAN-project toegankelijk voor gebruikers? Zo ja, op welke manier is hiervoor gezorgd? Zo nee, waarom niet?

Compatibiliteit

1. In hoeverre sluit het BAAN-project volgens jou aan bij de huidige normen en waarden van de gebruikers?
Probe: is er een verandering nodig in normen & waarden?
2. In hoeverre moeten de zorgprofessionals hun routines aanpassen om het BAAN-project te gebruiken?
3. In hoeverre zijn de gebruikers betrokken geweest bij de ontwikkeling van het BAAN-project? En op welke manier zijn de gebruikers betrokken?

Zichtbaarheid

1. In hoeverre waren de resultaten van de innovatie zichtbaar voor de gebruikers?
2. Zijn de resultaten van het project ook tijdens het project gepresenteerd?
Probe: bereiken van betere zorgresultaten voor patiënten

Relevantie

1. Wordt het BAAN-project door gebruikers gezien als verbetering van de bestaande zorg voor de patiënt?
2. Zagen de gebruikers het nut van het BAAN-project in denk je? En zo ja, waardoor komt dat en zo nee, waarom niet?

Determinanten van de organisatie

Steun en bekrachtiging door het management

1. Op welke manier heeft het management het BAAN-project gesteund volgens jou?
Subvraag: denk je dat hier nog verbetering in kan zitten? En zo ja, hoe?
Probe: uitstraling management

Financiële middelen

1. Hoe is de financiering van het project verlopen?
2. Zijn de financiële middelen beschikbaar die nodig zijn voor het BAAN-project?

Tijd

1. Hadden de gebruikers, volgens jou, de tijd om hun normale dagelijkse taken te combineren met het project?
2. Denk je dat de gebruikers tijd zouden vrijmaken om het BAAN-project toe te passen?

Middelen en voorzieningen

1. Hoe was het project uitgerold? Waren er materialen nodig?
2. Heb je gemerkt dat de gebruikers eventueel iets hebben gemist qua voorzieningen?

Afsluitende vraag

1. Zijn er dingen die je nu anders zou doen met betrekking tot de implementatie van het BAAN-project?

Afsluiting

Dit waren de vragen die ik graag wou stellen. Is er nog iets anders wat je graag wilt toevoegen op het gebied van de implementatie van het BAAN-project?

In ieder geval heel erg bedankt voor uw tijd en moeite om mee te werken aan dit onderzoek.
Heb je nog vragen aan mij?

Bijlage 5 – Codeboek

Thema	Code	Inductief/deductief	Beschrijving	Voorbeeld uit data
<i>Thema 1: kenmerken van de innovatie</i>				
1.	Compatibiliteit met zorgverleners	Deductief	De mate waarin de innovatie aansluit bij de bestaande normen, waarden, behoeftes, routines en ervaringen van de zorgverleners	<i>P: Ja zeker, als een nieuwe patiënt bij ons binnenkomt dan maken we eigenlijk protocollair kennis of dat proberen we, we kunnen mensen natuurlijk niet verplichten, maar over het algemeen zien we iedere nieuwe patiënt die binnenkomt. En we hebben dan een soort van standaard intake format, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de dagbesteding of vrijetijdsbesteding of arbeid. En sinds het BAAN-project er is besteden we dus ook echt aandacht specifiek aandacht aan of er problemen zijn met werkgevers</i>
2.	Compatibiliteit met patiënten	Deductief	De mate waarin de innovatie aansluit bij de bestaande normen, waarden, behoeftes, routines en ervaringen van de patiënten volgens de zorgverleners	<i>P: En dat hebben we soms ook en dat vind ik hier nog moeilijker, dat er misschien ook deels een overschatting is hoe hoog de behoefte bij de patiënten is want want dat is voor veel van de projecten niet zo dat er een echte inventarisatie is vooraf hoeveel patiënten willen dit nou echt. En dat is niet hetzelfde als vast stellen hoeveel patiënten hebben mogelijk een probleem aan het werk maar wie wil dan echt begeleiding en een gaat daarvoor.</i>
3.	Complexiteit	Deductief	De mate waarin een innovatie als moeilijk te begrijpen en gebruiken wordt ervaren	<i>P: Ja, dat vind ik goed. Ik vind het duidelijk wat het doel is, wat de bedoeling is en het is fijn dat de medewerker er is om naar de verwijzen ja. Dus dan moet ik een cijfer geven op de schaal van 1 tot 10?</i>

4.	Draagvlak	Inductief	De participant geeft aan dat er wel/geen draagvlak is voor de innovatie	<p><i>I: En denkt u dat er genoeg draagvlak is voor zeg maar de arbeidsgerichte zorg, dat mensen genoeg begrijpen waarom het belangrijk is?</i></p> <p><i>P: Ja op de nierfalenpoli denk ik wel ja en hier op de dialyse ook wel.</i></p>
5.	Relevantie voor zorgverleners	Deductief	De mate waarin de innovatie door de zorgverlener kan worden gezien als een verbetering van hun takenpakket. Bijvoorbeeld wanneer een zorgverlener het fijn vindt voor zichzelf dat er een nieuwe verwijs-mogelijkheid is.	<p><i>P: Nee, dat eigenlijk niet, maar het is wel fijn dat je iets meer een handvat hebt om te verwijzen op moment dat er een probleem is.</i></p>
6.	Relevantie voor patiënten	Deductief	De mate waarin de innovatie door de zorgverlener kan worden gezien als een verbetering van de bestaande zorg voor een patiënt	<p><i>P: Nou in zijn algemeenheid vind ik dat moeilijk om te zeggen, ik denk als er veel chronisch zieken zijn waarbij dit ook een onderdeel is, dus zoals wij hebben natuurlijk veel mensen met chronische ziekte en daarbij denk ik zeker dat het een toegevoegde waarde heeft.</i></p>
7.	Stakeholders betrokken bij ontwikkeling innovatie	Inductief	De participant benoemt dat stakeholders wel/niet betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling & verloop van het project	<p><i>P: Weet je het is alle partijen zijn erbij betrokken geweest en die werken met patiënten en daarbij de patiënten zelf en ook vanuit het ziekenhuis maar ook vanuit de kant van het werk dus er is van meerdere kanten, alle kanten waren er gewoon bij betrokken en dat vind ik wel echt heel sterk. Het is niet zo van wij zullen als zorgcentrum eens kijken wat patiënten nodig hebben. Dus ja ik denk dat dat heel belangrijk is dat al deze mensen betrokken zijn, maar ik denk ook dat daar misschien nog wel meer</i></p>

informatie uitgewisseld zou kunnen worden om mensen toch aan het werk te kunnen houden.

8.	Zichtbaarheid	Deductief	De mate waarin de goede resultaten van een innovatie zichtbaar zijn voor de gebruikers/anderen	<i>P: Ja, ik denk zeker dat het meerwaarde voor de zorg heeft, ik weet niet de resultaten van wat daaruit is gekomen en het effect en wat mensen er wel of niet mee gedaan hebben. Dat krijg ik lang niet altijd te horen</i>
----	---------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Thema 2: kenmerken van de sociaal-politieke context

9.	Andere niet-medische zorginnovaties	Inductief	De participant benoemd dat de aanwezigheid van andere niet-medische zorginnovaties invloed hebben op het implementatieproces van de innovatie	<i>P: dat het heel veel impact heeft op de ziekte en er zijn natuurlijk heel veel projecten op het gebied van leefstijl: fysio, diëtetiek enzo en dat denk ik daar toch nog steeds de nadruk op die gebieden ligt in plaats van op het gebied van werk, dus het zou nog wel iets wat meer op de voorgrond mogen.</i>
10.	Coronapandemie	Inductief	De participant benoemd dat de coronapandemie invloed heeft gehad op de implementatie van de innovatie	<i>P: Ja en wat wel, want we wilden heel graag live bij elkaar komen en je merkte dat de behoefte vanuit de betrokkenen ook groot was om het live te doen want dan kun je veel meer creativiteit inzetten en krijg je ook meer verdieping en ja dat is door corona gewoon niet gelukt</i>
11.	Informeel sociaal-politieke kenmerken	Deductief	Informeel kenmerken van de sociaal-politieke context zoals normen en waarden en de politieke agenda	<i>P: Nee, maar ik denk echt als je nu kijkt naar het regeerbeleid. We gaan meer op preventie preventie preventie, maar dan ben ik echt benieuwd hoe gaan wij nou die preventie goed inrichten dat we niet met z-n allen nu in de kramp schieten, maar wel meer geld moeten besteden zodat het straks weer terugverdiend wordt. Ik vind dat uiterst interessant en ik heb daar nu geen antwoord, maar het is wel een enorm vraagstuk wat in mijn hoofd leeft.</i>

Thema 3: kenmerken van de organisatie

12.	Beschikbaarheid van middelen en voorzieningen voor gebruikers	Deductief	De aanwezigheid van materialen en andere middelen of faciliteiten die nodig zijn om de innovatie te gebruiken	<i>P: Nou vooral soms als je mensen informatie hebt gegeven en je wilt ze de folders geven, die waren niet altijd beschikbaar op de poli, dus dat maakte het wat lastig</i>
13.	Organisatiestructuur	Inductief	De participant benoemd dat de organisatiestructuur invloed heeft op de implementatie van een innovatie	<i>P: Ik denk altijd dat het beter kan en vooral in het ziekenhuis en dat is ook iets hiërarchisch denk ik wat altijd meespeelt en het iedereen bij elkaar kunnen krijgen en nja dus dat ja dat speelt ook altijd wel een rol.</i>
14.	Financiële middelen	Deductief	De financiële middelen die nodig zijn voor de innovatie	<i>P: Nee niet echt, wat een belemmering zou kunnen worden is dat het niet meer gefinancierd wordt, maar dat zijn we dus ook aan het tackelen en verder, nee. Ik heb ook een keer een terugkoppeling gehad van de arbeidsdeskundige en dat heb ik niet altijd gehad, dus ik denk dat dat iets is</i>
15.	Innovatie ingebed in de afdeling	Inductief	De participant geeft aan dat de innovatie wel/niet is ingebed in routines van de afdeling	<i>P: We hebben het in de editie van de nieuwsbrief van deze maand hebben we het er nog weer ingezet, dus ik denk dat we wel op iedere mogelijke manier dat we het zouden kunnen inbedden, hebben we het wel onder de aandacht gebracht. Er hangen posters aan het prikbord, dus dat</i>
16.	Steun en bekrachtiging door het management	Deductief	In hoeverre het management de innovatie ondersteund en bekrachtigd	<i>I: En heb je ook het idee dat het management de aandacht voor werk belangrijk vindt? En zo ja, waar blijkt dat uit en zo nee, waar heeft dat mee te maken denk je? P: Ik denk dat zij het belang er wel van inzien, maar ja dat vind ik een lastige vraag, want ik denk wel dat het belang ervan in wordt gezien, dat het heel veel impact heeft</i>

op de ziekte en er zijn natuurlijk heel veel projecten op het gebied van leefstijl: fysio, diëtetiek enzo en dat denk ik daar toch nog steeds de nadruk op die gebieden ligt in plaats van op het gebied van werk, dus het zou nog wel iets wat meer op de voorgrond mogen.

17.	Tijd	Deductief	De hoeveelheid tijd die beschikbaar is om de innovatie toe te passen	<p><i>I: En waren er nog belemmeringen die je hebt ervaren met het BAAN-project?</i></p> <p><i>P: Ja, de tijd in de spreekkamer, ik denk dat dat de belangrijkste beperking is.</i></p>
Thema 4: kenmerken van de adopterende persoon/gebruiker				
18.	Beschrijvende norm van zorgverleners	Deductief	De mate waarin collega's de innovatie gebruiken	<p><i>P: Ja dat denk ik wel en ik denk wel dat het verschilt per collega of ze het ook heel erg, de een heeft er misschien wat meer op zijn netvlies dan de ander of bespreekt het meer dan de ander, maar ik ben er van overtuigd dat iedereen het wel belangrijk vindt en ziet als onderdeel van ons werk om dat te signaleren als daar problemen zijn.</i></p>
19.	Beschrijvende norm van patiënten	Deductief	De mate waarin patiënten de innovatie gebruiken volgens de zorgverleners	<p><i>P: En ik heb het nog geen een keer meegemaakt dat patiënten omdat ze het gelezen hebben in de brief of dat het staat op die monitor, waar ze de hele tijd naar kijken, dus zitten ook mee te wachten en ze krijgen diezelfde boodschap wel 10 keer te lezen en ik loop altijd uit dus ze moeten echt zitten wachten en dan komt hij weer. Dan zou je toch denken dat een keertje denkt van goh als ik toch bij [naam] ben</i></p>
20.	Betrokken bij ontwikkeling van innovatie	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij is betrokken bij de ontwikkeling van de innovatie	<p><i>P: Ja en ik zit er natuurlijk helemaal in en ben erbij betrokken geweest en dan leeft het sowieso al veel meer.</i></p>

21.	Interesse	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij de innovatie interessant vindt en naar aanleiding daarvan er wat voor wil doen	<i>P: Nou ja dat denk ik zeker wel. Ik vind het een belangrijk onderwerp dus ik vind het ook leuk om daar achter de schermen als het ware over te sparren en mee bezig te zijn om ook maar te zorgen dat het ook echt ingebed is in de zorg. Ja dat vind ik leuk, dat zijn wel de uitdagingen naast het normale werk zeg maar, wat het leuk houdt!</i>
22.	Innovatie onderdeel van takenpakket van zorgverlener	Inductief	De participant ziet de innovatie als standaard onderdeel van zijn/haar takenpakket	<i>P: Ja dus daarom vind ik het ook grote taak van ons als maatschappelijke werker, maar ook van de nefroloog om het wel te zeggen van mocht je ook daarin problemen hebben dan kun je dat ook aangeven want dat heeft veel impact.</i>
23.	Kennis	Deductief	De mate waarin de gebruiker beschikt over de nodige informatie om te innovatie te gebruiken	<i>I: Ja en waar je ook misschien niet goed genoeg verder kan helpen als medisch specialist P: Ja, precies want laten we wel wezen arbeid is natuurlijk wel een specifiek onderwerp hè. Vraagstukken waar patiënten meekomen dat vraagt natuurlijk wel enige kennis</i>
24.	Medische zorg is primair	Inductief	De participant benoemd dat het verlener van medische zorg primair is voor hun	<i>P: Ja meer gaan inzien omdat wel daar ook aandacht aan te besteden, maar de eerste focus is toch die nier [lachen] I: [lachen] ja het zullen toch altijd eerst de medische dingen zijn en daarna pas P: Ja</i>
25.	Persoonlijke voordelen	Deductief	De mate waarin het gebruik van de innovatie voordelen oplevert voor de adopterende persoon	<i>P: Nee ik zie voor mezelf, weet ik niet echt of er een meerwaarde is. Als ik kan meemaken dat ze kwaliteit van leven en de maatschappelijke integratie verbetert dan heb ik daar ook een secundaire winst aan. I: Ja, dat vergroot wel het werkplezier dus P: Ja, ja precies</i>

26.	Persoonlijke nadelen	Deductief	De mate waarin het gebruik van de innovatie nadelen oplevert voor de adopterende persoon	<i>P: Belemmeringen, nja ik weet niet of dit een goed antwoord is op de vraag, maar wat ik zelf het lastigste vond ik het werken met BAAN of een belemmering is het onderzoek. Ook omdat het zo-n onderdeel is van ons werk moet je nu voor het onderzoek ook formulieren zeg maar invullen dus zeg maar patiënten enquêtes en dat soort dingen en dat zit niet echt in het systeem en dat maakt soms dat je wel wat meer dingen heb gedaan wat dan nu zeg maar naar voren komt doordat je zeg maar al die andere stappen zeg maar voor het onderzoek ook moest doen en dat is niet altijd gedaan en dat is misschien een belemmering omdat het dan een beetje</i>
27.	Subjectieve norm	Deductief	De mate waarin mensen die model staan de innovatie gebruiken	<i>P: Ja en ik denk dat, ik ben zelf wel eens af en toe bij gesprekken geweest met het management paar keer in het begin en ik denk echt wel dat ze dat ook wel in zien, dat er heel vaak andere belangen spelen, wat maakt dat het niet altijd van de grond komt I: Ja, dus ze erkennen misschien wel het belang, maar ze hebben het nog niet hoog genoeg in het vaandel staan? P: Ja, ja ze hebben misschien andere prioriteiten</i>
28.	Verwachtingen van patiënten	Inductief	De participant benoemd dat hij/zij denkt dat de patiënt bepaalde verwachtingen heeft over de innovatie	<i>P: er zijn natuurlijk ook veel patiënten die denken van nouja ik los het zelf wel op. Dat ze er geen behoefte aan hebben ondanks dat je denkt dat het wel goed zou zijn, maar dat ze dan toch het gevoel hebben dat werk toch niet thuishoort bij de dokter zeg maar, niet in het ziekenhuis.</i>

Thema 5: Institutionele logica

29.	Institutionele logica op organisatieniveau	Deductief	Geheel van culturele overtuigingen, waarden en praktijken die identiteit en betekenis aan actoren geven en helpen zin en orde te geven aan de sociale werkelijkheid op organisatieniveau	<i>P: Ja ik denk binnen het ziekenhuis? Is het natuurlijk vooral heel medisch gericht hè. Kijken naar de aandoening en kijken hoe je dat op kunt lossen medisch gezien. Ja die visie verandert in de loop der tijd, de loop der jaren dus ik denk dat het daardoor nu pas zeg maar vorm heeft gekregen. Eerder werd het niet gezien als ziekenhuiszorg en nu wordt de patiënt meer als totaal</i>
30.	Institutionele logica op beroepsniveau	Deductief	Geheel van culturele overtuigingen, waarden en praktijken die identiteit en betekenis aan actoren geven en helpen zin en orde te geven aan de sociale werkelijkheid op beroepsniveau	<i>P: Ja en aan de andere kant kan ik me ook voorstellen dat de artsen wel kunnen zeggen van ja als we alles mee moeten nemen dat kan gewoon niet en wij zien hier specifiek echt om te kijken hoe het gaat met iemands gezondheid, waarbij werk ook iets kan doen met iemands gezond [lachen], maar dat hoort dan meer bij maatschappelijk werk en ik ben daar ook wel mee eens dat wij gewoon wel echt ook die functie hebben om te kijken naar het geheel en ja, nou dat.</i>
31.	Persoonlijke Professionele identiteit	Inductief	Het geheel van waarden en normen die een persoon in een professionele setting een eigen identiteit geven. Het verschil met institutionele logica op beroepsniveau is dat de professionele identiteit persoonsgebonden is en de individuele logica is beroepsgebonden, dus bijvoorbeeld aan het beroep arts.	<i>P: Ik vind het belangrijk omdat ik echt denk dat werk een enorme toegevoegde waarde heeft voor het zijn als individu en ja de erkenning voor je dat je ertoe doet en zingeving en tijdsbesteding. Ja ik ben ervan overtuigd dat het heel belangrijk is voor je gezondheid</i>

32.	Professionele logica	Deductief	De professionele logica is meer gefocust op de kwaliteit van zorg, autonomie en tijd met patiënten. Dit is een voorbeeld van een logica op beroepsniveau.	<i>P: Nee, nee op de nefrologie is onze primaire taak in de nieren van onze patiënten in leven te houden en als dat niet zo is dan daarvoor vervanging te zorgen. Daar draait alles om en daar kun je heel kritisch over zijn maar dat is wel zo.</i>
33.	Zakelijke logica	Deductief	De zakelijke logica is meer gefocust op efficiëntie en kostenreductie. Dit is een voorbeeld van een logica op beroepsniveau	<i>P: Nee, ja dat is natuurlijk nauwelijks op te lossen. Ja het wordt gewoon niet betaald en het hele systeem is gebaseerd op het patiënten aantal dat we nu zien en dat is ook tot een minimum teruggebracht. Dus dat is vrij moeilijk want het is de meest efficiënte omgang en niet dat we wel een signaleringsfunctie hebben maar dan ook geen grote rol want we voelen ons ook niet competent op het vlak dus ik wil en kan het een probleem graag in ontvangst nemen, maar dan met zo weinig kliks mogelijk ook alweer uitbesteden</i>

Thema 6. Resultaten/uitkomsten

34.	Structurele implementatie	Inductief	De participant benoemd dat de innovatie wel/niet is geïmplementeerd in dagelijkse routines	<i>P: Ja, dat is ook goed verlopen. Het is niet iets heel groots ofzo, het staat erin en voor het team hebben we een scholing opgezet hè dus meegenomen in de scholing dat dat ook vragen zijn die je mee moet nemen in anamnese. En dat komt dan ook in het MDO dus ik denk dat het heel goed een plek heeft gekregen.</i>
-----	---------------------------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
