

Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties

Margot Fleuren,¹ Karin Wiefferink,² Theo Paulussen¹

In 2006 werd een artikel in TSG gepubliceerd over relevante determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties.¹ Het artikel bevatte een summier omschrijving van de determinanten. De auteurs zijn sindsdien herhaaldelijk benaderd door implementatiebegeleiders en -onderzoekers met de vraag de volledige omschrijving van de determinanten en hun richting van invloed te publiceren. In dit artikel wordt in handzame tabellen voor gebruik in praktijk en onderzoek, de invloed van determinanten op het innovatieproces beschreven. De nadruk ligt op determinanten op de terreinen van de organisatie en politieke context waarin de innovatie wordt ingevoerd.

INLEIDING

Het TSG-artikel van 2006 betrof een systematische literatuurreview van determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties met aansluitend een Delphi-onderzoek onder implementatiedeskundigen.² De vraagstellingen waren:

- 1 Welke determinanten van innovaties in gezondheidsorganisaties worden vermeld in de onderzoeksliteratuur?
- 2 Worden deze determinanten door implementatiedeskundigen (h)erkend als relevant en wat is de richting van hun invloed (belemmerend, bevorderend, neutraal)?

Onder innovaties (vernieuwingen) verstaan we een idee, praktijk of product dat nieuw is voor het individu of de organisatie die ervan kennis neemt. Er werden elf databases geraadpleegd voor

artikelen (gepubliceerd van 1990 tot 2000) over empirische studies naar de invoering van zorgvernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties en determinanten daarvan. Via vier Delphi-rondes onder 44 implementatiedeskundigen werd consensus bereikt over een eenduidige omschrijving en de beïnvloedingsrichting van de determinanten uit de literatuurreview. Dit resulteerde in een lijst van 50 potentieel relevante determinanten.^{1,2} Uit mondelinge terugkoppeling maken we op dat de 50 determinanten in de dagelijkse innovatiepraktijk als 'handige checklist' worden gebruikt. Onderzoekers gebruiken de lijst vooral voor rubricering van nog te bestuderen en gerapporteerde determinanten. In dit artikel beschrijven we eerst in het kort het theoretisch kader waarbinnen de determinanten zijn geclusterd, en vervolgens per determinant de omschrijving en richting van invloed.

DENKKADER INVOERING INNOVATIES

Een innovatieproces bestaat uit vier fasen, namelijk verspreiding, adoptie, implementatie en continuering.^{1,2} Ten eerste moet de beoogde gebruiker op de hoogte zijn van het bestaan van de vernieuwing (verspreiding). In de adoptiefase zal de beoogde gebruiker de vernieuwing bekijken en een positieve of negatieve intentie tot gebruik ontwikkelen. De gebruiker probeert daarna daadwerkelijk met de vernieuwing te werken en gaat ervaren wat deze in de praktijk voor hem/haar betekent (implementatie). Ten slotte is het de bedoeling dat het werken met de vernieuwing onderdeel wordt van de dagelijkse routine van de gebruiker (continuering).

In elke fase kunnen er complicaties

optreden waardoor de gebruiker teruggrijpt op een eerdere fase, bijvoorbeeld door het herzien van de eerdere adoptiebeslissing. Verschillende determinanten zijn van invloed op dit proces en zijn onder te verdelen naar kenmerken van:

- de vernieuwing zelf, bijvoorbeeld relevantie;
- de (toekomstige) gebruiker, bijvoorbeeld taakopvatting;
- de organisatie waarin de vernieuwing wordt ingevoerd, bijvoorbeeld besluitvormingsstructuur;
- de sociaal-politieke omgeving, bijvoorbeeld wet- en regelgeving of medewerking cliënten.

Het is belangrijk om per fase inzicht te krijgen in welke determinanten de invoering belemmeren of bevorderen. Deze analyse van determinanten vindt plaats onder de beoogde gebruikers van een vernieuwing, vóórdat deze definitief is en verspreid wordt. Alleen dan kan een invoerstrategie worden ontworpen die aangrijpt op de relevant gebleken determinanten en de kans op daadwerkelijk gebruik maximaliseert.²⁻⁵

CHECKLIST DETERMINANTEN

De 50 determinanten zijn geordend naar kenmerken van de vernieuwing en de gebruiker (tabel 1) en naar kenmerken van de organisatie en de sociaal politieke context (tabel 2). De determinant wordt omschreven met tussen haakjes de fase van het innovatieproces waarop deze voornamelijk van invloed is, volgens de experts aan het Delphi-onderzoek. Er is vrij weinig onderzoek verricht naar kenmerken van de organisatie en de sociaal politieke omgeving en de uitkomsten ervan zijn diffuus en niet eenduidig.^{2,3} Voor deze determinanten wordt daarom in ta-

¹ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

² Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind, Amsterdam

bel 2 ook de argumentatie van de richting van de invloed van de uitersten van de determinant beschreven (bijvoorbeeld nr 30: functionele structuur versus outputgericht). Omdat er wel veel onderzoek is verricht naar de invloed van kenmerken van de vernieuwing en die van de individuele gebruiker, veronderstellen we deze kennis bij de TSG-lezer als grotendeels bekend.^{5,6} In tabel 1 wordt daarom alleen één richting (meestal de positieve) van de invloed beschreven. Doorgaans geldt voor het spiegelbeeld op het continuüm van de determinant de omgekeerde redenering, namelijk een tegengestelde werking (meestal negatief) op het invoeringsproces. Zo zal bijvoorbeeld van determinant 1 in tabel 1 (is de vernieuwing helder beschreven?) een negatieve invloed uitgaan, wanneer de vernieuwing niet in heldere stappen of procedures is beschreven.

Drie determinanten gaan over de allocatie van geld en middelen (nrs 38 t/m 40) en spelen op zowel het niveau van de

organisatie als de sociaal-politieke omgeving een rol.

BESCHOUWING

We hopen met dit artikel te voorzien in een behoefte van implementatiebegeleiders en –onderzoekers. We vragen mensen die de lijst gaan gebruiken dit aan ons terug te koppelen zodat we met de opgedane ervaringen de lijst verder kunnen ontwikkelen tot een valide en betrouwbare checklist voor enerzijds de invoering van zorginnovaties en anderzijds het onderzoek naar de invoering van zorginnovaties.

De kwaliteit van het onderzoek naar de invloed van kenmerken van organisaties is soms laag.^{2,3} Er is een enorme diversiteit in onderzochte kenmerken waarbij onduidelijk is of het om dezelfde kenmerken gaat.³ Verder is er weinig empirisch bewijs dat deze kenmerken beïnvloedbaar zijn^{2,3} en lijken ze bij elkaar minder dan 15% van de verklaarde variatie te verklaren in het innovatieve

vermogen van organisaties.² Desondanks worden ze in de dagelijkse implementatiepraktijk erkend als zijnde van belang. Daarom is het wenselijk dat er meer onderzoek wordt verricht naar innovatieprocessen binnen organisaties en de determinanten die hierbij een rol spelen. Dit om het gedachtegoed en de theorievorming hieromtrent verder te ontwikkelen.

ABSTRACT

Checklist for determinants of innovations in health care organizations

In 2006 we published an article on 50 determinants of innovations in health care organizations. A brief description of all determinants and their influence was given. Implementation researchers and implementation consultants or advisors have asked us repeatedly to publish a full description of the determinants. The full description of the determinants and an indication of the influence of both

Tabel 1 Omschrijving determinanten met betrekking tot de vernieuwing en de gebruiker

Kenmerken

Kenmerken vernieuwing

1. Mate waarin de *vernieuwing in heldere stappen/procedures is beschreven*. (a,i,c) *
2. *Congruentie*: mate waarin de *vernieuwing aansluit bij de bestaande werkwijze*. (a,i,c)
3. Mate waarin het mogelijk is de *vernieuwing aan de eigen situatie aan te passen* zonder dat de effectiviteit ervan verloren gaat. (a,i,c)
4. Mate waarin de *vernieuwing relatief voordeel heeft voor de zorgverlener*, bijvoorbeeld gemak, professionele ontwikkeling, tijdwinst, verhoging werkplezier. (a,i,c)
5. *Zichtbaarheid van de uitkomsten* voor de zorgverlener, bijv. is effect behandeling zichtbaar? (i,c)
6. Mate van *aantrekkelijkheid van de vormgeving van de vernieuwing*. Geldt als materiaal aanwezig is zoals een richtlijn of lespakket. (a)
7. Mate waarin uit onderzoek is gebleken dat de *vernieuwing in de praktijk een meerwaarde heeft voor de cliënt* t.o.v. de oude situatie. (i,c)
8. Mate waarin de kans op *nadelige gevolgen van de vernieuwing voor cliënten* toeneemt in vergelijking met de oude situatie, bijv. bijwerkingen van medicijnen. (i,c)
9. *Mate van vóórkomen van handeling*: hoe vaak de vernieuwing daadwerkelijk in praktijk kan worden toegepast. (i,c)
10. *Zorgverleners betrekken bij de ontwikkeling van de vernieuwing*. Zie ook determinant 19. (a)¹

Kenmerken toekomstige gebruiker (zorgverlener)

11. *Steun* (emotioneel en/of instrumenteel) *die de zorgverlener ervaart van collega's* (zelfde beroepsgroep) m.b.t. de uitvoering van de vernieuwing. (a,i,c)
12. *Steun die de zorgverlener ervaart van andere zorgverleners* waar men mee samenwerkt (andere beroepsgroep). Deze hoeven niet direct betrokken te zijn bij de uitvoering van de vernieuwing. (a,i,c)
13. *Steun die de zorgverlener ervaart van de directe leidinggevende* met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing. (a,i,c)
14. *Steun die de zorgverlener ervaart van het hoger management* met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing. (a,i,c)
15. *Waargenomen gedrag van collega's* (zelfde beroepsgroep): mate waarin collega's werken met de vernieuwing. (a,i,c)
16. Mate waarin de *zorgverlener vaardigheden heeft* die nodig zijn om de vernieuwing uit te kunnen voeren. (a,i,c)
17. Mate waarin de *zorgverlener kennis heeft* die nodig is om de vernieuwing uit te kunnen voeren. (a,i,c)
18. *Eigen-effectiviteitsverwachting*: mate waarin de zorgverlener zich in staat voelt de vernieuwing uit te voeren. (a,i,c)
19. *Ownership*: mate van betrokkenheid bij de vernieuwing. Het gaat niet om de feitelijke betrokkenheid bij de ontwikkeling maar om de zorgverlener zich professioneel dan wel persoonlijk betrokken voelt. Zie ook determinant 10. (a,i,c)
20. Mate waarin de *vernieuwing past bij de taakopvatting* die de zorgverlener heeft over zijn / haar werk. (a,i,c)
21. Mate waarin de *zorgverlener verwacht dat de cliënt meewerkt* aan de vernieuwing. Het gaat niet om daadwerkelijke medewerking, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand. (a)
22. Mate waarin de *zorgverlener verwacht dat de cliënt tevreden is* over de vernieuwing. Het gaat niet om daadwerkelijke tevredenheid, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand. (a)
23. *Overbelasting*: mate waarin de zorgverlener lijdt aan werkgerelateerde stress. Het gaat om bestaande stress, dus niet veroorzaakt door de vernieuwing. (a,i,c)
24. Mate waarin *zorgverleners tegengestelde doelen* hebben m.b.t. de vernieuwing. Geldt alleen als verschillende beroepsgroepen / afdelingen / organisaties betrokken zijn bij de vernieuwing. (a,i,c)
25. *Ethische problemen* die de zorgverlener ervaart m.b.t. de vernieuwing. (a)

* Speelt rol bij adoptie (a), implementatie (i), continuering (c)

¹ Is een conditio sine qua non bij de ontwikkeling van vernieuwingen en in feite geen determinant

Tabel 2 Omschrijving determinanten met betrekking tot de organisatie en de sociaal politieke context en argumentatie richting van invloed van de uitersten van de determinant

Kenmerken organisatie en sociaal politieke omgeving

Kenmerken organisatie

26. *Plaats waar besluitvorming* over invoering van de vernieuwing plaatsvindt: centraal (topmanagement) of decentraal (professionals). (a)
Besluitvorming moet zowel centraal als decentraal plaatsvinden. Bij alléén centrale besluitvorming dreigt gevaar dat er geen draagvlak is onder de (toekomstige) gebruikers. Bij alléén decentrale besluitvorming is er wel draagvlak, maar dreigen randvoorwaarden/faciliteiten afwezig te zijn.
27. *Besluitvormingsstructuur*: lengte van de beslislijnen waarover de communicatie over de vernieuwing verloopt. (a)
Korte lijnen: de beslissing verloopt sneller en er is weinig verlies van informatie mede door de bijsturingmogelijkheden. Lange lijnen: vertragend. Mogelijk gevolg is demotivatie, verzanden en mislukken vanwege communicatiestoringen in de verschillende schakels.
28. *Formele bekrachtiging* van de vernieuwing door het *management*, bijv. door vernieuwing in beleid op te nemen. (a,c)
Bekrachtiging: geeft een legitimering/inbedding en werkt ondersteunend. Biedt ook mogelijkheden voor realiseren van randvoorwaarden en geeft meer controlemogelijkheden. Geen bekrachtiging: omgekeerde redenering.
29. *Grootte organisatie*: aantal mensen in de organisatie.
Grootte: nauwelijks van invloed omdat andere determinanten belangrijker zijn zoals nr. 26, 27 en 37.
30. *Structuur*: functioneel (gericht op deeltaak) versus outputgericht (gericht op eindproduct), bijv. het kantelen van de zorg. (i,c)
Functioneel: omdat men met deeltaak bezig is, is er minder zicht op het nut van de vernieuwing voor het hele zorgproces. Kan leiden tot behoudzucht en minder draagvlak. Geldt vooral als vernieuwingen op het hele zorgproces zijn gericht en niet afdelings specifiek zijn. Outputgericht: vooral bevorderend als vernieuwingen op het hele zorgproces zijn gericht. Omdat men meer bezig is met het eindproduct, is er meer oog voor verbeteringen wat kan leiden tot meer betrokkenheid.
31. *Relaties met andere afdelingen / organisaties*: mate waarin een organisatie in algemene zin gericht is op samenwerking: naar buiten gericht (outreaching) versus naar binnen gericht. (a)
Consensus dat determinant van invloed is, maar geen consensus over richting van invloed.
32. *Samenwerking tussen afdelingen* die bij de vernieuwing betrokken zijn. (a,i)
Goede samenwerking: men komt makkelijker op een lijn. Slechte samenwerking: omgekeerde redenering.
33. *Mate van personeelsverloop*. (a,i,c)
Hoog verloop: hierdoor ontstaat onrust, vloeit kennis weg wat slecht is voor de continuïteit. Matig verloop: geeft impulsen voor vernieuwing terwijl er toch nog voldoende mensen overblijven voor kennisoverdracht en continuïteit. Laag verloop: geen consensus.
34. *Capaciteit/bezettingsgraad*: personeelsbezetting op afdeling of in organisatie waar met de vernieuwing gewerkt gaat worden. (a,i,c)
Volledige bezetting: er is dan ruimte (capaciteit en mentaal) en die is nodig want veranderen kost tijd en energie. Onvolledige bezetting: alle energie is nodig om het primaire proces draaiende te houden. Soms is een stressvolle situatie juist reden voor verandering of biedt de vernieuwing een oplossing voor het probleem.
35. *Aanwezige expertise op afdelings- en/of organisatie niveau* m.b.t. het onderwerp van de vernieuwing. Bedoeld wordt expertise in algemene zin: er moet een kritische massa zijn. (a,i,c)
Veel expertise: kan onzekerheid en beginnersfouten voorkomen en vanwege de expertise gaat de invoering sneller. Weinig expertise: omgekeerde redenering.
36. *Logistieke procedures* rondom de vernieuwing, bijv. route die cliënt doorloopt of wachttijden. (a,i,c)
Goede geregelde logistiek: er is meer tijd voor gedragsverandering en invoeringsactiviteiten waardoor de invoering sneller/soepeler verloopt. Slechte geregelde logistiek: veel tijd gaat verloren aan procedures met als mogelijk gevolg demotivatie.
37. *Aantal mensen dat betrokken is* in de organisatie dat wil zeggen met de vernieuwing gaat werken. (a,i,c)
Weinig mensen: vergemakkelijkt directe en persoonlijke communicatie, er is een nauwere samenwerking en mensen zijn meer betrokken. Veel mensen: geen consensus.
38. *Hoeveelheid geld* die voor het uitvoeren van de vernieuwing beschikbaar is. (a,i,c)
Veel geld: veranderen betekent investeren in scholing, tijd en materialen. Weinig geld: omgekeerde redenering.
39. *Financiële vergoeding* voor zorgverleners c.q. organisatie als tegemoetkoming aan *extra inspanningen* die gepleegd moeten worden bij het werken met de vernieuwing. (a,i,c)
Extra vergoeding: vernieuwen kost tijd en geld. Een tegemoetkoming is motiverend en geeft financiële armslag om extra middelen en mensen in te zetten. Geen extra vergoeding: omgekeerde redenering. Leidt tot extra werkdruk bij degenen die de vernieuwing moeten toepassen.
40. *Aanwezigheid materiële voorzieningen* voor de uitvoering van de vernieuwing, bijv. apparatuur, materialen of ruimte. (i,c)
Veel voorzieningen: veranderen betekent investeren in scholing, geld en materialen. Weinig voorzieningen: omgekeerde redenering.
41. *Aanwezigheid administratieve ondersteuning* voor de zorgverlener om de vernieuwing uit te kunnen voeren. (i,c)
Veel ondersteuning: er is dan tijd voor de 'kerntaken', dat wil zeggen het werk dat men wordt geacht uit te voeren in het kader van de vernieuwing. Weinig ondersteuning: er zijn dan teveel andere 'belastende' zaken om tijd te kunnen vrijmaken.
42. *Hoeveelheid tijd* die beschikbaar is om met de vernieuwing te gaan werken. (a,i,c)
Veel tijd: creëert ruimte (fysiek en mentaal). Weinig tijd: omgekeerde redenering.
43. *Coördinator/projectgroep*: één of meerdere personen die belast zijn met het coördineren van de invoering binnen de organisatie. (i,c)
Coördinator aanwezig: er is een duidelijk aanspreekpunt. Coördinator afwezig: omgekeerde redenering.
44. *Opinie leider*: collega die door zijn/haar gezag de mening m.b.t. het gebruik van de vernieuwing positief beïnvloedt (dus niet coördinator of projectleider). (a,i)¹
Opinie leider aanwezig: deze kan de weerstand tegen de vernieuwing in positieve zin doen doorslaan. Daarnaast is het belangrijk dat er een trekker van de vernieuwing is. Opinie leider afwezig: belemmerend als er weerstand is tegen de vernieuwing, anders nauwelijks van invloed.

Kenmerken sociaal politieke omgeving

38. *Hoeveelheid geld*. Zie onder Organisatie.
39. *Financiële vergoeding*. Zie onder Organisatie.
40. *Aanwezigheid materiële voorzieningen*. Zie onder Organisatie.
45. *Bereidheid van cliënt om mee te werken* aan de uitvoering van de vernieuwing. (i,c)
Medewerking: vooral bevorderend als vernieuwing invloed heeft op de cliënt. Geen medewerking: kost veel tijd en energie in het overtuigen van de cliënt en kan leiden tot weerstand bij de zorgverlener.
46. *Mate waarin cliënt op de hoogte is van de (gezondheids)voordelen* voor zichzelf als gevolg van de vernieuwing. (i,c)
Goed op de hoogte: bevordert motivatie en medewerking. Slecht op de hoogte: geen consensus.
47. *Twijfel van cliënt aan deskundigheid* van de *zorgverlener* met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing. (i,c)
Geen twijfel: nauwelijks van invloed omdat cliënt er op voorhand vanuit gaat dat de zorgverlener het goed doet, tenzij het tegendeel blijkt. Twijfel: leidt tot weerstand. Cliënt zal mogelijk een ander alternatief zoeken. Daarnaast moet de zorgverlener meer tijd stoppen in het overtuigen van de cliënt.
48. *Extra kosten die cliënt moet maken* als met de vernieuwing gewerkt wordt, bijvoorbeeld extra reiskosten. (i,c)
Geen extra kosten: nauwelijks van invloed omdat cliënt dit al verwacht. Is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie. Extra kosten: kan leiden tot minder enthousiasme, een drempel, weerstand.

49. *Extra mentale of fysieke belasting die cliënt ondervindt* als met de vernieuwing gewerkt wordt. (i,c)
Geen extra belasting: nauwelijks van invloed omdat cliënt dit al verwacht. Is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie. Extra belasting: kan leiden tot minder enthousiasme, weerstand. Als het belang voor de cliënt toeneemt zal de belasting mogelijk als minder ervaren worden.
50. *Mate waarin vernieuwing past binnen bestaande wet- en regelgeving* die door de politiek of beleidsinstanties zijn opgesteld. (a,i,c)
Passend: de kans is groot dat middelen vrijkomen om de vernieuwing in te voeren. Niet passend: houdt mensen tegen om verder te gaan. Waarschijnlijk komen geen middelen vrij voor de invoering.

¹ Werd in studie als determinant benoemd, maar willen we liever als invoerstrategie beschouwen

extremes of a determinant (e.g. low vs high staff turnover) on the innovation process are given in this article.

Keywords: implementation, determinants, innovations, health care organizations, checklist

LITERATUUR

1. *Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM*. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschr Gezondheidsz* 2006; 84:160-7.
2. *Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW*. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *Int J Qual Health Care* 2004;16,107-23.
3. *Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O*. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly* 2004;82: 581-629.
4. *Shaw B, Cheater F, Baker R et al*. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3.
5. *Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH*. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.
6. *Rogers EM*. Diffusion of Innovations. New York: Free press, 2003.

CORRESPONDENTIEADRES

**Mw. dr. M.A.H.Fleuren, TNO
Kwaliteit van Leven, Postbus 2215,
2301 CE Leiden, tel: 071-5181862,
e-mail: Margot.Fleuren@tno.nl**