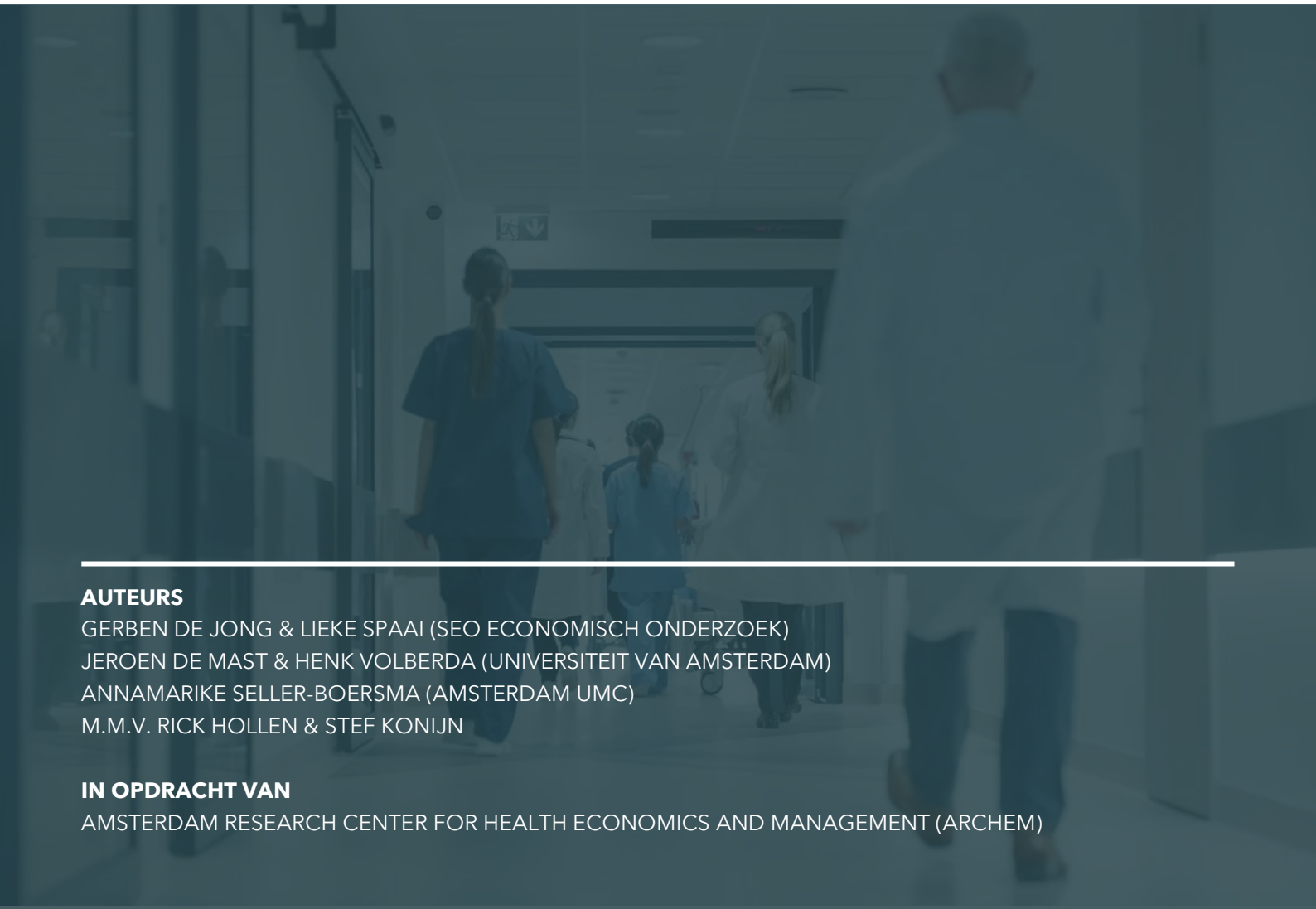
INNOVATIEMONITOR VOOR DE ZORG 2026

INNOVATIEKRACHT ALS SLEUTEL TOT BETAALBARE EN BEMENSBARE ZORG

RAPPORT



AUTEURS
GERBEN DE JONG & LIEKE SPAAI (SEO ECONOMISCH ONDERZOEK)
JEROEN DE MAST & HENK VOLBERDA (UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM)
ANNAMARIKE SELLER-BOERSMA (AMSTERDAM UMC)
M.M.V. RICK HOLLEN & STEF KONIJN

IN OPDRACHT VAN
AMSTERDAM RESEARCH CENTER FOR HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT (ARCHEM)

Samenvatting

Niet-medische innovatie in de zorg richt zich vaker op verbetering van bestaande zorg dan op fundamentele vernieuwing. Daarbij zijn zorgorganisaties verder in de 'sociale' kant van innovatie, waaronder organiseren, leiderschap en samenwerking, dan op 'technologische' vlak, zoals de inzet van nieuwe digitale toepassingen. Voor versterking van het innovatievermogen wijzen de resultaten op meer samenhang tussen de hefbomen, ruimte voor zorgvernieuwing naast de dagelijkse zorgverlening en samenwerking over organisatie- en domeingrenzen heen.

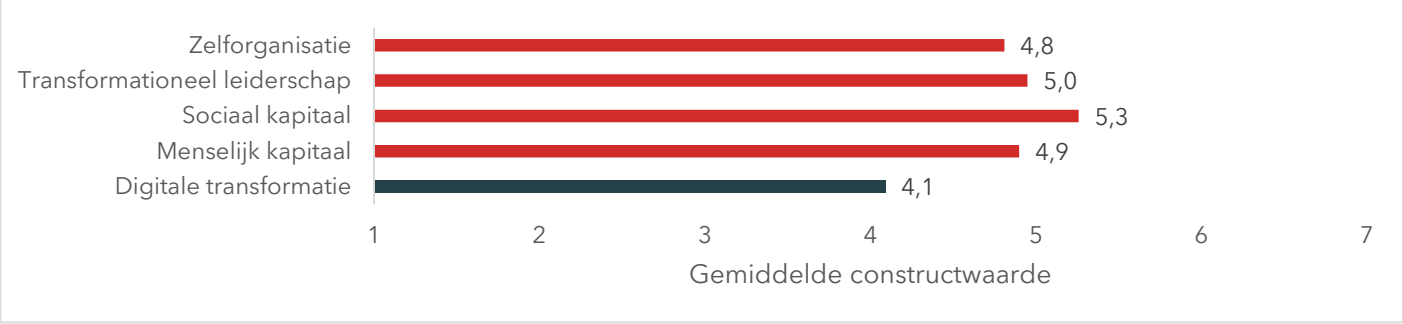
De Innovatiemonitor voor de Zorg is een nieuw jaarlijks vragenlijstonderzoek naar het innovatievermogen van Nederlandse zorgorganisaties. Centraal staat het proces van zorginnovatie: van investeringen in vernieuwing, via vijf sociale en technologische hefbomen die bepalen hoe goed organisaties deze investeringen kunnen omzetten in innovatie, tot de uiteindelijke bijdrage aan de zorgproductiviteit. De vijf hefbomen hebben betrekking op flexibel organiseren (zelforganisatie), dynamisch managen (transformationeel leiderschap), slimmer werken (menselijk kapitaal), co-creatie (sociaal kapitaal) en technologische ontwikkeling (digitale transformatie).

De monitor richt zich specifiek op (niet-medische) vernieuwing van de organisatie en uitvoering van zorg, noodzakelijk om de zorg betaalbaar en bemensbaar te houden. Daarnaast staan in deze eerste editie drie actuele ontwikkelingen centraal die de zorginnovatie van de toekomst mede kunnen bepalen: *(i)* de inzet van kunstmatige intelligentie (AI) in zorgvernieuwing; *(ii)* co-creatie en samenwerking met externe partijen; en *(iii)* de rol van de zorgprofessional in innovatie. Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen:

Zorgorganisaties scoren hoger op sociale dan op technologische hefbomen van innovatie

De sociale hefbomen van innovatie, gemeten als de mate van zelforganisatie, transformationeel leiderschap, menselijk en sociaal kapitaal, zijn binnen zorgorganisaties relatief sterk ontwikkeld. Sociaal kapitaal scoort met gemiddeld 5,3 het hoogst, gevolgd door transformationeel leiderschap (5,0), menselijk kapitaal (4,9) en zelforganisatie (4,8). De technologische hefboom, gemeten als de fase van de digitale transformatie waarin de zorgorganisatie zich bevindt, blijft met een gemiddelde score van 4,1 duidelijk achter (Figuur S.1).

Figuur S.1 De sociale hefbomen van innovatie scoren hoger dan de technologische hefboom



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

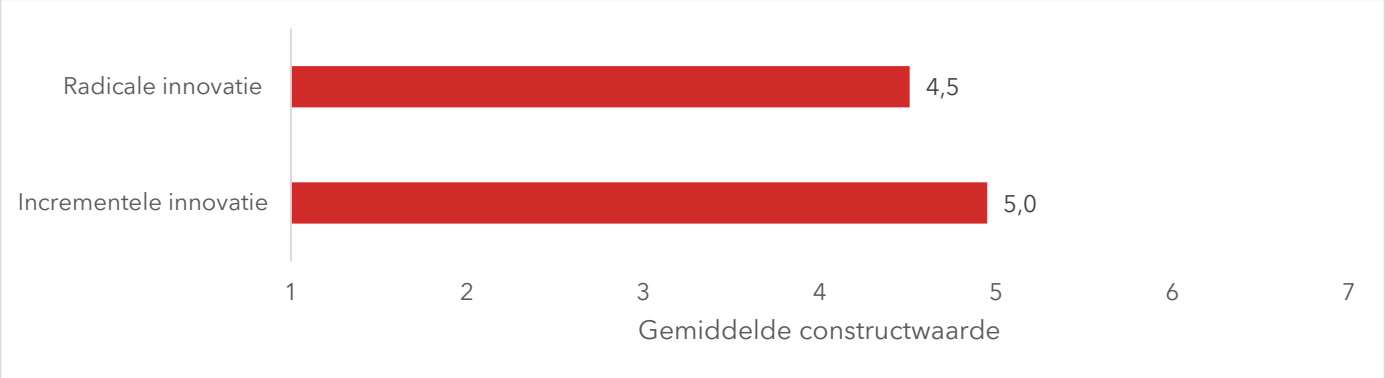
Noot: De figuur toont de gemiddelde hefbomen op instellingsniveau, gemeten op een schaal van 1 tot 7. De eerste vier constructen betreffen sociale hefbomen van innovatie; digitale transformatie betreft de technologische hefboom.

Regressieanalyses laten bovendien zien dat sterkere hefbomen samenhangen met betere innovatie-uitkomsten. Dit onderstreept dat investeringen in vernieuwing, bijvoorbeeld in ICT of R&D, op zichzelf niet voldoende zijn om innovatie tot stand te brengen: organisaties moeten ook over de organisatorische en technologische vermogens beschikken om deze middelen in vernieuwing om te zetten. De interviews onderstrepen daarbij dat technologische vernieuwing niet los kan worden gezien van de sociale hefbomen: nieuwe technologie levert pas vernieuwing op wanneer ook werkprocessen worden aangepast, professionals worden meegenomen en duidelijk is hoe de technologie bijdraagt aan betere of beter uitvoerbare zorg.

Verbetering van bestaande zorg staat vaker centraal dan fundamentele vernieuwing

Zorginnovatie richt zich binnen de deelnemende zorgorganisaties sterker op het verbeteren van bestaande zorg dan op fundamentele vernieuwing. De gemiddelde score op incrementele innovatie bedraagt 5,0, tegenover 4,5 voor radicale innovatie (Figuur S.2). Regressieanalyses wijzen bovendien op verschillende onderliggende hefbomen: sociale hefbomen hangen relatief sterker samen met incrementele innovatie, terwijl de technologische hefboom digitale transformatie sterker samenhangt met radicale innovatie. Juist digitale transformatie blijft binnen zorgorganisaties relatief achter. De interviews geven daarnaast zicht op een aanvullende organisatorische verklaring. Radicale innovatie vraagt om ruimte om te experimenteren en onzekerheid te accepteren, terwijl in de zorg veel nadruk ligt op doelmatigheid, planbaarheid en veiligheid. Aanpakken gericht op *fail-and-learn*, experimenteren en het verkennen van een mogelijk 'nieuw normaal' worden volgens geïnterviewden nog maar beperkt toegepast. Meer fundamentele vernieuwing vraagt daarmee niet alleen om technologie, maar ook om een cultuur en werkwijze waarin leren van experimenten en mislukkingen mogelijk is.

Figuur S.2 Incrementele innovatie, gericht op verbeteren van bestaande zorg, scoort hoger dan radicale innovatie



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De figuur toont de gemiddelde constructscores op instellingsniveau, gemeten op een schaal van 1 tot 7. De weergegeven scores zijn instellingsgewogen gemiddelden, berekend als het gemiddelde van de instellingsgemiddelden.

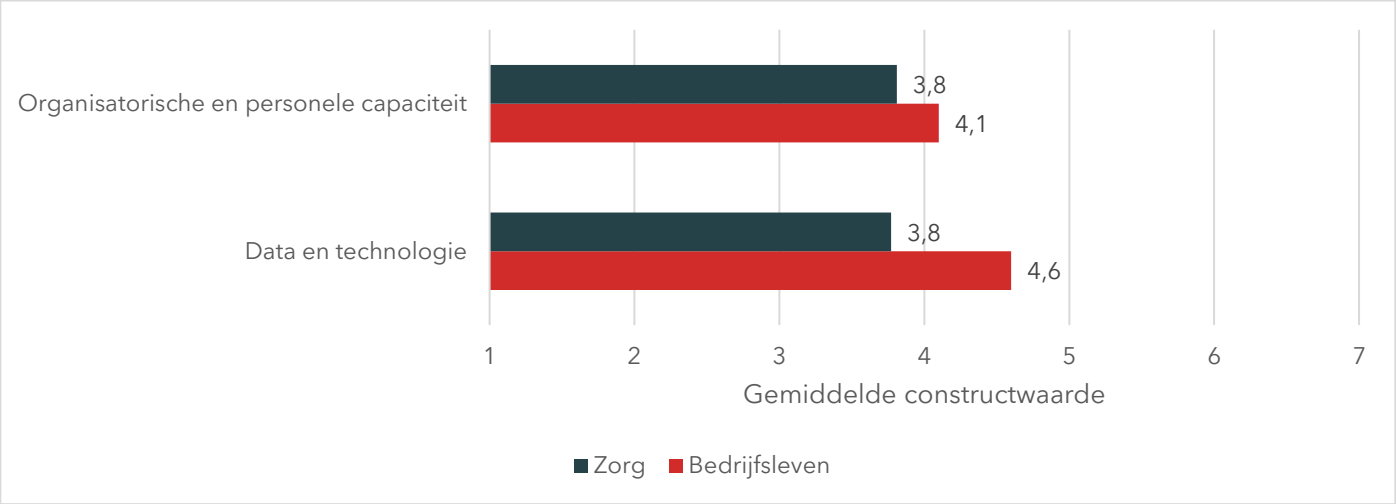
Innovatie wordt door zorgprofessionals minder sterk ervaren dan elders in de organisatie

De beoordeling van het innovatie(vermogen) verschilt tussen functiegroepen. Zorgprofessionals beoordelen niet alleen verschillende sociale en technologische hefbomen van innovatie minder positief dan management en staf, maar rapporteren ook lagere scores op incrementele en radicale innovatie. Daarmee bestaan binnen zorgorganisaties verschillende percepties van zowel de voorwaarden voor innovatie als van de mate waarin vernieuwing daadwerkelijk plaatsvindt. Voor de gepercipieerde zorgproductiviteit is dit patroon minder duidelijk: hoewel de gemiddelde score onder management iets hoger ligt, zijn de verschillen tussen functiegroepen klein en niet statistisch significant.

Zorgorganisaties lijken op het bedrijfsleven in hun innovatievermogen, maar lopen qua AI-volwassenheid achter

Op de innovatie-uitkomsten zijn de verschillen tussen zorgorganisaties en het bedrijfsleven beperkt: incrementele innovatie ligt op een vergelijkbaar niveau en zorgorganisaties scoren iets hoger op radicale innovatie. Met het bedrijfsleven wordt hier de Nederlandse bedrijvenpopulatie exclusief zzp'ers bedoeld, gewogen naar representativiteit voor deze populatie. Een duidelijker verschil tussen de zorg en het bedrijfsleven is zichtbaar in de AI-volwassenheid (Figuur S.3). Zorgorganisaties scoren lager op zowel gereedheid van data en technologie als op organisatorische en personele capaciteiten om AI effectief toe te passen, waarbij vooral het verschil op data en technologie groot is. Tot slot blijkt uit de monitor dat AI binnen zorgorganisaties vaker wordt ingezet ter ondersteuning van werkzaamheden dan ter vervanging van menselijke taken.

Figuur S.3 Zorgorganisaties scoren lager dan het bedrijfsleven op randvoorwaarden voor AI-toepassing



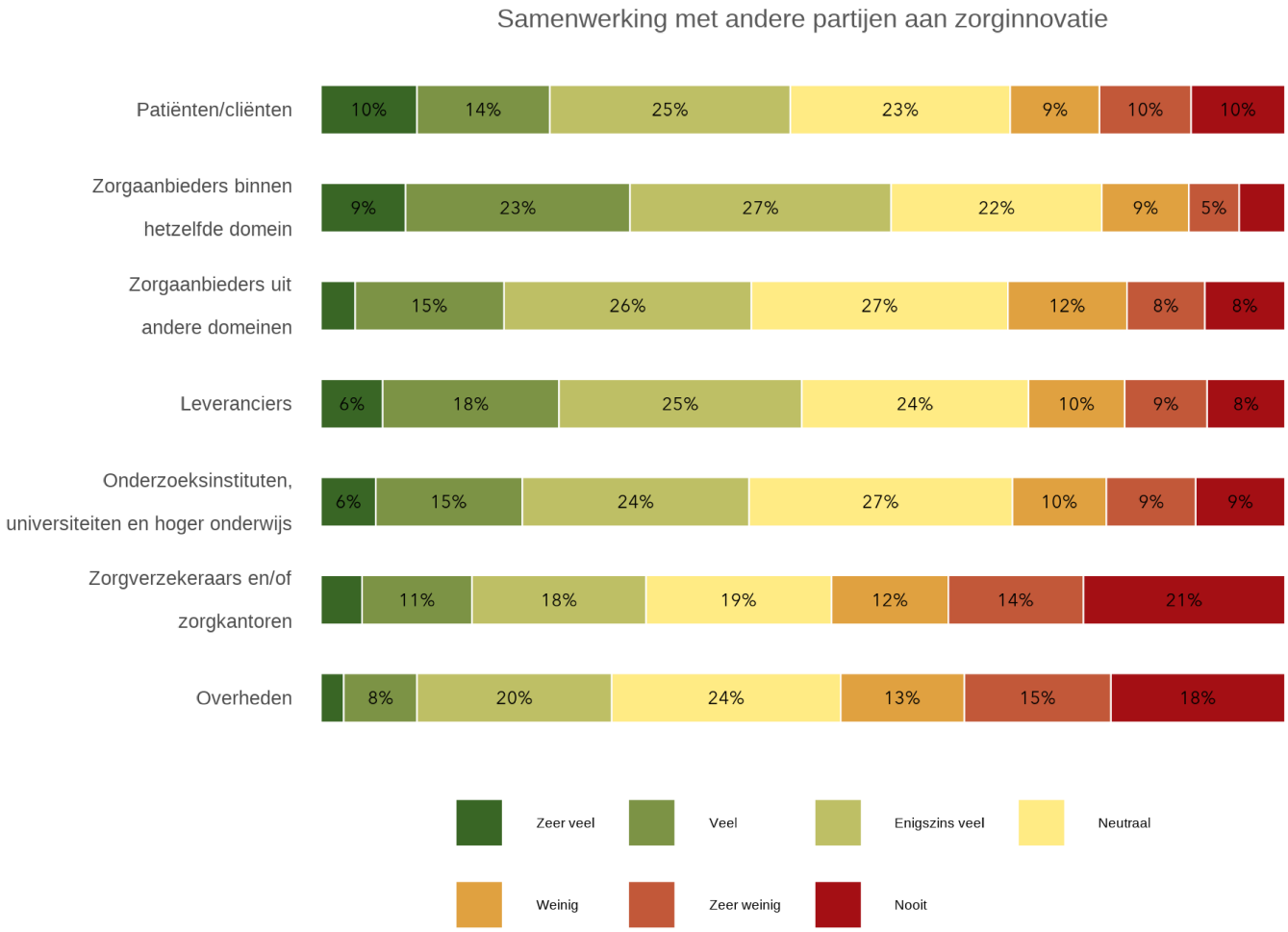
Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026 & De Nederlandse Innovatie Monitor 2025

Noot: De figuur toont de gemiddelde constructscores op instellingsniveau, gemeten op een schaal van 1 tot 7. De weergegeven scores zijn instellingsgewogen gemiddelden, berekend als het gemiddelde van de instellingsgemiddelden. De gemiddelden voor het bedrijfsleven zijn afkomstig uit de Nederlandse Innovatie Monitor 2025 en gewogen naar representativiteit voor de Nederlandse bedrijvenpopulatie exclusief zzp'ers.

Samenwerking rond zorginnovatie vindt vooral plaats met partners binnen het eigen domein, minder met zorgverzekeraars, zorgkantoren en overheid

Zorgorganisaties werken bij innovatie vooral samen met andere zorgaanbieders binnen het eigen domein (Figuur S.4). Ook patiënten en cliënten en leveranciers worden relatief vaak betrokken. Samenwerking met zorgaanbieders uit andere domeinen en met kennisinstellingen vindt minder intensief plaats. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en overheden staan het meest op afstand. Dit beeld wijst erop dat samenwerking rond zorginnovatie zich nog sterk concentreert binnen het directe zorgnetwerk, terwijl juist over domein- en organisatiegrenzen heen verdere kansen voor gezamenlijke vernieuwing kunnen liggen.

Figuur S.4 Samenwerking rond zorginnovatie vindt vooral plaats binnen het eigen domein



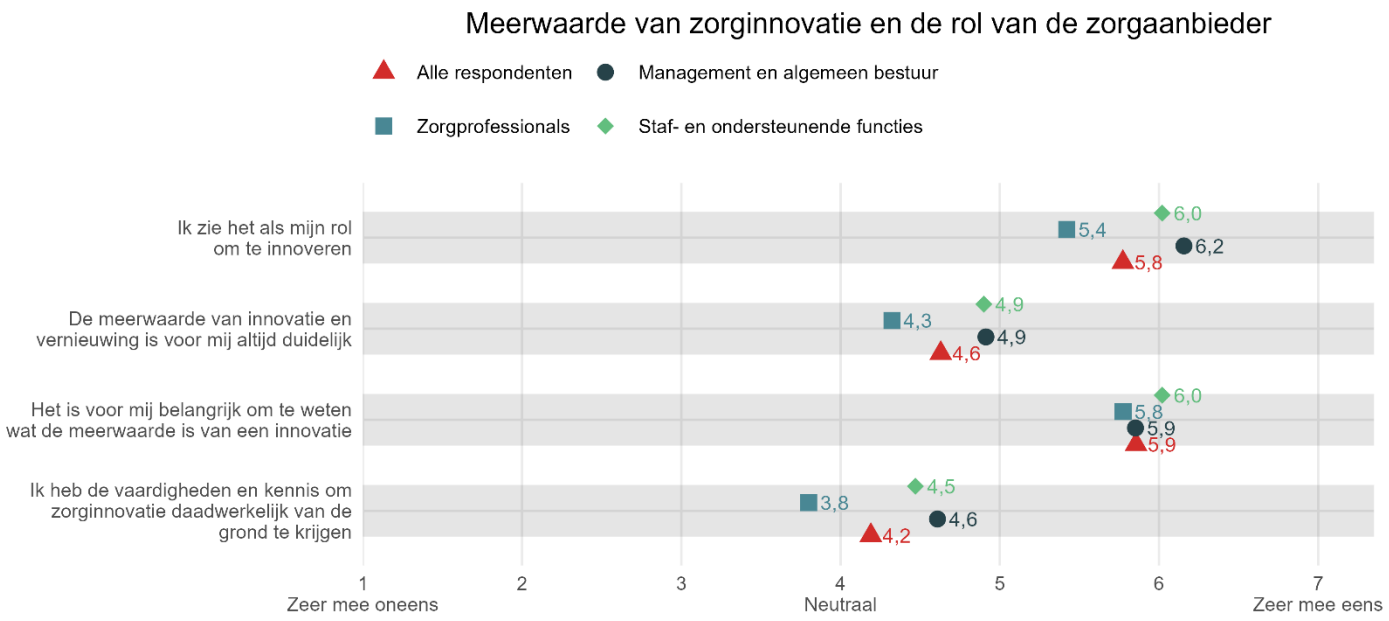
Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De figuur toont de verdeling van antwoorden op respondentniveau. Respondenten is gevraagd in welke mate hun afdeling of organisatie samenwerkt met verschillende partijen aan zorginnovatie.

Zorgprofessionals zien innovatie als onderdeel van hun rol, maar missen vaak de aanvullende kennis en vaardigheden die nodig zijn om actief bij te dragen aan zorgvernieuwing

Medewerkers in alle functielagen zien zorginnovatie in relatief sterke mate als onderdeel van hun rol en vinden het belangrijk om te weten wat de meerwaarde van een innovatie is (Figuur S.5). Zorgprofessionals scoren op het eerste punt wel lager dan medewerkers in management, algemeen bestuur en staf- en ondersteunende functies. Het grootste verschil tussen functiegroepen betreffen de kennis en vaardigheden om daadwerkelijk aan zorginnovatie bij te dragen: zorgprofessionals beoordelen deze duidelijk lager dan medewerkers in de andere functies. Dit sluit aan bij de bevinding uit de interviews dat ruimte voor innovatie alleen niet voldoende is; actieve betrokkenheid bij zorgvernieuwing vraagt ook om passende kennis, vaardigheden en ondersteuning.

Figuur S.5 Zorgprofessionals zien zorginnovatie als hun rol, maar missen vaak kennis en vaardigheden



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De figuur toont de verdeling van antwoorden op respondentniveau. Respondenten is gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met vier stellingen over de meerwaarde van zorginnovatie en hun eigen rol bij innovatie. De eerste en laatste stelling zijn gehercodeerd naar positieve formuleringen.

Versnellen van zorgvernieuwing is gebaat bij een coherente innovatie-infrastructuur ...

De monitor laat zien dat verschillende sociale hefbomen voor innovatievermogen binnen zorgorganisaties relatief sterk ontwikkeld zijn. Uit de interviews blijkt tegelijkertijd dat veel organisaties de afgelopen jaren afzonderlijke werkwijzen en structuren voor vernieuwing hebben geïntroduceerd, zoals continu verbeteren, versterken van (mede)zeggenschap, lean, dashboards, implementatie- en projectmanagement en nieuwe innovatiefuncties. Deze afzonderlijke 'puzzelstukjes' sluiten volgens geïnterviewden nog niet altijd goed op elkaar aan. Dit wijst op het belang van een samenhangende set van randvoorwaarden waarin de verschillende hefbomen voor innovatie elkaar versterken.

... en het managen van spagaten, zoals de spanning tussen zorg verlenen en zorg vernieuwen

Uit de interviews blijkt dat innovatie binnen zorgorganisaties wordt bemoeilijkt door inherente spanningen. De meest prominente is die tussen het uitvoeren van de dagelijkse zorgverlening en het vrijmaken van tijd en capaciteit voor vernieuwing. Zowel managers als zorgprofessionals komen hierdoor in een spagaat terecht. Daarnaast spelen spanningen tussen vernieuwen en het op orde brengen van financiële en organisatorische basisvoorwaarden, en tussen professionele autonomie en de noodzaak om organisatiebreed keuzes te maken. Het versterken van innovatievermogen vraagt daarom niet alleen om meer ruimte voor innovatie, maar ook het vermogen om dergelijke spanningen expliciet te herkennen, afwegingen te maken en hierin gericht te sturen.

Inhoudsopgave

Samenvatting 2

1 Inleiding 8

2 Het proces van (zorg)innovatie 10

3 Innovatievermogen in de Nederlandse zorg 14

3.1 Investeringen in vernieuwing 14

3.2 Sociale en technologische hefbomen 15

3.3 Innovatie-uitkomsten 18

3.4 Zorgproductiviteit 20

3.5 Verbanden tussen inputs, hefbomen en outputs 22

4 Ontwikkelingen die zorginnovatie veranderen 26

4.1 Toepassing van kunstmatige intelligentie (AI) 26

4.2 Co-creatie - samenwerken aan zorginnovatie 29

4.3 De rol van de zorgaanbieder 30

5 Het verhaal achter de cijfers 32

5.1 Professionals in hun kracht zetten 32

5.2 Innovatie is niet iets wat de organisatie “erbij” kan doen 32

5.3 Spagaat-management 33

5.4 In beweging krijgen en focus aanbrengen 33

5.5 Cohesie versus versnippering 34

5.6 Lost nieuwe technologie de problemen op? 34

5.7 Het nieuwe normaal ontdekken door “fail and learn” 34

5.8 Zorginstellingen verschillen onderling beperkt in innovatievermogen 35

6 En hoe nu verder? 36

6.1 Wat doen zorgorganisaties nu al? 36

6.2 Welke stappen zien de deelnemende organisaties zelf? 36

Referenties 39

Bijlage A Onderzoeksverantwoording 43

Bijlage A.1 Veldwerk monitor 43

Bijlage A.2 Gebruikte meetschalen in de vragenlijst 48

Bijlage A.3 Interviews en kwalitatieve analyse 59

Bijlage B Uitsplitsing naar functiegroep 60

Bijlage C Aanvullende figuren 63

1 Inleiding

Hoe kan innovatievermogen bijdragen aan een toekomstbestendige zorg? Welke factoren binnen een zorginstelling zijn faciliterend of juist belemmerend voor innovatie? In deze monitor delen Nederlandse zorgaanbieders hun ervaringen op het gebied van technologische en sociale vernieuwing in de zorgverlening.

Terwijl de vraag naar zorg blijft toenemen door vergrijzing, comorbiditeit, chronische aandoeningen en nieuwe medische mogelijkheden, groeit het beschikbare arbeidsaanbod niet mee en neemt de druk op zorgprofessionals toe (RIVM, 2020; IZA, 2022; Accuralis, 2026). Zorgaanbieders worden hierdoor geconfronteerd met een dubbele uitdaging: de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg behouden, terwijl zij tegelijkertijd te maken hebben met personeelstekorten en oplopende kosten. Zonder veranderingen in de wijze waarop zorg wordt georganiseerd en geleverd, dreigt de druk op het zorgsysteem verder op te lopen. Het vergroten van het innovatievermogen van zorgorganisaties is daarom essentieel om de zorg ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en bemensbaar te houden.

Om de ontwikkelingen op het gebied van zorginnovatie in kaart te brengen hebben Amsterdam UMC, UvA Economie en Bedrijfskunde en SEO Economisch Onderzoek[1] de Innovatiemonitor voor de Zorg (hierna 'de monitor') ontwikkeld. De monitor richt zich daarbij niet op medische innovatie, zoals nieuwe geneesmiddelen of behandelmethoden, maar op vernieuwing in de organisatie en levering van zorg, bijvoorbeeld door digitalisering en AI, nieuwe manieren van werken en vernieuwende vormen van leiderschap en samenwerking. Zorgprofessionals worden bevraagd over deze vormen van innovatie en de mate waarin deze binnen hun organisatie worden toegepast. Dit rapport presenteert de bevindingen van de eerste editie van de monitor in 2026.

Inhoud en onderzoeksaanpak

De monitor is opgebouwd aan de hand van een model dat het proces van zorgvernieuwing weergeeft: van investeringen in vernieuwing (*inputs*), via innovatievermogen (*sociale* en *technologische hefbomen*), naar innovatie- en productiviteitsuitkomsten (*outputs*). De meetinstrumenten die in de vragenlijst worden gebruikt, zijn zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk gevalideerde schalen, zo nodig aangepast aan de zorgcontext.

Daarnaast besteedt deze editie aandacht aan drie ontwikkelingen die bepalend zijn voor de toekomst van zorginnovatie:

- de inzet van **kunstmatige intelligentie (AI)** in zorgvernieuwing;
- **co-creatie** en samenwerking met externe partijen;
- en de **veranderende rol van de zorgprofessional** in innovatie.

In totaal hebben 421 respondenten uit 9 zorgorganisaties deelgenomen aan deze monitor. De respondenten vervullen uiteenlopende functies binnen de zorgorganisaties. Voor enkele analyses in dit rapport zijn deze functies samengevoegd tot drie bredere functiegroepen: *management en algemeen bestuur* (116 respondenten),

[1] Deze drie organisaties zijn verenigd in het samenwerkingsverband *Amsterdam Research Center for Health Economics and Management* (ARCHEM).

zorgprofessionals en zorgondersteuning (204 respondenten) en *staf- en ondersteunende functies* (101 respondenten), waaronder medewerkers op het gebied van IT, facilitair, onderzoek, beleid en advies.[2] Deze indeling wordt gebruikt om te verkennen of de beoordeling van innovatie en de bijbehorende randvoorwaarden tussen functiegroepen verschilt.

De vragenlijst is afgestemd op de functie van de respondent. Managers en leden van het algemeen bestuur hebben de vragen beantwoord voor de zorgorganisatie als geheel. Aan hen zijn daarnaast enkele aanvullende vragen voorgelegd, onder meer over de verdeling van investeringen. Respondenten uit de overige functiegroepen hebben de vragen beantwoord vanuit het perspectief van hun eigen afdeling, werkomgeving of directe collega's. Bij de interpretatie van de resultaten moet daarom rekening worden gehouden met de verschillende niveaus waarop de antwoorden betrekking hebben. Meer informatie over de opzet van de vragenlijst, de respons en de kenmerken van de respondenten en deelnemende organisaties is opgenomen in Bijlage A.

De deelnemende zorgorganisaties zijn relatief groot, veelal algemene ziekenhuizen, en voornamelijk actief in de Randstad. Deze eerste editie van de monitor pretendeert dan ook geen representatief beeld te geven van de gehele Nederlandse zorgsector. De resultaten bieden vooral inzicht in de mate van zorginnovatie binnen de deelnemende organisaties en in de interne factoren die samenhangen met succesvolle zorgvernieuwing. Hieruit kunnen lessen worden getrokken door andere zorgorganisaties.

Dit rapport bevat een eerste verkenning van de patronen in de verzamelde gegevens. Naast een factoranalyse van de gebruikte meetschalen worden verschillende beschrijvende analyses uitgevoerd. Op diverse plekken worden de resultaten vergeleken met scores uit het bedrijfsleven, zoals gemeten in de *Nederlandse Innovatie Monitor*.[3] Met het bedrijfsleven wordt daarbij de Nederlandse bedrijvenpopulatie exclusief zzp'ers bedoeld, verspreid over sectoren variërend van industrie, bouw, handel en zakelijke dienstverlening tot informatie en communicatie en publieke dienstverlening. Tot slot worden verbanden tussen inputs, hefbomen en outputs van het innovatieproces in kaart gebracht met behulp van correlatie- en regressieanalyses. In aanvulling op de vragenlijst zijn 23 sleutelinformanten geïnterviewd in de deelnemende organisaties. De interviews zijn eerst per organisatie geanalyseerd en daarna organisatieoverstijgend, waarbij gecodeerde interviewdata geabstraheerd zijn tot terugkerende concepten en ten slotte tot een aantal thema's. Zie verdere toelichting in Bijlage C.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft een model voor het zorginnovatieproces. Hoofdstuk 3 bespreekt de resultaten voor elk van de onderdelen van dit model: inputs, hefbomen, en innovatie- en productiviteitsuitkomsten. Hoofdstuk 4 presenteert de bevindingen over de drie actuele thema's die in deze editie centraal staan. Hoofdstuk 5 verdiept de kwantitatieve resultaten aan de hand van interviews en geeft zo duiding aan het verhaal achter de cijfers. Hoofdstuk 6 vertaalt de bevindingen naar de innovatiepraktijk van zorgorganisaties en beschrijft het handelingsperspectief voor verdere verbetering.

2 Een volledige uitsplitsing naar functie is opgenomen in Tabel A.2.

3 De Nederlandse Innovatie Monitor (sinds 2008) is één van de grootste jaarlijkse vragenlijstonderzoeken naar innovatie binnen het bedrijfsleven in Nederland en wordt op initiatief van het Amsterdam Centre for Business Innovation (ACBI) tevens door SEO Economisch Onderzoek uitgevoerd. Zie: https://www.seo.nl/publicaties/nederlandse-innovatie-monitor-2025/ voor de laatste editie.

2 Het proces van (zorg)innovatie

Om zorgvernieuwing te begrijpen, is het van belang het innovatieproces als geheel te beschouwen: van investeringen in vernieuwing, via de organisatorische en technologische factoren die innovatie mogelijk maken, tot de uiteindelijke impact op innovatie en zorgproductiviteit. Centraal staan daarin vijf hefbomen die zorgorganisaties kunnen inzetten om hun innovatievermogen te versterken.

Om toekomstbestendig te zijn, moet de zorg leren om met minder mensen meer zorg te verlenen. Een *workaround-cultuur,* waarin om de uitdagingen heen wordt gewerkt (Tucker & Edmondson, 2003), biedt weinig ander perspectief dan harder werken. Innovatie, daarentegen, betekent dat we de werkwijzen en organisatie van zorg transformeren zodat we slimmer gaan werken. In de zorg staat afgelopen jaren met name de implementatiekracht in de belangstelling, dat wil zeggen, het vermogen om innovaties en technologie effectief te implementeren in de organisatie. Omdat gefragmenteerde innovaties vaak echter teleurstellende verbetering geven (Van Beers et al., 2026), kijken we in deze studie niet naar afzonderlijke interventies, maar op het niveau van organisaties: met de juiste kaders, cultuur, leiderschap en werkwijzen creëren zorgorganisaties een vruchtbare voedingsbodem waarbinnen innovatie kan gedijen. De mate waarin zorginstellingen zo'n infrastructuur realiseren die innovatie ondersteunt, heet het innovatievermogen van de organisatie (Adler et al., 2003).

Om het innovatievermogen binnen zorgorganisaties in samenhang te bestuderen, hanteren we in deze monitor een conceptueel model voor zorginnovatie (zie Figuur 2.1). Het model biedt een schematische weergave van hoe innovatie binnen zorgorganisaties tot stand komt en aan welke interne knoppen organisaties kunnen draaien om innovatie te versterken. De externe omgeving waarin zorgorganisaties opereren (zoals bijvoorbeeld wet- en regelgeving en/of landelijk beleid), en waarop individuele zorgaanbieders slechts beperkt invloed kunnen uitoefenen, wordt daarbij als gegeven verondersteld. Hieronder bespreken we de verschillende onderdelen van het model en plaatsen we deze in de context van de wetenschappelijke managementliteratuur en de zorgpraktijk.

De *inputs* van het innovatieproces worden gevormd door investeringen in verschillende vormen van vernieuwing, zoals onderzoek en ontwikkeling (R&D), ontwikkeling van personeel, vernieuwende informatie en communicatietechnologieën en verduurzaming. De kern van het model wordt gevormd door de *hefbomen*: organisatorische kenmerken en werkwijzen die het innovatievermogen van een organisatie bepalen. Dit innovatievermogen bepaalt in welke mate investeringen worden omgezet in *succesvolle innovatie* (eerste-orde-uitkomsten) en uiteindelijk bijdragen aan een *hogere productiviteit van de zorgverlening* (tweede-orde-uitkomsten).

In lijn met Volberda et al. (2013; 2019) onderscheiden we in het model vijf hefbomen waarmee organisaties hun innovatievermogen kunnen versterken:

- **flexibel organiseren** (zelforganisatie);
- **dynamisch managen** (transformationeel leiderschap);
- **slimmer werken** (benutten van menselijk kapitaal);
- **co-creatie** (sociaal kapitaal – samenwerking binnen en buiten de organisatie);
- **technologie** (digitale transformatie).

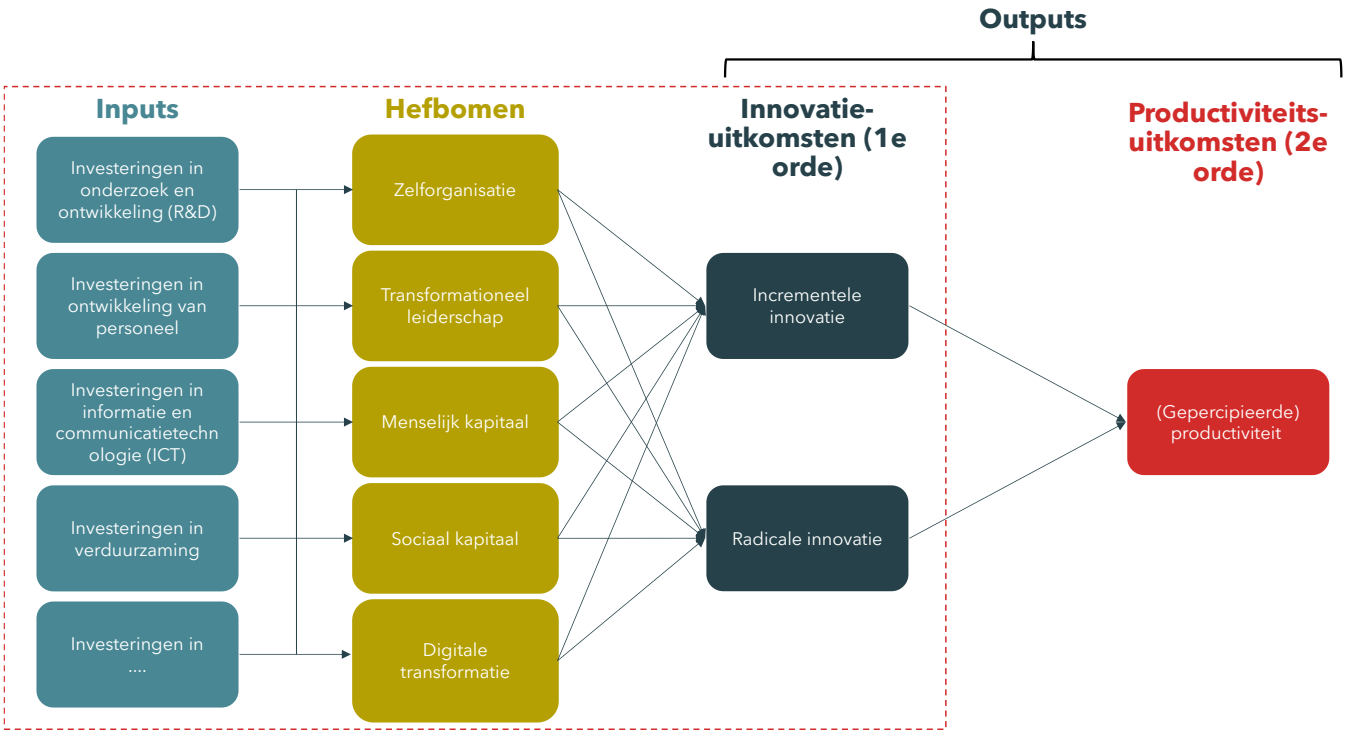
De eerste vier hefbomen gaan over 'sociale' innovatie: hoe we het werk organiseren, leidinggeven en met elkaar samenwerken. De vijfde hefboom gaat over 'technologische' innovatie: hoe digitale toepassingen helpen om zorg-

en werkprocessen te vernieuwen. Organisaties die deze hefbomen in samenhang inzetten, zijn beter in staat om nieuwe ideeën te herkennen, toe te passen en om te zetten in concrete verbeteringen van de zorg (Heij et al., 2013; Volberda et al., 2012).

Voor de innovatie-uitkomsten maken we een veelgebruikt (zie, bijv., Jansen et al., 2006) onderscheid naar:
- **radicale innovatie** (exploratieve innovatie);
- **incrementele innovatie** (exploitatieve innovatie).

Tot slot, wordt **zorgproductiviteit** gemeten met een schaal voor gepercipieerde productiviteit, waarbij de productiviteit wordt gerelateerd aan de productiviteit in het recente verleden en ten opzichte van gelijksoortige zorgaanbieders.

Figuur 2.1 Van investeringen in vernieuwing, via de manier van werken in de organisatie, naar zorguitkomsten



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Box 2.1 geeft een nadere omschrijving van de vijf hefbomen, twee innovatievormen en zorgproductiviteit, en de wijze waarop deze in de monitor zijn gemeten. De gebruikte meetschalen zijn gebaseerd op verschillende wetenschappelijke bronnen en aangepast aan de zorgcontext. Een volledige weergave van de meetschalen is opgenomen in Bijlage A.2. De betrouwbaarheid en validiteit van deze schalen zijn onderzocht met behulp van een exploratieve factoranalyse. De resultaten van deze analyse zijn eveneens opgenomen in de bijlage. De resultaten laten zien dat de gebruikte meetschalen, met enkele kleine aanpassingen, voldoende betrouwbaar en valide zijn voor de verdere analyses in dit rapport.

Box 2.1 Vijf hefbomen waarmee organisaties hun innovatievermogen kunnen versterken

Zelforganisatie
Binnen de zorg is bekend dat veranderingen die vanuit zorgprofessionals zelf worden geïnitieerd doorgaans op minder weerstand stuiten en dat zorgprofessionals waarde hechten aan invloed op veranderingen in hun werk (Nilsen et al., 2020). Zelforganisatie sluit hierbij aan door verantwoordelijkheden en beslissingsruimte zo laag mogelijk in de organisatie te beleggen. In organisaties waar zelforganisatie wordt toegepast, staan (deels) zelfsturende teams centraal en is leiderschap meer faciliterend en contextueel (Volberda et al., 2019). Vanuit de managementliteratuur wordt verondersteld dat autonome medewerkers beter in staat zijn kansen voor verbetering te signaleren, nieuwe ideeën te ontwikkelen en deze toe te passen (Amabile et al., 1996). Volberda et al. (2019) onderscheidt vier gradaties van zelforganisatie: door wie en wanneer het werk wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld zelfroosteren), hoe het werk wordt uitgevoerd, wat de inhoud van het werk is en waarom het werk wordt verricht. De meetschaal voor zelforganisatie in de monitor is gebaseerd op twee items uit de schaal van Birdi et al. (2016), aangevuld met twee items die betrekking hebben op de laatste twee gradaties van zelforganisatie (wat en waarom). De volledige schaal is opgenomen in Tabel A.3.

Menselijk en sociaal kapitaal
Innovatie begint bij de creativiteit van medewerkers en hun vermogen om nieuwe ideeën te ontwikkelen. In de literatuur worden menselijk en sociaal kapitaal beschouwd als twee belangrijke onderdelen van het intellectuele kapitaal van een organisatie (Subramaniam & Youndt, 2005). Menselijk kapitaal verwijst naar de kennis en vaardigheden van de medewerkers (Schultz, 1961). Sociaal kapitaal omvat het netwerk van relaties tussen medewerkers onderling (en met externe partners) en de mate waarin kennis ontstaat vanuit deze interacties (Nahapiet & Ghoshal, 1998). Zorginnovatie vereist vakinhoudelijke kennis en deskundigheid, en is gebaat bij samenwerking tussen disciplines, afdelingen en organisaties (Al-Saleem & Aldakheel, 2024). Organisaties met veel menselijk en sociaal kapitaal zijn daardoor beter in staat nieuwe kennis te ontwikkelen, te combineren en toe te passen in de praktijk. De meetschaal voor menselijk en sociaal kapitaal is gebaseerd op Subramaniam en Youndt (2005). Op basis van de overlappende inhoud van de oorspronkelijke items zijn beide schalen ingekort naar vier items. De volledige schalen zijn opgenomen in Tabel A.3.

Transformationeel leiderschap
Diverse studies wijzen op het type leiderschap als een belangrijke facilitator voor innovatie in de zorg (Al-Saleem & Aldakheel, 2024; Thijssen 2020; Foglia et al, 2019). Transformationeel leiderschap is een charismatische leiderschapsstijl, waarin de nadruk ligt op het creëren van lange termijn waarde door onder andere cultuurverandering (Bass & Avolio, 1993). Volgens Stone et al. (2004) is de transformationele leider primair gericht op de ontwikkeling van de organisatie, dóór de ontwikkeling van de individuele medewerker. De meetschaal voor transformationeel leiderschap is gebaseerd op de verkorte schaal van Carless et al. (2000). Voor de monitor zijn vier items geselecteerd op basis van de hoogste gerapporteerde factorladingen in deze studie. De volledige schaal is opgenomen in Tabel A.3.

Digitale transformatie
Digitale toepassingen, zoals elektronische patiëntendossiers, data-analyse en toepassingen van kunstmatige intelligentie (AI), bieden zorgorganisaties nieuwe mogelijkheden om de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg te verbeteren. Digitale transformatie verwijst naar de strategische inzet van dergelijke digitale technologieën met als doel om de processen substantieel te veranderen en daarmee de productiviteit en kwaliteit te verbeteren (Vial, 2019). De term 'transformatie' benadrukt dat de inzet van digitale technologieën leidt tot significante organisatiebrede veranderingen, die verder gaan dan het simpelweg digitaliseren van (bestaande) processen (Singh & Hess, 2017). In deze context wordt vaak gesproken over een integrale digitale strategie die de prioritering, coördinatie en implementatie van digitale technologieën op strategisch niveau omvat (Bharadwaj et al., 2013, Matt et al., 2015). De meetschaal voor digitale transformatie is gebaseerd op de vier dimensies die Matt et al. (2015) onderscheiden: de adoptie van nieuwe digitale technologieën, nieuwe vormen van waardecreatie, organisatorische veranderingen en financieel-strategische aspecten. In de Nederlandse Innovatie Monitor is op basis hiervan een verkorte schaal ontwikkeld (De Jong et al., 2020), die in latere edities verder is aangescherpt. De volledige schaal is opgenomen in Tabel A.3.

Exploratieve en exploitatieve innovatie
Exploratieve innovaties zijn erop gericht om *nieuwe* markten en consumenten aan te boren, terwijl exploitatieve innovaties incrementele verbeteringen zijn waarmee *bestaande* markten en consumenten beter bediend worden (Jansen et al., 2006). In de zorg kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de ontwikkeling van een geheel nieuwe digitale zorgdienst (exploratie). versus het verbeteren van een bestaand zorgproces (exploitatie). Een belangrijk kenmerk van exploratieve innovatie is dat er expliciet afgeweken wordt van de bestaande kennis in de organisatie, terwijl exploitatieve innovatie daar juist op voortbouwt (Benner & Tushman, 2003). Jansen et al. (2006; 2009) hebben een schaal ontworpen voor het meten van beide typen innovaties bestaande uit vier items voor exploratieve innovatie en vier items voor exploitatieve innovatie. De in totaal acht items zijn integraal opgenomen in de monitor. De volledige schaal is opgenomen in Tabel A.3.

Zorgproductiviteit
Voor het meten van zorgproductiviteit wordt respondenten gevraagd een algemene beoordeling te geven van de productiviteit van de eigen organisatie én van de productiviteit ten opzichte van vergelijkbare zorginstellingen en het recente verleden. Dit is een gangbare methode voor het meten van gepercipieerde productiviteit in de wetenschappelijke managementliteratuur (zie o.a. Jaworski & Kohli, 1993; Song & Parry, 1997; Song et al., 2011). Deze meer subjectieve maatstaf van productiviteit hanteren we als complementair aan objectieve maatstaven, zoals het aantal zorgactiviteiten of het aantal toegevoegde extra levensjaren in goede gezondheid (QALY's) per fte. De schaal die is opgenomen in de monitor is in lijn met de methode van Jaworski & Kohli (1993) en telt twee items, die ook worden gebruikt in Volberda et al. (2012). De volledige schaal is opgenomen in Tabel A.3.

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

3 Innovatievermogen in de Nederlandse zorg

Zorgorganisaties scoren relatief hoog op de sociale hefbomen van innovatie, terwijl digitale transformatie achterblijft. Innovatie krijgt vooral vorm in verbetering van bestaande zorg; fundamentele vernieuwing blijft beperkter en verschilt sterk tussen organisaties. Over de hele linie zijn investeringen, het innovatievermogen en innovatie-uitkomsten vergelijkbaar met die in het bedrijfsleven.

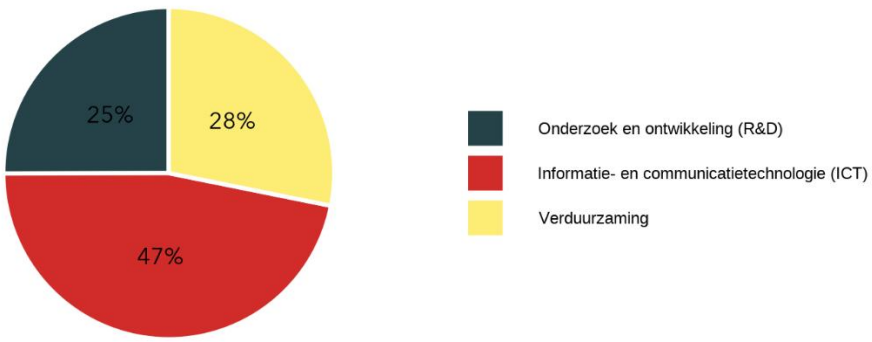
Dit hoofdstuk schetst de stand van het innovatievermogen van de deelnemende zorgorganisaties aan de hand van een beschrijvende analyse van de verzamelde gegevens uit de monitor. Daarbij volgen we de opbouw van het conceptuele model voor zorginnovatie (zie Figuur 2.1). Achtereenvolgens bespreken we de investeringen in vernieuwing, de sociale en technologische hefbomen die het innovatievermogen bepalen en de innovatie- en productiviteitsuitkomsten. Het hoofdstuk besluit met een verkenning van de verbanden tussen de verschillende onderdelen van het model.

3.1 Investeringen in vernieuwing

Het innovatieproces begint met investeringen in vernieuwing. Om deze investeringen in kaart te brengen, is aan managers en leden van het algemeen bestuur gevraagd hoe de investeringen van hun organisatie in de afgelopen drie jaar zijn verdeeld over verschillende investeringscategorieën. Figuur 3.1 toont de onderlinge verhouding tussen drie categorieën die eenduidig met elkaar konden worden vergeleken: onderzoek en ontwikkeling (R&D), informatie- en communicatietechnologie (ICT) en verduurzaming. De figuur geeft daarmee niet de verdeling van alle investeringen weer, maar uitsluitend de relatieve verdeling binnen deze drie categorieën.

Binnen deze drie categorieën vormt ICT met 47 procent de grootste investeringscategorie. Verduurzaming is goed voor 28 procent van de investeringen en R&D voor 25 procent. Dit suggereert dat investeringen in digitale technologie en informatievoorziening momenteel het zwaartepunt vormen binnen de gemeten investeringen in zorgvernieuwing. Tegelijkertijd nemen ook verduurzaming en R&D een substantieel aandeel voor hun rekening, wat erop wijst dat zorgorganisaties over de breedte investeren in vernieuwing.

Figuur 3.1 Binnen R&D, ICT en verduurzaming gaat het grootste aandeel investeringen naar ICT



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026
Noot: Figuur toont gemiddelde op respondentniveau. Deze vraag is alleen voorgelegd aan managers en leden van het algemeen bestuur (n=91).

Zorgorganisaties geven daarnaast aan substantieel te investeren in personeel en persoonlijke ontwikkeling ten behoeve van zorgvernieuwing. Een indicatieve bandbreedte is dat deze investeringen tussen de 20 en 40 procent van de totale investeringen bedragen, met een middelpunt rond de 30 procent. Dit onderstreept dat managers en bestuurders investeringen in menselijk kapitaal beschouwen als een belangrijke pijler van zorginnovatie.

Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar in het bredere bedrijfsleven. De Nederlandse Innovatie Monitor 2025 laat zien dat ook daar relatief veel wordt geïnvesteerd in ICT, gevolgd door verduurzaming, R&D en personeelsontwikkeling (De Jong et al., 2025). De verdeling van de investeringen in vernieuwing lijkt daarmee in de zorg sterk op die in het Nederlandse bedrijfsleven.

3.2 Sociale en technologische hefbomen

Na de investeringen in vernieuwing vormen de sociale en technologische hefbomen de tweede bouwsteen van het conceptuele model. Deze hefbomen bepalen het innovatievermogen van een organisatie: de mate waarin investeringen worden omgezet in succesvolle innovatie. Om het innovatievermogen van zorgorganisaties in kaart te brengen, zijn respondenten bevraagd over de vijf hefbomen uit het model. Figuur 3.2 toont de verdeling van de scores op de vijf hefbomen van innovatie.

De sociale hefbomen van innovatie worden gemiddeld hoger beoordeeld dan de technologische hefboom. Sociaal kapitaal komt naar voren als de sterkste hefboom, gevolgd door menselijk kapitaal, transformationeel leiderschap en zelforganisatie. Dit suggereert dat respondenten de samenwerking binnen en buiten de organisatie, de aanwezige kennis en vaardigheden, het leiderschap en de ruimte voor eigen initiatief en zelfsturende teams overwegend positief beoordelen.[4] De verschillen tussen de hoogste en laagste instellingsscore zijn bij de sociale hefbomen relatief beperkt. Het verschil tussen de hoogste en laagste instellingsscore is het kleinst bij zelforganisatie, wat duidt op relatief beperkte verschillen tussen de deelnemende zorgorganisaties op deze hefboom.

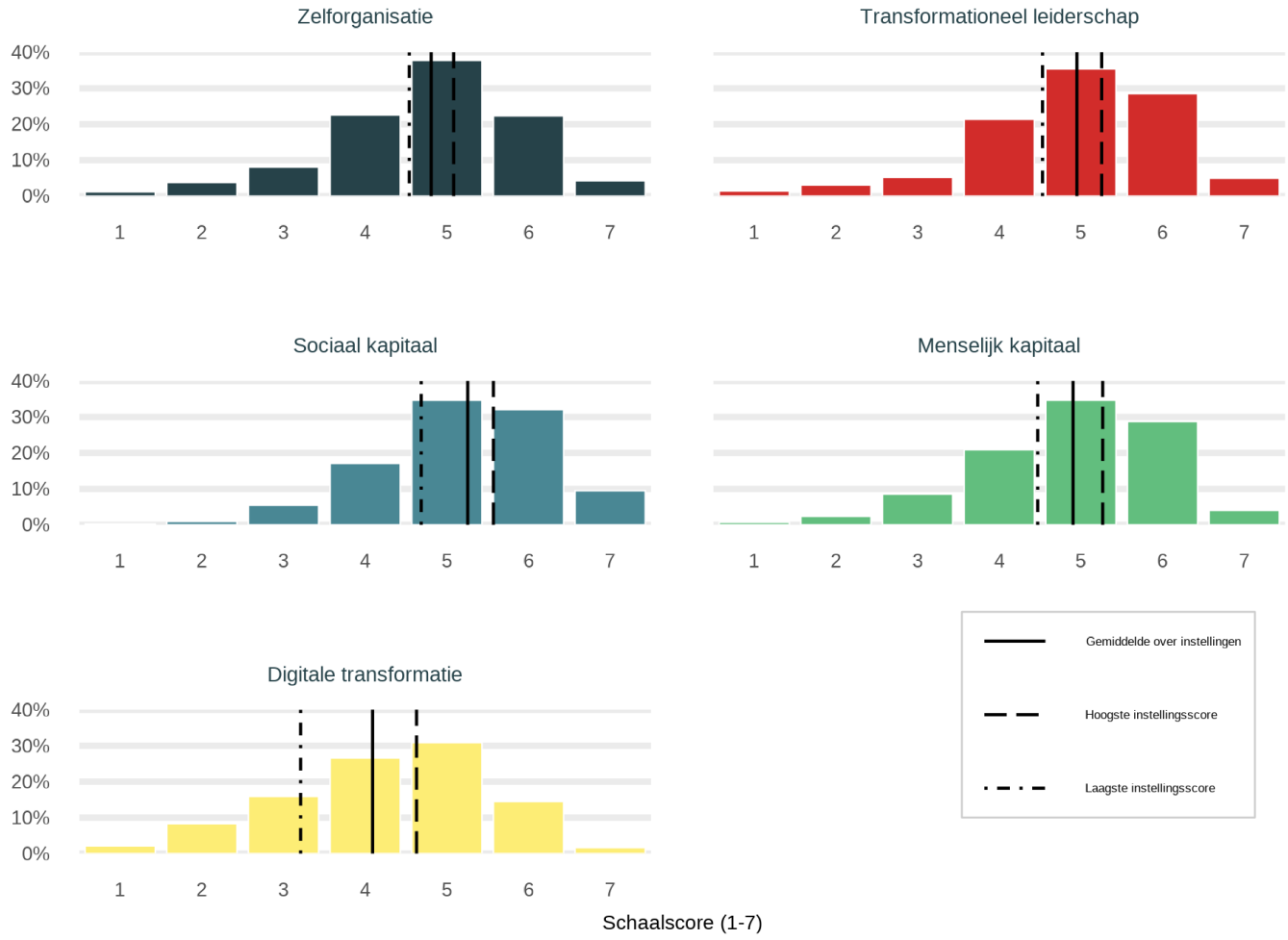
Digitale transformatie scoort gemiddeld lager dan de sociale hefbomen. Waar de sociale hefbomen relatief vaak hoge scores behalen, ligt het zwaartepunt van de verdeling bij digitale transformatie lager. Dit suggereert dat de strategische en organisatiebrede inzet van digitale technologieën binnen de deelnemende zorgorganisaties minder ver is ontwikkeld dan de sociale aspecten van innovatie. Ook is het verschil tussen de hoogste en laagste instellingsscore bij digitale transformatie groter dan bij de andere hefbomen. De deelnemende zorgorganisaties verschillen dus vooral in de mate waarin digitale transformatie is ontwikkeld. Daarmee lijkt digitale transformatie een relatief minder sterk ontwikkeld onderdeel van het innovatievermogen van zorginstellingen. Tegelijkertijd laat de vorige paragraaf zien dat juist in ICT relatief veel wordt geïnvesteerd. Dit suggereert dat zorgorganisaties actief investeren in het verder brengen van hun digitale transformatie.

Een vergelijking met de meest recente beschikbare metingen uit de Nederlandse Innovatie Monitor laat zien dat de scores voor de zorg en het bredere bedrijfsleven overwegend dicht bij elkaar liggen. De score voor digitale transformatie is met 4,2 gelijk aan de meest recente meting voor het bedrijfsleven (De Jong et al., 2022). Ook de scores voor zelforganisatie komen overeen (4,9, De Jong et al., 2020). Voor menselijk en sociaal kapitaal en voor leiderschap liggen de scores in de zorg iets lager dan in het bedrijfsleven (De Jong et al., 2020), maar de verschillen

[4] De keuze voor respondent- of instellingweging verandert het algemene beeld nauwelijks. De gemiddelden over respondenten en instellingen liggen dicht bij elkaar. Alleen bij digitale transformatie ligt het respondentgemiddelde iets hoger. Dit wijst erop dat instellingen met relatief veel respondenten gemiddeld iets hoger scoren op digitale transformatie dan instellingen met minder respondenten.

zijn beperkt. Een eerdere sectorspecifieke vergelijking liet juist zien dat de zorg gemiddeld hoger scoorde op sociale innovatie dan het bedrijfsleven (Volberda et al., 2012). Deze vergelijkingen dienen indicatief te worden geïnterpreteerd, omdat de metingen niet in dezelfde jaren zijn uitgevoerd en de gebruikte meetschalen op onderdelen verschillen.[5, 6]

Figuur 3.2 De sociale hefbomen van innovatie scoren hoger dan de technologische hefboom



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De histogrammen tonen de verdeling van de scores op respondentniveau, waarbij het cijfer 1 staat voor de laagst haalbare score en het cijfer 7 voor de hoogst haalbare score. De doorgetrokken verticale lijn geeft het instellingsgewogen gemiddelde weer, berekend als het gemiddelde van de instellingsgemiddelden (zelforganisatie: 4,81; transformationeel leiderschap: 4,95; sociaal kapitaal: 5,26; menselijk kapitaal: 4,90; digitale transformatie: 4,09). De overige verticale lijnen tonen de bandbreedte waarin alle instellingen vallen (hoogste en laagste instellingsscore).

5 De vergelijking is gebaseerd op de meest recente beschikbare metingen uit de Nederlandse Innovatie Monitor. De verschillende hefbomen zijn niet in hetzelfde jaar gemeten en enkele meetschalen zijn in de loop der tijd aangepast. De vergelijking is daarom indicatief en geeft uitsluitend een indruk van de relatieve positie van de zorg ten opzichte van het bredere bedrijfsleven.

6 Voor de vergelijking tussen de resultaten van deze monitor en de meting van zorginnovatie in 2012 (Volberda et al., 2012) geldt daarbij dat ook de deelnemende instellingen in de steekproef verschillen.

Uitsplitsing naar functiegroep

Om te onderzoeken of de hefbomen verschillend worden beoordeeld naar functie, zijn de 421 respondenten ingedeeld in drie functiegroepen. *Management en algemeen bestuur* omvat managers en respondenten uit het algemeen bestuur. *Zorgprofessionals en zorgondersteuning* omvat medici, verpleegkundigen, paramedici en medewerkers in zorgondersteunende functies. *Staf- en ondersteunende functies* omvat medewerkers op het gebied van IT, facilitair, beleid en advies en onderzoek, en respondenten met een overige functie. Hieronder bespreken we de verschillen tussen de drie functiegroepen voor de vijf hefbomen van innovatie.[7] Het gaat hierbij om ongecorrigeerde verschillen. Deze kunnen daarom niet alleen samenhangen met de functie van respondenten, maar bijvoorbeeld ook met andere respondentkenmerken of met verschillen in de samenstelling van de functiegroepen tussen de deelnemende zorgorganisaties.

De grootste verschillen doen zich voor bij de hefbomen zelforganisatie en sociaal kapitaal. De gemiddelde score voor zelforganisatie ligt onder zorgprofessionals 0,77 punt lager dan onder medewerkers in staf- en ondersteunende functies. Onder management ligt deze score gemiddeld 0,42 punt lager dan onder staf- en ondersteunende functies, maar 0,36 punt hoger dan onder zorgprofessionals. Voor sociaal kapitaal ligt de gemiddelde score onder zorgprofessionals en management respectievelijk 0,54 en 0,47 punt lager dan onder staf- en ondersteunende functies. Bij de overige hefbomen zijn kleinere verschillen zichtbaar. Onder zorgprofessionals ligt de gemiddelde score 0,29 punt lager voor menselijk kapitaal, 0,28 punt lager voor leiderschap en 0,34 punt lager voor digitale transformatie dan onder medewerkers in staf- en ondersteunende functies. Daarnaast ligt de gemiddelde score voor leiderschap onder management 0,38 punt hoger dan onder zorgprofessionals.

Over het geheel genomen beoordelen zorgprofessionals de sociale en technologische hefbomen van innovatie dus minder positief dan medewerkers in andere functies. Het verschil is het grootst bij zelforganisatie. Zorgprofessionals ervaren daarmee minder ruimte om zelf beslissingen te nemen over de inrichting en uitvoering van hun werk. Ook beoordelen zij het sociaal kapitaal lager, wat erop wijst dat zij de onderlinge relaties en kennisuitwisseling binnen en buiten de organisatie als minder sterk ervaren. De lagere scores voor menselijk kapitaal, leiderschap en digitale transformatie passen in dit bredere beeld. Opvallend is daarnaast dat ook het management op zelforganisatie en sociaal kapitaal lager scoort dan medewerkers in staf- en ondersteunende functies. De verschillen lijken daarmee niet uitsluitend samen te hangen met een onderscheid tussen leidinggevende en niet-leidinggevende functies, maar ook met de positie en aard van het werk binnen de organisatie.

Dat functiegroepen de hefbomen van innovatie verschillend beoordelen, kan worden geplaatst in bredere organisatiekundige literatuur over innovatie-implementatie. Klein en Sorra (1996) benadrukken dat de effectieve implementatie van een innovatie niet alleen afhankelijk is van een formeel besluit om deze in te voeren, maar ook van een organisatieklimaat waarin het gebruik ervan wordt ondersteund en van de aansluiting bij de waarden van de beoogde gebruikers. Zij bespreken daarbij dat ervaringen en opvattingen over innovatie kunnen verschillen tussen groepen met uiteenlopende functionele rollen of posities binnen de organisatie. Ook ander onderzoek laat zien dat managers en medewerkers organisatorische ondersteuning en implementatievoorwaarden niet altijd op dezelfde manier beoordelen (Bashshur et al., 2011; Shuman et al., 2023). Hoewel de context van deze studies verschilt wijzen zij erop dat de functie of rol van respondenten van belang kan zijn voor de manier waarop organisatorische voorwaarden worden ervaren. De uitkomsten van de Zorginnovatiemonitor laten daarmee vooral verschillen in perceptie tussen functiegroepen zien; over de achterliggende verklaringen kan op basis van deze analyse geen uitspraak worden gedaan.

---

7 De volledige resultaten van de paarsgewijze vergelijkingen zijn opgenomen in Bijlage B: de gemiddelde scores per functiegroep zijn opgenomen in Tabel B.1 en Tabel B.2 toont de geschatte onderlinge verschillen tussen de functiegroepen op basis van de OLS-analyses.

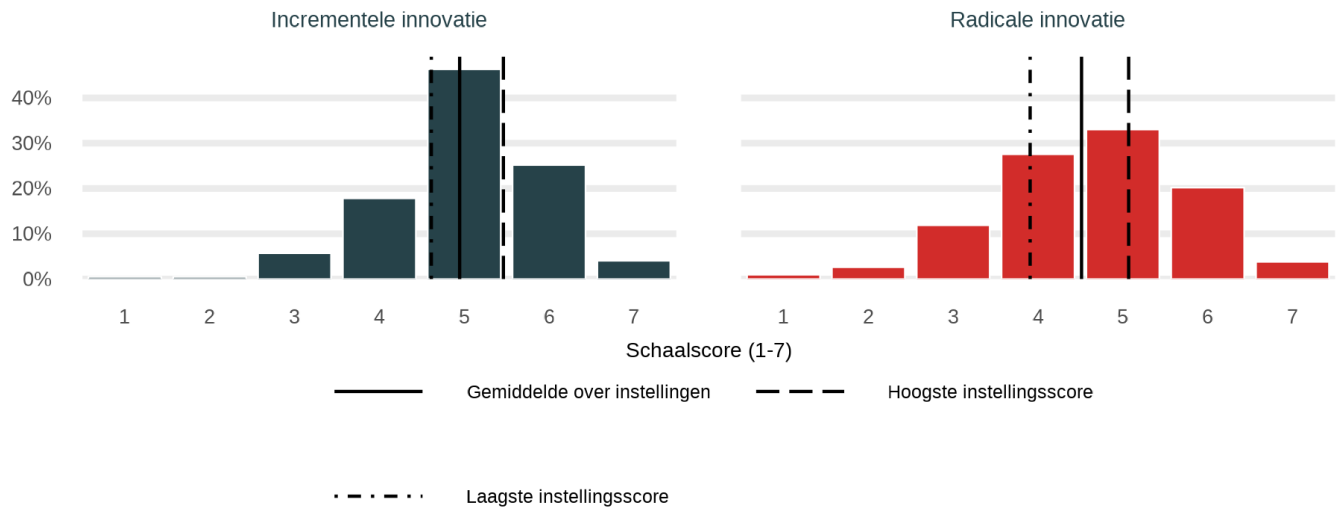
3.3 Innovatie-uitkomsten

Innovatie vormt de eerste-orde-uitkomst van het conceptuele model. Het geeft weer in welke mate investeringen in vernieuwing en het innovatievermogen van een organisatie daadwerkelijk leiden tot nieuwe of verbeterde zorgproducten, -diensten en -processen. In deze monitor onderscheiden we twee vormen van innovatie: incrementele en radicale innovatie. Incrementele innovatie richt zich op de verbetering van bestaande zorgdiensten, behandelprotocollen en werkprocessen voor bestaande patiënten en cliënten. Radicale innovatie richt zich op het bereiken van nieuwe patiënten of cliënten met fundamenteel nieuwe zorgproducten of -diensten. Figuur 3.3 toont de verdeling van de scores op beide innovatie-uitkomsten.

Incrementele innovatie (4,95) scoort gemiddeld iets hoger dan radicale innovatie (4,51). Respondenten geven dus vaker aan dat hun organisatie bestaande zorgprocessen, diensten en werkwijzen verbetert dan dat zij fundamenteel nieuwe zorgproducten of -diensten ontwikkelt. Dit patroon past bij de innovatieliteratuur en reflecteert dat radicale innovatie moeilijker is en meer onzekerheid, inspanning en risico met zich meebrengt doordat wordt afgeweken van bestaande routines, terwijl incrementele innovatie voortbouwt op bestaande kennis en werkwijzen. Deze bevinding is tevens in lijn met de Nederlandse Innovatie Monitor 2025, waarin exploitatie in het bredere bedrijfsleven eveneens hoger scoort dan exploratie (De Jong et al., 2025).

De antwoorden op incrementele innovatie concentreren zich sterker rond de hogere middenscores, terwijl de scores op radicale innovatie meer uiteenlopen. Ook het verschil tussen de hoogste en laagste gemiddelde instellingsscore is bij radicale innovatie groter. Dit wijst erop dat de deelnemende zorgorganisaties sterker van elkaar verschillen in de mate waarin zij fundamenteel vernieuwende zorginnovatie realiseren dan in de mate waarin zij het bestaande zorgaanbod verbeteren.

Figuur 3.3 Incrementele innovatie scoort hoger dan radicale innovatie



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De histogrammen tonen de verdeling van de scores op respondentniveau, waarbij het cijfer 1 staat voor de laagst haalbare score en het cijfer 7 voor de hoogst haalbare score. De doorgetrokken verticale lijn geeft het instellingsgewogen gemiddelde weer, berekend als het gemiddelde van de instellingsgemiddelden (incrementele innovatie: 4,95; radicale innovatie: 4,51). De overige verticale lijnen tonen de bandbreedte waarin alle instellingen vallen (hoogste en laagste instellingsscore).

Uitsplitsing naar functiegroep

Ook voor de twee vormen van innovatie zijn verschillen tussen de drie functiegroepen onderzocht.[8] De gemiddelde scores voor de innovatie-uitkomsten verschillen op enkele punten tussen de functiegroepen. Voor incrementele innovatie ligt de gemiddelde score onder management en algemeen bestuur 0,32 punt hoger dan onder zorgprofessionals. De verschillen van beide groepen ten opzichte van staf- en ondersteunende functies zijn niet statistisch significant.

Voor radicale innovatie ligt de gemiddelde score onder zorgprofessionals 0,40 punt lager dan onder medewerkers in staf- en ondersteunende functies. Daarnaast ligt de gemiddelde score onder management en algemeen bestuur 0,26 punt hoger dan onder zorgprofessionals en zorgondersteuning. Tussen management en staf- en ondersteunende functies wordt geen statistisch significant verschil gevonden.

Over het geheel genomen beoordelen zorgprofessionals de mate van innovatie binnen hun organisatie daarmee minder positief dan management en staf- en ondersteunende functies. Dit verschil is het duidelijkst zichtbaar bij radicale innovatie. Een mogelijke verklaring is dat fundamentele vernieuwing niet door alle medewerkers op hetzelfde moment wordt waargenomen of ervaren. Innovaties kunnen bijvoorbeeld op organisatie- of afdelingsniveau worden ontwikkeld, zonder dat deze al zichtbaar zijn in de dagelijkse zorgpraktijk.

Omzet uit (fundamenteel) nieuwe zorgproducten en/of -diensten

Een andere indicator voor innovatie-uitkomsten is de mate waarin zorgvernieuwing zich vertaalt in nieuwe of verbeterde zorgproducten en -diensten. Om dit in kaart te brengen, is aan managers en leden van de raad van bestuur gevraagd welk deel van de omzet van hun organisatie afkomstig is uit bestaande, verbeterde en nieuwe zorg. Figuur 3.4 toont de gemiddelde verdeling van deze omzetcategorieën.

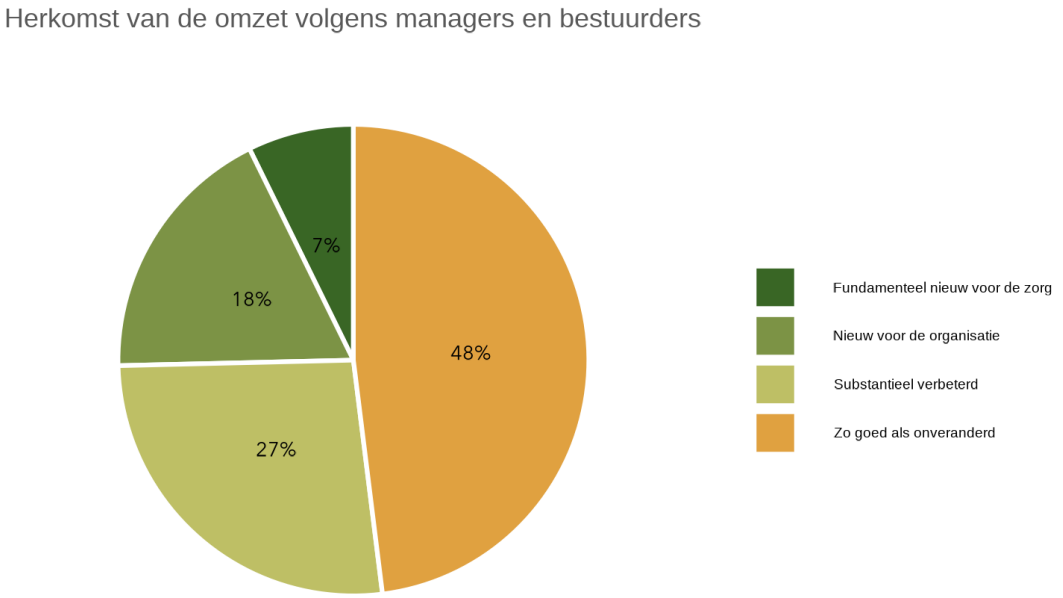
Bijna de helft van de omzet (48 procent) komt voort uit zorgproducten en -diensten die de afgelopen drie jaar nauwelijks zijn veranderd. Daarnaast is 27 procent afkomstig uit substantieel verbeterde zorg. Een kwart van de omzet komt uit zorg die nieuw is voor de organisatie of voor de zorgsector als geheel. Daarvan is 18 procent afkomstig uit zorgproducten en -diensten die nieuw zijn voor de eigen organisatie, maar niet voor de zorgsector, terwijl 7 procent voortkomt uit zorgproducten en -diensten die fundamenteel nieuw zijn voor de zorgsector.

Deze verdeling sluit aan bij de eerdere bevindingen over de innovatie-uitkomsten. Zorgvernieuwing vertaalt zich vooral in de verbetering en vernieuwing van het bestaande zorgaanbod, terwijl fundamenteel nieuwe zorg een relatief beperkt aandeel van de omzet vertegenwoordigt. Daarmee bevestigt deze indicator het beeld uit Figuur 3.3 dat incrementele innovatie binnen zorgorganisaties sterker is ontwikkeld dan radicale innovatie.

Tegelijkertijd wijst dit op relatief veel omzet uit vernieuwde zorgproducten en -diensten in vergelijking met het bredere bedrijfsleven. Dat blijkt vooral uit het relatief lage aandeel omzet uit zo goed als onveranderde zorg: 48 procent. In vijf van de zes sectoren uit de Nederlandse Innovatie Monitor 2025 ligt dit aandeel hoger; alleen de ICT-sector kent een lager aandeel (32 procent). De categorie 'substantieel verbeterd' is met 27 procent groter dan in alle zes sectoren uit de monitor voor het bedrijfsleven. Fundamenteel nieuwe zorg blijft beperkt en ligt met 7 procent in dezelfde orde van grootte als in de sectoren industrie, agro en energie, handel en logistiek, terwijl de ICT-sector bijna een kwart van de omzet uit deze categorie weet te halen (De Jong et al., 2025).

8 Wederom zijn de volledige resultaten van de paarsgewijze vergelijkingen opgenomen in Bijlage B.

Figuur 3.4 Kwart van de omzet komt uit zorgproducten en –diensten die nieuw zijn voor de organisatie of sector



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026
Noot: Figuur toont gemiddelde op respondentniveau. Deze vraag is alleen voorgelegd aan managers en leden van het algemeen bestuur (n=91).

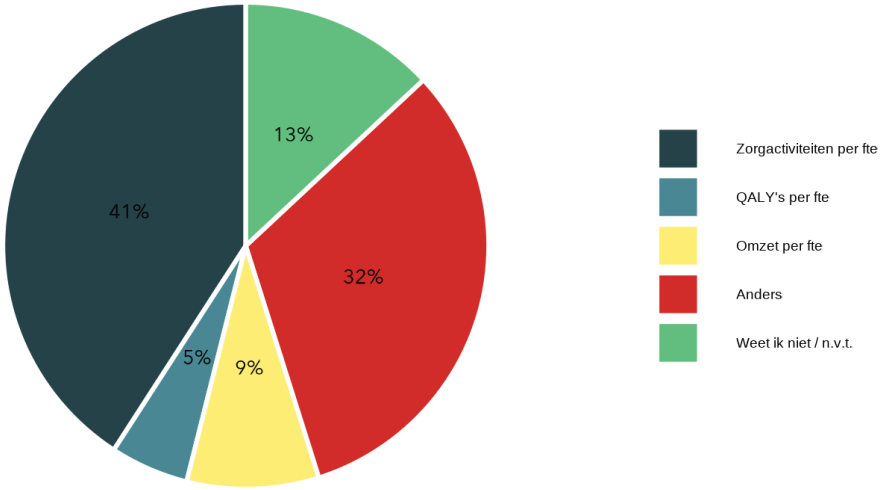
3.4 Zorgproductiviteit

De productiviteit van de zorg vormt de uiteindelijk beoogde impact in het model. Omdat het begrip zorgproductiviteit in de praktijk op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd, is respondenten eerst gevraagd hoe zij productiviteit binnen hun organisatie definiëren.

Figuur 3.5 laat zien dat 41 procent van de respondenten productiviteit definieert als het aantal zorgactiviteiten per fte. Een kleiner deel kijkt naar omzet per fte (9 procent) of QALY's per fte (5 procent). Daarnaast geeft 13 procent aan de productiviteit niet goed te kunnen definiëren of dat de vraag niet van toepassing is op de eigen functie of afdeling.

Een aanzienlijk deel van de respondenten hanteert een andere, vaak afdelingsspecifieke, definitie van productiviteit. Na hercodering valt 32 procent in de categorie ‘anders’. De open antwoorden laten zien dat respondenten hierbij onder meer verwijzen naar afdelingsspecifieke KPI’s, projectdoelen, kwaliteit van dienstverlening, onderzoeks- en opleidingsoutput, capaciteitsbenutting en het afhandelen van meldingen of interne verzoeken. Deze brede interpretatie hangt waarschijnlijk mede samen met de samenstelling van de respons (zie Tabel A.2). Ongeveer de helft van de respons bestaat uit managers, bestuurders of medewerkers in staf-, beleids-, onderzoeks- en ondersteunende functies. Voor deze respondenten sluit productiviteit niet altijd direct aan bij zorgactiviteiten, omzet of gezondheidswinst per fte. De uitsplitsing naar functiegroep in Figuur C.1 in de bijlage sluit hierbij aan. Zorgprofessionals definiëren productiviteit relatief vaak als het aantal zorgactiviteiten per fte, terwijl staf- en ondersteunende functies vaker een andere definitie hanteren of aangeven dat het begrip niet goed toepasbaar is. Bij management en algemeen bestuur is het beeld meer verdeeld.

Figuur 3.5 Ruim 40 procent definieert zorgproductiviteit als zorgactiviteiten per fte



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: Deze figuur toont de verdeling op respondentniveau. De vraag luidde: "Hoe definieer je de productiviteit van [afdeling/organisatie]?" Voor medewerkers had de vraag betrekking op de afdeling waar zij werkzaam zijn; voor leden van het algemeen bestuur had de vraag betrekking op de organisatie als geheel. Respondenten konden één antwoordcategorie kiezen. De categorie 'Weet ik niet / n.v.t.' is gebaseerd op een hercodering van open antwoorden bij 'Anders, namelijk'.

Figuur 3.6 toont de verdeling van de scores op gepercipieerde zorgproductiviteit. Respondenten beoordelen de zorgproductiviteit gemiddeld gematigd positief. De meeste antwoorden liggen rond het midden van de schaal, met een duidelijke concentratie bij score 4 en daarnaast relatief veel scores 5 en 6. Zeer lage en zeer hoge scores komen minder vaak voor. Dit wijst erop dat respondenten de productiviteit niet uitgesproken laag beoordelen, maar ook niet massaal zeer hoog inschatten.[9] Het verschil tussen de hoogste en laagste gemiddelde instellingsscore laat zien dat de beoordeling van de zorgproductiviteit tussen de deelnemende zorgorganisaties enigszins uiteenloopt.

Een voorzichtige vergelijking met de Nederlandse Innovatie Monitor 2025 laat zien dat de gepercipieerde productiviteit in de zorg lager lijkt te liggen dan de gepercipieerde bedrijfsprestaties in het bredere bedrijfsleven (De Jong et al., 2025). Die vergelijking vraagt terughoudendheid, omdat zorginstellingen anders worden gefinancierd en andere doelen nastreven dan bedrijven. In de zorg gaat het niet alleen om financiële prestaties, maar ook om doelmatige, toegankelijke en betaalbare zorg.

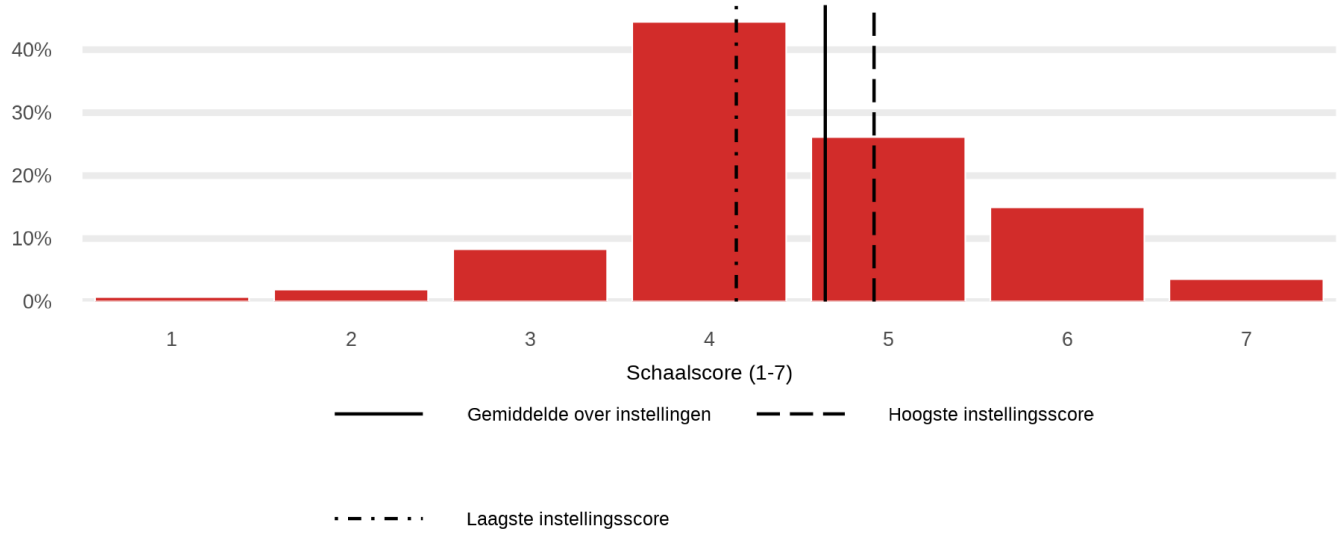
Uitsplitsing naar functiegroep

Voor gepercipieerde zorgproductiviteit worden geen statistisch significante verschillen tussen de functiegroepen gevonden.[10] De gemiddelde score bedraagt 4,64 onder medewerkers in staf- en ondersteunende functies, 4,68 onder zorgprofessionals en 4,80 onder management en algemeen bestuur. Hoewel de gemiddelde score onder management iets hoger ligt, zijn de onderlinge verschillen klein en statistisch niet significant.

9 Ook hier verandert het beeld nauwelijks wanneer instellingen in plaats van respondenten even zwaar meetellen. De gemiddelde score over instellingen (4,65) ligt dicht bij het gemiddelde over respondenten (4,70). De beoordeling van zorgproductiviteit wordt dus niet sterk bepaald door enkele instellingen met relatief veel respondenten.

10 Zie de volledige resultaten van de paarsgewijze vergelijkingen opgenomen in Bijlage B.

Figuur 3.6 Verdeling van de scores op zorgproductiviteit



Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: Het histogram toont de verdeling van de scores op respondentniveau, waarbij het cijfer 1 staat voor de laagst haalbare score en het cijfer 7 voor de hoogst haalbare score. De doorgetrokken verticale lijn geeft het instellingsgewogen gemiddelde weer, berekend als het gemiddelde van de instellingsgemiddelden (zorgproductiviteit: 4,65). De overige verticale lijnen tonen de bandbreedte waarin alle instellingen vallen (hoogste en laagste instellingsscore).

3.5 Verbanden tussen inputs, hefbomen en outputs

Correlatiematrix

Om de samenhang tussen inputs, hefbomen, innovatie-uitkomsten en gepercipieerde productiviteit te verkennen, analyseren we eerst de onderlinge correlaties. Deze geven een beschrijvend beeld van de mate waarin hogere scores op het ene onderdeel van het conceptuele model samengaan met hogere of lagere scores op een ander onderdeel. Vervolgens verdiepen we deze analyse met regressiemodellen.

De correlaties zijn berekend op respondentniveau, zonder weging naar instelling. Daarbij verschilt het niveau waarop respondenten de vragen hebben beantwoord: leden van het algemeen bestuur beoordelen de organisatie als geheel, terwijl de vragen voor andere respondenten betrekking hebben op hun afdeling of directe werkomgeving. De investeringsvragen zijn alleen voorgelegd aan managers en leden van het algemeen bestuur. Correlaties met de inputs (investeringen) zijn daarom gebaseerd op maximaal 91 respondenten; voor de hefbomen en uitkomsten is dit maximaal 421. Door de *pairwise* berekening kan het precieze aantal waarnemingen per correlatie verschillen.

Tabel 3.3 laat zien dat de vier investeringscategorieën onderling negatief samenhangen. De sterkste negatieve samenhang bestaat tussen investeringen in personeelsontwikkeling en ICT (-0,60) gevolgd door die tussen personeelsontwikkeling en verduurzaming (-0,47). Dit patroon is het gevolg van de opzet van de vraag: doordat respondenten de totale investeringen over verschillende categorieën moesten verdelen, laat een groter aandeel voor de ene categorie automatisch minder ruimte over voor andere categorieën.

Tabel 3.1 Correlatiematrix van input-, hefboom- en uitkomstmaten

Construct	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
A. Inputs												
1. Investeringen in R&D	1											
2. Investeringen in ontwikkeling personeel	-0,25	1										
3. Investeringen in ICT	-0,18	-0,60	1									
4. Investeringen in verduurzaming	-0,04	-0,47	-0,18	1								
B. Hefbomen												
5. Zelforganisatie	0,10	0,12	-0,06	-0,15	1							
6. Transformationeel leiderschap	0,09	0,08	-0,19	-0,04	0,37	1						
7. Menselijk kapitaal	0,05	0,14	-0,13	-0,14	0,44	0,49	1					
8. Sociaal kapitaal	0,05	0,07	-0,14	-0,01	0,54	0,48	0,66	1				
9. Digitale transformatie	0,09	-0,07	0,03	-0,11	0,22	0,36	0,49	0,43	1			
C. Uitkomsten												
10. Incrementele innovatie	0,15	-0,09	0,01	-0,06	0,26	0,42	0,51	0,40	0,43	1		
11. Radicale innovatie	0,06	0	-0,01	-0,12	0,21	0,37	0,49	0,37	0,55	0,61	1	
12. Gepercipieerde productiviteit	0,03	0,11	-0,07	-0,08	0,15	0,23	0,33	0,27	0,28	0,23	0,22	1

Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De tabel toont Pearson-correlaties, waarbij voor iedere correlatie alle respondenten zijn meegenomen die voor beide betreffende variabelen een geldige waarde hebben. Het aantal observaties kan daardoor per correlatie verschillen. Verschillen in meetschaal – investeringspercentages tegenover scores op een schaal van 1 tot 7 – beïnvloeden de hoogte van de Pearson-correlatie niet. De correlaties zijn beschrijvend en mogen niet causaal worden geïnterpreteerd. Voor correlaties met investeringsvariabelen is de onderliggende n kleiner, omdat deze vragen alleen zijn voorgelegd aan managers en leden van het algemeen bestuur (maximaal n = 91). Voor de overige constructen is de maximale n=421. De investeringsvariabelen zijn gebaseerd op een constant-sumvraag; negatieve correlaties tussen investeringscategorieën kunnen daardoor mede het gevolg zijn van de onderlinge verdeling van de investeringsaandelen.

De investeringsaandelen hangen slechts beperkt samen met de sociale en technologische hefbomen en met de gemeten uitkomsten. De correlaties zijn overwegend klein. Zo hangt het aandeel ICT-investeringen vrijwel niet samen met digitale transformatie (+0,03) en bedraagt de sterkste positieve correlatie tussen investeringen en innovatie (+0,15), voor R&D-investeringen en incrementele innovatie. Er zijn daarmee geen duidelijke aanwijzingen dat hogere relatieve investeringsaandelen rechtstreeks samengaan met sterkere hefbomen.

Deze bevinding is verenigbaar met het theoretische innovatiemodel. Daarin leiden investeringen niet automatisch tot innovatie of productiviteitsverbetering, maar zijn sociale en technologische hefbomen nodig om beschikbare middelen effectief te benutten. De correlaties tonen echter niet aan dat deze hefbomen daadwerkelijk de schakel vormen tussen inputs en uitkomsten.[11]

[11] Bovendien meten de investeringsvariabelen alleen de verdeling van investeringen, en niet de absolute omvang, kwaliteit of effectiviteit ervan.

Tussen de sociale hefbomen bestaat daarentegen een duidelijk positief patroon. Zelforganisatie, transformationeel leiderschap, menselijk kapitaal en sociaal kapitaal hangen onderling samen, met correlaties tussen +0,37 en +0,66. Ook digitale transformatie hangt positief samen met de sociale hefbomen, vooral met menselijk kapitaal (+0,49) en sociaal kapitaal (+0,43). Dit ondersteunt het beeld dat digitale transformatie niet uitsluitend een technische aangelegenheid is, maar samengaat met organisatiebrede veranderingen in kennis, vaardigheden, samenwerking en leiderschap.

Alle sociale en technologische hefbomen hangen positief samen met incrementele en radicale innovatie. Menselijk kapitaal vertoont een relatief sterke samenhang met beide innovatievormen. Digitale transformatie hangt vooral sterk samen met radicale innovatie (+0,55). De verbanden met gepercipieerde productiviteit zijn eveneens positief, maar over het algemeen kleiner. Menselijk kapitaal hangt daarmee het sterkst samen (+0,33), gevolgd door digitale transformatie (+0,28). Tot slot hangen incrementele en radicale innovatie sterk met elkaar samen (+0,61). De samenhang van beide innovatievormen met gepercipieerde productiviteit is duidelijk kleiner, met respectievelijk +0,23 en +0,22.

Gezamenlijk sluit het patroon in de correlatiematrix aan bij het theoretische innovatiemodel. De relatieve investeringsaandelen hangen slechts beperkt samen met de hefbomen en uitkomsten, terwijl sociale en technologische hefbomen duidelijk positief samenhangen met innovatie en, in mindere mate, met gepercipieerde productiviteit.

Regressieanalyses

Tabel 3.2 verdiept het beeld uit de correlatieanalyse door de verschillende onderdelen van het theoretische innovatiemodel gezamenlijk in regressiemodellen op te nemen. Model A bevat geen controlevariabelen; in model B wordt gecontroleerd voor de functie van de respondent en de zorginstelling. De uitkomsten geven inzicht in de onderlinge samenhang, maar kunnen niet causaal worden geïnterpreteerd.

Tabel 3.2 Sociale en technologische hefbomen hangen positief samen met innovatie en productiviteit

	Model A	Model B	Model A	Model B	Model A	Model B
Afhankelijke variabele	**Incrementele innovatie**		**Radicale innovatie**		**Productiviteit**	
Sociale hefbomen (index)	+0,421*** (0,050)	+0,434*** (0,050)	+0,320*** (0,056)	+0,303*** (0,059)		
Technologische hefboom	+0,184*** (0,035)	+0,176*** (0,037)	+0,392*** (0,041)	+0,344*** (0,043)		
Incrementele innovatie					+0,169* (0,066)	+0,167* (0,068)
Radicale innovatie					+0,117* (0,055)	+0,083 (0,058)
Constante	2,081***	2,5353***	1,248***	1,567**	3,321***	3,290***
Gecorrigeerde R^2	0,299	0,345	0,348	0,354	0,059	0,119
Controlevariabelen	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA
Observaties	421	421	421	421	421	421

Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: De tabel toont lineaire regressies op respondentniveau. Alle constructen zijn gemeten op een schaal van 1 tot 7. De sociale hefbomen vormen een gemiddelde index van menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal en transformationeel leiderschap; digitale transformatie is de technologische hefboom. Model B controleert voor functie en zorginstelling. Standaardfouten staan tussen haakjes. p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.

De resultaten zijn in lijn met het conceptuele model. Zowel de sociale als de technologische hefboom hangen positief en statistisch significant samen met incrementele en radicale innovatie. Daarbij is een duidelijk verschil zichtbaar. De sociale hefbomen hangen relatief sterk samen met incrementele innovatie: een één punt hogere score op deze hefbomen gaat samen met een circa 0,42 tot 0,43 punt hogere innovatiescore. De technologische hefboom hangt juist relatief sterk samen met radicale innovatie, met coëfficiënten van circa 0,34 tot 0,39. Deze verbanden blijven overeind wanneer wordt gecontroleerd voor functie en zorginstelling. Dit patroon suggereert dat de twee typen hefbomen verschillende, maar aanvullende functies vervullen. Sociale hefbomen, zoals menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal en leiderschap, kunnen vooral bijdragen aan het stapsgewijs verbeteren van bestaande werkwijzen. Digitale transformatie kan daarnaast meer mogelijkheden bieden voor fundamentelere veranderingen in zorgprocessen en dienstverlening.

In de laatste twee modellen wordt de samenhang tussen de twee innovatievormen en gepercipieerde productiviteit onderzocht. Incrementele innovatie hangt in beide specificaties positief en statistisch significant samen met productiviteit, al is de statistische evidentie minder sterk dan bij de eerder gevonden verbanden tussen de hefbomen en innovatie. Dit is niet onverwacht vanuit het conceptuele model: innovatie vormt daarin een eerste-orde-uitkomst, waarop de hefbomen relatief direct aangrijpen, terwijl productiviteit een tweede-orde-uitkomst is die verderop in het innovatieproces ligt en door meer factoren wordt beïnvloed. Een één punt hogere score op incrementele innovatie gaat samen met een circa 0,17 punt hogere score op gepercipieerde productiviteit. Voor radicale innovatie is het verband in het basismodel eveneens positief en statistisch significant, maar na controle voor functie en zorginstelling niet meer. Een mogelijke verklaring is dat incrementele verbeteringen relatief snel doorwerken in de dagelijkse zorgverlening, terwijl de opbrengsten van radicale innovatie zich mogelijk pas op langere termijn manifesteren. Een analyse op één moment kan dergelijke langetermijnopbrengsten slechts beperkt zichtbaar maken.

4 Ontwikkelingen die zorginnovatie veranderen

Het gebruik van AI verschilt sterk tussen zorgorganisaties en de randvoorwaarden voor brede toepassing zijn nog niet overal aanwezig. Samenwerking rond innovatie vindt vooral plaats binnen het eigen domein. Tegelijkertijd zien zorgprofessionals de meerwaarde van innovatie en hun eigen rol daarin, al vraagt innoveren om aanvullende vaardigheden naast hun vakinhoudelijke expertise.

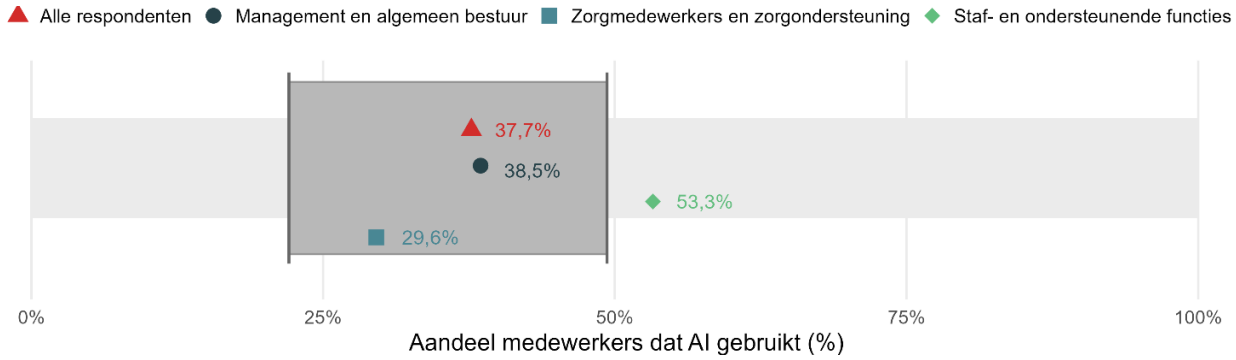
Dit hoofdstuk belicht drie actuele ontwikkelingen die de toekomst van zorginnovatie mede bepalen. Achtereenvolgens bespreken we de inzet van kunstmatige intelligentie (AI) in zorgvernieuwing, cocreatie en samenwerking met externe partijen en de veranderende rol van zorgprofessionals in innovatie.

4.1 Toepassing van kunstmatige intelligentie (AI)

Figuur 4.1 laat zien welk aandeel van de medewerkers volgens respondenten AI gebruikt. Voor de meeste respondenten gaat het om het aandeel directe collega's op de eigen afdeling. Leden van het algemeen bestuur hebben deze vraag beantwoord voor de organisatie als geheel. Gemiddeld schatten respondenten dat 37,7 procent van de medewerkers AI gebruikt.

De inschattingen verschillen zowel tussen functiegroepen als tussen zorginstellingen. Respondenten in staf- en ondersteunende functies, zoals IT-medewerkers, HR-medewerkers, beleidsadviseurs en onderzoekers, schatten het aandeel AI-gebruik gemiddeld het hoogst in, op 53,3 procent. Managers en leden van het algemeen bestuur schatten dat binnen de organisatie als geheel gemiddeld 38,5 procent van de medewerkers AI gebruikt. Deze inschatting ligt dicht bij het gemiddelde van alle respondenten. Zorgprofessionals en medewerkers in de zorgondersteuning schatten het aandeel met gemiddeld 29,6 procent lager in. Ook tussen instellingen zijn de verschillen groot: de instellingsgemiddelden lopen uiteen van ongeveer 22 tot 49 procent, weergegeven door het donkergrijze vlak. De functiegemiddelden zijn op respondentniveau berekend en kunnen daardoor buiten deze bandbreedte vallen. Dit onderstreept dat het AI-gebruik zowel tussen functies als tussen organisaties sterk verschilt.

Figuur 4.1 Ongeveer een derde van de medewerkers gebruikt kunstmatige intelligentie (AI)



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek

Noot: De symbolen tonen het gemiddelde geschatte aandeel AI-gebruik voor alle respondenten en per functiegroep, berekend op respondentniveau. Respondenten is gevraagd naar het gebruik onder directe collega's op de eigen afdeling; managers en leden van het algemeen bestuur antwoordden voor de organisatie als geheel. Het donkergrijze vlak toont de bandbreedte tussen het laagste en hoogste instellingsgemiddelde.

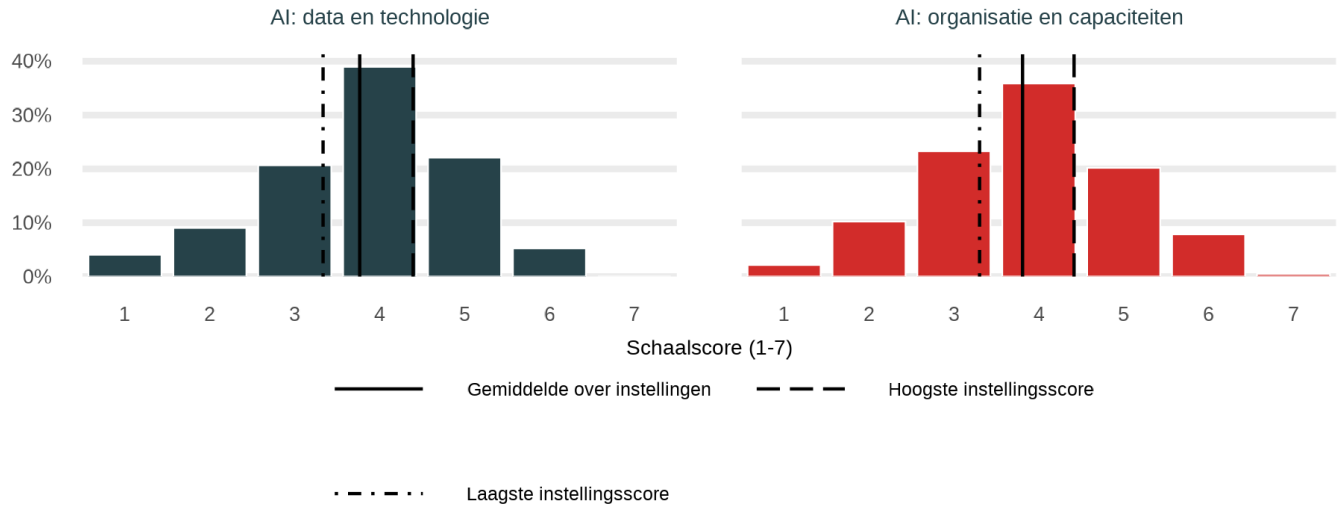
Figuur 4.2 toont de verdeling van de scores op twee randvoorwaarden voor de toepassing van AI. De eerste dimensie gaat over data en technologie. De tweede dimensie gaat over organisatie en capaciteiten, zoals kennis, vaardigheden en organisatorische inbedding.

De randvoorwaarden voor AI-toepassing liggen gemiddeld rond het midden van de schaal. De meeste antwoorden concentreren zich rond score 3, 4 en 5. Dit wijst erop dat zorginstellingen volgens respondenten al over enkele randvoorwaarden beschikken, maar dat deze nog niet sterk ontwikkeld zijn. AI-gebruik lijkt daarmee niet alleen te vragen om technologie en data, maar ook om verdere versterking van kennis, vaardigheden en organisatorische capaciteit.

De twee dimensies laten een vergelijkbaar beeld zien. Data en technologie en organisatie en capaciteiten scoren gemiddeld dicht bij elkaar. Ook het verschil tussen de hoogste en laagste gemiddelde instellingsscore is voor beide dimensies nagenoeg gelijk. Dat suggereert dat de toepassing van AI niet wordt beperkt door één duidelijk zwakkere dimensie, maar dat beide typen randvoorwaarden aandacht vragen.

Een voorzichtige vergelijking met de Nederlandse Innovatie Monitor 2025 laat zien dat het bredere bedrijfsleven iets hoger scoort op beide dimensies van AI-volwassenheid. In het bedrijfsleven scoort data en technologie iets hoger dan organisatorische en personele capaciteit. In de zorg liggen beide dimensies juist dicht bij elkaar (De Jong et al., 2025).

Figuur 4.2 Verdeling van de scores op de twee subdimensies van randvoorwaarden voor toepassing van AI



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek

Noot: De histogrammen tonen de verdeling van de scores op respondentniveau, waarbij het cijfer 1 staat voor de laagst haalbare score en het cijfer 7 voor de hoogst haalbare score. De doorgetrokken verticale lijn geeft het instellingsgewogen gemiddelde weer, berekend als het gemiddelde van de instellingsgemiddelden (AI: data en technologie: 3,77; AI: organisatie en capaciteiten: 3,81). De overige verticale lijnen tonen de bandbreedte waarin alle instellingen vallen (hoogste en laagste instellingsscore).

Uitsplitsing naar functiegroep

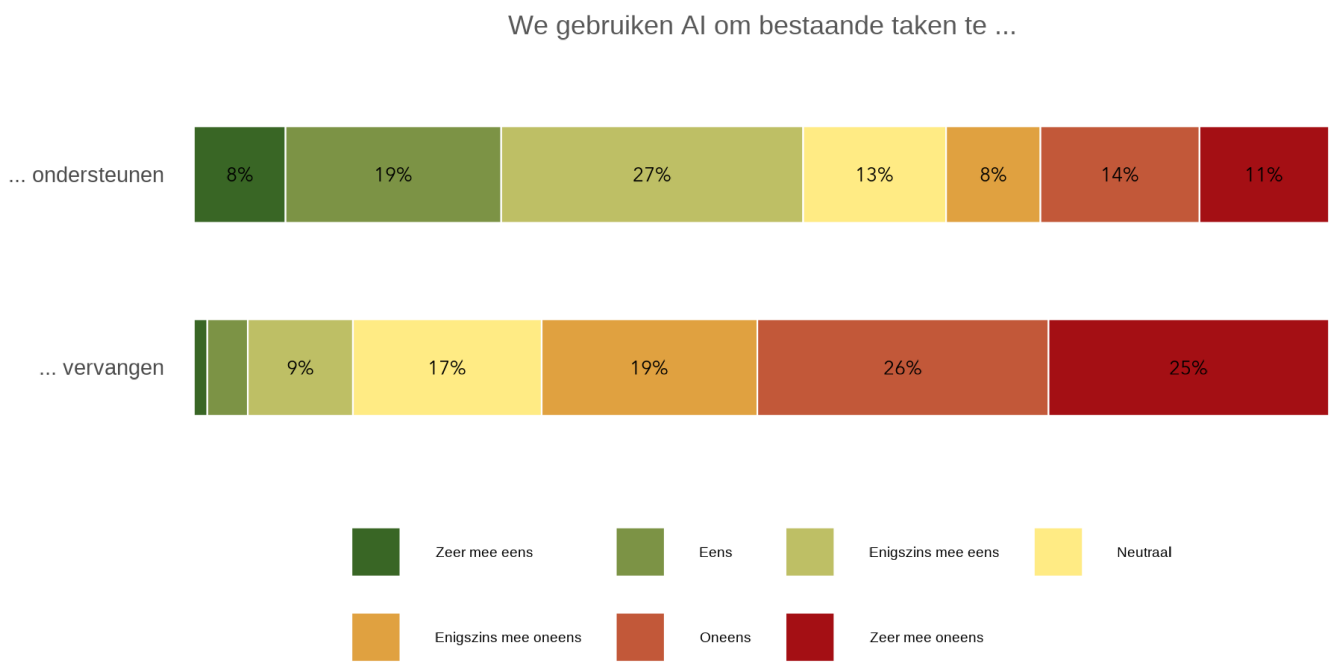
Ook de beoordeling van de randvoorwaarden voor AI-toepassing verschilt tussen de functiegroepen. Voor data en technologie ligt de gemiddelde score onder zorgprofessionals en zorgondersteuning 0,39 punt lager en onder management en algemeen bestuur 0,38 punt lager dan onder medewerkers in staf- en ondersteunende functies.

De verschillen zijn groter bij organisatie en capaciteiten. De gemiddelde score ligt onder zorgprofessionals en zorgondersteuning 0,81 punt lager en onder management en algemeen bestuur 0,54 punt lager dan onder staf- en ondersteunende functies. Daarnaast ligt de gemiddelde score onder management 0,28 punt hoger dan onder zorgprofessionals en zorgondersteuning.

Aan werknemers van zorginstellingen zijn twee stellingen voorgelegd over de toepassing van AI binnen hun afdeling of organisatie. Figuur 4.3 laat zien hoe medewerkers AI momenteel inzetten binnen hun afdeling of organisatie. Respondenten herkennen vooral dat AI bestaande taken ondersteunt. Ruim de helft is het in meer of mindere mate eens met de stelling dat AI wordt gebruikt om bestaande taken te ondersteunen.

AI vervangt bestaande taken in de zorg nog beperkt. Ongeveer zeven op de tien respondenten zijn het oneens met de stelling dat AI wordt gebruikt om bestaande taken te vervangen. Slechts een klein deel geeft aan dat AI bestaande taken al overneemt. Dit wijst erop dat AI in de zorg vooral een aanvullende rol speelt in het werk: AI helpt medewerkers bij bestaande werkzaamheden, maar neemt deze werkzaamheden nog weinig over.

Figuur 4.3 AI ondersteunt werkzaamheden in de zorg vaker dan dat het taken vervangt



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek

Noot: De figuur toont de verdeling van antwoorden op respondentniveau. Respondenten is gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met de stellingen dat AI wordt gebruikt om bestaande taken te ondersteunen of te vervangen. Voor medewerkers hebben de stellingen betrekking op de eigen afdeling. Leden van het algemeen bestuur hebben de stellingen beantwoord voor de organisatie als geheel.

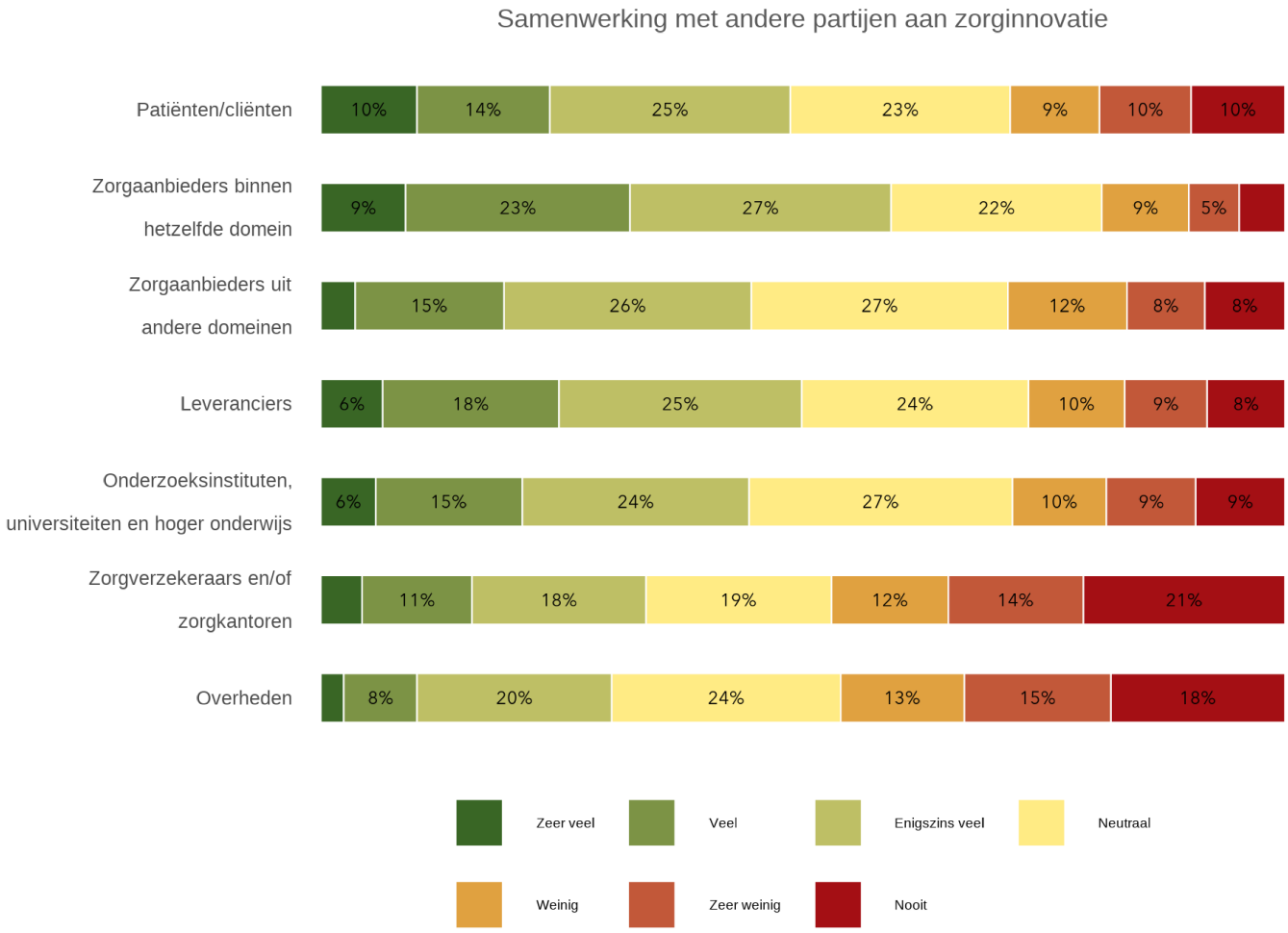
4.2 Co-creatie - samenwerken aan zorginnovatie

Figuur 4.4 laat zien met welke partijen zorginstellingen samenwerken aan zorginnovatie. Respondenten noemen vooral samenwerking met zorgaanbieders binnen hetzelfde domein. Bijna 60 procent geeft aan dat hun afdeling of organisatie hier enigszins veel, veel of zeer veel mee samenwerkt. Ook met patiënten en cliënten, leveranciers, zorgaanbieders uit andere domeinen en onderzoeksinstituten vindt regelmatig samenwerking plaats.

Samenwerking met zorgverzekeraars, zorgkantoren en overheden komt minder vaak voor. Bij deze partijen geven respondenten relatief vaak aan dat hun afdeling of organisatie weinig, zeer weinig of nooit samenwerkt aan zorginnovatie. Dit wijst erop dat co-creatie rond zorginnovatie vooral plaatsvindt met partijen die direct betrokken zijn bij zorgverlening, kennisontwikkeling of ondersteuning van zorgprocessen.

De uitkomsten sluiten aan bij het beeld dat zorginnovatie sterk afhankelijk is van samenwerking binnen netwerken. Vooral samenwerking met andere zorgaanbieders en met patiënten en cliënten lijkt daarbij belangrijk. Tegelijkertijd laat de figuur zien dat samenwerking met financiers en overheden minder vanzelfsprekend is, terwijl deze partijen wel invloed hebben op de randvoorwaarden voor vernieuwing in de zorg.

Figuur 4.4 Samenwerking rond zorginnovatie vindt vooral plaats met patiënten/cliënten, leveranciers en zorgaanbieders binnen hetzelfde domein

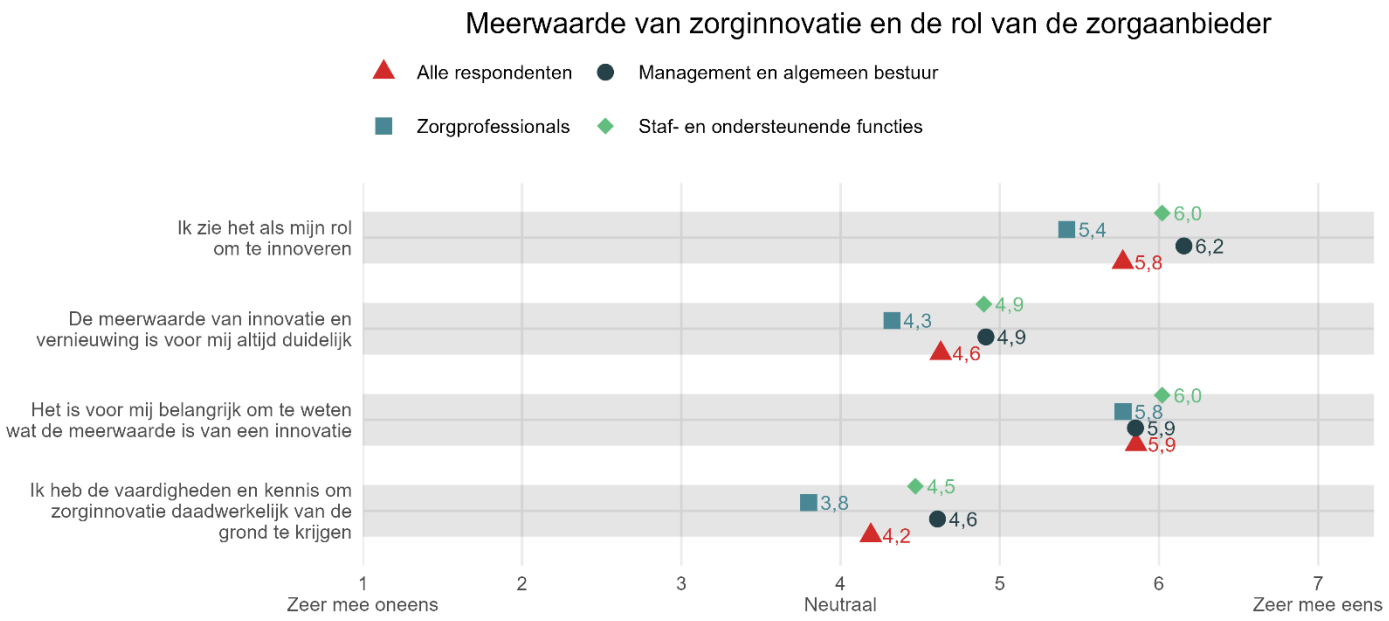


Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek
Noot: De figuur toont de verdeling van antwoorden op respondentniveau. Respondenten is gevraagd in welke mate hun afdeling of organisatie samenwerkt met verschillende partijen aan zorginnovatie.

4.3 De rol van de zorgaanbieder

Figuur 4.5 laat zien hoe respondenten kijken naar de meerwaarde van zorginnovatie en hun eigen rol daarin. De figuur toont gemiddelde scores op een schaal van 1 (zeer mee oneens) tot 7 (zeer mee eens). Gemiddeld zien respondenten innovatie duidelijk als onderdeel van hun rol. Ook vinden zij het belangrijk om te weten wat de meerwaarde van innovatie is. De meerwaarde van innovatie en vernieuwing is echter niet voor iedereen vanzelfsprekend duidelijk. De volledige verdeling van de antwoorden over de zeven antwoordcategorieën voor alle respondenten gezamenlijk is opgenomen in Figuur C.1 in de bijlage.

Figuur 4.5 Zorgprofessionals zien zorginnovatie als hun rol, maar missen vaak kennis en vaardigheden



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek

Noot: De figuur toont de verdeling van antwoorden op respondentniveau. Respondenten is gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met vier stellingen over de meerwaarde van zorginnovatie en hun eigen rol bij innovatie. De eerste en laatste stelling zijn gehercodeerd naar positieve formuleringen.

Uitsplitsing naar functiegroep

Tussen functiegroepen zijn enkele kleine verschillen zichtbaar.[12] Managers en leden van het algemeen bestuur zien innovatie het sterkst als onderdeel van hun rol, gevolgd door medewerkers in staf- en ondersteunende functies. Onder zorgprofessionals ligt de gemiddelde score lager, maar nog steeds duidelijk boven het neutrale schaalpunt. Ook geven zij minder vaak aan dat de meerwaarde van innovatie en vernieuwing altijd duidelijk is.

Over het belang van inzicht in de meerwaarde van innovatie verschillen de functiegroepen weinig. Alle groepen vinden het belangrijk om te weten wat innovatie oplevert. Dit onderstreept het belang van een heldere uitleg van de verwachte opbrengsten voor patiënten, cliënten, medewerkers en de organisatie. De grootste verschillen doen zich voor bij kennis en vaardigheden. Zorgprofessionals geven gemiddeld vaker aan kennis en vaardigheden te missen om zorginnovatie daadwerkelijk van de grond te krijgen. Hun gemiddelde score bedraagt 4,2, tegenover 3,4 onder management en algemeen bestuur en 3,5 onder staf- en ondersteunende functies. Juist onder zorgprofessionals lijkt daarom ruimte te bestaan voor aanvullende ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van kennisontwikkeling, praktische begeleiding en tijd en ruimte om met innovatie aan de slag te gaan.

12 De verschillen tussen functiegroepen zijn beschrijvend, op basis van deze figuur kan niet worden vastgesteld of de verschillen statistisch significant zijn.

5 Het verhaal achter de cijfers

Innovatie is niet iets wat zorgorganisaties “erbij” kunnen doen, maar is gebaat bij samenhangende voorwaarden die het innovatievermogen ondersteunen. Tegelijkertijd wordt innovatie bemoeilijkt door spanningsvelden, zoals die tussen de druk van het dagelijkse werk en de ambitie om te vernieuwen. De interviews wijzen in dit verband op het belang van hefbomen als transformationeel leiderschap en samenwerking, en van ruimte voor experiment en mislukking om fundamentele vernieuwing mogelijk te maken.

In dit hoofdstuk duiden we de resultaten van de monitor op basis van de interviews die bij alle deelnemende organisaties zijn afgenomen. We bespreken de hoofdthema’s die over de organisaties heen steeds terugkwamen, en die meer inzicht geven in de organisatorische context achter de monitoruitkomsten. De hoofdthema’s sluiten aan bij de hefbomen in het conceptuele model voor zorginnovatie. We illustreren de thema’s met citaten uit de interviews.

5.1 Professionals in hun kracht zetten

Zelforganisatie

De basis voor innovatievermogen is een cultuur waarin zorgprofessionals en teams continu verbeteren zien als onderdeel van hun werk en ook de ruimte krijgen om dat zelf in de praktijk te brengen. Deelnemende zorginstellingen geven aan hierin de afgelopen jaren grote stappen te hebben gezet. Tegelijkertijd kwamen in de interviews enkele aandachtspunten naar voren: Hoe kunnen professionals ervaren dat het oké is om problemen aan de orde te stellen om verbetering te realiseren? Hoe kunnen professionals hun eigen werk en afdeling plaatsen in de grotere context van de uitdagingen op organisatieniveau? Hoe kunnen zorgprofessionals zich ervan bewust worden dat verandering en de daarbij horende onzekerheid waarschijnlijk een blijvend onderdeel zullen zijn van werken in de zorg?

5.2 Innovatie is niet iets wat de organisatie “erbij” kan doen

Menselijk kapitaal

In lijn met het conceptuele model voor zorginnovatie (Hoofdstuk 2), blijkt uit de interviews dat ruimte aan zorgprofessionals geven alleen onvoldoende is om innovatie op gang te brengen. “Professionals krijgen de ruimte wel om te innoveren, maar ze nemen haar niet,” gaf één van de geïnterviewden aan. Professionals zien zorg verlenen vaak als hun primaire taak, waarbij continu verbeteren en zorgvernieuwing vaak nog geen integraal onderdeel zijn van het dagelijkse werk. Verbeteren en innoveren zijn ook niet altijd opgenomen in de taakomschrijving van professionals, en de beoogde balans tussen zorg verlenen en innoveren is niet gemarkeerd.

Om menselijk kapitaal innovatie te laten aandrijven, moeten innovatiefuncties concrete handen en voeten krijgen in de organisatie. Motivatie en steun, structuren en vaardigheden, ondersteuning en cultuur én heldere afspraken over tijd en doelen: al deze onderdelen moeten als puzzelstukjes op elkaar aansluiten en samen een coherente innovatie-infrastructuur vormen. De deelnemende organisaties hebben veel van de puzzelstukjes in de afgelopen jaren

geïntroduceerd, denk aan werkwijzen zoals (mede)zeggenschap, daily stand-ups, lean, dashboards, continu verbeteren, implementatiemanagement, digitalisering en projectmanagement. Ook worden er nieuwe functies ingezet waarin innovatie expliciet onderdeel uitmaakt van het takenpakket, zoals die van chief nursing information officer en chief medical information office, en die van regie- en onderzoeksverpleegkundigen. Geïnterviewden gaven echter regelmatig aan dat het geheel nog onvoldoende functioneert als een coherente innovatie-infrastructuur.

5.3 Spagaat-management

Leiderschap

In bijna alle interviews kwam sterk naar voren dat innoveren bemoeilijkt wordt door inherente tegenstellingen, waardoor bestuurders en professionals steeds in een spagaat terecht komen. Zowel voor individuele teams als voor de organisatie als geheel is het lastig om ruimte te vinden voor innovatie en vernieuwing terwijl de druk van het dagelijkse primaire werk groot is: "De waan van de dag domineert: roosters rond, productie draaien, acute problemen oplossen." Deze spagaat tussen innoveren en het dagelijkse zorgproces lijkt de grootste uitdaging te zijn om zorgvernieuwing te versnellen.

Sommige organisaties worstelen daarnaast met de spanning tussen innoveren en eerst de basiszaken op orde krijgen, bijvoorbeeld bij scherpe financiële kaders en bezuinigingsopgaven, en spanningen tussen autonomie van professionals en afdelingen enerzijds en het belang om als organisatie keuzes te kunnen maken anderzijds.

Het effectief kunnen managen van de spagaat tussen zorg verlenen versus zorg vernieuwen heet *ambidexteriteit* in de managementtheorie (bijv. Raisch & Birkinshaw, 2008; Jansen et al., 2008; 2009, Mom et al., 2007; 2009), waar het omschreven wordt als een vaardigheid die individuen en organisaties kunnen leren. Ook voor het managen van andere inherente tegenstellingen, paradoxen genaamd in management, zijn er strategieën die geleerd kunnen worden (bijv. Smith & Lewis, 2011). In de interviews gaven respondenten aan dat alleen al het benoemen en erkennen van de uitdaging helpt, bijvoorbeeld in discussies die pogen een balans te vinden tussen perfectionisme (dat kan leiden tot stagnatie) en goed-is-goed-genoeg (met meer ruimte voor innovatie). Eén geïnterviewde zei het zo: "We moeten als leiders durven zeggen: dit is nu goed genoeg, anders komen we nooit toe aan de dingen die er over drie jaar echt toe doen."

5.4 In beweging krijgen en focus aanbrengen

Leiderschap

Het managen van de spagaat tussen zorg verlenen versus zorg vernieuwen en het effectief inzetten van menselijk kapitaal vragen om goed leiderschap. Mensen meekrijgen in een cultuur van continu verbeteren en innoveren vergt een aansprekende visie die duidelijk maakt waarom innovatie noodzakelijk is voor de organisatie en hoe de organisatie om wil gaan met de onzekerheid en spagaten die daar inherent aan zijn. Uit de interviews kwam regelmatig het belang naar voren van het meenemen van de organisatie in de succesverhalen, de bedoelingen achter keuzes, en om innovatie-initiatieven te verbinden aan de waarden en roeping van werken in de zorg én aan de dagelijkse realiteit op de werkvloer. "We doen het erbij. Er gaat niet iets af. Daar gaat het zorghart niet sneller van kloppen," zoals een geïnterviewde het samenvatte.

Uit alle interviews kwam ook het belang naar voren van focus aanbrengen en begrenzen. Veel zorginstellingen starten relatief gemakkelijk nieuwe initiatieven, maar ervaren meer moeite in het afronden daarvan. Technieken

zoals strategisch projectmanagement, portfoliomanagement en WIP-control (het begrenzen van de hoeveelheid *Work In Process,* ofwel onderhanden werk) zijn zo hier en daar wel bekend, maar nog niet gangbaar.

5.5 Cohesie versus versnippering

Sociaal kapitaal

De zorg is berucht om de versnippering, en in de interviews kwam dit vaak terug als een belemmering. Geïnterviewden geven aan dat afdelingen vaak hun eigen structuren, werkprocessen en taal hebben, waardoor het moeilijk is om kennis en ervaring te delen, projecten op te schalen en initiatieven strategisch te prioriteren: "Ieder programma wordt zijn eigen eiland." Ook vertelden zij dat initiatieven soms verdwalen in de wirwar van aanpakken en methodieken, zoals lean, plan-do-check-act cycli, implementatiemanagement, data-gedreven werken, digitalisering, AI en continu verbeteren.

5.6 Lost nieuwe technologie de problemen op?

Technologische innovatie

De interviews sluiten aan bij het uitgangspunt van het model voor zorginnovatie dat technologische vernieuwing niet los kan worden gezien van sociale en organisatorische hefbomen. Geïnterviewden onderschrijven deze visie vanuit hun eigen ervaring, bijvoorbeeld: "zomaar een innovatie erin knallen werkt niet. Je moet het werkproces echt anders inrichten, anders voelen mensen alleen maar extra werk, geen verlichting." Een veelgenoemd aandachtspunt is dat de beoogde voordelen van nieuwe technologie uitgelegd moeten worden in een taal en context die de zorgprofessionals herkennen. Doelen zijn vaak abstract, en het is voor professionals vaak moeilijk te zien hoe technologie de zorg concreet verbetert of het werk makkelijker of slimmer maakt voor de professional.

5.7 Het nieuwe normaal ontdekken door "fail and learn"

Incrementele versus radicale innovatie

Managementtheorie over innovatie onderscheidt incrementele innovatie (dat wil zeggen, innovatie binnen het "huidige normaal") van radicale innovatie (het ontdekken van hoe het "nieuwe normaal" er straks uit kan zien). Geïnterviewden geven aan dat radicale innovatie een andere aanpak vraagt dan ze nu gewend zijn: de grote onzekerheid van radicale innovatie vergt meer ruimte om te experimenteren, terwijl in organisaties vaak de nadruk eenzijdig ligt op doelmatigheid, planbaarheid en veiligheid. Volgens hen kan die nadruk - als hij te star wordt toepast - radicale innovatie gemakkelijk verlammen. Geschikte aanpakken om het nieuwe normaal te verkennen, zoals *fail-and-learn*, *moonshot* projecten en de *lean startup*, worden bij de deelnemende zorginstellingen niet of nauwelijks toegepast. Kern van zulke aanpakken is om snel in beweging te komen en ideeën in een experimentele context uit te proberen, in plaats van lang in analyse en planning te blijven hangen. Door ideeën uit te proberen en ruimte te geven aan mislukking leert de organisatie proefondervindelijk wat wel en niet werkt in het nieuwe normaal. Sommige geïnterviewden gaven aan dat er in de organisatie weinig ruimte is voor "briljante mislukkingen."

5.8 Zorginstellingen verschillen onderling beperkt in innovatievermogen

Over de gehele linie blijken de verschillen tussen de deelnemende zorginstellingen relatief klein, zowel qua scores in de monitor als qua bevindingen van hoe innovatie is georganiseerd en welke belemmeringen daaraan in de weg staan. Deze bevinding kan verklaard worden vanuit het verschijnsel van *institutional isomorphism* (DiMaggio & Powell, 1983), dat eruit bestaat dat de keuzes die instellingen maken niet alleen worden ingegeven door de overweging van doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit, maar ook door de noodzaak om te voldoen aan bestuurlijke en professionele verwachtingen binnen de sector, zoals beleidskaders (bijvoorbeeld het Integraal Zorgakkoord), gangbare normen in de sector (bijvoorbeeld waardegedreven zorg) en navolging van prestigieuze instellingen als veilig antwoord op onzekerheid (bijvoorbeeld het navolgen van trends zoals AI).

6 En hoe nu verder?

De deelnemende zorgorganisaties hebben vaak al een basis gelegd voor innovatie. Tegelijkertijd komt uit de interviews naar voren dat het potentieel daarvan nog niet altijd volledig wordt benut. De interviews wijzen op verschillende vervolgstappen, gekoppeld aan de sociale en technologische hefbomen, om het innovatievermogen van de zorg verder te versterken.

In dit hoofdstuk schetsen we op basis van de interviews het handelingsperspectief dat uit de monitor naar voren komt. De interviews geven inzicht in de stappen die zorgorganisaties volgens bestuurders, professionals en andere betrokkenen kunnen zetten om hun innovatievermogen verder te versterken. De deelnemende organisaties hebben hiervoor al een basis gelegd, maar staan voor de opgave om van losse initiatieven te groeien naar een samenhangende, lerende innovatiepraktijk waarin continu verbeteren onderdeel is van het dagelijkse werk.

6.1 Wat doen zorgorganisaties nu al?

Uit de interviews blijkt dat bijna alle deelnemende organisaties de afgelopen jaren gericht hebben geïnvesteerd in innovatie:

- **Structuren en rollen**: innovatiebudgetten, project- en innovatieteams, verpleegkundig en paramedisch onderzoekers met innovatietijd, innovatiefondsen en kortcyclische verbetermethodieken. Daarmee wordt innovatie steeds vaker projectmatig en gestructureerd aangepakt en ontstaan organisatiebrede “talen van verbeteren” zoals lean of eigen verbetermethodieken;
- **Basis en kwaliteit**: het versterken van kwaliteits- en procesborging, het systematisch leren van incidenten en externe eisen en het opzetten van eigen verbetermethodieken in de organisatie als basis voor verbetering en het verminderen van afhankelijkheid van individuele kennis;
- **Strategische focus**: veel organisaties hebben duidelijke speerpunten gekozen, zoals waardegedreven zorg, digitalisering en AI, netwerkzorg en regionale samenwerking. Innovatieprogramma’s en ICT-strategieën geven richting aan keuzes;
- **Netwerken en technologie**: organisaties halen actief kennis op uit regionale en landelijke netwerken en experimenteren met nieuwe technologie (genoemd werden o.a. thuismonitoring, digitale consulten, spraakgestuurd rapporteren, dashboards, eerste AI-toepassingen), vaak met expliciete aandacht voor processen en medewerkers.

Deze basis maakt dat er in de meeste instellingen al veel gebeurt. Tegelijkertijd komt uit de interviews naar voren dat de opbrengst nog niet altijd volledig wordt verzilverd. Zorgprofessionals ervaren innovatie nog vaak als “iets erbij” in plaats van als integraal onderdeel van hun rol.

6.2 Welke stappen zien de deelnemende organisaties zelf?

De geïnterviewde organisaties noemen een aantal terugkerende vervolgstappen die volgens hen kunnen bijdragen aan het structureel verankeren van innovatie in de dagelijkse praktijk (tussen haakjes de bijbehorende hefbomen die hiervoor ingezet kunnen worden):

1. **Innovatie normaliseren als onderdeel van het werk (Zelforganisatie, Leiderschap, Menselijk kapitaal)**
   - Expliciet maken dat continu verbeteren, leren en innoveren bij het werk van zorgprofessionals horen, niet alleen bij aparte projectgroepen.
   - Duidelijke verwachtingen formuleren richting teams: welke verbeteractiviteiten horen bij het dagelijkse werk, waar liggen grenzen en welke ondersteuning is beschikbaar en hoe wordt dit zichtbaar in taakomschrijvingen, roosters en de rol van sleutelfiguren zoals regieverpleegkundigen.

2. **Spagaat en kernwaarden expliciet maken (Leiderschap)**
   - Het gesprek voeren over de spagaat tussen basis op orde en vernieuwing, tussen productie nu en toekomstbestendigheid, tussen autonomie en organisatiebrede keuzes.
   - Kernwaarden en leidende principes benoemen rond:
     - hoe wordt omgegaan met workarounds en 'heldengedrag'[13];
     - wanneer pleisters plakken niet meer voldoende is en systeemoplossingen nodig zijn;
     - hoe om te gaan met mislukking, projectmoeheid en veranderdruk.
   - Koersvastheid en 'walk-the-talk' laten zien: doen wat is afgesproken, ook bij drukte of weerstand en niet bij elke uitzondering van die lijn afwijken.

3. **Meer focus, prioritering en afronding (Leiderschap, Menselijk kapitaal)**
   - Kiezen welke innovaties wél worden opgepakt en welke niet, om versnippering te verminderen en energie te bundelen.
   - Innovatie koppelen aan een beperkt aantal strategische hoofdthema's per jaar, met duidelijk eigenaarschap en systematische effectmeting.
   - Trajecten afmaken en borgen in processen en werkwijzen, zodat innovaties niet in de pilotfase blijven hangen maar zichtbaar 'landen' in de dagelijkse praktijk.

4. **Samenwerking en cocreatie versterken en kennisdeling organiseren (Sociaal kapitaal)**
   - Beter zicht krijgen op lopende programma's, netwerken en verbetermethodieken, en deze verbinden via een gemeenschappelijke kapstok.
   - Trots en zichtbaarheid vergroten: successen vieren, goede voorbeelden een podium geven en 'briljante mislukkingen' expliciet als leerbronnen gebruiken.
   - Samenwerkingsvormen standaardiseren waar dat helpt (taal, basisstappen), met behoud van professionele autonomie zodat lokale initiatieven kunnen worden opgeschaald zonder de energie op de werkvloer te verliezen. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor cocreatie tussen professionals, afdelingen en niveaus in de organisatie.

5. **Incrementele én radicale innovatie structureren (Incrementele vs. radicale innovatie)**
   - Bewust onderscheid maken tussen:
     - kortcyclische, laagdrempelige verbeteringen;
     - grotere projecten met duidelijke businesscases en governance;
     - experimenten en moonshots om het nieuwe normaal te verkennen.
   - Klein beginnen met proof-of-concepts, snel leren en dat wat werkt opschalen, terwijl mislukking genormaliseerd wordt als onderdeel van leren en in proeftuinen ruimte ontstaat voor andere spelregels en startupachtige aanpakken.

[13] In de interviews werd 'heldengedrag' benoemd en omschreven als gedrag waarbij zorgprofessionals vooral worden beloond en gewaardeerd voor het snel en daadkrachtig oplossen van acute problemen, "brandjes blussen", terwijl het minder aantrekkelijk of zichtbaar is om te werken aan structurele verbeteringen die problemen in de toekomst kunnen voorkomen.

6. **Investeren in vaardigheden en technologie (Menselijk kapitaal, Digitale transformatie)**
   - Professionals ondersteunen in innovatievaardigheden: projectmatig werken, interdisciplinair samenwerken, gebruik van data en digitale tools.
   - Onderzoek en ontwikkeling structureel positioneren, zodat innovaties niet alleen leunen op praktijkervaring maar ook op evidence.
   - AI- en digitaliseringsprojecten expliciet koppelen aan klinische processen, strategische doelen en scholing van medewerkers en aan begrijpelijke verhalen over wat het oplevert voor patiënt, professional en organisatie.

Referenties

Adler, P. S., Riley, P., Kwon, S. W., Signer, J., Lee, B., & Satrasala, R. (2003). Performance improvement capability: Keys to accelerating performance improvement in hospitals. *California Management Review, 45*(2), 12–33.

Al-Saleem, A. I., Aldakheel, M. K., (2024). Barriers to workforce-driven innovation in healthcare. *Cureus*, *16*(10).

Amabile, T., R. Conti, H. Coon, J. Lazenby, and M. Herron. 1996. Assessing the work environment for creativity. *Academy of Management Journal 39*: 1154–1184.

Bashshur, M. R., Hernández, A., & González-Romá, V. (2011). When managers and their teams disagree: A longitudinal look at the consequences of differences in perceptions of organizational support. *Journal of Applied Psychology, 96*(3), 558–573.

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public administration quarterly*, 112-121.

Benner, M.J. & Tushman, M.L. (2003). Exploitation, exploration, and process management: The productivity dilemma revisited. *Academy of management review*, *28*(2), 238-256.

Bharadwaj, A., El Sawy, O. A., Pavlou, P. A., & Venkatraman, N. (2013). Digital business strategy: toward a next generation of insights. *MIS quarterly*, 471-482.

Birdi, K., Leach, D., & Magadley, W. (2016). The relationship of individual capabilities and environmental support with different facets of designers' innovative behavior. *Journal of Product Innovation Management*, *33*(1), 19-35. Carless et al. (2000).

Carless, S. A., Wearing, A. J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of business and psychology*, 14(3), 389-405.

De Jong, G., Koeman, N., Volberda, H., & Heij, K. (2020). Het Nederlandse innovatielandschap in roerige tijden: Resultaten van de Nederlandse Innovatie Monitor 2020. *SEO Economisch Onderzoek*, *2020-77*.

De Jong, G., Konijn, S., Volberda, H., & Hollen, R. (2025). *Nederlandse Innovatie Monitor 2025: Het innovatielandschap in een kwetsbare omgeving*. SEO Economisch Onderzoek.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.

Foglia, E., Ferrario, L., Lettieri, E., Porazzi, E., & Gastaldi, L. (2019). What drives hospital wards' ambidexterity: insights on the determinants of exploration and exploitation. *Health policy*, *123*(12), 1298-1307.

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31.

Heij, K., Van den Bosch, F.A.J. and Volberda, H.W. (2013), Naar betere zorg door co-creatie met cliënten, M&O, Tijdschrift voor Management en Organisatie, Themanummer Sociale Innovatie, 67(5): 125-140.

Jansen, J. J. P., Van den Bosch, F. A. J., & Volberda, H. W. (2006). Exploratory innovation, exploitative innovation, and performance: Effects of organizational antecedents and environmental moderators. *Management Science, 52*(11), 1661–1674.

Jansen, J.J.P., Tempelaar, M.P., Van den Bosch, F.A.J. & Volberda, H.W. (2009). Structural differentiation and ambidexterity: The mediating role of integration mechanisms. *Organization science*, *20*(4), 797-811.

Jansen, J.J.P., Tempelaar, M.P., Bosch, F.A.J. Van Den, Volberda, H.W. (2009), Structural Differentiation and Ambidexterity: The Mediating Role of Integration Mechanisms, Organization Science, 20 (4): 797- 811.

Jansen, J.J.P., George, G., Van den Bosch, F.A.J. and Volberda, H.W. (2008), Senior Team Attributes and Organizational Ambidexterity: The Moderating Role of Transformational Leadership, Journal of Management Studies, 45 (5): 982-1007.

Jaworski, B.J. & Kohli, A.K. (1993). Market orientation: antecedents and consequences. *Journal of marketing*, *57*(3), 53-70.

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review, 21*(4), 1055–1080.

Matt, C., Hess, T., & Benlian, A. (2015). Digital transformation strategies. *Business & information systems engineering*, *57*(5), 339-343.

Mom, T.J.M., Bosch, F.A.J. Van Den and Volberda, H.W. (2009), Understanding variation in Manager's Ambidexterity: Investigating Direct and Interaction Effects of Formal Structural and Personal Coordination Mechanisms, Organization Science, 20 (4): 812 – 828.

Mom, T.J.M., Van den Bosch, F.A.J. and Volberda, H.W. (2007), Investigating Managers' Exploration and Exploitation Activities: The Influence of Top-Down, Bottom-Up, and Horizontal Knowledge Inflows, Journal of Management Studies, 44 (6): 910 – 931.

Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of management review*, *23*(2), 242-266.

Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC health services research*, *20*(1), 147.

Raisch, S., & Birkinshaw, J. (2008). Organizational ambidexterity: Antecedents, outcomes, and moderators. *Journal of Management*, 34(3), 375-409.

Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *The American economic review*, 1-17.

Shuman, C. J., Ehrhart, M. G., Veliz, P. T., & Titler, M. G. (2023). Perceptual differences in nursing implementation leadership and climate: A cross-sectional study. *Implementation Science Communications, 4*, Article 9.

Smith, W. K., & Lewis, M. W. (2011). Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review*, 36(2), 381-403.

Song, M., Im, S., Bij, H.V.D. & Song, L.Z. (2011). Does strategic planning enhance or impede innovation and firm performance? *Journal of Product Innovation Management*, *28*(4), 503-520.

Song, X.M. & Parry, M.E. (1997). A cross-national comparative study of new product development processes: Japan and the United States. *Journal of marketing*, *61*(2), 1-18.

Stone, A. G., Russell, R. F., & Patterson, K. (2004). Transformational versus servant leadership: A difference in leader focus. *Leadership & Organization Development Journal*.

Subramaniam, M., & Youndt, M. A. (2005). The influence of intellectual capital on the types of innovative capabilities. *Academy of Management journal*, *48*(3), 450-463.

Sung, S. Y., & Choi, J. N. (2019). Contingent effects of workforce diversity on firm innovation: high-tech industry and market turbulence as critical environmental contingencies. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-27.Subramaniam & Youndt, 2005).

Thijssen, S. V., Jacobs, M. J., Swart, R. R., Heising, L., Ou, C. X., & Roumen, C. (2023). The barriers and facilitators of radical innovation implementation in secondary healthcare: a systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, *37*(3), 289-312.

Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review, 45*(2), 55–72.

van Beers, J., van Dun, D. H., & Wilderom, C. P. (2026). How lean routines shape a continuous improvement dynamic capability in hospitals. *International Journal of Operations & Production Management, 46*(13), 95–128.

Vial, G. (2019). Understanding digital transformation: A review and a research agenda. *The Journal of Strategic Information Systems*, *28*(2), 118-144.

Volberda, H., Jansen, J., Tempelaar, M., & Heij, K. (2011). Monitoren van sociale innovatie: slimmer werken, dynamisch managen en flexibel organiseren. *Tijdschrift voor HRM*, *1*, 85-110.

Volberda, H. W., Van den Bosch, F. A. J., & Heij, K. (2012). *Hoe sociale innovatie bijdraagt aan de doelstellingen: Prestaties, eigen regie en zelfredzaamheid, en nieuwe zorgdiensten van zorgorganisaties*. INSCOPE – Research for Innovation / Erasmus Universiteit Rotterdam.

Volberda, H., Van der Weerdt, N., Verwaal, E., Stienstra, M. & Verdu, A.J. (2012). Contingency fit, institutional fit, and firm performance: a metafit approach to organization-environment relationships. *Organization Science, 23(4)*, 1040-1054.

Volberda, H., Heij, K. and Bosma, M. (2019). Innovatie Jij.nu: Niet de robots, maar wij zijn aanzet, Deventer: Management Impact.

Volberda, H.W., Commandeur, H., Van den Bosch, F.A.J. and Heij, K. (2013), Sociale innovatie als aanjager van productiviteit en concurrentiekracht. M&O, Tijdschrift voor Management en Organisatie, Themanummer Sociale Innovatie, 67(5): 5-34.

Bijlage A Onderzoeksverantwoording

Bijlage A.1 Veldwerk monitor

De 421 respondenten zijn afkomstig van 9 zorginstellingen verspreid door het land. Ruim 67 procent van de zorginstellingen betreft een algemeen ziekenhuis. Uit econometrische toetsen blijken de (innovatie)constructen betrouwbaar en valide.

Van 2 maart tot en met 26 juni 2026 verrichtte SEO in opdracht van ARCHEM de dataverzameling voor de Monitor. Figuur A.1 bevat een responsoverzicht waarin is aangegeven wanneer welke stappen zijn ondernomen.

Werving en verspreiding via deelnemende zorginstellingen

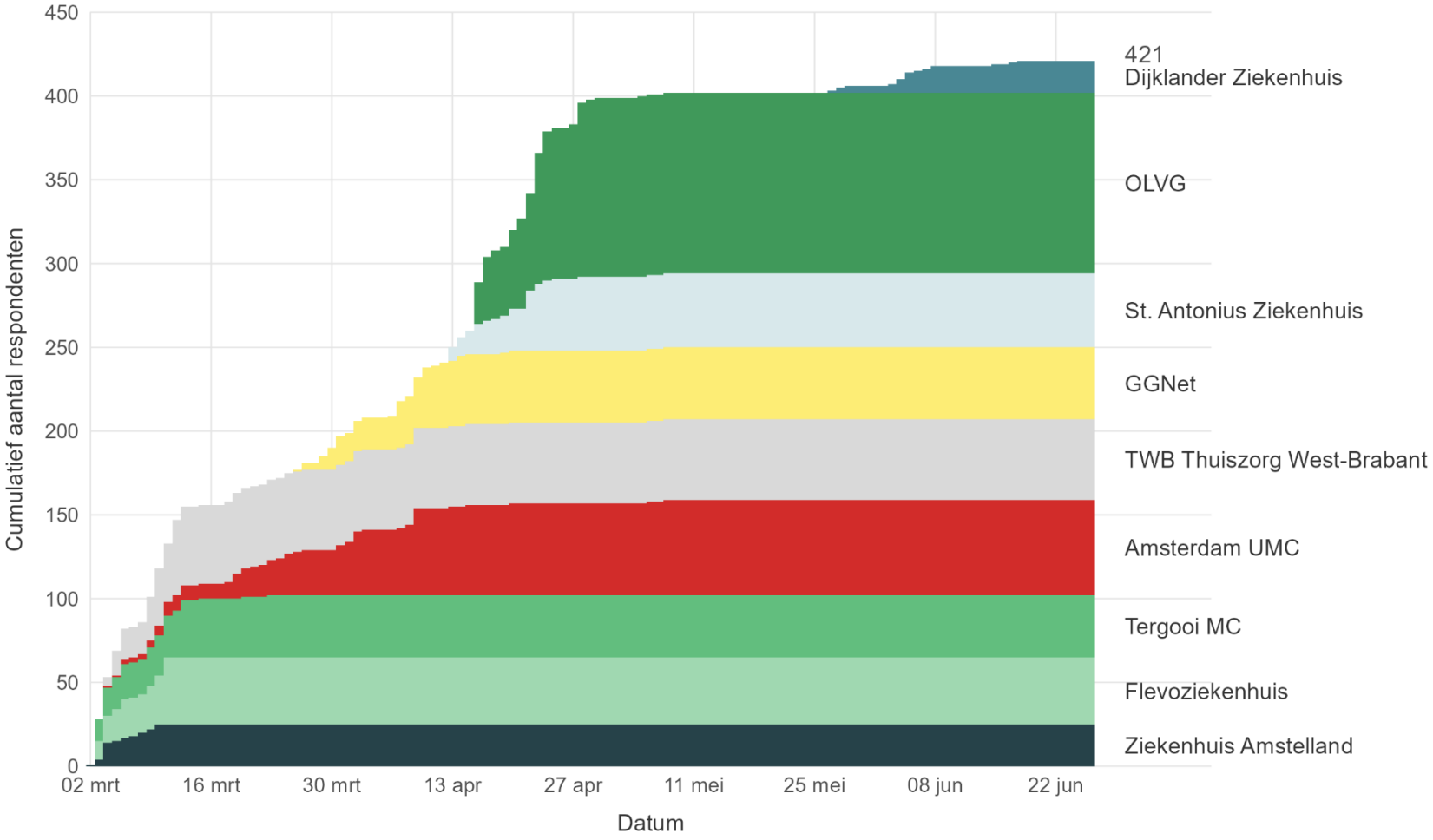
Het veldwerk voor de Innovatiemonitor voor de zorg is uitgevoerd door SEO Economisch Onderzoek, in opdracht van ARCHEM (Amsterdam UMC, de Universiteit van Amsterdam en SEO Economisch Onderzoek). De monitor is in 2025/2026 voor het eerst opgezet en uitgezet in het veld. Zorginstellingen zijn via ARCHEM benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Voor iedere deelnemende zorginstelling is een specifieke enquêtelink aangemaakt. Daarnaast zijn de afdelingen in de vragenlijst afgestemd op de betreffende organisatie, zodat respondenten de vragen konden beantwoorden vanuit de context van hun eigen instelling of afdeling.

Na aanmelding hebben contactpersonen binnen de deelnemende instellingen de enquête intern verspreid onder medewerkers van de betreffende zorginstelling. De vragenlijst stond per instelling gemiddeld ongeveer twee weken open. Na circa één week is via de contactpersoon een herinnering verstuurd om de respons te bevorderen. De respons is daarmee verzameld via de deelnemende zorginstellingen zelf, waarbij medewerkers de vragenlijst digitaal konden invullen.

Beloning voor deelname (*incentives*)

Aan de deelnemende zorginstellingen is beloofd om hen een op maat gemaakte managementrapportage toe te sturen op basis van de uitkomsten van de Monitor. Daarnaast kregen zij de mogelijkheid om de resultaten te bespreken in een terugkoppelingsgesprek. De rapportage laat zien hoe de instelling scoort ten opzichte van het gemiddelde van de deelnemende zorginstellingen. Deze inzichten bieden instellingen handvatten om gericht verder te werken aan innovatie en vernieuwing binnen de organisatie.

Figuur A.1 De dataverzameling heeft tussen 2 maart 2026 en 26 juni 2026 plaatsgevonden en geresulteerd in 421 respondenten

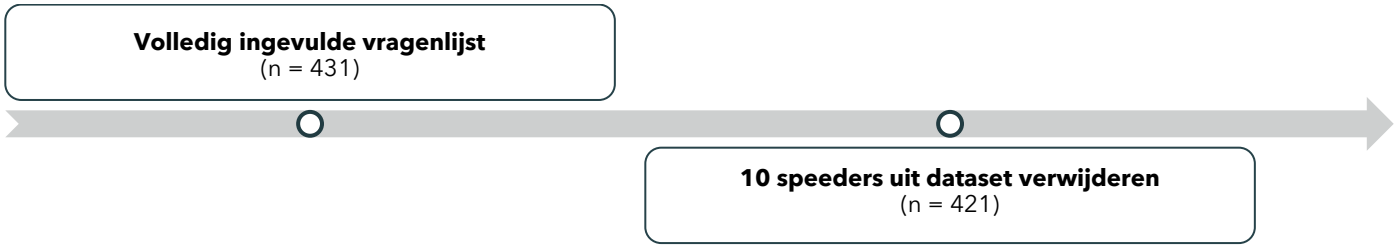


Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Opschoning databestand

In totaal zijn 431 vragenlijsten volledig ingevuld. Om de kwaliteit van de data te waarborgen zijn alle volledige vragenlijsten gecontroleerd of de respondent de vragenlijst niet in een onmogelijk tijdsbestek heeft ingevuld *('speeders')*.[14] In totaal zijn 10 respondenten om deze reden uit de dataset gefilterd, waardoor het totaal aantal respondenten op 421 uitkomt (zie Figuur A.2).

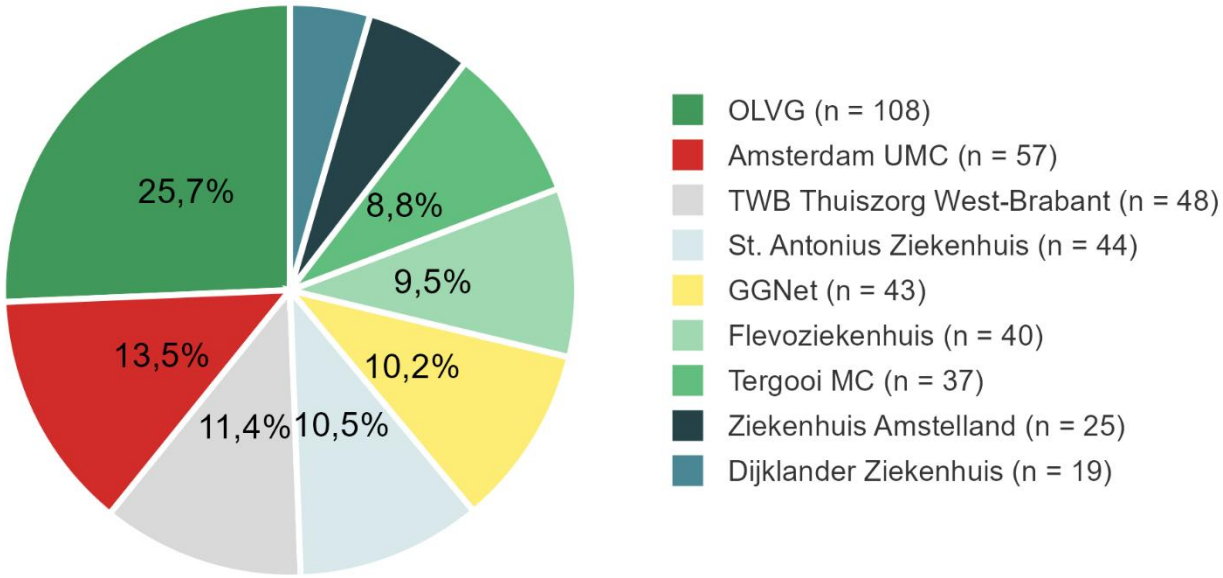
Figuur A.2 Het analysebestand bevat de waarnemingen van 421 respondenten



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Afkomst data

Figuur A.3 Ruim een kwart van de 421 respondenten is werkzaam bij het OLVG in Amsterdam



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Eigenschappen zorginstellingen en respondenten

De negen deelnemende zorginstellingen vormen geen representatieve afspiegeling van het Nederlandse zorglandschap. De steekproef is selectief naar type zorginstelling, geografische spreiding en omvang: vooral algemene ziekenhuizen, vooral instellingen in Noord-Holland en vooral middelgrote tot grote zorgorganisaties zijn

[14] Respondenten die de vragenlijst in minder dan vier minuten hebben ingevuld zijn verwijderd uit de dataset.

vertegenwoordigd. De resultaten van de Innovatiemonitor van de Zorg moeten daarom worden gelezen als inzichten uit de deelnemende instellingen, niet als uitkomsten voor alle zorgaanbieders in Nederland.

De steekproef bestaat uit zes algemene ziekenhuizen, één universitair medisch centrum, één ggz-instelling en één organisatie voor thuiszorg/wijkverpleging. De deelnemende algemene ziekenhuizen zijn Dijklander Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis, OLVG, Ziekenhuis Amstelland, Tergooi MC en Flevoziekenhuis. Daarnaast nemen Amsterdam UMC, GGNet en TWB / Thuiszorg West-Brabant deel. In vergelijking met CBS StatLine zijn algemene ziekenhuizen sterk oververtegenwoordigd: zij vormen 66,7 procent van de steekproef, tegenover 2,4 procent van de populatie in de gehanteerde CBS-indeling. Andere zorgtypen, zoals categorale ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en maatschappelijke opvang, ontbreken juist in de steekproef, terwijl zij samen 46,1 procent van de populatie vormen.[15]

De deelnemende ziekenhuizen verschillen in regio en omvang. Dijklander Ziekenhuis is gevestigd in Noord-Holland, met locaties in Hoorn, Purmerend, Enkhuizen en Volendam, en telt circa 3.125 medewerkers. St. Antonius Ziekenhuis is een topklinisch algemeen ziekenhuis met klinische locaties in Nieuwegein en Utrecht en telt bijna 6.300 medewerkers. OLVG is een algemeen ziekenhuis met topklinische zorg in Amsterdam, met hoofdlocaties Oost en West, en telt ruim 6.000 medewerkers. Ziekenhuis Amstelland is gevestigd in Amstelveen en telt 1.021 medewerkers. Tergooi MC is gevestigd in Hilversum en de regio Gooi en Vechtstreek en telt circa 3.000 collega's. Flevoziekenhuis is gevestigd in Almere en heeft een omvang van 1.550 fte.

De overige deelnemende instellingen verbreden de steekproef beperkt naar andere zorgtypen. Amsterdam UMC is het enige universitair medisch centrum in de steekproef, gevestigd op de locaties AMC en VUmc in Amsterdam, en telt meer dan 15.000 professionals. GGNet is de enige ggz-instelling in de steekproef, actief in Noord- en Oost-Gelderland, met onder meer standplaatsen in Apeldoorn, Doetinchem, Zutphen, Zevenaar, Winterswijk en Warnsveld, en telt circa 2.100 collega's. TWB / Thuiszorg West-Brabant is de enige deelnemende organisatie voor thuiszorg/wijkverpleging, actief in de regio West-Brabant, en telt circa 2.100 zorgprofessionals.

De steekproef is geconcentreerd in Noord-Holland. Vijf van de negen deelnemende instellingen zijn gevestigd in Noord-Holland; daarnaast zijn Utrecht, Gelderland, Flevoland en Noord-Brabant vertegenwoordigd. Instellingen uit Groningen, Fryslân en Drenthe ontbreken. De regionale spreiding van de deelnemende instellingen is daarmee beperkt en wijkt zichtbaar af van de spreiding van zorgvestigingen in Nederland.[16]

De steekproef bevat uitsluitend middelgrote en grote zorgorganisaties. Alle deelnemende instellingen tellen ten minste circa 1.000 medewerkers of fte, en meerdere instellingen hebben meer dan 5.000 medewerkers. Kleinere zorgaanbieders zijn daardoor niet vertegenwoordigd. De vergelijking met CBS StatLine is indicatief, omdat het aantal deelnemende instellingen beperkt is en de afbakening van de monitor niet één-op-één samenvalt met de bredere CBS-populatie.[17]

---

15 CBS StatLine, Zorginstellingen; kerncijfers, tabel 83652NED. Gebruikt voor de indicatieve vergelijking naar type zorginstelling. https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83652NED

16 CBS StatLine, Vestigingen van bedrijven; bedrijfstak, regio, tabel 81578NED. Gebruikt voor de indicatieve vergelijking naar regionale spreiding van vestigingen in de sector Q Gezondheids- en welzijnszorg. https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81578NED

17 De CBS-vergelijking is indicatief. De monitorgegevens zijn geaggregeerd naar organisatie-/instellingsniveau, terwijl de regionale CBS-populatiegegevens betrekking hebben op vestigingen. Eén zorgorganisatie kan meerdere vestigingen hebben. Daarnaast is de steekproef klein, met negen deelnemende zorginstellingen.

De afdelingen en instellingen in de steekproef hebben vooral een lokale of regionale functie. Zoals Tabel A.1 laat zien, geeft 40,6 procent van de respondenten aan dat cliënten of patiënten voornamelijk uit de regio afkomstig zijn; 18,8 procent noemt een lokale herkomst. Een kleiner deel rapporteert een nationale of internationale functie, respectievelijk 14,0 en 5,7 procent. Bij de interpretatie is het antwoordniveau van de respondent van belang. Voor leden van de Raad van Bestuur heeft het antwoord betrekking op de instelling als geheel; voor overige respondenten op de afdeling of het organisatieonderdeel waar zij werkzaam zijn. Tenslotte, geeft 16,9 procent aan dat de afdeling geen cliënten of patiënten heeft.

Tabel A.1 De verschillende afdelingen in de zorginstellingen hebben voornamelijk een regionale functie.

Geografische gebied	Aantal enquête	Percentage enquête
Lokaal	79	18,8%
Regionaal	171	40,6%
Nationaal	59	14,0%
Internationaal	24	5,7%
Onze afdeling heeft geen cliënten/patiënten	71	16,9%
Niet ingevuld	17	4,0%
Totaal	**421**	**100%**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Noot: Voor de geografische herkomst van cliënten en patiënten zijn de volgende definities gehanteerd: lokaal = afkomstig uit de eigen gemeente; regionaal = afkomstig uit maximaal drie verschillende provincies; nationaal = afkomstig uit minimaal vier verschillende provincies; internationaal = afkomstig uit het buitenland.

Tabel A.2 toont de verdeling van de respondenten over verschillende functies. De grootste groep respondenten bestaat uit managers binnen de organisatie (26,4 procent), gevolgd door verpleegkundigen (23,5 procent). Daarnaast werkt 12,6 procent van de respondenten als medicus en 8,1 procent als paramedicus. Respondenten met een functie in beleid en advies vormen 12,1 procent van de respons. De categorie IT, facilitair & ondersteuning omvat 8,6 procent van de respondenten en bevat ook administratieve functies, HR en secretariaat. Leden van het algemeen bestuur vormen 1,2 procent van de respons. Zij vulden de vragenlijst in vanuit het perspectief van de zorgorganisatie als geheel; de overige respondenten beantwoordden de vragen vanuit het perspectief van hun eigen afdeling en directe collega's.

Tabel A.2 Een groot deel van de respondenten is manager of verpleegkundige

Functie	Aantal enquête	Percentage enquête
Medicus	53	12,6%
Verpleegkundige	99	23,5%
Paramedicus	34	8,1%
Medewerker IT, facilitair & ondersteuning	36	8,6%
Manager	111	26,4%
Algemeen bestuur	5	1,2%
Beleid en advies	51	12,1%
Zorgondersteuning	18	4,3%
Onderzoeker	8	1,9%
Andere functie	6	1,4%%
Totaal	**421**	**100%**

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Noot: Open antwoorden bij 'Andere functie' zijn waar mogelijk heringedeeld. 'Medewerker IT, facilitair & ondersteuning' omvat onder meer IT, facilitair, administratie, secretariaat, HR, inkoop, en logistiek. 'Beleid en advies' omvat onder meer beleidsadvies, kwaliteitsadvies en project- of programmaleiding. 'Zorgondersteuning' omvat onder meer verzorgenden, helpenden, doktersassistenten en huishoudelijke ondersteuning. 'Algemeen bestuur' is strikt opgevat als Raad van Bestuur/bestuurder.

Bijlage A.2 Gebruikte meetschalen in de vragenlijst

Constructen en items

Het grootste deel van de vragenlijst bestaat uit zogenoemde schaalvragen. Deze schalen zijn opgebouwd uit meerdere stellingen (items) die gezamenlijk één onderliggend construct meten. Het gebruik van schaalvragen maakt het mogelijk om complexe en vaak abstracte onderwerpen te meten die zich niet goed laten vangen in één enkele vraag. Voorbeelden van dergelijke constructen zijn de mate van exploratieve innovatie binnen een organisatie en de fase waarin een organisatie zich bevindt wat betreft digitale transformatie. De schaalvragen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op gevalideerde schalen uit de wetenschappelijke managementliteratuur, vertaald naar het Nederlands en aangepast aan de zorgcontext. Tabel A.3 geeft een overzicht van de negen onderzochte constructen en de bijbehorende items. Een bespreking van de schalen is te vinden in hoofdstuk 2.

Tabel A.3 De negen constructen voor innovatie-uitkomsten, hefbomen en zorgproductiviteit

Constructen en items
Exploratieve innovatie
Wij zetten zorgproducten en/of diensten neer die compleet nieuw zijn voor ons Wij maken regelmatig gebruik van nieuwe manieren om zorg te leveren of patiënten/cliënten te bereiken (bijv. e-health, hybride zorg, etc.) Onze afdeling speelt in op zorgvragen die verder gaan dan ons bestaande aanbod
Exploitatieve innovatie

Er worden regelmatig kleine verbeteringen of aanpassingen doorgevoerd in bestaande zorgdiensten, behandelprotocollen of werkprocessen
Wij realiseren schaalvoordelen door bestaande zorgdiensten aan grotere groepen patiënten/cliënten aan te bieden
Onze afdeling verbetert continu de efficiëntie van onze zorgprocessen en dienstverlening

Menselijk kapitaal

Onze medewerkers…
… behoren tot de koplopers binnen ons vakgebied/specialisme
… zijn creatief in het vinden van oplossingen en durven risico's te nemen
… kenmerken zich door een vooruitstrevende aanpak in hun functie en rol
… ontwikkelen nieuwe ideeën en kennis

Zelforganisatie

Onze medewerkers…
… plannen hun werkzaamheden zelf
… beslissen zelf hoe zij hun werk aanpakken
… kiezen zelf de taken die zij oppakken
… bepalen zelf de doelen die bereikt dienen te worden

Sociaal kapitaal

Onze medewerkers…
… kunnen goed met elkaar samenwerken bij het oplossen van problemen
… delen informatie en leren van elkaar
… wisselen ideeën uit met collega's uit andere onderdelen van onze organisatie
… werken samen met externen

Transformationeel leiderschap

Onze leidinggevenden…
… hebben een duidelijke visie en inspireren medewerkers
… bevorderen vertrouwen, betrokkenheid, en samenwerking tussen medewerkers in de organisatie
… behandelen medewerkers als individuen, en ondersteunen en bemoedigen hun ontwikkeling
… dagen uit om op een andere manier naar de organisatie van zorg te kijken

Digitale transformatie

Ten opzichte van andere soortgelijke zorgaanbieders passen wij zeer vernieuwende digitale technologieën toe
Wij proberen steeds nieuwe digitale technologieën te ontdekken die aansluiten bij de behoefte van onze patiënten/cliënten
Er vinden vaak veranderingen plaats in onze afdeling als gevolg van digitale ontwikkelingen

Kunstmatige intelligentie: data en technologie

We brengen data van meerdere bronnen samen in één opslaglocatie
We investeren in onze IT-infrastructuur om vernieuwde digitale-initiatieven mogelijk te maken
Onze dataveiligheidsbeleid en -technologie voldoen aan de meest geavanceerde normen

Kunstmatige intelligentie: organisatorische en personele capaciteiten

We hebben toegang tot intern en extern personeel met de juiste vaardigheden om AI toe te passen
Onze leidinggevenden tonen eigenaarschap en toewijding aan AI-initiatieven
Ons personeel heeft een goed gevoel voor waar AI toegepast kan worden

Zorgproductiviteit

Vergeleken met zorgaanbieders zijn wij zeer productief
Onze huidige productiviteit is hoger dan 5 jaar geleden

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Validiteit en betrouwbaarheid

Met behulp van *i)* Cronbach's alpha en een *ii)* factoranalyse zijn de validiteit en betrouwbaarheid van de gebruikte schaalvragen geanalyseerd. De toetsen tonen aan dat er geen reden is om aan de validiteit en betrouwbaarheid van de data te twijfelen. De analyses geven aanleiding om voor elke schaal de gemiddelde waarde van de items die tot de schaal behoren te berekenen. Deze scores zijn voor de verdere analyses gebruikt.

Cronbach's alpha is een veelgebruikte toets om te onderzoeken in hoeverre verschillende items uit een schaal verband met elkaar houden (Cronbach, 1951). Een hoge score (0,7 of hoger) is een indicatie dat een schaal betrouwbaar is (Nunnally, 1978). Een te hoge score (0,9 of hoger) toont aan dat er wellicht sprake was van redundantie in de vragenlijst. Tabel A.4 laat zien dat de Cronbach's alpha voor de schaalvragen varieert van 0,60 voor zorgproductiviteit tot 0,91 voor transformationeel leiderschap. Voor zes van de tien onderzochte constructen ligt de alpha boven de gebruikelijke drempelwaarde van 0,7. Dit wijst erop dat deze constructen intern consistent zijn.

Voor exploratieve innovatie (0,65), exploitatieve innovatie (0,64), kunstmatige intelligentie: organisatorische en personele capaciteiten (0,68) en zorgproductiviteit (0,60) ligt de alpha iets onder de drempelwaarde van 0,7. Deze waarden liggen echter dicht bij de grenswaarde, waardoor de interne consistentie als voldoende tot redelijk kan worden beschouwd. De alpha voor transformationeel leiderschap (0,91) ligt boven 0,9, wat erop kan wijzen dat de items binnen deze schaal sterk overlappen.

Tabel A.4 Zes van de tien constructen zijn intern consistent

Construct	Aantal items	Cronbach's alpha (α)
Exploratieve innovatie	3	0,65
Exploitatieve innovatie	3	0,64
Menselijk kapitaal	4	0,89
Zelforganisatie	4	0,88
Sociaal kapitaal	4	0,85
Transformationeel leiderschap	4	0,91
Digitale transformatie	3	0,86
Kunstmatige intelligentie: data en technologie	3	0,72
Kunstmatige intelligentie: organisatorische en personele capaciteiten	3	0,68
Zorgproductiviteit	2	0,60

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Het doel van een exploratieve factoranalyse is tweeledig. Allereerst toetst het hoeveel constructen elke schaal meet (convergente validiteit). Ten tweede toetst het of de gevonden constructen niet zoveel onderlinge samenhang vertonen dat zij niet meer van elkaar te onderscheiden zijn (discriminante validiteit).[18] Hieronder zijn beide doelen besproken.

[18] Een exploratieve factoranalyse is een veelgebruikte analysemethode om de zogenoemde factorstructuur van een schaal te verkennen (Bollen, 1989). Met de factorstructuur bedoelen we het aantal factoren dat schuilgaat onder een schaal en de wijze waarop de items van de schaal samenhangen met deze factoren.

Om de convergente validiteit van de schalen te verkennen is iedere schaal eerst afzonderlijk geanalyseerd (zie Tabel A.5 tot en met Tabel A.14). Voor menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal, leiderschap, digitale transformatie en gepercipieerde productiviteit wijst de factoranalyse op een eendimensionale structuur. De items laden daarbij op de verwachte factor.

Voor exploratieve en exploitatieve innovatie is een tweefactoroplossing onderzocht. De items voor exploratieve innovatie laden op dezelfde factor. Voor exploitatieve innovatie laden twee van de drie items op de verwachte factor. Het item exploratieexploitatief_r5 laadt echter sterker op de factor met exploratieve innovatie-items. Dit suggereert dat dit item empirisch minder goed aansluit bij het beoogde exploitatieconstruct.

Voor het AI-construct is de verwachte tweedeling tussen 'data en technologie' en 'organisatorische en personele capaciteiten' slechts gedeeltelijk zichtbaar. Enkele items laden op de verwachte dimensie, maar aiconstruct_r3 vertoont een kruislading en aiconstruct_r4 laadt niet op de verwachte factor. De interpretatie van de twee AI-subdimensies vraagt daarom voorzichtigheid.

Tabel A.5 Schattingsresultaten exploratief factormodel exploratieve en exploitatieve innovatie

Items	Factor 1	Factor 2
exploratieexploitatief_r1		0.472
exploratieexploitatief_r2		0.635
exploratieexploitatief_r3		0.633
exploratieexploitatief_r4	0.552	
exploratieexploitatief_r5		0.641
exploratieexploitatief_r6	0.962	
Eigenvalues: 2,843; 0,918; 0,677; 0,644; 0,515; 0,383		

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.6 Schattingsresultaten exploratief factormodel exploratieve en exploitatieve innovatie DROP _r5

Items	Factor 1	Factor 2
exploratieexploitatief_r1	0.336	
exploratieexploitatief_r2		0.790
exploratieexploitatief_r3		0.433
exploratieexploitatief_r4	0.727	
exploratieexploitatief_r6	0.829	
Eigenvalues: 2,559; 0,849; 0,670; 0,534; 0,388		

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.7 Schattingsresultaten exploratief factormodel menselijk kapitaal

Items	Factor 1
menskaptiaal_r1	0.789
menskapitaal_r2	0.766
menskapitaal_r3	0.885

menskapitaal_r4	0.843
Eigenvalues: 3,021; 0,397; 0,337; 0,245	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.8 Schattingsresultaten exploratief factormodel zelforganisatie

Items	Factor 1
zelforganisatie_r1	0.785
zelforganisatie_r2	0.862
zelforganisatie_r3	0.825
zelforganisatie_r4	0.760
Eigenvalues: 2,958; 0,471; 0,323; 0,248	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.9 Schattingsresultaten exploratief factormodel sociaal kapitaal

Items	Factor 1
sociaalkapitaal_r1	0.782
sociaalkapitaal_r2	0.849
sociaalkapitaal_r3	0.783
sociaalkapitaal_r4	0.652
Eigenvalues: 2,763; 0,544; 0,431; 0,261	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.10 Schattingsresultaten exploratief factormodel transformationeel leiderschap

Items	Factor 1
leiderschap_r1	0.894
leiderschap_r2	0.900
leiderschap_r3	0.825
leiderschap_r4	0.795
Eigenvalues: 3,185; 0,405; 0,214; 0,196	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.11 Schattingsresultaten exploratief factormodel digitale transformatie

Items	Factor 1
digitaletransformatie_r1	0.798
digitaletransformatie_r2	0.885
digitaletransformatie_r3	0.778
Eigenvalues: 2,345; 0,380; 0,275	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.12 Schattingsresultaten exploratief factormodel kunstmatige intelligentie (AI)

Items	Factor 1	Factor 2
kunstmatigeintelligentie_r1		0.477
kunstmatigeintelligentie_r2		0.685
kunstmatigeintelligentie_r3	0.482	0.325
kunstmatigeintelligentie_r4		0.712
kunstmatigeintelligentie_r5	0.614	
kunstmatigeintelligentie_r6	0.861	
Eigenvalues: 3,250; 0,810; 0,596; 0,527; 0,431; 0,386		

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.13 Schattingsresultaten exploratief factormodel kunstmatige intelligentie (AI) DROP _r4

Items	Factor 1	Factor 2
kunstmatigeintelligentie_r1		0.393
kunstmatigeintelligentie_r2	0.887	
kunstmatigeintelligentie_r3		0.570
kunstmatigeintelligentie_r5		0.716
kunstmatigeintelligentie_r6		0.847
Eigenvalues: 2,918; 0,671; 0,588; 0,438; 0,386		

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.14 Schattingsresultaten exploratief factormodel kunstmatige intelligentie (AI) DROP _r3

Items	Factor 1	Factor 2
kunstmatigeintelligentie_r1		0.473
kunstmatigeintelligentie_r2		0.617
kunstmatigeintelligentie_r4		0.744
kunstmatigeintelligentie_r5	0.613	
kunstmatigeintelligentie_r6	0.842	
Eigenvalues: 2,710; 0,791; 0,581; 0,507; 0,410		

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Tabel A.15 Schattingsresultaten exploratief factormodel zorgproductiviteit

Items	Factor 1
zorgproductiviteit_r1	0.653
zorgproductiviteit_r2	0.653
Eigenvalues: 1,426; 0,574	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Onderstaande Box A.1 gaat verder in op de resultaten van Tabel A.5 tot en met Tabel A.15. Ook licht het de exploratieve factoranalyse met alle items in Bron: op de volgende pagina toe.

Box A.1 Technische bespreking resultaten factoranalyse

De resultaten van de factormodellen per afzonderlijke schaal zijn in Tabel A.5 tot en met Tabel A.15 opgenomen. De laatste rij van elke tabel toont de eigenvalues van elke schaal, die vaak worden gebruikt om het aantal onderliggende factoren vast te stellen. Elke eigenvalue vertegenwoordigt een factor: hoe hoger de eigenvalue, hoe meer variatie in de items wordt verklaard door deze factor. In de literatuur wordt doorgaans gewerkt met een drempelwaarde van 1; zodat het aantal eigenvalues hoger dan 1 bepaalt hoeveel factoren er onder een set items schuilgaan (Bollen, 1989). Volgens deze maatstaf hebben de schalen voor menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal, transformationeel leiderschap, digitale transformatie en zorgproductiviteit één onderliggende factor. Voor exploratieve en exploitatieve innovatie en kunstmatige intelligentie geldt dat alleen de eerste eigenvalue hoger is dan 1. De tweede eigenvalue ligt in beide gevallen wel relatief dicht bij 1, respectievelijk 0,918 en 0,810. Omdat deze schalen op basis van de theorie uit twee dimensies bestaan, is voor deze schalen alsnog een tweefactoroplossing geschat.

De overige rijen laten voor elk van de items zien hoe sterk zij samenhangen met de onderliggende factor(en). Het aantal factoren voor elke schaal is gekozen op basis van de theorie, wat neerkomt op twee factoren voor de schalen voor exploratieve en exploitatieve innovatie en kunstmatige intelligentie en één factor voor de resterende schalen. De eenfactormodellen laten overwegend hoge factorladingen zien. Voor menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal, transformationeel leiderschap, digitale transformatie en zorgproductiviteit liggen alle factorladingen boven de 0,5. Dit kan worden gezien als een eerste teken van convergente validiteit.

Bij de tweefactoroplossingen is het beeld iets minder eenduidig. Voor exploratieve en exploitatieve innovatie laden de meeste items duidelijk op één van de twee factoren. Eén item heeft een factorlading net onder de gebruikelijke grens van 0,5, namelijk exploratieexploitatief_r1 met een lading van 0,472. Daarnaast laadt exploratieexploitatief_r5 in deze oplossing op de eerste factor, terwijl de overige items van de tweede dimensie vooral op de tweede factor laden. Voor kunstmatige intelligentie geldt eveneens dat de meeste items voldoende sterk laden op één van de twee factoren. Twee items vormen hierop een uitzondering: kunstmatigeintelligentie_r1 heeft een lading van 0,477 en kunstmatigeintelligentie_r3 laadt met 0,482 net onder de grens van 0,5 op de tweede factor, met daarnaast een lagere lading van 0,325 op de eerste factor. Dit wijst erop dat de empirische scheiding tussen de twee AI-dimensies minder scherp is dan theoretisch verwacht.

Al met al ondersteunen de resultaten de constructvorming voor de meeste schalen. Voor de schalen exploratieve en exploitatieve innovatie en kunstmatige intelligentie is de factorstructuur minder sterk empirisch afgebakend, maar wel grotendeels in lijn met de theoretisch verwachte dimensies. Bij de interpretatie van deze schalen is daarom enige voorzichtigheid passend, met name voor de items die net onder de gebruikelijke grenswaarde laden of niet volledig op de verwachte factor terechtkomen.

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Ter verdere verkenning schatten we ook een exploratief factormodel voor alle schaalvragen gezamenlijk. Dit toetst of de items empirisch op de verwachte onderliggende constructen laden en of er items zijn die op meerdere factoren laden, wat kan wijzen op beperkte discriminante validiteit van de schalen.

Tabel A.16 toont de resultaten van dit model met tien factoren, aansluitend bij de vooraf verwachte constructindeling: exploratieve innovatie, exploitatieve innovatie, menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal, transformationeel leiderschap, digitale transformatie, twee AI-dimensies en gepercipieerde productiviteit. Over het algemeen laden de items herkenbaar op de verwachte factoren. De constructen menselijk kapitaal, zelforganisatie, sociaal kapitaal, transformationeel leiderschap, digitale transformatie en gepercipieerde productiviteit laten een duidelijke factorstructuur zien.

Voor exploratieve en exploitatieve innovatie is de scheiding grotendeels zichtbaar, al laadt exploratieexploitatief_r5 sterker op de factor met exploratieve innovatie-items dan op de factor voor exploitatieve innovatie. Ook bij het AI-construct is de tweedeling in grote lijnen herkenbaar, maar aiconstruct_r3 laadt op beide AI-factoren. Deze constructen vragen daarom om een voorzichtige interpretatie.

Tabel A.17 en A.18 tonen twee varianten op deze factoroplossing met respectievelijk negen en acht factoren. In beide oplossingen worden alle items behorende bij het AI-construct bij elkaar gezet, wat erop wijst dat de twee onderliggende subdimensies moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Ook deze oplossingen hebben moeite om exploratieve en exploitatieve innovatie zuiver van elkaar te onderscheiden. Mogelijk dat de vertaling van deze constructen naar de zorg aanpassing behoeven om beter op de zorgcontext aan te sluiten.

Tabel A.16 Schattingsresultaten exploratieve factoranalyse met alle items en 10 factoren

	factor1	factor2	factor3	factor4	factor5	factor6	factor7	factor8	factor9	factor10
exploratieexploitatief_r1					0.350					
exploratieexploitatief_r2					0.386					
exploratieexploitatief_r3					0.414					
exploratieexploitatief_r4						0.588				
exploratieexploitatief_r5					0.579					
exploratieexploitatief_r6						0.822				
menskaptiaal_r1				0.736						
menskapitaal_r2				0.680						
menskapitaal_r3				0.739						
menskapitaal_r4				0.614						
zelforganisatie_r1		0.684								
zelforganisatie_r2		0.842								
zelforganisatie_r3		0.848								
zelforganisatie_r4		0.726								
sociaalkapitaal_r1										0.657
sociaalkapitaal_r2										0.684
sociaalkapitaal_r3										0.620
sociaalkapitaal_r4										0.439
leiderschap_r1			0.839							
leiderschap_r2			0.907							
leiderschap_r3			0.804							
leiderschap_r4			0.733							
digitaletransformatie_r1								0.676		
digitaletransformatie_r2								0.826		
digitaletransformatie_r3								0.758		
kunstmatigeintelligentie_r1							0.424			
kunstmatigeintelligentie_r2							0.683			
kunstmatigeintelligentie_r3							0.421			
kunstmatigeintelligentie_r4							0.642			
kunstmatigeintelligentie_r5									0.399	
kunstmatigeintelligentie_r6									0.838	
zorgproductiviteit_r1	0.705									
zorgproductiviteit_r2	0.577									

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Noot: Eigenvalues: 10,528; 3,089; 2,25; 1,867; 1,458; 1,246; 1,102; 1,001; 0,871; 0,779.

Tabel A.17 Schattingsresultaten exploratieve factoranalyse met alle items en 9 factoren

	factor1	factor2	factor3	factor4	factor5	factor6	factor7	factor8	factor9
exploratieexploitatief_r1							0.372		
exploratieexploitatief_r2							0.416		
exploratieexploitatief_r3							0.471		
exploratieexploitatief_r4								0.605	
exploratieexploitatief_r5							0.418		
exploratieexploitatief_r6								0.559	
menskaptiaal_r1				0.759					
menskapitaal_r2				0.710					
menskapitaal_r3				0.769					
menskapitaal_r4				0.649					
zelforganisatie_r1									0.693
zelforganisatie_r2									0.851
zelforganisatie_r3									0.857
zelforganisatie_r4									0.707
sociaalkapitaal_r1			0.591						
sociaalkapitaal_r2			0.613						
sociaalkapitaal_r3			0.609						
sociaalkapitaal_r4			0.446						
leiderschap_r1					0.901				
leiderschap_r2					0.900				
leiderschap_r3					0.797				
leiderschap_r4					0.730				
digitaletransformatie_r1	0.681								
digitaletransformatie_r2	0.843								
digitaletransformatie_r3	0.742								
kunstmatigeintelligentie_r1		0.545							
kunstmatigeintelligentie_r2		0.710							
kunstmatigeintelligentie_r3		0.696							
kunstmatigeintelligentie_r4		0.562							
kunstmatigeintelligentie_r5		0.609							
kunstmatigeintelligentie_r6		0.642							
zorgproductiviteit_r1						0.713			
zorgproductiviteit_r2						0.598			

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Noot: Eigenvalues: 10,528; 3,089; 2,251; 1,867; 1,458; 1,246; 1,102; 1,001; 0,871.

Tabel A.18 Schattingsresultaten exploratieve factoranalyse met alle items en 8 factoren

	factor1	factor2	factor3	factor4	factor5	factor6	factor7	factor8
exploratieexploitatief_r1		0.294						
exploratieexploitatief_r2					0.327			
exploratieexploitatief_r3					0.466			
exploratieexploitatief_r4		0.543						
exploratieexploitatief_r5		0.331						
exploratieexploitatief_r6		0.651						
menskaptiaal_r1						0.755		
menskapitaal_r2						0.677		
menskapitaal_r3						0.745		
menskapitaal_r4						0.648		
zelforganisatie_r1	0.708							
zelforganisatie_r2	0.870							
zelforganisatie_r3	0.856							
zelforganisatie_r4	0.698							
sociaalkapitaal_r1								0.571
sociaalkapitaal_r2								0.637
sociaalkapitaal_r3								0.615
sociaalkapitaal_r4								0.351
leiderschap_r1				0.895				
leiderschap_r2				0.911				
leiderschap_r3				0.805				
leiderschap_r4				0.731				
digitaletransformatie_r1					0.693			
digitaletransformatie_r2					0.801			
digitaletransformatie_r3					0.727			
kunstmatigeintelligentie_r1			0.564					
kunstmatigeintelligentie_r2			0.730					
kunstmatigeintelligentie_r3			0.711					
kunstmatigeintelligentie_r4			0.584					
kunstmatigeintelligentie_r5			0.612					
kunstmatigeintelligentie_r6			0.598					
zorgproductiviteit_r1							0.733	
zorgproductiviteit_r2							0.569	

Bron: SEO Economisch Onderzoek (2026)

Noot: Eigenvalues: 10,528; 3,089; 2,251; 1,867; 1,458; 1,246; 1,102; 1,001.

Bijlage A.3 Interviews en kwalitatieve analyse

Als aanvulling op de resultaten van de monitor en de kwantitatieve analyse ervan, zijn bij alle deelnemende zorginstellingen interviews afgenomen. Doel van deze interviews was enerzijds om de resultaten te helpen duiden en nuanceren, en anderzijds om de vertaalslag naar de Nederlandse zorgcontext en naar handelingsperspectief te verkennen. In totaal zijn 9 interviews gedaan met 2 tot 4 respondenten (23 in totaal). Respondenten werden geselecteerd als *sleutelinformanten*, dat wil zeggen, vanwege hun specifieke kennis, ervaring of positie die relevant zijn om innovatie in de organisatie te begrijpen. Geïnterviewden kregen van tevoren inzicht in de organisatie-specifieke managementrapportage en de monitor-resultaten waren uitgangspunt voor het interview.

Interviews zijn semi-gestructureerd uitgevoerd aan de hand van open vragen naar aanleiding van de monitor-resultaten, en meer gerichte vragen gestructureerd volgens het model van vijf hefbomen (Figuur 2.1). Interviews duurden 60 tot 90 minuten en werden afgenomen door twee interviewers.

De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd, en eerst *within-case* thematisch geanalyseerd (met mogelijkheid voor de respondenten om de conclusies te verifiëren). Daarna zijn de interviews *cross-case* geanalyseerd volgens de structuur van een Gioia data-structure-diagram (Gioia et al, 2013), waarbij hogere-orde thema's zijn gevonden (zoals besproken in Hoofdstuk 5). De gehele bewijsketen van transcripties tot uiteindelijke thema's is gedocumenteerd.

Bijlage B Uitsplitsing naar functiegroep

Om te onderzoeken hoe verschillende functies van respondenten samenhangen met de verschillende (innovatie)constructen voeren we een ongewogen lineaire regressieanalyse uit.

De resultaten van deze analyses staan in de rest van deze bijlage. De belangrijkste bevindingen worden besproken in hoofdstuk 3, voor de hefbomen van innovatie, innovatie-uitkomsten en gepercipieerde zorgproductiviteit, en in hoofdstuk 4, voor de randvoorwaarden voor AI-toepassing. De 421 respondenten ingedeeld in drie functiegroepen:

1. **Management en algemeen bestuur** omvat managers en respondenten die werkzaam zijn in het algemeen bestuur ($n = 116$)
2. **Zorgprofessionals en zorgondersteuning** omvat medici, verpleegkundigen, paramedici en medewerkers in zorgondersteunende functies, waaronder verzorgenden ($n = 204$).
3. **Staf- en ondersteunende functies** omvat medewerkers op het gebied van IT, facilitaire dienstverlening en ondersteuning, beleid en advies en onderzoek, en respondenten met een overige functie ($n = 101$).

Tabel B.1 toont per functiegroep de gemiddelde scores op de vijf hefbomen, de twee innovatie-uitkomsten, de gepercipieerde zorgproductiviteit en de twee randvoorwaarden voor AI-toepassing. Deze gemiddelden maken zichtbaar hoe hoog de drie functiegroepen op de oorspronkelijke meetschaal scoren en hoe groot de waargenomen verschillen zijn. Vervolgens is voor ieder construct afzonderlijk een ongewogen lineaire regressieanalyse uitgevoerd. De wiskundige modelspecificatie luidt:

$$y_i = \alpha + \beta_1 Zorg_i + \beta_2 Management_i + \varepsilon_i$$

Hierin is y_i de score van respondent *i*. $Zorg_i$ is een dummyvariabele voor respondenten die behoren tot de groep zorgprofessionals en zorgondersteuning. $Management_i$ is een dummyvariabele voor respondenten die behoren tot management en algemeen bestuur. Ondersteunende, beleids- en onderzoeksfuncties vormen de referentiecategorie. De constante α is daarmee gelijk aan de gemiddelde score van de referentiegroep. De coëfficiënten β_1 en β_2 geven aan hoeveel zorgprofessionals en management gemiddeld hoger of lager scoren dan deze referentiegroep. Omdat geen andere verklarende variabelen zijn opgenomen, komen de coëfficiënten overeen met de ongecorrigeerde verschillen tussen de groepsgemiddelden in Tabel B.1. Daarnaast is binnen hetzelfde regressiemodel rechtstreeks getoetst of management en zorgprofessionals van elkaar verschillen. Tabel B.2 bevat daarmee alle drie de onderlinge vergelijkingen tussen de functiegroepen.

Kanttekeningen bij de interpretatie

De analyses laten samenhangen zien en kunnen niet causaal worden geïnterpreteerd. Een verschil tussen functiegroepen betekent dus niet dat de functie zelf de score veroorzaakt. De verschillen kunnen mede samenhangen met andere kenmerken van respondenten of met de organisatiecontext waarin zij werkzaam zijn.

Daarnaast zijn respondenten afkomstig uit negen zorginstellingen. Het is mogelijk dat bepaalde functiegroepen relatief sterk vertegenwoordigd zijn binnen specifieke instellingen. Wanneer instellingen onderling verschillen in bijvoorbeeld innovatiebeleid, organisatiecultuur, leiderschap of digitale infrastructuur, kunnen gevonden functieverschillen daarom gedeeltelijk instellingsverschillen weerspiegelen. Ook kunnen antwoorden van

respondenten binnen dezelfde instelling meer op elkaar lijken dan antwoorden van respondenten uit verschillende instellingen. De eenvoudige OLS-modellen houden geen rekening met deze clustering. De analyses in deze bijlage moeten daarom worden gezien als een eerste, ongecorrigeerde uitsplitsing naar functie.

Tabel B.1 toont de absolute scores van de drie functiegroepen. De tabel maakt zichtbaar welke functiegroep gemiddeld het hoogst of laagst scoort en hoe groot de verschillen op de oorspronkelijke meetschaal zijn. Uit deze tabel alleen kan niet worden afgeleid of de waargenomen verschillen statistisch significant zijn. De statistische toetsing is opgenomen in Tabel B.2.

Tabel B.1 Gemiddelde construct scoren naar functiegroep

Construct	Ondersteunende, beleids- en onderzoeksfuncties (n=101)	Zorgprofessionals en -ondersteuning (n=204)	Management en algemeen bestuur (n=116)
A. Hefbomen			
Zelforganisatie	5.36 (1.00)	4.59 (1.20)	4.94 (1.07)
Transformationeel leiderschap	5.13 (1.28)	4.85 (1.14)	5.23 (1.02)
Menselijk kapitaal	5.20 (1.11)	4.91 (1.12)	4.94 (1.05)
Sociaal kapitaal	5.69 (1.05)	5.15 (1.02)	5.22 (1.06)
Digitale transformatie	4.46 (1.11)	4.12 (1.22)	4.25 (1.40)
B. Uitkomsten			
Incrementele innovatie	5.03 (0.98)	4.88 (0.97)	5.20 (0.88)
Radicale innovatie	4.85 (1.20)	4.46 (1.13)	4.72 (1.06)
Gepercipieerde productiviteit	4.64 (0.78)	4.68 (1.10)	4.80 (1.16)
C. Randvoorwaarden voor AI-toepassing			
Data en technologie	4.11 (1.17)	3.71 (1.04)	3.72 (1.15)
Organisatie en capaciteit	4.40 (1.13)	3.59 (0.98)	3.86 (1.19)

Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: Weergegeven zijn de ongewogen gemiddelden. De standaarddeviatie staat tussen haakjes.

Tabel B.2 OLS-regressieresultaten voor verschillen in scores naar functie

Construct	Zorgprofessionals t.o.v. staf en ondersteuning	Management t.o.v. staf en ondersteuning	Managent t.o.v. zorgprofessionals
A. Hefbomen			
Zelforganisatie	-0,77***	-0,42**	0,36**
Transformationeel leiderschap	-0,28*	0,09	0,38**
Menselijk kapitaal	-0,29*	0,26	0,03
Sociaal kapitaal	-0,54***	-0,47**	0,07
Digitale transformatie	-0,34*	-0,21	0,13
B. Uitkomsten			
Incrementele innovatie	-0,15	0,17	0,32**
Radicale innovatie	-0,40**	0,14	0,26*
Gepercipieerde productiviteit	0,04	0,15	0,12

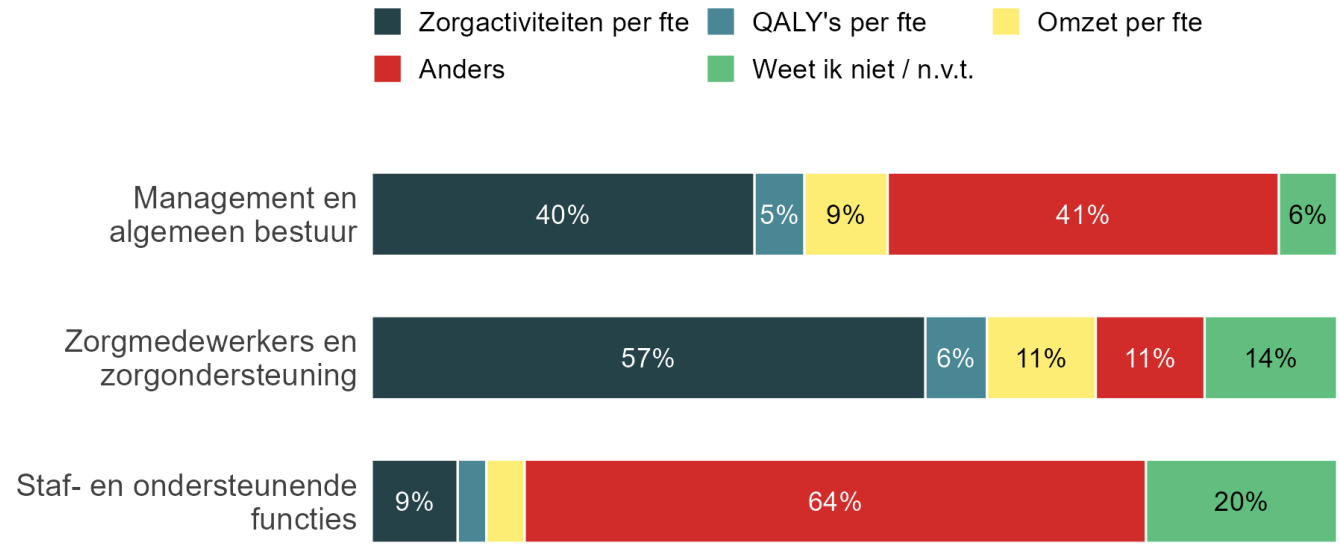
C. Randvoorwaarden voor AI-toepassing			
Data en technologie	-0,39**	-0,38*	0,01
Organisatie en capaciteit	-0,81***	-0,54***	0,28*

Bron: De Innovatiemonitor voor de Zorg 2026

Noot: .p<0,1 *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001. De tabel toont paarsgewijze verschillen in de gemiddelde score tussen de functiegroepen, geschat met afzonderlijke ongewogen OLS-regressies voor ieder construct en gebaseerd op 421 observaties. In de eerste twee resultaatkolommen vormen staf- en ondersteunende functies de referentiecategorie. De derde resultaatkolom toont de rechtstreekse vergelijking tussen management en zorgprofessionals, berekend binnen hetzelfde OLS-model. Een positieve coëfficiënt betekent dat de eerstgenoemde groep hoger scoort dan de vergelijkingsgroep; een negatieve coëfficiënt betekent dat deze groep lager scoort. De analyses zijn niet gecorrigeerd voor andere respondent- of organisatiekenmerken.

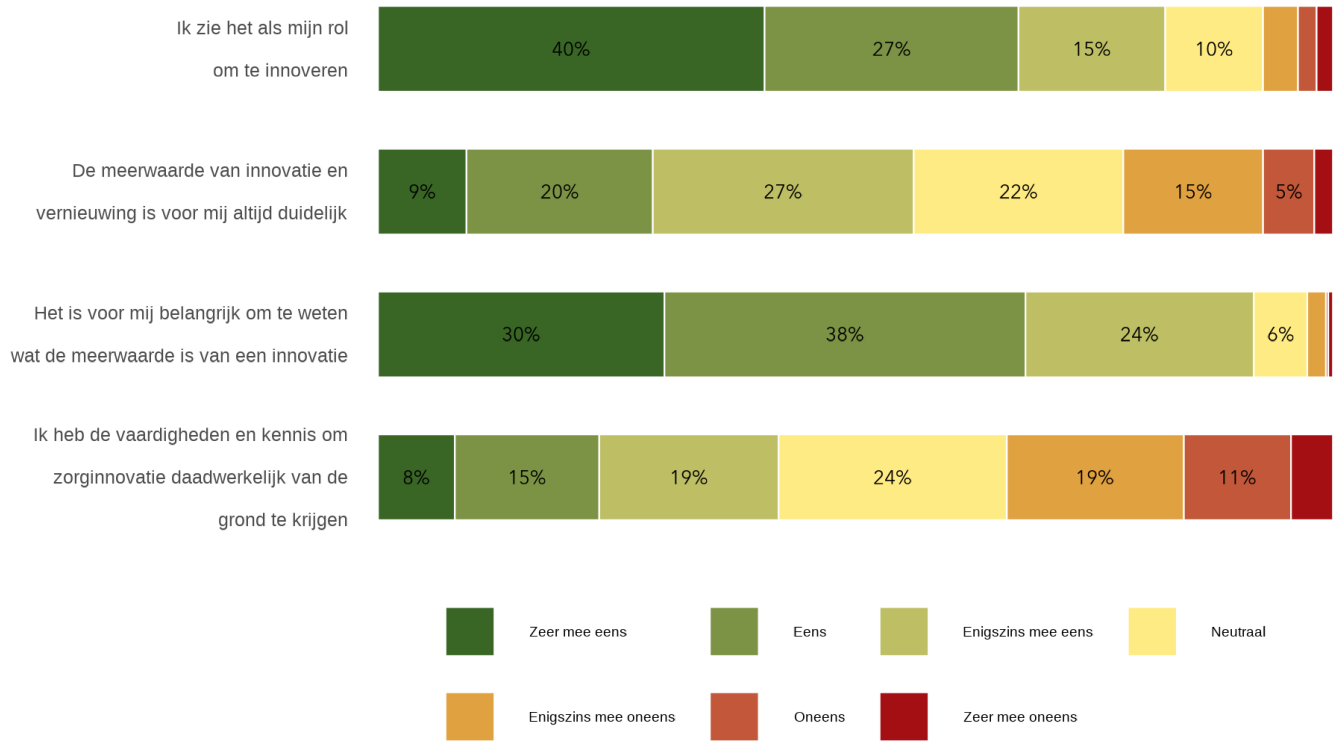
Bijlage C Aanvullende figuren

Figuur C.1 Definitie zorgproductiviteit uitgesplitst naar functiegroep



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek

Figuur C.2 Uitsplitsing stellingen over rol van zorgaanbieder



Bron: Innovatiemonitor voor de Zorg 2026, bewerking door SEO Economisch Onderzoek

Noot: De figuur toont de verdeling van antwoorden op respondentniveau. Respondenten is gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met vier stellingen over de meerwaarde van zorginnovatie en hun eigen rol bij innovatie. De eerste en laatste stelling zijn gehercodeerd naar positieve formuleringen.

“Met wetenschap naar weloverwogen keuzes”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport 2026-101
ISBN 978-90-5220-700-1

Informatie & Disclaimer
SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2026 SEO Amsterdam.
Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl.

seo • economisch onderzoek

Roetersstraat 29
1018 WB Amsterdam

+31 20 399 1255
secretariaat@seo.nl
www.seo.nl