

Digitale (zorg)technologie in de Maatschappelijke GGZ

Een verkenning van gebruik en behoeften onder lidorganisaties van Valente, branchevereniging voor participatie, begeleiding en veilige opvang.



valente⁷

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

Mei 2025

In opdracht van: Vereniging Valente

Uitgevoerd door: Dr. Marieke Wissink en Ing. Elske van Herwijnen.
Lectoraat Technologie voor Gezondheidszorg, De Haagse Hogeschool.

Vormgeving: Beautiful Minds.

Met dank aan: KesslerPerspektief voor het vormen van de verbindende schakel tussen de Haagse Hogeschool en Valente.
De 'Kartrekkers': medewerkers van Valente-lidorganisaties die hebben meegedacht over de onderzoeksopzet en uitvoering.
Kerngroep van het Valente-basisnetwerk Maatschappelijke GGZ
Deelnemers aan het WLZ-kennisnetwerk van Valente.
Deelnemers aan de "E-lunch" van Valente.
Aart-Jan Dingemanse, senior beleidsadviseur bij Valente.
Fleur van Eeden, Coördinator Valente-basisnetwerk Maatschappelijke GGZ
Linda van den Brink, bestuurssecretaris Valente
Dr. Roos van der Vaart, senior onderzoeker Haagse Hogeschool.
Dr. Luc de Witte, lector Technologie voor Gezondheidszorg Haagse Hogeschool.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	5
2. Introductie	7
3. Werkwijze en respons	9
4. Het bestuurlijk perspectief: visie en strategie	11
5. Digitale (zorg)technologie in de praktijk	18
6. Discussie & Conclusie	31
 Bijlage I: Overzicht van toepassingen in de Maatschappelijke GGZ.	 33



1. Samenvatting

Digitale (zorg)technologie wordt steeds vaker gezien als een belangrijk middel om de kwaliteit, toegankelijkheid en duurzaamheid van de zorg te verbeteren. Binnen de maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg (MGGZ) is echter nog weinig bekend over hoe deze technologieën al worden ingezet en wat ze opleveren. Om hier meer inzicht in te krijgen heeft het Lectoraat Technologie voor Gezondheidszorg van De Haagse Hogeschool in opdracht van Valente – branchevereniging voor participatie, begeleiding en veilige opvang – een inventarisatie naar de stand van zaken en behoeften uitgevoerd onder een deel van haar leden.

Doel en aanpak

Het hoofddoel van de studie was in kaart te brengen in hoeverre digitale (zorg)technologie strategisch en organisatorisch is ingebed bij lidorganisaties van Valente die maatschappelijke GGZ bieden en welke ervaringen zij hebben met toepassingen in de praktijk.

Er zijn twee vragenlijsten uitgezet onder 62 leden: één onder bestuurders en één onder medewerkers die betrokken zijn bij implementaties of verkenning daarop. Daarnaast zijn de voorlopige resultaten besproken met medewerkers van Valente-lidorganisaties in vijf feedbacksessies.

Belangrijkste bevindingen

Reacties van 37 organisaties op de eerste vragenlijst en van 25 organisaties op de tweede zijn geanalyseerd. De meeste organisaties achten de inzet van digitale (zorg)technologie van groot belang, maar de mate waarin dit is uitgewerkt in beleid en praktijk verschilt sterk. Ongeveer een derde van de deelnemende organisaties heeft toepassingen geïmplementeerd of opgeschaald; de overige bevinden zich in een oriënterende of pilotfase.

Digitale (zorg)technologie wordt door bestuurders als waardevol gezien op drie manieren:

- Voor cliënten: het brengt hen potentieel meer regie, zelfstandigheid en kwaliteit van leven.
- Voor medewerkers: slimmere inzet van middelen wat naar verwachting leidt tot minder administratieve lasten en meer tijd voor cliënten.
- Voor organisaties: Het biedt kansen voor efficiëntere werkprocessen en toekomstbestendige zorg.

Tegelijkertijd ervaren organisaties diverse belemmeringen om tot een visie of strategie te komen of ambities te realiseren. Dit gaat met name over gebrek aan structurele financiering, zorgen over digitale vaardigheden van cliënten en medewerkers en weinig draagvlak, bijvoorbeeld uit vrees voor het verlies van menselijk contact. Daarnaast is het in veel gevallen onduidelijk en niet goed vindbaar welke toepassingen goed aansluiten bij de doelgroep en de zorgpraktijk van de maatschappelijke GGZ.

Gebruik in de praktijk

In totaal is met 38 toepassingen praktijkervaring opgedaan of wordt dit concreet voorbereid. Deze toepassingen richten zich vooral op het welzijn van cliënten (zoals slaaprobots en dagstructuur-apps), maar ook op ondersteuning van medewerkers en verbetering van communicatie. De schaal waarop deze technologieën worden ingezet varieert sterk. In de meeste gevallen betreft het nog pilots.

Hoewel sommige organisaties al ervaring hebben met evalueren, gebeurt dit nog niet overal systematisch. Evalueren richten zich meestal op tevredenheid, gebruiksgemak en ervaren effectiviteit.

Specifieke context van de maatschappelijke GGZ

Veel technologieën zijn ontwikkeld voor andere sectoren, zoals de ouderenzorg of de klinische GGZ. De maatschappelijke GGZ stelt echter andere of aanvullende eisen: begeleiding is vaak groepsgericht en herstelgericht, cliënten zijn soms moeilijk bereikbaar en vaak is sprake van co-morbiditeit en een grillig verloop van het herstelproces. Dit vraagt om maatwerk en flexibiliteit in de selectie en toepassing van digitale (zorg)technologie.

Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen worden de volgende stappen aanbevolen voor lidorganisaties van Valente, waar mogelijk met een coördinerende rol vanuit Valente:

- **Verricht meer en gezamenlijk onderzoek naar inzet en impact van digitale (zorg) technologie in de maatschappelijke GGZ.**
Uit deze eerste verkenning blijkt een behoefte aan meer toegepaste kennis over hoe technologie het beste kan worden ingezet en naar de impact ervan.
- **Ondersteun leden bij implementatie.**
Bied organisaties ondersteuning bij het implementeren van toepassingen, afgestemd op hun specifieke zorgcontext, bijvoorbeeld door het opstellen en delen van implementatiehandleidingen.
- **Vergroot zichtbaarheid en herkenning van de MGGZ.**
Zet erop in dat de maatschappelijke GGZ beter vindbaar is op landelijke kennisplatforms zoals Digizo.nu, of zich in de beschreven zorgcontexten herkent.
- **Faciliteer structurele samenwerking en kennisdeling.**
Stimuleer samenwerking en kennisdeling tussen lidorganisaties, bijvoorbeeld via een gedeeld online platform en/of leernetwerk.
- **Zet in op betere landelijke afstemming over structurele financiering.**
Werk samen om duidelijke afspraken met zorgkantoren en gemeenten te maken over structurele bekostiging.
- **Heb aandacht voor ethiek en AI.**
Verken gezamenlijk hoe AI gebruikt kan worden en ontwikkel gezamenlijk ethische kaders (voor AI en technologie in het algemeen).

2. Introductie

Digitale (zorg)technologie¹ krijgt een steeds prominentere plek in de zorg. In nationale zorgakkoorden² geldt de inzet ervan als essentieel om vergrijzing en krapte op de arbeidsmarkt aan te pakken. Bovendien biedt technologie kansen om zowel de kwaliteit van zorg als van leven van cliënten te verbeteren³. Ook binnen de maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg⁴ (MGGZ) is er steeds meer aandacht voor de inzet van technologie. Branchevereniging Valente ziet echter dat lidorganisaties hier zeer uiteenlopend mee omgaan: waar sommigen volop experimenteren of implementeren, lijkt het bij anderen (nog) geen grote rol te spelen. Van veel leden is niet in beeld in hoeverre zij al met digitale toepassingen werken en is er weinig zicht op gedeelde behoeften en kansen voor samenwerking. Om meer inzicht te krijgen in de adoptie in de MGGZ en vraagstukken die daarbij spelen, heeft Valente het lectoraat Technologie voor Gezondheidszorg van De Haagse Hogeschool gevraagd onderzoek te doen onder haar lidorganisaties die deze vorm van zorg aanbieden (zie kader).

De urgentie voor dit onderzoek wordt versterkt doordat gemeenten en zorgkantoren – de voornaamste inkopers van maatschappelijke GGZ – het gebruik van technologie actief stimuleren of zelfs verplicht stellen. Daarbij wordt vaak verwezen naar het online platform Digizo.nu⁵, dat voortkomt uit het Integraal Zorgakkoord. Op dit platform staan toepassingen beschreven voor de VVT, (klinische) GGZ, het sociaal domein en de huisartsenzorg. De maatschappelijke GGZ wordt hier niet als aparte sector benoemd. Dit roept de vraag op in hoeverre aanbieders van MGGZ zich herkennen in die andere sectoren, of dat er aanvullende of andere behoeften zijn bij de inzet van digitale (zorg)technologie in hun dagelijkse praktijk

Het onderzoek richt zich op twee samenhangende aspecten bij lidorganisaties van Valente die maatschappelijke GGZ bieden:

1. Strategische en organisatorische kaders

- Welke visie en strategie hanteren organisaties ten aanzien van (zorg)technologie?
- Hoe zien bestuurders mogelijke opbrengsten en welke uitdagingen zien zij?
- In hoeverre zijn deze kaders al uitgewerkt?

2. Toepassingen in de praktijk

- Met welke vormen van digitale technologie is binnen de MGGZ al ervaring opgedaan?
- Voor welke doelgroepen zijn deze toepassingen bedoeld, met welk doel en met welke resultaten en geleerde lessen?

1 Voor de leesbaarheid wordt er in dit rapport ook gesproken van alleen 'technologie'.

2 Zie bijvoorbeeld: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Integraal Zorgakkoord 2022–2027*. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-iza> en: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), 4 juli 2022, beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-1039086.pdf>

3 Zie bijvoorbeeld: M. van der Kuil, et al. (2023). *Zorgtechnologie en Innovatie. Monitor Woonvormen Dementie*. Trimbos Instituut.

4 Zie: [Dossier maatschappelijke ggz - Vereniging Valente](#)

5 Digizo.nu is een samenwerkingsplatform dat zich richt op het opschalen van digitale en hybride zorgprocessen die waarde toevoegen voor zorgverleners, cliënten en burgers. Het programma is opgericht door de partijen van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en wordt ondersteund door het Ministerie van VWS. Zie: www.digizo.nu

Wat is de maatschappelijke GGZ?

De term maatschappelijke GGZ wordt sinds 2024 door Valente gebruikt om wat voorheen de sector Beschermd Wonen en Begeleiding (BW&B) genoemd werd te duiden. Met deze term wordt gestreefd naar een duidelijke positionering van de zorgsector ten opzichte van andere zorgsectoren. Het omvat diverse vormen van begeleiding en/of woonzorg voor mensen met psychische en sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheden buiten een klinische setting. Mensen in de maatschappelijke GGZ worden begeleid bij het hervinden, behouden, en/of versterken van stabiliteit op allerlei levensdomeinen, afhankelijk van de zorgvraag. Te denken valt aan huisvesting, activiteiten van het dagelijks leven, werk, dagbesteding of dagritme, zingeving, sociaal netwerk, medicatiegebruik, zelfzorg en behandeling. Zorg is zoveel mogelijk op maat en herstelgericht. Diverse wettelijke kaders kunnen hieraan ten grondslag liggen: de Wet Langdurige Zorg, de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling en de Wet Forensische Zorg.

Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 3 licht toe hoe het onderzoek is uitgevoerd en wat de respons is geweest. Hoofdstukken 4 en 5 beschrijven de bevindingen, respectievelijk over de bestuurlijk-strategische visies op technologie en de concrete toepassingen in de praktijk. In hoofdstuk 6 worden de beperkingen van het onderzoek besproken evenals conclusies en aanbevelingen. De bijlage beschrijft aanvullende details over de genoemde toepassingen. Verspreid door de tekst worden citaten van respondenten gedeeld.

Digitale (Zorg)technologie: Een definitie

Er gaan vele benamingen rond over de inzet van digitale technologie in de zorg: eHealth; digitale toepassingen; zorgtechnologie; digitale zorg en hybride zorg. Vaak is dit gekoppeld aan het woord innovatie, zoals bij zorginnovatie en digitale innovatie. Van zorgtechnologie is sprake als de technologie is ontwikkeld voor de zorgpraktijk, zoals een automatische medicijndispenser. Maar technologie kan ook in de zorg ingezet worden, zonder dat deze daar speciaal voor is ontwikkeld. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van smartphones en tablets. Om deze reden staat 'zorg' tussen haakjes in dit rapport.

We beschouwen in dit rapport digitale (zorg)technologie die wordt toegepast in de zorgpraktijk (het "primaire proces"). Dit omvat technologische en/of digitale toepassingen die cliënten en medewerkers kunnen gebruiken ter ondersteuning van de zorg en hun dagelijkse activiteiten in het algemeen. Denk hierbij aan bepaalde software, apps, sensoren, camera's, tablets, robots en wearables.

3. Werkwijze en respons

Lidorganisaties van Valente zijn onderling verenigd in drie basisnetwerken: maatschappelijke GGZ, maatschappelijke opvang en het Landelijk Netwerk Vrouwenopvang. De netwerken worden ondersteund door beleidsadviseurs van Valente en bestuurd door een kerngroep die bestaat uit bestuurders van aangesloten zorgaanbieders. De opdracht voor dit onderzoek is verstrekt door de kerngroep van het basisnetwerk Maatschappelijke GGZ en uitgevoerd onder leden van dit basisnetwerk.

Onder lidorganisaties van Valente hebben enkele medewerkers zich informeel verenigd in een groep die zich de 'kartrekkers' noemt. Hun ambitie is onderlinge samenwerking en adoptie van digitale (zorg)technologie onder Valente-organisaties te stimuleren. Daarnaast staan circa 40 medewerkers met elkaar in contact via een Whatsappgroep om ervaringen met digitale (zorg) technologie uit te kunnen wisselen.

Onderzoekers van de Haagse Hogeschool hebben in samenwerking met de kartrekkers en de betrokken senior beleidsadviseur twee vragenlijsten opgesteld: één gericht aan bestuurders en gemandateerden en één gericht aan medewerkers die betrokken zijn bij de implementatie van technologie in de zorgpraktijk of voorbereidingen daarop, zoals projectleiders, beleidsmedewerkers en innovatiemanagers. De eerste vragenlijst gaat in op de visie en meerjarenstrategie ten aanzien van innovatie in het algemeen en digitale (zorg)technologie in het bijzonder. Deze lijst brengt in beeld in hoeverre aanbieders te maken hebben met verlichtingen van zorginkopers en met welke partijen samenwerking bestaat of wordt gewenst. Ook worden vragen gesteld om het ervaren belang en de urgentie te achterhalen en ideeën over kansen en belemmeringen rond innovatie te inventariseren.

De tweede vragenlijst inventariseert welke toepassingen er concreet worden ingezet en in welke fase de implementatie zich bevindt. Ook zijn er specifieke vragen voor organisaties die zich alleen nog oriënteren. Per benoemde toepassing is onder meer uitgevraagd voor welke doelgroep deze is ingezet, hoe besloten is over de inzet, hoe het is gefinancierd en of er bijzonderheden zijn ten aanzien van inzetbaarheid in de MGGZ.

Beide vragenlijsten bestaan uit een combinatie van open en meerkeuzevragen. Wanneer er sprake is van meerkeuzevragen, is er ook een veld om het antwoord toe te lichten. Ook is het mogelijk gemaakt documenten, zoals visiedocumenten en evaluaties, te uploaden. Reacties zijn door middel van thematische analyse geanalyseerd, waarbij gezocht is naar terugkerende patronen, thema's en betekenisvolle uitspraken die inzicht geven in de ervaringen, knelpunten en behoeften. Reacties zijn op organisatieniveau en op het niveau van toepassingen geclusterd en geanalyseerd.

Bestuurders en gemandateerden van 62 lidorganisaties van het basisnetwerk MGGZ ontvingen de eerste vragenlijst. Zij kregen het verzoek de tweede vragenlijst door te sturen naar relevante medewerkers binnen hun organisaties. Via de Whatsapp-groep met medewerkers van lidorganisaties die al betrokken zijn bij de inzet van (zorg)technologie, de vermoedelijke ontvangers van de tweede vragenlijst, is gevraagd hier intern de aandacht op te vestigen.

Respons

De eerste vragenlijst is ingevuld door 41 personen van 37 organisaties, waaronder bestuurders, bestuursadviseurs, directeuren en managers. De tweede vragenlijst is ingevuld door 30 personen namens 27 organisaties, voornamelijk project- of programmaleiders, beleidsadviseurs en managers. Antwoorden van meerdere respondenten uit één organisatie zijn samengevoegd tot één reactie per organisatie⁶.

Twee organisaties namen alleen deel aan de tweede vragenlijst. Twee andere organisaties zijn niet meegenomen in de analyse; in een geval waren geen vragen beantwoord na het verstrekken van basisgegevens en in een ander geval zijn alleen toepassingen in de maatschappelijke opvang beschreven waarmee het buiten de scope van deze inventarisatie valt. Uiteindelijk zijn de antwoorden van 25 organisaties over toepassingen in de praktijk en/of hun oriëntatie daarop geïnccludeerd.

Feedbacksessies

De eerste bevindingen zijn in diverse samenstellingen besproken met medewerkers van Valente en van lidorganisaties. Tijdens deze 'feedbacksessies' werd onder andere gevraagd om een eerste reactie op de bevindingen en de duiding die eraan gegeven wordt, welke opbrengsten zij het meest relevant vinden, en wat hen logische en wenselijke vervolgstappen lijken. Deze feedbacksessies zijn gehouden met:

- De 'kartrekkers'; een groep van ca. 8 medewerkers van diverse organisaties die samenkomen om ervaringen rondom zorgtechnologie uit te wisselen (2 keer).
- De stuurgroep van het basisnetwerk Maatschappelijke GGZ – bestaande uit enkele bestuurders van organisaties die dit netwerk vormen;
- Het kennisnetwerk WLZ binnen Valente, waar met name beleidsadviseurs kennis en ervaringen rondom de langdurige zorg uitwisselen;
- Medewerkers van lidorganisaties van Valente die geïnteresseerd zijn in eHealth en zorgtechnologie tijdens een lunchbijeenkomst, georganiseerd door de kartrekkers.

De input uit deze sessies is verwerkt in de accenten en discussiepunten die in dit rapport worden gepresenteerd.

6 In slechts twee gevallen was er sprake van een verschillende score van medewerkers op hoe hoog het belang van sturen op inzet van technologie werd gezien. In die gevallen is van de hoogste categorie uitgegaan. In de weergave van resultaten zijn de hoogste categorieën (groot of erg groot) samengevoegd, waardoor beide antwoorden evenredig zijn gewogen.

4. Het bestuurlijk perspectief: visie en strategie

Dit hoofdstuk presenteert het bestuurlijk perspectief op zorginnovatie en digitale technologie binnen de maatschappelijke zorg op basis van de reactie op de eerste vragenlijst en feedbacksessies. Het beschrijft in hoeverre organisaties een visie en strategie hebben ontwikkeld, welke opbrengsten en uitdagingen zij zien, welke samenwerkingen er zijn en worden gewenst en of het van toegevoegde waarde wordt geacht wanneer het inzichtelijker wordt welke toepassingen (ook) geschikt zijn voor de maatschappelijke GGZ.

4.1 Visie en strategische verankering

De meeste respondenten geven aan dat zorginnovatie, in algemene zin, onderdeel is van hun visie en/of strategische koers:

- Bij 11 organisaties is innovatie onderdeel van zowel de visie als de meerjarenstrategie;
- Bij 10 organisaties komt innovatie naar voren in één van deze documenten, meestal in de visie;
- 13 organisaties zijn nog bezig met het verkennen en vormgeven van hun visie op innovatie; het krijgt langzaamaan een plek;
- Slechts 3 organisaties geven aan dat innovatie nauwelijks terugkomt in hun beleidsstukken.

Regelmatig benoemde speerpunten in visies en meerjarenstrategieën:

1. Digitale zorg en blended care.
2. Zelfredzaamheid en eigen regie van cliënten bevorderen.
3. Technologie om medewerkers te ondersteunen.
4. Technologie om arbeid te besparen.
5. Digitale vaardigheden ontwikkelen.

“ Het is één van de belangrijke onderwerpen binnen onze strategische koers: hoe kunnen we door het inzetten van digitale, technologische en sociale innovaties de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam maken? ”

“ We zijn afgelopen jaar begonnen met zorgtechnologie en dat zal in het komende meerjarenbeleidsplan een prominente plek krijgen. ”

Van de bestuurders acht 75% het belang van sturen op de (verkenning van) de inzet van digitale (zorg)technologie groot of erg groot. De mate waarin digitale (zorg)technologie expliciet onderdeel uitmaakt van de visie op innovatie en de meerjarenstrategie loopt echter sterk uiteen. Sommige organisaties hebben een apart visiedocument opgesteld over het gebruik van digitale (zorg)technologie, of het opgenomen in een korte, algemene beschrijving. Een aantal organisaties heeft van digitale innovatie het speerpunt van de organisatiebrede visie en strategie gemaakt. Een aantal anderen geeft aan hier in de komende jaren naartoe te werken.

Veel organisaties bevinden zich nog in een verkennende fase, waarin het formuleren van een uitgebreide visie en strategie op digitale zorg(technologie) nog te vroeg is. Sommige bestuurders geven aan dat zij wel toepassingen hebben geprobeerd of geïmplementeerd, maar dit nog niet vanuit een concrete visie deden. Voor anderen geldt dat zij geen visie en strategie hebben ontwikkeld, omdat zij nog geen meerwaarde in zien in de beschikbare technologieën of ervaren dat deze niet leiden tot een significante verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening of tot een vermindering van de werkdruk. Ook zijn er organisaties die negatieve ervaringen hebben met digitale vormen van zorgcontact, bijvoorbeeld doordat deze tijdens de coronapandemie voor bepaalde cliëntgroepen niet effectief bleken. Daarnaast geven sommige organisaties aan dat medewerkers weinig behoefte of draagvlak voor zorginnovatie voelen.

**“ We hebben tot nu toe nog geen
zorgtechnologie ontdekt die of de kwaliteit
van onze dienstverlening significant kan
verbeteren of leidt tot substitutie van arbeid.
”**

Praktische en organisatorische uitdagingen, zoals beperkte financiële middelen, ureninzet en ontbrekende expertise, vormen een belemmering om enerzijds een visie en strategie op innovatie in brede zin en specifiek over digitale (zorg)technologie te ontwikkelen, maar ook om deze uit te voeren. De volgende paragraaf beschrijft eerst wat als mogelijke opbrengsten wordt gezien door bestuurders en gaat daarna in op deze uitdagingen.

4.2 Verwachte meerwaarde

De meeste bestuurders verwachten dat technologische toepassingen op verschillende manieren waarde toevoegen:

➤ Cliënten:

Voor cliënten kan technologie helpen om meer regie over het eigen leven te nemen en langer zelfstandig te blijven wonen. Dit zorgt voor een hogere kwaliteit van leven, meer comfort en meer persoonlijke aandacht.

➤ Medewerkers:

Voor medewerkers kan technologie betekenen dat zij minder tijd kwijt zijn aan routinematige en administratieve taken. Daardoor ontstaat meer ruimte voor persoonlijk contact met cliënten en maatwerk, wat ook het werkplezier kan vergroten en overbelasting kan verminderen.

Mogelijk grootste opbrengst van digitale (zorg)technologie?

“ Slimmere inzet van medewerkers (dus niet per se minder inzet!!) ”

➤ **Organisaties:**

Voor organisaties biedt innovatie kansen om de zorg betaalbaar en toekomstbestendig te houden. Technologische hulpmiddelen kunnen bijdragen aan een betere organisatie van het werk en het opvangen van het tekort aan personeel.

4.3 Uitdagingen

Hoewel bestuurders voornamelijk kansen zien in de inzet van digitale (zorg)technologie, ervaren zij ook belemmeringen bij het ontwikkelen van visie en strategie en vooral bij de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk. Deze uitdagingen zijn onder te verdelen in vier categorieën:

➤ **Organisatorische factoren**

Innovatie komt vaak moeilijk van de grond in een werkpraktijk die onder druk staat door personeelstekorten, volle roosters en andere urgente opgaven. Respondenten geven aan dat er vaak wel de wil is om te vernieuwen, maar dat tijd en capaciteit ontbreken om technologie zorgvuldig in te bedden in het werkproces. Ook ontbreekt het soms aan structuur of eigenaarschap binnen de organisatie om innovatie vast te houden.

➤ **Menselijke factoren**

Bij medewerkers is niet altijd vanzelfsprekend draagvlak voor technologische toepassingen. Sommigen maken zich zorgen over het verlies van persoonlijk contact met cliënten of voelen zich onzeker over hun digitale vaardigheden. Bestuurders benoemen dat het belangrijk is om medewerkers hierin goed te ondersteunen, en om ruimte te bieden om samen nieuwe werkwijzen te ontdekken. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat technologie pas echt wordt omarmd als het zichtbaar bijdraagt aan verlichting van het werk en dat blijkt niet altijd in de praktijk.

De grootste uitdaging om technologie te implementeren?

“ Onze visie waarbij we menselijk contact als voorwaarde zien van goede zorg ”

➤ **Technische aspecten**

Niet alle technologie is geschikt voor de doelgroep of sluit aan bij de zorgpraktijk. In de maatschappelijke GGZ is meer behoefte aan eenvoudige, betrouwbare toepassingen die passen bij de leefwereld van cliënten. Bestuurders geven aan dat bestaande technologie niet altijd passend is, of dat het ontbreekt aan kennis in en over de sector om goede keuzes te maken. Ook over privacy en gebruiksvriendelijkheid bestaan zorgen.

De grootste uitdaging om technologie te implementeren?

“ Het zoeken naar en vinden van bewezen effectieve technologie die relevant is en inzetbaar voor onze doelgroepen. ”

➤ **Financiële randvoorwaarden**

Tot slot noemen bestuurders het gebrek aan structurele financiering als belangrijke belemmering. Binnen het gemeentelijk domein is weinig ruimte om te investeren in innovatie, laat staan in beheer, doorontwikkeling en opschaling, geven sommige respondenten aan. Vooral kleinere organisaties voelen zich hierdoor beperkt. Daarbij wordt opgemerkt dat technologie te vaak als bezuinigingsmaatregel wordt gepresenteerd door financiers, terwijl de echte waarde ligt in het verbeteren van de zorg en dit mogelijk niet kostenbesparend werkt.

4.4. Organisatorische context

Meerdere organisaties hebben de verkenning of inzet van zorgtechnologie op een bepaalde manier verankerd in hun organisatiestructuur. Bij het overgrote deel is dit expliciet belegd in de portefeuilles van directeurs en/of beleidsmedewerkers. Soms is ook een speciale functionaris aangesteld, zoals een innovatiemanager of projectleider. In enkele gevallen zijn diverse vormen gecombineerd. Ook zijn zorgmedewerkers op diverse manieren betrokken, bijvoorbeeld door:

- de inzet van innovatieambassadeurs vanuit het primair proces;
- de oprichting van een stuurgroep met vertegenwoordiging vanuit de werkvloer;
- medewerkers in het primair proces ruimte te geven om zelf te experimenteren met de inzet van technologie.

Iets minder dan een kwart van de respondenten geeft aan dat de inzet van zorgtechnologie niet speciaal organisatorisch ingebed is. Soms zijn mensen wel projectmatig bezig met het thema, of gebeurt dit versnipperd in de organisatie en is er geen sprake van expliciete positionering. Enkele organisaties benoemen dat dit in de nieuwe strategie of jaarplannen alsnog zal worden opgenomen. In sommige gevallen is de financiële ruimte een belangrijke belemmering.

Over financiële ruimte om te innoveren:

“ de marges zijn zo beperkt dat er geen budget vrijgemaakt kan worden. ”

Wanneer er sprake is van een organisatorische inbedding, wordt dit in sommige gevallen gekoppeld aan een specifiek budget. Als opties hiervoor worden genoemd:

- een jaarlijks innovatiebudget;
- reservering van een percentage van de omzet (veelal tussen de 0,2% en 1,5%);
- inzet van subsidies, zoals IZA-gelden, de SET-subsidie of projectmatige financiering;
- begroting op projectniveau binnen de strategische of programmatische kaders.

4.4 Bestaande en gewenste samenwerkingen

Bestuurders geven aan dat samenwerking met andere organisaties een belangrijke voorwaarde is voor het succesvol implementeren en opschalen van digitale (zorg)technologie. In de praktijk zijn er al diverse vormen van samenwerking zichtbaar. Zo wordt er samengewerkt met andere GGZ-aanbieders, met zorgorganisaties uit andere domeinen (zoals VVT of gehandicaptenzorg), met gemeenten, zorgkantoren, hogescholen en kennisnetwerken. Ook worden bestaande netwerken zoals Valente en regionale samenwerkingsverbanden genoemd als platformen waar kennis wordt gedeeld en ervaringen worden uitgewisseld.

Welke gewenste samenwerkingen zijn er?

“ Met de ouderenzorg in combinatie met onze eigen ouder wordende doelgroep ”

De aard van de samenwerking varieert. Sommige organisaties werken samen in concrete projecten of pilots. Anderen noemen informele netwerken, zoals appgroepen of intervisiebijeenkomsten als een manier om samen te werken. Er klinkt een uitgesproken wens om samenwerking verder te versterken. Bestuurders noemen onder andere een behoefte aan:

- Het ontwikkelen van gezamenlijke implementatiestrategieën;
- Het bundelen van middelen en expertise als antwoord op kleine schaalgroottes;
- Inzetten op domeinoverstijgende samenwerking, bijvoorbeeld met het sociaal domein of het onderwijs.

Bestuurders zien Valente als een logische partij om verbindingen te leggen, goede voorbeelden te verzamelen en te verspreiden, en mogelijk ook een coördinerende rol te spelen in gezamenlijke initiatieven.

Welke gewenste samenwerkingen zijn er?

“ Samen (met Valente-organisaties) optrekken in implementatie, leergroepen. ”

4.5 Digitale (zorg)technologie in de MGGZ

Bestuurders is gevraagd in hoeverre zij het van toegevoegde waarde achten als expliciet inzichtelijk wordt gemaakt welke digitale toepassingen ook geschikt zijn voor de maatschappelijke GGZ (MGGZ), op platforms als Digizo.nu. Een ruime meerderheid van de respondenten geeft aan dat dit zeker wenselijk zou zijn. Een aantal bestuurders benadrukt dat de maatschappelijke GGZ specifieke kenmerken heeft die vragen om passende toepassingen. Het gaat vaak om begeleiding in plaats van behandeling, om cliënten met complexe of meervoudige problematiek, en om ondersteuning in het dagelijks leven, vaak in de wijk of in de thuissituatie. Digitale toepassingen die ontwikkeld zijn voor bijvoorbeeld de VVT of de reguliere GGZ sluiten daardoor volgens meerdere respondenten niet altijd goed aan.

Tegelijkertijd plaatsen sommige bestuurders en deelnemers aan de feedbacksessies kanttekeningen bij het idee om de MGGZ als aparte sector te onderscheiden binnen landelijke platforms zoals Digizo.nu. Uitgaan van ondersteuningsbehoeften en de indeling in zorgsectoren loslaten zou helpend zijn om het gewenste domeinoverstijgend denken en handelen te bevorderen. Diverse toepassingen die zijn beschreven voor andere zorgsectoren, zijn ook toepasbaar in de MGGZ wegens overlappende hulpvragen.

Er is over het algemeen wel consensus dat de implementatie anders is in de MGGZ en dat er sterke behoefte is aan implementatiehandleidingen en keuzehulpmiddelen voor de toepassing in deze specifieke sector. Respondenten geven ook aan dat het helpend zou zijn om intern en naar buiten toe te verduidelijken wat precies onder maatschappelijke GGZ wordt verstaan en hoe deze zich verhoudt tot andere zorgdomeinen. Ook hier wordt een coördinerende rol voor Valente gezien.

Zit er meerwaarde in het inzichtelijker maken van toepassingen voor de MGGZ, bijvoorbeeld op Digizo.nu?

“ Het is waarschijnlijk van toegevoegde waarde om explicieter te maken welke toepassingen geschikt zijn voor de maatschappelijke GGZ, gezien de unieke behoeften van deze sector. Dit zou innovatie kunnen stimuleren, de implementatie van passende technologieën kunnen versnellen. ”

Zit er meerwaarde in het inzichtelijker maken van toepassingen voor de MGGZ, bijvoorbeeld op Digizo.nu?

“ Moeilijk te beoordelen. Wellicht kan het onderwerp op een netwerkbijeenkomst geagendeerd worden. Lijkt me van grote toegevoegde waarde. ”

Verplichtingen ten aanzien van de inzet van zorgtechnologie

Voor aanbieders van maatschappelijke GGZ is zorgtechnologie in sommige gevallen geen vrijblijvende keuze, maar wordt dit verplicht door gemeenten en zorgkantoren. Vijf organisaties geven aan dat gemeenten eisen stellen op dit gebied. Veertien organisaties hebben (daarnaast) te maken met verplichtingen vanuit zorgkantoren. Bij Zilveren Kruis moeten zorgaanbieders bijvoorbeeld drie innovaties kiezen uit een vooraf vastgestelde lijst en deze binnen een gestelde termijn implementeren. VGZ koppelt innovatie aan het tarief: als een organisatie niet innoveert, wordt er op het tarief gekort. Bij Menzis kunnen aanbieders juist een opslag krijgen als ze aantoonbaar inzetten op innovatie.

Vier organisaties geven aan dat de inzet van zorgtechnologie bij hen geen verplichting is en ook geen onderwerp van gesprek met de gemeente of het zorgkantoor. Zeventien andere organisaties geven aan dat er weliswaar geen formele verplichtingen zijn, maar dat innovatie en technologie wél regelmatig onderwerp van gesprek zijn met financiers.

Uit de feedbacksessies blijkt dat er wisselend wordt gedacht over deze contractuele verplichting: Het risico van een zogeheten "technology push" is dat zorgaanbieders toepassingen gaan implementeren om aan een contractuele verplichting te voldoen. De vraag is of de implementatie dan daadwerkelijk zinvol is. Aan de andere kant zorgt het ervoor dat zorgaanbieders zich erin verdiepen en tot gaan verhouden. De financiële ruimte wordt over het algemeen als zeer beperkt ervaren. Ook is er sprake van variatie in de manier waarop zorgkantoren omgaan met de verplichting. Waar sommige zorgkantoren strikt vasthouden aan de lijst op Digizo.nu, geven anderen meer ruimte voor alternatieve vormen van innovatie — die niet altijd technologisch van aard hoeven te zijn — zolang deze bijdragen aan vernieuwing in de zorg.

5. Digitale (zorg)technologie in de praktijk

De tweede vragenlijst heeft als doel om ervaringen, geleerde lessen, vragen en plannen in kaart te brengen met betrekking tot toepassingen die in de praktijk worden ingezet, of waarop men zich oriënteert. Dit hoofdstuk beschrijft de typen toepassingen en bevindingen.

5.1. Status van adoptie

Van de 25 organisaties die de tweede vragenlijst invulden, gaven acht aan dat zij zich nog uitsluitend oriënteren op het gebruik van digitale (zorg)technologie. Vier organisaties zijn actief bezig met pilots, treffen voorbereiding voor pilots of voor directe implementatie. 13 organisaties hebben één of meerdere digitale toepassingen al geïmplementeerd en/of opgeschaald, en zijn daarnaast soms nog bezig met nieuwe pilots.

In totaal zijn 50 verschillende namen van toepassingen benoemd in de vragenlijst. Op vijf hiervan wordt nog zeer globaal georiënteerd en zijn er nog geen plannen voor een pilot of implementatie. In twee gevallen valt de toepassing buiten de definitie van (zorg)technologie en in nog eens twee gevallen zijn wel namen benoemd maar is geen informatie verschaft. Drie andere toepassingen waren beschreven voor een andere doelgroep en daarom niet geïncludeerd. Van 38 toepassingen kunnen we vaststellen dat concrete praktijkervaring is opgedaan of dat dit concreet wordt voorbereid. Enkele van deze toepassingen kennen een vergelijkbare functionaliteit. Bijlage I presenteert een overzicht van deze 38 toepassingen.

Aantal ingezette toepassingen per organisatie.

Het aantal toepassingen dat binnen één organisatie wordt toegepast, varieert: de meeste organisaties gaven aan 1 tot 2 toepassingen te gebruiken, terwijl enkele organisaties er daarbovenuit staken. RIBW Nijmegen & Rivierenland vormt een uitschieter met het gebruik van 21 toepassingen, waarvan 16 alleen door hen zijn gerapporteerd. Andere organisaties die veel toepassingen rapporteerden zijn Leger des Heils (6 toepassingen), de Tussenvoorziening en Cosis (4 toepassingen), HVO Querido, RIBW Brabant en Eleos (3 toepassingen).

Innovatie bij RIBW Nijmegen & Rivierenland – Een werkbezoek.

Op 28 maart 2025 bezochten medewerkers KesslerPerspektief RIBW Nijmegen & Rivierenland om inspiratie op te doen over digitale zorgtechnologie. Deze organisatie loopt voorop in innovatie, met meer dan 20 toepassingen in gebruik.

Bij RIBW Nijmegen & Rivierenland is innovatie structureel ingebed in de organisatie. Er is een innovatieteam en medewerkers krijgen ruimte om technologie uit te proberen en toe te passen in de praktijk. Er is bewust aandacht voor de rol van technologie in het verbeteren van het welzijn van cliënten, met hulpmiddelen die onder anderen gericht zijn op rust, structuur en stemming.

Het introduceren van technologie gebeurt hier stapsgewijs en laagdrempelig, bijvoorbeeld via 'pop-up labs' waar medewerkers en cliënten zonder verplichtingen nieuwe toepassingen kunnen uitproberen. Verder heeft elk team een jaarlijks innovatiebudget van €500 om zelfstandig hulpmiddelen aan te schaffen. Daarnaast helpt de door hen ontwikkelde 'Kieswijzer Slimme Hulpmiddelen' cliënten bij het vinden van technologieën die passen bij hun behoeften.



Het bezoek maakte duidelijk dat digitale (zorg)technologie bij deze organisatie niet per se werk bespaart, maar wel taken anders organiseert. Ook kan het cliënten helpen meer grip op hun leven te krijgen en meer betrokken te zijn, en medewerkers ondersteunen in hun werk, waardoor er meer tijd overblijft voor persoonlijk contact en begeleiding.

Daarnaast benadrukt Rik van Tiem, projectleider eHealth binnen de organisatie, dat een toepassing niet per se geavanceerd of 'fancy' hoeft te zijn, zolang het maar doet wat het moet doen. Zo verkozen zij bewust voor de eenvoudige en betaalbare medicijn dispenser Dosell over de geavanceerdere, maar duurdere Medido. "Goed ontwerp is onzichtbaar," vindt Rik. Het gaat niet om de technologie op zich, maar om de mate waarin het naadloos aansluit op de behoefte in de praktijk.

De organisatie is een koploper in digitale zorginnovatie en hun openheid om ervaringen te delen maakt hen een inspirerend voorbeeld voor andere organisaties.

5.2 Oriëntatie

Van de acht organisaties die zich alleen nog oriënteren op het gebruik van digitale (zorg) technologie, verschilt de aanpak sterk. Sommigen staan nog aan het begin en hebben weinig ervaring, terwijl anderen al actief informatie verzamelen, overleggen met ketenpartners of ontwikkelingen volgen. De meeste organisaties die zich oriënteren werken nog niet op basis van een duidelijke visie of strategie. Eén organisatie koppelt haar oriëntatie wel aan een bredere visie om open en transparante zorg aan te bieden. De activiteiten zijn vaak afhankelijk van de inzet van individuele medewerkers.

De overgang naar daadwerkelijke inzet wordt bemoeilijkt door uitdagingen zoals beperkte digitale vaardigheden van cliënten en medewerkers en gebrek aan tijd en financiële middelen. Ook is onduidelijk welke toepassingen geschikt zijn voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld voor cliënten waarbij verslavingsproblematiek speelt.

Welke vragen en/of uitdagingen kom je tegen tijdens deze oriëntatiefase?

“Te weinig tijd, te weinig focus en stagnerende implementatie i.v.m. werkdruk op de werkvloer.”

Het wordt enkele keren genoemd dat er meer sturing en beleid gewenst is om van de fase van oriëntatie naar implementatie te gaan. Respondenten geven aan dat Valente hierbij zou kunnen ondersteunen door het organiseren en faciliteren van informatiesessies.

Over gewenste samenwerkingen binnen Valente:

“Opstartkosten zijn relatief onbetaalbaar, kan Valente partijen bijeenbrengen om handen ineen te slaan en kosten daarmee te beperken?”

5.3 Doelgroepen

De gerapporteerde toepassingen worden ingezet voor verschillende doelgroepen binnen de MGGZ: cliënten met een WLZ-, WMO- of IFZO-indicatie. Vaak zijn toepassingen niet gebonden aan één specifieke indicatie.

Sommige toepassingen worden organisatiebreed gebruikt, waarbij alle cliënten er gebruik van kunnen maken, ongeacht hun indicatie. Bij andere organisaties is de doelgroep juist specifieker, bijvoorbeeld cliënten in een bepaalde woonvorm, mensen met een specifieke zorgvraag zoals problemen met dagstructuur, of cliënten die meer eigen regie willen.

Niet alle toepassingen richten zich alleen op cliënten. Medewerkers worden ook vaak genoemd als doelgroep, bijvoorbeeld als gebruikers van platforms, begeleiders die digitale tools inzetten, of mensen die inzicht krijgen in hun werkdruk of daglichtblootstelling. Soms zijn ook wettelijk vertegenwoordigers, leidinggevendenden of naasten betrokken, bijvoorbeeld bij het helpen met interpretatie of monitoring van de technologie.

Maken medewerkers ook voor zichzelf gebruik van de toepassing?

“ Medewerkers gebruiken de Buur-Oh-Lamp binnen teamoverleggen. ”

5.4 Toepassingen in de praktijk

De 38 geïnventariseerde toepassingen laten een breed scala aan technologische innovaties zien. Veruit de meeste (27) zijn primair gericht op het verbeteren van het welzijn van cliënten. Daarnaast ondersteunen zes toepassingen met name medewerkers, en richten nog eens vijf zich op het verbeteren van de communicatie over en tijdens het zorgproces. We hebben de toepassingen ingedeeld in drie categorieën op basis van deze hoofddoelen. Deze indeling is niet strikt: veel toepassingen dienen meerdere doelen tegelijk. De toewijzing aan een categorie is gebaseerd op het hoofddoel zoals door de respondenten zelf aangegeven.

Toepassingen gericht op vergroten welzijn cliënten

Het overgrote deel van de ingezette innovaties richt zich op het vergroten van het welzijn van cliënten. Binnen deze categorie zijn meerdere subdoelstellingen te onderscheiden:

➤ Verbeteren van stemming en ontspanning

Verskillende technologieën worden ingezet om het emotioneel welzijn van cliënten te ondersteunen, zoals de Somnox slaaprobot, robotdieren en VR-brillen met ontspanningsmodules.

➤ Vergroten van zelfredzaamheid

Binnen deze subcategorie zijn de volgende toepassingen te onderscheiden:

- *Verbeteren van dagstructuur*, bijvoorbeeld met behulp van Tessa, een sociale robot die herinneringen en dagritme-ondersteuning biedt.
- *Ondersteunen van behandeling*, bijvoorbeeld via Minddistrict, een app waarin cliënten behandelmodules kunnen volgen.
- *Toedienen van medicatie*, bijvoorbeeld met Medido, een geautomatiseerde medicijndispenser.
- *Bevorderen van veilig functioneren*, bijvoorbeeld met een horloge dat valdetectie biedt.

Toepassingen gericht op ondersteunen medewerkers

Een ander deel van de toepassingen richt zich op het ondersteunen van medewerkers in hun dagelijkse werkzaamheden. Ook binnen deze categorie zijn verschillende functies te onderscheiden:

> Spraakgestuurd rapporteren

Toepassingen die het mogelijk maken om verslagen in te spreken in plaats van handmatig te typen, zoals App Anne.

> Medicatie of documenten aftekenen/overzicht

Digitale oplossingen die ondersteuning bieden bij het voorschrijven, registreren en controleren van medicatie, zoals nCare.

Toepassingen gericht op digitale communicatie

> Digitale Informatieborden

Digitale oplossingen die informatie visueel en interactief aanbieden, zoals MijnEigenPlan.

> Telefoon of tablet

Gebruiksvriendelijke apparaten die communicatie vergemakkelijken, zoals de Compaan-tablet.

> Zorg op afstand

Begeleiding via beeldbellen als aanvulling op fysieke zorg, zoals Digicontact.

De schaal waarop toepassingen worden ingezet varieert sterk en hangt vaak samen met het type technologie. Volgens de organisaties worden meer persoonsgerichte toepassingen, zoals de Somnox, Medido of Tessa, ingezet bij circa 10 tot 50 personen. Breder toepasbare toepassingen, zoals apps en online platforms, bereiken bij sommige organisaties tussen de 500 en 2000 gebruikers.

In de bijlage van dit rapport is een compleet overzicht opgenomen van alle innovaties, inclusief het doel, de organisaties die ermee werken, de doelgroep en eventuele bijzonderheden.

5.5 Opbrengsten en uitdagingen met de toepassingen.

Uit de antwoorden blijkt dat de toepassing van digitale (zorg)technologie binnen de maatschappelijke GGZ verschillende positieve effecten laat zien op cliënt-, medewerker- en organisatieniveau⁷. De antwoorden zijn niet altijd gebaseerd op evaluaties die zijn uitgevoerd, maar ook op basis van indrukken en verwachtingen.

7 Deze bevindingen overlappen deels met de opbrengsten en uitdagingen zoals aangegeven door bestuurders die zijn beschreven in hoofdstuk 4. Waar visies en ideeën niet altijd direct voortkomen uit de eigen zorgpraktijk, gaan de bevindingen in dit hoofdstuk over concrete praktijkervaringen.

Voor cliënten:

Technologie kan bijdragen aan het vergroten van de autonomie van cliënten. Door middel van bijvoorbeeld medicatiedispensers, communicatiemiddelen of apps gericht op dagstructuur kunnen cliënten zelfstandiger functioneren in hun dagelijkse leven. Daarnaast benoemen respondenten dat de toepassingen niet alleen het gevoel van eigen regie voor hun cliënten vergroten, maar ook bijdragen aan een verbeterde stemming en meer ontspanning. Een voorbeeld hiervan is de evaluatie van de daglichtbril AYOLite, waaruit blijkt dat de bril kan helpen bij het sneller in slaap vallen, het hebben van meer energie en een verbeterde stemming. De verbeterde slaapkwaliteit draagt eraan bij dat zij de dag makkelijker kunnen opstarten.

Voor medewerkers:

Voor medewerkers wordt verwacht dat door de inzet van technologie de werkdruk afneemt. Door cliënten meer eigen regie te geven hoeven medewerkers minder tijd te besteden aan routinematige ondersteuning. Dit creëert ruimte om aandacht te geven aan complexere of meer persoonlijke zorgvragen. Een evaluatie van RIBW Brabant naar de inzet van de Medido laat zien dat de medicatiedispenser in 2023 2 FTE personele inzet en 3274 begeleidingsuren heeft bespaard.

Voor organisaties:

Organisaties kunnen profiteren van een efficiëntere inzet van personeel, waardoor de continuïteit van zorg beter geborgd kan worden, ook bij personeelskrapte. Ook kan technologie bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld doordat processen transparanter en meer datagestuurd worden. Hierin wordt onder andere meerwaarde gezien door de inzet van Digicontact. Dit wordt ervaren als een effectieve oplossing en als een toevoeging aan het zorgaanbod, vooral bij schaarste in deskundige inzet in de nacht.

Tegenover deze opbrengsten staan ook enkele belangrijke uitdagingen die de implementatie en opschaling van digitale (zorg)technologie bemoeilijken:

Vertrouwdheid en draagvlak creëren:

Respondenten benoemen dat soms in eerste instantie toepassingen onzekerheid of weerstand oproepen, zowel bij medewerkers als cliënten. Medewerkers moeten leren omgaan met nieuwe werkwijzen en cliënten moeten vertrouwen krijgen in de werking en meerwaarde van de technologie. Dit proces kost tijd en vraagt om begeleiding, training en aandacht. Het eHealthplatform Minddistrict roept uiteenlopende reacties op: hoewel sommige medewerkers enthousiast zijn, twijfelen sommigen of de cliënt of zijzelf het wel aankunnen.

Kleine schaalgrootte:

Veel initiatieven worden binnen kleine locaties of specifieke cliëntgroepen uitgetest. Hierdoor kunnen de kosten per cliënt relatief hoog blijven en is het lastig om technologieën breder uit te rollen zonder verlies van effectiviteit of betaalbaarheid. Zorgaanbieders geven aan dat zij regelmatig tegen het probleem aanlopen dat leveranciers hun producten alleen leveren in grote aantallen, voor bijvoorbeeld hele afdelingen. In de praktijk blijkt de behoefte vaak beperkt tot enkele cliënten, maar het is dan niet mogelijk om een kleiner aantal toepassingen af te nemen. Hierdoor blijven bruikbare technologieën uiteindelijk onbenut.

Integratie in het zorgpad:

Zorgtechnologie moet niet losstaan van de reguliere zorgprocessen, maar daar juist een geïntegreerd onderdeel van worden. Dit vraagt om een zorgvuldige analyse van de bestaande werkprocessen en vaak ook om aanpassingen in het zorgpad. De technologie moet logisch aansluiten bij de behoeften van cliënten én de dagelijkse praktijk van medewerkers. In de praktijk

kan dit complex zijn. Zo is een aanbieder tevreden over het informatiebord Mijn Eigen Plan vanwege de toename in eigen regie en afname van kleine vragen, maar blijkt het lastig om oude communicatiepatronen los te laten en het bord echt als centraal middel te gebruiken.

Duurzame financiering:

Veel projecten starten met tijdelijke subsidie, maar structurele bekostiging ontbreekt vaak. Hierdoor blijft de inzet van technologie afhankelijk van incidentele middelen, wat de continuïteit en doorontwikkeling bedreigt.

5.6 Ervaringen met implementeren en evalueren.

In deze paragraaf gaan we nader in hoe uitvoering gegeven wordt aan enkele processen die van belang zijn voor het implementeren.

Toewijzen en betrekken van eindgebruikers

De manier waarop bepaald wordt of eindgebruikers - cliënten of medewerkers - in aanmerking komen voor het gebruik van een digitale toepassing verschilt per organisatie en toepassing. Soms is er een concreet afwegingskader of stroomschema (zoals een cliëntwijzer) opgesteld, op basis waarvan begeleiders samen met de cliënt en/of een projectmedewerker beoordelen of inzet passend is. In andere gevallen vindt dit plaats op basis van de hulpvraag of in overleg met de projectleider. Bij sommige organisaties geldt het principe 'iedereen tenzij', waarbij alle cliënten in principe toegang hebben tot de toepassing, tenzij er duidelijke redenen zijn om dit niet te doen (zoals een niet passend vaardigheidsniveau of beschikbaarheid van digitale middelen).

Hoe wordt bepaald of een cliënt of medewerker in aanmerking komt voor gebruik van de toepassing?

“ [over Digicontact] Iedereen tenzij principe. We gaan uit van iedereen en op basis van uitdagingen zullen we aanpassen. ”

Hoe wordt bepaald of een cliënt of medewerker in aanmerking komt voor gebruik van de toepassing?

“ [over Minddistrict] In gesprek met de cliënt: sluit het onderwerp aan? Is het geschikt qua niveau? Heeft iemand digitale middelen (computer, tablet, telefoon) tot zijn of haar beschikking? Voegt het wat toe aan behandeling/begeleiding? Etc. ”

De manier waarop cliënten en medewerkers worden bereikt, varieert van persoonlijke gesprekken met begeleiders, communicatie via intranet of de cliëntenwebsite, tot presentaties, pop-up labs, of ondersteuning vanuit projectteams. Soms wordt gekozen voor een 'train-de-trainer' model, waarbij een of twee medewerkers per team worden opgeleid en anderen enthousiasmeren.

Hoe worden cliënten/medewerkers die in aanmerking komen bereikt om van de toepassing gebruik te kunnen maken?

“ Begeleiders nemen contact op met het digitale zorgteam wanneer ze een specifieke casus hebben. Daarnaast gaan we langs zorglocaties om e-health middelen te presenteren. Dit jaar zijn we gestart met de rol van ambassadeurs Hybride Zorg, die ook een signalerende functie zullen vervullen. ”

Hoe worden cliënten/medewerkers die in aanmerking komen bereikt om van de toepassing gebruik te kunnen maken?

“ [Over Mijn Eigen Plan] Via hun persoonlijk begeleider worden deelnemers meegenomen. Twee medewerkers in een team worden de hoofdgebruiker, zij zorgen veelal voor een goede informatievoorziening en enthousiasmeren voor breder gebruik op afdeling. ”

Bij ongeveer de helft van de gevallen zijn cliënten en medewerkers in meer of mindere mate betrokken bij de implementatie van digitale toepassingen. Cliënten denken dan bijvoorbeeld mee via een cliëntenraad, klankbordgroep of in directe individuele of groepsgesprekken, en soms nemen zij actief deel aan de ontwikkeling of evaluatie. Bij medewerkers gaat het meestal om betrokkenheid via werkgroepen, het volgen van trainingen of het vervullen van een rol als ambassadeur op de werkvloer. In de andere helft zijn cliënten en medewerkers (nog) niet betrokken, vaak omdat het implementatieproces zich nog in een vroeg stadium bevindt. In enkele gevallen worden ook andere partijen betrokken, zoals naasten of ketenpartners, bijvoorbeeld als co-ontwikkelaar of via gezamenlijke afspraken over de invoering.

*Beschrijf hoe naasten al dan niet zijn meegenomen
in het implementatieproces. [Over Medimo]*

“ Van tevoren overleg gehad met GGZ en apotheken om te vragen of zij open stonden voor deze verandering. ”

Evalueren

Na de implementatie van toepassingen is in de meeste gevallen ook geëvalueerd. De evaluaties werden meestal uitgevoerd met behulp van vragenlijsten, interviews of door monitoring gedurende begeleidingsactiviteiten. Sommige projecten bevinden zich nog in de verkenningsfase of lopen tegen belemmeringen aan, zoals gebrekkige dataverzameling, waardoor een goede evaluatie lastig is. Een aantal organisaties heeft aangegeven evaluaties in de toekomst te willen uitvoeren.

*Vond/Vindt er een evaluatie plaats en hoe is deze uitgevoerd?
[Over VRelax]*

“ Nee. We zijn data aan het verzamelen. Een vragenlijst voor het gebruik en vervolgens, acht weken later, een tweede vragenlijst per cliëntreis. We merken echter dat de vragenlijst niet altijd goed wordt ingevuld, dus stappen we volgend jaar over op interviews. ”

De inhoud van de evaluaties varieert, maar richt zich doorgaans op verschillende thema's: voor cliënten wordt gekeken naar tevredenheid, ervaren zelfstandigheid, het effect op emotioneel welzijn en sociale interactie. Voor medewerkers gaat het om tevredenheid, eventuele werkdrukverlichting en de vaardigheden of competenties die nodig zijn om de toepassing te gebruiken. Ook de gebruiksvriendelijkheid van de technologie komt aan bod, waarbij aspecten zoals toegankelijkheid, functionaliteit, stabiliteit van de applicatie en het gebruiksgemak worden geëvalueerd. Verder worden in enkele gevallen opbrengsten en effecten in kaart gebracht, zoals tijdswinst, verbetering van de zorgkwaliteit, de mogelijkheid om proactiever te werken, en de impact op participatie en zelfredzaamheid van cliënten.

Op basis van welke inhoudelijke of procesmatige punten is er geëvalueerd?

“ Inhoudelijk werd er gekeken naar de doelen en resultaten van het project, zoals de mate waarin de beoogde resultaten zijn behaald en de kwaliteit van de geleverde diensten. Procesmatig werd er gelet op de efficiëntie en effectiviteit van de vooraf uitgetekende processen. ”

Naast inhoudelijke punten worden ook procesmatige aspecten meegenomen in de evaluaties. Hierbij gaat het om hoe goed de implementatie is ingebed in de organisatie, of gestelde doelen zijn behaald en hoeveel gebruikers de toepassing inmiddels kent.

Inbedding in het zorgpad

Uit de antwoorden blijkt dat de inbedding van zorgtechnologie in het zorgproces zich op verschillende niveaus van integratie bevindt. In enkele gevallen is de technologie stevig verankerd in het zorgproces. Dit blijkt bijvoorbeeld uit voorbeelden waarbij:

- De toepassing wordt besproken met de cliënt en door de begeleider wordt toegelicht.
- De toepassing is opgenomen in het zorgplan of in het ECD.
- Het direct werkwijzen vervangt die eerder analoog waren (bijvoorbeeld bij het gebruik van informatieborden).

Daarnaast zijn er initiatieven gaande om technologie structureler in te bedden, zoals:

- Het herontwerpen van zorgpaden met digitalisering als uitgangspunt.
- Afspraken met apotheken om papieren lijsten af te schaffen als stimulans voor digitaal werken.
- Het aanwijzen van verantwoordelijken per locatie om het gebruik van bepaalde toepassingen te borgen.
- Sturing via interne kwaliteitscontroles.

Tegelijkertijd zijn er ook signalen dat de technologie nog vaak als losse optie functioneert. Ook wordt er gereflecteerd dat er nog te weinig overstijgend over na wordt gedacht, of dat dit nog niet is gelukt. Er is dus sprake van een gemengd beeld.

In hoeverre is de toepassing ingebed in het zorgpad? [Over Somnox]

“ Het is een losse optie waar medewerkers en cliënten van weten ”

Het creëren van draagvlak

Hoewel draagvlak onder medewerkers in het algemeen wordt genoemd als een uitdaging, blijkt dat medewerkers in de praktijk over sommige toepassingen erg enthousiast zijn. Dit gaat bijvoorbeeld over Medimo, de AYOLite daglichtbril en digitale informatieborden. Hier is, logischerwijs, een samenhang met een direct effect van de toepassing op het comfort van cliënten en medewerkers. Positieve ervaringen ontstaan ook wanneer medewerkers vanaf het begin betrokken worden bij de implementatie, bijvoorbeeld via trainingen of deelname aan projectteams. Enthousiasme groeit wanneer innovaties direct zichtbaar effect hebben op het dagelijks werk en aansluiten bij bestaande werkwijzen.

Tegelijkertijd worden er ook belemmeringen gesignaleerd. Niet alle medewerkers zijn even digivaardig, en sommigen vinden het lastig om technologie te integreren in hun begeleidingsstijl. Er heerst soms terughoudendheid, vooral wanneer toepassingen als 'opgelegd' worden ervaren of wanneer er twijfels zijn over de geschiktheid voor de doelgroep. Daarnaast is het gebrek aan tijd een veelgenoemde barrière: medewerkers willen zich wel verdiepen in nieuwe middelen, maar ervaren hierin onvoldoende ruimte.

Hoe is de toepassing ontvangen door medewerkers? [Over Tessa]

“Tevreden over inhoudelijke meerwaarde, maar ervaren niet altijd voldoende tijd om zich te verdiepen in Tessa. ”

“Velen zien beren op de weg (kan de cliënt niet, kan het zelf niet, komt erboven op). Anderen zijn enthousiast en gaan ermee aan de slag. ”

Financiering

De kosten van digitale toepassingen in de maatschappelijke zorg lopen sterk uiteen, afhankelijk van het type technologie, het aantal gebruikers en de mate van integratie in de organisatie. Meestal liggen de financiële lasten bij de organisatie; deze worden meestal niet bij de cliënt in rekening gebracht.

Goedkopere toepassingen, zoals herinneringshorloges of robotkatten, vergen een eenmalige investering van enkele tientallen tot honderden euro's. Andere toepassingen zoals Tessa of Medido brengen aanzienlijke terugkerende kosten met zich mee. Denk aan jaarlijkse licenties of abonnementen tussen de €450 en €1000 per stuk. In enkele gevallen bemoeilijken deze terugkomende kosten de overdraagbaarheid van de toepassingen tussen cliënten.

Sommige organisaties kiezen ervoor om te experimenteren met reguliere consumentenproducten zoals Google Home in plaats van gespecialiseerde, duurdere technologieën. Dit biedt kansen voor kostenbesparing, mits de functionaliteit voldoende aansluit bij de zorgvraag.

Naast de aanschafkosten vraagt ook de implementatie van toepassingen om tijd en middelen. Er is vaak projectgeld nodig om toepassingen goed te introduceren, medewerkers op te leiden, werkprocessen aan te passen en koppelingen met bestaande systemen te realiseren. Projectbudgetten kunnen oplopen tot tienduizenden euro's. Structurele financiering is daarbij een blijvend aandachtspunt. Veel toepassingen starten binnen tijdelijke pilots of met behulp van subsidies, zoals ZonMW, VIPP-GGZ of SET. De structurele borging na afloop van deze subsidies is vaak nog niet geregeld.

Hoe is de inzet van de toepassing bekostigd? [Over Digicontact]

“ Deels subsidie (ZonMW), deels eigen middelen. Structurele kosten bij één afdeling nihil vanwege huidige onderuitnutting. Voor andere afdeling voor op middellange termijn verwacht dat efficiëntie en mogelijkheid tot meer trajecten kosten zullen dragen. ”

Toepasbaarheid MGGZ

Veel toepassingen die staan beschreven in vindplaatsen zoals Digizo.nu richten zich op verpleeghuiszorg en de klinische GGZ, maar tegelijkertijd worden maatschappelijke GGZ-organisaties steeds vaker geacht om te kiezen uit diezelfde toepassingen. Er is uitgevraagd hoe organisaties hier tegenaan kijken. Twaalf organisaties gaven hier inhoudelijk reactie op. Zij benadrukken dat begeleiding binnen de maatschappelijke GGZ doorgaans draait om herstel, participatie en autonomie in een groepsgerichte setting. Dit vraagt om andere functionaliteiten en meer flexibiliteit dan in de ouderenzorg of klinische zorg. Digitale technologie moet volgens hen dan ook bijdragen aan zelfredzaamheid en sociale inclusie, en flexibel inzetbaar zijn. Maatwerk is essentieel: niet elke oplossing past bij elke cliënt of situatie, en de toepasbaarheid is sterk afhankelijk van de context. Belemmerende factoren die specifiek voor deze sector worden genoemd, zijn onder meer achterdocht bij cliënten, terughoudendheid van medewerkers en het groepsgerichte karakter van beschermd wonen, terwijl veel technologie is ontworpen voor individueel gebruik. Toepassingen worden als het meest kansrijk gezien wanneer ze aansluiten bij de behoeften van zowel cliënten als medewerkers, eenvoudig te integreren zijn in bestaande werkprocessen, en het begeleidingsproces daadwerkelijk versterken.

Zijn er volgens jou specifieke aanpassingen of aandachtspunten van belang om (digitale) zorgtechnologie in te kunnen zetten binnen de context van beschermd en begeleid wonen?

“Ik merk, ook in de andere branches waar ik werk, dat er veel wordt ontwikkeld voor VVT en ziekenhuizen. Persoonlijk vind ik heel de GGZ daarin wat onderbelicht. Kijk maar naar Domotica. Dit is echt gericht op VVT zorg. Of thuismeten is vooral ziekenhuis georiënteerd. Jammer want de GGZ heeft ook voldoende potentie.”

Naast deze inhoudelijke inzichten blijkt tegelijkertijd dat de meerderheid van de organisaties nog zoekend is. Een deel van de organisaties weet niet goed waar te beginnen en bevindt zich nog in de oriëntatiefase; anderen zijn al gestart met digitale (zorg)technologie, maar zoeken nog naar passende toepassingen en werkwijzen. Een groot aantal organisaties liet deze vraag daarom onbeantwoord of gaf aan niet te weten of de MGGZ daadwerkelijk iets anders nodig heeft dan andere sectoren. Er is dan ook veel behoefte aan kennisdeling: organisaties geven aan benieuwd te zijn naar de ervaringen van anderen, juist omdat zij nu zelfstandig pionieren.

5.7 Geleerde lessen

De organisaties delen de volgende geleerde lessen:

- Gebruik van (zorg)technologie vraagt om een cultuurverandering. Dit kost tijd, geduld en gerichte aandacht.
- Financiering van terugkerende kosten is lastig te borgen.
- Grote variëteit in cliënten maakt dat er geen one-size-fits-all oplossing is.
- Digitale vaardigheden van medewerkers en cliënten vormen soms een belemmering.
- Zet in op experimenteren en evalueren via pilots, en leer samen met cliënten en medewerkers wat werkt.
- Betrek medewerkers en cliënten vanaf het begin. Laat innovaties ontstaan vanuit de werkvloer en geef ruimte aan enthousiasme.
- Draagvlak bij bestuur en management is essentieel, maar zorg ook voor een stevig projectteam, tijd, middelen en een duidelijk budget.
- Faciliteer trainingen en zorg voor goede digitale middelen (zoals eigen laptops en telefoons).
- Deel kennis en leer van andere organisaties. Samenwerking bespaart tijd en kosten, en versterkt implementatiekracht.
- Technologie is geen doel op zich. Aandacht voor adoptie in het zorgproces en voor de meerwaarde voor cliënten en begeleiders is cruciaal.

6. Discussie en conclusie

Uit deze inventarisatie blijkt dat veel aanbieders van maatschappelijke GGZ zich oriënteren op de inzet van digitale (zorg)technologie of hier al actief mee bezig zijn. Doordat bijna twee derde van de 62 aangeschreven leden van Valente deelnam, is een aanzienlijk deel van het veld in beeld gebracht. Tegelijk vormt het feit dat ruim een derde van de organisaties niet heeft gereageerd een beperking: mogelijk waren hier organisatorische redenen voor, maar het is ook denkbaar dat technologie voor deze organisaties (nog) geen prioriteit is. Hierdoor zijn de uitkomsten vooral representatief voor de meer actieve organisaties, wat tegelijk zou betekenen dat de ervaring die er is, grotendeels in beeld is gebracht.

Het overzicht van digitale toepassingen is gebaseerd op de door respondenten ingevulde vragenlijsten. Dit overzicht is mogelijk niet volledig: het aantal verschillende toepassingen geeft een indicatief beeld, maar is geen uitputtende weergave van de omvang en variëteit aan toegepaste technologie binnen de maatschappelijke GGZ. Toch laten de bevindingen al belangrijke lessen zien.

Veel bestuurders zien digitale (zorg)technologie als essentieel voor de verdere ontwikkeling van zorg. Het wordt gezien als een potentieel middel om cliënten beter te ondersteunen en om werkdruk te verlichten. Tegelijkertijd zijn er zorgen over de daadwerkelijke impact op de kwaliteit van zorg en het leven van cliënten. Technologie moet nadrukkelijk niet als doel op zich beschouwd worden en in de praktijk is de meerwaarde ervan niet altijd evident. Vaak is dit ook nog niet of beperkt geëvalueerd of onderzocht.

Om te kunnen beginnen, implementeren of opschalen signaleren organisaties vergelijkbare knelpunten: beperkte personele en financiële capaciteit, gebrek aan structurele financiering, onvoldoende draagvlak onder medewerkers en weinig zicht op technologieën die geschikt zijn voor de maatschappelijke GGZ. Meerdere respondenten constateren dat de specifieke kenmerken van de maatschappelijke GGZ — zoals groepsgerichte begeleiding, een grillig herstelproces en moeilijk bereikbare cliënten — maken dat bestaande toepassingen mogelijk niet altijd geschikt zijn, of vragen om een andere manier van implementeren dan in andere zorgsectoren. Het gebrek aan vindbaarheid en zichtbaarheid van de MGGZ op Digizo.nu draagt eraan bij dat zorgaanbieders niet altijd goed weten welke toepassingen passend zijn.

Veel organisaties doen afzonderlijk van elkaar ervaring op en gebruiken vaak dezelfde toepassingen, zonder dat ze daarvan op de hoogte zijn. Dit beperkt de mogelijkheden voor kennisdeling, gezamenlijke inkoop en opschaling. Tijdens de feedbacksessies kwam duidelijk naar voren dat er behoefte is aan meer samenwerking, zowel tussen zorgaanbieders onderling als met ontwikkelaars van toepassingen. Er is zowel behoefte aan praktische manieren om uit te wisselen, bijvoorbeeld via een Teamskanaal, genoemd, als aan structuur en coördinatie daarbij.

Aanbevelingen

Op basis van deze bevindingen worden de volgende stappen aanbevolen voor Valente en haar leden:

- **Verricht meer en gezamenlijk onderzoek naar de inzet en impact van digitale (zorg) technologie in de maatschappelijke GGZ.**
Uit deze eerste verkenning blijkt een behoefte aan meer toegepaste kennis over hoe technologie het beste kan worden ingezet en naar de impact ervan.
- **Ondersteun leden bij implementatie.**
Bied organisaties ondersteuning bij het implementeren van toepassingen, afgestemd op hun specifieke zorgcontext, bijvoorbeeld door het opstellen en delen van implementatiehandleidingen.
- **Vergroot zichtbaarheid en herkenning van de MGGZ.**
Zet erop in dat de maatschappelijke GGZ beter vindbaar is op landelijke kennisplatforms zoals Digizo.nu, of zich in de beschreven zorgcontexten herkent.
- **Faciliteer structurele samenwerking en kennisdeling.**
Stimuleer samenwerking en kennisdeling tussen lidorganisaties, bijvoorbeeld via een gedeeld online platform en/of leernetwerk.
- **Zet in op betere landelijke afstemming over structurele financiering.**
Werk samen om duidelijke afspraken met zorgkantoren en gemeenten te maken over structurele bekostiging.
- **Heb aandacht voor ethiek en AI.**
Verken gezamenlijk hoe AI gebruikt kan worden en ontwikkel hiervoor ethische kaders (voor AI en technologie in het algemeen).

Door deze stappen te zetten, kunnen lidorganisaties van Valente gezamenlijk werken aan een toekomstbestendige maatschappelijke GGZ waarin digitale (zorg)technologie betekenisvol wordt ingezet.

Onze bevindingen en aanbevelingen sluiten aan bij de recent verschenen landelijke werkagenda *'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'*⁸, waarin wordt vastgesteld dat de toepassing en opschaling van innovaties voor mensen met langdurige psychische aandoeningen achterblijven bij andere zorgsectoren. Dit rapport onderschrijft de ambitie van de werkagenda om hier – en in de kortdurende zorg – landelijk meer in te investeren.

8 Werkagenda. Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening. Rapport over passende, toekomstbestendige langdurige ondersteuning en zorg voor mensen met een psychische aandoening over de periode 2025 – 2028. Door: VNG, de Nederlandse GGZ, MIND, Ministerie van VWS, Valente en Zorgverzekeraars Nederland: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/03/11/werkagenda-een-betekenisvol-leven-met-een-langdurige-psychische-aandoening>

Bijlage I: Overzicht van toepassingen in de Maatschappelijke GGZ.

Onderstaande tabel presenteert een overzicht van toepassingen waarmee organisaties praktijkervaring hebben opgedaan door middel van pilots of implementatietrajecten, of waarvan dit staat gepland. De inventarisatie vormt een momentopname; het is te verwachten dat de status van sommige toepassingen bij publicatie veranderd is. De vermelde namen en statussen zijn echter wel opgenomen om inzicht te geven in waar reeds ervaring is opgedaan en om onderlinge uitwisseling tussen organisaties te stimuleren. Bijzonderheden zijn gebaseerd op reacties van organisaties zelf en geven hun ervaringen of observaties weer; deze zijn niet altijd gestoeld op evaluaties.

Toepassingen gericht op vergroten welzijn cliënten

Stemming en ontspanning

Nr.	Naam	Beschrijving en doel	Organisaties die ermee bezig zijn en status	Wordt ingezet voor	Gerapporteerde bijzonderheden
1.	Somnox	Een slaaprobot die door middel van ademhalingsbewegingen rust en slaapkwaliteit kan verbeteren.	- Pilot of voorbereidingsfase: De Tussenvoorziening - Geïmplementeerd: Eleos	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Ongeveer 550 euro per kussen. - Soms maken medewerkers er ook gebruik van. - Rouleerbaar door extra, speciale hoezen. - Risico met implantaten door magnetische velden.
2.	Robotdier	Een realistische hond of kat die beweegt en geluid maakt, en daarmee ontspanning, afleiding, gezelschap en geborgenheid kan bieden.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Brabant - Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WLZ VPT of MPT - Beschermd wonen – WMO	- Moeilijk te rouleren (i.v.m. vieze of geurige vacht). - Ongeveer 135 euro per robotdier.
3.	VR-bril (inclusief module VR Relax)	Een bril die een virtuele wereld laat zien en gebruikt kan worden voor educatie, ontspanning, beweging en netwerkbegrip.	- Pilot of voorbereidingsfase: HVO Querido - Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Sommige cliënten vinden het spannend, saai of claustrofobisch voelen. - Soms moeilijk in gebruik. - voor VR Relax betaal je 350 euro per bril en ongeveer 1200 euro per bril per jaar aan licentiekosten. - Soms maken medewerkers er ook gebruik van.
4.	AYO Lite	Draagbare lichttherapiebril die het energieniveau, de stemming (bij winterdip of depressie) en het slaapritme kan verbeteren.	- Geïmplementeerd (RIBW Brabant en RIBW Nijmegen & Rivierenland)	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Ongeveer 230 euro per bril - Soms maken medewerkers er ook gebruik van.
5.	Emogy	Emogy is een app waarmee cliënten hun energie- en stemmingsniveau kunnen bijhouden, om het gesprek met begeleiders te vergemakkelijken meer grip te krijgen op emoties en energie.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WMO - Beschermd thuis – WMO - Ambulante begeleiding – WMO	- App kan ook signaleringsplan vervangen.

Nr.	Naam	Beschrijving en doel	Organisaties die ermee bezig zijn en status	Wordt ingezet voor	Gerapporteerde bijzonderheden
6.	Buur-Oh-Lamp	De Buur-Oh-Lamp is een sensorlamp die rood oplicht bij een bepaald geluidsniveau, om bewoners bewust te helpen worden van hun geluidsoverlast en zo overlast te verminderen.	- Pilot of voorbereidingsfase: HVO Querido	- Beschermd wonen – WMO. - Ambulante begeleiding - WMO.	- Sommige cliënten vinden de lamp eng. - Ongeveer 400 euro per lamp.
7.	Ivy	Een sociale robot, in de vorm van een poppetje met een scherm als gezicht, die gezelschap en dagstructuur biedt, en op die manier zelfredzaamheid van cliënten stimuleert en medewerkers ontlast.	- Pilot of voorbereidingsfase: Leger des Heils	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen - WLZ VPT of MPT	- Bij deze organisatie tot stand gekomen door een samenwerking met ketenpartner.
8.	Dodow	Een lichtstelsel dat door middel van projecties op het plafond kan helpen met rust, ademhaling en slapen.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Moet heel donker zijn om de projectie te zien. - Cliënten tot nu toe niet enthousiast.
9.	Daglichtlamp	Een lamp die daglicht nabootst en daardoor kan helpen met (winter) depressies en slaapproblemen.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Minder fijn dan daglichtbril door fel licht in ogen en minder mobiel.
10.	Muse	Een hoofdband die door middel van meditatie kan helpen met ontspanning, zelfregie en psychische gezondheid.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen - WLZ VPT of MPT	- Engelstalig. - Risico met implantaten door magnetische velden.
11.	Noise cancelling hoofdtelefoon	Een hoofdtelefoon die omgevingsgeluid dempt en daardoor kan helpen bij rust en prikkelreductie.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Bij te frequent gebruik kan dat het nieuwe normaal worden, waardoor iemand gevoeliger wordt voor prikkels zonder de hoofdtelefoon.
12.	Felix	Een robotmaatje dat kan helpen met emotieherkenning.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Makkelijk in gebruik. - Prijsig.
13.	Dementieradio (zoals OER radio en Bbrain radio)	Een muzikspeler die makkelijk te bedienen is en die (ouderen met dementie) kan helpen met laagdrempelig muziek luisteren, prikkeling en afleiding.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen - WLZ VPT of MPT	- Makkelijk in gebruik.
14.	Moonbird	Een ademhalingstool ter ondersteuning van psychische gezondheid, ademhaling, en ontspanning.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Risico met implantaten door magnetische velden. - Moeilijk aan te krijgen bij slechte doorbloeding.

Zelfredzaamheid vergroten

Nr.	Naam	Beschrijving en doel	Organisaties die ermee bezig zijn en status	Doelgroep	Gerapporteerde bijzonderheden
Dagstructuur					
15.	Tessa	Een zorgrobot die mensen ondersteunt bij dagelijkse activiteiten door gesproken berichten en daarmee structuur en stimulans biedt, eenzaamheid vermindert en medewerkers ontlast.	- Pilot of voorbereidingsfase: IrisZorg - Geïmplementeerd: Eleos, De Tussenvoorziening, Leger des Heils, RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Veel potentie, maar is een dure oplossing die over het algemeen veel vraagt van medewerkers. - Kosten bedragen ongeveer 375 euro per Tessa en de jaarlijkse kosten liggen rond de 500 euro (afhankelijk van abonnement en implementatiegrootte).
16.	Smartwatch	Een horloge die trillingen geeft ter herinnering aan activiteiten en data kan bijhouden, voor leefstijlbevordering, structuur en signalering.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Geen specifiek zorgproduct, maar laagdrempelige oplossing. - Hoeft niet duur te zijn; bijvoorbeeld een smartwatch van 30 euro.
17.	Herinnerings-horloge		- Geïmplementeerd: RIBW Brabant		
18.	Google Nest Hub	Een smart home hub die kan helpen met structuurbevordering en huis automatisering.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Geen specifiek zorgproduct, dus stilstaan bij privacy.
19.	Luna	Een digitale dagkalender die kan helpen met structuur.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	- Beschermde wonen – WLZ. - Beschermde wonen – WLZ VPT of MPT - Beschermde wonen – WMO - Beschermde thuis – WMO	- Bij deze organisatie niet meer ingezet omdat het een dubbeling is met digiborden.
20.	Wake up light	Een wekker die met licht wekt en kan bijdragen aan leefstijl en structuurbevordering.	- Geïmplementeerd: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	
eHealthplatforms ter ondersteuning behandeling/begeleiding					
21.	Minddistrict	Digitale platforms die o.a. door middel van online trainingen hybride zorg mogelijk maakt, die helpt met zelfregie, inzage en doelondersteuning.	- Geïmplementeerd: IrisZorg, Emergis, MET ggz en Eleos	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Kan van wachtlijstfase tot nazorg ingezet worden. - Vergt inzet van medewerkers voor implementatie. - Ongeveer 75 – 170 euro per cliënt per jaar, maar is afhankelijk van het systeem, aantal licenties, gekozen functionaliteiten en benodigde implementatieondersteuning. Daarboven kunnen extra kosten komen als ontwikkeling, onderhoud en consultatie.
22.	Leer-management-systeem (LMS)		- Pilot of voorbereidingsfase: Cosis		
23.	Digitaal cliënten-platform		- Pilot of voorbereidingsfase: CVD		

Nr.	Naam	Beschrijving en doel	Organisaties die ermee bezig zijn en status	Doelgroep	Gerapporteerde bijzonderheden
Medicatie-inname					
24.	Medido	Een automatische medicijndispenser die op vooraf ingestelde tijden medicatie vrijgeeft en de gebruiker herinnert via geluid en beeld, wat kan bijdragen aan zelfregie, minder medicatiefouten en verminderde werkdruk.	- Pilot of voorbereidingsfase: Leger des Heils - Geïmplementeerd: RIBW Brabant en RIBW Overijssel	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Hogere kosten dan Dosell (ongeveer 50 euro aanschafkosten en 100 euro per maand), maar verder ontwikkeld. - Kan baxterrollen van meerdere aanbieders verwerken. - Niet eenvoudig overdraagbaar.
25.	Dosell		- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland		- Relatief eenvoudig apparaat (nog in ontwikkeling). - Ongeveer 55 euro per apparaat per maand. - Makkelijk overdraagbaar. - Vereist een specifiek type baxterrol.
Veilig zelfstandig functioneren					
26.	Horloge met valdetectie	Een horloge met sensoren om o.a. een val te signaleren.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland	- Beschermd wonen – WLZ. - Beschermd wonen - WLZ VPT of MPT	- De effectiviteit is nog niet gemeten bij deze organisatie.
27.	Valmat met druksensor	Een mat met sensoren die bijvoorbeeld naast het bed gelegd kan worden, om op die manier te kunnen signaleren op een val.	- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland	- Beschermd wonen - WLZ.	- Er kunnen problemen zijn met de meldingen, die soms niet op de juiste plek aankomen.

Toepassingen gericht op ondersteunen medewerkers

Nr.	Naam	Beschrijving en doel	Organisaties die ermee bezig zijn en status	Wordt ingezet voor	Gerapporteerde bijzonderheden
Spraakgestuurd rapporteren					
28.	Attendi	Spraakgestuurd rapporteren is het proces waarbij gesproken woorden automatisch worden omgezet in geschreven tekst met behulp van spraakherkenningstechnologie om zo efficiënter te kunnen werken. Diverse toepassingen omvatten ook andere functionaliteiten, zoals mobiel inzicht in het ECD.	- Geïmplementeerd: RIBW Overijssel	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Is vaak geïntegreerd in ECD. - Geluidsverstoringen en dialecten kunnen een uitdaging vormen. - Rond de 5 euro per medewerker per maand. - Bij implementatie is aandacht nodig voor hoe en wat rapporteren in bijzijn of met cliënt: cultuuromslag.
29.	Zorgapp		- Pilot of voorbereidingsfase: Levantogroep		
30.	App Anne		- Pilot of voorbereidingsfase: Anton Constandse - Geïmplementeerd: Stichting Ontmoeting		
Medicatie of documenten (af)tekenen/overzicht					
31.	nCare	Een elektronisch toedienregistratiesysteem (ETDR) waarmee medicatie digitaal geregistreerd kan worden en actuele medicatieoverzichten bekeken worden, om medicatieveiligheid te verhogen, efficiënter te werken, AVG te waarborgen en printwerk te verminderen.	- Geïmplementeerd: Cosis	Beschermd wonen – WLZ	De medewerkers van de organisaties zijn positief over de toepassingen.
32.	Medimo		- Geïmplementeerd: Leviaan	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WMO	
33.	Omniport	Een digitaal portaal gekoppeld aan het ECD, waarmee zorgdocumenten kunnen worden verstuurd, geopend en ondertekend, om efficiënter te werken en printwerk te verminderen.	- Geïmplementeerd: Cosis	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WMO - Beschermd thuis – WMO - Ambulante begeleiding – WMO	- Foutmeldingen kunnen het gebruik vermoeilijken.

Toepassingen gericht op digitale communicatie

Nr.	Naam	Beschrijving en doel	Organisaties die ermee bezig zijn en status	Wordt ingezet voor	Gerapporteerde bijzonderheden
Digitale Informatieborden					
34.	MijnEigenPlan	Zowel een digitaal groepsbord als een individuele toepassing voor dagstructuur, ondersteuning bij taken en faciliteerder van bijvoorbeeld een beloningssysteem. Het wordt ingezet om te informeren, activeren en verbinden, en om zelfregie en communicatie te bevorderen.	- Geïmplementeerd: MET ggz, Leviaan en Leger des Heils	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WLZ VPT of MPT - Beschermd wonen – WMO. - Beschermd thuis – WMO. - Forensische zorg – IFZO.	- Kosten voor een bord liggen rond de 2000 euro exclusief btw, met jaarlijkse licentiekosten van ongeveer 700 euro (afhankelijk van hoeveelheid modules). - Er is een mogelijkheid om de planning van meerdere borden aan elkaar te koppelen.
35.	MyWepp		- Pilot of voorbereidingsfase: RIBW Nijmegen & Rivierenland	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Ongeveer 5000 euro per bord. - Medewerkers en cliënten van deze organisatie reageren enthousiast.
Telefoon/tablet					
36.	Compaan	Compaan is een tablet met inregelbare apps, afgestemd op de behoeften van de gebruiker, en speciaal voor mensen zonder digitale ervaring. Het wordt ingezet om cliënten op een veilige en makkelijke manier toegang te geven tot apps en zo de zelfregie en communicatie te bevorderen.	- Geïmplementeerd: Leger des Heils	Intramuraal en ambulant (alle indicaties)	- Relatief goedkope oplossing (300 euro per tablet, en 25 euro licentiekosten per tablet per maand). - Veelzijdig, maar wel paternalistisch kan zijn.
37.	Smartphone	Een smartphone voor cliënten met minder middelen, zodat zij deel kunnen nemen aan hybride zorg en aan de digitale maatschappij en de communicatie tussen medewerkers en cliënten verbeterd wordt.	- (Voorbereiden van) pilot of implementatie: HVO Querido	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WMO. - Forensische zorg – IFZO. - Ambulante begeleiding – WMO.	- De organisatie betaald ongeveer 120 euro per telefoon. - De bekostigingsstructuur en bepalen wie 'echt' een telefoon nodig heeft kan complex zijn.
Zorg op afstand					
38.	Digicontact	Digicontact biedt 24/7 professionele begeleiding via beeldbellen, aanvullend op fysieke zorg, en vooral buiten reguliere kantooruren. Het wordt ingezet om extra ondersteuning te bieden, slaapteams te ontlasten en zorg te bieden bij onderbezetting.	- Pilot of voorbereidingsfase: De Tussenvoorziening, Cosis en Leger des Heils	- Beschermd wonen – WLZ - Beschermd wonen – WLZ VPT of MPT - Beschermd wonen – WMO. - Beschermd thuis – WMO. - Ambulante begeleiding – WMO.	- Implementatiekosten kunnen hoog liggen.



△valente⁷

DE HAAGSE
HOGESCHOOL