

**VLAIO**

**Evaluatie Impulsprogramma voor Innovatie  
in Gezondheid en Zorg**



**Eindrapport**

**JUNI 2024**

# Inhoudstafel

<b>1</b>	<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b> .....	<b>3</b>
1.1	Het Impulsprogramma voor innovatie in gezondheid en zorg .....	3
1.2	De drie geïntegreerde pijlers van het Impulsprogramma ‘Innovatie in gezondheid en zorg’ .....	3
1.3	Doel van de opdracht en leeswijzer bij het rapport.....	6
<b>2</b>	<b>Hoofdstuk 2: Gehanteerde methodologie en aanpak</b> .....	<b>7</b>
2.1	Kwantitatieve evaluatie .....	7
2.2	Kwalitatieve evaluatie .....	10
2.3	Vormen van aanbevelingen .....	14
<b>3</b>	<b>Hoofdstuk 3: Kwantitatieve impactmeting aan de hand van de beschikbare indicatoren</b> .....	<b>15</b>
3.1	Voorstelling geselecteerde indicatoren voor kwantitatieve evaluatie .....	15
3.2	Resultaten kwantitatieve evaluatie .....	16
3.3	Globale conclusies kwantitatieve evaluatie .....	19
<b>4</b>	<b>Hoofdstuk 4: Kwalitatieve evaluatie aan de hand van het Scirocco model voor innovatie in zorg en welzijn</b> .....	<b>21</b>
4.1	Voorstelling van het Scirocco model.....	21
4.2	Numerieke scores voor de verschillende dimensies in het Scirocco model .....	21
4.3	Kwalitatieve argumentatie per dimensie.....	22
4.4	Globale conclusies kwalitatieve evaluatie .....	35
<b>5</b>	<b>Hoofdstuk 5: Aanbevelingen</b> .....	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>Hoofdstuk 6: Bijlagen</b> .....	<b>43</b>
6.1	Bijlage 1: Scirocco model .....	43

# 1 Hoofdstuk 1: Inleiding

## 1.1 Het Impulsprogramma voor innovatie in Gezondheid en Zorg

Het klassieke beeld, waarbij innovaties uitsluitend ontwikkeld worden door onderzoeksinstituten en grote ondernemingen, is vandaag niet langer de realiteit, denk maar aan zorgverleners die met innovatieve startups aan de slag gaan om apps te ontwikkelen of sociale ondernemingen die vanuit de behoeften van de patiënt medische hulpmiddelen ontwikkelen die uitgroeien tot frequent gebruikte dagdagelijkse hulpmiddelen.

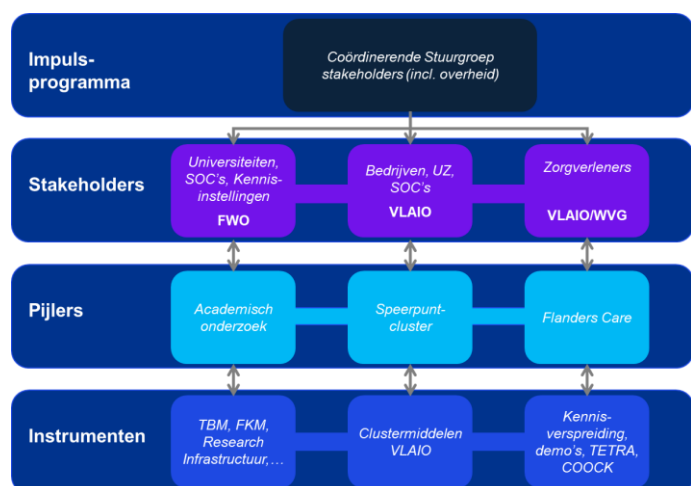
Vandaag worden innovaties op diverse vlakken ontwikkeld, door zowel onderzoeksinstituten, (sociale) ondernemingen, zorg- en welzijnsprofessionals als vanuit samenwerkingen tussen deze actoren. Deze innovaties kunnen nieuwe producten (bv. nieuwe behandelingen of medische hulpmiddelen) of nieuwe toestellen (bv. voor diagnose) zijn, maar ook verbeterde processen vormen vandaag de dag een belangrijk innovatiedomein (bv. verbeterde processen door interdisciplinaire samenwerking, het delen en (her)gebruiken van data, het vermijden van producten voor eenmalig gebruik, ...). Wanneer deze innovaties worden ontwikkeld op een vraag-gedreven manier, wordt er van bij het begin rekening gehouden met de noden en wensen van de uiteindelijke gebruikers (zowel zorgvragers als -professionals). Zij worden actief betrokken bij het hele proces van onderzoek, ontwikkeling en ingebruikname van de innovatie.

In 2021 werd op initiatief van de Vlaamse Regering het *Impulsprogramma voor innovatie in Gezondheid en Zorg* opgericht om verder in te zetten op deze noodzakelijke samenwerkingen en vraag-gedreven benadering. Dit Impulsprogramma beoogt het stimuleren van onderzoek en innovatie voor en door het bredere zorg- en welzijnsdomein, en tracht een meer gepersonaliseerde en preventieve aanpak van gezondheid te realiseren. Om deze doelstellingen te bereiken, is een gezamenlijke visie en goede samenwerking noodzakelijk tussen academische partners, (sociale) ondernemingen en organisaties en professionals die zorg en ondersteuning aanbieden op het terrein.

## 1.2 De drie geïntegreerde pijlers van het Impulsprogramma 'Innovatie in gezondheid en zorg'

Het Impulsprogramma heeft als doel een gedeelde visie te creëren en verbindende acties op te zetten om de overgang van academisch onderzoek naar praktische toepassingen in de samenleving te versnellen door samenwerking tussen de verschillende pijlers te bevorderen (zie Figuur 1).

Het programma overspant tal van stakeholders, variërend van universiteiten en hogescholen tot zorgverleners, en maakt gebruik van diverse instrumenten en middelen.



Figuur 1 - Overzicht op het Impulsprogramma met samenwerking over de 3 pijlers

Gebaseerd op de bestaande sterke punten van het gezondheidsecosysteem in Vlaanderen, richt het Impulsprogramma 'Innovatie in gezondheid en zorg' zich op drie pijlers: de opbouw van fundamentele



**kennis** (academisch onderzoek), onderzoek gericht op **bedrijfsbehoeften** (speerpuntcluster) en de **implementatie van nieuwe toepassingen in de zorg** (Flanders Care).

Bovenal zet het Impulsprogramma in op de **noodzakelijke kennisuitwisseling en samenwerking tussen de drie pijlers**. Bovendien richt het Impulsprogramma zich op het gebruik van data voor het genereren van nieuwe kennis en de ontwikkeling van innovatieve toepassingen. Het verzamelen en benutten van data, evenals de digitalisering van de gezondheidszorg, zijn integrale aandachtspunten binnen elk van de drie pijlers van het programma.

### 1.2.1 Pijler 1: Academisch onderzoek: fundamentele en toegepaste kennisopbouw



Het impulsprogramma 'Innovatie in gezondheid en zorg' heeft tot doel het **academisch onderzoek** (pijler 1) te **verbinden** met **de aanvullende expertise** van VIB, IMEC, VITO en FlandersMake, naast die van de vijf universiteiten met **diverse gelinkte expertisedomeinen**.

Deze pijler richt zich hoofdzakelijk op **fundamentele kennisopbouw** en een eerder laag TRL niveau. In dit ecosysteem speelt de onderzoeks- en testinfrastructuur voor specifieke ontwikkelingen en toepassingen op het gebied van gezondheid en zorg een cruciale rol.

Figuur 2 - Pijler 1: Academisch onderzoek: fundamentele en toegepaste kennisopbouw

### 1.2.2 Pijler 2: Bedrijfsgerichte kennisopbouw- en toepassing: speerpuntcluster Medvia



Figuur 3 - Pijler 2: Bedrijfsgerichte kennisopbouw- en toepassing

In de levenswetenschappen en (bio)technologie **groeit de hoeveelheid inzichten en data** exponentieel, wat waardevolle kennis oplevert die cruciaal is voor bijvoorbeeld betere besluitvorming, gezondere levensstijlen, effectievere therapieën en meer patiëntgerichte thuiszorg.

**Het benutten van deze inzichten vereist echter nauwe samenwerking tussen ondernemingen met expertise in verschillende disciplines.** De samenwerking tussen ondernemingen en kennisinstellingen (pijler 2) vormt het fundament voor een clusterwerking met een sterke economische basis in Vlaanderen. De **speerpuntcluster MEDVIA** werd in dit kader opgericht en heeft als missie om de **sterktes vanuit het fundamenteel en strategisch basisonderzoek** (pijler 1) te integreren en **om te zetten naar praktisch inzetbare technologieën**. Hierbij wordt een **lange termijnvisie en roadmap** ontwikkeld waarin Vlaamse actoren gezamenlijk kunnen werken naar een gemeenschappelijk doel. De **interactie** tussen kennisinstellingen, universitaire ziekenhuizen en zorgactoren **staat centraal in dit proces**.

### 1.2.3 Pijler 3: Streven naar een innovatieve gezondheidszorg: Flanders Care



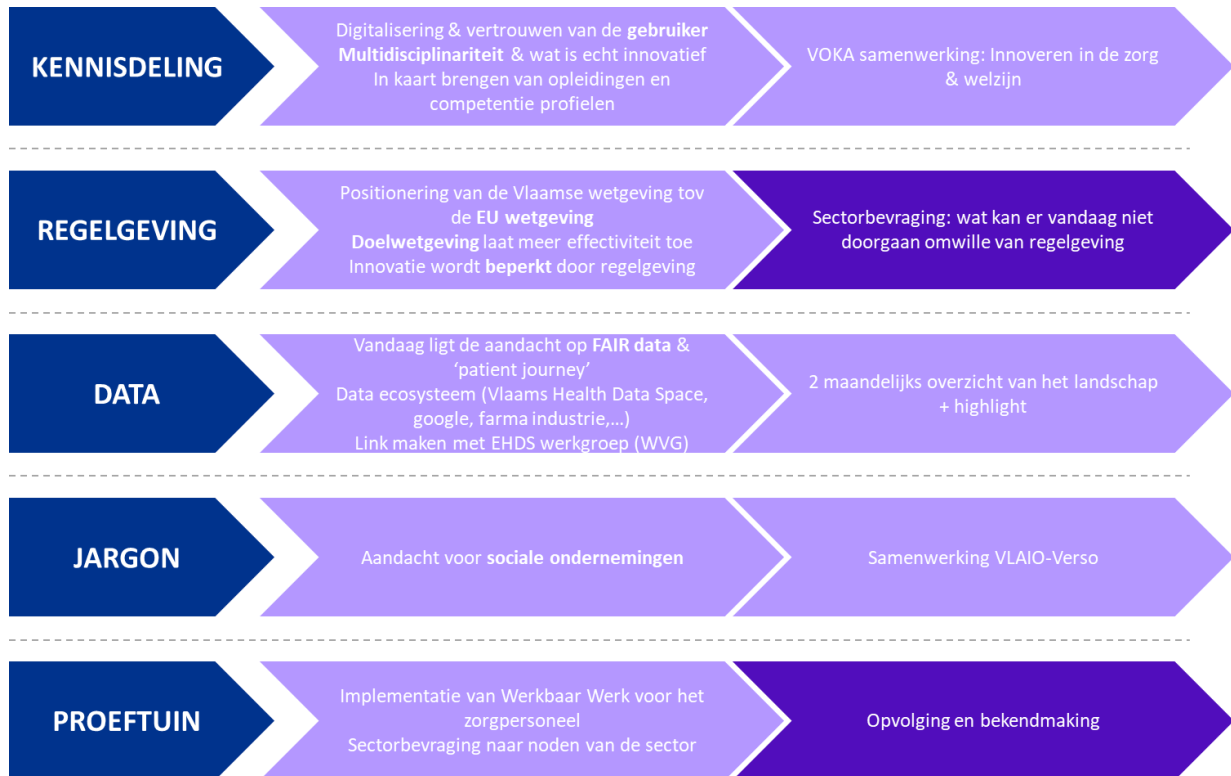
Figuur 4 - Pijler 3: Streven naar een innovatieve gezondheidszorg

In de **derde pijler** van het Impulsprogramma 'Innovatie in gezondheid en zorg' worden initiatieven ondernomen om de **absorptie van technologieën in de Vlaamse zorgsector te stimuleren en te versnellen**, om te komen tot het **hoogste niveau van technologische rijpheid (TRL-niveau)**.

Deze inspanningen zijn gericht op het bevorderen van het gebruik van technologieën die in Vlaanderen zijn ontwikkeld, met behulp van **Vlaamse middelen**. Het betreft een nauwe samenwerking tussen kennisinstellingen, ondernemingen, technologie-ontwikkelaars, -gebruikers en **Flanders' Care**.

Om deze marktabsorptie te bevorderen, **worden instrumenten zoals gespecialiseerde TETRA ingezet**. TETRA-projecten, geleid door hogescholen met sterke banden met het bedrijfsleven, ondersteunen de vertaling en implementatie van kennis.

Binnen het Impulsprogramma werden sinds de opstart een aantal **thematische werkgroepen** opgericht die gericht rond een aantal acties werken. Deze werkgroepen zijn actief, en kunnen mogelijks ook bepaalde aanbevelingen opnemen die uit deze evaluatie naar boven komen.



Figuur 5 – Overzicht van de verschillende thematische werkgroepen binnen het Impulsprogramma.

## 1.3 Doel van de opdracht en leeswijzer bij het rapport

Om het Impulsprogramma op te volgen en met oog op mogelijke bijstellingen in de toekomst, werd in het najaar van 2023 en het voorjaar van 2024 een studie uitgevoerd die tot doel had om een evaluatiekader op te stellen voor het Impulsprogramma. Voorliggend rapport is het resultaat van deze studie, en presenteert zowel het evaluatiekader als de resultaten uit de eerste uitvoering van het evaluatiekader. Deze resultaten kunnen gebruikt worden als nulmeting.

In **hoofdstuk 2** van dit rapport wordt de gehanteerde methodologie en onderzoeksaanpak in detail toegelicht. De kern van dit onderzoek en belangrijkste bevindingen zijn gebaseerd op een maturiteitsmodel gebaseerd op het Sciroccomodel voor vraag gestuurde innovatie. Dit kader wordt aangevuld met enkele kwantitatieve indicatoren rond innovatie. Het doel van dit hoofdstuk is de lezer inzicht geven in de gehanteerde methodologie, en moet toelaten dat dit onderzoek in de toekomst op dezelfde manier herhaald wordt met oog op periodieke metingen.

In **hoofdstuk 3** worden de voornaamste resultaten en bevindingen uit het kwantitatieve luik van de evaluatie toegelicht en besproken, waarna nadien in **hoofdstuk 4** het kwalitatieve luik aan bod komt, inclusief de resultaten uit de bevraging van het ecosysteem rond innovatie in zorg en welzijn, waaraan 15 organisaties uit diverse pijlers van het Impulsprogramma deelnamen. Op basis van de resultaten van het onderzoek, beschrijft **hoofdstuk 5** een aantal aanbevelingen met oog op de toekomst.

## 2 Hoofdstuk 2: Gehanteerde methodologie en aanpak

Om de **toekomstige koers** van het Impulsprogramma te bepalen, werd als onderdeel van deze studie een **opvolgkader uitgewerkt** en vervolgens een eerste maal toegepast door het onderzoeksteam als onderdeel van de studie. Dit opvolgkader moet in de komende jaren toelaten om innovatie in zorg en welzijn van nabij op te volgen, en zowel de **realisaties** van als eventuele **bijsturingen** binnen het Impulsprogramma in Gezondheid en Zorg op basis van kwantitatieve en kwalitatieve inzichten te onderbouwen.

Voor de ontwikkeling van het opvolgkader wordt gebruik gemaakt van twee luiken: een **kwantitatief luik** en een **kwalitatief luik**. Om het Impulsprogramma ‘Innovatie in Gezondheid en Zorg’ op een effectieve en efficiënte manier te kunnen opvolgen, is de **combinatie van deze twee luiken cruciaal**. Gezien de tot op heden beperkte looptijd van het programma, zijn kwantitatieve gegevens slechts **beperkt beschikbaar** en bovendien vaak vertraagd. Bovendien is de **schaal** waarop het Impulsprogramma opereert eerder beperkt, en is het Impulsprogramma ingebed in een breed ecosysteem rond innovatie waar tal van stakeholders en overheidsactoren samenwerken, waardoor het methodologisch uitdagend is om de impact van het Impulsprogramma op bestaande kwantitatieve indicatoren eenduidig af te lijnen.

Om deze reden werd gekozen om, naast het opvolgen van enkele kwantitatieve indicatoren, binnen deze studie in parallel in te zetten op een **kwalitatieve bevraging**, waarbij er ingezet wordt op het verzamelen van kwalitatieve inzichten die moeten toelaten het programma met oog op de toekomst bij te sturen op basis van feedback van belangrijke stakeholders. Daarnaast is een kwalitatieve bevraging waardevol omdat de **stakeholders** binnen de verschillende pijlers van het Impulsprogramma **erg divers zijn en met zeer verschillende uitdagingen** worden geconfronteerd. Een diepte-bevraging kan inzicht geven in de complexiteit van deze uitdagingen en hoe elk van de stakeholders hiermee omgaat en welke extra ondersteuning zij verwachten van het Impulsprogramma.

Onderstaande delen beschrijven de gebruikte **methodologie** voor zowel het kwantitatieve luik als het kwalitatieve luik in meer detail, alsook hoe beide delen gecombineerd werden tot finale inzichten om aanbevelingen te kunnen formuleren.

### 2.1 Kwantitatieve evaluatie

#### 2.1.1 Verzameling van beschikbare gegevens

Voor de uitwerking van het kwantitatieve luik van het opvolgkader werd gestart met een **inventarisatie** van de beschikbare gegevens vanuit bestaande bronnen. Hiervoor werd initieel de bruikbaarheid van verschillende bronnen bekeken, namelijk (i) indicatoren die ontwikkeld worden bij het **Expertisecentrum Onderzoek en Ontwikkelingsmonitoring van de Vlaamse Gemeenschap (ECOOM)**, en (ii) eventuele informatie die verzameld wordt door VLAIO, Medvia, het Departement Zorg zelf of andere partners binnen de Stuurgroep van het Impulsprogramma.

**ECOOM** is een interuniversitair consortium waarin alle Vlaamse universiteiten (KU Leuven, UGent, VUB, UAntwerpen en UHasselt) betrokken zijn. Het expertisecentrum heeft als opdracht een opvolgsysteem te ontwikkelen voor de Vlaamse overheid bestaande uit **indicatoren voor enerzijds onderzoek en ontwikkeling** en anderzijds **innovatie**. Dit indicatorensysteem moet de Vlaamse overheid in staat stellen om de inspanningen en resultaten op vlak van innovatie, onderzoek en ontwikkeling in Vlaanderen in kaart te brengen. ECOOM werkt hiervoor nauw samen met de relevante actoren in het Vlaamse onderzoeks- en innovatielandschap zoals universiteiten, onderzoeksinstituten, de industrie en met verschillende overheidsinstanties waaronder VLAIO.

De gegevens van ECOOM op vlak van onderzoek, ontwikkeling en innovatie worden periodiek verzameld op basis van **vragenlijsten** die **elke twee jaar** worden afgenomen; de vragenlijst onderzoek en ontwikkeling wordt afgenomen in de even jaartallen en de innovatievragenlijst wordt afgenomen in de oneven jaartallen. De verzamelde data kunnen gebruikt worden door de Vlaamse overheid om een **vergelijking te maken met andere landen in Europa**, of ondernemingen kunnen deze informatie gebruiken om zichzelf te **vergelijken met andere ondernemingen binnen de sector**. De meest recente data die beschikbaar zijn binnen kader van deze evaluatie, zijn gebaseerd op de Innovatievragenlijst afgenomen in 2021 en de Vragenlijst Onderzoek en Ontwikkeling afgenomen in 2022 (beide gebaseerd op cijfers van het jaar ervoor).

Daarnaast worden vanuit ECOOM **octrooi-gebaseerde indicatoren** ontwikkeld en bijgehouden<sup>1</sup>. Deze indicatoren kunnen dienen als 'proxies' om bepaalde aspecten zoals economische groei of technologische vooruitgang indirect te meten. Meer bepaald worden octrooi-indicatoren gebruikt om **technologische en innovatie activiteit te monitoren**, en vormen ze op die manier een indicatie van de **technologie-output in een bepaald domein**. Het gebruik van dergelijke indicatoren heeft een aantal **sterke punten**, zoals de positieve correlatie tussen het voorkomen van octrooien en de aanwezige uitkomsten van industrieel onderzoek en ontwikkeling, de brede beschikbaarheid van gestructureerde data voor octrooien en de gedetailleerde technologische classificatie van octrooien via IPC- (*International Patent Classification*) codes. De **belangrijkste kanttekeningen** van dergelijke indicatoren zijn (i) dat niet alle innovaties worden afgedekt, aangezien niet alle innovaties worden geoctrooieerd (zeker binnen de zachtere domeinen zoals zorg en welzijn, komen bepaalde product- of procesinnovaties niet in aanmerking voor een octrooi), (ii) dat het onderlinge verschil in waarde tussen verschillende octrooien niet wordt meegenomen bij louter het tellen van het aantal toegekende octrooien en (iii) dat de mate waarin per technologiedomein gebruik wordt gemaakt van octrooien sterk verschilt en vaak historisch bepaald is. Een laatste belangrijke kanttekening is ook de **vertraging bij gegevensverzameling** van octrooien, aangezien sinds 2020 een octrooiaanvraag pas 18 maanden na aanvraag wordt gepubliceerd en het toekennen van een octrooi op zichzelf een tijdsintensief proces is.

Vanuit VLAIO, Departement Zorg, MEDVIA en vanuit de Stuurgroep van het Impulsprogramma kon op het moment van het uitvoeren van het onderzoek slechts beperkt bijkomende data worden aangeleverd. Zij beschikken in deze fase voornamelijk over detailindicatoren op niveau van individuele projecten. Aangezien de doelstelling van deze evaluatie een opvolging op niveau van het volledige Impulsprogramma is, werd ervoor gekozen om geen individuele beoordelingen van projecten in rekening te brengen. Voor het kwantitatieve luik werd daarom in deze eerste uitvoering **uitsluitend gewerkt met de wetenschappelijk opgebouwde en gevalideerde indicatoren vanuit ECOOM**<sup>2</sup>. Met oog op de toekomst dient alvast overwogen te worden of er sterker ingezet wordt op kwantitatieve indicatoren die toelaten innovatie in zorg en welzijn meer nauwgezet gaan te meten, in hoofdstuk 5 rond de aanbevelingen wordt hier dieper op ingegaan.

---

<sup>1</sup> Volgende definitie van een octrooi wordt hierbij gehanteerd door ECOOM: "een octrooi kan omschreven worden als een document, gepubliceerd door een bevoegde overheidsinstantie, dat het recht geeft personen of organisaties te verbieden om een nieuw ontwerp, toestel of proces te produceren of te gebruiken gedurende een bepaalde tijdsperiode. Het is derhalve een eigendomsrecht, gebaseerd op een officieel verzegelde aanvraag." [Octrooi definitie | Ecoom](#) – geraadpleegd op 17.04.2024

<sup>2</sup> Daarnaast werd in 2020 door de Vlaamse Adviesraad voor Innoveren en Ondernemen een set van 50 indicatoren samengesteld die het brede spectrum van wetenschap en innovatie behandelt. Hieruit werd een **set van 20 kernindicatoren** geselecteerd waarmee de structurele evoluties binnen het Vlaamse wetenschap en innovatielandschap opgevolgd kunnen worden. Een aantal van deze kernindicatoren zijn momenteel nog in ontwikkeling, maar wanneer afgerond kan deze set in de toekomst ook een waardevol instrument zijn voor de opvolging van het Impulsprogramma.



## 2.1.2 Selectie kwantitatieve indicatoren

Zowel de **Vragenlijst Onderzoek en Ontwikkeling** als de **Innovatievragenlijst** van ECOOM werden gescreend om relevante indicatoren voor het Impulsprogramma te identificeren. Hiervoor werd in een eerste fase gekeken naar welke **kwantitatieve indicatoren in verband konden gebracht worden met de gekozen kwalitatieve indicatoren** (zie onderdeel 2.2). In een tweede fase werden deze indicatoren **aangevuld met overige indicatoren** die als waardevol voor de evaluatie van het Impulsprogramma werden aanzien. Het projectteam kon hiervoor gebruik maken van de wetenschappelijke expertise aangereikt door ECOOM, en er vonden meerdere overlegmomenten in dit kader plaats. De **geselecteerde kwantitatieve indicatoren hebben slechts een beperkt oorzakelijk verband met het Impulsprogramma** ( enerzijds doordat de tot op heden beperkte scope van het Impulsprogramma niet doorweegt op dergelijke indicatoren op niveau van Vlaanderen, en anderzijds omdat het op dit moment nog te vroeg is om eventuele effecten van het Impulsprogramma vertaald te zien in ECOOM indicatoren). Desondanks worden dergelijke indicatoren nuttig geacht als **toetssteen** bij het nadenken over de **toekomstige strategische koers van het Impulsprogramma**, op voorwaarde dat zij worden aangevuld met voldoende kwalitatieve inzichten (cf. onderdeel 2.3 en hoofdstuk 3).

De ondernemingen waarvoor ECOOM-indicatoren werden opgevraagd zijn enerzijds **geselecteerd op basis van hun NACE-codering** (waarbij zowel een enge als bredere benadering werd gehanteerd voor het definiëren van de sector “Gezondheid”, zie tabel 1) en anderzijds kon gebruik gemaakt worden van een selectie specifiek voor leden van **Speerpuntcluster MEDVIA** die reeds bij ECOOM beschikbaar was.

Wat de **octrooi-gebaseerde indicatoren** betreft, werd gekozen voor octrooien in het **domein “Gezondheid”** waarvoor **minstens 1 Vlaamse aanvrager** werd geregistreerd. Het domein “Gezondheid” (Health) werd afgebakend op basis van de **IPC-codes** weergegeven in tabel 2.

Tabel 1 - Enge en brede benadering op basis van NACE-codering voor de selectie van innovatie-, onderzoeks- en ontwikkelingsindicatoren binnen de gezondheidssector

NACE-code	NACE-beschrijving
<i>Brede benadering van de sector “Gezondheid”</i>	
21	Vervaardiging van farmaceutische grondstoffen en producten
26	Vervaardiging van informaticaproducten en van elektronische en optische producten
27	Vervaardiging van elektrische apparatuur
32	Overige industrie
72	Speur- en ontwikkelingswerk op wetenschappelijk gebied
<i>Enge benadering van de sector “Gezondheid”</i>	
2120	Vervaardiging van farmaceutische producten
2611	Vervaardiging van elektronische onderdelen
2790	Vervaardiging van andere elektrische apparatuur
3250	Vervaardiging van medische en tandheelkundige benodigdheden
3299	Overige industrie n.e.g.
7211	Speur- en ontwikkelingswerk op biotechnologisch gebied
7219	Overig speur- en ontwikkelingswerk op natuurwetenschappelijk gebied

Tabel 2: Afbakening van het domein “Gezondheid” voor de selectie van octrooi-indicatoren, op basis van IPC-codes

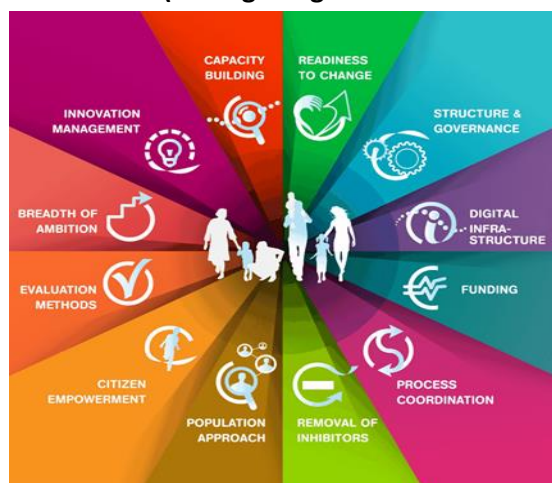
IPC-code	IPC-beschrijving
A61B	DIAGNOSIS; SURGERY; IDENTIFICATION
A61C	DENTISTRY; APPARATUS OR METHODS FOR ORAL OR DENTAL HYGIENE
A61D	VETERINARY INSTRUMENTS, IMPLEMENTS, TOOLS, OR METHODS

A61F	FILTERS IMPLANTABLE INTO BLOOD VESSELS; PROSTHESES; DEVICES PROVIDING PATENCY TO, OR PREVENTING COLLAPSING OF, TUBULAR STRUCTURES OF THE BODY, E.G. STENTS;
A61G	TRANSPORT, PERSONAL CONVEYANCES, OR ACCOMMODATION SPECIALLY ADAPTED FOR PATIENTS OR DISABLED PERSONS; OPERATING TABLES OR CHAIRS; CHAIRS FOR DENTISTRY; FUNERAL DEVICES
A61H	PHYSICAL THERAPY APPARATUS, e.g. DEVICES FOR LOCATING OR STIMULATING REFLEX POINTS IN THE BODY; ARTIFICIAL RESPIRATION; MASSAGE; BATHING DEVICES FOR SPECIAL THERAPEUTIC OR HYGIENIC PURPOSES OR SPECIFIC PARTS OF THE BODY
A61J	CONTAINERS SPECIALLY ADAPTED FOR MEDICAL OR PHARMACEUTICAL PURPOSES; DEVICES OR METHODS SPECIALLY ADAPTED FOR BRINGING PHARMACEUTICAL PRODUCTS INTO PARTICULAR PHYSICAL OR ADMINISTERING FORMS;
A61K (behalve A61K8/%)	PREPARATIONS FOR MEDICAL, DENTAL, OR TOILET PURPOSES
A61L	METHODS OR APPARATUS FOR STERILISING MATERIALS OR OBJECTS IN GENERAL; DISINFECTION, STERILISATION, OR DEODORISATION OF AIR; CHEMICAL ASPECTS OF BANDAGES, DRESSINGS, ABSORBENT PADS, OR SURGICAL ARTICLES;
A61M	DEVICES FOR INTRODUCING MEDIA INTO, OR ONTO, THE BODY; DEVICES FOR TRANSDUCING BODY MEDIA OR FOR TAKING MEDIA FROM THE BODY; DEVICES FOR PRODUCING OR ENDING SLEEP OR STUPOR
A61N	ELECTROTHERAPY; MAGNETOTHERAPY; RADIATION THERAPY; ULTRASOUND THERAPY
A61P	SPECIFIC THERAPEUTIC ACTIVITY OF CHEMICAL COMPOUNDS OR MEDICINAL PREPARATIONS
H05G	X-RAY TECHNIQUE

## 2.2 Kwalitatieve evaluatie

### 2.2.1 Keuze voor het Scirocco model

Voor de uitvoering van het kwalitatieve luik van de evaluatie, werd in de **opdrachtomschrijving** die aan de basis van deze studie lag, geopteerd om te werken met een voor dit onderzoek aangepaste versie van het **Scirocco (Scaling integrated Care in Context) maturiteitsmodel** voor **vraag-gestuurde innovatie**.



Figuur 6: Scirocco model voor geïntegreerde zorg

Het Scirocco model wordt in meer dan 60 organisaties in Europa gebruikt als **methodiek om de maturiteit** van geïntegreerde zorg binnen een organisatie of regio **te meten aan de hand van 12 dimensies**. Daarnaast zijn ook aangepaste varianten van het model ontwikkeld, die bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden om de maturiteit van een ecosysteem te meten met betrekking tot vraag-gestuurde innovaties. Figuur 6 geeft het originele Scirocco model voor geïntegreerde zorg weer.

Gelet op het feit dat het aantal direct bruikbare kwantitatieve indicatoren beperkt is (zie hoger) en gezien innovatie en zorg en gezondheid tot stand komt binnen een ecosysteem met tal van actoren, werd voor

deze methodologie geopteerd. Het **Scirocco model** is er immers op gericht om **een open discussie te stimuleren** vanuit verschillende invalshoeken en **kennisoverdracht te faciliteren tussen verschillende stakeholders binnen een ecosysteem**. Het maakt geen gebruik van vaststaande kwantitatieve

indicatoren, maar vertrekt van **visies, standpunten en opvattingen van key stakeholders** om een beeld te schetsen van de mate waarin een ecosysteem tegemoet komt aan bepaalde noden. Het model biedt een kader voor **het vormen van een gedeelde visie tussen verschillende partijen en het concretiseren van werkpunten of focusdomeinen in de toekomst.**

Concreet maakt het model gebruik van 12 dimensies die de **maturiteit binnen een ecosysteem meten**, bv. op vlak van geïntegreerde zorg of innovatie. Het model beoogt dan ook voornamelijk **een globale maturiteitsinschatting van een ecosysteem** te maken, eerder dan dat het specifieke doelstellingen tracht te evalueren. Er wordt voor elke dimensie van het model een inhoudelijke toelichting voorzien met voorbeelden die maturiteit kunnen aantonen uit de praktijk. Daarna volgt een **scoresysteem met 6 mogelijke opties**: van score 0 (minimale maturiteit) tot score 5 (maximale maturiteit). Aan gebruikers van het model wordt gevraagd een **argumentatie** in te vullen voor de gegeven **score per dimensie**. Deze **combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve input** laat toe om een genuanceerd beeld te vormen van de (gepercipieerde) maturiteit van het bevroegde ecosysteem, op voorwaarde dat voldoende en diverse deelnemers binnen het landschap bevroegd worden. De **voordelen** van het Scirocco model worden weergegeven in figuur 7. Aangezien de belangrijkste resultaten van het Scirocco model de kwalitatieve argumenten zijn, wordt het model in kader van de evaluatie dan ook idealiter **aangevuld met een set van kwantitatieve indicatoren** (zie punt 2.1).



Figuur 7: De voordelen van het Scirocco model

Er zijn echter ook een aantal **kanttekeningen** bij het gebruik van het Scirocco model. Ten eerste is het Scirocco model een **kwalitatieve evaluatiemethodiek** die vertrekt vanuit de input en vaststellingen van een selecte groep nauw betrokken stakeholders. Door middel van uitgebreid omschreven scoreschalen met bijhorende praktijkvoorbeelden wordt getracht de input vanuit het veld te kanaliseren rondom een aantal centrale thema's en deze input te objectiveren, maar de resultaten zijn gebaseerd op de perceptie en bevindingen van de deelnemende kernstakeholders. Ten tweede evalueert het model de **maturiteit van een ecosysteem in zijn globaliteit**, met als doel werkpunten bloot te leggen en tot globale aanbevelingen te komen, eerder dan dat het specifieke doelstellingen achter het Impulsprogramma één voor één in detail onder de loep neemt. Op termijn kan het daarom waardevol zijn om het evaluatiekader aan te vullen met bijkomende methodieken om meer **specifieke en concrete doelstellingen** van het Impulsprogramma te gaan evalueren (bv. de doelstelling om op vlak van de marktabsorptie in Vlaanderen ontwikkelde technologie sterker te laten opnemen in de verschillende gelaagdheden en onderdelen van de Vlaamse zorgsector), zodra men op vlak van deze meer specifieke en concrete doelstellingen d.m.v. tussenkomst van het Impulsprogramma ook effectief **meetbare resultaten** verwacht.

Gelet het feit dat het Impulsprogramma nog maar een beperkte periode operationeel is, en het op dit moment vooral de bedoeling is om via de output van deze evaluatie verder te reflecteren over de strategische koers van het programma, werd voor een evaluatie aan de hand van **het Scirocco model gekozen**.

## 2.2.2 Aanpassing van Scirocco model op maat van het Impulsprogramma

Gezien het Scirocco model een **Europees gevalideerd model** is<sup>3</sup>, wat reeds uitgebreid in zowel Europa als Vlaanderen en België werd toegepast, werd de basis van het model behouden ten einde de validiteit van het model niet in het gedrang te brengen. Dit betreft zowel het **aantal dimensies** (12), de **inhoudelijke focus van deze dimensies**, evenals de **methodologie** die gebruikt wordt **om het model te gebruiken in de praktijk**.

Voor het verfijnen van het model werd gebruik gemaakt van een **iteratief proces** waarin stakeholder input werd verzameld en vervolgens verwerkt om tot een uiteindelijk resultaat te komen dat kon worden toegepast voor de evaluatie van het kwalitatieve luik. Volgende stappen werden genomen om het Scirocco model aan te passen aan de context van het Impulsprogramma:

### ***Stap 1: Eerste aanpassing van het Scirocco model voor vraag-gestuurde innovatie aan de context van het Impulsprogramma***

De doelstelling in deze eerste stap was het creëren van een Nederlandstalige versie van het Scirocco model voor vraag gestuurde innovatie. Dit Scirocco model voor innovatie werd in het verleden in een andere onderzoekscontext door VLAIO gebruikt, maar in de Engelstalige versie, zonder vertaling. Van het Scirocco model voor Geïntegreerde zorg was wel reeds een gevalideerde Nederlandstalige versie beschikbaar, waarvan gebruik werd gemaakt om het innovatie model aan te passen aan de Vlaamse context op vlak van zorg en welzijn. Er werd hierbij voornamelijk aandacht besteed aan de diverse achtergronden die stakeholders van het Impulsprogramma hebben, zowel in onderzoek, als onderneming of als stakeholder binnen de zorg- en welzijnssector; waarbij gekozen werd voor een zo eenvoudig en eenduidig mogelijk taalgebruik en voldoende voorbeelden zodat elk van de betrokken sectoren zich hierin kon herkennen. De opgemaakte versie (verder benoemd als versie 1) werd besproken met de opdrachtgever en verder verfijnd voor toepassing in stap 2.

### ***Stap 2: Bespreking van het aangepaste Scirocco model met de stakeholders van het Impulsprogramma***

Alle leden van de Stuurgroep van het Impulsprogramma of hun plaatsvervaarders, werden uitgenodigd om versie 1 van het Scirocco model te bespreken tijdens een fysieke werksessie. De doelstelling van de werksessie was enerzijds om het Scirocco model toe te lichten aan de stakeholders en anderzijds om al hun feedback te capteren op versie 1 van het model. De doelstelling van de werksessie was om zowel de toelichting als de scores per dimensie helder te formuleren en te laten aansluiten bij enerzijds de doelstellingen van het Impulsprogramma en anderzijds de realiteit waarmee stakeholders in de verschillende pijlers geconfronteerd worden. Hiervoor werden alle 12 dimensies overlopen en in detail besproken. Alle feedback werd genoteerd door het projectteam en na de werksessie verwerkt tot een versie 2 van het Scirocco model. De belangrijkste feedback verkregen tijdens deze werksessie was de volgende:

- De inleiding van het model uitbreiden en duidelijker toelichten dat de Vlaamse context wordt bevestigd binnen dit model;
- Aanpassen van de volgorde van de dimensies, zodat gestart kan worden met de meest prioritaire zaken zoals het volgen van een vraag-gedreven benadering en de betrokkenheid van gebruikers binnen innovatie;
- Aanpassingen op vlak van terminologie: bv. innovatie in plaats van open innovatie, organisaties of ondernemingen gebruiken in plaats van bedrijven/Kmo's, consistent gebruik van de term social profit, ...;

---

<sup>3</sup> Meer informatie terug te vinden op de website: [SCIROCCO - Scaling Integrated Care in Context \(scirocco-project.eu\)](https://scirocco-project.eu)

- Tekstuele aanpassingen om de begrijpbaarheid te verhogen, en een bredere benadering vanuit de drie pijlers van het Impulsprogramma te includeren, in plaats van een focus op de bedrijfssector binnen pijler 2;
- Extra uitleg toevoegen over een aantal begrippen zoals innovatie in zorg en welzijn; welke soort innovaties hierin vervat zijn, het begrip empowerment...;
- Meer voorbeelden aanbrengen doorheen de verschillende dimensies;
- Scherper formuleren van de beoordelingsschaal, en streven naar geen overlap tussen de verschillende mogelijke antwoorden.

De verzamelde feedback werd verwerkt door het projectteam en gevalideerd door VLAIO. Bij tegenstrijdige meningen door de stakeholders werd een suggestie voor verwerking geformuleerd door het projectteam en werd de finale beslissing genomen door VLAIO. Na grondige bespreking werd besloten dat er gestart kon worden met een nieuwe dimensie (dimensie 7 in het oorspronkelijke model) omdat deze raakt aan de essentie van het model en omdat de onderlinge volgorde van de dimensies niet werd gewijzigd. Er werd aldus gekozen om te starten met dimensie 7, en daarna verder de dimensies te behandelen tot 12, waarna dimensie 1 tot en met 6 aan bod komen.

### ***Stap 3: Finaliseren van versie 2 van het Scirocco model met een stakeholder per sector***

Versie 2 van het Scirocco model werd nogmaals besproken met één afgevaardigde stakeholder voor de ondernemingen en één afgevaardigde voor de zorg- en welzijnssector. Hierbij werden de wijzigingen die werden doorgevoerd op basis van de feedback tijdens de werksessie besproken en verder verfijnd waar nodig. In deze stap lag de focus op het verfijnen van de terminologie en het kiezen van de geschikte voorbeelden per dimensie zodat de inhoud enerzijds voldoende duidelijk en divers was voor alle stakeholders maar anderzijds ook de lengte van de dimensies telkens beperkt werd tot één pagina om het geheel voldoende beknopt te houden. Tot slot werd in deze stap ook extra aandacht besteed aan de inleiding van het model, zodat zowel de context, doelstelling als werkwijze waarop het model gebruikt zou worden voldoende duidelijk was voor alle gebruikers. Op het einde van deze stap werd zo versie 3 van het Scirocco model bekomen.

### ***Stap 4: Validatie van versie 3 van het Scirocco model door de Stuurgroep van het Impulsprogramma***

Het uiteindelijke Scirocco model (versie 3, zie bijlage 1) werd bezorgd aan alle leden van de Stuurgroep van het Impulsprogramma ter validatie. In deze stap werd geen bijkomende feedback meer verkregen, waardoor het model als finaal kon worden beschouwd.

## **2.2.3 Toepassing van het Scirocco model als kwalitatieve evaluatiemethode**

Voor het uitvoeren van de kwalitatieve evaluatie aan de hand van het aangepaste Scirocco model werden gericht **31 stakeholders** uitgenodigd voor deelname (**convenience sample**). Mogelijke organisaties/ondernemingen werden geselecteerd op suggestie van VLAIO en vanuit de Stuurgroep van het Impulsprogramma en op basis van een analyse van het Vlaamse innovatielandschap in gezondheid en zorg, zodat vanuit alle relevante (sub)sectoren deelnemers werden uitgenodigd.

Daarnaast werd getracht een evenwichtige verdeling van de deelnemers te voorzien binnen de drie pijlers van het Impulsprogramma. Indien een bepaalde organisatie om praktische redenen niet op de vraag tot deelname kon ingaan, werd een alternatieve organisatie gezocht waar mogelijk. De finale deelnemerslijst werd gevalideerd door VLAIO en wordt weergegeven in tabel 3 (**responsgraad 48%**). Aan de deelnemers werden 2 zaken gevraagd; namelijk het invullen van de Scirocco bevraging vanuit hun organisatieperspectief waarbij zowel een score als argumentatie per dimensie moest worden doorgegeven en het deelnemen aan een rondetafelgesprek waarbij de bekomen resultaten in groep



besproken werden en dieper kon worden ingegaan op bepaalde ervaringen en uitdagingen met betrekking tot innovatie in gezondheid en zorg.

Tabel 3: Deelnemers kwalitatieve evaluatie a.d.h.v. het Scirocco model

Deelnemers kwalitatieve evaluatie	
UZ Leuven / KU Leuven	Zorgnet Icuuro
Hogeschool VIVES	Verso
IMEC	Diensten Maatschappelijk Werk (intermutualistisch)
Galapagos	Vlaams Patiëntenplatform
VITO	I-mens
MEDVIA	Dienstencentrum Sint ODA
HoGent	Wit-Gele Kruis
	Woonzorgcentrum Heilig Hart Nijlen en Sint-Jozef Kessel

## 2.3 Vormen van aanbevelingen

### 2.3.1 Opleveren van het finale opvolgkader

Op basis van de inzichten uit het kwalitatief en kwantitatief luik van de evaluatie, werd het finale opvolgkader vastgelegd. Dit kader bestaat uit het verfijnde Scirocco model voor vraag-gedreven innovatie, aangevuld met een **selectie van kwantitatieve indicatoren van ECOOM**. Indien uit de resultaten van het kwantitatieve luik zou blijken dat de ontwikkeling van bijkomende indicatoren wenselijk is, werd dit meegenomen in de aanbevelingen onder de vorm van een advies voor de toekomst.

### 2.3.2 Aanbevelingen op basis van het samengestelde opvolgkader

Beide luiken van het finale opvolgkader (kwantitatief en kwalitatief) werden een eerste keer toegepast in het voorjaar van 2024, met oog op het opvolgen van de effecten van het Impulsprogramma met twee concrete doelstellingen: enerzijds wordt op die manier een ijkpunt (**nulmeting**) bekomen waar de komende jaren mee vergeleken kan worden, anderzijds kan de huidige evaluatie reeds richtinggevend zijn voor de **strategische koers** van het Impulsprogramma de komende jaren.

Het projectteam analyseerde zowel de uitgevoerde kwalitatieve als kwantitatieve evaluatie en formuleerde enkele mogelijke aanbevelingen die tijdens een werksessie met VLAIO en de MEDVIA speerpuntcluster werden besproken. Op basis van de input verzameld tijdens de werksessie, werden de aanbevelingen verder verfijnd om tot een finale set aanbevelingen te komen. De voorlopige aanbevelingen werden ook bezorgd aan de stuurgroep van het Impulsprogramma voor eventuele aanvullingen. Deze aanbevelingen worden opgenomen onder hoofdstuk 5.

## 3 Hoofdstuk 3: Kwantitatieve evaluatie aan de hand van de beschikbare indicatoren

### 3.1 Voorstelling geselecteerde indicatoren voor kwantitatieve evaluatie

#### 3.1.1 Onderzoeks-, ontwikkelings- en innovatie indicatoren

Volgende lijst van indicatoren werd geselecteerd vanuit de Innovatievragenlijst, en de meest recente data (2021) werden opgevraagd bij ECOOM:

- Investerings in innovatie en onderzoek en ontwikkeling
- Aandeel ondernemingen met samenwerkingen in 2018-2020
- Aandeel innovatieve ondernemingen met samenwerkingen voor O&O of innovatieactiviteiten in 2018-2020, per partner
- Aandeel innovatieve ondernemingen met financiële overheidssteun voor O&O of innovatieactiviteiten in 2018-2020

Deze indicatoren werden opgevraagd voor **drie verschillende steekproeven**: zowel voor de **eng als breed gedefinieerde NACE-codering** beschreven in tabel 1 als voor de leden van **Speerpuntcluster MEDVIA**. Voor de data in verband met de MEDVIA Speerpuntcluster worden enkel indicatoren weergegeven voor ondernemingen die in 2022 als lid van de Speerpuntcluster gedefinieerd zijn, dit jaartal is het enige beschikbare datapunt voor deze groep. Deze drie groepen worden vergeleken met **Vlaanderen als geheel**; in deze groep worden alle ondernemingen in Vlaanderen meegerekend, waardoor dit gebruikt kan worden als **referentiepunt**. De resultaten van elk van deze selecties worden weergegeven in tabel 4.

Aangezien de meest recente data gebaseerd zijn op de jaartallen 2018-2020 en het Impulsprogramma pas werd opgericht in 2021, kan deze **eerste meting dienstdoen als nulmeting** en ijkingspunt voor de toekomst. Op dit moment is het dus nog niet ten volle mogelijk om resultaten verkregen door het Impulsprogramma systematisch op te volgen in deze indicatoren<sup>4</sup>.

#### 3.1.2 Octrooi-gebaseerde indicatoren

De indicatoren op vlak van onderzoek, ontwikkeling en innovatie werden aangevuld met volgende selectie van **octrooi-indicatoren**:

- Absolute aantallen en proporties van patenten binnen domein gezondheid
- Het aandeel patenten in Vlaanderen per organisatietype: bedrijf – overheid/ non-profit – individu – universiteit – ongeïdentificeerd
- Proportie patenten in samenwerking tussen bedrijven en onderzoeks- of onderwijsinstellingen
- Proportie patenten in samenwerking tussen bedrijven onderling
- Aantal patenten per Vlaamse aanvrager

Voor de extractie van deze indicatoren werd gebruik gemaakt van de PATSTAT-databank van het Europees octrooibureau (versie oktober 2023), waarin patentaanvragen voor **aanvraagjaren 1978 tot en**

---

<sup>4</sup> Zoals aangehaald in hoofdstuk 2.1, dient bij interpretatie van de kwantitatieve indicatoren in dit hoofdstuk steeds de beperkte link tussen deze indicatoren en de realisaties van het Impulsprogramma in het achterhoofd gehouden te worden. De geselecteerde kwantitatieve indicatoren hebben slechts een beperkt oorzakelijk verband met het Impulsprogramma (enerzijds doordat de tot op heden beperkte scope van het Impulsprogramma niet doorweegt op dergelijke indicatoren op niveau van Vlaanderen, en anderzijds omdat het op dit moment nog te vroeg is om eventuele effecten van het Impulsprogramma vertaald te zien in ECOOM indicatoren).

met 2022 zijn opgenomen, en volgens de IPC-codes zoals aangegeven in tabel 2. Enkel **aanvragen met minstens één Vlaamse aanvrager** werden in rekening genomen.

## 3.2 Resultaten kwantitatieve evaluatie

### 3.2.1 Resultaten voor de onderzoeks-, ontwikkelings- en innovatie indicatoren

Op basis van de **beschikbare cijfers voor de indicatoren** (zie tabel 4) wordt vastgesteld dat het **aandeel ondernemingen met interne O&O uitgaven<sup>5</sup> of overige innovatie-uitgaven<sup>6</sup> in 2020** voor de drie geselecteerde groepen ondernemingen (aanzienlijk) hoger ligt dan het Vlaams gemiddelde. Dit hoeft niet te verwonderen, aangezien de geselecteerde sectoren van nature innovatie-intensief zijn. Bovendien valt op dat de cijfers van de speerpuntcluster eveneens ruim boven het Vlaamse gemiddelde liggen.

Een ander belangrijk aspect waar het Impulsprogramma op inzet, is de **samenwerking tussen en overheen de drie verschillende pijlers enerzijds en verschillende organisaties binnen deze pijlers anderzijds**. Ook binnen het kwalitatief kader voor de evaluatie, werd samenwerking als een belangrijke component geïdentificeerd (cf. infra). Opnieuw scoren de drie geselecteerde groepen hoger dan het Vlaamse gemiddelde, en blijkt er voornamelijk rond onderzoek en ontwikkeling te worden samengewerkt. Voor deze indicator kan bovendien vastgesteld worden dat de Speerpuntcluster beter scoort dan de gezondheidssector (eng of breed gedefinieerd) en Vlaanderen in het algemeen, en dit zowel op vlak van samenwerkingen op vlak van onderzoek en ontwikkeling, als op vlak van innovatie. Voor elk mogelijk type partner waar mee samengewerkt wordt, gaande van ondernemingen binnen de eigen groep, leveranciers, klanten uit de private sector, concurrenten tot universiteiten of hogescholen, overheids- of publieke instellingen en non-profit organisaties, scoren de MEDVIA clusterleden beter dan de andere referentiegroepen. Gelet op de doelstellingen van de MEDVIA cluster, waarbinnen het stimuleren van samenwerkingen één van de centrale doelstellingen van de speerpuntcluster is, ligt **deze vaststelling in lijn met de verwachtingen**.

De laatste indicator, het **aandeel innovatieve ondernemingen met financiële overheidssteun voor onderzoek en ontwikkeling of innovatieactiviteiten**, zou wijzen op het feit dat ondernemingen binnen de geselecteerde groepen beter dan gemiddeld hun weg vinden naar overheidsfinanciering, en dit zowel op regionaal, federaal als Europees niveau. Uit de huidige beschikbare data kan niet worden afgeleid waarom dit zo is.

---

<sup>5</sup> Uitgaven voor interne O&O omvatten (i) loonkosten van de O&O-medewerkers (zowel op de eigen payroll/loonlijst, binnen de groep die door het bedrijf aangestuurd worden als van externe consultants die door het bedrijf aangestuurd worden), (ii) werkingsuitgaven en overheadkosten voor O&O en (iii) investeringen specifiek voor O&O (vb. gebouwen/terreinen, machines, software, nieuwe IP).

<sup>6</sup> Uitgaven voor overige innovatieactiviteiten omvatten (i) investeringen voor innovaties: aankoop van machines, apparatuur, software, en gebouwen voor innovaties, (ii) aankoop van bestaande kennis, patenten, of niet gepatenteerde uitvindingen voor innovaties, (iii) marktonderzoek of reclame bij de lancering van innovaties, (iv) overige uitgaves voor innovaties (vb. haalbaarheidsstudies, testen, routinematige softwareontwikkeling, design, opleidingen).

Tabel 4: De gekozen indicatoren werden opgevraagd voor de gekozen steekproeven. De cijfers voor de MEDVIA Speerpuntcluster zijn gebaseerd op jaartal 2022, de overige cijfers zijn verkregen op vlak van de Innovatievragenlijst 2021, met data voor 2018-2020.<sup>7</sup>

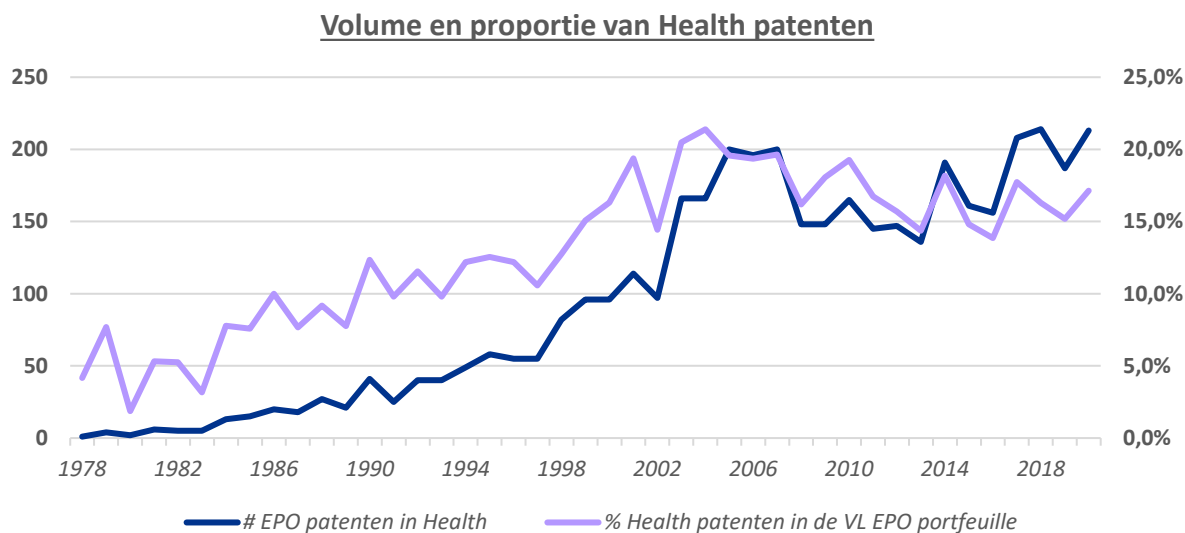
Indicator	Ondernemingen relevant voor impulsprogramma "innovatie in gezondheid en zorg"			Referentie: Vlaanderen als geheel n = 3554
	Gedefinieerd volgens NACE, smal n = 121	Gedefinieerd volgens NACE, breed n = 216	Clusterleden MEDVIA n = 34	
<b>Investerings in innovatie en O&amp;O</b>				
Aandeel ondernemingen met interne O&O uitgaven en/of overige innovatie-uitgaven in 2020	88%	82%	85%	54%
Aandeel ondernemingen met innovatieactiviteiten in 2018-2020	97%	93%	100%	75%
Totale interne uitgaven voor O&O in 2020 (Mio. EUR)	1.268	2.929	2.015	6.815
<b>Aantal ondernemingen met samenwerkingen in 2018-2020</b>				
Voor O&O	51%	45%	74%	17%
Voor innovatieactiviteiten	37%	33%	66%	20%
Voor andere bedrijfsactiviteiten	30%	31%	45%	20%
<b>Aandeel innovatieve ondernemingen met samenwerkingen voor O&amp;O of innovatieactiviteiten in 2018, 2020, per partner</b>				
Ondernemingen binnen de eigen groep	35%	37%	60%	22%
Consultant, commerciële laboratoria/onderzoeksinstituten	44%	41%	52%	20%
Leveranciers	38%	36%	45%	19%
Klanten uit de private sector	24%	20%	52%	11%
Concurrenten andere ondernemingen uit dezelfde sector	11%	8%	14%	5%
Andere ondernemingen	20%	20%	21%	8%
Universiteiten of hogescholen	43%	38%	71%	14%
Overheids- of publieke onderzoeksinstituten	31%	25%	49%	10%
Klanten uit de openbare sector	4%	5%	15%	4%
Non-profit organisaties	9%	7%	23%	3%
<b>Aandeel innovatieve ondernemingen met financiële overheidssteun voor O&amp;O of innovatieactiviteiten in 2018-2020</b>				

<sup>7</sup> Bron: ECOOM KU Leuven – op basis van de Innovatievragenlijst 2021. Alle indicatoren zijn geëxtrapoleerd naar de onderliggende doelpopulaties. De kolommen geven verschillende sectordefinities aan. De kolom "Volgens NACE, smal" definieert de relevante sectoren als NACE codes 2120, 2611, 2790, 3250, 3299, 7211, en 7219. De kolom "Volgens NACE, breed" neemt een bredere sectordefinitie met NACE codes 21, 26, 27, 32, en 72. De kolom "MEDVIA" rapporteert de relevante indicatoren voor ondernemingen die in 2022 als leden van de speerpuntcluster MEDVIA geïdentificeerd zijn (2022 is het eerste beschikbare datapunt). De kolom "Referentie: Vlaanderen als geheel" rapporteert, als referentiepunt, dezelfde indicatoren voor ondernemingen in Vlaanderen als geheel.

Van de regionale overheid	45%	39%	60%	17%
Van de Belgische overheid	54%	49%	77%	19%
Van Horizon 2002	16%	13%	25%	3%
Overige EU-steun	4%	3%	10%	2%

### 3.2.2 Resultaten voor de octrooi-gebaseerde indicatoren

Naast de **indicatoren uit de Innovatievragenlijst**, werden eveneens een aantal octrooi-gebaseerde indicatoren onder de loop genomen voor een steekproef van ondernemingen in de bredere gezondheidssector. Over de periode 1978 tot 2020 steeg zowel het absolute aantal Europese patenten binnen het domein gezondheid met minstens één Vlaamse aanvrager, als het relatieve aantal patenten in het domein gezondheid, vergeleken met de Vlaamse patentportefeuille. Vooral in de jaren '90 was er een significante groei, die daarna stagneert of zelfs een lichte daling vertoont voor het relatieve aandeel van de gezondheidspatenten op het totaal aantal patenten. Deze evolutie wordt weergegeven in figuur 8.



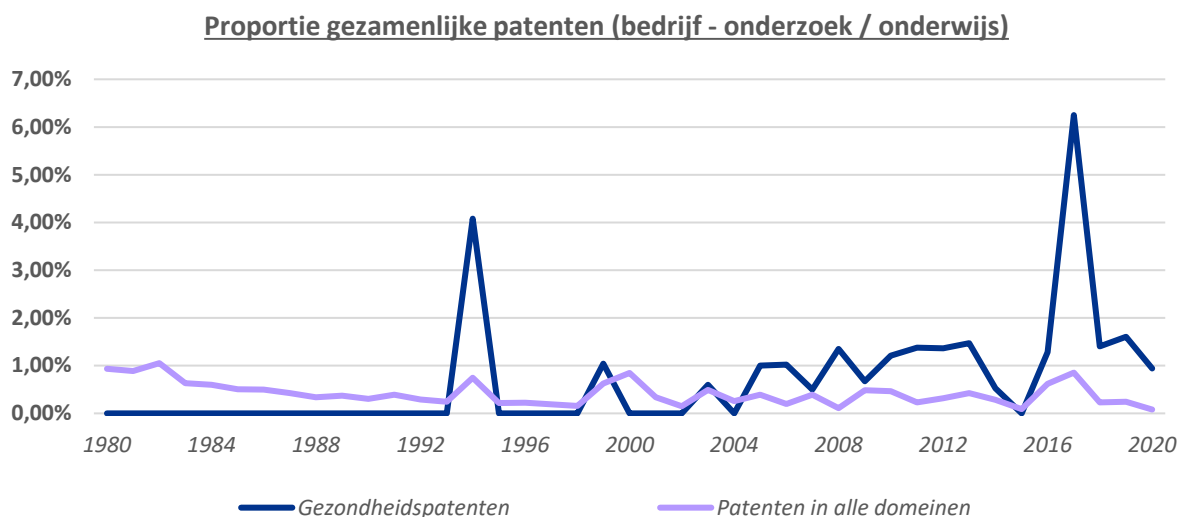
Figuur 8: Volume en proportie gezondheidspatenten bij het Europees octrooibureau. Bron: ECOOM KU Leuven

Wanneer vervolgens gekeken wordt naar de **hoofdaanvrager van het patent**, valt op dat de meeste patenten worden aangevraagd door ondernemingen. Overheen de ganse periode (1978-2022) worden gemiddeld 72,6% van de patenten aangevraagd door ondernemingen, terwijl het aandeel van aanvragers bij universiteiten en onderzoeksinstituten 18% bedraagt. Individuen zijn goed voor ongeveer 6% de aangevraagde patenten in de Health sector, de overheid voor net geen 3%.

Ook binnen de octrooi-gebaseerde indicatoren kan gekeken worden naar **samenwerking**, door middel van het **aantal patenten in samenwerking tussen ondernemingen en onderzoeks- of onderwijsinstellingen** en het **aantal samenwerkingen tussen ondernemingen onderling**. Het globale aantal gezamenlijke patenten tussen een bedrijf en een onderzoeks- of onderwijsinstelling ligt laag, veel lager dan het aantal samenwerkingen tussen deze sectoren dat geïdentificeerd werd binnen de Innovatievragenlijst (zie 3.2.1). Dit vormt een indicatie dat **samenwerkingen zelden leiden tot een gezamenlijk patent**. Bij interpretatie van deze cijfers is wel enige voorzichtigheid geboden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een patent geregistreerd wordt op een joint-venture, of bij een van beide



samenwerkingspartners. Daarnaast kan uit de cijfers van figuur 9 worden afgeleid dat het **aandeel gezamenlijke patenten binnen het domein gezondheid over het algemeen hoger lijkt te liggen** dan het aandeel gezamenlijke patenten over alle domeinen heen. Het **aandeel gezamenlijke patenten tussen ondernemingen onderling ligt eveneens erg laag**, met over alle jaren heen minder dan 1% ten opzichte van het totaal aantal patenten binnen het domein gezondheid.



*Figuur 9: Proportie patenten in samenwerking tussen ondernemingen en een onderzoeks- of onderwijsinstelling*

Tot slot kan uit de lijst van Vlaamse patent-aanvragers worden geconcludeerd dat **de top-15 van organisaties met de meeste patentaanvragen wordt verdeeld tussen de ondernemingen (10) en onderzoeks- en onderwijsinstellingen (5)**. Voornamelijk de farmaceutische industrie is hierbij sterk vertegenwoordigd. Eén farmaceutisch bedrijf in Vlaanderen is op zichzelf verantwoordelijk voor bijna een derde van de patentaanvragen sinds 1978. Voor het **Impulsprogramma** betekent dit dat voornamelijk **pijler 1 en pijler 2 patenten aanvragen**, en dat innovaties die worden ontwikkeld binnen pijler 3 minder vaak lijken te leiden tot een patent. Deze bevinding hoeft op zich niet problematisch te zijn, aangezien innovatie diverse vormen kan aannemen, maar niet al deze vormen kunnen gepatenteerd worden. Indien men binnen pijler 3 voornamelijk focust op procesinnovaties in plaats van productinnovaties, zal er minder snel een octrooi aangevraagd kunnen worden. Daarnaast kan het echter ook zo zijn dat samenwerkingen tussen zorg- en welzijnsorganisaties met ondernemingen niet resulteren in gezamenlijk patent of een patent voor de zorg- en welzijnsorganisatie maar wel in een patent voor het bedrijf. De kwantitatieve data vanuit ECOOM alleen kan hier echter geen richting in geven, om mogelijke pistes hieromtrent verder te onderzoeken, wordt verwezen naar het **kwalitatieve deel van de evaluatie**.

### 3.3 Globale conclusies kwantitatieve evaluatie

De hierboven vermelde kwantitatieve indicatoren zijn een **eerste selectie** om het Impulsprogramma op te volgen en te kunnen bijsturen in de toekomst. Ze vormen een **startpunt**, dat in de toekomst verder uitgebreid kan worden. Er zijn echter een **aantal belangrijke bemerkingen** die bij dit kwantitatief luik van de evaluatie vermeld moeten worden.

Zo zijn ten eerste **het aantal bronnen waaruit vandaag de dag bruikbare indicatoren konden geïdentificeerd worden beperkt** tot het academische expertisecentrum ECOOM. ECOOM heeft als opdracht indicatoren te ontwikkelen voor de Vlaamse overheid in kader van onderzoek, ontwikkeling en innovatie, maar daarnaast lijkt er in de toekomst ook meer nood aan **gegevensverzameling door** de Vlaamse administraties rondom innovatie in zorg en gezondheid. Ook vanuit de verschillende betrokken sectoren konden zeer weinig gegevens worden aangereikt.

Daarnaast zijn de **geïdentificeerde indicatoren onvoldoende causaal gelinkt met het Impulsprogramma**, aangezien steeds gebruik werd gemaakt van een algemene sectoridentificatie op basis van NACE- of IPC-codes. Op basis van deze coderingen werd getracht om zo goed mogelijk het **brede innovatielandschap in zorg en gezondheid af te bakenen**. Voornamelijk grote ondernemingen zijn sterk vertegenwoordigd in deze cijfers, maar er wordt opgemerkt dat kleinere ondernemingen **veel minder sterk naar voren komen**. Enkel voor het onderdeel “samenwerkingen”, wordt de volledige doelgroep van het Impulsprogramma in beeld gebracht door ook te kijken naar “klanten uit de openbare sector” of “non-profit organisaties”. **In de toekomst zal het dus noodzakelijk zijn om ook voor deze organisaties meer kwantitatieve cijfers te kunnen opvolgen** om ook binnen deze pijler vinger aan de pols te houden op vlak van innovatie, **daar zij een belangrijk deel uitmaken van de innovatiecapaciteit**.

Tot slot is het mogelijk dat bepaalde innovaties ontstaan in een andere sector dan de gezondheidssector, maar dat deze wel toegepast kunnen worden binnen het gezondheidsdomein, zoals bijvoorbeeld het geval is voor heel wat digitale innovaties. De **geïdentificeerde indicatoren geven dan ook eerder een beeld voor gezondheidssector in Vlaanderen in het algemeen**, dan dat deze indicatoren specifiek het Impulsprogramma toelichten, op het (ontbreken) van een causaal verband tussen de huidige nulmeting en het Impulsprogramma, werd eerder reeds ingegaan.

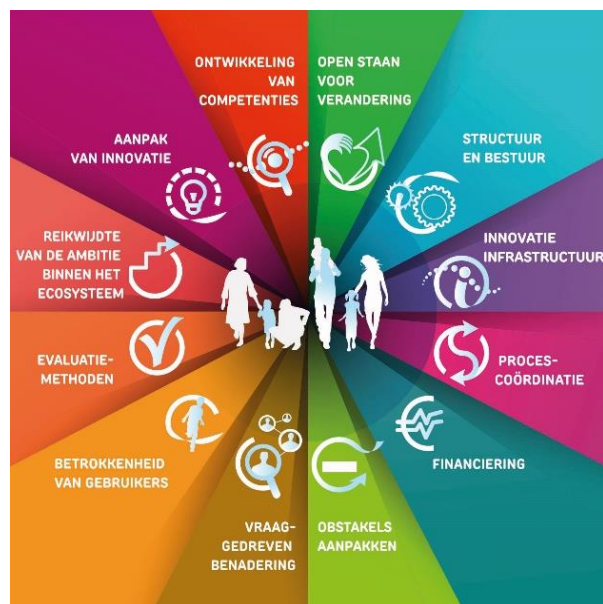
Samengevat blijkt uit dit onderzoek dat er op vlak van kwantitatieve cijfers en indicatoren wel een aantal zaken bestaan rond het opvolgen van innovatie, mede dankzij de periodieke vragenlijsten die ECOOM opvolgt, maar deze cijfers laten niet toe kort op de bal bij te sturen, en zijn voornamelijk niet meteen op maat van het Impulsprogramma. Ze laten toe om innovatie op hoog niveau op te volgen, maar zijn **niet fijnmazig genoeg** om het **Impulsprogramma** op haar doelstellingen te beoordelen. In hoofdstuk 5 wordt daarom dieper ingegaan op de mogelijke pistes voor de toekomst om dit kwantitatieve luik van de evaluatie uit te breiden en te verbeteren.

## 4 Hoofdstuk 4: Kwalitatieve evaluatie aan de hand van het Scirocco model voor innovatie in zorg en welzijn

### 4.1 Voorstelling van het Scirocco model

Het **aangepaste Scirocco model** zoals beschreven in onderdeel 2.2.2 (zie ook bijlage 1) werd in het voorjaar van 2024 een eerste keer toegepast bij een gerichte selectie aan deelnemers uit de drie pijlers van het Impulsprogramma zoals beschreven in tabel 3.

In totaal werden 15 volledig ingevulde bevestigingen ontvangen. Hiervan hebben 10 organisaties ook deelgenomen aan het daaropvolgende **rondetafelgesprek**. Daarnaast waren voor het rondetafelgesprek twee vertegenwoordigers vanuit VLAIO, één vertegenwoordiger vanuit Departement Zorg en 2 begeleiders vanuit het projectteam aanwezig.



Figuur 10 - Scirocco model voor vraag-gestuurde innovatie

Voor de vijf organisaties die niet aanwezig konden zijn op het rondetafelgesprek, werd enkel hun schriftelijke input meegenomen in de resultaten hieronder. Deze schriftelijke input bestond enerzijds uit een kwantitatieve beoordeling (numerieke score van 0 tot en met 5) per dimensie en anderzijds uit een kwalitatieve argumentatie waarom men een bepaalde score had gegeven. De finale 12 dimensies waarop de visie van de stakeholders werd bevestigd, worden weergegeven in figuur 10.

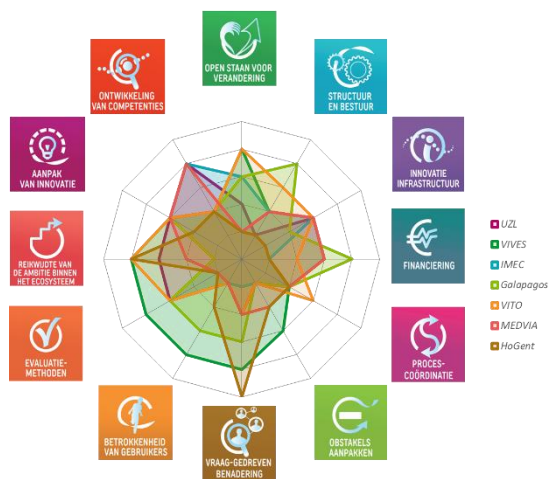
Onderstaande delen geven eerst toelichting over de kwantitatieve score die de deelnemers gaven per dimensie, alvorens dieper in te gaan op de specifieke kwalitatieve feedback per dimensie.

### 4.2 Numerieke scores voor de verschillende dimensies in het Scirocco model

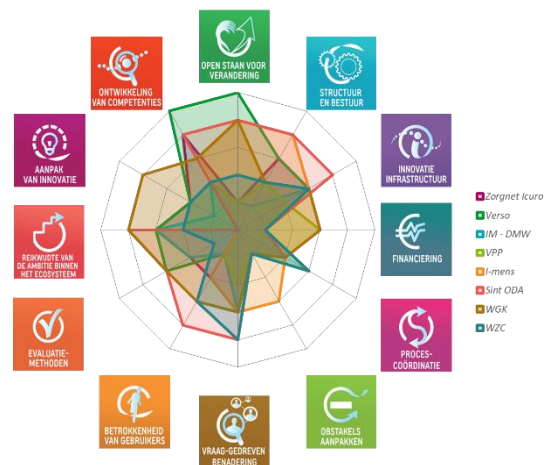
Figuren 11 en 12 geven aan welke scores werden toegekend door deelnemers tijdens de verschillende workshops. Een score 0 stemt overeen met de laatste maturiteitsschaal, terwijl een score 5 de hoogste maturiteitsschaal vertegenwoordigt. Binnen beide verdelingen zien we een grote variatie in de scores die door verschillende stakeholders worden gegeven.

Tijdens de eerste workshop waren voornamelijk onderzoeksinstituten en ondernemingen aanwezig, daar waar tijdens de tweede workshop vooral zorg- en welzijnsorganisaties vertegenwoordigd waren.

Daarnaast worden in figuur 13 de minimale en maximale score per dimensie weergegeven over alle stakeholders heen. Deze figuur toont aan dat er een **grote variabiliteit** zit in de inschatting van de maturiteit per dimensie tussen de verschillende stakeholders. Hieronder wordt deze variabiliteit verder verduidelijkt per dimensie.



Figuur 11 - Scores uit de eerste workshop



Figuur 12 - Scores uit de tweede workshop



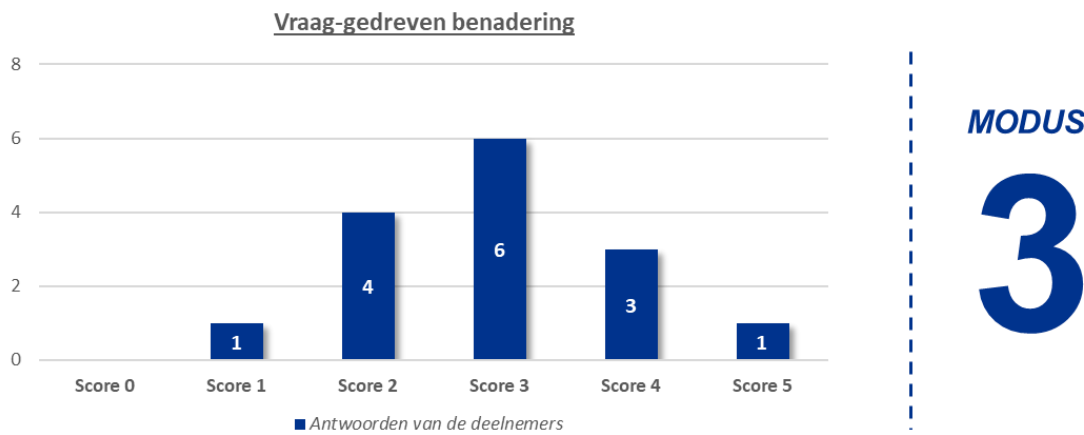
Figuur 13- Spreiding tussen minimale en maximale score

Deze **numerieke scores** geven een indicatie van de mate van maturiteit per dimensie zoals die door verschillende stakeholders wordt ingeschat, echter zit de **meest waardevolle input in de kwalitatieve argumentatie die elke stakeholder opgeeft per dimensie**. Hieronder wordt dan ook ingegaan op deze kwalitatieve informatie.

### 4.3 Kwalitatieve argumentatie per dimensie

Onderstaande gegevens bevatten de geconsolideerde input van alle stakeholders (15 in totaal) die een volledig ingevulde bevraging hebben bezorgd. Tien van hen heeft deze verder kunnen toelichten en nuanceren tijdens het rondetafelgesprek terwijl voor vijf van hen enkel de ingevulde bevraging werd meegenomen. Voor meer toelichting bij de **omschrijving van de verschillende dimensies**, wordt verwezen naar **bijlage 1**. De **scores en toelichting** vormen een perceptie vanuit stakeholders die nauw bij het innovatielandschap in zorg en gezondheid betrokken zijn, en vormen een nulmeting voor de toekomst. Voor het lezen van de input per dimensie, wordt aangeraden het Scirocco erbij te nemen voor meer info bij de omschrijvingen, voorbeelden en scoreschalen per dimensie.

### 4.3.1 Dimensie 1: Vraag-gedreven benadering



Figuur 14- Scores op dimensie 1: Vraag-gedreven benadering

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 3** – Binnen bepaalde ziektedomeinen of toepassingsgebieden worden de noden en wensen van gebruikers onderzocht en gaat men oplossingszicht aan de slag met deze info om procesen, toepassingen en diensten binnen zorg- en welzijn te verbeteren.

#### Belangrijkste feedback:

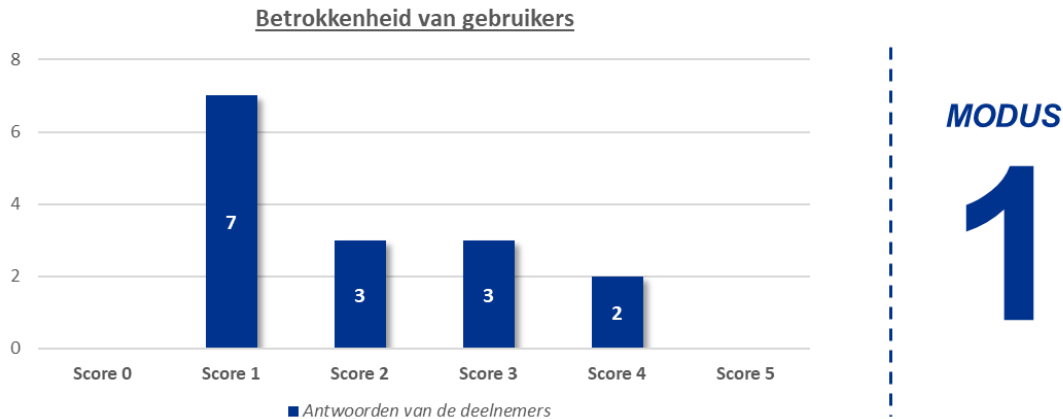
- De bevroegde stakeholders zijn van mening dat de noden en wensen van gebruikers in bepaalde contexten momenteel al het uitgangspunt vormen voor innovatie. Via gebruikersgroepen, en reflectiegroepen (waar de gebruikers als stakeholder deel van uitmaken) worden gebruikersnoden gecapteerd en wordt hun input gebruikt in het innovatieproces. Deze praktijk wordt links en rechts toepast, maar is nog niet standaard.
- Anderen geven aan dat er nog vaak vertrokken wordt van reeds ontwikkelde technologieën/oplossingen waarmee men vervolgens een nood gaat aanpakken (i.e. aanbod gedreven), in plaats van werkelijk te starten vanuit de noden van gebruikers.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Een aantal stakeholders geven aan dat een vraag-gestuurde werking niet voldoende is opgenomen als vereiste in projectdossiers en dat men bij de beoordeling vaak tevreden is met één co-creatie sessie of toonmoment. Bovendien geven stakeholders aan dat projectoproepen soms ook sterk sturend zijn naar één probleem, één thematiek of één bepaalde technologie. Stakeholders verkiezen hier een meer open benadering, zodat stakeholders op basis van hun eigen ervaring en op basis van bestaande noden bij gebruikers zelf problemen kunnen identificeren, en hiervoor gerichte oplossingen aandragen.
- Stakeholders vinden het in de praktijk vaak een uitdaging om de juiste methodologie te identificeren om vraaggestuurd te werk te gaan. Daarnaast ontbreekt het vaak ook aan tijd en middelen om hierin te investeren, aangezien het betrekken van gebruikers tijdsintensief kan zijn en een meerkost meebrengt.
- Vanuit sociale ondernemingen wordt aangegeven dat zij vaak onvoldoende erkend worden als innovator wanneer zij vraag-gedreven te werk gaan, aangezien dit een inherente verwachting lijkt binnen deze sector. Meer (h)erkenning voor innovaties die vanuit deze hoek worden ontwikkeld, evenals het (h)erkennen van zorgactoren als innovators, lijkt nodig.



### 4.3.2 Dimensie 2: Betrokkenheid van gebruikers



Figuur 15 - Scores op dimensie 2: Betrokkenheid van gebruikers

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 1** – Betrokkenheid en empowerment van de gebruiker wordt gezien als een belangrijk onderdeel van innovatie in zorg en welzijn, maar doeltreffende programma's om betrokkenheid van gebruikers te ondersteunen zijn nog in ontwikkeling.

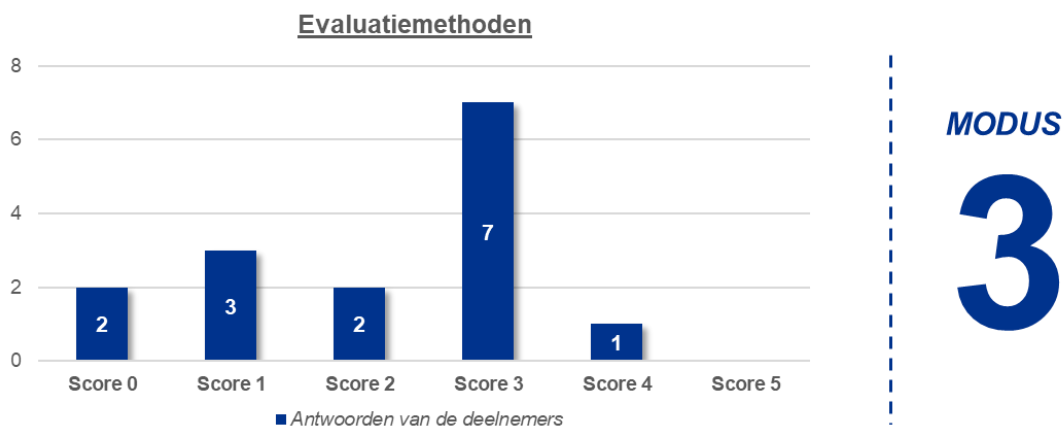
#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders geven aan dat de betrokkenheid van gebruikers stapsgewijs ingang begint te vinden O&O en innovatie, en het belang ervan ook voor iedereen binnen het ecosysteem duidelijk wordt, maar tegelijk dat we vandaag nog maar in onze kinderschoenen staan en er zeker marge is voor verbetering. Het betrekken van gebruikers gebeurt vaak niet, in een (te) late fase, of is praktisch moeilijk haalbaar. Daarnaast is het vooral de manier waarop gebruikers betrokken kunnen/dienen te worden, die voor veel stakeholders nog niet helemaal helder is.
- Stakeholders geven verder aan dat de betrokkenheid van gebruikers binnen projectaanvragen meer moet betekenen dan het louter “afvinken van een verplichting”. Een aantal bevrageden geeft aan dat er veel goede bedoelingen zijn, maar er nog geen sprake is van echte “empowerment” van gebruikers, waardoor zij niet echt doorwegen op de innovaties die worden ontwikkeld. Het bepalen van de minimumstandaarden waaraan methodologieën om gebruikers te betrekken moeten voldoen, moeten nog worden vastgelegd.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Praktische struikelblokken vormen volgens de bevragede stakeholders nog vaak een uitdaging om gebruikers effectief te betrekken in innovaties. Deze kunnen variëren van het selecteren van het juiste doelpubliek, tot bereikbaarheid en het inzetten van de nodige tijd en financiële middelen hiervoor.
- Verder geeft men aan dat een beter inzicht bij alle betrokken partijen in welke mogelijkheden er vandaag al zijn om gebruikers te betrekken (bijvoorbeeld living lab faciliteiten, testpanels, ...) noodzakelijk is zodat men hier meer gebruik van kan maken.

### 4.3.3 Dimensie 3: Evaluatiemethoden



Figuur 16 - Scores op dimensie 3: Evaluatiemethoden

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 3** – Sommige initiatieven en diensten op het gebied van innovatie in zorg en welzijn worden geëvalueerd, en dit als onderdeel van een systematische aanpak.

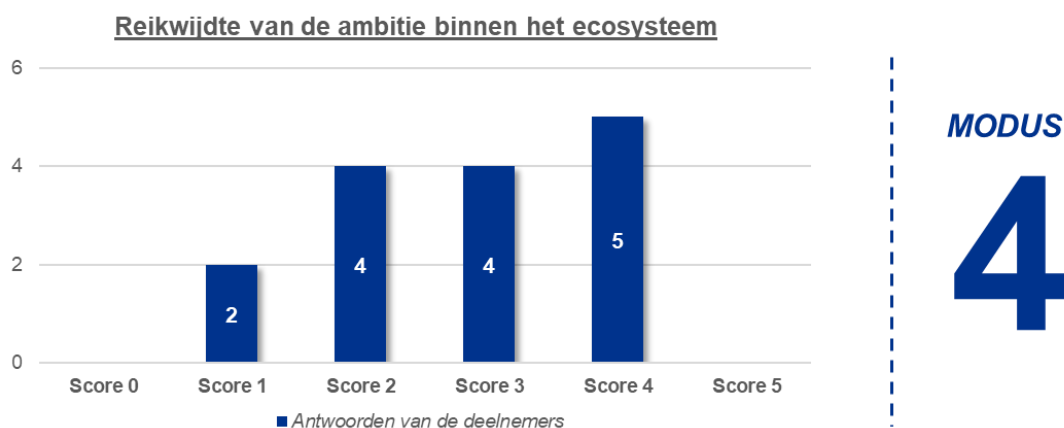
#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders geven aan dat multidimensionale evaluaties van innovatie in zorg en welzijn steeds vaker worden uitgevoerd (weliswaar eerder als losstaande initiatieven), maar dat er nog beter kan worden ingezet op rapportering, terugkoppeling en benchmarking van de verkregen resultaten naar de sector.
- Verder zijn de bevrageden van mening dat de versnippering van het zorglandschap en de verdeling van bevoegdheden het moeilijk maken om de juiste gegevens te combineren en innovaties in zorg en welzijn correct te evalueren.
- Door een aantal stakeholders wordt het gebrek van specifieke tools of evidence-based methoden voor evaluatie aangekaart.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- De belangrijkste uitdaging is volgens stakeholders het creëren van een holistisch kader om de kwaliteit van innovaties te beoordelen op verschillende vlakken, waarbij niet alleen gefocust wordt op technologische haalbaarheid en economische meerwaarde maar ook op maatschappelijke meerwaarde en mate van systeeminnovatie.
- Het meten van de betrokkenheid van gebruikers specifiek binnen evaluaties wordt ook erkend als uitdaging, en blijkt niet steeds haalbaar in de praktijk om uiteenlopende redenen.
- Vanuit de zorg- en welzijnssector wordt aangegeven dat het voor hen vaak moeilijk is om de meerwaarde van een innovatie op verschillende vlakken aan te tonen. Er is binnen pijler 3 weinig expertise aanwezig voor het “het maken van een business case”, die vaak noodzakelijk is om financiering te verkrijgen (cf. dimensie 10).

#### 4.3.4 Dimensie 4: Reikwijdte van de ambitie binnen het ecosysteem



Figuur 17 - Scores op dimensie 4: Reikwijdte van de ambitie binnen het ecosysteem

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 4** – Innovatie in zorg en welzijn wordt doorgaans breed benaderd; alle sectoren uit zorg, welzijn en eventueel andere relevante sectoren worden betrokken, inclusief de zorgvrager en zijn omgeving. Er wordt samengewerkt met onderzoeksinstituten en (andere) ondernemingen, en er wordt bekeken hoe innovaties ook breder uitgerold kunnen worden naar andere ziektegebieden of andere levensfasen.

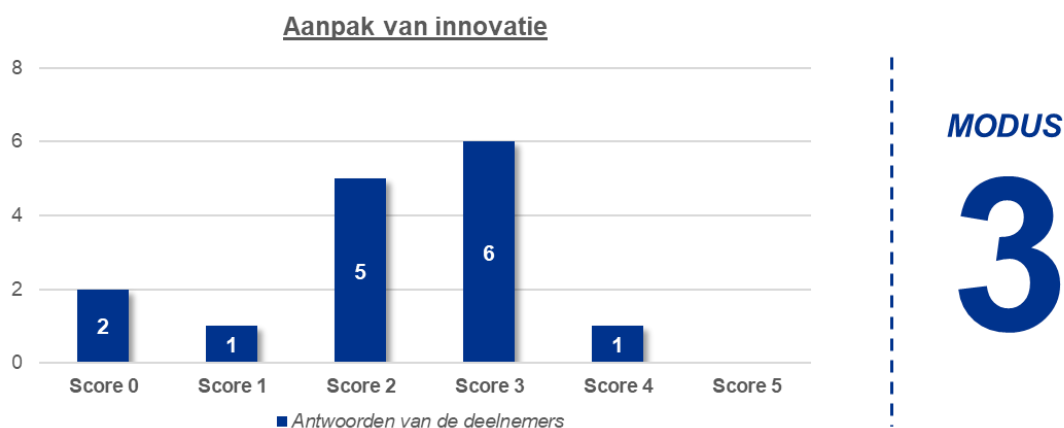
##### Belangrijkste feedback:

- Samenwerking is in toenemende mate nodig om tegemoet te komen aan de huidige en toekomstige uitdagingen binnen zorg- en welzijn en dit wordt in toenemende mate ook gestimuleerd door de verschillende overheden, dit is volgens stakeholders een goede zaak.
- Stakeholders geven aan dat er al heel wat samenwerkingen plaatsvinden op het terrein maar dat dit voorlopig onvoldoende systematisch gebeurt wegens een gebrek aan kader hiervoor.
- Een aantal stakeholders zijn van mening dat een brede benadering van innovatie soms wordt bemoeilijkt door spelers die maar in één sector actief zijn en hun marktpositie beschermen. Dit wordt als belemmerend voor samenwerking ervaren.

##### Belangrijkste uitdagingen:

- De grootste uitdaging binnen deze dimensie is volgens de stakeholders het leren spreken van elkaars taal (grote internationals en kleinere ondernemingen spreken niet dezelfde taal), inzetten op kennisdeling, spreekwoordelijke muurtjes slopen en het leren nemen van een gedeelde verantwoordelijkheid om echt te kunnen samenwerken over organisaties heen.
- Daarnaast denken stakeholders dat er grote winst te boeken valt binnen deze dimensie door meer op systeeminnovatie in te zetten dan productinnovaties.

### 4.3.5 Dimensie 5: Aanpak van innovatie



Figuur 18 - Scores op dimensie 5: Aanpak en innovatie

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 3** – Een procesmatige aanpak van innovatie wordt reeds gedeeltelijk uitgevoerd, zodat ook terreinorganisaties en kleine ondernemingen de kans hebben om innovaties te ontwikkelen. Hier zijn verschillende types organisaties en ondernemingen, en eventueel de overheid, betrokken.

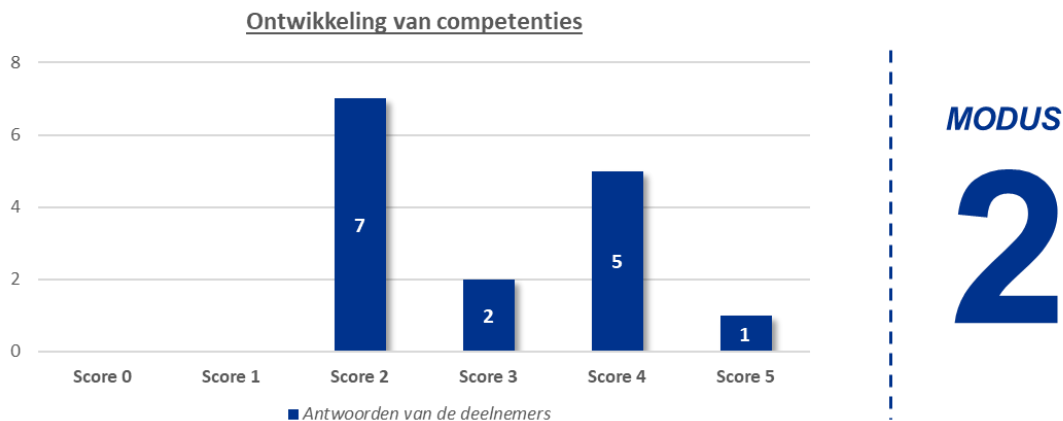
#### Belangrijkste feedback:

- Alle stakeholders zijn het erover eens dat er veel pilootprojecten omtrent innovatie zijn, maar dat het ontbreekt aan structurele inbedding. Dit zorgt bij een aantal stakeholders in enige mate voor een gevoel van “projectmoeheid”.
- Vanuit de zorg- en welzijnssector wordt aangegeven dat projectoproepen binnen gezondheid vaak gericht zijn op grotere en technologie-intensieve ondernemingen. Hierbij wordt opgemerkt dat het belangrijk om het ganze spectrum van organisaties mee te nemen, aangezien ook kleinere ondernemingen, zorgprofessionals, social profit ondernemingen, ... eveneens belangrijke inzichten en innovatiecapaciteit kunnen leveren.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Men geeft aan dat er nood is aan procesbegeleiding voor organisaties in zorg en welzijn om innovatieve projecten op te zetten met ondernemingen of onderzoeksinstituten. Kleine spelers ontbreken vaak de nodige kennis of mankracht om aan de slag te gaan met innovaties, terwijl zij vanuit hun ervaring mogelijk een grote meerwaarde kunnen leveren.
- Daarnaast wordt aangegeven dat er nood is aan een helikopterzicht om alle initiatieven rond innovatie in zorg en welzijn op verschillende niveaus in kaart te brengen.
- Tot slot geeft men aan dat er nood is aan meer fora om kennis over innovaties te delen, maar ook om zowel binnen als overheen de sectoren strategische lijnen uit te tekenen om samen gericht toe te werken naar innovaties binnen zorg en welzijn als onderdeel van een breder plan.

### 4.3.6 Dimensie 6: Ontwikkeling van competenties



Figuur 19 - Scores op dimensie 6: Ontwikkeling van competenties

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 2** – Er ontstaan enkele initiatieven voor het ontwikkelen van competenties die bijdragen tot innovatie in zorg en welzijn, maar er is nog geen systematische aanpak rond het ontwikkelen van competenties.

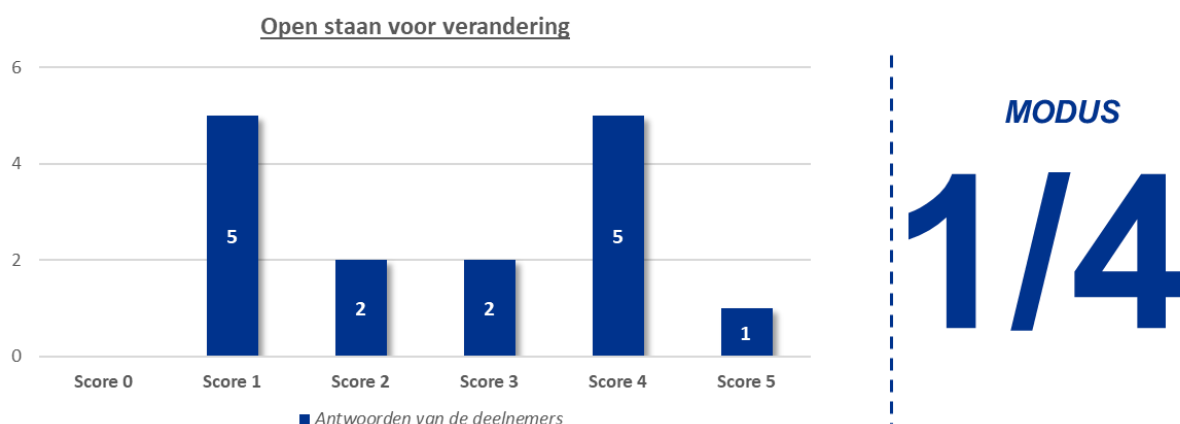
#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders zijn van mening dat het een positieve evolutie is dat het aanbod innovatieopleidingen toeneemt, maar dat de inzichten hiervan nog te weinig worden toegepast in de praktijk en dat deze opleidingen vaak op managementniveau worden gevolgd, terwijl deze inzichten in de hele organisatie moeten doorstromen (innovatie in zorg en welzijn wordt immers niet steeds vanuit het management geïnitieerd). Daarnaast is het scala aan bestaande opleidingen onvoldoende gekend door het volledige stakeholderlandschap. Tot slot wordt aangegeven dat competentieontwikkeling nog onvoldoende systematisch een plaats krijgt binnen zorg- en welzijn.
- Kleine spelers hebben vaak onvoldoende budgettaire ruimte om innovatiemanagers of -teams aan te stellen, waardoor ze achterop blijven in de ontwikkeling en implementatie van innovaties.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Alle stakeholders zijn erover eens dat er nood is aan meer contacten tussen en binnen organisaties om innovatie te stimuleren. Binnen een organisatie kan dit gebeuren tussen innovatiemanagers en “mensen op het terrein” of ontwikkelaars, en tussen organisaties wordt dit vooral nodig geacht tussen innovatiemanagers en -teams.
- Specifiek vanuit zorg en welzijn wordt aangegeven dat het kader waarin zorgorganisaties moeten werken, weinig flexibel is om te experimenteren met innovaties of competenties rondom innovaties te ontwikkelen.

### 4.3.7 Dimensie 7: Open staan voor verandering



Figuur 20 - Scores op dimensie 7: Open staan voor verandering

**Omschrijving van de vaakst gegeven scoreschaal:** De antwoorden op deze dimensie lopen uiteen, twee scoreschalen werden even vaak toegekend:

- **Score 1** – De mensen rondom mij (binnen of buiten mijn organisatie) staan open voor verandering en zijn nieuwsgierig naar nieuwe ervaringen. Er is een algemeen enthousiasme, maar er is geen duidelijke visie of een strategisch plan om innovaties/veranderingen te realiseren.
- **Score 4** – Er is een bewustzijn en een zichtbaar engagement bij sommige stakeholders om te veranderen, initiatieven om te verandering in te zetten gebeuren al binnen bepaalde organisaties, teams of binnen een specifieke setting.

#### Belangrijkste feedback:

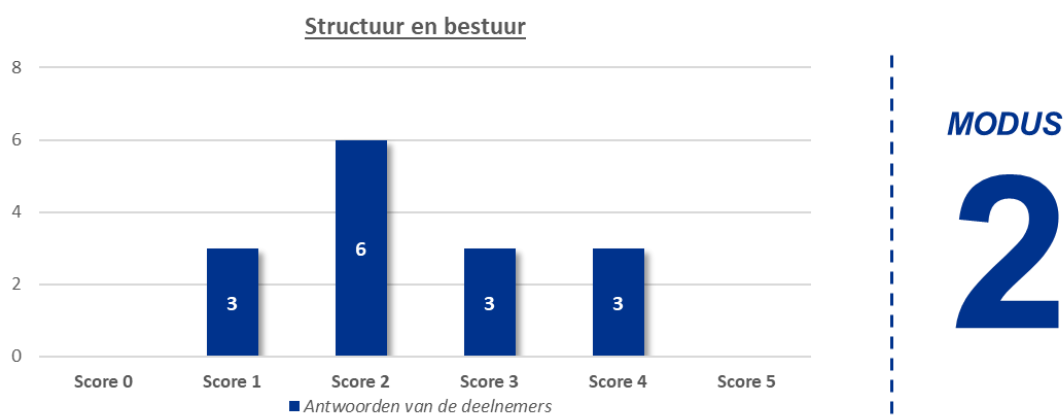
- Stakeholders geven aan dat er al heel wat initiatieven worden genomen die aantonen dat het bredere ecosysteem open staat voor verandering. Men kijkt vooral naar de overheid om hierbij een grotere verbindende rol te spelen om samenwerking nog meer te faciliteren en echte veranderingen op het terrein mogelijk te maken.
- Daarnaast zijn stakeholders van mening dat veranderprocessen binnen het ecosysteem op verschillende niveaus nodig zijn en verder vorm moeten krijgen om te groeien naar een hogere maturiteit in deze dimensie.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- De stakeholders zien twee belangrijke uitdagingen binnen deze dimensie. Enerzijds heeft men nood aan een strategisch kader of duidelijke visie waaraan toekomstige innovatie moeten bijdragen en anderzijds wil men meer ondersteuning in verandermanagement om duurzame implementaties van innovaties mogelijk te maken. Voor beide zaken kijken de stakeholders naar VLAIO als facilitator.



### 4.3.8 Dimensie 8: Structuur en bestuur



Figuur 21 - Scores pijler 1 t.e.m. 3 op dimensie 8: Structuur en bestuur

**Omschrijving van de vaakst toegekende scoreschaal: Score 2** – Er worden werkgroepen opgericht of (in)formele samenwerkingen afgesloten om innovaties in zorg en gezondheid te ontwikkelen, implementeren en verspreiden. Er wordt aandacht gegeven aan goed bestuur en hoe dit te bereiken.

#### Belangrijkste feedback:

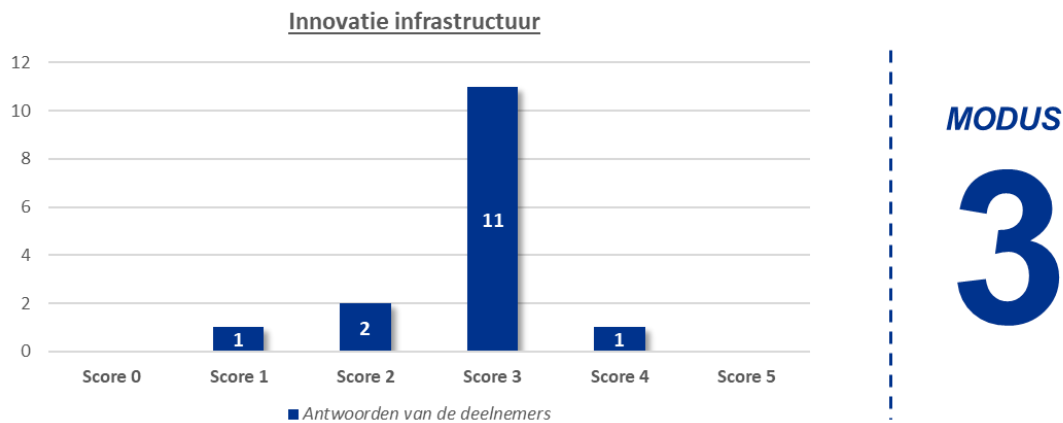
- Stakeholders zijn van mening dat er al heel wat puzzelstukken beschikbaar zijn om te komen tot een breed gedragen veranderplan, maar dat het ontbreekt aan overzicht van wie wat doet en een duidelijk beleid over hoe beslissingen doorstromen naar handelingen. Men is op zoek naar een facilitator om besturen en organisatie samen te brengen.
- De “8 Caring Technology Principles” van het fonds Dr. Daniël De Coninck vormen volgens een groot aantal stakeholders een zinvol kader voor goed bestuur<sup>8</sup>.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Een grote uitdaging is volgens de stakeholders het realiseren van structuur doorheen het brede ecosysteem; veel innovatietrajecten zijn vandaag losstaande trajecten, die niet gecoördineerd worden of een plaats hebben in een bredere visie of structurele aanpak.
- Daarnaast geven stakeholders aan dat structurele samenwerking en ondersteuning vandaag nog ontbreken maar dat beide nodig zijn vanuit verschillende niveaus. Men geeft aan dat er nood is aan meer overleg rond innovatie in zorg en welzijn, zowel op het terrein tussen diverse organisaties en domeinen (ook overheen verschillende pijlers) als op beleidsniveau.
- Om een structurele aanpak te realiseren, wensen stakeholders gebruik te maken van betrouwbare en evolutieve data om de effecten van innovaties op zorg en welzijn te monitoren. Deze gegevens kunnen gebruikt worden om een gezamenlijke visie en doelstellingen te onderbouwen, maar zijn vandaag te weinig (of niet) beschikbaar.

<sup>8</sup> <https://www.fondsdanieldeconinck.be/en/initiative/caring-technology/> - geraadpleegd op 19.04.2024

### 4.3.9 Dimensie 9: Innovatie-infrastructuur



Figuur 22 - Scores op dimensie 9: Innovatie infrastructuur

**Omschrijving van de vaakst toegekende scoreschaal: Score 3** – Innovatie-infrastructuur (zoals living labs, proeftuinen, digitale standaarden en uitwisselingsplatformen) bestaat al, maar wordt door veel organisaties nog niet gebruikt.

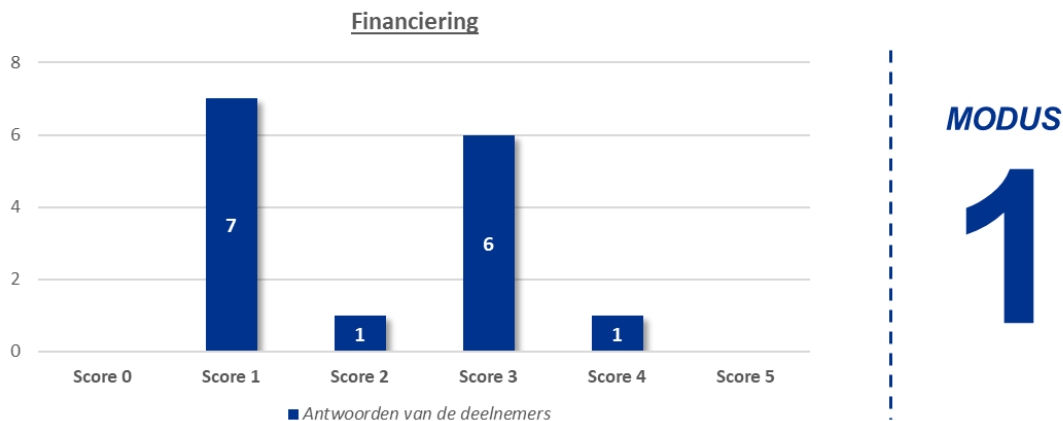
#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders zijn van mening dat er vandaag al heel wat expertise en infrastructuur van hoog niveau aanwezig is, maar dat het bereik van bestaande infrastructuur vaak nog niet groot genoeg is en de meerwaarde niet voldoende duidelijk voor iedereen waardoor deze niet systematisch gebruikt wordt door alle stakeholders. De kloof tussen innovatiepioniers en innovatievolgers wordt te groot geacht met betrekking tot het gebruik van innovatie-infrastructuur.
- Daarnaast geven stakeholders aan dat de huidige proeftuinen sterk gericht zijn op technologie en nog te weinig op het ontdekken en uitwerken van nieuwe zorgmodellen en systeeminnovatie.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- De belangrijkste uitdaging binnen deze dimensie is volgens stakeholders het structureel en op grote schaal beschikbaar maken van proeftuinen en andere innovatie-infrastructuur, aangezien deze nu vaak op projectbasis wordt opgericht en gefinancierd en deze vaak verloren gaan wanneer het project afloopt. Ook de kennis over de aanwezigheid en het gebruik van proeftuinen dient nog verbeterd te worden binnen het bredere stakeholderlandschap.
- Daarnaast geven stakeholders aan dat er ook financiële drempels aanwezig zijn om van de beschikbare innovatie-infrastructuur gebruik te kunnen maken.

### 4.3.10 Dimensie 10: Financiering



Figuur 23 - Scores op dimensie 10: Financiering

**Omschrijving van de mediane scoreschaal: Score 1** – Financiering voor innovatie in zorg en welzijn is beschikbaar, maar voornamelijk op projectbasis en voor proefprojecten en studies. De kennis over hoe gebruik gemaakt kan worden van deze middelen is beperkt.

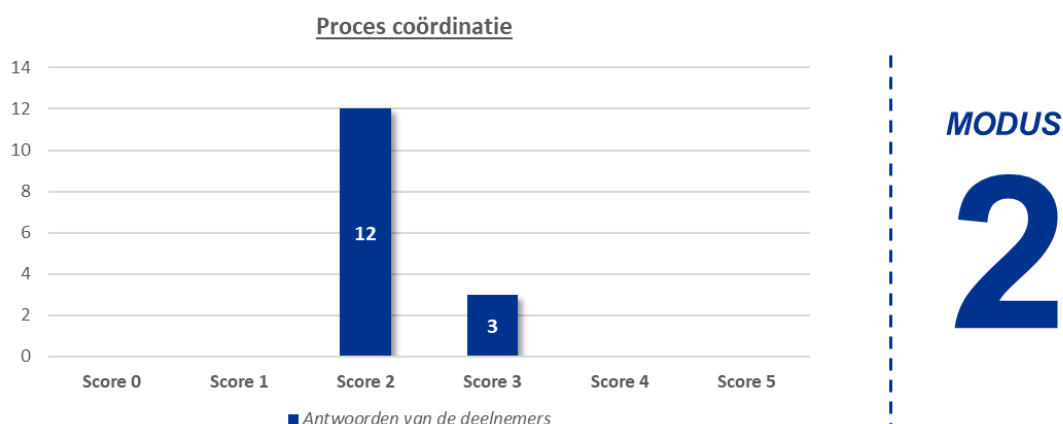
#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders geven aan dat er via diverse kanalen financiering beschikbaar is, maar dat deze voor sommige doelgroepen moeilijk bereikbaar of toegankelijk is. Dit wordt voornamelijk zo ervaren door kleinere ondernemingen binnen de zorg- en welzijnssector of zorgprofessionals die met innovatie bezig zijn, terwijl grotere ondernemingen aangeven vlotter toegang tot financiering te hebben. Daarnaast is er niet altijd duidelijkheid voor welke (bijkomende) overheidsfinanciering ondernemingen en organisaties in aanmerking kunnen komen.
- Daarnaast uiten stakeholders de wens om vanuit de overheid minder nadruk te leggen op economische resultaten en meer op de maatschappelijke bijdrage van een project. Op dit moment vindt men de focus te zeer op technologische innovatie en jobcreatie liggen als primair doel.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Vooral vanuit de zorg- en welzijnssector (waar ook een belangrijk deel van de innovatiecapaciteit ligt) wordt extra ondersteuning gevraagd om financiering toegankelijk te maken voor alle organisaties en ondernemingen uit de sector. Dit kan zowel door de kennis over de bestaande financiering te verbeteren, het opzetten van specifieke ondersteuningstrajecten als door aanpassingen aan terminologie en vakjargon om de procedures beter begrijpbaar en toegankelijker te maken.
- Alle stakeholders zijn het erover eens dat er meer nood is aan financiering die structurele implementatie van innovaties faciliteert. Hiervoor is het cruciaal dat er bij het beoordelen van een innovatie in zorg en welzijn een blik gehanteerd wordt die meer op lange termijn dan op korte termijn gericht is. Stakeholders geven aan dat er meer rekening gehouden moet worden met de initiële kostprijs van innovaties om veranderingen en implementatie op langere termijn te realiseren dan te verwachten (en als voorwaarde te stellen) dat innovaties op korte termijn winst realiseren.

### 4.3.11 Dimensie 11: Proces coördinatie



Figuur 24 - Scores op dimensie 11: Proces coördinatie

**Omschrijving van de vaakst toegekende scoreschaal: Score 2** – Er zijn binnen het ecosysteem enkele gecoördineerde innovatieprocessen aan de gang, er worden links en rechts nieuwe manieren van samenwerking ontwikkeld en men erkent de behoefte aan coördinatie op vlak van innovatie in zorg en welzijn, maar er is geen systematische aanpak van innovatie gepland.

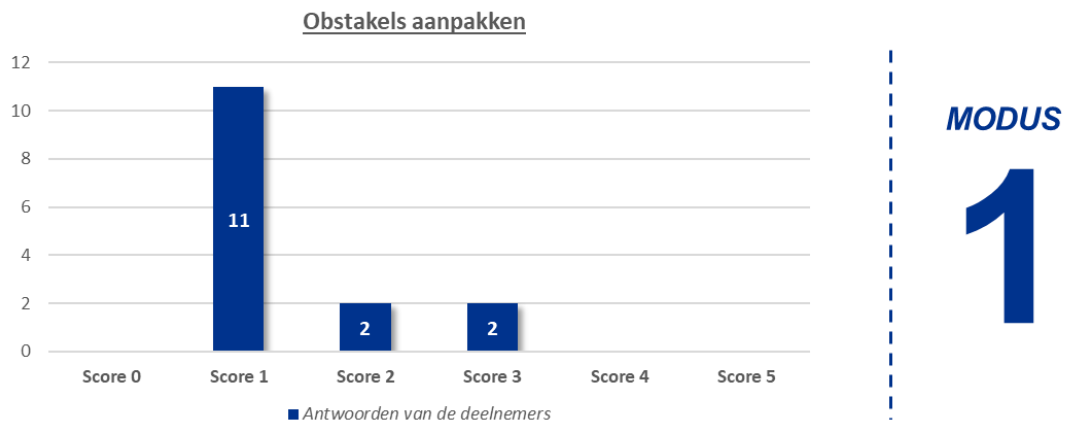
#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders geven aan dat overkoepelende procescoördinatie op vlak van innovatie in zorg en welzijn veelal aanwezig is in tijdelijk gefinancierde samenwerkingsinitiatieven over organisaties heen. De coördinatie wordt echter gedreven door de financiering, en houdt vaak op te bestaan na afloop van het project. Dit wijdt men enerzijds aan het tijdelijke karakter van de samenwerking (zonder structurele verankering) en anderzijds aan de vrijblijvendheid voor stakeholders om betrokken te zijn, waardoor deelname vaak stopt als blijkt dat er vanuit het individuele standpunt geen meerwaarde meer te boeken is.
- De investering in procesbegeleiding voor innovatie door de overheid wordt door verschillende stakeholders als zeer waardevol aanzien.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- De belangrijkste uitdaging binnen deze dimensie is voor stakeholders het komen tot een gecoördineerde aanpak, waarbij resultaten en bevindingen binnen het brede stakeholderlandschap worden gedeeld. Men is van mening dat er op dit moment te weinig meetbare lange termijn doelstellingen zijn rond innovatie in zorg en welzijn, en dat goede resultaten of werkwijzen te weinig worden gedeeld tussen organisaties die werken rond innovatie. Het is voor de stakeholders niet duidelijk wie deze rol moet en kan opnemen.

### 4.3.12 Dimensie 12: Obstakels aanpakken



Figuur 25 - Scores op dimensie 12: Obstakels aanpakken

**Omschrijving van de vaakst toegekende scoreschaal: Score 1** – De overheid is zich bewust van obstakels voor innovatie in zorg en welzijn, maar er is geen systematische benadering om ze aan te pakken.

#### Belangrijkste feedback:

- Stakeholders geven aan dat innovatie en experimenteren met innovatie reglementaire ruimte en flexibiliteit vraagt, terwijl de zorg- en welzijnssector zeer strikt gereglementeerde sectoren zijn. Dit kan innovatie in zorg en welzijn in de weg staan.
- Detectie van obstakels door intervisie of bevragingen om deze daarna gericht te kunnen aanpakken wordt als zeer waardevol ervaren door de stakeholders. Zo achten de stakeholders het ook wenselijk dat er op basis van bevragingen zoals deze in kader van voorliggend onderzoek, dialoog op gang gebracht wordt.

#### Belangrijkste uitdagingen:

- Een van de belangrijkste uitdagingen met oog op de toekomst ligt voor stakeholders in het gebruik van data en hoe deze beter geregistreerd, gedeeld en gebruikt kan worden in kader van innovatie in zorg en welzijn. Men kijkt hiervoor ook naar de overheid om meer longitudinale opvolging van innovatie in zorg en welzijn te voorzien.

## 4.4 Globale conclusies kwalitatieve evaluatie

Op basis van de hierboven beschreven feedback en belangrijkste uitdagingen per dimensie, kan een duidelijk beeld worden gevormd over hoe stakeholders uit de verschillende pijlers van het Impulsprogramma kijken naar **innovatie in zorg en welzijn**.

Over een heel aantal zaken is er eensgezindheid binnen de diverse groep van betrokkenen, maar op andere vlakken is er een merkbaar verschil in ervaring tussen enerzijds pijler 1 en 2 en anderzijds pijler 3 van het Impulsprogramma. Daarnaast zijn er een aantal thema's die bij meerdere van de 12 dimensies meermaals aan bod kwamen en die dus volgens de stakeholders de grootste meerwaarde kunnen bieden in de toekomst wanneer hiermee aan de slag wordt gegaan. In onderstaand deel wordt dieper ingegaan op een aantal van deze thema's, die verbanden leggen tussen de verschillende dimensies van het Scirocco model.

### 4.4.1 Samenwerking tussen stakeholders en toewerken naar een systematische aanpak van innovatie op basis van een gemeenschappelijke visie

Een belangrijk aspect dat door vele stakeholders aan verschillende dimensies wordt gelinkt is de **samenwerking binnen het bredere ecosysteem**. Vanuit verschillende hoeken geeft men aan dat er op veel plaatsen reeds samenwerkingen ontstaan rondom innovatie, maar dat deze vaak **tijdelijk** zijn en niet structureel worden ingebed. Om duurzame innovaties in zorg en welzijn te realiseren binnen ons gezondheidslandschap, is men het erover eens dat **structurele samenwerkingen** nodig zijn, waarbij vanuit verschillende hoeken ervaringen worden gedeeld waaruit iedereen kan leren.

Om hieraan tegemoet te komen, is men vooral op zoek **naar platformen of fora** waardoor men makkelijker met elkaar in contact kan komen en informatie kan uitwisselen. Door grotere ondernemingen wordt aangegeven dat er reeds een sterke netwerkcultuur heerst, waardoor ondernemingen met gelijkaardige doelstellingen of interesses met elkaar in contact komen (mede gestimuleerd door de speerpuntcluster), maar vanuit de zorg- en welzijnssector wordt aangegeven dat die cultuur nog bijna volledig afwezig is. **Structurele uitwisseling tussen grotere ondernemingen en organisaties in zorg- en welzijn** is vandaag (te) beperkt. Zorg- en welzijnsorganisaties vinden sneller hun weg naar onderzoeks- en onderwijsinstellingen, maar ook die contacten kunnen nog verbeterd worden, aangezien men momenteel de ervaring heeft dat het initiatief hier voornamelijk bij de universiteiten en hogescholen ligt. Zorg- en welzijnsorganisaties lijken in het algemeen minder snel contacten te leggen met anderen spelers in het ecosysteem om innovaties vorm te geven en uit te werken, door diverse uitdagingen waarmee deze sector wordt geconfronteerd.

Stakeholders vanuit verschillende hoeken zijn van mening dat **meer contacten en meer samenwerking binnen het ecosysteem ook kunnen gestimuleerd worden vanuit van een breed gedragen visie, gemeenschappelijke doelstellingen** en een **systematische aanpak** hier naartoe. Op die manier kan er gericht aan innovatie gewerkt worden en kunnen meer synergiën opgezet worden om doelen te behalen door samenwerking tussen verschillende stakeholders. Vandaag de dag geven de bevroegde stakeholders aan dat deze **gemeenschappelijke visie ontbreekt**, maar men is het niet meteen eens over wie deze visie dient te formuleren en hoe bij het ganse ecosysteem het nodige draagvlak kan worden gecreëerd.

### 4.4.2 Gebruikers centraal stellen

Alle stakeholders onderschrijven het **belang van de gebruiker centraal te stellen**, maar **de praktische uitwerking vormt hier de grootste uitdaging**, waar vele stakeholders aangeven dat ze nog stappen kunnen zetten in een vaak complex proces. Innovaties in zorg en welzijn kunnen immers verschillende types gebruikers bedienen, en soms ook meerdere tegelijkertijd. Naast de patiënt of persoon zelf, is meestal ook de zorg- of welzijnsprofessional betrokken bij het toepassen van de innovatie. Verder kan de



innovatie ook een impact hebben op het informeel netwerk of het gezin van een persoon. Tot slot maken een aantal medische aandoeningen het ook zeer moeilijk om de uiteindelijke doelgroep te betrekken of bevragen, bijvoorbeeld bij patiënten met dementie. In dit geval moet men op zoek naar **een goede “proxy”** die de uiteindelijke doelgroep zo dicht mogelijk benadert, zoals familieleden van een patiënt met dementie, verzorgers van patiënten met dementie, maar evenzeer burgers die in de toekomst het risico lopen om met dementie geconfronteerd te worden.

Dergelijke uitdagingen en het **gebrek aan kennis over bestaande methoden om gebruikers te bevragen en betrekken** vormen vandaag nog struikelblokken. Vanuit een aantal subsectoren wordt echter aangegeven dat er reeds vandaag al sterk wordt ingezet op betrokkenheid van gebruikers, zoals binnen de farmaceutische industrie of binnen zorgorganisaties om de manier van zorgverlening te optimaliseren. Voor een aantal andere sectoren is men van mening dat gebruikers meer betrokken zouden moeten worden, zodat kan afgestapt worden van een aanbod-gestuurd systeem naar een volledig vraag-gedreven gezondheidssysteem.

#### 4.4.3 Gebruik van data

Het **beter registreren en gebruiken van data** werd door de stakeholders aan verschillende dimensies gelinkt. Enerzijds zou dit kunnen bijdragen tot **een betere evaluatie van innovatie**, waarbij bijvoorbeeld ook de beoordeling door de gebruiker meegenomen kan worden. Anderzijds kijkt men naar het beter delen van data tussen verschillende organisaties om te kunnen leren uit elkaars fouten en successen en zo efficiënter gebruik te maken van het onderzoek en de ontwikkeling die in het volledige ecosysteem wordt uitgevoerd.

In dit geval geeft men aan nood te hebben aan een **platform** en een **stimulerend regelgevend kader** dat het delen van data stimuleert en reguleert. Binnen de Belgische context brengt dit de uitdaging met zich mee dat dit niet alleen vanuit de Vlaamse bevoegdheden, maar ook vanuit de federale bevoegdheden gerealiseerd dient te worden. Tot slot geven stakeholders aan dat ook veel ondernemingen en organisaties nog op zoek zijn naar een manier om wel data of inzichten te delen, zonder concurrentiële voordelen te verliezen.

#### 4.4.4 Financiering van innovaties

Bij heel wat dimensies gaven stakeholders aan dat er een financiële component verbonden was aan de uitdagingen waarmee men geconfronteerd wordt, en dat **innovatie in zorg en welzijn nieuwe vormen van financiering en financieringsinstrumenten** vereist.

Binnen dit thema, zijn de grootste verschillen merkbaar tussen organisaties in de zorg- en welzijnssector enerzijds en grotere ondernemingen anderzijds. Stakeholders gaven allereerst aan dat de budgetten waarover grote ondernemingen vs. kleinere zorg- en welzijnsorganisaties beschikken om aan innovatie te doen, helemaal niet vergelijkbaar zijn. De initiële investering die vaak nodig is voor de ontwikkeling en implementaties is vaak binnen kleinere organisaties in zorg en welzijn een struikelblok. Daarbij komt dat dat toegang tot externe financiering momenteel niet als gelijkwaardig wordt ervaren tussen de grote ondernemingen vs. kleinere ondernemingen, terwijl er **op alle niveaus belangrijke innovatiecapaciteit aanwezig is**. Bovendien zijn de huidige financieringskanalen vooral gericht op het verstrekken van projectfinanciering, hetgeen een duurzame verankering van innovatie in de weg kan staan van zodra de financiering afloopt.

## 5 Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden op basis van de bevindingen een aantal **overkoepelende aanbevelingen** voorgesteld die uit het onderzoek naar voren komen. Deze aanbevelingen werden opgesteld op basis van de verkregen input via de kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie zoals beschreven in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4. Deze aanbevelingen werden een eerste keer voorgelegd aan de stuurgroep van het Impulsprogramma in mei 2024, en in het najaar 2024 zal de stuurgroep zich buigen over eventuele acties die voortkomen uit deze aanbevelingen.

### 5.1 Vraag-gestuurd werken en het betrekken van gebruikers als uitgangspunt voor innovatie in zorg en welzijn

Een eerste **aanbeveling** die uit de studie naar voren komt, is dat stakeholders het belang van vraag-gestuurd werken en het betrekken van gebruikers unaniem onderschrijven m.b.t. innovaties in zorg en welzijn. Er wordt aangegeven dat onderzoekers en ontwikkelaars vaak een goed beeld menen te hebben van de behoeften van de gebruiker, maar vaak zijn gebruikers **niet expliciet bevraagd of zijn gebruikers nog onvoldoende betrokken** in de eerste ontwikkelingsstappen van een innovatief product of proces. Daarnaast wordt door de stakeholders die deelnamen aan de evaluatie opgemerkt dat er vandaag de dag bij **het ontwikkelen van innovaties** vaak nog eerder aanbod-gedreven is dan zuiver vraag-gedreven.

Om meer vraag-gedreven te werk te gaan, komen uit dit onderzoek een aantal mogelijke pistes naar voren:

- Er dient te worden bekeken of er bij de **evaluatie/beoordeling** van projectaanvragen rondom innovatie in zorg en welzijn **op een andere manier kan omgegaan worden met het betrekken van gebruikers en het innoveren vanuit een vraag-gestuurde benadering**. Ondanks dat het betrekken van gebruikers en het hanteren van een vraag-gedreven-benadering binnen een groot aantal projectoproepen als voorwaarde wordt ingeschreven, wordt door de deelnemers aan de evaluatie opgemerkt dat bij de beoordeling één co-creatie sessie of toonmoment vaak volstaat. Binnen een projectevaluatie sterker de nadruk leggen op **innoveren vanuit een vraag-gestuurde benadering en voldoende gebruikersbetrokkenheid** kan door bv. het toekennen van een extra score wanneer men bij een projectaanvraag aantoont dat de noden van de beoogde eindgebruiker grondig werden onderzocht en/of dat eindgebruikers op verschillende momenten betrokken werden doorheen het ontwikkelingsproces.
- Daarnaast is het belangrijk dat bij het beoordelen van projectaanvragen **vanuit VLAIO** voldoende kritisch wordt gekeken naar de manier waarop gebruikers worden betrokken of de manier waarop de behoeften van de doelgroep werden onderzocht. Naast klinische experts die focussen op de technische haalbaarheid van het project, lijkt er nood aan experts die specifiek aandacht besteden aan deze aspecten bij het beoordelen van innovaties in zorg en welzijn. Dit zou bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden door het raadplegen van patiëntenorganisaties of (academische) experts op vlak van patiënten-voorkeuren en noden.
- Daarnaast kan het **vergaren van deze informatie binnen (O&O) haalbaarheidsstudies** verder worden aangemoedigd. Belangrijk is dat als onderdeel van de haalbaarheidsstudie, naast een focus op technische haalbaarheid, ook meer business gerichte modelering gesteund worden. Hier kunnen synergiën worden opgezet met de beschikbare proeftuinen in Vlaanderen om deze haalbaarheidsstudies praktisch te faciliteren.

- Stakeholders vinden het in de praktijk vaak een **uitdaging om de juiste methodologie te identificeren om vraaggestuurd te werk te gaan**. Struikelblokken variëren van het selecteren van het juiste doelpubliek, tot bereikbaarheid en het vinden van de nodige tijd en financiële middelen hiervoor. Een korte termijn actie kan erin bestaan om een overzicht samen te stellen en te **delen van de mogelijkheden die er vandaag de dag al zijn om gebruikers te betrekken** (bijvoorbeeld bestaande living lab faciliteiten, bestaande proeftuinen, testpanels, ... beschikken over potentieel om vraag-gestuurde innovatie te ondersteunen en de implementatie ervan te bevorderen) zodat stakeholders hier meer gebruik van kunnen maken, en al doende kunnen leren. Het concretiseren van een aanpak om te komen tot een meer optimale gebruikersbetrokkenheid zou een onderwerp voor het Impulsprogramma kunnen vormen.

## 5.2 Innovaties en innovatiecapaciteit op een duurzame manier financieren en ondersteunen met oog op structurele implementatie van innovaties op lange termijn

Om innovatie in zorg en welzijn te faciliteren, is **financiering** een noodzakelijke randvoorwaarde die investeringen in O&O moet faciliteren. Daarnaast vormt **innovatie-infrastructuur** een bijkomende randvoorwaarde om aan innovatie in zorg en welzijn te doen.

Op vlak van **directe (project)financiering** geven deelnemers aan de evaluatie aan dat er via diverse kanalen **financiering** beschikbaar is, maar dat **deze voor sommige doelgroepen** moeilijker bereikbaar of toegankelijk is. Dit wordt voornamelijk zo ervaren door kleinere ondernemingen binnen de zorg- en welzijnssector of zorgprofessionals/zorgactoren die met innovatie bezig zijn, terwijl grotere ondernemingen aangeven vlotter toegang tot financiering te hebben. Vooral vanuit de zorg- en welzijnssector (waar eveneens een belangrijk deel van de innovatiecapaciteit ligt) **wordt extra ondersteuning gevraagd** om financiering toegankelijk te maken voor alle organisaties en ondernemingen uit de sector. Om dit te bewerkstelligen, komen uit dit onderzoek een aantal mogelijke pistes naar voren:

- Ten eerste kan ingezet worden op het verhogen van de kennis bij ondernemingen in de zorg- en welzijnssectoren en andere zorgactoren over de **bestaande financieringsinstrumenten en kanalen bij VLAIO**. Hier kan het aanpassen van bestaande terminologie en vakjargon helpen om de procedures beter begrijpbaar en toegankelijker te maken. Ook is er een verschil tussen de financieringsmogelijkheden van vzw's en ondernemingen.
- Daarnaast kan ook verder ingezet worden op **specifieke ondersteuningstrajecten** of **specifieke oproepen** gericht op innovatie in zorg- en welzijn. Belangrijk hierbij is dat de via deze weg gesteunde projecten voldoende inhaken op bestaande initiatieven, gebruik maken van de kennis aanwezig binnen het stakeholderlandschap en er ex-post wordt geëvalueerd of deze projecten de vooropgestelde doelstellingen behalen. Het meer diepgaand analyseren van de resultaten van de projecten uit de TETRA-oproepen Zorg en Gezondheid, en van de redenen waarom projecten vooropgestelde doelstellingen al dan niet halen, lijkt hier **een belangrijke eerste stap**.
- Bovendien dient erover gewaakt te worden dat **de maatschappelijke bijdrage** van projecten gericht op innovatie in zorg en welzijn voldoende **meegenomen** wordt bij het **beoordelen van projectaanvragen**. Typisch is er bij het beoordelen van innovatietrajecten primair aandacht voor elementen als technologische innovatie en jobcreatie. Bij innovatie in zorg en welzijn lijkt het aangewezen om ook andere criteria mee te nemen, zoals bv. betekenisvolle productiviteitswinst in de zorg in kader van arbeidsmarktcrapte<sup>9</sup>, en kan het aangewezen zijn om de **effecten op een**

<sup>9</sup> Een basisvoorwaarde blijft dat deze elementen tot op zekere hoogte kwantificeerbaar zijn.

**langere termijn** in beschouwing te nemen, aangezien de resultaten van dergelijke innovaties zich typisch op langere termijn situeren.

- Tot slot komt vanuit de studie de suggestie naar voren om te bekijken hoe er met de **financiering van systeeminnovatie en sociale innovatie** wordt omgegaan.

Op het vlak van innovatie-infrastructuur is het belangrijk dat er voldoende wordt ingezet op het bestendigen **van de beschikbare infrastructuur** zodat niet telkens nieuwe zaken moeten worden uitgevonden of opgericht- (cf. proeftuinen).

- Hier is er een belangrijke link met **financiering**, aangezien financiering vanuit de Vlaamse overheid vaak de drijvende kracht achter nieuwe innovatie-infrastructuur die opgericht wordt. Bestaande **proeftuinen** worden vaak op projectbasis opgericht en gefinancierd. De kennis en netwerken die worden opgebouwd, gaan vaak (deels) verloren wanneer het project afloopt. Bij het aflopen van de financiering voor bestaande proeftuinen, lijkt het aangewezen om in samenspraak met de proeftuin te evalueren of het nuttig is om de werking door te zetten en wat daarvoor nodig is (door zowel kosten als baten in kaart te brengen). Een belangrijk aandachtspunt hierbij is om er vanuit de overheid voldoende over te waken dat proeftuinen zich eveneens toespitsen op nieuwe zorgmodellen en systeeminnovatie.
- Daarnaast is er binnen Vlaanderen reeds **heel wat expertise en infrastructuur van hoog niveau aanwezig**, maar is de aanwezigheid en meerwaarde niet voldoende duidelijk, waardoor deze niet systematisch gebruikt wordt door alle stakeholders. Om hieraan tegemoet te komen, lijkt het opstellen en publiceren van een inventaris van de aanwezige infrastructuur wenselijk.

Tenslotte wordt aanbevolen om ook verder in te zetten op het verhogen van de innovatiecapaciteit op niveau van **organisaties**, waarbij de meerwaarde van innovatiemanagers duidelijk uit de studie naar voren komt. Hier wordt vastgesteld dat kleinere organisaties in zorg en welzijn vaak niet over dergelijke innovatiemanager beschikken, waardoor er te weinig menselijke capaciteit aanwezig is om voldoende tijd vrij te maken om zich toe te leggen op meer innovatief werken.

### 5.3 Het creëren van een systeem aanpak voor innovatie in zorg en welzijn die gedragen is door het brede ecosysteem

In de **nota aan de Vlaamse Regering**<sup>10</sup> betreffende het Impulsprogramma worden een aantal brede doelstellingen naar voren geschoven, met als finaal doel *“om binnen de tien jaar uit te groeien tot één van de meest performante health-tech ecosystemen in Europa”*. Deze **doelstelling** is **ambitieuw**, en vraagt om een gezamenlijke visie over waar Vlaanderen met innovatie in zorg en welzijn naartoe wil, gevolgd door een **actieplan (roadmap)** dat een brede groep stakeholders betreft, met voldoende aandacht voor zowel **coördinatie** en **samenwerking** om tot resultaten te komen.

Een aantal van de vaststellingen uit de evaluatie, zoals “de perceptie dat er vandaag reeds veel gebeurt maar vele innovatietrajecten vandaag niet ecosysteem breed ingebed worden” of “een gebrek aan overzicht wie waarmee bezig is rondom innovatie in zorg en welzijn”, ... illustreren dat **dergelijke gemeenschappelijke visie en gecoördineerd actieplan tot op heden nog onvoldoende bestaan of breed gekend zijn**. De deelnemers aan de evaluatie zijn bv. van mening dat er op dit moment te weinig meetbare lange termijn doelstellingen zijn rond innovatie in zorg en welzijn, en dat goede resultaten of werkwijzen te weinig worden gedeeld tussen organisaties die werken rond innovatie in zorg en welzijn.

---

<sup>10</sup> VR 2021 1806 VV DOC.0078/1BIS

Het **uitwerken van dergelijk gemeenschappelijk kader of gedeelde visie rondom innovatie in zorg en welzijn lijkt aangewezen**, met heldere en concrete doelstellingen, waarin de strategische lijnen voor de komende 5-10 jaar worden uitgezet (i.e. nood aan ‘**het planten van de vlag**’). Vanuit deze gedeelde visie kunnen dan vervolgens acties worden afgeleid om richting te geven aan innovatie in zorg en welzijn. Dergelijke visie zal ook toelaten dat **betrokken stakeholders** hun actieplannen en roadmaps op deze lange termijn visie en doelstellingen kunnen aligneren.

Belangrijk bij de opmaak deze gedeelde visie is een **goede wisselwerking** tussen de overheid en betrokken stakeholders om te komen tot een gedragen visie, en om vervolgens **in samenspraak met stakeholders** vanuit verschillende domeinen te identificeren aan welke (deel)acties ze kunnen bijdragen. De stuurgroep van het Impulsprogramma, kan hier een belangrijke rol spelen.

Voor het **weslagen** van een aantal lange termijn doelstellingen rondom innovatie in zorg en welzijn is het bovendien belangrijk dat er eveneens **voldoende acties worden ondernomen om marktabsorptie**, in het bijzonder in de Vlaamse zorgsector (in al zijn breedte) van technologie te stimuleren en te versnellen. Systematische opname van innovaties in de zorgsector, zal bovendien enkel vlot lopen als dit gecombineerd wordt met het **uitwerken van systeeminnovatieprojecten**, waardoor de zorgvestrekkers en financiers effectief de ‘tools’ in handen krijgen om de technologische innovaties te implementeren. Hier wordt volgens de stakeholders vandaag nog te weinig op ingezet.

Bovendien lijkt er nood aan een **partij die een coördinerende rol opneemt ten aanzien talrijke organisaties in zorg en welzijn, evenals ten aanzien van individuele zorgverstrekkers en zorgprofessionals** om innovatieactiviteiten te regisseren, en dit in twee richtingen (bv. het identificeren van noden vanuit zorgactoren, evenals het faciliteren van co-creatie van innovatieve oplossingen door zorgactoren). De invulling van de rol die initieel beoogd was voor **Flanders’ Care**, lijkt op basis van een aantal hierboven omschreven punten, nog steeds noodzakelijk met oog op de toekomst.

## 5.4 De nodige competenties ontwikkelen om in te zetten op innovaties bij alle actoren binnen het ecosysteem

Binnen deze studie wezen een aantal stakeholders op de nood om verder in te zetten op het verhogen van de **aanwezige skillset** en **competenties** binnen zorg- en welzijnsorganisaties en bij zorg- en welzijnsprofessionals om om te gaan met innovatie. Innovatie wordt niet steeds als **een kans** gezien binnen bepaalde zorg- en welzijnsorganisaties of -instellingen, of staat verder van de dagdagelijkse realiteit waarin bepaalde organisaties en individuen opereren. Op vlak van innovatie in zorg en welzijn is er bovendien geen tegenstelling tussen ‘innovatoren’ en ‘zorgactoren’, daar zorgactoren zelf over een belangrijke innovatiecapaciteit beschikken.

Om verder in te zetten op het ontwikkelen van competenties rondom innovatie bij zorgactoren en het verhogen van bewustwording, komen uit dit onderzoek een aantal mogelijke pistes naar voren<sup>11</sup>:

- Vanuit de Vlaamse overheid dient bekeken te worden hoe er sterker de focus gelegd kan worden op **competentieontwikkeling** en bewustwording rondom **innovatie in zorg** en welzijn **bij een bredere groep zorgactoren**, vnl. binnen kleinere organisaties in het domein van zorg- en welzijn. Mogelijke pistes hier zijn bv.
  - Het (gericht) **demonstreren** van de meerwaarde van een innovatie in zorg en welzijn (aan de hand van concrete praktijkcases uit Vlaanderen) aan een bredere doelgroep.

<sup>11</sup> Toegang tot financiering kwam reeds bij punt 5.2 aan bod.

Flanders' Care zou hier een rol in kunnen opnemen, maar ook initiatieven als **FTI** spelen hier een belangrijke rol om **innovatiepotentieel binnen zorg- en welzijn** te showcasen.

- **Verder investeren in opleiden van personeelsleden binnen zorg- en welzijnsorganisaties en zorgactoren** op vlak van innovatie. Hier zou bv. het bestaande aanbod hieromtrent binnen de kmo-portefeuille meer kenbaar gemaakt kunnen worden.

## 5.5 Samenwerking en kennisoverdracht doorheen het ecosysteem stimuleren

Het **belang van samenwerking** rondom innovatie in zorg en welzijn werd door alle stakeholders onderschreven binnen dit onderzoek. Grote maatschappelijke uitdagingen zoals die in zorg en welzijn (gaande van personeelstekorten tot lange wachtlijsten) vragen coördinatie binnen het ecosysteem, waarbij verschillende stakeholders elk een deel van de oplossingspuzzel kunnen leggen. Innovaties in zorg en welzijn bouwen idealiter op elkaar verder.

Sommige stakeholders halen aan dat er **momenteel veel verworven kennis uit pilootprojecten, testen of dergelijke verloren** gaat omdat deze onvoldoende verspreid wordt. Het sterker inzetten op het borgen van kennis uit pilootprojecten lijkt daarom aangewezen, nu verdwijnt deze vaak samen met de piloot of proeftuin. Daarom dient er binnen bestaande proeftuinen alvast nagedacht kunnen worden over een manier om kennis te borgen en breder te verspreiden.

Het **faciliteren van contacten tussen stakeholders en stimuleren van samenwerking tussen ondernemingen en andere stakeholders rondom innovatie** in zorg en welzijn is een taak die opgenomen wordt door de **Speerpuntcluster MEDVIA**. Uit de cijfers in hoofdstuk 3 blijkt bovendien dat MEDVIA hier nu reeds een duidelijke rol opneemt. Belangrijk hierbij is een focus op **kennisdeling en samenwerking overheen de ganse innovatieketen, en dus overheen de drie pijlers van het Impulsprogramma**, i.e. tussen de onderzoeksinstellingen, ondernemingen en zorg- en welzijnsorganisaties.

Uit de studie kwam naar voren dat vooral wat betreft de **samenwerking overheen de pijlers** nog winsten te rapen vallen, zeker aangezien voor **steeminnovaties** binnen zorg en welzijn (waarvan het belang door verschillende deelnemers aan deze studie wordt onderschreven) vaak ook samenwerking tussen tal van actoren nodig zal zijn om deze te verankeren. Ondanks dat er vandaag al een aantal nuttige waardevolle netwerkinitiatieven bestaan<sup>12</sup> lijkt er bijkomend nood aan **gerichte acties naar zorg- en welzijnsorganisaties** om hun contacten met grotere ondernemingen te verbeteren, aangezien dit momenteel als een belangrijk verbeterpunt werd aangestipt door de stakeholders. Zorg- en welzijnsorganisaties geven aan dat zij momenteel nog minder de **competenties of cultuur** bezitten om in te zetten op het **vormen van netwerken, het leggen van contacten met anderen of het bekend maken van de eigen ontwikkelingen** met betrekking tot innovatie. Belangrijk hierbij is dat er verder ingezet wordt op competentieontwikkeling bij **innovatiemanagers** en **innovatieteams** in zorg en welzijn, onder meer door **netwerken te vormen**, informatie uit te wisselen en meer samenwerking te realiseren, bv. door het organiseren van **interviews** en **contactmomenten** binnen de sector. Een belangrijke **kanttekening** hierbij dat niet elke organisatie vandaag de dag over een innovatiemanager beschikt.

---

<sup>12</sup> Onder meer "Inspire Health & Care" en de "VOKA Health Community", waar het bouwen van netwerken en het leggen van contacten voor samenwerking centraal staan.



## 5.6 Uitwerken van methodiek om innovatie in zorg en gezondheid structureel op te volgen, en uitgebreider te evalueren vanuit een brede systeembenadering

Op vlak van het **overkoepelend evalueren en opvolgen van innovatie in zorg en welzijn** vormt dit rapport een eerste opstap en toekomstige toetssteen om de komende jaren enerzijds een **aantal kerncijfers** rondom innovatie in zorg en welzijn op te volgen (cf. hoofdstuk 3) en anderzijds wordt een methodiek aangereikt om periodiek de **maturiteit van het ecosysteem** te evalueren aan de hand van input vanuit een bredere stakeholdersgroep (hoofdstuk 4).

Er wordt aanbevolen om dit evaluatiekader in de toekomst op volgende punten aan te vullen:

- Ten eerste wordt aanbevolen om bij een volgende uitvoering van het kwantitatieve luik van de evaluatie in samenspraak met een **aantal onderzoeksinstanties te bespreken** over hoe innovatie in zorg en gezondheid de komende jaren gaat opgevolgd worden. Op basis van de conclusies in hoofdstuk 3 wordt immers vastgesteld dat de huidige cijfers met zekere vertraging worden aangeleverd, en dat het bovendien niet makkelijk is om alle innovatoren systematisch in beeld te krijgen (zo worden vnl. grotere ondernemingen vandaag gecapteerd in de cijfers)
- Ten tweede kan het waardevol zijn om het evaluatiekader aan te vullen **met bijkomende methodieken** om meer specifieke en **concrete doelstellingen** van het Impulsprogramma te gaan evalueren (bv. de doelstelling om op vlak van de marktabsorptie in Vlaanderen ontwikkelde technologie sterker te laten opnemen in de verschillende gelaagdheden en onderdelen van de Vlaamse zorgsector d.m.v. een geïntensifieerde samenwerking tussen universitaire ziekenhuizen en Flanders' Care), **zodra men op vlak van deze meer specifieke en concrete doelstellingen d.m.v. tussenkomst van het Impulsprogramma ook effectief meetbare resultaten verwacht.**
- Ten derde wordt aanbevolen om bij het opmaken van de gemeenschappelijke visie en gecoördineerd actieplan omtrent innovatie in zorg en welzijn voor de komende 5-10 jaar (cf. aanbeveling 5.3, losstaand van het Impulsprogramma), concrete en meetbare doelstellingen voor Vlaanderen voorop te stellen op vlak van innovatie in zorg en welzijn, die vervolgens periodiek kunnen worden opgevolgd en geëvalueerd, om hier eventueel ook acties binnen het Impulsprogramma aan te koppelen.

Daarnaast kwamen uit het onderzoek ook de vraag naar voren om **specifieke innovatieprojecten** op een andere manier te gaan evalueren, hierbij wordt gedacht aan uitwerken van methodieken om (i) naast de **economische impact** van een innovatie ook de **maatschappelijke impact** die wordt gerealiseerd in kaart te brengen, (ii) naast het effect dat de innovatie realiseert als product, dienst of proces voor de eigen onderneming ook meer aandacht te besteden aan de **effecten op het bredere ecosysteem** en (iii) voldoende aandacht te hebben voor de gerealiseerde effecten **meer op lange termijn**. Deze parameters kunnen eveneens gekoppeld worden aan aanbeveling 5.2.

Tot slot wordt het belang van een **datagedreven aanpak rondom innovatie in zorg- en welzijn** benadrukt, een aspect waarvan het Impulsprogramma het belang erkend door de oprichting van een thematische werkgroep rond data. Stakeholders geven aan dat er vandaag al heel wat zaken worden geregistreerd rondom innovatie in zorg en welzijn en er door diverse actoren data wordt verzameld, maar dat **resultaten nog te weinig worden gerapporteerd** of teruggekoppeld binnen het ecosysteem, en dat **data te beperkt wordt gedeeld** zodat innovatoren vaak niet kunnen verder werken op elkaars data. Hier dient bekeken te worden op welke (**bestaande**) **kaders** kan worden gesteund. Daarnaast **ontbreekt het soms aan de competenties** om te bepalen welke data opgevolgd worden, op welke manier en met welke frequentie dit dient te gebeuren en hoe deze kunnen gebruikt worden om het ecosysteem in zijn globaliteit vooruit te stuwten.

## 6 Hoofdstuk 6: Bijlagen

### 6.1 Bijlage 1: Scirocco model

# Opvolging van innovatie in zorg en welzijn

## *Scirocco model*

### Instructies

Voor het invullen van de bevraging zijn volgende zaken belangrijk:

- De bevraging is opgebouwd rondom **12 dimensies** die peilen naar verschillende aspecten van maturiteit binnen het Vlaamse ecosysteem voor innovatie in gezondheid en zorg.
- De **omschrijving van de doelstellingen** en **aangehaalde voorbeelden** per dimensie zijn geformuleerd op een manier die tracht te bewerkstelligen dat elke stakeholder die deze bevraging invult zich een beeld kan vormen van wat er met elke dimensie bedoeld wordt.
- Bij het invullen dien je voor elk van de 12 dimensies **een score** te bepalen die voor jou het meest aansluit bij de realiteit, je kan hiervoor beroep doen op je **eigen ervaring** binnen jouw organisatie/onderneming/werkveld/....
- Bij elke score is het heel belangrijk om uit te leggen **waarom je die score gegeven hebt** en op welke ervaringen of bevindingen je je baseert. Welke goede voorbeelden kan je geven ter illustratie van je score? Welke belemmerende factoren zorgen voor bepaalde uitdagingen? Deze bijkomende **kwalitatieve input** is minstens even belangrijk als de score zelf.
- Zowel de score als de bijhorende uitleg dien je in te vullen in het **Excel bestand** dat ter beschikking wordt gesteld.
- Na het invullen van de bevraging, worden alle resultaten samengebracht tijdens een **rondetafelgesprek**.

### Achtergrond

Het klassieke beeld, waar **innovaties** uitsluitend worden ontwikkeld door onderzoeksinstituten en grote ondernemingen is vandaag niet langer de realiteit, denk maar aan zorgverleners die met innovatieve startups aan de slag gaan om apps te ontwikkelen of sociale ondernemingen die vanuit de behoeften van de patiënt medische hulpmiddelen ontwikkelen die uitgroeien tot frequent gebruikte dagdagelijkse hulpmiddelen.

Vandaag worden innovaties op diverse vlakken ontwikkeld, door zowel onderzoeksinstituten, (sociale) ondernemingen als zorg- en welzijnsorganisaties als vanuit **samenwerkingen** tussen deze actoren. Deze innovaties kunnen nieuwe producten (vb. nieuwe behandelingen of medische hulpmiddelen) of nieuwe toestellen (vb. voor diagnose) zijn, maar ook verbeterde processen vormen vandaag de dag een belangrijk innovatiedomein (vb. verbeterde processen door interdisciplinaire samenwerking, het delen en (her)gebruik van data, het vermijden van producten voor eenmalig gebruik, ...). Wanneer deze innovaties worden ontwikkeld op een **vraag-gedreven manier**, wordt er van bij het begin rekening gehouden met de noden en wensen van uiteindelijke gebruikers (zorgvragers en professionals). Zij worden actief betrokken bij het hele proces van onderzoek, ontwikkeling en in gebruik name van de innovatie.

In 2021 werd op initiatief van de Vlaamse Regering het **Impulsprogramma voor innovatie in Gezondheid en Zorg** opgericht om verder in te zetten op deze **noodzakelijke samenwerkingen** en **vraag-gedreven benadering**. Dit Impulsprogramma beoogt het stimuleren van onderzoek en innovatie voor en door het bredere zorg- en welzijnsdomein en tracht een meer gepersonaliseerde en preventieve aanpak van

gezondheid te realiseren. Om deze doelstellingen te bereiken is een gemeenschappelijke visie en een goede samenwerking noodzakelijk tussen academische partners, (sociale) ondernemingen en organisaties en professionals die zorg en ondersteuning aanbieden op het terrein.

Om de effecten van dit Impulsprogramma op te volgen en het eventueel bij te sturen om zo goed als mogelijk tegemoet te komen aan de noden van alle spelers binnen het ecosysteem, wordt deze bevraging georganiseerd. Via deze bevraging wil VLAIO input verzamelen vanuit het veld, om van u te horen wat goed gaat, maar ook wat volgens u in de toekomst beter kan.

Voor deze bevraging maken we gebruik van **een maturiteitsmodel gebaseerd op het Scirocco model voor vraaggedreven innovatie**<sup>13</sup>. Scirocco biedt een internationaal ontwikkeld referentiekader voor **discussie en reflectie** over innovatie in zorg en welzijn. Het biedt inzicht in de sterke punten en uitdagingen die spelers in het ecosysteem ondervinden en het helpt om informatie tussen alle betrokken partijen uit te wisselen en een open gesprek op gang te brengen.

Wanneer we in deze bevraging spreken over (gezondheids)zorg, dan bedoelen we daarmee zowel medische zorg als ondersteuning binnen de welzijnssector. Gebruikers van zorg kunnen zowel de zorgvrager en zijn/haar omgeving zijn (vb. familie, mantelzorger, burens...), als de professional die de zorg toedient. Wanneer we spreken over de stakeholders die hierin betrokken zijn, dan bedoelen we hiermee alle betrokken partijen; van onderzoekers, tot (sociale) ondernemingen en van zorg- en welzijnsprofessionals tot de zorgvrager en zijn/haar omgeving.



<sup>13</sup> <https://www.sciroccoexchange.com/maturity-model>

## 1) Vraag-gedreven benadering

### Doelstellingen:

Innovaties die ontwikkeld worden op een vraag-gedreven (of oplossingsgerichte) manier, maken gebruik van een proces dat rekening houdt met de noden en wensen van gebruikers (dit kunnen zowel zorgvragers als professionals zijn). Zij worden actief betrokken bij het hele proces van onderzoek tot ontwikkeling en in gebruik name van de innovatie en hebben mee de regie in handen. Er worden oplossingen ontwikkeld voor de uitdagingen die een bepaalde doelgroep ondervindt. Op deze manier worden ondoeltreffende, risicovolle en dure product- en dienstontwikkeling die niet aansluit bij de noden in de praktijk, voorkomen.

Naast het oplossen van huidige uitdagingen, is het ook belangrijk aandacht te hebben voor (mogelijke) uitdagingen in de toekomst. Binnen de gezondheidszorg wordt hierop ingezet door middel van primaire of secundaire preventie. Daarnaast is het ook belangrijk om te proberen voorspellen en anticiperen waar de uitdagingen in de toekomst zullen liggen, zodat er vandaag al kan worden gestart met het werken aan een oplossing.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Betrekken en bevragen van eindgebruikers om hun noden vandaag en in de toekomst beter te begrijpen en hierop in te spelen.
- Zorgvragers en hun omgeving helpen veranderen naar nieuwe, handigere zorgprocessen die aansluiten bij hun noden en voorkeuren, zoals de “warme installatie” om ouderen gebruik te laten maken van een tablet zodat ze ondersteuning op afstand kunnen ontvangen.

### Beoordelingsschaal:

- 0) Er wordt niet vertrokken van de noden en wensen van gebruikers bij het vormgeven of verbeteren van processen, toepassingen en diensten binnen zorg- en welzijn.
- 1) Men wil de noden en wensen van gebruikers vooropstellen bij het vormgeven of verbeteren van processen, toepassingen en diensten binnen zorg- en welzijn, maar men heeft hier nog niet de juiste methode voor gevonden.
- 2) De noden en wensen van gebruikers worden in bepaalde projecten of op experimentele basis bevestigd en deze informatie wordt gebruikt bij het vormgeven of verbeteren van processen, toepassingen en diensten binnen zorg- en welzijn.
- 3) Binnen bepaalde ziektedomeinen of toepassingsgebieden worden de noden en wensen van gebruikers onderzocht en gaat men oplossingsgericht aan de slag met deze info om processen, toepassingen en diensten binnen zorg- en welzijn te verbeteren.
- 4) De noden en wensen van gebruikers worden meestal bevestigd om te bepalen welke verbeteringen of innovaties nodig zijn en aan welke voorwaarden een oplossing moet voldoen.
- 5) Er wordt systematisch vertrokken van de noden en wensen van gebruikers bij het ontwikkelen of verbeteren van processen, toepassingen en diensten binnen zorg- en welzijn en men gaat oplossingsgericht aan de slag met deze info.

## 2) Betrokkenheid van gebruikers<sup>14</sup>

### Doelstellingen:

Zorg- en welzijnsdiensten staan onder toenemende druk om te reageren op de verschillende noden van gebruiker. Vaak kan beter worden ingespeeld op de werkelijke behoeften van zorgvragers en professionals. Er zijn aanwijzingen dat veel mensen bereid zouden zijn om mee de regie te nemen over hun eigen zorgproces als ze betrokken zouden worden bij het ontwerp en de implementatie van oplossingen (vb. behandeling en ondersteuning) en ze de kennis, de middelen en het vertrouwen hebben om actief deel te nemen aan dit proces. Dit noemen we ook wel "empowerment". Als gevolg daarvan zouden diensten en hulpmiddelen die ontwikkeld worden meer keuze en comfort bieden, en zelfmanagement aanmoedigen. Dit begint met actieve betrokkenheid van gebruikers bij het innovatie- en ontwikkelingsproces.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Potentiële (eind)gebruikers worden beschouwd als partners die de innovatie mee vorm geven waarbij noden, wensen en motieven van gebruikers worden onderzocht en deze info wordt gebruikt om een oplossing te ontwikkelen.
- Organisaties kunnen gebruik maken van praktische instrumenten en processen om gebruikers te betrekken in het innovatieproces, zoals een systematische bevraging van de doelgroep of het gebruik van panelonderzoek.
- (Toekomstige) gebruikers worden uitgenodigd om mee na te denken over hoe een succesvolle implementatie van een innovatie gewaarborgd kan worden (inclusief discussies over IP of bedrijfsmodellen).
- Het gebruik van richtlijnen en principes zoals de "8 principes voor *caring technology*"<sup>15</sup> over het gebruik van technologie om levenskwaliteit bij mensen te verbeteren.

### Beoordelingsschaal:

- 0) Betrokkenheid en empowerment van de gebruiker wordt niet beschouwd als onderdeel van innovatie in zorg en welzijn.
- 1) Betrokkenheid en empowerment van de gebruiker wordt gezien als een belangrijk onderdeel van innovatie in zorg en welzijn, maar doeltreffende programma's om betrokkenheid van burgers te ondersteunen zijn nog in ontwikkeling.
- 2) Betrokkenheid en empowerment van de gebruiker wordt gezien als een belangrijk onderdeel van innovatie in zorg en welzijn, en doeltreffende beleidsmaatregelen om betrokkenheid van burgers te faciliteren zijn beschikbaar.
- 3) Gebruikers krijgen de nodige informatie en worden geraadpleegd en betrokken bij innovatie in zorg en welzijn, maar niet op systematische wijze.
- 4) Er bestaan stimulansen en instrumenten om gebruikers te motiveren en te ondersteunen om actief deel te nemen aan besluitvorming en innovatieprocessen in zorg en welzijn te co-creëren.
- 5) Burgers nemen spontaan deel en worden systematisch betrokken bij de besluitvorming en co-creatie van innovatieprocessen in zorg en welzijn.

---

<sup>14</sup> Onder gebruikers kunnen zowel de zorgvrager en zijn/haar omgeving als professionals die zorg en ondersteuning bieden worden verstaan.

<sup>15</sup> Deze principes werden ontwikkeld door het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beschikbaar via *Caring technology - Where primary care matters* ([fondsdanieldeconinck.be](http://fondsdanieldeconinck.be))

### 3) Evaluatiemethoden

#### **Doelstellingen:**

Terwijl nieuwe vraag-gedreven diensten worden geïntroduceerd om innovatie in zorg en welzijn te ondersteunen, is er een duidelijke behoefte om ervoor te zorgen dat de veranderingen in aanpak het gewenste effect hebben op de kwaliteit, kosten, toegang tot zorg en gebruikerservaring. Dit ondersteunt het concept van en de noodzaak aan evidence-based evalueren en investeren, waarbij het effect van elke innovatie wordt geëvalueerd en bijgestuurd zo nodig. Belangrijk hierbij is om het volledige zorgproces te bekijken, en niet alleen een specifiek innovatietraject. Daarnaast is het ook belangrijk om vanuit alle betrokken perspectieven een evaluatie uit te voeren, van gebruiker tot de onderneming die de innovatieve oplossing aanbiedt. Innovaties dienen kosten-efficiënt en toepasbaar te zijn op grote schaal en niet alleen in een testomgeving.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Het verzamelen van basisgegevens (over kosten, kwaliteit, toegang etc.) voordat innovatieve diensten of toepassingen worden toegepast.
- Het systematisch meten van de impact van nieuwe diensten, toepassingen en trajecten op het volledige zorgsysteem met behulp van geschikte methoden (vb. observationele studies, incrementele verbetering, klinische studies, langetermijneffectstudies, benchmarking).
- Bewijs genereren dat leidt tot snellere evaluatie en zo mogelijk implementatie van innovatie.
- Evaluatieresultaten linken aan beleidsmaatregelen en financiering (vb. geen financiering van zaken die niet kosten-efficiënt zijn).

#### **Beoordelingsschaal:**

- 0) Er is geen evaluatie van innovatie in zorg en welzijn beschikbaar. Stakeholders zijn zich niet bewust van de potentiële voordelen van een systematische evaluatie.
- 1) Evaluatie van innovatie in zorg en welzijn staat gepland, maar wordt nog niet uitgevoerd als onderdeel van een systematische aanpak.
- 2) Evaluatie van innovatie in zorg en welzijn wordt reeds uitgevoerd, maar niet als onderdeel van een systematische aanpak.
- 3) Sommige initiatieven en diensten op het gebied van innovatie in zorg en welzijn worden geëvalueerd als onderdeel van een systematische aanpak.
- 4) De meeste innovatie-initiatieven in zorg en welzijn worden systematisch geëvalueerd binnen het bredere zorgsysteem. De resultaten hiervan worden bekend gemaakt.
- 5) Er bestaat een systematische aanpak voor evaluatie, als onderdeel van een duidelijke evaluatiecyclus, waarbij de resultaten voortdurend worden gebruikt om verdere verbeteringen aan te brengen.



## 4) Reikwijdte van de ambitie binnen het ecosysteem

### Doelstellingen:

Innovatie in zorg en welzijn kan op verschillende niveaus voorkomen. Een innovatie kan betrekking hebben op één bepaald aspect van de zorg (vb. opname in het ziekenhuis), of het kan verbinding maken tussen verschillende aspecten (vb. opname in het ziekenhuis met aandacht voor de overgang naar huis, waar de zorg moet worden verder gezet). Daarnaast kan een innovatie ook de link maken tussen de domeinen zorg en welzijn. Een ander voorbeeld is dat een innovatie enkel gericht kan zijn op de eindgebruiker, of ook rekening houdt met zijn/ haar omgeving en de professional die ondersteuning biedt. Een innovatie kan gericht zijn op een bepaalde periode (vb. kraamperiode) of deze kan toegepast worden (eventueel in aangepaste vorm) doorheen het volledige leven.

Hoe breder de ambitie bij het vormgeven van een innovatie, hoe talrijker en hoe meer divers de stakeholders die erbij betrokken moeten worden, maar ook hoe meer mensen het voordeel van de innovatie kunnen ondervinden na implementatie.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Innovatie wordt ondersteund op alle niveaus binnen de gezondheidszorg - op macro- (beleid, structuur), meso- (organisatorisch, professioneel) en microniveau (het niveau van een individuele zorgvrager en zijn/ haar omgeving).
- Innovatie vindt plaats binnen zorg en welzijn.
- Er is een samenwerking tussen gebruikers, professionals die zorg en ondersteuning bieden, onderzoeks- of onderwijsinstellingen, de overheid en (sociale) ondernemingen.

### Beoordelingsschaal:

- 0) Innovaties richten zich meestal slechts op één bepaald aspect van de zorg, er is geen brede benadering.
- 1) Innovaties richten zich op een aantal aspecten binnen (medische) zorg, de link met de ondersteuningssector of andere sectoren wordt nog niet gemaakt.
- 2) Binnen bepaalde ziektedomeinen of in bepaalde situaties worden verschillende diensten van zorg en welzijn in verbinding gebracht door innovaties.
- 3) Innovaties worden ontwikkeld en geïmplementeerd door een samenwerking van veel verschillende stakeholders met elk hun eigen expertise. Zorg en welzijn worden met elkaar in verbinding gebracht, en in bepaalde gevallen wordt ook de link met andere sectoren (vb. onderwijs) gelegd.
- 4) Innovatie wordt breed benaderd; alle actoren uit zorg, welzijn en eventueel andere relevante sectoren worden betrokken, inclusief de zorgvrager en zijn omgeving. Er wordt samengewerkt met onderzoeksinstituten en (andere) ondernemingen, en er wordt bekeken hoe innovaties ook breder uitgerold kunnen worden naar andere ziektedomeinen of andere levensfasen.
- 5) Innovatie wordt systematisch breed benaderd, overheen alle niveaus en beleidsdomeinen. Diverse stakeholders (waaronder de zorgvrager en zijn omgeving) worden betrokken en innovaties worden zo breed als mogelijk doorheen het ecosysteem toegepast.

## 5) Aanpak van innovatie

### **Doelstellingen:**

Veel van de beste ideeën op vlak van innovatie in zorg en welzijn ontstaan op de werkvloer, waarbij vertrokken wordt van de behoeften van de eindgebruiker en er zeer gericht naar een oplossing wordt gezocht. Het is belangrijk dat dergelijke innovaties worden geïdentificeerd en breder kunnen worden toegepast binnen het ecosysteem. Daarnaast zijn universiteiten en ondernemingen uit de privésector steeds meer bereid om mee te doen aan innovatie en innovatieve aanbestedingen om nieuwe technologieën te ontwikkelen, procesverbeteringen te testen en nieuwe diensten of producten te leveren die voldoen aan de behoeften van zorgvragers. De combinatie van expertise die uit verschillende invalshoeken kan worden aangebracht, kan heel waardevol zijn. Het is daarnaast ook waardevol om naar andere regio's en landen te kijken die met dezelfde uitdagingen te maken hebben, om van hun ervaringen te leren.

Om input vanuit al deze verschillende invalshoeken te kunnen capteren, is het belangrijk dat het innovatieproces actief wordt beheerd om de beste resultaten voor het gezondheidszorgsysteem op te pikken, te ontwikkelen en ervoor te zorgen dat goede ideeën worden aangemoedigd en beloond.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Een innovatie-atmosfeer stimuleren doorheen het ecosysteem, waarbij goede praktijken worden verzameld en verspreid en men kan leren van anderen, zowel binnen de eigen organisatie en gezondheidssysteem, als van andere organisaties en andere regio's om de blik (internationaal) te verruimen en veranderingen te versnellen.
- Het betrekken van zowel regionale zorg- en welzijnsinstanties, hogescholen en universiteiten, private ondernemingen en andere sectoren breder dan zorg en welzijn (vb. onderwijs) bij innovatieprocessen (dit is 'open innovatie').
- Gebruikmaken van innovatieve inkoopmethoden (precommerciële inkoop<sup>16</sup>, openbare aanbesteding van innovatie, publiek-private samenwerkingen, gedeelde risico's, resultaatgerichte financiering). Het is hierbij belangrijk dat deze inkoopmethoden afgestemd zijn op alle sectoren.
- Gebruikmaken van Europese projecten en partnerschappen (bijv. Horizon 2020, Europese Regionale Ontwikkelingsfondsen, Europese Sociale Investeringsfondsen en andere)

### **Beoordelingsschaal:**

- 0) Er is geen actieve aanpak van innovatie in zorg en welzijn aanwezig.
- 1) Innovatie in zorg en welzijn wordt aangemoedigd vanuit de overheid of door gerichte privé-initiatieven, maar er is geen globaal plan om dit te faciliteren.
- 2) Innovaties in zorg en welzijn worden geregistreerd en er zijn enkele mechanismen aanwezig om kennisoverdracht of een brede implementatie te stimuleren (bv. Europese projecten of samenwerkingen tussen organisaties).
- 3) Een procesmatige aanpak van innovatie wordt reeds gedeeltelijk uitgevoerd, zodat ook terreinorganisaties en kleine ondernemingen de kans hebben om innovaties te ontwikkelen. Hier zijn verschillende types organisaties en ondernemingen, en eventueel de overheid, bij betrokken.
- 4) Een procesmatige aanpak voor innovatie is aanwezig en wordt breed geïmplementeerd, zodat innovaties vanuit verschillende ondernemingen ontwikkeld kunnen worden. Goede praktijken worden actief verzameld en verspreid zodat ze zo breed als mogelijk kunnen worden ingezet.
- 5) Uitgebreide innovatie in zorg en welzijn komt vanuit alle hoeken in het ecosysteem tot stand en wordt gecombineerd met innovatieve inkoopmethoden. Goede praktijken worden systematisch gedeeld en verspreid zodat ze zo breed als mogelijk kunnen worden ingezet.

---

<sup>16</sup> Precommerciële inkoop is een aanbevolen manier om R&D-diensten in te kopen en de risico's (kosten) en de resultaten (opbrengst) te delen. Overheidsinstanties hoeven zo minder te betalen voor R&D-diensten, terwijl de onderneming voldoende rechten krijgt om de resultaten bij andere projecten te exploiteren.

## 6) Ontwikkeling van competenties

### Doelstellingen:

De ontwikkeling van competenties is het proces waarbij individuen en organisaties de vaardigheden en kennis die ze nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen, verkrijgen, verbeteren en behouden. Naarmate innovaties in zorg en welzijn worden geïmplementeerd, moeten professionals in zorg en welzijn nieuwe rollen aannemen of nieuwe vaardigheden ontwikkelen. Deze variëren van technologische expertise en projectmanagement, tot stapsgewijs verandermanagement voor specifieke praktijken. Dit houdt ook in om mensen te motiveren om betrokken te zijn bij innovatieprocessen en hen te leren creatieve oplossingen te zoeken en te experimenteren.

Innovatiesystemen moeten "lerende systemen" worden die voortdurend streven naar verbetering van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Ze moeten hun capaciteit opbouwen zodat ze zich beter kunnen aanpassen en veerkrachtiger worden. Terwijl de noden van gebruikers blijven veranderen, moeten vaardigheden, talent en ervaring optimaal behouden blijven. Dit betekent dat mensen betrokken en gemotiveerd moeten blijven, kennis vergaren en gebruiken om nieuwe innovaties te testen en te implementeren.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Het vergroten van vaardigheden en motivatie, een algemeen streven naar voortdurende verbetering.
- Een vaardighedenbasis opbouwen die de kloof kan overbruggen en ervoor zorgen dat de capaciteitsbehoeften worden begrepen en waar nodig worden aangepakt met innovatieve oplossingen
- Hulpmiddelen, processen en platforms bieden waarmee organisaties zichzelf kunnen beoordelen om hun eigen capaciteit op te bouwen om succesvolle veranderingen door te voeren.
- Een omgeving creëren waarin processen en gewoonten voortdurend worden geëvalueerd en verbeterd en men creatief aan de slag durft te gaan. Ideeën worden vlot gecommuniceerd aan beslissingsnemers binnen de organisatie, bijvoorbeeld door het gebruik van een "innovatie-manager".

### Beoordelingsschaal:

- 7) Er is geen besef van de nood aan het ontwikkelen van competenties die nodig zijn voor de realisatie van innovatie in zorg en welzijn.
- 8) Er is een bewustwording over het belang van (de ontwikkeling van) competenties die nodig zijn voor de realisatie van innovatie in zorg en welzijn.
- 9) Er ontstaan enkele initiatieven voor de ontwikkeling van competenties die bijdragen tot innovatie in zorg en welzijn maar er is nog geen systematische aanpak.
- 10) Er ontstaan samenwerkingen in de regio om competenties te ontwikkelen die bijdragen tot innovatie in zorg en welzijn. Er is ruimte om goede praktijken te delen en vaardigheden door te geven.
- 11) Competentieontwikkeling in het kader van innovatie in zorg en welzijn en het nodige verandermanagement hierbij is aanwezig, maar beperkt geïmplementeerd of gecoördineerd tussen verschillende organisaties/ stakeholders.
- 12) Systematische competentieontwikkeling in het kader van innovaties in zorg en welzijn is breed geïmplementeerd, kennis wordt gedeeld, vaardigheden van professionals worden onderhouden en verbeterd.

## 7) Open staan voor verandering

### Doelstellingen:

Om zorg en ondersteuning meer op maat van de zorgvrager te kunnen bieden, kunnen bestaande zorgsystemen<sup>17</sup> aangepast en verbeterd worden. Dergelijke aanpassingen, die soms een grote verandering kunnen betekenen voor de zorgvrager en betrokken professionals, kunnen vragen en weerstand oproepen. Een duidelijke visie en strategisch plan om innovaties te implementeren, kan helpen om de veranderingen stapsgewijs aan te gaan. Daarnaast kunnen duidelijke voorbeelden van innovaties of veranderingen helpen om de voordelen hiervan te zien. Deze veranderingen bevinden zich op diverse vlakken, zoals het creëren van nieuwe rollen, vaardigheden, en werkpraktijken, maar ook nieuwe systemen of infrastructuur (zoals "living labs"<sup>18</sup>) om informatie te delen, netwerken te vormen en samenwerking tussen verschillende partijen te ondersteunen. Open staan voor verandering en er de voordelen van begrijpen, is daarom het startpunt om innovatie in zorg en welzijn te realiseren.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Stakeholders<sup>19</sup> omarmen innovatie en verandering om aan de wijzigende noden van zorgvragers tegemoet te komen.
- Het creëren van een overtuigende toekomstvisie, die ruimte biedt aan creativiteit en experimenteren om echt met innovaties aan de slag te gaan.
- Het inschakelen van de steun van stakeholders, waaronder politieke leiders, management, zorgprofessionals, onderzoeksinstituten, (sociale) ondernemingen, het publiek en de pers. Deze steun kan zich uiten in aandacht voor een bepaalde uitdaging, maar ook in onderzoek of specifieke beleidsmaatregelen (vb. een verplichting om diverse partners te betrekken bij innovatie initiatieven).
- Het publiceren van een duidelijke beschrijving van de problemen, de keuzes die moeten worden gemaakt en de gewenste toekomstige staat van de innovatie systemen voor zorg en welzijn.

### Beoordelingsschalen:

- 0) De mensen rond mij (binnen of buiten mijn organisatie) staan niet of beperkt open voor verandering.
- 1) De mensen rond mij (binnen of buiten mijn organisatie) staan open voor verandering, ze zijn nieuwsgierig naar nieuwe ervaringen. Er is een algemeen enthousiasme, maar er is geen duidelijke visie of een strategisch plan om innovaties/veranderingen te realiseren.
- 2) Stakeholders (binnen of buiten mijn organisatie) gaan in dialoog over de aanwezige uitdagingen welke veranderingen er nodig zijn; een plan wordt opgesteld om bepaalde veranderingen te realiseren.
- 3) Een visie of strategisch plan zijn geïntegreerd in het beleid; er ontstaan leiders en ambassadeurs die hun enthousiasme delen en creatieve ideeën uitwerken en verspreiden.
- 4) Er is een bewustzijn en een zichtbaar engagement bij sommige stakeholders om te veranderen; initiatieven om verandering in te zetten gebeuren al binnen bepaalde organisaties/ teams of binnen een specifieke setting.
- 5) Er ontstaat een maatschappelijk draagvlak binnen het ecosysteem. Stakeholders uit verschillende hoeken zoeken proactief naar verandering en engageren zich systematisch.

---

<sup>17</sup> Het zorgsysteem of gezondheidssysteem is het geheel van structuren, organisatie en beleid (bv. terugbetaling) voor zorg- en welzijnsdiensten dat door de overheid beschikbaar wordt gesteld.

<sup>18</sup> Living labs zijn gebruikersgerichte, innovatie-ecosystemen op basis van een systematische co-creatie benadering, waarbij onderzoeks- en innovatieprocessen worden geïntegreerd in levensechte gemeenschappen en omgevingen

<sup>19</sup> Hieronder verstaan we alle betrokken partijen; van onderzoekers, tot ondernemingen en van zorg- en welzijnsprofessionals tot de zorgvrager en zijn/haar omgeving.

## 8) Structuren en bestuur

### Doelstellingen:

De brede reeks veranderingen die nodig is om vraag-gedreven innovatie in zorg en welzijn te realiseren, kan een grote uitdaging vormen. Er zijn meerjarenprogramma's nodig om deze veranderingen te implementeren, daarnaast ook financiering en communicatie, en tot slot de mogelijkheid om nieuwe werkmethoden in te voeren en (soms) op te leggen. Een degelijke structuur en bestuur binnen projecten, organisaties en de overheid kan hiervoor zorgen. Dit kan onder meer volgende zaken inhouden: het op één lijn brengen van de doelstellingen van verschillende partners die innovatie in zorg en welzijn beogen, mensen motiveren, nieuwe vaardigheden opbouwen en de bereidheid hebben om samen te werken en een gedeelde visie te ontwikkelen. Tot slot is ook het belang van goed bestuur, vrij van belangvermenging, een belangrijk aspect. Zo moet er bijvoorbeeld ruimte worden gecreëerd om gemaakte winst te herinvesteren in verbeteringen voor het personeel en de gebruikers.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Gedistribueerd<sup>20</sup> leiderschap met uitstekende communicatie van doelen, vooruitgang en successen.
- Mensen worden gemotiveerd en er worden middelen en tijd voorzien om na te denken over innovaties en hiermee aan de slag te gaan. Getrainde facilitators kunnen dit proces begeleiden.
- Succesvolle innovaties worden goed geïmplementeerd, met aangepaste financiering en aandacht voor (stapsgewijs) verandermanagement (vb. het aantonen van de meerwaarde van een innovatie voor alle betrokkenen).
- Competentiecentra en intermediaire organisaties worden opgezet om de uitrol van innovaties te ondersteunen.
- Een duidelijke innovatiestructuur wordt opgezet, zodat innovatieve diensten en benaderingen beter kunnen worden ontwikkeld, geselecteerd en aangeleverd (vb. proeftuinen of living labs).

### Beoordelingsschalen:

- 0) Het belang van een degelijke structuur en bestuur (binnen en buiten de eigen organisatie) om innovatie te ondersteunen wordt niet erkend.
- 1) Er is een erkenning van de noodzaak voor structurele en bestuurlijke maatregelen om de ontwikkeling en verspreiding van innovaties te ondersteunen.
- 2) Er worden werkgroepen opgericht of (in)formele samenwerkingen afgesloten om innovaties te ontwikkelen, implementeren en verspreiden. Er wordt aandacht gegeven aan goed bestuur en hoe dit te bereiken.
- 3) Structuur en goed bestuur zijn breed verankerd binnen bepaalde projecten en organisaties, er worden afspraken gemaakt over projecten en organisaties heen om innovaties te ontwikkelen en duurzaam te implementeren.
- 4) Samenwerkingsafspraken worden afgesloten tussen diverse stakeholders om innovaties te realiseren, er ontstaat een klimaat waarin creativiteit, kennisdeling en verandering wordt nagestreefd door alle betrokkenen.
- 5) Het veranderplan wordt uitgevoerd, financiering is structureel beschikbaar en er ontstaat een innovatie-ecosysteem, waarbij verschillende organisaties samen innovaties ontwikkelen, implementeren en verspreiden, zonder belangvermenging binnen of tussen organisaties.

---

<sup>20</sup> Gedistribueerd leiderschap is gebaseerd op gedeelde verantwoordelijkheden en besluitvorming door verschillende individuen of teams, in plaats van één leider of een kleine groep topmanagers. Samenwerken, het erkennen van elkaars expertise en het toewerken naar gedeelde doelstellingen staan hierbij centraal.

## 9) Innovatieinfrastructuur

### Doelstellingen:

Vraag-gedreven innovatie in zorg en welzijn vereist de betrokkenheid van diverse personen en ondernemingen die inzetten op innovatie (dit zijn innovatie-intermediairs), voortdurende samenwerking en het systematisch meten en opvolgen van resultaten. Hiervoor kan nieuwe infrastructuur ontwikkeld worden, of bestaande infrastructuur op een nieuwe of innovatieve manier gebruikt worden. Dit co-creatieve proces<sup>21</sup> kan vlot verlopen als er (voldoende) infrastructuur, tijd en middelen beschikbaar zijn, die eventueel gedeeld worden tussen verschillende partijen. Daarnaast vormt het een meerwaarde om de doelgroepen van de innovatie vanaf de start mee te betrekken en te vertrekken van de noden en behoeften van de doelgroep.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Het delen van digitale infrastructuur en standaarden (vb. FHIR<sup>22</sup>) zodat gegevensdeling en gebruik van digitale applicaties vlotter verloopt.
- Het hebben van essentiële infrastructuur (vb. Living Labs, proeftuinen, testomgevingen) om de betrokkenheid van gebruikers vroeg in het proces mogelijk te maken.
- Het bieden van voldoende manieren om een co-creatieve aanpak met gebruikers te ondersteunen (bijvoorbeeld workshops voor design-thinking, platformen om informatie uit te wisselen, ...) waarbij onderzoek en innovatieprocessen ten dienste staan van de praktijk.
- Samenwerkingen tussen ondernemingen en universiteiten of hogescholen om samen infrastructuur te ontwikkelen en te gebruiken, vb. innovatielabs.
- Het bestaan van mechanismen en processen om gegevensverzameling en gegevensanalyse binnen heel het ecosysteem mogelijk te maken; zodat men kan leren van elkaars onderzoek/experimenten, ontwikkelingsprocessen en manieren om innovaties te implementeren.

### Beoordelingsschaal:

- 0) Er is geen innovatie infrastructuur om innovaties in zorg en welzijn te ondersteunen.
- 1) Er zijn enkele innovatiefaciliteiten (vb. demonstratiesites), maar die zijn meer gericht op het geven van demo's en niet zozeer op interactie tussen diverse stakeholders.
- 2) Sommige (sociale) ondernemingen maken sporadisch gebruik van onderzoeksorganisaties en uitwisselingsplatformen voor de interactie met de innovatie-intermediairs, inclusief de eindgebruikers.
- 3) Innovatie-infrastructuur (zoals digitale standaarden, uitwisselingsplatformen, proeftuinen, Living Labs...) bestaat al, maar wordt door veel organisaties nog niet gebruikt.
- 4) De meeste (sociale) ondernemingen maken gebruik van de beschikbare innovatie infrastructuur voor het uitwisselen van gegevens en interactie met andere partijen en eindgebruikers.
- 5) Innovatie-infrastructuur kan gebruikt worden in het volledige ecosysteem. Gegevens worden uitgewisseld, verzameld en geanalyseerd om processen en innovaties op te volgen en verder te verbeteren.

---

<sup>21</sup> Een co-creatief proces is een manier van samenwerken tussen verschillende betrokkenen, bijvoorbeeld zorgvragers, onderzoekers en ontwikkelaars. De ideeën en inzichten van elkeen worden meegenomen, wat tot een beter resultaat leidt.

<sup>22</sup> FHIR staat voor "Fast Healthcare Interoperability Resources-standaard", deze bevat richtlijnen voor het uitwisselen van elektronische gezondheidszorggegevens

## 10) Financiering

### Doelstellingen:

Het succesvol implementeren en verspreiden van innovaties en het teweegbrengen van verandering in zorgsystemen vraagt aangepaste financiering op verschillende vlakken. Zowel een mate van operationele financiering om een verandering te realiseren als doorlopende financiële ondersteuning totdat de nieuwe diensten of producten volledig operationeel zijn.

Om ervoor te zorgen dat de initiële en doorlopende kosten kunnen worden gefinancierd, is het essentieel dat er gebruik gemaakt wordt van het volledige scala aan financieringsmechanismen: regionale/nationale begrotingen, 'stimuleringsfondsen', investeringsfondsen van de Europese Unie, publiek-private samenwerkingen (PPS) en risicodelingsmechanismen. Hierbij is het belangrijk dat ook sociale ondernemingen en not-for-profit organisaties in de zorg voldoende toegang hebben tot financiële ondersteuning voor het ontwikkelen en implementeren van innovaties.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Bestaande (regionale) begrotingen die ruimte bieden voor vraag-gedreven innovatie (bijvoorbeeld investeringen in technologie, budget voor training, vergoedingen voor eindgebruikers, vergoedingsmechanismen voor gezondheidsprofessionals, enz.).
- Het financieringskader vanuit de overheid is duidelijk, vlot beschikbaar en kent een continuïteit doorheen de jaren. Deze kan sector overschrijdend worden toegepast.
- Financiering richt zich zowel op het uitvinden/ontwikkelen (bijvoorbeeld basisonderzoek) als op het verspreiden van innovaties in zorg en welzijn (bijvoorbeeld toegepaste wetenschap, het aantonen van effecten, testomgevingen).
- Binnen organisaties worden tijd en middelen voorzien om te investeren in innovatie; dit kan het vormgeven van eigen creatieve oplossingen zijn, of het leren kennen van innovaties die elders ontwikkeld werden en die toegepast kunnen worden binnen de eigen werking. Er is transparantie over de beschikbare financiële middelen.
- Het ontwikkelen van nieuwe financieringsregelingen (bijvoorbeeld sociaal investeren, publiek-private samenwerkingen, sociale impact- of resultatenfondsen, enz.).

### Beoordelingsschaal:

- 0) Er is geen aanvullende financiering en er zijn geen ondersteuningsstructuren of financieringsbronnen beschikbaar om de overgang naar vraag-gedreven innovatie in zorg en welzijn te financieren.
- 1) Financiering is beschikbaar, maar voornamelijk op projectbasis voor proefprojecten en studies, de kennis over hoe gebruik gemaakt kan worden van deze middelen is beperkt.
- 2) Geconsolideerde innovatiefinanciering is beschikbaar via fondsen/beurzen voor individuele ondernemingen of organisaties en kleinschalige implementatie, maar de kennis hierover is niet bij alle stakeholders aanwezig.
- 3) Vlaamse (of Europese) financiering of publiek-private samenwerkingen en overheidssteun (onder de vorm van adviesverlening of innovatieagentschappen) voor innovatie in zorg en welzijn is beschikbaar, stakeholders maken hier sporadisch gebruik van.
- 4) Financiering en/of vergoedingsregelingen (terugbetaling) voor lopende activiteiten zijn beschikbaar en alle stakeholders weten op welke manier men hierop beroep kan doen.
- 5) Meerjarige budget- en/of vergoedingsregelingen zijn beschikbaar en worden gebruikt door alle stakeholders, om verdere innovatie in zorg en welzijn mogelijk te maken.



## 11) Proces coördinatie

### Doelstellingen:

Vraag-gedreven innovatie in zorg en welzijn bevat een complexe reeks processen die sterk met elkaar verbonden zijn om de gewenste resultaten te behalen (bijvoorbeeld onderzoek dat gevolgd wordt door ontwikkeling, testen en verbeteren van een product of werkmethode). De coördinatie van deze processen vereist nieuwe benaderingen en methodologieën om alle relevante partners te betrekken en de kwaliteit van innovaties te garanderen. Een gestructureerde en gedetailleerde planning kan gebruikt worden om de betrokkenheid van alle relevante partners te waarborgen, maar ook ruimte voor flexibiliteit is belangrijk. Proces coördinatie kan daarnaast ondersteund worden vanuit de overheid, door instrumenten ter beschikking te stellen en de samenwerking doorheen de keten van onderzoek tot implementatie te bevorderen.

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Het ontwikkelen van nieuwe processen en methodologieën die open, reproduceerbaar, gefinancierd en/of vergoed worden, die overeengekomen zijn door de stakeholders (bv. processen om onderzoek en ontwikkeling op elkaar af te stemmen, of processen om diverse initiatieven over hetzelfde onderwerp samen te brengen en informatie uit te wisselen...). In de Belgische context vraagt dit soms ook afstemming tussen de federale overheid en de deelstaten.
- Het invoeren van een kwaliteitsproces waarbij resultaten gemeten en processen opgevolgd worden, zodat succesvolle innovaties gemakkelijk te identificeren en breder te verspreiden zijn.
- Het stimuleren van processen en benaderingen up-to-date te houden doorheen de tijd.

### Beoordelingsschaal:

- 0) Er is geen formele autoriteit om nieuwe processen en benaderingen te initiëren ter bevordering van innovatie in zorg en welzijn en er is geen samenwerking of coördinatie tussen relevante actoren om dit samen te realiseren.
- 1) De stakeholders (binnen of buiten jouw organisatie) ontwikkelen enkele benaderingen en structuren, en ze erkennen de behoefte aan coördinatie, maar er zijn geen formele plannen om een gecoördineerd proces te ontwikkelen.
- 2) Er zijn enkele gecoördineerde innovatieprocessen aan de gang; er worden nieuwe manieren van samenwerking ontwikkeld en sommige initiatieven zijn formeel beschreven en getest, maar er is geen systematische aanpak gepland.
- 3) Nieuwe benaderingen en methodologieën voor samenwerking worden formeel overeengekomen door alle betrokken actoren. Vanuit de overheid of vanop het terrein ontstaat een systematische aanpak van vraag-gedreven innovatie in zorg en welzijn, waarbij processen gecoördineerd en opgevolgd worden.
- 4) De meeste diensten en processen voor innovatie in zorg en welzijn worden systematisch gecoördineerd aangepakt in heel het ecosysteem, stakeholders zetten proactief stappen om deze coördinatie te realiseren, over de grenzen van de eigen organisatie heen.
- 5) Er is een systematische aanpak, inclusief bestuur/opvolging, om gecoördineerde innovatieprocessen binnen het ecosysteem te bevorderen. De processen worden door de stakeholders opgeschaald, up-to-date gehouden en opnieuw ontworpen op basis van overeengekomen resultaten.

## 12) Obstakels aanpakken

### Doelstellingen:

Het realiseren van innovaties kent verschillende uitdagingen, waaronder juridische en regelgevende kwesties, vergoedingsregels, weerstand tegen verandering van individuen of beroepsorganisaties, belangenvermenging, subsidievoorwaarden, culturele barrières<sup>23</sup> en een gebrek aan vaardigheden en competenties. Deze obstakels moeten vroegtijdig worden erkend en gedeeld tussen beleidsdomeinen of de verschillende overheden, daarnaast moet er een plan worden ontwikkeld om ze aan te pakken, om hun impact te minimaliseren. Naast het identificeren van obstakels, is het ook belangrijk te bekijken waar deze ontstaan, bijvoorbeeld door onbedoelde neveneffecten van beleidsmaatregelen, of gerichte financiële subsidies die niet optimaal benut kunnen worden door beleidsrestricties uit een ander beleidsdomein. Manieren om obstakels gericht te identificeren en aan te pakken, kan bijvoorbeeld door overleg te plegen tussen diverse stakeholders zoals de overheid, werkgeversorganisaties en vakbonden,

Voorbeelden van maturiteit in deze dimensie zijn de volgende:

- Er is duidelijkheid op lange termijn over factoren die innovatie mogelijk kunnen vertragen zoals wetgeving over bedrijfsmodellen, informatiebeheer, gegevensdeling...
- Het gebruik van raadgevende comités zoals de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, die alle relevante stakeholders betreft en een adviesfunctie heeft ten aanzien van de Vlaamse Regering.
- Oprichting van nieuwe organisaties of samenwerkingsverbanden om sector overschrijdend werken te bevorderen ('open innovatie-ecosysteem').
- Er is de mogelijkheid om bepaalde richtlijnen vanuit de overheid in vraag te stellen en te updaten waar nodig (vb. minimale temperatuur in zorginstellingen dient niet gehandhaafd te worden in ruimten waar geen zorggebruikers komen)
- Aanpassingen in vergoedingen/tegemoetkoming om gedragsverandering en procesverandering te ondersteunen.
- Onderwijs en opleiding om het begrip van innovaties te vergroten en zo de verspreiding van oplossingen te versnellen.

### Beoordelingsschaal:

- 0) Er is geen bewustzijn van de effecten van de aanwezige obstakels op innovatie in zorg en welzijn.
- 1) Men is zich bewust van obstakels, maar er is geen systematische benadering om ze aan te pakken.
- 2) Er is een high-level strategie overeengekomen voor het aanpakken van obstakels die innovatie in zorg en welzijn kunnen belemmeren.
- 3) Er zijn manieren en processen beschikbaar om obstakels te identificeren en aan te pakken, soms nog op lokale schaal.
- 4) Processen voor het aanpakken van obstakels zijn ontwikkeld en worden algemeen gebruikt door diverse stakeholders.
- 5) Er is een hoog succespercentage van projecten, programma's en fora; waardoor er geen noemenswaardige obstakels meer zijn die een probleem vormen voor innovatie in zorg en welzijn.

---

<sup>23</sup> Deze culturele barrières kunnen betrekking hebben op verschillende vlakken; religieuze verschillen, politieke verschillen, verschillen in aanpak en gewoonten tussen regio's (vb. tussen de verschillende deelstaten in België.), ...