



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem-en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

Innovatiegereedheid van zorg- en welzijnsorganisaties: een Delphi-studie

Tinneke Palmans

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem-en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Daan AEYELS

BEGELEIDER :

Mevr. Dorien VANDORMAEL



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem-en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

Innovatiegereedheid van zorg- en welzijnsorganisaties: een Delphi-studie

Tinneke Palmans

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem-en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Daan AEYELS

BEGELEIDER :

Mevr. Dorien VANDORMAEL

Abstract

Achtergrond: Het zorglandschap ondergaat ingrijpende veranderingen door sociaal-demografische en culturele factoren, complexere zorgbehoeften en een groeiende kloof tussen het aantal zorgverleners en zorgvragers. Deze veranderingen brengen uitdagingen met zich mee, zoals vergrijzing, personeelstekorten en verminderde financiering. Het verhogen van de innovatiegereedheid van zorgorganisaties is noodzakelijk om deze uitdagingen het hoofd te bieden.

Zorgorganisaties verschillen in de mate waarin ze klaar zijn voor innovatie. Innovatieve oplossingen zijn essentieel, maar worden vaak moeilijk geïntegreerd in organisaties vanwege hoge misluktingspercentages en complexe omgevingsfactoren. Deze studie heeft als doel het concept van innovatiegereedheid te verduidelijken en te identificeren welke elementen bijdragen aan innovatiegereedheid in zorg- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen.

Methode: In dit onderzoek werd eerst een systematische literatuurstudie uitgevoerd om de elementen van innovatiegereedheid voor zorg- en welzijnsorganisaties te identificeren en te bepalen. Na volledige beoordeling en aanvulling met relevante referenties werden 56 artikelen geïncludeerd. Hieruit werden definities, beschrijvingen, en conceptuele raamwerken geëxtraheerd, die de basis vormden voor de te bevragen items voor innovatiegereedheid. Drie extra items, gebaseerd op actuele adviezen en kaders, werden toegevoegd, resulterend in 36 items voor de Delphi-studie, gebundeld in zes thema's. Vervolgens werd een Delphi-studie met twee online-bevragingsrondes door een expertenpanel uitgevoerd voor de validatie van deze elementen.

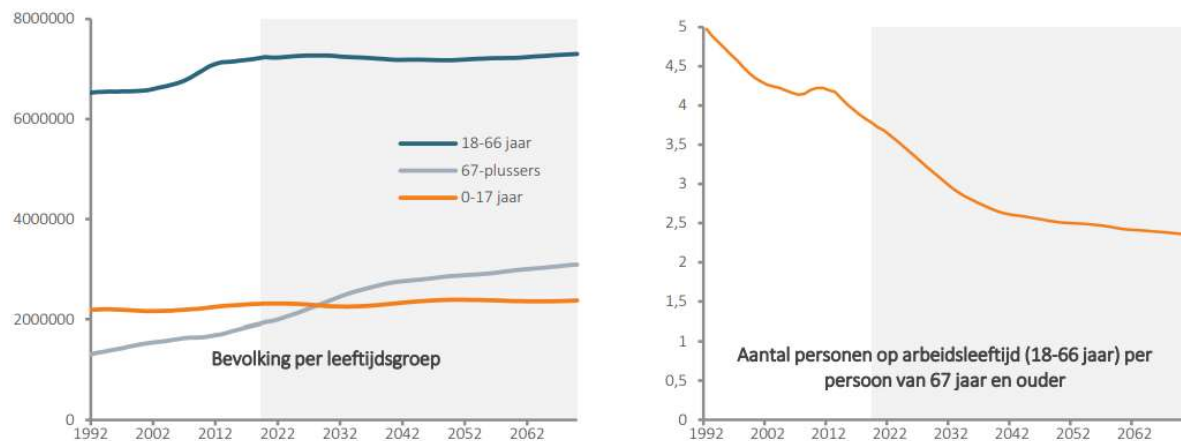
Resultaten: 21 experts beoordeelden individueel de geschiktheid van de 36 items voor innovatiegereedheid op een vijf-punt likertschaal en kregen de mogelijkheid om extra items toe te voegen. In de tweede ronde ontvingen experts individuele feedback en hadden de mogelijkheid om hun antwoord bij te stellen in het licht van de groepsresultaten (percentage per score, mediane score, modus). De items met een content validity index van 75% of meer werden weerhouden. Door middel van dit consensus valideerden de experts 20 items voor innovatiegereedheid.

Conclusie: Innovatiegereedheid, het vermogen van een organisatie om succesvol te innoveren, vereist een gestructureerde en gecoördineerde aanpak. Deze studie toont aan dat innoveren een systematisch proces is. Hoewel we inzicht hebben verkregen in de factoren die innovatiegereedheid beïnvloeden, is er meer kennis nodig over specifieke strategieën en acties. Verdere studies zijn nodig om sectorale overeenkomsten en verschillen te begrijpen en om de effecten van innovatiegereedheid op innovatiesucces te onderzoeken. De resultaten bieden waardevolle inzichten voor beleidsmakers, praktijkprofessionals en onderzoekers.

Inleiding

De sectoren zorg en welzijn ondergaan momenteel aanzienlijke veranderingen, beïnvloed door verschillende trends die het zorglandschap vormgeven (1). Deze transformatie wordt aangedreven door verschuivingen in de vraag naar en behoeften aan gezondheidszorg, toegeschreven aan sociaal-demografische factoren, culturele invloeden en de toename van complexiteit van de zorg. Bovendien is het opmerkelijk dat ook de gezondheidszorgberoepen transitie doormaken. Hedendaagse zorg vereist niet alleen een herziene mix van vaardigheden, maar ook de vereiste competenties voor elke zorgprofessional evolueren (2). Daarnaast is de ontoereikendheid van beschikbare zorgverleners duidelijk verergerd de afgelopen 30 jaren door de dalende verhouding van personen in de werkende leeftijdsgroep ten opzichte van de niet-werkende bevolking, zoals geïllustreerd in de figuur 1. Terwijl er in 2023 3,6 personen waren tussen 18 en 66 jaar voor elke 67-plusser zal de verhouding in 2070 2,4 zijn (3). Ten slotte evolueert de zorg naar een vraaggestuurd model, waarbij geïntegreerde en complementaire zorg moet gerealiseerd worden.

Figuur 1 - Verhouding van de personen op arbeidsleeftijd t.o.v. de personen >67 jaar (4)



Door de spanning op de verhouding van het aantal zorgverleners ten opzichte van het aantal zorgvragers, is de vraag naar innovatieve oplossingen binnen zorg en welzijn erg groot en bovendien dringend (5). Nieuwe en innovatieve ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben het potentieel om zowel de zorgverlening als de gebruikte technologieën te verbeteren of uit te breiden. Deze vooruitgangen kunnen uiteindelijk leiden tot betere resultaten voor zowel de zorgvrager als de maatschappij. Naast technologie kunnen ook systeem- en procesinnovaties een antwoord bieden op verschillende uitdagingen in zorg en welzijn. Volgens Greenhalgh et al. (6) omvat innovatie "een nieuw set gedragingen, routines en manieren van werken die discontinu zijn met eerdere praktijken, gericht zijn op het verbeteren van gezondheidsresultaten, administratieve efficiëntie, kosteneffectiviteit, of gebruikerservaring en die worden geïmplementeerd door geplande en gecoördineerde acties."

Indien goed ontworpen, geïmplementeerd en gebruikt, heeft innovatie het potentieel om zorgverlening te ondersteunen. Echter, het structureel integreren van innovatie in gezondheidsorganisaties is geen eenvoudige taak. Afhankelijk van hoe veranderingen worden gemeten in de context van de gezondheidszorg, varieert het misluktingspercentage voor de implementatie van veranderingen in organisaties van 30% tot 90% (7). Drempels bij het realiseren van verbetering worden grotendeels veroorzaakt door de buitengewone complexiteit van zorg- en welzijnssystemen, inclusief de complexe technische, sociale, institutionele en politieke omgeving waarin ze opereren (8-11). Organisaties ervaren moeilijkheden bij het structureren van hun innovatieprocessen, terwijl bestaande procedures en regelgeving vaak innovatieve initiatieven en de adoptie ervan belemmeren (12). Vraagstukken op gebied van ethiek, veiligheid, privacy en betaalbaarheid van innovaties staan implementatie in de weg (1).

Om de uitdagingen voor de organisatie van zorg en welzijn het hoofd te bieden en innovatieve oplossingen maximaal te kunnen benutten, is het vergroten van de innovatiegereedheid essentieel (13). Het ontwikkelen van een staat van gereedheid voor innovatie is een complex proces dat verschilt van het voorbereiden op de introductie van één specifieke innovatie (12). Gereedheid is een samenstelling van vermogen om passende strategieën en beleidskaders te ontwikkelen en structuren van een organisatie, wat essentieel is voor het benutten van innovaties (14). Gereedheid komt voort uit en vertegenwoordigt een centraal concept in de implementatiewetenschap, waaronder het CFIR 2.0 en het Interactive Systems Framework for Dissemination (ISF) (15, 16). Gebaseerd op het ISF en eerdere onderzoeken waarin de belangrijkheid van organisatorische capaciteit en motivatie werden geïdentificeerd, hebben Scaccia et al. (17) een heuristiek voor organisatorische gereedheid ontwikkeld. Deze heuristiek stelt dat gereedheid bestaat uit drie afzonderlijke componenten: (1) de motivatie van de organisatie om een innovatie te implementeren, (2) algemene organisatorische capaciteiten, en (3) innovatiespecifieke capaciteiten.

Onderzoek naar de innovatiegereedheid van gezondheidsorganisaties is een relatief nieuw terrein en mist een algemeen aanvaarde definitie van innovatiegereedheid, evenals een theoretisch kader

om onderzoek naar innovatiegereedheid te begeleiden. Daarnaast is er te weinig geweten over de elementen die bijdragen tot innovatiegereedheid van zorg- en welzijnsorganisaties en hoe deze gemeten kunnen worden. Het begrip van innovatiegereedheid in de gezondheidszorg zou baat kunnen hebben bij onderzoek dat elk stadium van het innovatieproces omvat. Mc Clam et al. (15) stelt dat organisatorische gereedheid een rol speelt tijdens alle fasen van programma-implementatie en de toewijding, motivatie en capaciteit van organisaties weerspiegelt voor verandering in de loop van de tijd. Ondanks de vele studies die zich richten op de implementatie van specifieke behandelingen of technologische innovaties in zorg en welzijn, is er beperkte wetenschappelijke kennis over wat er nodig is voor deze organisaties om innovatiegerekend te worden (12).

Voor dit onderzoek wordt innovatiegereedheid beschouwd als het niveau van volwassenheid van een organisatie om te slagen in elk type innovatie, en het proces om deze staat van gereedheid te bereiken als een doorlopend, samenhangend en afgestemd proces van geplande en gecoördineerde acties om de gehele innovatiecyclus te optimaliseren (13). De belangrijkste stadia van een volledig innovatieproces worden beschreven als ideeëngeneratie, ideeënselectie, oplossingsontwikkeling, implementatie, opschaling en diffusie (18).

Het structureel integreren van innovatie in zorg- en welzijnsorganisaties is een uitdagende taak vanwege obstakels bij het structureren van innovatieprocessen en belemmeringen door bestaande procedures en regelgeving. Het behalen van innovatiegereedheid vergt een aparte benadering dan alleen de voorbereiding op de introductie van specifieke innovaties. Hoewel de algemene managementliteratuur frequent voorschrijft dat organisaties hun organisatorisch innovatievermogen moeten vergroten om concurrerend te blijven, wordt in deze literatuur vaak niet behandeld hoe organisaties daadwerkelijk hun vermogen om innovatie te beheren kunnen beïnvloeden (19). Recent groeide echter de aandacht voor organisatorische innovatiegereedheid in de gezondheidszorg. Van den Hoed et al. (13) beschrijft een overzicht van factoren die hieraan bijdragen, maar duidt ook op de variatie in definiëring van innovatiegereedheid. Onderzoek over innovatiegereedheid is vaak context specifiek, het kan de moeite waard zijn om te begrijpen hoe innovatiegereedheid verschilt over de diverse contexten in de gezondheidszorg en welke factoren overkoepelend zijn voor zorg en welzijn.

Zorg- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen hebben nog onvoldoende kennis over de vereisten om innovatiegerekend te zijn en hun mogelijke verbeterpunten. Binnen het Vlaamse zorg- en welzijnslandschap werden reeds meerdere pogingen ondernomen om meetschalen of scans te ontwikkelen omtrent innovatiegereedheid. Echter zijn deze metingen niet breed geïmplementeerd of gevalideerd of meten ze enkel één dimensie van innovatiegereedheid. Een innovatiescan die gevalideerd is voor gebruik in zorg- en welzijnsorganisaties kan het begrip van zowel de obstakels als de bevorderende factoren vergroten. Deze kan de organisatie helpen bij het identificeren van interventies om de innovatiegereedheid te versterken. Vandaag ontbreekt er echter een instrument voor het brede zorg- en welzijnsveld om zich te oriënteren op een as van innovatiegereedheid ten opzichte van andere instellingen. De ontwikkeling van een innovatiescan vraagt een onderzoek dat de elementen bepaalt die bijdragen aan innovatiegereedheid van zorg- en welzijnsinstellingen in Vlaanderen.

Methode

Dit onderzoek kadert binnen het constructivistisch paradigma. Het tracht in verschillende stappen de elementen te definiëren die bepalend zijn voor de innovatiegereedheid van zorg- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen. Bijkomend werd een aanzet gemaakt tot de ontwikkeling van een innovatiescan die de innovatiegereedheid kan meten, het valideren van de innovatiescan zelf is buiten scope van deze studie.

Gezien de complexiteit van het concept "innovatiegereedheid" en het gebrek aan een algemeen aanvaarde definitie en meetinstrumenten, is een Delphi-onderzoek een geschikte methode. Deze methode laat toe om inzicht te krijgen vanuit een breed scala aan expertperspectieven over

innovatiegereedheid binnen de zorg- en welzijnscontext (20). Wanneer op de juiste manier toegepast, heeft de Delphi-techniek het potentieel om een omgeving te creëren waarin experts kunnen komen tot rechtvaardige, geldige en geloofwaardige oplossingen op basis van het beste beschikbare bewijs en hun ervaringsdeskundigheid (21).

Het onderzoeksteam bestond uit drie personen, waaronder de auteur van dit onderzoek, T.P., die een opleiding volgt in Systeem- en Procesinnovatie in de Gezondheidszorg. Daarnaast waren de promotor, D.A., professor aan de Universiteit Hasselt, en de inhoudelijke begeleider, D.V., Strategisch manager innovatie & portfolio bij een thuiszorgorganisatie, betrokken bij het onderzoek.

Itemselectie

De itemgeneratie gebeurde middels een systematische literatuurstudie. De literatuurstudie werd uitgevoerd van november 2023 tot januari 2024 in de databanken PubMed, Web of Science en op Google Scholar. Enkel artikels van maximaal tien jaar oud en geschreven in de Nederlandse of Engelse taal werden weerhouden. Dit leverde een zoekresultaat op van 403 artikels. Duplicaten werden verwijderd en de artikels werden beoordeeld op basis van titel en abstract middels Rayyan®, dit resulteerde in 93 artikels. Binnen deze selectie werden de artikels volledig doorgenomen en verder aangevuld met relevante artikels uit de referentielijsten van de geselecteerde artikels. Uiteindelijk werden er 56 artikels geïncludeerd (Bijlage 1).

Definities, beschrijvingen en conceptuele raamwerken werden geëxtraheerd uit de opgenomen studies. Daarnaast werden de belangrijkste items die bijdragen aan innovatiegereedheid uit de literatuur gehaald. Na discussie en reflectie binnen het onderzoeksteam, werden op basis van actuele informatie in de vorm van adviezen en kaders binnen het domein van innovatie in zorg en welzijn, vier bijkomende items toegevoegd. In onderling akkoord met het onderzoeksteam werden 36 items weerhouden voor de Delphi-studie (Bijlage 2). De items werden gebundeld in zes thema's, gebaseerd op de raamwerken van Van den Hoed et al. en Smith et al. (13, 19). Hoewel sommige items betrekking kunnen hebben op meer dan één thema, werd besloten om elke subfactor aan één hoofdfactor toe te wijzen. De items en thema's worden beschreven in de resultaten.

Expertenpanel

45 experts werden geselecteerd op basis van purposive sampling. Een expert is volgens Banaciewicz (22) iemand met uitgebreide en gezaghebbende kennis of vaardigheden binnen een specifiek domein, verkregen via formele educatie en ervaring, die unieke bijdragen levert aan het vakgebied en actief deelneemt aan kennisontwikkeling. Voor innovatie in zorg- en welzijnsinstellingen werd een expert gedefinieerd als iemand met diepgaande kennis en ervaring op het gebied van zorginnovatie, die unieke inzichten biedt en actief bijdraagt aan de verbetering van zorgpraktijken en -beleid.

De inclusiecriteria voor experts waren:

- de Nederlandse taal machtig zijn;
- kennis van het Vlaamse zorg- en welzijnslandschap hebben;
- expertise binnen het domein van innovatie in zorg- en/of welzijnsorganisaties;
- behoren tot directieniveau of gelijkwaardige ervaring.

De mate van expertise werd gewaarborgd door zelf-evaluatie. Alle deelnemers kregen bij de eerste uitnodiging de duidelijke inclusiecriteria en werden gevraagd zichzelf naar alle eerlijkheid in te schatten. Tabel 1 toont de kenmerken van het expertenpanel.

Tabel 1 – Karakteristieken van de respondenten

		Aantal	Percentage
Uitgenodigde experts		45	100%
Deelname in ronde 1		21	58%
Functie	Directie	13	62%
	Projectleider	2	10%
	Coördinator ondersteunende dienst	3	14%
	Onderzoeker/adviseur	5	24%
Provincie	Antwerpen	5	24%
	Limburg	8	38%
	Oost-Vlaanderen	0	0%
	Vlaams-Brabant	4	19%
	West-Vlaanderen	2	10%
	Vlaanderen	2	10%
Sector	Geestelijke gezondheidszorg	1	5%
	Jeugdhulp	3	14%
	Onderzoek	2	10%
	Sector voor personen met een beperking	8	38%
	Thuishulp of -verpleging	2	10%
	Ziekenhuis	2	10%
	Andere	3	14%
Deelname in ronde 2		13	62%

Delphi-bevraging

De geselecteerde items ondergingen een evaluatie via een Delphi-studie, een consensusmethode die beroep doet op expertise in twee afzonderlijke rondes (21, 23). In de tweede ronde kregen de experts na het ontvangen van feedback op individueel niveau, de mogelijkheid om hun mening te herzien in het licht van de groepsresultaten. De Content Validity Index (CVI) is een maatstaf die wordt gebruikt om de mate van overeenstemming te beoordelen over de relevantie en representativiteit van de items of stellingen in een meetinstrument. Het wordt berekend door te kijken naar het aantal experts dat het eens is over de relevantie van een item, gedeeld door het totale aantal experts. Een CVI-waarde van 1,00 geeft aan dat alle experts het eens zijn over de relevantie van een item. Hoewel de literatuur geen specifieke drempel voor consensus vermeldt voor dit thema, wordt in Delphi-studies in de gezondheidszorg vaak een bereik van 75% tot 80% gebruikt (21). Het onderzoeksteam heeft besloten dat bij een consensus van minstens 75% het item werd behouden als zijnde relevant voor het concept innovatiegereedheid. Daarnaast werd optioneel in een parallelle enquête de mening van de experts bevestigd over de schaalverdeling die het respectievelijke item bevestigd in de innovatiescan.

De geschiktheid van de geselecteerde items werd beoordeeld via een gestructureerde online vragenlijst. De items werden gepresenteerd in zeven thema's. Vragen waren geformuleerd als: "In

welke mate is een innovatiestrategie belangrijk voor het bereiken van innovatiegereedheid?". Relevantie werd verankerd tussen "totaal onbelangrijk" en "zeer belangrijk" op een likertschaal van één tot vijf punten. Experts konden per thema bijkomende items voorstellen die voor hen ontbraken. Voor de start van de enquête werd de bruikbaarheid en duidelijkheid van de vragenlijst bevestigd door een expert, de inhoudelijk begeleider en de promotor van de masterproef. Nauwkeurig geformuleerde definities en concepten waren beschikbaar tijdens de bevraging.

De experts werden uitgenodigd per e-mail om deel te nemen aan de online bevraging. De antwoordtermijn werd initieel op 14 dagen gezet. 10 dagen na de eerst oproep werden de experts die nog geen antwoord inzonden, terug gecontacteerd en werd de antwoordtermijn met 4 dagen verlengd. Experts werden grondig geïnstrueerd over de noodzaak om hun eigen professionele mening te uiten, de opdracht, de benodigde tijd om deel te nemen, de selectie van items, de optie om extra items voor te stellen, de afkapwaarde voor consensus en de anonieme presentatie van feedback. Na de eerste ronde ontvingen de respondenten een feedbackrapport waarin groepsresultaten werden vergeleken met individuele scores. Per item werd de procentuele verdeling per antwoordoptie, de mediaan en de modus gepresenteerd. Op basis van de benchmarkingfeedback kregen de experts de mogelijkheid om hun antwoord bij te stellen. Het is belangrijk op te merken dat er geen financiële compensatie of andere vormen van beloning werden geboden aan de deelnemers voor hun betrokkenheid bij het onderzoek.

Resultaten

Literatuurstudie: items voor innovatiegereedheid

Uit de literatuurstudie werden 36 items geëxtraheerd, die vervolgens werden onderverdeeld in zes thema's: strategie (7 items), ethisch/zorginhoudelijk (2 items), klimaat (8 items), leiderschap (6 items), communicatie (4 items) en resources (9 items) (tabel 2). Deze thematische indeling werd gehanteerd in de bevraging en biedt structuur, hoewel er geen specifieke bevestigingen werden gedaan over de onderlinge verhouding van de verschillende thema's. Daarom moet deze indeling ook in die context worden beschouwd.

Delphi-studie

45 experts werden gecontacteerd, 26 antwoorden werden ingediend (responspercentage van 58%), waarvan 21 antwoorden volledig waren. Experts over verschillende zorg- en welzijnssectoren en omkaderende instanties namen deel aan de Delphi-studie: thuiszorg (2), voorziening voor personen met een beperking (8), geestelijke gezondheidszorg (1), jeugdzorg (3), onderzoek (2), ziekenhuizen (2), andere (3) (tabel 1). In een opvolgende schriftelijke ronde hebben 13 experts (responspercentage van 62%) hun initiële antwoorden herzien aan de hand van individuele feedbackrapporten (Bijlage 3).

Tabel 2 presenteert de items die werden voorgelegd aan de experts voor beoordeling, samen met hun respectievelijke Content Validity Index (CVI). In de eerste ronde varieerde de CVI tussen 29% (voor het item "stabiel personeelsbestand") en 95% (voor het item "afstemming op visie en veranderbereidheid directie"). De items worden per thema gerangschikt volgens CVI van de eerste bevestigingsronde.

Tabel 2 – Content Validity Index van elementen voor innovatiegereedheid: Delphi-studie

Thema	Omschrijving	CVI ronde 1	CVI ronde 2
Strategie	Is de afstemming van de visie op zorginnovatie op de algemene visie van uw organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	95.24%	95.24%
	In welke mate is een innovatiestrategie belangrijk voor het bereiken van innovatiegereedheid?	85.71%	85.71%
	In welke mate zijn externe samenwerkingsverbanden belangrijk voor innovatiegereedheid?	80.95%	80.95%
	In welke mate is het hebben van een innovatieprogramma noodzakelijk voor innovatiegereedheid?	76.19%	76.19%
	Is een pragmatische aanpak van data- beheer belangrijk voor innovatiegereedheid?	71.43%	66.67%
	In welke mate is het beschikbaar maken van financiële middelen voor innovatie bepalend voor innovatiegereedheid?	66.67%	71.43%
	In welke mate is het hebben van een innovatieproces belangrijk voor innovatiegereedheid?	57.14%	66.67%
Ethisch Zorginhoudelijk	Is kennis hebben van de zorgnoden en -behoeften in de organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	85.71%	90.48%
	Is een duidelijk ethisch kader voor innovatie binnen de organisatie, belangrijk voor innovatiegereedheid?	61.90%	71.43%
Klimaat	Is de veranderbereidheid van het directieniveau belangrijk voor de innovatiegereedheid?	95.24%	95.24%
	Is de organisatiecultuur belangrijk voor de innovatiegereedheid?	90.48%	100%
	Is leren en innoveren vanuit de alledaagse werk- praktijken van zorgprofessionals, naast geplande leersituaties, belangrijk voor innovatiegereedheid?	80.95%	80.95%
	Is toegang tot kennis voor het zorgpersoneel belangrijk voor innovatiegereedheid?	80.95%	85.71%
	Is het betrekken van de eindgebruiker van zorg of welzijn belangrijk voor de innovatiegereedheid?	80.95%	85.71%
	Is de termijn (korte- of lange-) waarop je organisatie georiënteerd is, belangrijk voor innovatiegereedheid?	80.95%	80.95%
	Is samenwerking in de organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	80.95%	85.71%
	Zijn standaard zorginnovatieprocessen en -beleid belangrijk voor innovatiegereedheid?	38.10%	23.81%
Leiderschap	Is de leiderschapsstijl in de organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	90.48%	85.71%

Tabel 2 (vervolg) – Content Validity Index van elementen voor innovatiegereedheid: Delphi-studie

Leiderschap	Is de motivatie voor innovatie van de midden-manager belangrijk voor de innovatiegereedheid?	76.19%	76.19%
	Is de risicovoorkeur van de leidinggevende(n) belangrijk voor de innovatiegereedheid?	71.43%	76.19%
	Is de rol van de middenmanager belangrijk voor innovatiegereedheid?	66.67%	66.67%
	Is een opinieleider belangrijk voor innovatiegereedheid?	38.10%	23.81%
	Is een vlakke organisatiestructuur belangrijk voor innovatiegereedheid?	33.33%	33.33%
Communicatie	Is in interactie kunnen gaan over innovatie binnen de organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	80.95%	85.71%
	Zijn formele communicatiekanalen in de organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	71.43%	85.71%
	Zijn formele kanalen voor interactie tussen de zorgverleners en het management kader belangrijk voor innovatiegereedheid?	61.90%	61.90%
	Is toegang hebben tot externe communicatiekanalen belangrijk voor de innovatiegereedheid?	52.38%	57.14%
Resources	Is exclusieve tijd voorzien voor innovatie en verandering belangrijk voor innovatiegereedheid?	90.48%	90.48%
	Is een mandaat geven aan een medewerker om met innovatie aan de slag te gaan, belangrijk voor innovatiegereedheid?	85.71%	85.71%
	Zijn competenties om innovatie te kunnen omarmen, (bijvoorbeeld technische kennis, digitale vaardigheden) bijkomend aan basiscompetenties van zorg- en hulpverleners, belangrijk voor innovatiegereedheid?	71.43%	76.19%
	Is het voorzien van tegemoetkomingen in de vorm van arbeidstijd of financiële middelen, belangrijk voor innovatiegereedheid?	66.67%	66.67%
	Is het ter beschikking hebben van 'cash' (investeerders, vrije organisatiemiddelen, fondsen, subsidies) belangrijk voor innovatiegereedheid	61.90%	66.67%
	Is het ter beschikking hebben van technische functies in uw organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	47.62%	57.14%
	Is het structureel voorzien van overheidsmiddelen voor innovatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	42.86%	47.06%
	Is een stabiel personeelsbestand met kleine turnover belangrijk voor innovatiegereedheid?	28.57%	23.81%
	Is een focus op efficiëntiewinst binnen een organisatie belangrijk voor innovatiegereedheid?	28.57%	28.57%

Elementen van innovatiegereedheid

Binnen de Delphi-studie werden na twee rondes 20 items weerhouden als zijnde belangrijk voor innovatiegereedheid in zorg- en welzijnsorganisaties. Enkel de weerhouden items worden per thema toegelicht en onderbouwd met de evidentie uit de literatuurstudie en aangevuld met de feedback van het expertenpanel.

Strategie

Binnen het thema strategie omvat strategische planning het vaststellen van de langetermijndoelen van de organisatie om innovatie te stimuleren. Hierbij wordt de rol en het belang van innovatie voor de organisatie benadrukt, evenals de afstemming van de visie op zorginnovatie op de algemene visie (24). Enkele experts geven aan dat het belangrijk is dat deze visie ook wordt geïmplementeerd in de praktijk. De strategische planning bepaalt hoe middelen worden toegewezen tussen lopende activiteiten en innovatieve initiatieven.

Het innovatieprogramma verwijst naar de gecoördineerde plannen en acties die een organisatie onderneemt om de innovatiestrategie te implementeren. Zorg- en welzijnsorganisaties worden beschreven als complex omdat ze niet volledig kunnen worden begrepen door lineair denken alleen en interacties tussen teamleden onvoorspelbaar gedrag kunnen veroorzaken en nieuw gedrag kunnen genereren (8, 10, 25). Het innovatieprogramma moet aangepast worden aan de complexiteit van de organisatie.

Externe samenwerkingen hebben betrekking op de relaties van een organisatie met andere organisaties en hoe de organisatie deze verbindingen gebruikt om de innovatiegereedheid te verbeteren. De literatuur toont aan dat interorganisationale verbindingen de mogelijkheid bieden om capaciteiten en kennis uit te wisselen tussen organisaties en om het begrip van omgevingstrends te verbeteren (13).

Ethiek

De zorgnoden en -behoeften die binnen de organisatie aanwezig zijn, kunnen worden gedefinieerd vanuit het perspectief van zowel de zorggebruiker als de medewerker (26). In de wetenschappelijke literatuur was het thema ethiek niet prominent aanwezig, toch werd er consensus bereikt over het item betrekken van de eindgebruiker. Bij het vaststellen van deze zorgbehoeften is het essentieel om de eindgebruiker te raadplegen en deze tevens te betrekken bij het innovatieproces zelf.

Innovatieklimaat

Het thema innovatieklimaat verwijst naar het scheppen van een ondersteunende organisatieomgeving die bijdraagt aan de bereidheid tot innovatie en zich richt op zowel het team- als het organisatieniveau. Volgens de literatuur omvat een innovatieklimaat aspecten zoals organisatiecultuur, veranderbereidheid van het management, voorkeur van het management korte- en/of langetermijndenken, samenwerking binnen de organisatie, leren vanuit de dagelijkse praktijk, toegang tot kennis voor medewerkers, en de betrokkenheid van eindgebruikers bij innovatie (13).

Innovatieve organisatiecultuur heeft betrekking op de manier waarop medewerkers collectief denken, zich gedragen en geloven met betrekking tot innovatiebereidheid. Daarnaast werd de veranderbereidheid van de directie gedefinieerd als zijnde bepalend voor het klimaat en relevant voor innovatiegereedheid.

De voorkeur van het management voor korte- of lange termijn bepaalt ook het klimaat. Indien de organisatie op korte termijn resultaten gericht is en toekomstige voordelen onderschat, heeft ze een hoge tijdvoorkeur en zal ze minder snel innovatie adopteren omdat de meeste innovaties pas na enige tijd hun concurrentievoordeel laten zien ten opzichte van de standaardoplossing (12). Teamcohesie en participatieve vrijheid werden vertaald naar samenwerkingen rond innovatie en werden weerhouden als bepalend voor innovatiegereedheid. Deze studie benadrukt tevens het belang voor ruimte om te leren als onderdeel van het klimaat voor innovatiegereedheid. Hierbij is

het belangrijk dat leren niet enkel plaatsvindt in de academische setting maar ook in de dagelijkse praktijk (13).

Leiderschap

Het thema leiderschap omhelst leiderschapsstijl, de risicovoorkeuren van de leidinggevend en de motivatie tot innovatie van de middenmanagers.

Leiderschapsstijl verwijst naar de attitude en het gedrag van managers bij het stimuleren van innovatiebereidheid. Transformationeel leiderschap, dat zich richt op het inspireren van medewerkers door een overtuigende visie te communiceren, heeft een gunstige invloed op het innovatieve gedrag van werknemers. Dit type leiderschap stimuleert werknemers om innovatief te denken en problemen op te lossen. Naast transformationeel leiderschap wordt situationeel leiderschap, zoals actieve deelname van leiders, als belangrijk beschouwd door medewerkers, omdat leiders aanwezig moeten zijn op de afdelingen en de vaardigheden van hun medewerkers moeten kennen. Verder blijkt uit onderzoek dat de combinatie van transformationeel en empowerend leiderschap, gericht op het vergroten van het vermogen van werknemers om autonome beslissingen te nemen bij het uitvoeren van hun werk, een sterke positieve invloed heeft op innovatief gedrag (13).

Middenmanagers spelen een cruciale rol bij het bevorderen van innovatie-implementatie in organisaties (12, 13, 27). Echter, vanwege hun diverse taken en beperkte beslissingsbevoegdheid met betrekking tot implementatie, worden ze soms belemmerd in hun vermogen om innovatie te stimuleren. Het is van belang dat de directie het engagement van de middenmanagers vergroten door hen duidelijk te maken dat de implementatie van innovatie een organisatorische prioriteit is. Dit kan worden bereikt door beleid en middelen dienovereenkomstig toe te wijzen en zo de noodzakelijke ondersteuning te bieden voor innovatie-initiatieven. Dit bevestigt andermaal het belang van een innovatiestrategie.

Communicatie

Hoewel Van den Hoed et al. interne en externe communicatie over innovatie als een typisch kenmerk weergeven voor innovatiegereedheid in de bedrijfswereld, werd dit item wel in andere literatuur gevonden en weerhouden voor bevestiging (24, 28, 29). De resultaten van de Delphi-studie bevestigden de relevantie van formele interne communicatiekanalen en de mogelijkheid voor interactie over innovatie binnen een organisatie.

Resources

Opvallend is dat de weerhouden items voor innovatiegereedheid vooral betrekking hebben op menselijk kapitaal. Hierin wijkt de innovatiegereedheid bij zorg- en welzijnsorganisaties af van bedrijven, waarbij ook financiële middelen worden gedefinieerd om innovatiegereedheid te bereiken.

Organisaties dienen te investeren in het ontwikkelen van competenties bij hun leidinggevend, middenkader en medewerkers om het gehele innovatieproces te ondersteunen. Deze competenties strekken zich uit tot ver buiten de traditionele CAN-MEDS-rollen van zorgverleners. De CanMEDS-rollen zijn een set van competentieprofielen die de verschillende aspecten van de zorg- of hulpverlenerspraktijk belichten, zoals professionaliteit en kwaliteit, communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap en vakinhoudelijk handelen (30). Bovendien is een duidelijk mandaat voor innovatie cruciaal voor innovatiegereedheid. Tot slot wordt voldoende tijd, die exclusief kan worden besteed aan innovatie binnen de organisatie, beschouwd als een belangrijke factor voor innovatiegereedheid.

Innovatiescan

Per item werd een vragenschaal gesuggereerd. Op basis van feedback van het expertenpanel en in onderling overleg met het onderzoeksteam, werd deze aangepast. De items die weerhouden werden, kunnen de basis vormen voor een innovatiescan (Bijlage 4). In een vervolgonderzoek kan het assessment van innovatiegereedheid door deze innovatiescan worden onderzocht en gevalideerd.

Discussie

De onderzoeksvraag, namelijk het identificeren van de elementen die de innovatiegereedheid van zorg- en welzijnsorganisaties bepalen, is binnen deze studie beantwoord met de identificatie van 20 belangrijke items. Het multidisciplinaire expertenpanel bereikte consensus over deze definitieve set items voor innovatiegereedheid in zorg- en welzijnsinstellingen. Het gecombineerde gebruik van een gestructureerde literatuurstudie en een Delphi-studie maakte de identificatie, selectie en validatie van items mogelijk die de basis vormen voor het meten van innovatiegereedheid.

Innovatiegereedheid verwijst naar het niveau van volwassenheid van een organisatie om te slagen in elk type innovatie, en het proces om deze staat van gereedheid te bereiken als een doorlopend, samenhangend en afgestemd proces van geplande en gecoördineerde acties om de gehele innovatiecyclus te optimaliseren. Dit concept onderscheidt zich van de mate van succes bij de uitvoering van individuele innovaties. Dit onderzoek toont aan dat innoveren geen ad-hoc activiteit is maar iets waar gestructureerd uitvoering aan moet gegeven worden. Hoewel we inzicht hebben in de factoren die innovatiegereedheid beïnvloeden, ontbreekt het aan kennis over de specifieke strategieën en acties die organisaties ondernemen om hun innovatiegereedheid te vergroten. De geïncludeerde artikels voor deze studie tonen aan dat onderzoek naar innovatiegereedheid een eerder recent gegeven is.

De constatering dat weinig verschillen werden gevonden met items voor innovatiegereedheid die in andere sectoren zijn geïdentificeerd, doet vragen rijzen over de vermeende specificiteit van innovatiebereidheid binnen de zorg- en welzijnssector (31, 32). Opmerkelijk is dat interne communicatiekanalen binnen zorg- en welzijnsorganisaties in ons onderzoek als belangrijk worden beschouwd voor innovatiegereedheid, terwijl dit in recent onderzoek niet werd gedefinieerd als sector-specifiek (13). Externe communicatiekanalen lijken, conform eerder onderzoek, minder impact te hebben op innovatiegereedheid binnen de zorg- en welzijnssector dan in andere sectoren. Dit benadrukt de noodzaak van uitgebreider onderzoek om de overeenkomsten en verschillen tussen sectoren te begrijpen en hoe deze kennis kan worden toegepast in de context van zorg- en welzijnsorganisaties.

Hoewel domeinspecifieke items uit adviezen en kaders werden geïntegreerd in de bevraging, werden er slechts drie van de vier items bevestigd door dit onderzoek. Bijvoorbeeld, het belang van een expliciet ethisch kader, vermeld door de zorgvrager als essentieel (26), werd geëvalueerd, maar bleek niet als een afzonderlijk element te worden gedefinieerd. Volgens experts is het reeds opgenomen in de bredere visie en strategie rond innovatie. Interessant is ook dat de organisatiestructuur, inclusief aspecten zoals hiërarchie, focus op efficiëntiewinst, interne processen, databaseer en middelenbeheer, geen doorslaggevende rol lijkt te spelen bij innovatiegereedheid. Dit suggereert dat er binnen verschillende organisatiestructuren een grote variëteit kan bestaan zonder dat dit de bereidheid tot innovatie belemmert.

Het onderzoek toont de behoefte aan een diepgaandere analyse van de aanwezige en ontbrekende elementen van innovatiegereedheid binnen zorg- en welzijnsorganisaties aan. Het voorstel voor een vragenlijst kan bijdragen aan de ontwikkeling van een gevalideerde innovatiescan, waarmee de innovatiebereidheid van dergelijke organisaties in Vlaanderen kan worden onderzocht. Onderzoek van Universiteit Maastricht onderzoekt middels een Q-studie de ontwikkeling van een innovatiescan voor de innovatiegereedheid binnen zorg- en welzijnsinstellingen. Een gestandaardiseerde bevraging zou niet enkel de vergelijking in Vlaanderen maar ook die met Nederland faciliteren.

Hoewel Delphi-bevragingen veel worden gebruikt op gebieden waar experts opinies worden gevraagd en gesynthetiseerd in een proces met meerdere fasen, zijn er enkele methodologische beperkingen. Als eerste is de Content Validity Index (CVI) gebruikt omwille van de primordiale focus op consensus boven consistentie, alsmede vanwege zijn rekenkundig gemak, begrijpelijkheid en faciliterende aard in de communicatie met deelnemers. Aangezien de CVI niet uitdrukkelijk nagaat of het concept volledig wordt verrat, kregen panelleden in beide rondes de mogelijkheid om aanvullende items voor te stellen. De vijf-punt likertschaal werd gekozen boven de gebruikelijke

vier-puntenschaal van een Delphi-studie om deelnemers de mogelijkheid te geven een neutraal antwoord te geven en niet te dwingen, bij bijvoorbeeld onwetendheid, om stelling in te nemen.

De selectie en deelname van experts is essentieel voor geldige en betrouwbare resultaten. Vergeleken met willekeurige selectiemethoden kan de doelgerichte, niet-probabilistische steekproeftrekking van experts hebben geleid tot selectiebias. Het onderzoeksteam heeft panelleden genomineerd op basis van hun reputatie om goed geïnformeerd te zijn over de materie. In plaats van de expertise van panelleden empirisch te testen op een specifiek domein, hebben we expertise afgeleid uit een reeks professionele kenmerken en zelfevaluatie. Het is niet uitgesloten dat panelleden niet bijzonder goed geïnformeerd waren of hun antwoorden hebben beïnvloed met persoonlijke agenda's.

In de eerste ronde beoordeelden experts de items individueel. Vanwege tijdsbeperkingen heeft het onderzoeksteam besloten zich te beperken tot twee rondes, waarbij beide rondes bestonden uit online bevragingen. Een rigoureuze Delphi-studie bestaat doorgaans uit een iteratief proces met minstens twee rondes. De effectiviteit van de Delphi-methode is potentieel onderhevig aan het feit dat de tweede ronde werd uitgevoerd via een online feedbackrapport. Een interactief panelgesprek als tweede ronde zou eventueel relevante items naar voren hebben kunnen brengen die niet werden weerhouden in de eerste ronde. Daarbij zou de discussie over elk item kunnen worden gevoerd en de consensus bereikt kunnen worden op basis van die diepgaande, inhoudelijk interactie, hetgeen een verrijking zou kunnen betekenen voor de inhoud van de items en concepten. Daarnaast moet kritisch gekeken worden naar het gehanteerde consensuspunt van 75% in de Delphi-methode. Er is geen onderbouwing in de literatuur over het consensuspunt voor dit specifieke thema, daarom baseerde dit onderzoek zich op een eerder generieke 75%.

De resultaten van dit onderzoek bieden waardevolle inzichten voor beleidsmakers, praktijkprofessionals en onderzoekers binnen de zorg- en welzijnssector. Door het identificeren van essentiële elementen voor innovatiegeredheid kunnen doelgerichte interventies en strategieën worden ontwikkeld ter bevordering van innovatie. Het is echter van cruciaal belang om op te merken dat de correlatie tussen deze elementen en innovatiegeredheid niet mag worden geïnterpreteerd als een causaal verband. Dit onderstreept tegelijkertijd de noodzaak van verdere onderzoeken naar de effecten van innovatiegeredheid op het succes van innovatie, evenals naar de vergelijkbaarheid van innovatiebereidheid tussen verschillende sectoren.

Conclusie

Deze Delphi-studie heeft 20 belangrijke elementen geïdentificeerd voor innovatiegeredheid van zorg- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen. De gevalideerde elementen komen grotendeels overeen met de in de literatuur beschreven factoren. Onderzoek naar de innovatiegeredheid van zorg- en welzijnsorganisaties is een relatief nieuw onderzoeksveld en mist een algemeen geaccepteerde definitie van innovatiegeredheid, evenals een theoretisch model. Deze review draagt bij aan de eerste fase van theorievorming over de factoren die bijdragen aan innovatiegeredheid. Er is echter behoefte aan een beter begrip van de wisselwerking tussen deze factoren in alle fasen van het innovatieproces en in verschillende zorgomgevingen.

Referentielijst

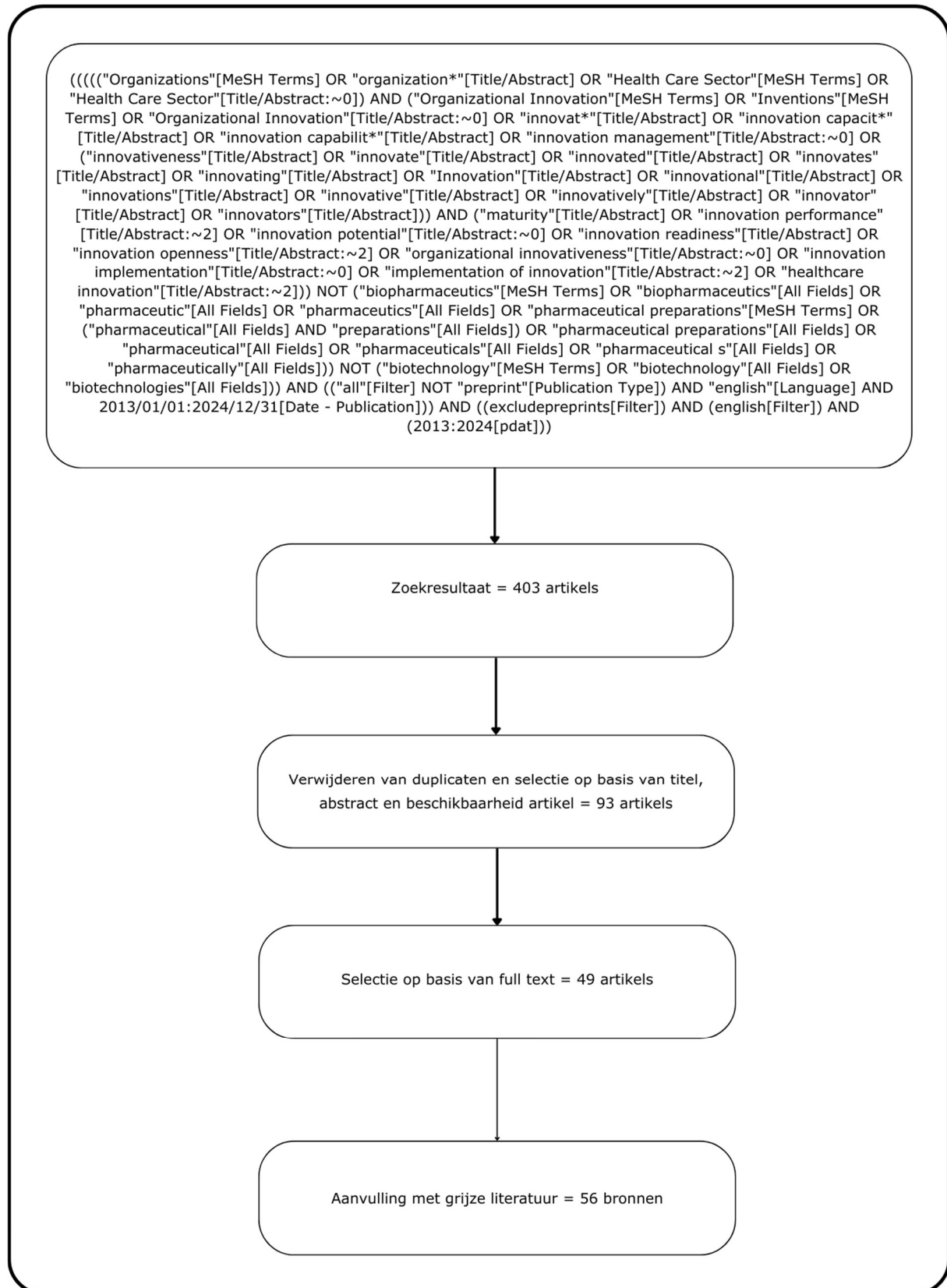
1. Verdonck G. Kennisdiffusie en innovatie in Zorg en Welzijn: Twaalf inspirerende voorbeelden van organisaties in de woonzorg, thuiszorg en ondersteuning van personen met een handicap. Brussel: Stichting Innovatie & Arbeid; 2017.
2. Maier C, Kroezen M, Busse R, Wismar M. Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care: Cambridge University Press; 2022.
3. Bevolkingsvoorzichten België [press release]. Brussel: Federaal Planbureau; 2024.
4. Statbel. Verzorgend personeel Brussel: Statistiek België; 2020 [Geraadpleegd op 17/4/2024]. Beschikbaar via: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/datalab/verzorgend-personeel>

5. O'Hara S, Ackerman M, Raderstorf T, Kilbridge J, Melnyk B. Building and sustaining a culture of innovation in nursing Academics, Research, Policy, and Practice: Outcomes of the National Innovation Summit. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*. 2022;43:5-11.
6. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82(4):581-629.
7. Kelly P, Hegarty J, Barry J, Dyer KR, Horgan A. A systematic review of the relationship between staff perceptions of organizational readiness to change and the process of innovation adoption in substance misuse treatment programs. *J Subst Abuse Treat*. 2017;80:6-25.
8. Khan S, Vandermorris A, Shepherd J, Begun JW, Lanham HJ, Uhl-Bien M, et al. Embracing uncertainty, managing complexity: applying complexity thinking principles to transformation efforts in healthcare systems. *BMC health services research*. 2018;18(1):192.
9. Brainard J, Hunter PR. Do complexity-informed health interventions work? A scoping review. *Implement Sci*. 2016;11(1):127.
10. McDaniel R, Driebe D, Lanham H. Health care organizations as complex systems: New Perspectives on Design and Management. *Advances in Health Care Management*. 15. BINGLEY: Emerald Group Publishing Limited; 2013. p. 3-26.
11. May C. Towards a general theory of implementation. *Implementation science: IS*. 2013;8(1):18.
12. Flessa S, Huebner C. Innovations in Health Care-A Conceptual Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19).
13. van den Hoed MW, Backhaus R, de Vries E, Hamers JPH, Daniëls R. Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):997.
14. OECD. Health at a Glance 2023: OECD; 2023 [Geraadpleegd op 14/01/2024]. Beschikbaar via: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/7a7afb35-en>
15. McClam M, Workman L, Dias EM, Walker TJ, Brandt HM, Craig DW, et al. Using cognitive interviews to improve a measure of organizational readiness for implementation. *BMC Health Services Research*. 2023;23:1-10.
16. Nilsen P, Birken SA. *Handbook on implementation science*. Cheltenham: Edward Elgar; 2020.
17. Scaccia JP, Cook BS, Lamont A, Wandersman A, Castellow J, Katz J, et al. A practical implementation science heuristic for organizational readiness: R = MC(2). *J Community Psychol*. 2015;43(4):484-501.
18. Nauta F, de Groot H, Gielen M, Ngo T, Messchendorp H-J, Crombach M. *Innovatiescan Nederlandse zorg: een inventarisatie van innovatiemanagement in de Nederlandse zorgsector*. Lectoraat Innovatie, Hogeschool Arnhem Nijmegen. 2011.
19. Smith M, Busi M, Ball P, van der Meer R. Factors Influencing an Organisation's Ability to Manage Innovation: A Structured Literature Review and Conceptual Model. *Managing Innovation: What Do We Know About Innovation Success Factors?: WORLD SCIENTIFIC*; 2019.
20. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of advanced nursing*. 2006;53(2):205-12.
21. Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*. 2017;31(8):684-706.
22. Banasiewicz AD. *Evidence-based decision-making: how to leverage available data and avoid cognitive biases*. 1 ed. New York, N.Y: Routledge, Taylor & Francis Group; 2019.
23. Lange T, Kopkow C, Lützner J, Günther K-P, Gravius S, Scharf H-P, et al. Comparison of different rating scales for the use in Delphi studies: different scales lead to different consensus and show different test-retest reliability. *BMC Medical Research Methodology*. 2020;20(1):28.
24. Bunn F, Goodman C, Corazzini K, Sharpe R, Handley M, Lynch J, et al. Setting Priorities to Inform Assessment of Care Homes' Readiness to Participate in Healthcare Innovation: A Systematic Mapping Review and Consensus Process. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(3).
25. Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. *Bmj*. 2018;361:k2014.
26. vzw VP. *Jaarverslag Vlaams Patiëntenplatform 2021*. Brussel: Vlaams Patiëntenplatform vzw; 2021.
27. Lahti NA, Kevin C, Schulz S, Meijers K, Bothma GG. The Development of the Innovation Readiness Inventory: An Assessment Tool to Assess Innovation Readiness of Nursing Organizations. *SAGE Open Nurs*. 2023;9:23779608231202631.
28. Honda A, de Araujo Oliveira SR, Ridde V, Zinszer K, Gautier L. Attributes and Organizational Factors that Enabled Innovation in Health Care Service Delivery during the COVID-

- 19 Pandemic – Case Studies from Brazil, Canada and Japan. *Health Systems & Reform*. 2023;9(2):2176022.
29. Wensing M, Grol R, Grimshaw JM. *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*. 3;3rd; ed. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated; 2020.
30. CanMEDS: Better standards, better physicians, better care Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2024 [Geraadpleegd op 05/05/2024]. Beschikbaar via: <https://www.royalcollege.ca/en/canmeds/canmeds-framework.html>
31. (ISO) IOFS. ISO 56002: Innovation management system. ISO International Organization for Standardization; 2019.
32. Adams R, Bessant J, Phelps R. Innovation management measurement: A review. *International journal of management reviews* : IJMR. 2006;8(1):21-47.
33. Urquhart R., Porter G.A., Sargeant J., Jackson L., Grunfeld E. Multi-level factors influence the implementation and use of complex innovations in cancer care: a multiple case study of synoptic reporting. *Implementation science* : IS. 2014;9:121.
34. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care*. 2004;16(2):107-23.
35. Kelly CJ, Young AJ. Promoting innovation in healthcare. *Future Healthc J*. 2017;4(2):121-5.
36. Duncan R, Eden R, Woods L, Wong I, Sullivan C. Synthesizing Dimensions of Digital Maturity in Hospitals: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2022;24(3):e32994.
37. Vandemeulebroucke T, Denier Y, Gastmans C. Technologische gezondheidsinnovaties: Overzicht van ethische screenings- en evaluatiekaders. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2021.
38. Goes JB, Park SH. Interorganizational Links and Innovation: The Case of Hospital Services. *Academy of Management journal*. 1997;40(3):673-96.
39. de Vries H, Bekkers V, Tummers L. Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda: innovation in the public sector. *Public administration* (London). 2015;94:146-66.
40. Thijssen S, Jacobs M, Heising L, Ou C, Roumen C. The barriers and facilitators of radical innovation implementation in secondary healthcare: a systematic review. *Journal of health organization and management*. 2021:289-312.
41. Anvik C, Vedeler JC, Wegener C, Slettebø Å, Ødegård A. Practice-based learning and innovation in nursing homes. *The journal of workplace learning*. 2020;32(2):122-34.
42. Urquhart R., Kendell C., Folkes A., Reiman T., Grunfeld E., G.A. P. Making It Happen: Middle Managers' Roles in Innovation Implementation in Health Care. *Worldviews on evidence-based nursing*. 2018;15(6):414-23.
43. Birken S, Lee S, Weiner B, Chin M, Chiu M, Schaefer C. From strategy to action: how top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health care management review*. 2015;40(2):159-68.
44. (Voka) VNvO. Digitale Quick Scan Brussel: Voka & Deloitte Private; 2023 [Geraadpleegd op 20/02/2024]. Beschikbaar via: <https://www.voka.be/digitale-quickscan>
45. Chaves B, Briand C, Bouabida K. Innovation in Healthcare Organizations: Concepts and Challenges to Consider. *International Journal of Health Research and Innovation*. 2021:1-14.

Bijlagen

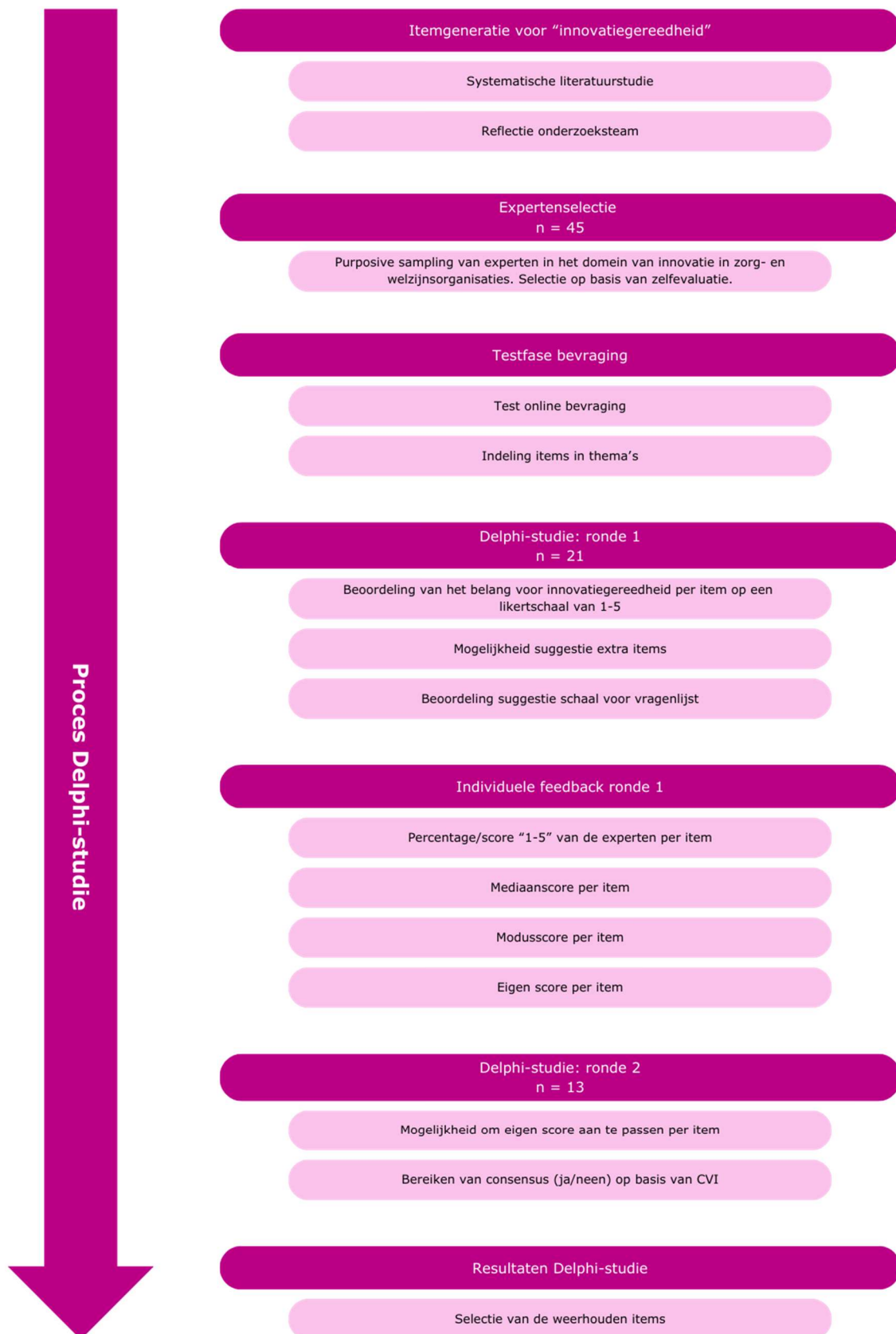
Bijlage 1 - Selectieproces literatuuronderzoek innovatiegereedheid



Bijlage 2 - Itemgeneratie innovatiegereedheid

Nr	Item	Bron	Thema
1	Visie op innovatie	(24)	Strategie
2	Innovatiestrategie	(7, 12, 13, 27, 33)	
3	Financiële middelen	(34)	
4	Innovatieprogramma	(6, 13, 17)	
5	Innovatieproces	(12, 13, 17, 28, 33)	
6	Samenwerkingsverbanden	(6, 13, 28, 29, 34)	
7	Aanpak databeheer	(35, 36)	
8	Ethisch kader	Actuele kaders, (37)	Ethisch - zorginhoudelijk
9	Kennis van zorgnoden en - behoeften	Actuele kaders, (26)	
10	Veranderbereidheid directie	(12, 24)	Klimaat
11	Organisatiecultuur	(6, 7, 12, 13, 17, 27-29)	
12	Tijdsvoorkeur	(1)	
13	Samenwerking intern	(24, 34, 38)	
14	Leren vanuit de praktijk	(6, 7, 12, 13, 17, 29, 39, 40)	
15	Zorginnovatieprocessen	(34)	
16	Toegang tot kennis voor medewerkers	(13, 41)	
17	Betrekken eindgebruiker	(26, 37)	Leiderschap
18	Vlakke organisatiestructuur	(1)	
19	Leiderschapsstijl	(1, 6, 7, 12, 13, 17, 24, 27, 28, 42)	
20	Risicovoorkeur leidinggevende	(12, 27)	
21	Opinieleider	(34)	
22	De rol van de middenmanager	(12, 13, 27, 33, 42)	
23	Motivatie voor innovatie van middenmanager	(12, 29, 33)	Communicatie
24	Formele communicatiekanalen voor innovatie	(7, 12, 24, 28, 29)	
25	Interactie over innovatie	(1)	
26	Formele kanalen voor interactie tussen medewerkers en management.	(7, 38, 43)	
27	Externe communicatiekanalen	(29, 34)	Resources
28	Innovatieve competenties	(1, 7, 13, 17, 27, 29)	
29	Technische functies	Actuele kaders, (44)	
30	Mandaat voor innoveren	(27)	
31	Stabiel personeelsbestand	(17, 24, 39, 40, 45)	
32	Exclusieve tijd voor innovatie	(13, 17, 24, 39, 40)	
33	Voorzien van tegemoetkomingen	(34, 45)	
34	Cash middelen	(17, 24, 39, 40, 45)	
35	Focus op efficiëntiewinst	Actuele kaders (34)	
36	Structureel voorzien overheidsmiddelen	(45)	

Bijlage 3 – Proces Delphi-studie



1. Hoe vertaalt de visie op zorginnovatie zich binnen de praktijk van jullie organisatie?

Wij hebben geen visie op zorginnovatie.	Binnen onze zorgorganisatie is er een visie over zorginnovatie, deze is echter nergens formeel bevestigd.	Er is een visie op zorginnovatie maar deze is niet breed uitgedragen .	Er is een visie op zorginnovatie, we merken dat deze niet altijd wordt toegepast wanneer het over zorginnovatie gaat.	Onze visie over zorginnovatie is een deel van onze algemene visie en dient als kompas wanneer het over zorginnovatie gaat.
--	---	--	---	--

2. Heeft uw organisatie een innovatiestrategie?

Er is nog niet nagedacht over een innovatiestrategie. We kiezen onze doelen ad hoc .	Er is een ongeschreven innovatiestrategie , maar er zijn geen concrete plannen.	Er is een gedocumenteerde innovatiestrategie die voorziet hoe we naar de toekomst toe meer op innovatie willen inzetten.	Er is een gedocumenteerde innovatiestrategie met specifieke projecten en prioriteiten . Er is evaluatie van de strategische doelstellingen voorzien.	Er is een gedocumenteerde innovatiestrategie : de nodige projecten zijn geïdentificeerd en geprioriteerd en worden geëvalueerd . Binnen deze strategie is er expliciete ruimte voor opportuniteiten die niet werden voorzien bij de opmaak van de strategie.
--	--	--	---	--

3. Is er een innovatieprogramma voorzien in uw organisatie?

Er is op dit moment geen innovatieprogramma .	Er is geen innovatieprogramma . Innovatieprojecten worden ad hoc ingepast in de totale organisatie.	Jaarlijks stellen we een innovatieprogramma op , maar dit wordt verder niet opgevolgd .	Jaarlijks stellen we een innovatieprogramma op met gecoördineerde plannen en acties .	We maken jaarlijks een innovatieprogramma op. Het programma is afgestemd op de innovatiestrategie en houdt daarbij rekening met de behoeften van de adoptanten . Het innovatieprogramma heeft gedefinieerde doelen en mijlpalen.
--	---	--	--	--

4. Heeft uw organisatie samenwerkingsverbanden met andere organisaties?

Wij hebben geen externe samenwerkingsverbanden rond innovatie.	Wij hebben enkele informele contacten , maar werkten nog nooit samen rond innovatie.	Er is een samenwerkingsverband maar we hebben nog geen ervaring in een samenwerking rond innovatie .	Er is een samenwerkingsverband waarmee we ad hoc en opportunistische samenwerkingen hebben.	Er is een samenwerkingsverband waarmee steeds bekeken wordt welke rol zij kunnen spelen in het kader van innovatie. Het samenwerkingsverband is opgenomen in onze innovatiestrategie .
---	---	--	---	--

5. Hoe bekomt u inzicht op de zorgnoden en - behoeften in uw organisatie?

Wij ondernemen geen specifieke actie om de zorgnoden en -behoeften in kaart te brengen.	Wij vertrouwen op de zorgmedewerkers / hulpverleners voor het signaleren en doorgeven van zorgnoden en - behoeften.	Wij doen een jaarlijkse bevraging naar de zorgnoden en - behoeften bij onze zorgmedewerkers / hulpverleners .	Wij doen bevragingen naar de zorgnoden en -behoeften bij onze zorgmedewerkers / hulpverleners en de zorgvragers en integreren die in onze strategische doelstellingen .	Wij hebben een formeel kanaal om zorgnoden en - behoeften te registreren. Daarnaast moedigen we medewerkers, zorggebruikers en hun netwerk aan om de kaderleden aan te spreken betreffende zorgnoden. De noden en behoeften worden geïntegreerd in onze strategische doelstellingen .
--	--	---	--	---

6. Wat is de innovatiecultuur van uw organisatie?

Medewerkers voelen zich ontmoedigd om nieuwe ideeën voor te stellen of risico's te nemen. Er is een gebrek aan ondersteuning voor innovatie en de organisatie beloont zelden of nooit innovatieve initiatieven.	Medewerkers ervaren aanzienlijke obstakels bij het uiten van creativiteit en het experimenteren met nieuwe ideeën . De organisatie mist een duidelijke focus op innovatie en beloont zelden of nooit innovatieve initiatieven.	Er zijn beperkte mogelijkheden voor medewerkers om innovatieve ideeën te verkennen en risico's te nemen . De organisatie heeft nog ruimte voor verbetering om een echte cultuur van innovatie te bevorderen.	Medewerkers hebben enige ruimte om nieuwe ideeën te verkennen en risico's te nemen , maar er zijn nog belemmeringen of beperkingen die de innovatiecultuur enigszins remmen.	Medewerkers voelen zich aangemoedigd en ondersteund om nieuwe ideeën te verkennen, risico's te nemen en te experimenteren . Er is een cultuur van openheid, creativiteit en samenwerking die innovatie stimuleert en beloont .
---	--	---	--	---

7. Wat is de veranderbereidheid van de directie van uw organisatie?

Het hoger kader heeft een sterke behoudsgezindheid .	Het hoger kader is eerder behoudsgezind. Risicoloze veranderingen krijgen soms een kans.	Het hoger kader voert veranderingen door wanneer deze succesvol gebleken zijn bij andere, soortgelijke organisaties .	Het hoger kader is veranderbereid maar richt zich toch liever op meer voor de hand liggende en eerder veilige veranderingen .	Het hoger kader vervult een pioniersrol . Ze zijn altijd als een van de eersten om nieuwe, relevante innovaties te adopteren.
---	--	--	---	---

8. Welke tijdsvoorkeur heeft je organisatie?

Onze organisatie is erg ad hoc georiënteerd . Beslissingen worden meestal op korte termijn genomen.	Onze organisatie is georiënteerd op korte termijn . We kijken voornamelijk naar onze context zoals die nu is of over 2 jaar gaat zijn.	We kijken zowel op korte- als op langetermijn naar onze context. We hebben echter geen doelstellingen aan deze termijnen gekoppeld .	We hebben een duidelijke toekomstvisie als organisatie. We richten ons vooral op lange-termijndoelstellingen. Korte-termijndoelstellingen verliezen we daardoor soms uit het oog.	We hebben korte- en langetermijn-doelstellingen die we vertalen in ons strategisch plan .
---	--	--	---	---

9. Wordt er samengewerkt rond innovatie in uw organisatie?

Er is geen samenwerking intern de afdelingen , projecten worden individueel of in een kernteam uitgevoerd.	Het volledige team van de afdeling wordt betrokken indien er innovatieprojecten plaatvinden.	Het volledige team van de afdeling wordt betrokken indien er innovatieprojecten plaatvinden. Er worden test-cases met andere afdelingen gedeeld en actief besproken .	Afdelingen werken samen om de innovatieve projecten vorm te geven .	Afdelingen werken samen om de innovatieve projecten vorm te geven . Initiatieven rond innovatie worden steeds bekeken in het grotere systeem .
--	---	---	---	--

10. Wordt er ruimte gemaakt om te leren rond innovatie in uw organisatie?

Leren gebeurt in de geplande leersituaties , deze zijn standaardopleidingen die jaarlijks worden herhaald .	Leren gebeurt in de geplande leersituaties . Jaarlijks wordt het aanbod herbekeken en vernieuwd .	Leren gebeurt voornamelijk in geplande leersituaties . Jaarlijks wordt het aanbod aangepast. Sporadisch vinden er leermomenten in de werkpraktijk plaats, deze zijn eerder spontaan .	Leren gebeurt middels geplande leersituaties waar we inspelen op de noden en behoeften van het moment . Aanvullend zorgen we voor leermomenten in de werkpraktijk .	Leren gebeurt middels geplande leersituaties . Aanvullend organiseren we actief leermomenten in de werkpraktijk die inzetten op innovatiegereedheid en veranderbereidheid .
--	--	--	---	--

11. Hebben zorgmedewerkers/hulpverleners (zm/hv) in uw organisatie toegang tot kennis?

Wij hebben geen interne of externe kennisbanken . We baseren ons op kennis uit de opleiding en raadplegen soms de openbare zoekmachines . De meeste zm/ hv hebben geen goede toegang tot een computer met internet.	Wij hebben geen interne of externe kennisbanken . We baseren ons op kennis uit de opleiding en raadplegen soms de openbare zoekmachines . De meeste zm/hv hebben toegang tot een computer met internet.	Wij zijn aangesloten bij een vakgroep, middenmanagers hebben toegang tot deze kennisbanken . We hebben geen interne kennisbank . Informatie die belangrijk is voor de zm/hv, wordt gefilterd door middenmanagement en via de interne communicatie bezorgd .	Onze zm/ hv hebben toegang tot internet en krijgen betrouwbare websites aangeboden waar ze best informatie vergaren. Via interne communicatie delen we relevante bronnen en adviseren we hen om zich te abonneren op nieuwsbrieven en dergelijke.	We hebben een interne kennisbank . Deze informatie is up to date . Verder motiveren we onze zm/hv om actief naar informatie te zoeken via betrouwbare bronnen . We verrijken deze kennis met lerende netwerken .
---	---	---	---	---

12. Wordt de eindgebruiker betrokken bij innovatie in uw organisatie?

Neen, enkel professionals worden betrokken bij innovatie.	Eindgebruikers worden enkel betrokken bij de testfase of na implementatie van de innovatie.	Eindgebruikers worden betrokken bij de keuze van de innovatie, de testfase en de implementatie van de innovatie .	Eindgebruikers worden betrokken vanaf het eerste moment : bij de behoefteanalyse, keuze van de innovatie, test- en implementatiefase .	De eindgebruiker is bij ons altijd een stakeholder en is dus officieel betrokken in elke fase van het innovatieproces.
--	--	--	--	--

13. Welke leiderschapsstijl past bij uw organisatie?

De leiderschapsstijl in onze organisatie is gebaseerd op controle en bevel .	De leiderschapsstijl in onze organisatie is gebaseerd op controle en vaste structuren .	De leiderschapsstijl in onze organisatie is gebaseerd op hiërarchie binnen de verschillende afdelingen en overkoepelend bestuur .	De leiderschapsstijl in onze organisatie is gebaseerd op gedeelde verantwoordelijkheid en veel autonomie in de afdelingen .	De leiderschapsstijl in onze organisatie geeft ruimte voor testen, experimenteren en falen . Er is sprake van zelfsturende teams binnen een duidelijk en veilig kader .
---	--	--	--	--

14. Wat is de houding van uw organisatie t.o.v. onzekerheid betreffende innovatie?

Er worden nooit risico's genomen door de leidinggevendenden. Voorspelbaarheid en vertrouwde keuzes genieten de voorkeur.	Er worden zelden risico's genomen door leidinggevendenden. Ze geven de voorkeur aan voorspelbaarheid . Enkel in urgente situaties durven ze wel eens een risico te nemen.	Er worden soms ad hoc risico's genomen door leidinggevendenden, er is weinig kennis over hoe je de risico's toch beter kan berekenen .	Onze leidinggevendenden zijn zich bewust van het inherent risico bij innovatie. Meestal worden risico's genomen wanneer die door andere organisaties in de sector eerder werden genomen.	Onze leidinggevendenden zijn zich bewust van het inherent risico bij innovatie. Alle maatregelen om het risico te beheersen worden toegepast.
--	--	---	--	---

15. Wat is de houding van het middenmanagement t.o.v. innovatie in jouw organisatie?

Ons middenmanagement heeft veel weerstand t.o.v. innovatie en gebruikt hun strategische functie om implementatie van innovaties te vertragen of te doen mislukken .	Ons middenmanagement heeft weerstand t.o.v. innovatie en zal niet spontaan meewerken aan de implementatie van innovaties.	Ons middenmanagement draagt geen enthousiasme uit over innovatie, maar zal ook geen weerstand vertonen.	Ons middenmanagement is enthousiast over innovatie en gemotiveerd om innovatie te implementeren. Het ontbreekt hen echter aan inzicht over hun strategische positie .	Ons middenmanagement dragen innovatie uit en maken ook de praktijk enthousiast over innovatie. Ze zijn zich bewust van hun strategische positie .
---	---	---	--	--

16. Hoe communiceert uw organisatie over innovatie intern de organisatie?

Er wordt niet formeel organisatie breed gecommuniceerd over innovatie.	Jaarlijks wordt er in het jaарverslag een alinea gewijd aan innovatie. Niet elke medewerker ontvang dit jaarverslag.	Indien er een innovatie geïmplementeerd werd, wordt dit gecommuniceerd naar alle medewerkers. Meestal is dit via e-mail of een interne nota .	Communicatie over innovatie gebeurt ad hoc via het intranetkanaal van onze organisatie. Het intranet is gemakkelijk raadpleegbaar door iedereen in de organisatie.	Communicatie over innovatie gebeurt proactief en reactief via verschillende kanalen om zo veel mogelijk medewerkers op de hoogte te brengen en houden. We delen alle informatie op intranet zodat het steeds raadpleegbaar is.
---	---	---	--	--

17. Worden binnen uw organisatie momenten van interactie over innovatie georganiseerd?

Wij hebben geen formele, noch informele momenten waarop er in interactie kan gegaan worden over innovatie.	Er zijn binnen onze organisatie informele momenten waarop we in interactie gaan over innovatie. Deze interactie beperkt zich meestal tussen medewerkers van dezelfde afdeling .	Er zijn zowel formele als informele momenten van interactie over innovatie in onze organisatie. De interactie vindt enkel plaats tussen de leden van het hoger kader .	Er zijn zowel formele als informele momenten van interactie over innovatie in onze organisatie. De interactie kan plaatsvinden tussen de medewerkers uit de praktijk en de middenmanager of tussen de middenmanager en het hoger kader .	Over de verschillende lagen van de organisatie zijn er regelmatige vergaderingen, coaching, interactieve benaderingen en goede communicatie van informatie over innovatie.
---	---	--	--	--

18. Hoe zet uw organisatie in op de competenties van de zorgmedewerkers/hulpverleners (zm/hv)?

Wij vertrouwen erop dat de vakinhoudelijke kennis wordt meegegeven in de opleiding van de zm/hv, de andere competenties vinden we niet belangrijk .	Wij denken dat de zm/hv die hun opleiding hebben doorlopen, voldoende competenties hebben verworven om hun loopbaan te doorlopen.	We zetten in op het blijvend bijscholen van zorginhoudelijke kennis omdat dit toch de belangrijkste competentie vormt voor zm/hv.	Wij zijn ons bewust van de vele competenties waarover zm/hv moeten beschikken, we zetten echter voornamelijk in op zorginhoudelijke kennis .	Wij zetten op de verschillende competenties in die de zm/hv nodig hebben om in een organisatie te kunnen bijdragen aan kwaliteit . We zijn ons bewust dat de kennis voor verschillende competenties snel evolueert en passen onze investering in de competenties aan op de noden van de innovaties .
--	--	---	---	---

19. Wie is verantwoordelijk voor innovatie in uw organisatie?

Niemand in het bijzonder. Dit is voornamelijk een verantwoordelijkheid voor het hoger kader maar is niet afdwingbaar .	Niemand in het bijzonder. De verantwoordelijkheid voor innovatie ligt voornamelijk bij het hoger kader en het middenmanagement .	Medewerkers met een affiniteit voor innovatie krijgen de ruimte om met innovatie bezig te zijn.	Er zijn referentiepersonen aangeduid in onze organisatie om rond innovatie te werken. Het is een referentiefunctie die per afdeling verplicht moet worden ingevuld door één zm/hv .	Wij hebben een medewerker/team die zich exclusief bezighoudt met innovatie. Dit is zo ook in het organogram opgenomen. Deze persoon is verantwoordelijk om innovatie te introduceren, integreren en verweven in de organisatie, waarbij gedeeld eigenaarschap belangrijk is.
---	--	---	---	---

20. Is er binnen uw organisatie tijd voor innovatie?

Neen, innovatie geniet geen prioriteit , waardoor het vaak wordt verwaarloosd .	Sporadisch wordt er tijd vrijgemaakt voor innovatie, maar nooit structureel .	Indien het binnen een project of werkgroep nodig is, wordt er ad hoc tijd voorzien voor innovatie.	Er wordt op structurele momenten tijd voorzien om rond innovatie en verandering te werken.	Innovatie en verandering zijn vaste, exclusieve elementen in de dagelijkse organisatie .
---	---	--	---	--