

Exploitatie en exploratie in de verpleeghuiszorg

Arjen van Klink

Radicale verandering van de langdurige zorg is nodig om deze beschikbaar te houden en te kunnen inspelen op veranderende behoeften. Dat vraagt meer accent op exploratie in de zorginstellingen, terwijl daar exploitatie (ofwel: vandaag de cliënt goed verzorgen) centraal staat. Door middel van interviews met elf zorgbestuurders is een beeld verkregen van inspanningen en barrières om 'ambidexteriteit', het vermogen van een organisatie om gelijktijdig twee tegenstrijdige activiteiten uit te voeren, te vergroten. Negen factoren zijn in beschouwing genomen. Missie en visie en dialoog zijn relatief goed op orde bij de geraadpleegde zorginstellingen. De factoren management, oriëntatie op de gebruiker en ambassadeurs kennen sterke en zwakke aspecten. De instellingen scoren laag op innovatie vanuit systeem perspectief, een cultuur die fouten toestaat, budget voor exploratie en focus op implementatie van innovatie. Bovenop de recente beleidsinzet van het ministerie kunnen zorginstellingen investeren in de kwaliteit van het middenmanagement, de samenwerking met nieuwe stakeholders versterken en innovatieve ideeën systematischer beoordelen. Bovenal is het belangrijk om vertrouwen te geven aan medewerkers, zodat zij ruimte voelen om bij te dragen aan vernieuwing.

Inleiding

In juli 2022 heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport een beleidsvisie op de toekomst van de sector gepresenteerd (Ministerie van VWS, 2022). Het is een aanzet voor een fundamentele herziening van de sector in het licht van de stijgende en veranderende zorgvraag en de krimpende beschikbaarheid van personeel. Het motto van de beleidsvisie is 'meer zelf, meer thuis en meer digitaal'. Er komt extra geld voor zorgtechnologie en ouderenhuisvesting. Innovatiecoaches moeten cliënten en zorgmedewerkers helpen nieuwe technologie te gebruiken. Maar de uitdagingen vereisen ook dat verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) zelf veranderen. Zij zijn nu sterk gericht op het uitvoeren van taken en nauwelijks op het radicaal vernieuwen ervan. Toekomstbestendige zorg vraagt echter om zorginstellingen die efficiëntie en innovatie weten te verenigen; dat is het combineren van exploitatie en exploratie.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een serie interviews met bestuurders van zorginstellingen, toegespitst op de verpleeghuiszorg, over hun ervaring met en visie op

de balans tussen exploitatie en exploratie (Van Klink e.a., 2022). Na deze inleiding wordt vanuit de theorie kort ingegaan op het begrip ambidexteriteit en worden negen factoren toegelicht die ambidexteriteit in een organisatie kunnen beïnvloeden. Daarna komen de ervaringen en ambities van de zorgbestuurders aan de orde, aan de hand van elk van de factoren. Vervolgens worden enkele suggesties voor de praktijk voorgesteld en wordt afgesloten met conclusies.

Zorg onder druk

Ook na het wegebben van de coronacrisis blijft er sprake van een ‘zorginfarct’: de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg staan onder druk. De problemen worden nog groter, want de vraag naar zorg neemt toe onder invloed van dubbele vergrijzing, welvaartsgroei en nieuwe behandelmethoden, terwijl de beschikbaarheid van medewerkers afneemt. Nu werkt 15 procent van de werkende Nederlanders in de zorg; bij gelijkblijvende stijging van de zorgvraag zou dat 25 procent in 2040 en 33 procent in 2060 moeten zijn (Vonk e.a., 2020). Naast de stijgende vraag naar zorgpersoneel is er sprake van veranderende behoeften bij ouderen en andere cliënten; zij zijn zelfstandiger dan eerdere generaties en weten steeds beter met digitale technologie om te gaan.

Gezondheidszorg in het algemeen en verpleeghuiszorg in het bijzonder is arbeidsintensief. Productiviteitswinst behalen via nieuwe technologie en andere werkvormen blijkt tot op heden beperkt mogelijk, ondanks de grote potentie (Hagenaars e.a., 2022). De bescheiden winst van innovatie geldt meer voor ‘care’ (de VVT-sector) dan voor ‘cure’ (ziekenhuiszorg). Met name geïntegreerde technologie, die verandering van het primaire proces vereist, is in de zorg lastig toe te passen en op te schalen (Schulten, 2019).

Sociale innovatie, de vernieuwing van de organisatie van het werk, is een essentiële vorm van innovatie (Volberda e.a., 2013). Het probleem in de verpleeghuiszorg lijkt grotendeels terug te voeren op gebrekkige sociale innovatie, want flexibel organiseren, dynamisch managen, slimmer werken en cocreëren kennen hun belemmeringen. Gegeven de grote druk op de sector is de vraag hoe sneller en radicaler kan worden vernieuwd. Dit vraagt een hoger niveau van sociale innovatie en een andere balans tussen exploratie en exploitatie.

Exploiteren en exploreren

Het vermogen van een organisatie om gelijktijdig twee tegenstrijdige activiteiten uit te voeren, wordt in de bedrijfskunde ambidexteriteit genoemd. De meeste aandacht gaat uit naar de tegenstelling tussen exploratie en exploitatie, geïntroduceerd door March (1991). Het gaat om optimaliseren versus veranderen. Exploitatie gaat over efficiëntie, productiviteit, controle en standaardisatie, terwijl exploratie gaat over nieuwsgierigheid, autonomie, creativiteit, risico en variatie (O'Reilly & Tushman, 2004). Explora-

tie is niet synoniem met innovatie of met de adoptie van technologie. Innovatie is de ontwikkeling en introductie van nieuwe producten en processen. Bij zowel exploitatie als exploratie kan innovatie plaatsvinden. Bij exploitatie gaat het om incrementele innovatie ofwel verbetering van het bestaande. Bij exploratie gaat het om meer radicale innovatie, met nieuwe producten en processen die inspelen op veranderende omstandigheden op langere termijn.

In de literatuur worden tal van factoren onderscheiden die een optimale balans tussen exploitatie en exploratie kunnen bevorderen. Voor het bepalen van een beeld van ambidexteriteit in de verpleeghuiszorg hebben we negen factoren gezien die naar voren zijn gekomen in onderzoek naar ambidexteriteit in de publieke sector (Palm & Lilja, 2016).

- *Missie, visie en strategie dragen ambidexteriteit uit.* De visie onderbouwt de veranderopgave, de missie het waarom en de strategie hoe de verandering wordt gerealiseerd. 'Incentives' geven richting aan de gewenste vernieuwing en zorgen voor een optimale balans tussen exploitatie en exploratie. De realisatie van de strategie wordt regelmatig gemonitord.
- *Gebruiker is uitgangspunt.* Het is belangrijk dat zowel exploitatie als exploratie wordt beschouwd vanuit het gebruikersperspectief. Wat heeft de cliënt nodig, nu en in de toekomst? Dat vergroot de legitimiteit en de kwaliteit van exploitatie en exploratie en de onderlinge verbinding tussen deze processen.
- *Vernieuwing vindt plaats vanuit systeemperspectief.* Het is van belang dat holistisch wordt gekeken in alle fasen van vernieuwing. Wat zijn de raakvlakken met werkprocessen, klanten, leveranciers, financiers, medewerkers en bredere ontwikkelingen in de sector? Dat ondersteunt het draagvlak en helpt de inbedding in een groter geheel.
- *Management stimuleert exploratie.* Bestuurders en managers geven steun aan medewerkers die bezig zijn met vernieuwing en helpen hen ideeën verder te brengen. Het management tolereert en verduidelijkt eventuele contradicties in het werk die het gevolg zijn van gelijktijdige exploitatie en exploratie.
- *Organisatiecultuur staat fouten toe.* Vernieuwing kan alleen plaatsvinden in een setting waarin risico genomen mag worden en fouten en mislukkingen mogen voorkomen. Medewerkers moeten vertrouwen voelen en kaders kennen. Er is een actieve leercultuur om vragen te stellen, de uitkomsten van experimenten te delen en die te gebruiken in vervolgtrajecten.
- *Dialoog geeft richting en draagvlak aan exploratie.* Een belangrijke 'enabler' van ambidexteriteit is geregelde dialoog tussen medewerkers betrokken bij exploitatie en exploratie. Enerzijds om ervoor te zorgen dat knelpunten uit de exploitatie kunnen worden ingebracht voor exploratie en anderzijds dat nieuwe ideeën kunnen worden ingebed in de exploitatie.
- *Ambassadeurs verbinden exploitatie en exploratie.* Ambidexteriteit wordt bevorderd door medewerkers eigenaar te laten zijn van innovatieve ideeën, innovatieprojecten

en nieuwe producten. Zij zijn het gezicht en aanspreekpunt en dat maakt exploratie beter toegankelijk vanuit exploitatie.

- *Er is budget voor exploratie en exploitatie.* In vrijwel alle organisaties is het budget voor exploitatie logischerwijs veel groter dan voor exploratie. Dat laat onverlet dat exploratie alleen een serieuze positie kan innemen als het een separaat budget heeft, er duidelijke criteria zijn om budget toe te delen en er verantwoording wordt afgelegd over de besteding.
- *Er is een oriëntatie op implementatie van innovatie.* Om exploitatie en exploratie goed in balans te brengen, is het belangrijk dat ideeën daadwerkelijk tot uitvoering worden gebracht. In veel organisaties is het implementeren van ideeën zwakker ontwikkeld dan het genereren van ideeën. Dat vergt extra aandacht voor het implementeren van innovatie.

Aanpak van het onderzoek

Voor het onderzoek zijn bestuurders van elf middelgrote en grote instellingen in de verpleeghuiszorg geïnterviewd (voor enkele kerngegevens zie tabel 1). Deze typen organisaties vormen de meerderheid in de VVT-sector en hebben in principe capaciteit om zelf te innoveren. De interviews hadden een semigestructureerd karakter, met ruimte voor voorbeelden en nuanceringen. Gemiddeld duurden de gesprekken anderhalf uur. Van elk gesprek is een uitgebreid verslag gemaakt dat door de respondent is geaccordeerd. De teksten van de interviews zijn vervolgens gerangschikt naar de negen factoren en geanalyseerd op overeenkomsten en verschillen. Hierna wordt een samenvatting met (anonieme) citaten gegeven.

Tabel 1. Zorginstellingen betrokken in het onderzoek.

Instelling	Medewerkers	Werkgebied
Beweging 3.0	3.000	Utrecht
Zorgpartners Midden-Holland	2.900	Zuid-Holland
Zorggroep Maas & Waal	650	Gelderland
Carinova	3.800	Overijssel
Zorgcentra De Betuwe	900	Gelderland
Coloriet	1.200	Flevoland
Mijzo	4.000	Noord-Brabant
WVO Zorg	1.600	Zeeland
TanteLouise	1.800	Noord-Brabant
Argos Zorggroep	2.400	Zuid-Holland
Archipel Zorggroep	2.000	Noord-Brabant

Resultaten

Missie, visie en strategie dragen ambidexteriteit uit

Niet alle zorginstellingen beschikken over een actuele strategie. Soms wordt dit veroorzaakt door recente bestuurswisseling of een fusie. Vaker nog zoeken de organisaties naar richting en urgentie. Een bestuurder: 'Feitelijk draait het om het verlagen van de ratio medewerker/cliënten, maar we durven het nog niet altijd zo te benoemen.' Wanneer er een strategie is, erkennen veel bestuurders dat deze nog niet voldoende wordt gedragen in de organisaties. Zij ervaren een zekere afstand tussen beleid en werkvloer.

Een bestuurder: 'Medewerkers in cure zijn doorgaans wat meer gericht op verbetering en vernieuwing dan die in de care.' In de meeste van de zorginstellingen in dit onderzoek is tot op heden

spontaan geïnnoveerd. Praktische ideeën van de werkvloer en subsidiemogelijkheden waren leidend. Door ze standalone uit te voeren, kon vrij makkelijk worden geëxperimenteerd. Nadelen zijn versnippering en onvoldoende aansluiting op organisatiedoelen. Dat is een reden dat soms het draagvlak om de innovaties te gebruiken niet sterk is. Een andere bestuurder: 'We hebben een duidelijker verhaal nodig.'

Een bestuurder: 'Waar we in het verleden probeerden een mammoettanker te sturen, zien we dat het langzaam wijzigt in het besturen van een duikboot. De veranderingen volgen elkaar snel op, en wendbaar zijn is daarbij van belang.' Een andere bestuurder: 'Wij zorgen ervoor dat vanuit de strategie voor elke medewerker helder is wat we aan het doen zijn. Maar we hebben geen dashboard om onze strategie te monitoren. De coherentie om alles samen te brengen, is nog niet voorhanden. Dat ondermijnt het verbinden van initiatieven.'

Ten aanzien van de factor missie, visie en strategie laten de interviews zien dat de zorginstellingen midden in het proces zitten om te komen tot een aansprekend veranderverhaal. Problematisch is dat strategie en sturing nog vrij los van elkaar lijken te staan; de strategie verwoordt vaak wel exploratie, maar in de sturing klinkt vooral exploitatie door. In combinatie met de sterke taakoriëntatie maakt dat medewerkers en middenkader huiverig om vernieuwing actief te zoeken.

Gebruiker is uitgangspunt

Een essentiële waarde in de zorg is persoonlijke aandacht en warmte voor de medemens. Daar doen medewerkers het voor en daar zijn ze voor opgeleid. De inzet van technologie wordt vanuit deze optiek vaak ervaren als een stap terug. Een bestuurder: 'In de zorgcultuur is technologie niet de standaard en dit is vaak ook niet aangeleerd tijdens de opleiding. Het is zaak dat technologie aan twee kanten van de medaille werkt: efficiëntie

Toekomstbestendige zorg vraagt om zorginstellingen die efficiëntie en innovatie weten te verenigen

van de zorg én kwaliteit van de zorg.’ Een andere bestuurder: ‘We maken de ondernemingsraad en de familie sponsor van de verandering. Als ze mee kunnen denken en zien dat innovaties waarde toevoegen, dan wordt het omarmd en staat het als een huis.’

Naast cliënten, mantelzorgers en medewerkers zijn voor de bestuurders met name zorgverzekeraars relevant. Sommige bestuurders missen investeringsbereidheid bij zorgverzekeraars; anderen zien partnerschap ontstaan. Een bestuurder: ‘Verzekeraars vragen van ons te innoveren, maar we moeten tegelijkertijd aantonen wat het oplevert. Wij moeten innovatie er vaak maar even bij doen.’

Ook over de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, die toezicht houdt op de kwaliteit van de zorg, wordt door de respondenten verschillend gedacht. Een bestuurder: ‘Oneerbiedig gezegd, heerst daar een vinkjescultuur.’ Een andere bestuurder: ‘De inspectie gaf vroeger vooraf vaak geen toestemming voor technologische oplossingen, maar was later enthousiast. Dat vraagt om pionieren en risico nemen. Medicatiecontrole gebeurt nu nog door twee personen, maar binnenkort kan de inzet van de slimme bril een tweede paar ogen vervangen. Dat geeft een tijdsbesparing van 250.000 maal 5 minuten per jaar! We gaan met de inspectie nu meer naar een situatie van wederzijds vertrouwen.’

Ten slotte komen leveranciers als stakeholder naar voren. De meeste contacten lopen via de ICT-afdeling of de technische dienst. Sommige bestuurders ervaren dat leveranciers vooral hun technologie willen afzetten en missen meedenken. Een bestuurder: ‘Leveranciers zouden ons kunnen ondersteunen door de waaromvraag uit te leggen.’ De bestuurders erkennen dat zij zelf hun vraag beter kunnen articuleren.

Geconstateerd kan worden dat de factor ‘de gebruiker is uitgangspunt’ beperkt ontwikkeld is. Er wordt steeds meer samengewerkt met cliënten en verzekeraars in innovatieprojecten. Met nieuwe stakeholders die voor een fundamentele herziening van de zorg nodig zijn, zoals woningcorporaties en gemeenten, ontbreken nog duurzame verbanden. Bovendien is nog niet geëxpliciteerd hoe men de cocreatie met deze partners voor zich ziet en ontbreekt een actieve beïnvloeding vanuit de zorginstellingen op dit grotere ecosysteem (Wu e.a., 2019).

Vernieuwing vindt plaats vanuit systeemperspectief

Het zorgsysteem is omvangrijk in actoren, schaalniveaus, afhankelijkheden en verantwoordelijkheden. Binnen de zorginstellingen is integraal denken lastig; er wordt in taken gedacht en het zicht op de doorwerking van veranderingen is beperkt. Veel zorginstellingen werken decentraal. Een bestuurder: ‘We zien dat er soms op locaties verschillend gewerkt wordt. We hebben nog geen antwoord op de vraag: wat doe je centraal, wat decentraal en hoe deel je kennis over innovaties tussen locaties?’ Ook het gebruik van data voor het maken van afwegingen bij innovaties en het optimaliseren van werkprocessen staat nog in de kinderschoenen. Een respondent: ‘Cijfers kunnen je verhaal ondersteunen. Neem de heupairbag: ik vroeg me af of het aantal heupfracturen naar beneden zou kunnen door de inzet van technologie. Door data meetbaar te maken, kun je inspelen op verwachtingen en creëer je draagvlak.’

Innovaties worden vaak beperkt beoordeeld, waarbij alleen directe effecten in oogenschouw worden genomen, terwijl indirecte effecten mogelijk heel relevant zijn. Een bestuurder: 'Levert de inzet van slim incontinentiemateriaal alleen tijdbesparing op? Het kan veel meer opleveren, als je niet alleen in toiletrondes redeneert: minder wonden, minder was, minder onrust, minder handelingen. Met elkaar moeten we het verhaal voor het hele systeem maken.'

Verschillende van de geïnterviewde bestuurders geven leiding aan zorginstellingen met verpleeghuiszorg en thuiszorg. Dat lijkt ideaal om de zorgketen te stroomlijnen, mensen langer thuis te laten wonen en zo de druk op het verpleeghuis te verminderen. Toch is de praktijk weerbarstig. Een bestuurder: 'Bij de intramurale zorg zijn ziekenhuisopnames en wensen van familie medebepalend. Ook komen er cliënten van andere thuiszorgorganisaties. Dus slimme thuiszorg is niet per se voordelig voor het eigen verpleeghuis. Bovendien spreken intramurale en extramurale zorgverleners vaak nog een andere taal, hetgeen de samenwerking bemoeilijkt.'

Ten slotte ervaren bestuurders het gebrek aan samenhang in de financiering als een belemmering voor innovatie. Een respondent: 'De huidige inrichting van Wmo, Wlz en Zvw en overige regelgeving helpt niet voor geïntegreerde oplossingen. Declareren over de verschillende domeinen heen is nog steeds niet mogelijk.'

1) Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet langdurige zorg en Zorgverzekeringswet.

Over de derde factor voor ambidexteriteit is te concluderen dat van een optimaal systeemperspectief geen sprake is. Dat geldt voor de grotere context richting nieuwe partners, maar ook binnen de instellingen waar locaties en disciplines onvoldoende op elkaar aansluiten. Het gebrek aan het juiste systeemperspectief betekent dat innovatie vaak een 'technology push' is en ad hoc plaatsvindt. Juist vanwege de vele facetten die de ouderenzorg kent, is het zo holistisch mogelijk benaderen van innovatie noodzakelijk voor duurzaam succes (Midgley & Lindhult, 2021).

Management stimuleert exploratie

Een bestuurder: 'Als raad van bestuur communiceren we vaak via blogs en laten we proefballonnetjes op, zodat medewerkers uitgedaagd worden om mee te denken over veranderingen. Soms roept dat vragen op en dan is het zaak om tijd te nemen voor uitleg.' Een andere bestuurder: 'We zijn heel veel bezig met uitleggen wat we doen. Onze strategie is leidend en dat vertellen we dagelijks. Je moet mensen helpen om het te begrijpen. Dat geldt voor ons, maar nog meer voor het middenmanagement, waar het gaat om de praktische doorwerking van nieuwe zorgtechnologie.'

Veranderen en innoveren vraagt om een bijpassend tempo. Een bestuurder: 'We zien dat managers veelal opgeslokt worden door de waan van de dag. Goed kunnen luisteren, niet drukken en je tempo aanpassen draagt bij aan adoptie en daadwerkelijke verandering.' Een andere bestuurder: 'Als je vraagt om anders te gaan werken, is het enorm van belang om dat ook samen te ontwikkelen. Wat vraag je anders van de medewerkers? We hebben onze managers daarom opgeleid tot coach. Het veranderen van de cultuur en het stimuleren van participatie vergt jaren.' Een bestuurder: 'Er is meer ondernemerschap nodig. Verpleegkundigen zijn opgeleid om oplossingsgericht te denken. Laat ze

die kwaliteit gebruiken.’ ‘Het is voor elke sector goed als er mensen van buiten zijn, met een frisse blik’, aldus een bestuurder, ‘maar dat is nog niet gangbaar in de zorg. Niet alle raden van toezicht durven dat aan en ook binnen zorginstellingen is het aanstellen van zij-instromers op managementposities geen vanzelfsprekendheid. Daardoor blijft er veel oud denken.’ Een andere bestuurder: ‘Wij zijn bezig met het aantrekken van andere beroepsgroepen. Denk aan AI-specialisten, data-analisten en health coaches.’

Samenwerking tussen zorginstellingen in dezelfde regio ligt voor de hand om innovatie te bevorderen. In de praktijk vindt samenwerking steeds meer plaats, hoewel er ook hindernissen zijn. Een bestuurder: ‘Iedere organisatie beschikt over een eigen elektronisch cliëntendossier (ECD). Vaak bestaat er geen mogelijkheid om deze te koppelen met ECD’s van buiten de organisatie.’

Uit de gesprekken komt naar voren dat de factor ‘management stimuleert exploratie’ opgaat voor de bestuurders; zij staan bij wijze van spreken dagelijks op de zeepkist om exploratie te stimuleren. Maar op de ambidexteriteit bij locatiemanagers en teamleiders staat spanning. Zij hebben hun handen vol aan exploitatie. Ze komen zelf vaak uit de zorg en zijn dragers van het conformerende denken. Bovendien kunnen zij het systeem waar de vernieuwing zich afspeelt, niet altijd overzien. Van belang is dat het middenmanagement wordt geholpen om integraler te kijken en onderling te kalibreren (Burgess e.a., 2015).

Organisatiecultuur staat fouten toe

Innoveren en veranderen kan alleen door het maken van fouten; fouten waarvan je kunt en moet leren. Een bestuurder: ‘Als collega’s zien wat domotica met behulp van leefcirkels voor een cliënt kan betekenen, dan verdwijnt de angst over valgevaar of dwaalgevaar naar de achtergrond. Vaak gaat die angst gepaard met vragen als: werkt de techniek wel, kan ik er op vertrouwen en is er ruimte om te mogen falen?’ Een andere geïnterviewde bestuurder: ‘Het is vooral luisteren naar de vraag achter de vraag. En benadrukken dat fouten gemaakt mogen worden.’ Een laatste respondent: ‘Om innovatie aan te vliegen, is het belangrijk om vanuit verschillende invalshoeken tegenspraak te organiseren. Een kundige en gemêleerde raad van toezicht ondersteunt mij als bestuurder.’

Fouten mogen maken is één, herhaling van fouten voorkomen is iets anders. Het laatste is meestal lastiger, want het vraagt een lerende organisatie waar fouten worden geanalyseerd, conclusies worden gedeeld en uitkomsten worden toegepast in volgende innovatietrajecten. Een bestuurder: ‘We proberen per project te leren en het geleerde mee te nemen in een volgende casus; het is een iteratief proces. Wat werkt houden we vast en de rest laten we weer los. Hier is nog kennisontwikkeling nodig.’ Een andere bestuurder: ‘Met name autonome teams kijken minder bij de bureaus. De urgentie ontbreekt daar soms: het team draait toch goed, waarom dan veranderen?’ Een andere bestuurder: ‘Het blijkt in de praktijk vaak lastig om innovaties over te dragen. De eilanden zijn groot en dat vergt vaak veel overleg en overtuigingskracht.’ Een andere bestuurder zegt: ‘De kunst is te durven handelen vanuit je eigen professie. We zullen onze medewerkers

moeten leren dat ze zelf inhoud mogen geven aan de uitvoering van hun werk. Ze komen nu nog opvallend vaak vragen of iets wel of niet mag.’

Geconcludeerd kan worden dat de zorginstellingen nog niet voldoen aan de factor ‘de organisatiecultuur staat fouten toe’. Medewerkers voelen nog niet altijd voldoende vertrouwen in hun eigen professie om risico te nemen. Ook is ‘evidence-based’ werken nog niet overal de praktijk. Ten slotte ontbreekt er vaak tijd voor reflectie om fouten te analyseren en leerpunten te destilleren. Het ‘destigmatiseren van fouten’ (Gino & Staats, 2015) is een belangrijke opgave voor het middenmanagement, waar exploitatie en exploratie samenkomen.

Dialogoog geeft richting en draagvlak aan exploratie

In vrijwel alle zorginstellingen van dit onderzoek is het gesprek over verandering belangrijk. Dat heeft schade opgelopen tijdens de coronacrisis, maar wordt nu snel weer heringevoerd. Een bestuurder: ‘Wij zijn bezig met het formuleren van een nieuw meerjarenbeleidsplan. Door middel van arenadiscussies verzamelen we ideeën uit de organisatie. Het is een prettige en effectieve manier om informatie op te halen, te verbinden en samen richting te bepalen.’ Een andere bestuurder: ‘Twee keer per jaar bezoekt de raad van bestuur alle locaties en worden er complimenten uitgedeeld.’ Een derde bestuurder: ‘We zijn momenteel bezig met het bezoeken van alle locaties om het gesprek aan te gaan om onze kaders bij te stellen. Door iedereen aan de voorkant te betrekken, kunnen we het gevoel van tekortschieten – dat bij de sommige medewerkers leeft – met elkaar delen. Maar niet alle collega’s laten het achterste van hun tong zien.’

Sommige organisaties leggen ook horizontale verbinding, zo zegt een respondent: ‘Wij werken met kwaliteitscirkels. Zo’n kwaliteitscirkel bestaat uit ambassadeurs – de eigenaren van een idee – en verkenner die voor hun locatie of afdeling moeten beoordelen in hoeverre het idee haalbaar is. Dat leidt tot gezonde discussies en het bevordert kennisdeling.’

Te constateren valt dat de dialoog wordt gevoerd. Men heeft begrepen dat ‘strategy happens through conversation’ (Bourgoin e.a., 2018). Het is echter niet eenvoudig om een strategische dialoog goed te voeren en te onderhouden. Er is niet altijd sprake van een ‘gedeelde ruimte’ waarin doelstelling, communicatiestijl en leiderschapsrol op elkaar zijn afgestemd. Vaak spreken zorgbestuurders met groepen medewerkers, terwijl deze vorm zich niet leent om in vertrouwen problemen of prille ideeën te delen. De effectiviteit van de bestuurders in de dialoog wordt soms belemmerd doordat veel medewerkers vooral hun autoriteit zien.

Ambassadeurs verbinden exploitatie en exploratie

In elk van de geraadpleegde zorginstellingen is een verantwoordelijkheid voor innovatie belegd. Dit is in de meeste gevallen een staffunctie die direct rapporteert aan de raad van bestuur; enerzijds omdat innovatie specifieke deskundigheid vraagt, anderzijds om het primaire proces niet te verstoren. Soms is het één medewerker, maar de grotere organisaties hebben vaak een afdeling met meerdere medewerkers. Een bestuurder:

‘Sinds twee jaar hebben we een innovatiemanager in dienst die meedenkt, maar ook ervaringen samenbrengt en zorgt dat de verschillende locaties met elkaar verbonden worden.’ Een andere bestuurder: ‘We hebben zogenoemde zorgvernieuwers aangesteld die samen met management en teamleiders bijdragen aan innovatie. Alles zodat de zorg door kan blijven draaien. De kunst is om innovatie en verandering gaande te houden in de lopende exploitatie. Hoe houd je het enthousiasme erin?’ Een andere bestuurder: ‘We hebben medewerkers aan kunnen stellen met tijdelijk geld om innovatie aan te jagen. Helaas betekent het ook dat we een deel van hen weer af hebben moeten laten vloeien, toen het geld op was.’

Innovaties vragen zowel om enthousiaste professionals die innovaties bottom-up initiëren als om een kundig bestuur dat innovaties vanuit visie en langetermijndoelstel-

lingen top-down faciliteert. Een bestuurder stelt: ‘Staf, paramedici en zorgmedewerkers kunnen bij ons een begin maken met innovatie. Er zijn academisch geschoolde innovatieadviseurs en

Deze ‘tour de horizon’ laat zien dat innovatie op de agenda staat, maar dat sociale innovatie nog beperkt is

projectleiders aangesteld. Zij hebben een rol in het inbedden van innovaties bij afdelingen en locaties. We doen dat bijna militaristisch.’ Een andere bestuurder: ‘De balans vinden tussen hiërarchisch en organisch is een zoektocht.’

De factor ‘ambassadeurs’ wordt vooral ingevuld met projectleiders en innovatiemedewerkers die buiten de lijn om innovaties helpen realiseren. Deze vorm van contextuele ambidexteriteit (Ossenbrink e.a., 2019) biedt concentratie van deskundigheid en rust in de exploitatie, maar ook het risico van onvoldoende eigenaarschap in de lijn. Van gedeelde verantwoordelijkheid voor exploitatie en exploratie in teams is nog nauwelijks sprake. Ook zijn middenmanagers vaak nog niet de ‘horizontale integrators’ (Harris & Wood, 2020) binnen hun teams en tussen hun teams.

Budget voor innovatie

Zorgverzekeraars zijn soms bereid om vooraf mee te financieren aan innovatieprojecten. Wanneer dat niet het geval is, dan is de instelling afhankelijk van eigen reserves, subsidies of voorfinanciering door een leverancier. Geldgebrek maakt het lastig om een langetermijnperspectief te hanteren. Een bestuurder: ‘We merken dat onze vraag naar oplossingen veel groter is dan wat we aankunnen in geld en tijd. Als middelgrote organisatie moeten we meeliften op ontwikkelingen in de regio.’ Een andere bestuurder: ‘Het zorgkantoor denkt waar nodig goed mee en stelt zich flexibel op.’ Een andere respondent: ‘Een businesscase voor innovatie omvat bij ons een feitenkaart met antwoorden op drie vragen: wat levert het op voor de cliënt, de medewerker en de zorgkosten?’ Een andere bestuurder zegt: ‘Per project wordt een businesscase gemaakt. Maar die is vaak erg oppervlakkig en omgeven door veel onzekerheden. Het verzilveren van arbeids-

besparing is ingewikkeld.’ Een derde bestuurder: ‘Neem slim incontinentiemateriaal: we hebben ervaringen opgedaan en het kan het welzijn van de bewoner vergroten en arbeidsbesparend werken. Voor ons is de besparing niet groot genoeg om er een krimp in personeel mee te kunnen opvangen. Moeten we het dan niet doen?’

Het beschikken over een goede basisinfrastructuur (zoals wifi) is van wezenlijk belang voor het benutten van technologische mogelijkheden. Een bestuurder: ‘Domotica toepassen in verouderde bouw rendeert niet. Dat maakt investeren en meegaan met marktontwikkelingen moeilijk. We hebben 27 locaties en het ontbreekt ons aan geld om die in een keer op niveau te krijgen.’

Voor het beoordelen van een (technologische) innovatie op zijn waarde zijn maatstaven nodig. Idealiter gaat het om criteria die het hele waardenspectrum afdekken: zorgkwaliteit, medewerkerswelzijn, financiën, aansluiting bij operationele processen en bijdrage aan strategische opgaven. Een bestuurder vertelt: ‘We zitten in de overgang van het integraal beoordelen en monitoren van individuele innovaties naar een platform-aanpak waar verschillende innovaties in samenhang worden gezien en waarbij meer proactief dan reactief kan worden gewerkt.’

Geconcludeerd kan worden dat de factor ‘budget voor innovatie’ schraal is. Midde-len zijn doorgaans projectgebonden. Problematisch voor meer exploratie is het ontbreken van een afwegingskader voor nieuwe ideeën. Watervalprocessen voor de filtering en uitwerking van ideeën worden nauwelijks gebruikt. Ook ‘health technology assessments’, waarbij een innovatie integraal vanuit meerdere waarden wordt beoordeeld, worden in de langdurige zorg nog weinig systematisch toegepast (Henshall & Schuller, 2013).

Stevige oriëntatie op implementatie van innovatie

Innovaties kunnen nog zo goed werken in een testomgeving, maar dat is geen garantie voor succes in de praktijk. Naast technische knelpunten lopen innovaties in de praktijk vooral aan tegen de houding van de gebruikers. Er zijn vele argumenten om iets nieuws (nog) niet te gebruiken. Olifantenpaadjes worden gebruikt om de oude routines te kunnen voortzetten. Een bestuurder: ‘Soms moet je forceren, een oude werkwijze stopzetten, zodat medewerkers de nieuwe variant wel móeten gaan gebruiken. Dat vraagt lef.’ Een andere bestuurder: ‘Implementatie is lastig en duurzame integratie in het zorgproces loopt om meerdere redenen niet altijd soepel, zoals onverwachte knelpunten in de techniek, gebrek aan tijd, verkeerde prioriteiten, onvoldoende budget en “not invented here”. Het is ongelooflijk belangrijk dat het management hier bovenop zit, één lijn trekt en voorkomt dat een innovatie verzandt. Ook omdat een mislukte innovatie grote invloed heeft op hoe de organisatie aankijkt tegen innovatie.’ Een andere bestuurder: ‘Duurzaam doorzetten van innovatie is een uitdaging, want het hangt vaak aan een enkele medewerker of locatie. Met zestien locaties is het bij ons een uitdaging. Eerlijk gezegd denken we te laat na over hoe we de opschaling kunnen borgen.’

Problematisch is ook het creëren van massa door een nieuwe technologie door meerdere zorginstellingen te laten gebruiken, volgens een respondent: ‘Er zijn nog te

weinig lijntjes tussen instellingen en belangen lijken niet altijd dezelfde. Ik geef het een jonge ondernemer te doen om zijn product te verkopen aan meerdere instellingen, met elk hun eigen behoeften en randvoorwaarden.’ Alle zorgbestuurders zijn het erover eens: de coronacrisis is een versneller geweest voor digitale oplossingen. Een geïnterviewde bestuurder: ‘We hadden budget voor beeldbellen, maar de animo om er daadwerkelijk mee te werken was erg laag. Zodra urgentie werd gevoeld om er echt te zijn voor de cliënt, bleek er veel meer mogelijk te zijn. Het beeldbelgebruik is verviervoudigd! Maar als er bij een innovatie niet snel een bruggetje te maken is naar een bestaand werkproces, dan ben je het momentum ook weer kwijt.’

Ten aanzien van de laatste factor kan worden geconstateerd dat het duurzaam doorzetten van innovatie geen sinecure is. Nieuwe werkwijzen en technologieën worden niet vanzelfsprekend goed gebruikt en het is lastig om een innovatie in alle locaties van een zorginstelling uniform te implementeren. Dat vraagt een goed innovatieklimaat, waar medewerkers op alle niveaus betrokken worden bij exploratie en er samenhang bestaat tussen innovaties, strategische doelen en waarden van medewerkers (Klein & Speer Sorra, 1996).

Suggesties voor de praktijk

De recente beleidsvisie van het ministerie onderstreept de urgentie voor fundamentele verandering van de verpleeg- en thuiszorg om voldoende goede zorg in de toekomst te kunnen blijven bieden (Ministerie van VWS, 2022). In aanvulling op deze visie doen we op basis van ons onderzoek vijf suggesties om het eigen aanpassingsvermogen van de zorginstellingen te vergroten.

Ten eerste kunnen missie, visie en strategie beter geënt worden op de toekomst van de zorg. Dan vallen technologische kansen beter op hun plek. De urgentie van transformatie moet doorklinken op de werkvloer, niet als bedreiging maar als kans voor nieuwe waarden. Houd hierbij rekening met de ‘rouw’ die medewerkers ervaren, als ze het oude moeten loslaten. Dus hanteer kleine stappen, presenteer praktische voorbeelden en stuur eenduidig op een mix van oud en nieuw.

Ten tweede kan een afwegingskader worden ontwikkeld om ideeën systematisch te beoordelen. Bij voorkeur ontwikkelen zorginstellingen zo’n kader gezamenlijk, zodat één taal wordt gehanteerd en innovaties beter gedeeld kunnen worden. Het is van belang om dat kader niet in de bestuurskamer te houden, maar breed te communiceren in de organisatie en met elkaar te gebruiken. Wat is leuker dan periodiek met een groep medewerkers ideeën te scoren en te trechteren?

Ten derde kunnen innovatietrajecten veel meer samen worden opgepakt. Innovatie kan vaker plaatsvinden in wisselende groepen medewerkers van verschillende niveaus, locaties en disciplines en met bestaande en nieuwe partners. Bij het laatste kan gedacht worden aan gemeenten en woningcorporaties, maar ook aan cateraars en onderwijs-

instellingen. Laat deze nieuwe contacten niet over aan stafmedewerkers, maar betrek de werkvloer er direct bij.

Ten vierde kan nog meer worden geïnvesteerd in het middenkader van teamleiders en locatiemanagers. Ze kunnen meer gespiegeld worden op de bredere context, bijvoorbeeld via stages elders of coaches van buiten. Gun ze daarvoor tijd en geld. Tevens moet de zorgsector zich meer openstellen voor instroom van middenkader van buiten. Andersdenkenden daadwerkelijk vertrouwen gunnen, begint bij de bestuurders.

Ten slotte kunnen zorgbestuurders nog meer het gesprek met de organisatie aangaan. Is de zeepkist voldoende? Schermt hun staf ze niet te veel af? Voelt de organisatie echt dat fouten maken mag? Te denken valt aan gespreksgroepen van zorgbestuurders onderling, maar ook aan benen-op-tafelsessies met medewerkers en buitenstaanders. En, ook in het digitale tijdperk, blijft 'management by walking around' van groot belang om te verbinden.

Tot besluit

Deze 'tour de horizon' langs zorginstellingen laat zien dat innovatie op de agenda staat, maar dat sociale innovatie nog beperkt is en een optimale balans tussen exploitatie en exploratie in de weg staat. Bestuurders geven ruimte aan vernieuwing, maar de impact is nog beperkt, doordat medewerkers opgeleid zijn volgens protocollen te werken, de organisaties decentraal werken en toezicht en financiering star zijn. Per saldo zijn bestuurders met hun staf bezig om zorgmedewerkers te verleiden om nieuwe technologie te gebruiken. Het risico is dat werkprocessen niet mee veranderen en samenhang ontbreekt. Bovendien leidt adoptie van technologie niet vanzelf tot meer exploratie.

Verder onderzoek naar ambidexteriteit in de zorgsector is relevant en interessant. Naast bestuurders moeten medewerkers en teamleiders aan het woord komen: wat zijn hun ervaringen en ideeën om innovatie meer ruimte te geven? Tevens is onderzoek nodig om lessen te trekken uit de implementatie van recente innovaties. Ten slotte is onderzoek naar de toekomst van het leiderschap in zorginstellingen nodig, met name voor het vinden van een goede balans tussen vertrouwen, gedrag, doelen en controle en daarmee tussen exploitatie en exploratie.

Ten slotte: is meer ambidexteriteit wel haalbaar in de verpleeghuiszorg? Een geïnterviewde zorgbestuurder gaf een duidelijk antwoord: 'Medewerkers hebben veel ideeën, maar we vragen er te weinig naar.' Exploratie echt op gang brengen, vraagt een strategische en culturele heroriëntatie. Misschien wel het belangrijkste is een hernieuwde subjectivering van de zorgmedewerker: wie ben ik en waar sta ik voor? Het antwoord moet aansluiten bij de strategische opgaven van de sector en moet al tijdens de opleiding ter sprake komen. Niet om het werk zakelijker te maken, maar om in vertrouwen met elkaar te zoeken naar nieuwe waarden voor cliënt en maatschappij. ■

Literatuur

- Bourgoin, A., Marchessaux, F. & Bencherki, N. (2018). We need to talk about strategy: how to hold effective strategic dialogue? *Business Horizons*, 61 (4), 587-597.
- Burgess, N., Strauss, K., Currie, G. & Wood, G. (2015). Organizational ambidexterity and the hybrid middle manager: the case of patient safety in UK hospitals. *Human Resource Management*, 54 (S1), 87-109.
- Gino, F. & Staats, B. (2015). Why organizations don't learn. *Harvard Business Review*, 93 (11), 3-10.
- Hagenaars, N., Laar, L. van de & Klink, C. (2022). *Uitweg uit de schaarste: over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg*. Gupta Strategists/FME.
- Harris, M. & Wood, G. (2020). Ambidextrous working in health and social care services: a configurational view. *Long Range Planning*, 53 (6), 102051.
- Henshall, C. & Schuller, T. (2013). Health technology assessment, value-based decision making, and innovation. *International Journal of Technology Assessments in Health Care*, 29 (4), 1-7.
- Klein, K.J. & Speer Sorra, J. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21 (4), 1055-1080.
- Klink, H.A. van, Fleskens van Osch, M., Dispa, J. & Mandigers, R. (2022). *Exploitatie en exploratie in de verpleeghuiszorg*. Hogeschool Rotterdam/Consyst.
- March, J.G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*, 2 (1), 71-87.
- Midgley, G. & Lindhult, E. (2021). A systems perspective on systemic innovation. *Systems Research and Behavioral Science*, 38 (5), 635-670.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Programma 'Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen' (WOZO)*. Ministerie van VWS.
- O'Reilly, C.A. & Tushman, M.L. (2004). The ambidexterous organization. *Harvard Business Review*, 82 (4), 74-81.
- Ossenbrink, J., Hoppmann, J. & Hoffmann, V.H. (2019). Hybrid ambidexterity: how the environment shapes incumbents' use of structural and contextual approaches. *Organization Science*, 30 (6), 1319-1348.
- Palm, K. & Lilja, J. (2016). Key-enabling factors for organizational ambidexterity in public sector. *International Journal of Quality and Service Science*, 9 (1), 2-20.
- Schulten, B. (2019). *Technologie in de verpleeghuiszorg: verkenning van het gebruik van technologie in de dagelijkse praktijk van de verpleeghuiszorg*. Jester Strategy.
- Volberda, H.W., Bosch, F.A.J. van den & Heij, K. (2013). Een béétje beter maakt slechter: de rol van sociale en technologische innovatie bij innovatiesucces. *M&O, Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 67 (5), 35-56.
- Vonk, R.A.A., Hilderink, H.B.D., Plasmans, M.H.D., Kommer, G.J. & Polder, J.J. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Wu, J., Wang, Y., Tao, L. & Peng, M. (2019). Stakeholders in the healthcare service ecosystem. *Procedia CIRP*, 83, 375-379.

Auteur



Dr. H.A. van Klink is lector next strategy en programmadirecteur van het Kenniscentrum Business Innovation van Hogeschool Rotterdam. E-mail: h.a.van.klink@hr.nl.

