DOEN WAT NODIG IS

Evaluatieonderzoek *In voor zorg!*

Onderzoekers: Dr. Arienne van Staveren, Drs. Frank Bosboom, Prof. dr. Gerhard Smid,
Dr. Wilfred Verweij

COLOFON

Onderzoek en tekst
Dr. Arienne van Staveren
Drs. Frank Bosboom
Prof. dr. Gerhard Smid
Dr. Wilfred Verweij

Uitgave
www.invoorzorg.nl

© april 2017 Sioo, Utrecht
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm, of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Sioo

INHOUD

Voorwoord 5
1. Terugkijken is vooruitzien 7
1.1 Keuze voor de evaluatiemethode 7
1.2 De onderzoeksvragen en beoogd kennisproduct 8
1.3 Opbouw van het rapport 8
2 Toekomstbestendigheid 14
2.1 Werkingsmechanismen voor organisaties 14
2.2 Beschouwing 17
3 Werken aan betere zorg 18
3.1 Inhoudelijke professionalisering 18
3.2 Organisatorische professionalisering 20
3.3 Beschouwing 22
4 Waardecreatie en kostenreductie 24
4.1 Strategische achtergrond 24
4.2 Werkzame inzichten 26
4.3 Beschouwing 31
5 Wel of niet instappen? 33
5.1 Motieven van bestuurders 33
5.2 Beschouwing 35
6 Werking van IVZ als beleidsmaatregel 37
6.1 Vliegwiel voor vernieuwing? 37
6.2 Beschouwing 40
7 Kennis en communicatie 42
7.1 Verspreiding van kennis als interventie 42
7.2 Kennisactiviteiten en opbrengsten 43
7.3 Beschouwing 48
8 Versterken van netwerken 49
8.1 Werkingsmechanismen 49
8.2 Betrokkenheid bij nieuw beleid 50
8.3 Beschouwing 51
9 IVZ Bestuurlijk bekeken 52

9.1 Hoe zagen we IVZ bij de opzet van het onderzoek? 52
9.2 Was IVZ verstandig handelen? 52
10 Conclusies: terug naar de onderzoeksvragen 59
11 Nabeschouwing 63
12 Samenvatting 67
13 Overzicht bronnen 72
14 Bijlage 1. Methodologische verantwoording 75
15 Bijlage 2. Onderzoeksaanpak 77
16 Bijlage 3. Achtergrondinformatie onderzoeksteam 82
17 Bijlage 4. Over Sioo 85

Voorwoord

Ook u krijgt vroeg of laat in uw leven te maken met de wereld van de langdurige zorg. Als cliënt, familielid, vriend of professional, buurman of vrijwilliger. De langdurige zorg raakt direct of indirect ook aan uw leefwereld. U kent vast de voorbeelden en verhalen over wat er niet goed ging, of wat er beter kan. Velen sleutelen daaraan, er wordt daartoe ook veel beleid gemaakt. Het is daarbij de opdracht en de kunst om altijd de mensen voor ogen te houden voor wie het uiteindelijk allemaal is bedoeld: de leefwereld. Dit is minder vanzelfsprekend dan het lijkt. Beleid dat grote lijnen uitzet vanuit generieke voornemens en de bijbehorende maatregelen, wringt nogal eens met unieke situaties van mensen en specifieke contexten in organisaties. Wie beleid maakt, uitvoert of evalueert staat uiteindelijk voor de opdracht om recht te doen aan wat in leefwerelden gebeurt. Dat is waar het werkelijk om gaat. In dit evaluatieonderzoek hebben we geprobeerd steeds deze verbinding te blijven zoeken.

Dit evaluatierapport gaat over een programma dat ontwikkeld is door het ministerie van VWS. Het heeft gelopen van 2009 - 2017 onder de naam *In voor zorg!* Het werd uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg. Doel van het programma was om organisaties die langdurige zorg aanbieden, te helpen om zich “toekomstbestendig” te organiseren. In 2017 eindigt dit programma. De werkzaamheid van *In voor* zorg*!* hebben wij als onafhankelijk onderzoeksteam vanuit Sioo (interuniversitair centrum voor organisatie- en veranderkunde) onderzocht. Wij hebben gekeken naar wat zorgorganisaties voor elkaar kregen met de geboden ondersteuning van *In voor zorg!* en welke elementen uit het programma daar in het bijzonder aan hebben bijgedragen. Het evaluatieonderzoek baseert zich op feiten, verhalen en reconstructies van gebeurtenissen waarmee we op zoek zijn gegaan naar werkingsmechanismen en leerzame inzichten. Daarbij hebben we gekeken naar de werkzaamheid als beleidsinstrument, het bereik in organisaties, de opbrengst voor organisaties en de sector en de mogelijke toepassing in andere sectoren. Het onderzoek is dus geen effectmeting van toekomstbestendigheid, maar een vaststelling en onderbouwing van werkzame inzichten die mogelijk in toekomstige situaties van betekenis kunnen zijn. Het onderzoek werd begeleid door een extern begeleidingsteam. Wij danken drs. Jan Maarten Nuijens, bestuurder van Envida, dr. Marc van Ooijen, bestuurder van PSW Roermond en dr. Marc Pomp, zorgeconoom en onafhankelijk onderzoeker, voor hun kritische reflecties.

In voor zorg! beoogde middels het toegankelijk maken van kennis en het aanjagen van vernieuwing de sector klaar te maken voor de toekomst. Ook op dat moment (het was 2009) stond de zorgsector al zwaar (financieel) onder druk. De grote transitie moest nog komen, waarmee nieuwe thema’s als kwaliteitszorg, arbeidsmarktvraagstukken of de scheiding van wonen en zorg de beleidsagenda’s zouden gaan bepalen. Veel nieuwe ontwikkelingen zijn langszij gekomen waardoor het nu lastig is de meerwaarde van *In voor zorg!* ex post op haar merites te beschouwen.

Niettemin hopen wij met dit rapport het binnenwerk, de uitvoering en de uitwerking van *In voor zorg!* zichtbaar te maken zodat weer nieuwe beleidsmakers van overheids- en zorgorganisaties daar hun voordeel mee kunnen doen. Bovenal hopen we dat onze bevindingen *food for thought* aanreiken. We willen inzichten aandragen ten behoeve van de leerprocessen die de sector hard nodig heeft, kijkend naar de grote vraagstukken die de langdurige zorg op haar bord heeft gekregen. Niet in de laatste plaats gaat het hierbij ook om VWS zelf, als een van de grote spelers in de sector. Hoe lastig dat leren is, komt ook in het rapport naar voren. In onze nabeschouwing komen we daarop terug. Eerst volgt een rijke oogst van inzichten waarmee we recht willen doen aan de enorme inzet van iedereen die zich vanuit welke rol dan ook bezighoudt met de complexe en vaak taaie taak die de langdurige zorg is geworden. We hebben daarom heel bewust gekozen voor een kritisch waarderende aanpak vanuit de beproefde notie dat daarmee diepgaand leren is gediend.

In het rapport zijn veel citaten opgenomen. Omwille van afgesproken vertrouwelijkheid (informed consent) zijn deze geanonimiseerd. In de tekst gebruiken wij omwille van de leesbaarheid zoveel mogelijk de afkorting IVZ voor *In voor zorg!*

Wij danken iedereen die we gesproken hebben voor de openhartigheid en het vertrouwen.

Het onderzoeksteam
April 2017

1 Terugkijken is vooruitzien

In 2009 start het ministerie van VWS met het programma In voor zorg! (verder te noemen IVZ). Dit programma is er op gericht om organisaties in de langdurige zorg te helpen om zich "toekomstbestendig" te organiseren. Aanleiding is dat de toekomst van de langdurige zorg onder druk lijkt te staan. Er wordt zwaar weer verwacht: de crisis - het was 2009 - en de sombere signalen vragen om een grootschalig ingrijpen. Zorgorganisaties kloppen zelf aan bij VWS met de vraag om ondersteuning en toepasbare kennis. IVZ zet in op twee zaken: (1) kennisdeling en verspreiding vanuit de vaststelling dat er weinig benodigde kennis voor het veld toegankelijk is, en (2) het aanjagen van vernieuwing, vanuit de urgentie om de sector als geheel sterk en robuust te maken. Ons is gevraagd dit programma te evalueren.

1.1 Keuze voor de evaluatiemethode

In de keuze voor een evaluatiemethode was kwalitatieve diepgang en het zicht krijgen op praktijken een uitgangspunt. Traditionele evaluatiebenaderingen (zogeheten 1e en 2e generatie) zijn niet passend omdat het programma niet een eenduidig vooraf definieerbaar en observeerbaar effect nastreeft. Het is ook niet te beschouwen als een scherp gedefinieerd middel om een even helder gedefinieerd doel te bereiken (Van de Graaf, 2006). Het programma heeft meer het karakter van *een meerjarige expeditie* die uitwaaiert. Om deze "expeditie" te evalueren bieden nieuwere evaluatiebenaderingen (3e en 4e generatie) inspiratie. We oriënteerden ons op de kwalitatieve onderzoekstraditie, met name op de *Realistic Evaluation* benadering (Pawson & Tilley, 1997), de *Fourth Generation Evaluation* (Van de Graaf, 2006; Guba & Lincoln, 1989), en *Appreciative Inquiry* (Cooperrider, 1987) (zie bijlage 1). De aanpak van de *Realistic evaluation* is speciaal ontwikkeld door Pawson & Tilley (1997) om grootschalige beleidsprogramma's te kunnen evalueren. Ze constateren dat er zelden een directe causale relatie bestaat tussen programma-activiteiten en de uitkomsten. Uitkomsten worden beïnvloed door de manier waarop actoren in de doelpopulatie aspecten en onderdelen van het programma interpreteren en benutten bij hun besluiten en keuzes. Juist in deze bijdrage van actoren zitten *de werkende mechanismen* van een beleidsprogramma. Hun uitgangspunt is: Effectieve beleidsprogramma's zijn effectief door goed werkende mechanismen die tot betekenisvol geachte outcomes leiden. Deze mechanismen worden getriggerd in verschillende contexten. Daarom leidt deze aanpak tot zicht op *Context-Mechanism-Outcome* patronen. De 4th Generation Evaluation zet ons op het spoor van de leefwereld van de actoren, de multi-actor invalshoek. Via hun verhalen krijgen we toegang tot de werkende mechanismen. Aan de Appreciative Inquiry ontlenen we de nadruk op een waarderende kritische blik op wat het programma heeft opgeleverd.

1.2 De onderzoeksvragen en beoogd kennisproduct

De hoofdvraag is: wat levert het inzetten van het programma IVZ op? Is er een werkzaamheid en zo ja wat was die? Deze vraag hebben we uitgewerkt in 4 deelvragen:

1. Op welke manieren is er met dit beleidsinstrument gewerkt? Wat was de werkzaamheid als beleidsinstrument?
2. Wat is het bereik in organisaties geweest?
3. Wat heeft werken met IVZ opgeleverd?
4. Kunnen andere sectoren ook werken met dit type programma als beleidsinstrument?

Het onderzoeksproduct toont:

- De rijkheid van wat mensen - die geparticipeerd hebben in het programma - voor elkaar hebben gekregen en hoe zij dat zelf waarderen, en wat belangrijke elementen waren in het programma die tot die rijkdom hebben geleid en;
- Kritische noties en reflecties van betrokkenen en stakeholders uit de sector als lessen voor de toekomst.

Het onderzoek levert geen bewijs of het programma ”goed” was of niet. De onderzoeksuitkomst bestaat uit zicht op werkingsmechanismen en wat hiervan te leren is. Vertrekpunt voor het onderzoek is dat de maatschappelijke sectoren die in transitie zijn diepgaande en langdurige leerprocessen doormaken. Daarbij zijn krachtige voorbeelden over wat werkzaam is voorshands harder nodig dan precieze metingen. ”Metingen” zijn bovendien alleen mogelijk als er vooraf heel nauwgezette doelen en hypothesen zouden zijn opgesteld die onderweg ook steeds gemonitord zouden zijn. Zo’n monitoring was er niet tijdens het IVZ- programma met, als belangrijkste argument: we wisten niet wat we hadden te monitoren, dat moesten we al werkende weg zien uit te vinden om aan te kunnen sluiten bij behoeften.

1.3 Opbouw van het rapport

In dit hoofdstuk hebben we de aanleiding, context en opdracht beschreven en een beknopte toelichting op het programma gegeven (in de box). In de navolgende hoofdstukken bespreken wij onze bevindingen. Het rapport start met een aantal hoofdstukken die bevindingen thematisch beschrijven en de lezer dicht bij het oorspronkelijke onderzoeksmateriaal en praktijken brengt aan de hand van voorbeelden en citaten. Dat is heel bewust gedaan om zo congruent te zijn met de werkwijze van IVZ zelf: startend bij praktijken en acties (van Delden, 2009). De hoofdstukken 2 t/m 8 gaan daar over. Daarna volgen hoofdstukken (hoofdstukken 9/12) waarin we dieper ingaan op de analyse, de theorie en de beschouwing.

Hoofdstuk 2 beschrijft wat wij terugzagen als we kijken naar toekomstbestendigheid. Dat hoofdstuk gaat in op de vraag of en hoe zorgaanbieders door toedoen van IVZ beter in staat zijn om te reageren op maatschappelijke ontwikkelingen en wat die met hen doen, en of de sector als geheel er op vooruit is gegaan. Hoofdstuk 3 gaat over professionalisering en zoemt in op individuele ontwikkeling van professionals als voorwaarde voor vernieuwing maar stelt ook de professionalisering van de ondersteunende functies aan de orde.

Hoofdstuk 4 gaat over de maatschappelijke productiviteit van het programma. Centraal stond de vraag: Wat heeft IVZ opgeleverd in termen van waardencreatie of kostenbesparing? En: hoe verhouden die twee zich tot elkaar? Hoofdstuk 5 gaat over de vraag waarom organisaties meededen. Wat waren motieven van bestuurders om juist wel of juist niet in te stappen? Was geld daarin een doorslaggevende factor of waren er andere overwegingen? In hoofdstuk 6 gaan we in op de werkingsmechanismen van het format. Wat kunnen we leren van het IVZ design en hoe dat uitwerkte in praktijken? Hoofdstuk 7 beschrijft de wijze waarop kennis werd verspreid en communicatie als interventie is ingezet en wat daar de opbrengsten van waren. Hoofdstuk 8 gaat over de vraag of het veld en VWS elkaar door IVZ beter hebben leren kennen en elkaar beter weten te vinden, en als dat zo is wat is daarvan de meerwaarde?

In hoofdstuk 9 staat een bestuurskundig perspectief centraal. Het is een theoretische analyse op de bevindingen, kijkend naar de vorige hoofdstukken, vanuit de vraag of IVZ de transitie in de langdurige zorg daadwerkelijk heeft versneld. Hoofdstuk 10 toont de conclusies vanuit de initiële onderzoeksvragen. In dat hoofdstuk kijken we naar de bevindingen in relatie tot elkaar en komen we tot een samenhangende en afsluitende slotredenering. Dan zijn we bijna op het eind van ons betoog. We sluiten af met een nabeschouwing (hoofdstuk 11) waarin we terugpakken op de aanleiding en waarin we vooruitkijken en aandacht hebben voor de specifieke context en tijdgeest waarin IVZ plaats had en wat dat ons leert voor het werken in de toekomst.

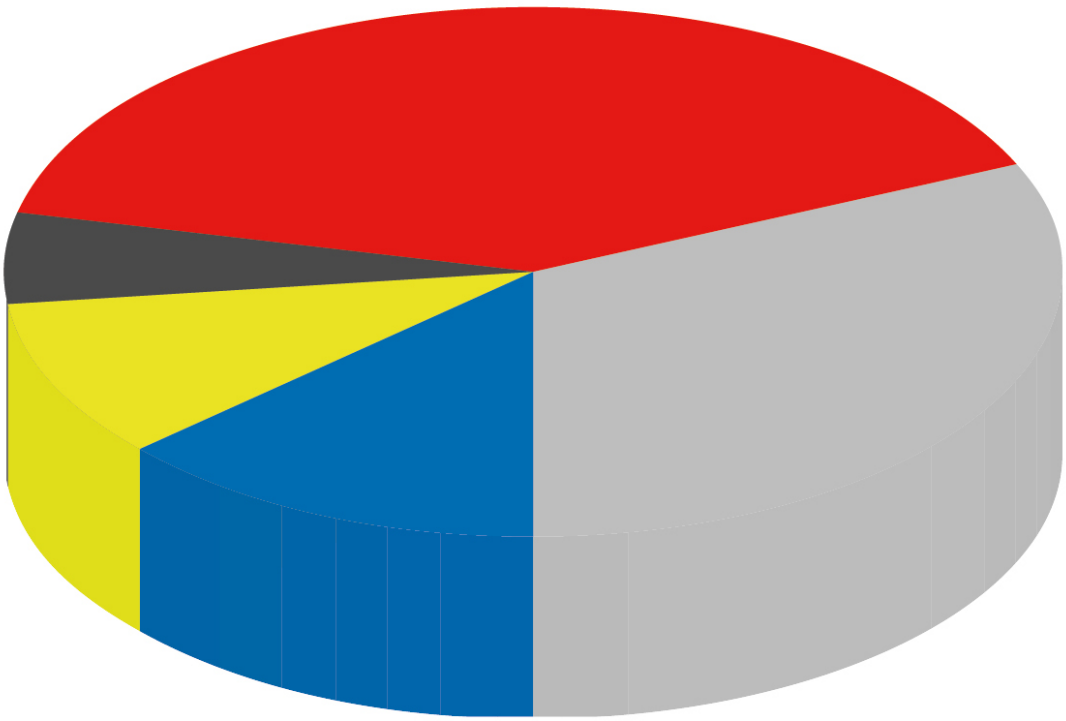
Typering (IVZ)

IVZ is een grootschalig acht jaar durend vernieuwingsprogramma voor de langdurige zorg (2009 - 2017). Initiatiefnemer is het ministerie van VWS, de uitvoering is neergelegd bij Vilans. IVZ werkt met een programmaontwerp waarin steun aan zorgorganisaties in natura wordt verleend door het aanbieden van coaches. Deze coaches zijn via meerdere aanbestedingsrondes gecontracteerd op basis van een eenduidig vaststaand tarief. Het gaat om coaches uit de zorgadvies sector variërend van grote adviesbureaus tot zzp-ers. In het programmaontwerp is een grote rol voor het verzamelen, valideren en verspreiden van kennis weggelegd. Aan IVZ hebben 433 zorgorganisaties deelgenomen. Deelname was gemiddeld 1,5 jaar.

- ***Initiatief & ontwerp***: Ministerie van VWS
- ***Karakteristiek***: Geen project of pilot maar een ondersteuningsprogramma voor vernieuwing en een platform voor het verzamelen, valideren en verspreiden van kennis.
- ***Uitvoering***: De verantwoordelijkheid voor de uitvoering is belegd bij Vilans. IVZ heeft een eigen organisatie met een eigen backoffice en aansturing in verbinding met VWS en Vilans. Het programma werd als “zelfstandig merk” herkenbaar
- ***Duur:*** 2009 - 2017
- ***Aard van de geboden ondersteuning***: Het programma levert zorgorganisaties ondersteuning in natura in de vorm van coaches en kennis, niet in baar geld

- ***Inrichting programma***:
  - Borging op bestuursniveau van de instelling;
  - Programmatische opzet met vaste niet onderhandelbare structuur: intake, scan, plan van aanpak, vaste evaluatiemomenten, eindrapport met formats;
  - IVZ koopt via raamcontracten coaches gecentraliseerd in op basis van heldere aanbestedingscriteria.
  - IVZ stelt ingekochte kennis en kunde in natura ter beschikking op basis van inzichten verkregen in de intake;
  - Geen voorgeschreven modellen of aanpak voor de coach in de uiteindelijke begeleiding per instelling;
  - IVZ haalt nieuwe werkwijzen op en deelt die om zorgorganisaties anders te laten nadenken over projecten, om zo een kettingreactie tot stand te brengen;
  - Flexibiliteit in de uitvoering in combinatie met de steilheid in het format, maakt maatwerk mogelijk;
  - Zwaar inzetten op het delen van kennis en werkwijzen door middel van publicatie van activiteiten en resultaten door deelnemers, het beschikbaar stellen van bijvoorbeeld factsheets en toolkits via een door iedereen te benaderen website;
  - Vertrekpunt is bestaande kennis en kunde, geen ontwikkelpretentie;
  - Kennis wordt gedeeld via website, database, bijeenkomsten en factsheet.
- ***Deelname***: Organisaties langdurige zorg melden zichzelf aan, kunnen na intake een aanvraag voor ondersteuning indienen
- ***Voorwaarden voor deelname***:
  - Volledig commitment aan voorwaarden door bestuurder;
  - Een eigen interne projectleider, die de lead heeft in het proces, gesteund door de coach;
  - Toets op levensvatbaarheid: kunnen zij die in zwaar weer zijn nog geholpen worden om op orde te komen?;
  - Contractering op basis van wederzijdse inspanning;
  - Shared savings: verdeelsleutel IVZ- diensten en eigen investering;
  - Bij verbreken contract moet de investering in geld worden terugbetaald;
  - Eisen aan omvang in verband met onomkeerbaarheid: liever grote dan kleine trajecten.
- ***Verantwoording:***
  - Verantwoording over de voortgang vindt stapsgewijs per fase plaats;
  - Kijken naar impact op verschillende niveaus met variatie aan belanghebbenden;
  - Cliëntenraad betrekken;
  - Het te evalueren programma (evaluandum) heeft bijna acht jaar gefunctioneerd. De variëteit van IVZ-trajecten is groot;
  - Veranderingen in de tijd, van 2009 tot 2017:
    - In de loop der jaren is er veel veranderd in de langdurige zorg (regelgeving, bekostiging, technologie etc.);
    - Het programma heeft in inhoud en werkwijze meebewogen met de ontwikkelingen in de sector.

- Grote diversiteit:
  - Diversiteit aan onderwerpen, geordend naar vier thema's: bedrijfsvoering, professionals, ketenzorg/samenwerking, zorg op afstand/ technologie (+ vijf specifieke thematranches);
  - Verschillende zorgorganisaties in verschillende sectoren, met verschillende geschiedenissen, omvang, cultuur enz.;
  - Verschillende adviseurs/ trainers qua achtergrond (zorginhoudelijk, IT, strategie, bedrijfskunde, ketensamenwerking, verandering, lean);
  - Verschillen in fase van de organisatie (startend, crises, bloeiend, groeiend, afbouwend);
  - Spreiding over het hele land.



171 Thema Bedrijfsvoering

137 Thema Ruimte voor professionals

57 Thema Samenwerken

42 Thema Technologie

26 Thema Welzijn

Tabel 1: overzicht van aantal trajecten per thema, bron: Eindpublicatie *In voor zorg!*

Daarnaast zijn 279 trajecten voortijdig beëindigd. Overzicht en overwegingen deelnemende organisaties die hun trajecten voortijdig beëindigden:

Totaal per fase	
Gestopt in de intakefase	138
Gestopt in de scanfase	60
Gestopt in Plan van aanpak fase	39
Onduidelijk in welke fase (vaak voor de intake daadwerkelijk heeft plaatsgevonden)	42
Totaal	279

Totaal per reden	
Commitment raad van bestuur ontbreekt / interim bestuurder	21
Hulpvraag past niet/is te klein	23
Geen individueel traject wel deelgenomen aan Masterclasses TT KZO	24
Organisatie kan niet voldoen aan randvoorwaarden / financiële situatie instabiel	5
Organisatie kan niet voldoen aan tijdsinvestering / randvoorwaarden	18
Organisatie erkent uitkomsten van scan niet	8
Programma sluit niet aan	22
Overige	73
Onduidelijk	85
Totaal	279

Tabel 2: overzicht van niet afgeronde trajecten en reden. Bron: *In voor zorg!*

2 Toekomstbestendigheid

IVZ beoogde bij te dragen aan het toekomstbestendig maken van de sector door het versterken van twee belangrijke waarden: lerend vermogen en zelfbewustzijn. Met lerend vermogen wordt bedoeld dat het vermogen van spelers in de sector om lerend in te spelen op veranderingen op orde is gebracht en dat dit potentieel ook wordt aangesproken. Met zelfbewustzijn wordt bedoeld dat spelers vanuit kracht hebben (durven) leren handelen. De claim is dat door bij heel veel zorgorganisaties dit te laten gebeuren, de toekomstbestendigheid van de sector is toegenomen.

2.1 Werkingsmechanismen voor organisaties

Onderstaand bespreken we wat we aan werkingsmechanismen hebben gezien die bijdragen aan de toekomstbestendigheid van zorgorganisaties en de zorgsector.

1. Gebruiken en verspreiden van wat in de sector al aanwezig is

Door het bestaande verbeterpotentieel aan te spreken en platform te geven aan richtinggevende voorbeelden en initiatieven kon massa worden gemaakt. Dat was nodig voor het toekomstbestendig maken van de sector. Bundeling van expertise heeft geleid tot focus en tot schaalvoordelen in de kennisproductie en –deling. Tegen de kennis en de kunde die er al was in de sector kon een opgelegde 'eigen innovatie' nooit opwegen. De beoogde schaalgrootte kon alleen worden gehaald met de verzamelde kennis van het veld. Zoals een van de medewerkers van het IVZ-programma zei:

- "*Er was zoveel te halen in het veld. Dat is allemaal vastgelegd en ter beschikking gesteld, gedeeld. Onvoorstelbaar dat we dat zelf niet zagen en er IVZ voor nodig hadden. We zaten zo vast terwijl er zoveel mogelijkheden waren*…"

2. Uptempo gelegenheidsteam

Er werd een IVZ-gelegenheidsteam samengesteld op basis van onderscheidende kwaliteit waarbij naast lenigheid, tempo belangrijk was. Het moest nu gebeuren en dat kon alleen zonder stuurgroepen, klankbordgroepen en andere vertragende overlegorganen. Zo kon tempo gemaakt worden, vanaf het allereerste moment. Iedere week moesten er stappen zijn gemaakt en het moest concreet worden. Een van de medewerkers van IVZ:

- "*Ik werd er soms knettergek van: die voortdurende druk dat we verder moesten..*" *"…We moesten zelf aan het veld laten zien wat we ook van hen verlangden. En dat was weg van de regeltjes en vergadercultuur en met lef aan de bak."*
- *"We werden voortdurend opgezweept met wekelijkse deadlines…"*

Het was een pragmatisch besluitvaardig team dat organiseerde dat de regie bij de zorgorganisaties zelf kwam te liggen en tegelijkertijd scherp inspeelde op organisatie overstijgende thema's en de dynamiek in de sector. Het effect was dat niet alleen organisaties veranderden maar er ook wisselwerking was tussen organisaties onderling en doorwerking op gang kon komen. Dat droeg bij aan toekomstbestendigheid van de sector.

3. Open voor verandering en inspelen op de actualiteit

Het programma was aan de tijd en speelde direct in op nieuwe ontwikkelingen door deze in het programma op te nemen. Deze ontwikkelingen werden vanuit VWS middels opdrachten of besluiten meegegeven aan het kernteam. In het kernteam zat de initiatiefnemer van IVZ. Die was strategisch beleidsadviseur van VWS en kon zo steeds de verbinding maken. Onderstaande citaten komen van de (niet VWS) leden van het kernteam die onafhankelijk van elkaar zijn bevraagd.

- *"In het programma werd er steeds weer iets aangeschoven, wat op dat moment speelde: beleidsaspecten, Wmo-regio's die niet tot stand kwamen, de Wlz transitie, de verandering van PGB-houders…"*
- *"We maakten thematische tranches, de welzijnstranche bijvoorbeeld omdat daar van alles veranderde of het thema zelfsturing dat was er ook zo eentje…"*
- *"Als het beleid iets bepaalde en het werd niet snel genoeg gerealiseerd dan werd IVZ als motor ingezet. Zzp'ers kwamen in beeld en kleine thuiszorgorganisaties, de huishoudelijke hulp…"*

Bovenstaande citaten laten zien hoe IVZ inspeelde op de actualiteit. Al was dat aanvankelijk niet zo in het design opgenomen. Het gegeven dat IVZ de ruimte had om die actualiteit op te nemen is een werkingsmechanisme voor toekomstbestendigheid. Het dynamische karakter waarin meebewogen kon worden maakt IVZ eerder een hulpmiddel dan een voorschrift. Zo kon ingezet worden op issues die de sector als geheel aangingen. Bijvoorbeeld de aandacht voor zelfsturende teams of technologische ontwikkelingen.

4. Verwevenheid van aandachtsgebieden: kwaliteit van zorg en organisatie

Door integraal te werken kon IVZ daadwerkelijk iets in beweging krijgen. Integraal werken betekende het verweven van de inhoud (kwaliteit van zorg) met de systeemkant (bedrijfsvoering en organisatie). Integraal werken is een voorwaarde voor doorwerking, waarbij verandering niet gezien wordt als een overgang van A naar B, maar als een shift in denken en handelen die doorwerking kent.

5. Aanspreken en vergroten van het leervermogen; zorgen voor borging

Vergroten en aanspreken van het leervermogen was ingebouwd in het design middels feedbackloops, openheid en rapportage. Het was een van de geplande werkingsmechanismen die ook als zodanig heeft uitgewerkt. Borging was daarin belangrijk. Er werd bij de start van ieder IVZ-traject aandacht besteed aan borging door een interne projectleider te eisen, zodat de kennis in de organisatie bleef. Tijdens en aan het eind van het traject was er ook altijd expliciet aandacht voor borging. Wel moet gezegd worden dat er grote verschillen waren in activiteiten en ervaringen bij zorgorganisaties. Die verschillen hadden te maken met specifieke contexten en identiteiten van organisaties. Zo waren er bijvoorbeeld kleine thuiszorgorganisaties die moesten leren om een strategie te maken en heel basaal hun organisatie wat meer uit te lijnen. Voor grote organisaties was lean juist

belangrijk: daar ging het bijvoorbeeld om het terugbrengen van regeldruk. Onderstaand citaat is van een bestuurder van een zorgorganisatie:

- *"De professionaliseringsslag is wel heel goed geweest. Bij kwaliteitscirkels en audits misten vaak de C en A van PDCA. Dat is verbeterd. We hebben op het gebied van ontzorgen verschillende dingen ingevoerd (bijv. medicijn dispenser), daar merken cliënten wat van. En verder hebben we zelfsturing ingevoerd. Eerst met een aantal pilot teams. We merken dat het moeilijk is om dat voor elkaar te krijgen".*

6. Startmotor en eigen regie

Het programma was in, door en voor de praktijk gedacht. Het programmatische karakter van IVZ bracht verandering op gang en hield de wind eronder. Organisaties ervoeren het strenge format in aanvang als een keurslijf, achteraf werd het echter vaak gewaardeerd. Een IVZ-deelnemer zei daarover "*De echte omkeer zat in het begin, toen we die scan moesten doen en een plan van aanpak moesten schrijven aan de hand van dat vreselijke formulier*". Het programmatische was een soort startmotor voor verandering: eenmaal opgestart moesten organisaties het met hulp van een coach zelf doen en was de methode vrij. Daarbij had de scan een functie om de strategische vraag helder te krijgen zodat er focus kon komen op wat de organisatie echt verder ging helpen. Daar werden coaches bij gezocht. Een organisatie had dan de keuze uit drie coaches. Van de bestuurder werd commitment gevraagd in de vorm van zijn persoonlijke handtekening. Dat ging allemaal best ver in hoe dat werd gereguleerd. Het was ook nodig want veel organisaties hadden weinig idee hoe een dergelijk traject aan te pakken. Die gidsfunctie van IVZ was voor hen cruciaal. Het doel was uiteindelijk om organisaties hun eigen regie te laten pakken en ze te versterken.

Wat hielp om de sector toekomstbestendig te maken?	**Waarom?**
1.Gebruiken wat in de sector voorhanden is	Alleen door het bestaande verbeterpotentieel aan te spreken kon schaalgrootte worden gehaald. Die schaalgrootte was nodig om een beweging te kunnen maken.
2.Up-tempo gelegenheidsteam (gideonsbende)	Het programma moest strak en scherp worden geregisseerd zodat niet alleen hulp aan organisaties maar ook de wisselwerking en doorwerking op gang kwam. Daar was tempo en kwaliteit bij nodig. Daarom kwam er een gelegenheidsteam met zeer gekwalificeerde mensen.
3.Voortdurend inspelen op de actualiteit	Het programma was aan de tijd en speelde direct in op nieuwe ontwikkelingen.
4.Verwevenheid van aandachtsgebieden: kwaliteit van zorg en organisatie	Door integraal te werken: het verweven van de inhoudskant (de kwaliteit van zorg) en de systeemkant (bedrijfsvoering en organisatie) kon ingezet worden op doorwerking.

5.Aanspreken en vergroten van het leervermogen en zorgen voor borging	Vergroten en aanspreken leervermogen was ingebouwd in het design middels feedbackloops, openheid en rapportage.
6.Startmotor en eigen regie	Het programmatische was een soort startmotor voor verandering, eenmaal gestart kregen organisaties eigen regie.

Tabel 3: werkingsmechanisme toekomstbestendigheid voor organisaties

2.2 Beschouwing

Dat IVZ heeft bijgedragen aan de toekomstbestendigheid van individuele organisaties komt voor ons zichtbaar uit voorbeelden naar voren. Maar kan je dat ook zeggen voor de sector als geheel? Onze redenering is dat juist door de brede impact op de veelheid aan individuele organisaties IVZ heeft bijgedragen aan versteviging van de sector. Er zijn veel organisaties verbeterd met behulp van IVZ en daarmee beter gewapend voor de toekomst. We stellen vast dat het repeterende format veel meer heeft gedaan dan het lokaal werken aan verandering. Het is ontegenzeggelijk dat 433 zorgorganisaties met IVZ eenzelfde route hebben gelopen, zonder dat er sprake is van een nauwe standaard maar ook zonder dat er sprake is van uitzonderlijkheid via een experimenteerstatus of een pilot status**.** Daarnaast is de beoogde vergroting van zelfbewustzijn en het lerend vermogen bij een groot aantal organisaties verbeterd. En wat op grote schaal gebeurt, heeft systeemeffect.

Naast het vaststellen van werkingsmechanismen zijn er ook kritische kanttekeningen te plaatsen. Het bijdragen aan toekomstbestendigheid is iets anders is dan het daadwerkelijk toekomstbestendig zijn. De sector is dermate in beweging en onder invloed van grote dynamieken dat de vraag is of de bijdrage van IVZ daar tegenop weegt. Toekomstbestendigheid is geen statische toestand maar voorwaardelijk, contextueel en relatief. IVZ was grootschalig maar kijkend naar de dynamiek in het veld nog een “light design” voor wat wellicht nodig is. Tweede kritische noot is dat ondanks de grote inzet op kennisdeling en verspreiding er veel achter de schermen is gebeurd wat niet is gedeeld. Die conclusie hebben wij getrokken op basis van de enorme interesse van bestuurders in elkaars verhalen tijdens plenaire sessies in het onderzoek. Wat binnen de grenzen van de eigen organisatie blijft, draagt niet bij aan het collectieve leren. Derde kritisch noot is dat we vaststellen dat het kwetsbare deel van de sector achterblijft. Hoewel er, zeker in het begin, organisaties meededen die op omvallen stonden deed zeker later een kwetsbaar deel van de sector niet mee. Dat was de groep die niet instapte omdat de eigen inzet te veel was en daarmee het afbreukrisico te hoog. Een lid van het kernteam zei daarover: *“De kopgroep hadden we niet, die hadden niets nodig, en de staartgroep niet. Die zeiden het is te veel voor ons.”*

3 Werken aan betere zorg

Bij de start van ons onderzoek was de focus op de professionalisering van de bestuur en management van de participerende organisaties. Gedachte was dat IVZ individuele organisaties heeft geholpen met het professionaliseren van zowel het strategisch- als het projectmanagement en dat juist dat bijdroeg aan het verbeteren van de concrete zorg in de relatie tussen cliënt en professional. Het programma, zo was de gedachte, zou hebben bijgedragen aan een verandering van mindset waardoor organisaties zelfbewuster zijn en meer gericht op cliënten en personeel. Gedurende het onderzoek bleek dat het programma veel inhoudelijker was, met een directe impact op de interactie cliënt-professional en daarmee op de professionalisering van de zorg voor cliënten, naast de eerdergenoemde organisatorische professionalisering van de randvoorwaardelijke processen. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste professionaliseringsthema's die we hebben gezien.

3.1 Inhoudelijke professionalisering

In de aanloop naar de start van het IVZ-programma in 2009 waren de zorgen over de sector gegroeid. Er was sprake van een te ver doorgevoerd Taylorisme in de thuiszorg, dat zich uitte in zogeheten regelsturing. Er waren zorgen over de kwaliteit van zorg. Het werd moeilijker om personeel te vinden door het verslechterende imago van het werkveld. Voorlopers als Buurtzorg en JP van den Bent stichting lieten zien dat er een alternatief was voor regelsturing. Zij zetten daarbij de cliënt en de interactie van die cliënt met de zorgprofessional centraal. De ervaringen van deze innovators gaven een eerste impuls aan het IVZ-programma. Terugkijkend zijn er vier belangrijke inhoudelijke professionaliseringsthema's te onderscheiden die als rode draad door IVZ lopen:

1.Focus op cliëntwensen

Focus op cliëntwensen kwam onder andere tot uitdrukking in trajecten gericht op meer aandacht voor wensen van individuele cliënten. Voorbeelden hiervan zijn: realisatie van nieuwe woonvormen met een verschuiving van groepsopvang naar individuele opvang en begeleiding die zich meer richt op individuele behoeftes, zoals individuele vrijetijdsbesteding of eten. Twee deelnemers aan IVZ:

- *"Toen cliënten van groepswonen naar individueel wonen gingen aten ze beter en ging het medicijngebruik fors naar beneden. Cliënten vertelden dat ze zich meer op hun gemak voelden, dat ze weer zelf controle hadden over hun leven."*
- *"We proberen alle cliënten de juiste aandacht te geven dus wordt er vaker met subgroepen gewerkt. We willen weten waar iemand behoefte aan heeft. We vragen: 'Wat doet u graag?' Als drie mensen willen rummycuppen of kienen, dan kan dat. Als iemand wil lezen: ook goed." "Vroeger zaten de mensen vaak alleen op hun eigen kamer als er iets werd georganiseerd." (*stralend gezicht): *"Nu komen ze eerder naar beneden." "Anders nadenken over je vak, daar gaat het om."*

2.Meer ruimte voor de professional

Het verminderen van regels, verhoging van het kwaliteitsbewustzijn en vergroting van het vermogen tot zelforganisatie waren belangrijke onderwerpen bij IVZ-trajecten. Op deze wijze kon ook makkelijker een op de individuele cliënt toegesneden aanbod gerealiseerd worden. Interne projectleiders van IVZ-trajecten:

- *"We zijn een opruimproject gestart. Als je iets nieuws wilt doen moet je vragen stellen bij wat je nu doet en wat je niet meer gaat doen. Waar heb je last van als werker en wat wil je oplossen? We hebben 225 regels afgeschaft. Het bleek dat 60% van de afgeschafte afspraken door de groepen zelf bedacht waren om de overdracht in de 24-uurs zorg goed te regelen onderling. Als ik kijk waar we nu staan: de balans tussen controle en vertrouwen is weer terug."*

- *"We gingen ophalen wat teams nodig hadden, wat de lokale noden waren, onder begeleiding van een coach. Sommige groepen kwamen met volle flappen terug en sommige met een zin. Die wisten dan niets of dachten dat ze niets mochten vinden. Dat proces gaf energie en zij die het niet zagen zitten, vertrokken. De vervreemding was wel heel erg een thema: hoe kan het dat deze mensen los zijn gekomen van de kern van het werk, geen eigenaarschap, geen energie? Dat is echt ten goede gedraaid. Ik merkte dat er zelfvertrouwen kwam."*

- "*Ik heb mijn vak weer terug en kan eindelijk weer doen waar ik voor ben opgeleid: mensen helpen om in hun dagelijkse woonomgeving te kunnen blijven wonen."*

- *"Medewerkers vertellen er positief over dat ze zelf tijd indelen en financiën regelen. Pas achteraf kan ik zien dat het beter werkt."*

3. Kennisdelen over het vergroten van het professionele gehalte van het werk

Lokale projectmanagers/verandermanagers deelden via het web en via IVZ-bijeenkomsten ervaringen en zo vonden werkzame aanpakken snel hun verspreiding, zoals deze medewerker van IVZ beschrijft:

- *"Projectmanagers deelden hun ervaring. Een van de goede voorbeelden was de rode knop. Die kon een medewerker indrukken om melding te geven van een in zijn ogen slechte regel. Zo ging bijvoorbeeld in een instelling het wegen van een keer per week wegen naar eenmaal per zes weken. Vervolgens challengen collega-projectmanagers die eens in de zes weken op: waarom voor iedereen hetzelfde? Waarom niet op maat?"*

4. Samenwerken

Op twee schaalniveaus wordt gewerkt aan verbetering van de samenwerking, namelijk tussen organisaties in ketens en tussen zorgprofessionals onderling in bijvoorbeeld de wijken. Deelnemers zeiden daar bijvoorbeeld over:

- *"De medewerkers zijn zich bewust geworden van het nieuwe denken en doen rondom de transitie. We zijn niet meer gefocust op het binnenhouden van mensen als dat niet hoeft. We pamperen niet meer en maken afspraken met cliënten."*

- *"Medewerkers waren huismusjes. Cliënten werden gepamperd. De cliënttevredenheid was hoog. Ambulantisering stond niet op het netvlies. Met IVZ hebben we gekozen om op de inhoud het veranderingstraject te gaan doen en niet op financiën. We zijn de wijken in gegaan. Onze uitstroom is gestegen. De klanttevredenheid is gebleven. De contacten met de wijkteams zijn nu goed. We gaan met cliënten het gesprek aan over wanneer ze zelfstandig willen zijn. Het begeleidingstraject is meer op leren gericht en pedagogisch ingestoken."*

- *"De verslaafde dak- en thuislozen krijgen sneller zorg: De behandeling start binnen tien werkdagen. De crisisopvang en dag-/nachtopvang vinden plaats binnen 24 uur. Een crisis van een verslaafde dak- en thuisloze wordt vaker voorkomen. De verslaafde dak- en thuisloze is minder vaak een gevaar voor zichzelf en/of de omgeving."*

- *"Het is ons gelukt om vrijwilligers en professionals samen te laten werken in belang van cliënten. Zonder angst voor broodverlies. Vrijwilligers nemen de lichtere taken zodat professionals extra tijd vrijspelen voor de complexe zaken. Er wordt beter afgewogen wat cliënten nodig hebben, vanuit de cliënt gedacht."*

3.2 Organisatorische professionalisering

Naast de focus op de primaire interactie tussen cliënt en professional was er ook aandacht voor het verbeteren van de randvoorwaarden. Deze zijn te onderscheiden op vier belangrijke thema's:

1. Professionalisering van de bedrijfsvoering

Op basis van de scan bleek bijvoorbeeld dat organisaties verlieslatend waren, dat processen niet duidelijk beschreven waren, cijfers over ziekteverzuim onbekend waren. Bij de kleinere organisaties ging het bijvoorbeeld om het op orde krijgen van het strategieproces: als de transitie eraan zit te komen, moet ik dan nog wel kraamzorg, thuiszorg en ouderenzorg blijven doen? Is focus niet beter? En met wie moet ik dan contracteren? In de grotere organisaties ging het bijvoorbeeld over het afbouwen van vastgoed om gereed te zijn voor de scheiding van wonen en zorg. Betrokkenen rapporteren dat de door IVZ ingezette tools van scan en plan van aanpak in de eigen organisatie geadopteerd zijn en nu breed worden toegepast, ook buiten het programma om. Daarmee heeft het programma ook bijgedragen

aan professionalisering van proces- en projectmanagement. Kernachtig samengevat door een projectleider:

- *"We zijn financieel gezond geworden, binnen twee jaar."*

2. Professionalisering van de managementfunctie

Coaches en interne projectleider rapporteren dat het letterlijk contracteren met de bestuurders, gedurende het project heeft geholpen om de focus en de voortgang in het proces te houden. Bestuurders konden niet terug op momenten dat het moeilijk werd en de doelstelling van het traject kon geen onderwerp van discussie meer zijn. De veranderprocessen die gericht waren op "werkvloer centraal" en "zelforganisatie" hadden ook impact op de rol van management en ondersteunende processen. Het programma heeft hierin ook ondersteund. Voorbeelden hiervan zijn: verlenging van het IVZ-traject om een ingezette beweging te kunnen borgen, het beschikbaar stellen van publicaties en het organiseren van netwerkbijeenkomsten waarop bestuurders ervaringen met elkaar konden delen. Deelnemers zeiden daar bijvoorbeeld over:

- *"Onze organisatie kenmerkt zich door sterk verandervermogen. We hebben echt geleerd te meten en onderkennen het, belang van zelfsturing (als manager niet overnemen). Op bestuurlijk niveau is er veel veranderd en er is aandacht gekomen voor de professional."*

- *"Het zaadje is wel gepland. Het middenkader moet zich echt nog ontwikkelen van managen naar faciliteren."*

- "*We zijn meer coachend geworden naar de organisatie. Onze MT's zijn meer gestructureerd geworden. We hebben een stip op de horizon gedefinieerd."*

3. Technologie ten dienste van betere zorg

Bij de start van het programma experimenteerden een beperkt aantal organisaties met de inzet van technologie voor verbetering van cliëntzorg. Aan deze organisaties is via IVZ een platform geboden om te delen wat werkt en wat niet. Uiteindelijk hebben meer dan 40 projecten plaatsgevonden specifiek gericht op toepassing van technologie. Bijvoorbeeld de inzet van beeldbellen en patiënt monitoring met behulp van sensoren in de woning bij zelfstandig wonende cliënten. IVZ heeft organisaties ondersteund om het werken met technologie vanaf de start te koppelen aan de primaire processen en professionals bij de ontwikkeling te betrekken. Daar waar de urgentie er niet was of de afstand naar de directe toepassing te groot was, zijn trajecten gestopt of zonder succes afgesloten. Een deelnemer daarover:

- *"In het begin waren er geen andere organisaties die iets op technologie deden. Kern van de vraag was: hoe maken we de organisatie toekomstbestendig en hoe sluiten onze diensten aan op de doelgroep? We hadden al allerlei oplossingen bedacht en die wilden we integreren. Veiligheid is een belangrijke waarde en technologie daarvan een afgeleide. Dat hebben we wel geleerd, dat we daar moeten starten."*

4. Leren projectmatig en gecommitteerd te werken

Een rode draad in de beschrijving door de deelnemers aan IVZ, is de gestructureerde opzet van intake, scan, plan van aanpak, tussenevaluaties en eindrapportage. Deze structuur in zichzelf leerde deelnemers om gericht te onderzoeken wat de kern van de ontwikkelbehoefte was, hoe daaraan planmatig te werken en hoe het commitment van bestuur en organisatie op de ontwikkeldoelen te houden. Deelnemers beschrijven dat deze gestructureerde aanpak soms pijnlijk was, vaak hard werken, maar tegelijkertijd wel nodig als stok achter de deur. Het hielp om focus te houden. De scan en het daaropvolgende contracteringsproces waren bepalend voor welke doelen centraal stonden. Dat kon verschillen van de organisatie financieel op orde brengen, tot fusie met een andere organisatie en verbetering van de primaire processen.

3.3 Beschouwing

Bij de start van het programma in 2009 waren er landelijk grote zorgen over de thuiszorg. Medewerkers waren gedemotiveerd, het was moeilijk personeel te krijgen en een aantal thuiszorgorganisaties stonden op omvallen. IVZ heeft bij de start bijgedragen aan een beweging terug naar de bedoeling van het werk, met als gevolg verbetering van het imago van de thuiszorg, meer rust in de sector en grotere tevredenheid bij medewerkers en cliënten. De ervaringen zijn gebruikt in andere delen van de sector. De impact op de individuele organisaties was er steeds, al was de plek van impact heel verschillend: van werkvloer tot bestuur. Generiek wordt er positief op het programma teruggekeken. Als belangrijke succesfactoren worden in de interviews genoemd: de stok achter de deur, de onafhankelijke positie van de coach, het coachende gedurende het hele traject van de gehele IVZ-organisatie en het beschikbaar maken van kennis via bijeenkomsten en via de website.

Borging blijft een belangrijk aandachtspunt. In het programma is daar expliciet ruimte voor opgenomen. Het is onze indruk dat de borging nog verder versterkt kan worden door hier al aan de voorkant van het programma aandacht voor te vragen bijvoorbeeld in het zorgdragen voor (blijvende) kennisdragers en het eventueel, in lichtere, minder frequente vorm, verlengen van het programma door vertegenwoordigers van organisaties samen te brengen en te blijven coachen.
Ten aanzien van technologie was IVZ zijn tijd vooruit. Dit bleek ook aan het beperkt aantal projecten op dit thema. De indruk die de sector ons geeft is dat juist nu die aandacht steeds meer nodig wordt. Dit zou een aandachtspunt in een volgend programma kunnen zijn.

Voor een eventueel nieuw, vergelijkbaar programma wordt door deelnemers in de gesprekken gesuggereerd:

- Medewerkers mee te nemen in de aanvraag, naast het commitment van de bestuurder;
- Thema's zelfmanagement, wijk gebonden taken, eHealth en preventie als nieuwe thema's op te nemen;
- Coaching niet alleen op de organisatie zelf te richten, maar ook op de omgeving want die moet ook mee. Richt je ook op ketenpartners, huisartsen, zorgkantoor, gemeentes, inspectie. Dat je erkent dat organisaties niet langer op zichzelf staan;
- Als je op bestuursniveau weer inzet zou ik bestuurders meer bij elkaar zetten, en dan niet alleen vrijblijvend. Leren om elkaar te gaan zien als (niet alleen) concurrent;
- Zorg dat projectleiders en mensen die een rol spelen bij implementatie zichtbaar zijn en bij voorkeur langdurig met de organisatie zijn verbonden;
- Transitiekosten zijn nu secundair, dat zou ik veel meer een plek geven, evenals transactiekosten.

4 Waardecreatie en kostenreductie

IVZ beoogde een focus op de inhoud van het werk in de zorg. Centraal in dit hoofdstuk staat de vraag of zorgorganisaties door middel van het IVZ-programma ertoe werden aangezet om de kracht en kunde van hun medewerkers te gebruiken en te ontwikkelen zodanig dat op onomkeerbare wijze herkenbare resultaten worden gerealiseerd op het gebied van cliëntwaarde, medewerkerswaarde en organisatiewaarde.

4.1 Strategische achtergrond

In het evaluatieonderzoek stelden we de vraag wat zorgorganisaties met behulp van IVZ hebben bereikt. Om dit te kunnen onderzoeken volgden we een redenering van theoretische inzichten van (Brödner & Latniak, 2002) (zie box.)
De verwachting van IVZ was dat zorgorganisaties de menselijke competenties en het menselijk potentieel in hun organisatie zouden mobiliseren en ontwikkelen. Eenmaal geïnspireerd door nieuwe mogelijkheden zou het minder problematisch zijn om veranderingen door te voeren om kostenbesparingen te realiseren.
De aandacht en energie konden worden geïnvesteerd in het vergroten van cliëntwaarde (kwaliteit van zorg), medewerkerswaarde (kwaliteit van de arbeid, leuk werk) en organisatiewaarde (goed geleide en goed renderende organisatie). Als deze verwachting juist zou zijn, zou in de zorgorganisaties defensief gedrag grotendeels zijn uitgebleven. Ook zou in die organisaties onomkeerbaar nieuw gedrag zijn ontstaan. Te verwachten zijn identificeerbare resultaten op het gebied van cliëntwaarde, medewerkerswaarde en organisatiewaarde. Tegen de achtergrond van deze gedachtegang onderzoeken we de opbrengsten van IVZ.

***Low road* strategieën en *high road* strategieën**

De theorie die we in dit onderzoek hanteren is gebaseerd op het werk van (Brödner & Latniak, 2002). Zij hanteren een onderscheid tussen zogenoemde "low road" en "high road" strategieën. Hun idee: we kunnen de maatschappelijke productiviteit van een organisatie voorstellen als de relatie tussen gerealiseerde (meervoudige) toegevoegde waarde en de daarvoor gemaakte kosten. Dit kunnen we noteren als een breuk: gerealiseerde toegevoegde waarde gedeeld door gemaakte kosten. Zowel de teller (vergroten van meervoudige toegevoegde waarde) als de noemer (verminderen van kosten) zijn beïnvloedbaar.

	> klantwaarden	
	> nieuwe combinaties	
	> omzet	
Hogere	> werknemerswaarde	
Maatschappelijke =	----------	
"Productiviteit"	< kosten inkoop	
	< kosten ondersteunende diensten	
	< kosten door tijdsgebruik	
	< ziekteverzuim	

Organisaties die een "low road" benadering hanteren, vergroten de waarde van de breuk (dus de productiviteit) door de noemer te beïnvloeden dus door kostenreductie.
`*For maintaining competitiveness, necessary effects in cost cutting are being produced by 'downsizing' and 'outsourcing' without improving the strategic market position, however. The "low road" is characterized by companies' effort to reduce cost by reducing staff and wage costs.' (Brödner & Latniak (2002))*
Verminderen van kosten vereist weinig creativiteit, is relatief gemakkelijk te realiseren en is te meten.
Een bekend bezwaar van deze strategie is dat deze meestal kramp in de organisatie genereert. Mensen zijn als gevolg van deze strategie bezig met behoud van hun eigen werk, niet met collectieve waardeontwikkeling of het ontwikkelen van nieuwe opties. We kennen dit effect bijvoorbeeld ook uit de literatuur over zogenaamde *appreciative inquiry* benaderingen (Coopperider 1987). De low road strategie biedt ook weinig soelaas wanneer er een mismatch is of dreigt tussen het bestaande business- en verdienmodel en de kerncompetenties enerzijds en de maatschappelijke behoeften en strategieën van stakeholders anderzijds.
Volgens de onderzoekers hanteren veerkrachtige bedrijven een "high road" benadering. Zij focussen vooral op het mobiliseren en ontwikkelen van menselijk potentieel en competenties:

> "*They deliberately use them for exploring new business opportunities, i.e. for expanding the nominator (teller), without giving up process innovations to reduce efforts, though. "High road" companies make efforts to extend their markets by innovation and increased productivity at the same time. (Brödner & Latniak, 2002)*

4.2 Werkzame inzichten

Werking van het programma: IVZ nodigt uit tot 'doen wat hier nodig is'
De bestudeerde IVZ-trajecten laten zien dat meedoen met IVZ in de meeste deelnemende zorgorganisaties heeft geappelleerd aan en verleid tot het een zogenoemde "high road" benadering: het ontwikkelen en realiseren van nieuwe (meervoudige) waardenproposities door het mobiliseren van menselijk potentieel en (individuele en team) competenties. In verreweg de meeste IVZ-trajecten was kostenreductie een bijkomend effect, maar niet de drijvende motivatie. De bestuurder in één van de casestudies zegt daarover:

- *"Het ging erom te zorgen voor beweging, om het werkondernemerschap van individuen en teams te versterken. Daarnaast het inspelen op nieuwe rollen: een andere opstelling van de professionals naar cliënten, familie en collega's. […] Centraal stond het anticiperen op en voorsorteren voor het gedachtegoed van de nieuwe Wmo en Wlz, ongeacht financiële aspecten. Basis was de erkenning: de cliënt neemt een eigen positie in, en wij moeten aansluiten op een cliënt die zelf initiatieven neemt en tot op zekere hoogte zijn/haar eigen gang gaat. De inhoudelijke doelstellingen hebben we daadwerkelijk gerealiseerd met inzet van de coaches; de financiële consequenties, zoals een betere efficiency, waren geen richtpunt maar slechts gevolg van wat we gaandeweg hebben gerealiseerd."*

Wanneer we naar de dynamica kijken die (mede) met behulp van IVZ werd gegenereerd in de deelnemende organisaties, dan valt op dat in de organisaties een ruimte werd gecreëerd waarin extra aandacht kon worden gegeven aan wat lokaal (hier is bedoeld: in de betreffende organisatie op de werkvloer) professioneel-inhoudelijk gezien nodig was. De expliciete vraag wat er hier, lokaal nodig is sprak professionals aan op hun inhoudelijke drives, expertise en beroepstrots. Dit genereerde in het algemeen een op waardeontwikkeling en innovatie gerichte beweging, een flow in organisaties. Defensief gedrag werd niet getriggerd. In dit verband gaan we nader in op een drietal aspecten: het gebruik van scans als startpunt van de IVZ-trajecten, de kwaliteiten van de coaches, en het gehanteerde rapportage instrumentarium. Scans en coaches waren als "mechanismen" belangrijk in het realiseren van deze focus op 'wat hier, lokaal nodig is', het rapportage instrumentarium deed daarentegen in de beleving van een aantal betrokkenen afbreuk aan deze inhoudelijke, lokale focus.

Gebruik van scans als vertrekpunt voor verandering
Het gebruik van een scan als vertrekpunt voor een (mogelijk) IVZ-traject genereert focus op wat lokaal nodig is door definiëring van het vraagstuk, scoping en bepaling van de

interventiestrategie. De scan legitimeert inzet van publieke middelen.
De scan is in meerdere opzichten een cruciale functie. Door middel van de scan wordt zichtbaar waar het in de organisatie wringt vanuit het perspectief van toekomstbestendigheid. Duidelijk wordt waardoor men er tot dan toe niet in is geslaagd om een duurzame dienstenportfolio te realiseren. Van belang is dat de scans werden uitgevoerd door onafhankelijke, professionele derden, maar wel in verbinding met belangrijke stakeholders in de organisatie.

- Een bestuurder*: "Via de scan werd een probleem zichtbaar, dat door het middenmanagement impliciet verborgen werd gehouden en waar het middenmanagement zelf onderdeel van was. Zonder die scan had ik er niet of pas veel later een vinger achter gekregen. Die diagnostische, problematiserende functie van de scan was cruciaal. Dat we vervolgens via het IVZ-programma ook de coaches ter beschikking kregen om ons te helpen met de noodzakelijke organisatieontwikkeling was mooi meegenomen."*

- Een projectleider: *"De scan heeft ons vooral een verbreding op het vraagstuk opgeleverd. Daarmee bedoel ik dat er als gevolg van de scan veel meer mensen in de organisatie ervan overtuigd waren dat dit een belangrijk vraagstuk was en dat het verstandig was dat we daar ondersteuning voor vroegen. In eerste instantie hadden we de aanvraag natuurlijk met een kleine groep gedaan. Door de scan ontstond daar meer draagvlak en commitment voor."*

Bovenstaande uitspraken illustreren dat een goed uitgevoerde scan helpt om het bereik van het IVZ-instrument in de zorgorganisaties te vergroten en op voorhand het risico op defensief gedrag te verminderen. Het professionele, onafhankelijke karakter van de scans legitimeert bovendien de inzet van publieke middelen in het kader van een 'open' beleidsinstrument, dat niet op voorhand specificeert waaraan die middelen (in natura) worden besteed. Door middel van de scan kan steeds lokaal worden bepaald of de kritische slaagfactoren voor het noodzakelijke interventietraject in voldoende mate aanwezig zijn:

- Een bestuurder*: "Ons IVZ-traject is gestart na een fundamentele keuze voor een bepaalde visie, missie, strategie en organisatie inrichting. Volgens mij is dat ook een conditie voor een geslaagd traject. Het ging dus om een geïntegreerde benadering. Daardoor vond IVZ een goed aangrijpingspunt. […] Tweede conditie: IVZ was geen doel op zich, het was ook niet alles, maar wel een fundamenteel onderdeel van een totaal."*

Belangrijk is dat de scan een zeer behulpzaam mechanisme is geweest om tot gerichte, kansrijke interventietrajecten te komen. Het volgende citaat laat echter zien dat de scan ook te beperkt kan zijn. Dat kan later in het traject voor problemen zorgen.

- Een projectleider*: "Dat we er zo [slecht] voorstonden was niet uit de scan gekomen. De gesprekken waren veel met de raad van bestuur geweest en het management en niet met de teamleiders. Als we dat wel gedaan hadden was sneller duidelijk geworden dat we wat met het management moesten."*

Tijdens de scan werd getoetst of een IVZ-traject realistisch en haalbaar zou zijn. Deels ging het daarbij om het vaststellen of bepaalde randvoorwaarden op orde waren, deels werd er ook door middel van de scan gewerkt aan het realiseren van de noodzakelijke mindset. Het gaat dan bijvoorbeeld, in de woorden van een bestuurder, *"om het bewustzijn dat het een meerjarig traject zou gaan worden".* De scan is zodoende een middel om de beschikbare publieke middelen daar in te zetten waar een grote kans is dat de investering zal renderen (in termen van vergroting van maatschappelijke productiviteit). In beginsel kon iedere aanbieder van langdurige zorg een beroep doen op het IVZ-programma. Met name door middel van de scan worden die organisaties en veranderopgaven geselecteerd waar winst kan worden geboekt in termen van maatschappelijke productiviteit en waar het daadwerkelijk realiseren van die verandering ook kansrijk is.

Gebruik maken van de kwaliteit van de ingezette coaches

De inzet van inhoudelijk en methodisch gedreven coaches hielp de zorgorganisaties om zich te richten op inhoudelijke verbetering/verandering/vernieuwing. Daarmee zette men de focus op de teller en in mindere mate op de noemer. (Zie box over *Low road en high road strategieën*.) Zodoende werd betrokkenheid en commitment van professionals geborgd.

- Een bestuurder*: "Waarmee de IVZ-coaches ons hebben geholpen? De scherpe blik van de buitenstaander, ervaringen met andere organisaties, focus op dit deeltraject (terwijl er zoveel andere dingen gaande waren), en een ruimhartige inzet van expertise voor dit deeltraject."*

Opvallend is dat de coaches steeds "voor de inhoud gingen", daardoor aansloten bij de inhoudelijk gedreven professionals, en hen konden helpen door hun procesmatige ervaringen, onafhankelijke blik en focus op het IVZ-traject.

- Een bestuurder*: "Je wilt dat een coach écht inhoudelijk gecommitteerd is, zich écht inleeft in onze situatie en mogelijkheden. Met externen is er altijd het risico dat ze al snel zeggen "ik weet wel hoe het werkt". De IVZ-coaches zijn wezenlijk aangesloten op onze situatie."*

- Een bestuurder*: "Wat we in de kern hebben gerealiseerd is dat medewerkers veel meer eigen initiatieven zijn gaan ontplooien, dat ze minder afwachtend zijn geworden en dat ze zich meer coachend zijn gaan opstellen naar de cliënten. De positie van de medewerkers is versterkt met oog voor de eigen positie van de cliënt. Volgens mij zijn onze cliënten steeds meer gaan ervaren dat de medewerkers naast hen staan om samen te kijken naar hoe ik zo goed mogelijk in de samenleving kan leven. Cliënten voelen dat er niet in de eerste plaats voor hen als cliënt wordt gezorgd, dat ze zelf regie moeten nemen, en dat wij er op vertrouwen dat je het beste uit jezelf haalt. Wij noemen het een aanmoedigende houding van medewerkers; het gaat erom zo weinig mogelijk verantwoordelijk van de cliënt over te nemen."*

- Een projectleider*: "Deze beweging hadden we al voor het IVZ-traject in gang gezet, maar die hebben we als het ware gevoed met behulp van het IVZ-traject, waardoor we het dode punt voorbij konden gaan. IVZ sloot goed aan bij al bestaande ideeën. Wat heeft geholpen om de beweging en de nieuwe cultuur onomkeerbaar te maken is in de eerste plaats dat de coaches ons ook echt hebben gecoacht, en niet zijn gaan overnemen of allerlei dingen zijn gaan doen. De doe-modus lag bij onszelf. Het ging erom minimaal te faciliteren zodat er eigen initiatief kon ontstaan. Dat was consistent met wat we beoogden in het primaire proces. Ten tweede was belangrijk dat we intern steeds hebben zichtbaar gemaakt wat er gaande was in het veranderproces. We hebben filmpjes gemaakt, verhalen verteld en bijeenkomsten georganiseerd; onze communicatiemensen konden aansluiten bij wat er gebeurde."*

Coaches rapporteren over de inhoudelijke focus positief en ambivalent over de wijze van rapporteren. Er is met een focus op de teller van de hiervoor genoemde breuk heel veel bereikt dat niet 'vertaalbaar' is in meetbare resultaten. Toch werd men wel gevraagd om vooral cijfermatig te rapporteren.

- Een coach: *"De kern van het traject was dat de organisatie meer gestuurd leerde werken, en dat de professionals werkelijk in de lead zouden komen. Dat is ook gebeurd. We realiseerden een verhoging van de intrinsieke motivatie en een hoger energieniveau bij professionals, verdieping van de onderlinge relaties binnen de organisatie en met stakeholders, meer lef en zelfbewustzijn, meer onderling vertrouwen, meer collectief leervermogen et cetera. Als dit is waar het traject om draait dan is het vreemd en vervreemdend dat je steeds allerlei cijfertjes moet opleveren die weinig tot niets te maken hebben met wat je inhoudelijk met elkaar aan het doen bent. Dat is niet congruent, en dan krijg je toch het gevoel: uiteindelijk is het ze gewoon te doen om kostenreductie. Andere resultaten telden schijnbaar minder en konden we ook niet cijfermatig bewijzen. Daar zat een voortdurende spanning, en de bestuurder was in deze ook ambivalent, want volgens mij was ze steeds bang om te moeten terugbetalen wanneer er geen harde resultaten zouden kunnen worden gerapporteerd. Uiteindelijk is er veel energie verloren in de systeemwereld van rapportages, die ons niets hebben geleerd maar wel hebben gefrustreerd."*

Rapportage-instrumentarium om te leren en te laten zien

De coach verwoordt in bovenstaand citaat hoe tijdens een emergent proces, waarbij nieuw interactief gedrag pas langzaamaan ontstaat, is geworsteld met formats voor kwantitatieve rapportages. De projectleider in dezelfde casus beschrijft dit issue als volgt:

- Projectleider*: "We hebben in het gehele traject gestoeid met de vraag hoe we richting de beoogde cultuuromslag konden laten zien dat we voortgang maakten en resultaten behaalden. Binnen onze organisatie hanteren we vier perspectieven: het cliëntperspectief, het medewerkersperspectief, het organisatieperspectief en het financieel perspectief. We hebben op alle vier de perspectieven wel resultaten kunnen benoemen, maar dat was wel een worsteling, want in het traject ging het erom langzaamaan een andere cultuur, een andere houding en ander gedrag van medewerkers te realiseren, en dat kost veel tijd en gaandeweg zijn er allerlei weerbarstigheden, en dan kun je niet op voorhand en aan het begin al aangeven wat de resultaten zijn."*

- Projectleider*: "Onze grootste struggle was dat we volgens de systematiek van IVZ al op voorhand moesten aangeven wat we zouden gaan realiseren. Dat vonden we ingewikkeld, want dit was een ontwikkelingsgericht programma. Wij zeiden: als we ruimte gaan geven aan professionals, als we hen vragen om eigen initiatieven te ontplooien en ondernemerschap te tonen, dan geloven we dat dat op den duur gaat werken. Maar het schuurt wanneer je al op voorhand moet aangeven hoe professionals die ruimte gaan invullen." "We hebben daarover veel gesprekken gevoerd met IVZ, en we hebben uiteindelijk een modus gevonden, waarbij we wel lieten zien waarmee we bezig waren zonder dat het paste in de formats. Die rapportering heeft al met al wel veel energie gekost; we hadden het graag anders willen doen; het had geholpen wanneer de rapportages in eerste instantie niet zo blauw waren ingestoken."*

Voor de bestuurder in ditzelfde traject was essentieel dat

- *"De coaches gretig waren om de discussie met de IVZ-organisatie en VWS aan te gaan en om zo nodig tegen de formats en regels in te gaan. […] Het was belangrijk dat we leerden om allerlei formats en verplichtingen écht te bezien op: helpt dit ons?"*

We leren uit deze cases dat er spanning bestond tussen enerzijds het op een ontwikkelingsgerichte wijze werken aan inhoudelijke verbetering, verandering en vernieuwing en anderzijds de gehanteerde vorm van verantwoording. We leren tegelijk dat het ontwerp van het IVZ-programma de interactieruimte bood aan betrokkenen (coaches, bestuurder, projectleider, tranchemanager e.a.) om met die spanning te dealen en gaandeweg tot werkbaardere manieren van rapporteren te komen.

4.3 Beschouwing

Uit het materiaal blijkt een diversiteit van opbrengsten op het gebied van cliëntwaarde en medewerkerswaarde. Er zijn ook dingen niet gerealiseerd wat inherent is aan veranderings- en vernieuwingsinitiatieven. Zorgorganisaties die deelnamen aan IVZ zeggen er het volgende over:

- *"Als ik terug kijk dan geven de opbrengsten een gemengd beeld: kostenbesparing hebben we gerealiseerd. Cliënttevredenheid is niet echt veranderd. Veel van ons management is nog hetzelfde. Zelfreflectie blijft nog lastig en is niet groter geworden door IVZ. De raad van toezicht is wel meer in positie gekomen en meer op inhoud".*

- *"We hebben nog een lange weg te gaan. IVZ heeft ons wel zeker geholpen, omdat we flexibel geworden zijn, zijn gaan denken in instroom, uitstroom. De inhoudelijke blik van IVZ vind ik goed. Ook heeft IVZ geholpen de juiste coaches te vinden, anders put je toch maar uit je eigen bekende kringetje, en dat had ons niet geholpen".*

- *"De scan vond ik matig, die had ik dieper verwacht. Het maken van een plan van aanpak was een leerschool op zichzelf. We hadden gewoon geen ervaring om zo systematisch te werken. De ervaringen daarvan gebruiken we nog steeds. Als ik weer met een IVZ-achtig programma mee zou doen, zou ik meer inzetten op de discipline van de organisatie".*

- *"We hebben ook meer gedaan dan IVZ alleen. De opbrengsten kun je niet makkelijk aan alleen IVZ koppelen. Het had wel veel meer tijd gekost zonder IVZ".*

- *"We waren een voorbeeldtraject bij IVZ. Dat zat vooral op wat we deden in de wijkteams, de verbindingen die we hebben gemaakt met de gemeente en de ontmoetingsplekken in de wijk die zijn gecreëerd. Daar hebben we echt doorbraken gemaakt. Niet in de interne organisatie."*

Concluderend: Uit de cases blijkt de kracht van het IVZ-instrument. De faciliterende overheid stelt primair vragen aan de zorgorganisaties: wat is hier aan de hand, waar wringt hier de schoen, wat is hier nodig volgens jullie, wat willen jullie hier realiseren, hoe gaan jullie dat aanpakken? Het belangrijkste voertuig voor het stellen en beantwoorden van die vragen is het gebruik van de scan, het maken van een plan van aanpak en het inzetten van inhoudelijk en methodisch gedreven, gekwalificeerde coaches. De overheid is, in weerwil van de druk om een transitie in de langdurige zorg te bewerkstelligen, niet in de valkuil gestapt van het zelf bedenken en opleggen van oplossingen voor lokale zorgorganisaties en professionals. Door middel van IVZ is én:

- ruimte gemaakt voor en uitgenodigd tot het uitzoeken van wat lokaal – hier, in deze zorgorganisatie – nodig is, én
- met zachte hand afgedwongen dat hetgeen nodig is ook daadwerkelijk gebeurt – waardoor onomkeerbare resultaten zijn gerealiseerd.

Bestudering van de cases illustreert ook de inherente spanning tussen enerzijds het emergente en ambigue karakter van praktijkveranderingen en –vernieuwingen en anderzijds de behoefte in het politiek-bestuurlijke domein aan verantwoording van de inzet van publieke middelen. Met deze spanning hebben sommige betrokkenen geworsteld. We kunnen zeggen: gegeven het innovatieve karakter van dit beleidsinstrument moesten betrokkenen gaandeweg manieren vinden om met deze spanning te dealen. Dat is ook gebeurd.

5 Wel of niet instappen?

Er is nieuwsgierigheid bij de begeleidingscommissie naar de motieven van bestuurders om mee te doen aan IVZ. Waarom begonnen bestuurders aan IVZ of juist niet?

5.1 Motieven van bestuurders

In het onderzoek kwam naar voren dat motieven om mee te doen of om juist niet mee te doen om dezelfde thema's draaiden. Het waren twee zijden van dezelfde medaille. Zo wordt bijvoorbeeld IVZ geduid als overheidsbemoeienis en daarmee een reden om juist niet mee te doen. Daartegenover werd de 'bemoeienis' juist verwelkomd en geduid als aandacht en steun. Een projectleider van een zorgorganisatie zei daarover: "*Eindelijk zag VWS wat er werkelijk nodig was*". In de literatuur wordt gesproken over het verschijnsel dat een 'zich ontwikkelende onafhankelijkheidsrelatie' zich juist manifesteert in afwijzen of in omarmen. In onderstaand overzicht hebben we de wel/niet motieven als motievenparen naast elkaar gezet vanuit steeds eenzelfde noemer. Noemers en motieven lichten we nader toe.

1.Overheidbemoeienis of overheidsbetrokkenheid?

Er zijn bestuurders die vinden dat het ministerie zich niet op deze manier met het veld moet bemoeien. Een bestuurder zei daarover:

- "*Zorgbestuurders moeten hun eigen boontjes doppen. Programma´s zoals IVZ zijn een heel ingewikkelde manier van geld verdelen, het is bovendien gedwongen winkelnering, dit past niet bij een volwassen relatie tussen ministerie en veld. Laat het ministerie toch gewoon alles lump sum uitkeren dan maken wij wel uit wat we er mee doen".*

Deze opvatting was te vinden zowel onder de ´innovators´, de voorlopers waar het management en het bestuur naar eigen inzicht werken aan vernieuwing en als onder bestuurders die zelf de regie wilden nemen. Andere organisaties die deze voortrekkersrol niet hadden, zagen IVZ als een enorme steun in de rug. Als extra deskundige ogen die meekeken of iets konden bieden waar de eigen organisatie niet goed in was.

- Een bestuurder: *"Als ik kijk naar mijn eigen organisatie: dan vond ik dat we niet goed zijn en waren in implementeren. IVZ levert een paar extra ogen die meekijken. Extra advies over hoe je dat doet. IVZ kwam zodat er een betere implementatie zou zijn van de transmurale zorgbrug. Partijen waren wel al aan tafel: maar we moesten het wel gaan doen. Daar hielp IVZ bij.'*

2. Onafhankelijk adviesrelatie of leiband?

IVZ fungeerde als intermediair tussen daar waar kennis wordt vergaard en verkocht en daar waar de vraag is. Het gaat hier om de rol van de coaches die via raamcontracten als ZZP'er of vanuit bekende of minder bekende adviesbureaus werden gecontracteerd en als natura weggezet bij zorgorganisaties. Voor sommige organisaties was die bemiddelende rol van IVZ noodzakelijk om met iemand van buiten in zee te willen en te durven gaan. Het

onderzoeksteam heeft veel voorbehoud aangetroffen ten aanzien van tariefvoering van adviesbureaus en wantrouwen over de goede trouw van de advieswereld in 't algemeen. IVZ zat daartussen waardoor het moeilijke van een externe adviseur er, in de ogen van de instelling, als het ware uitgefilterd werd. Tegelijkertijd zagen we ook het omgekeerde. Zorgorganisaties die zoveel vertrouwen hadden in adviseurs waar zij al eerder mee hadden gewerkt (die niet bij IVZ waren aangesloten) waar zij in ieder geval mee wilden werken ook als dat niet onder de IVZ-vlag kon. Of zorgorganisaties die hoe dan ook niet met IVZ in zee wilden omdat ze de dwingendheid van het format afwezen, geen heil zagen in toebedeelde coaches en dat zagen als het aan de leiband moeten lopen van VWS. Het (procedureel) format van IVZ eiste van zorgaanbieders – zeker ook van de bestuurder – commitment, discipline en doorzettingsvermogen; niet alle aanbieders durfden of wilden daarop in te tekenen.

3. Stimulans of dreiging?

Een derde reden om juist wel dan wel niet mee te doen was de wijze waarop IVZ gepercipieerd werd. Sommige organisaties ervoeren het als enorme stimulans: een inhoudelijke interventie die collectief werd ingezet en de sector in beweging bracht. Anderen vonden IVZ eerder een bedreiging. Een bestuurder zei daarover:

- "We *werden in de nek gehijgd door Den Haag. We moesten weer iets…."*

4. Linksom of rechtsom kiezen voor kwaliteit?

Dit motief zit niet in de dynamiek van de tegenstelling maar gaat over hoe IVZ op je pad komt. Vanuit een zoektocht naar kwaliteit kan een bestuurder overtuigd worden door verhalen van derden en voor IVZ kiezen of kan een andere bestuurder vanuit diezelfde zoektocht op een ander spoor komen waarmee IVZ niet in beeld komt. Het gaat dan niet om een afwijzing maar om een andere afslag die genomen is.

5. Wie jaagt innovatie aan?

Dit motief gaat over eigenaarschap. Van wie is een verandering en van wie is een zorginstelling? Wat betekent dat dan voor de zeggenschap die je hebt en de keuzes die je maakt als instelling? IVZ werd door sommigen gezien als een entreeticket voor innovatie uitgedeeld door VWS vanuit het beeld dat een overheid bottom line het beleid bepaald en betaald en zich daar dus mee *moet* bemoeien. Daartegenover staat het beeld dat zorgorganisaties uit overtuiging autonoom zijn: vinden dat ze dat moeten zijn juist in de dynamiek tussen beleid en uitvoering en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Als een soort scheiding der machten stelt een bestuurder van een zorgorganisatie:. "*Als dat in elkaar gaat lopen dan gaat Den Haag alles bepalen, en dat was nu precies onze taak*". Hun conclusie is dat innovatie niet de rol van de overheid is. De overheid moet zich beperken tot het aangeven van de kaders en wet- en regelgeving en het aangeven van de beleidsrichting en beleidsruimte.

6. Goedkoop of duurkoop?

Het laatste motief om al of niet in te stappen is de vraag of IVZ goedkoop is of juist niet. Bestuurders geven aan: "Het *was gratis voor iets dat toch moest gebeuren*". "*En dat je daar dan zelf op toe moest leggen spreekt voor zich". "Elke minuut die de coach in ons investeerde was pure winst."* Maar het format waarbij IVZ een coach leverde (en IVZ in natura bijdroeg aan verandering) en de instelling zelf moest investeren (in de inzet van eigen mensen) op voorwaarde van terugbetaling van de coach bij afhaken, was ook een reden om niet mee te doen. Een bestuurder van een zorgorganisatie zegt er het volgende over: "*Het was voor ons veel te veel gevraagd. We hadden alle aandacht nodig om het hier op orde te krijgen. Dan heb je steun nodig en niet een onderhandeling… We hadden er zelf veel te weinig invloed op om ervan uit te kunnen gaan dat het zomaar goed zou gaan*."

5.2 Beschouwing

Motieven om mee te doen aan IVZ werden vooral ingegeven door drie zaken:

1. Korte termijn kosten-baten afweging. Wat kost het mij? Wat levert het mij op? Waarbij vooral meespeelde de staat van de instelling, de inschatting van werkdruk en de mate van urgentie om te veranderen.
2. Morele afweging: wat is de rol van de overheid? Vind ik dit bemoeienis of betrokkenheid? Is het aan de overheid om zich op deze wijze bezig te houden met het veld?
3. Tot slot werden er naast de bovengenoemde motieven ook nog een aantal maatschappelijke motieven genoemd. Een daarvan was dat een gezonde organisatie vond dat deze zelf de coaches kon betalen en geen aanspraak hoefde te maken op maatschappelijk middelen. Een ander motief was om IVZ als platform te gebruiken om waardevolle innovaties voor cliënten zichtbaar te maken naar anderen.

De vraag naar kennisdeling en kennisuitwisseling was geen expliciet instapmotief. Dat was iets dat men gaandeweg pas ging waarderen. Ook meedoen vanuit een collectieve verantwoordelijkheid of het geloof in een grootschalige vernieuwing waren geen redenen voor bestuurders om met IVZ aan de gang te gaan. De focus was intern gericht: op de eigen organisatie en niet op de sector als geheel. We kunnen stellen dat instappen in IVZ een afwegingsproces was, wat in de aanloop naar een traject bij het doen van een scan en het maken van een plan van aanpak werd versterkt. We zien dan ook dat de meeste afhakers in het begin van het proces zitten: dus voor de contractering. Afhakers werden op dat moment geconfronteerd met de eisen, de gevraagde discipline en het hoge tempo van IVZ. Om redenen van druk, en de zorg of het wel haalbaar was werd van het IVZ-traject afgezien.

Motief om **niet** mee te doen	Motief om **wel** mee te doen
1. Overheidsbemoeienis of overheidsbetrokkenheid?	
Geen bemoeienis en pottenkijkers	Extra ogen voor een verandering die sowieso moet plaats vinden
2. Onafhankelijk adviesrelatie of leiband?	
Geen eigen keuze in adviseurs (coaches)	Geen directe afhankelijkheid van adviseurs
3. Stimulans of dreiging?	
Organisatorisch niet aankunnen	Stok achter de deur
4. Linksom of rechtsom kiezen voor kwaliteit?	
Keuze voor een andere route	Goede ervaringen van collega zorgorganisaties
1. Wie jaagt innovatie aan?	
Innovatie is niet de rol van de overheid	Entreeticket voor innovatie
6. Goedkoop of duurkoop?	
Afbreukrisico te groot	Kostenbesparing

Tabel 4: motieven bestuurders om wel of niet aan IVZ mee te werken

6 Werking van IVZ als beleidsmaatregel

IVZ beoogde verandering aan te jagen. De zorgsector moest sterker en robuuster met het oog op een ongewisse toekomst. Het ging om een beleidsmaatregel die langdurig en duurzaam moest zijn. In dit hoofdstuk gaan we in op werking van IVZ. Wat had IVZ te bieden? Hoe zag de maatregel eruit? Hoe werkte IVZ door in de organisatie? We zijn op zoek gegaan naar wat de werkingsmechanismen waren die terug te voeren zijn op het design van het programma. Achterliggende vraag is wat we kunnen leren van de werking van IVZ als een programma dat de bedoeling had om structureel verandering aan te jagen en wel zo dat die verandering onomkeerbaar is en in de richting doorgaat zoals VWS voor ogen had.

6.1 Vliegwiel voor vernieuwing?

Heeft IVZ daadwerkelijk als vliegwiel voor verandering gewerkt? Casuïstiek laat zien dat IVZ in een groot aantal organisaties een wending heeft veroorzaakt en in een richting heeft geholpen waarmee onomkeerbare processen in gang zijn gezet die hebben geleid tot verbetering en vernieuwing. Eerdergenoemde bevindingen zoals de bijdrage aan professionalisering of de inzet op waardencreatie dragen daaraan bij. Maar is de verbetering ook terug te voeren op het binnenwerk, de rationale, het design en de mechaniek van het programma? We zien een aantal werkingsmechanismen die niet op zichzelf staan maar op elkaar inwerken en elkaar versterken. Die werkingsmechanismen belichten de methodische kant van IVZ waarin we een besturingsfilosofie zien oplichten. Kern van die filosofie is het gedwongen huwelijk tussen disciplinering en eigen regie, de onderkenning van complexiteit en diversiteit (niet one size fits all maar maatwerk) en de inzet op vertraging om verbinding en verdieping te kunnen realiseren. In onderstaande werkingsmechanismen laten we dat zien.

1. Het programma vormgeven als interventie, niet als subsidie

Een lid van het kernteam zegt:

- "*IVZ was anders dan eerdere beleidsmaatregelen. Het was geen subsidie maar een interventie. Dat had te maken met het dwingende karakter*."

Het IVZ-format was sturend en dwingend. Elke instelling kreeg een scan en een intake en moest vervolgens een plan van aanpak schrijven aan de hand van criteria waarop werd afgerekend. Het IVZ-contract was dwingend. Het was instappen of niet. Halverwege uitstappen of een beetje meedoen was geen optie want dat betekende terugbetalen. Enkele citaten:

- Bestuurder: "*Je moest werken met een externe coach die door IVZ was voorbereid middels een training en een tranchemanager die periodiek gesprekken voerde over de voortgang*, *dat waren allemaal disciplinerende afspraken. "..Het was op geen enkele manier vrijblijvend. Dat maakte dat je wel moest veranderen, ook al wisten we zelf niet waar het allemaal heen ging….*"

- Bestuurder: "*We wilden wel veranderen maar de absurde werkdruk hield ons volledig in de waan van de dag. Dan heb je een breekijzer nodig en dat was IVZ."*

2. Werken met het bestaande: iets nieuws ontwikkelen duurt te lang
Het uitgangspunt van IVZ was het grootschalig inzetten op vernieuwing en versterking van de sector. Die schaal kon alleen met inzet van alle middelen die er al waren: het gebruik maken van eigen kennis en kunde. Het ging er dus niet om zelf met iets nieuws te komen, maar om bestaande kennis, kunde en ervaring te mobiliseren, op elkaar te betrekken en te verspreiden. De inschatting was dat er voldoende kennis en deskundigheid in het veld aanwezig was om vernieuwing aan te jagen maar niet toegankelijk, vindbaar of beschikbaar was voor zorgorganisaties. IVZ bood iets dat een flink aantal spelers in de sector in beweging bracht: een programma kon voorzien in middelen die nodig waren om vernieuwing aan te jagen. Een lid van het kernteam:

- "*Dat het zo snel van start kon gaan was omdat we werkten met wat de coaches meebrachten aan kennis en ervaring en we al die kennis steeds bij elkaar brachten*."

3. Inzetten op tempo
Het lijkt simpel maar gemis aan tempo is in de praktijk bij alle veranderingen een enorme beer op de weg. Een beer die alles tegenhoudt, vertraagt, de energie wegtrekt en uiteindelijk zaken omduwt. IVZ was in staat enorm tempo te maken door de structuur en de organisatie zo te maken dat er snel kon worden gestart en tempo in het traject bleef. IVZ had een klein lenig autonoom kernteam dat stuurde, met duidelijke verdeling van taken bij de mensen waarmee werd gewerkt. Er waren geen stuurgroepen, begeleidingscommissies, klankbordgroepen of sector-vertegenwoordiging. Er was in de organisatie van IVZ geen betrokkenheid van brancheorganisaties, stakeholders of ZonMw. VWS, en in het bijzonder het kernteam, hebben hier expliciet voor gekozen, omdat men voorzag dat anders verschillende dossiers en beleidsvraagstukken door elkaar zouden gaan lopen, waardoor vertraging zou ontstaan, terwijl het IVZ programma juist tempo-verhogend zou moeten werken in de sector.

4. Verplichtend op het format maar vrij op de methode
Het idee was dat IVZ als aanjager voor verandering zou werken. Vernieuwend was om geen geld maar natura in de vorm van kennis en deskundigheid aan te bieden. Er kwam een masterplan waarin de route werd aangegeven op welke wijze dat zou moeten met duidelijke uitgetekende en beschreven processtappen in een IVZ-format. Dat format had een sterk programmatisch en verplichtend karakter. Zo werd er gewerkt met strakke intakeprocedures, dwingende afspraken en coaches die werden geselecteerd en werden eisen gesteld aan de borging en het delen van kennis. Tegelijkertijd was de uitvoering vrijgegeven. Bij de instelling werd een passende coach gezocht die in samenspraak met de instelling naar eigen inzicht kon werken. Het uitgangspunt was bestaande kennis, kunde en ervaring te mobiliseren, op elkaar te betrekken en te verspreiden. Het format was dus streng maar bood alle ruimte op

de aanpak. Er was geen dwingend model of voorgeschreven werkwijze, maar wel een structuur en een filosofie waarbinnen gewerkt werd.

5. Verplichtend op verantwoording en op openheid over aanpak
IVZ stelde bestuurders in staat om *zelf* invulling te geven aan de veranderingen in hun organisaties met het oog op toekomstbestendigheid. Dat lijkt een in hoofdzaak faciliterende strategie, maar kern is ook dat bestuurders op hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en werk zijn aangesproken zonder dat bepaald wordt *hoe* ze die verantwoordelijkheid moeten invullen. IVZ heeft hier naast vliegwiel dus ook als buitenboordmotor gewerkt.

6. Schakelen tussen intentie en actie
Waar de organisatie en aansturing van IVZ losgetrokken was van allerlei gremia, werd in de uitvoering strak ingezet op partnerships. Dat begon al op het hoogste niveau: het partnership van Vilans, veld en ministerie heeft de vernieuwing aangejaagd en gaande gehouden, er is een “notie van een gemeenschappelijke onderneming” ontstaan. De beleidsmakers van IVZ hadden sterk de geleefde werkelijkheid van de zorgorganisatie en later die van de cliënt op het netvlies. Zorgorganisaties werden aangemoedigd de beleidspolitieke arena te begrijpen en te betreden. Zo kon vanuit twee kanten geschakeld worden tussen intentie en actie. Het kernteam van IVZ had dus een werkwijze ontwikkeld op het snijvlak van de intentionele impuls en de actie-impuls (vgl. Van Delden, 2009). Daardoor kon er snel gewerkt worden en lekte de energie niet weg en kon het proces doorstromen. Het kernteam werkte als het ware als een organisatiemotor.

7. Inspelen op de actualiteit
De werkelijkheid verandert terwijl de winkel open is. In 2015 is er een majeure verandering op gang gebracht in de sector ingegeven door onder meer nieuwe wet- en regelgeving. In het onderzoek kijken we nadrukkelijk welke zorgorganisaties voor 2015 en welke zorgorganisaties vanaf 2015 participeerden in IVZ. Het werken met vastgestelde thema’s heeft focus gemaakt in die beweging.

8.Werken met raamcontracten
Een bestuurder:

- *“We hadden slechte ervaringen met adviseurs in streepjespakken die onze hele tent leegzogen zonder dat het beter werd.”*

Door te werken met raamcontracten werd de relatie die tussen de IVZ-coach en zorgorganisatie niet vertroebeld door beelden die de organisatie had over oneigenlijke bedoelingen van een adviseur. Er werd door de instelling immers niet voor de adviseur betaald. De adviseur was de betaling in natura. Voor sommige organisaties was dit niet alleen een verademing maar een absolute noodzaak om in de verandermodus te kunnen komen. IVZ werkte in die zin als een bemiddelaar.

6.2 Beschouwing

Het aanjagen van verandering in de langdurige zorg was en is een majeure opgave. Het gaat daarbij niet alleen om het grootschalig mobiliseren van deskundigheid maar vooral om *anders leren werken.* Zorgorganisaties worden geleefd door de structurele werkdruk "*We hebben nooit tijd en altijd handen te kort"*, de ingewortelde autonomie "*We lossen onze problemen zelf wel op*" en handelingsverlegenheid "*We wisten niet hoe en waar te beginnen*". Daarbij hebben de zorgorganisaties de veranderkundige kennis en het overzicht vaak niet, ontberen ze ervaring en zijn de condities er niet. Wat je dan ziet is dat onder druk van het beleid en de samenleving zorgorganisaties iets gaan kopiëren wat op hun pad komt, maar niet past of passend is gemaakt op de eigen situatie. Het gevolg is dat de verandering niet op gang komt, weerstand oproept, voelt als ballast en leidt tot stress en frustraties. Het wordt dan een neerwaartse spiraal waarin veel energie gaat zitten. "*Het werd allemaal alleen maar erger.. IVZ heeft ons toen geholpen er weer boven op te komen."* (citaten bestuurders).

IVZ speelde in op die handelingsverlegenheid door met een format te komen waarmee snel gestart kon worden en die zorgorganisaties disciplineerde in het werken aan verandering. IVZ heeft met de wijze waarop het programma was bedacht en ontworpen structureel bijgedragen aan de slagkracht van zorgorganisaties. Bij veel zorgorganisaties is het geloof en het vertrouwen in eigen kracht niet vanzelfsprekend. Door langdurig onder de paraplu van IVZ te werken aan verandering werden zorgorganisaties slagvaardiger. Daarnaast heeft IVZ structureel gewerkt aan condities voor verandering. Zo is er een laagdrempelige toegankelijke kennisstructuur gekomen die gevalideerd en gecentreerd bestaande kennis aanbiedt en is er sterk ingezet op anders leren werken waarin reflectie, leren van elkaar en omgevingsbewust handelen centraal staan.

Kijkend naar de werkingsmechanismen die bijgedragen hebben in het aanjagen van verandering zien wij drie principes die op elkaar inwerken:

1. **De gezaghebbende derde:** in de literatuur spreekt men van thirdness. (Van Dongen et al, 1996) Het gaat om een partij van buiten die in het werken aan verandering gezaghebbend kan sturen, zonder er zelf in te treden. IVZ had die rol.
2. **Discipline als leidend principe** in plaats van inhoud als leidend principe. De ontwikkelaars van het programma voorzagen dat dwingend sturen op de inhoud (het wat van de verandering) zou leiden tot enorme vertraging, bureaucratie en weerstand en niet het gewenste effect zou bereiken. Tegelijkertijd was er het inzicht dat de grootste bedreiging vrijblijvendheid zou zijn en IVZ wel degelijk een dwingend karakter moest hebben. Er is sterk ingezet dat er format kwam dat disciplinerend zou werken.
3. **Het dynamische karakter van het instrument zelf.** Het programma moest om succesvol te zijn aan de tijd zijn en kunnen inspelen op de dynamiek in de samenleving. De opzet van het programma liet dat toe. Er konden steeds weer nieuwe loten aan de IVZ-stam komen en dat gebeurde ook al was de oorspronkelijke opzet niet vanuit dit principe gedacht.

In onderstaand overzicht hebben we de werkingsmechanismen geordend naar de principes:

Gezaghebbende derde

- Het programma vormgeven als interventie.
- Werken met het bestaande.
- Fors inzetten op tempo.

Discipline als leidend principe

- Dwingend op het format maar vrij op de methode.
- Vrij op de methode maar dwingend op verantwoording en op openheid over aanpak.

Dynamische karakter van het instrument zelf

- Inspelen op de actualiteit.
- Gefaseerd contracteren van coaches.
- Strategisch en politiek schakelen tussen intentie en actie.

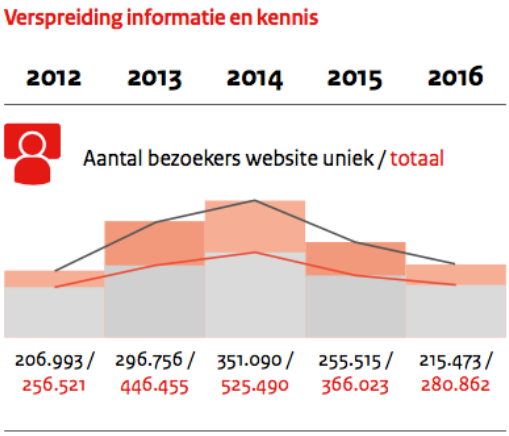
Tabel 5: werkingsmechanismen IVZ als beleidsmaatregel

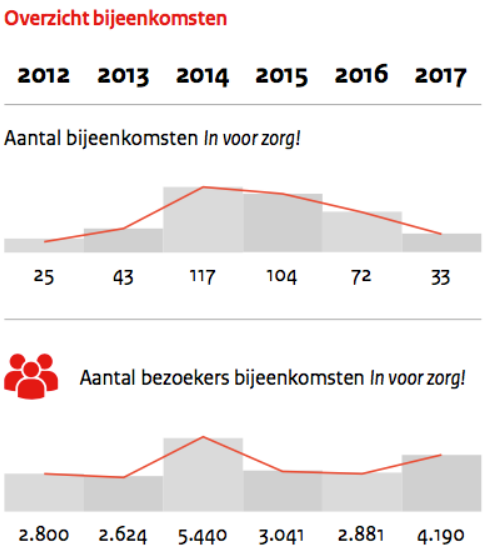
7 Kennis en communicatie

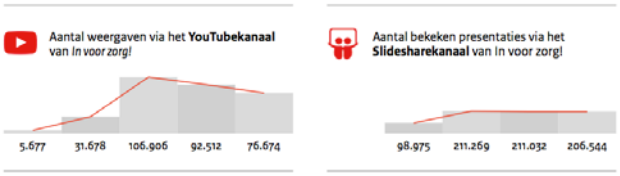
De organisaties in de langdurige zorg waren in het begin niet erg 'halend' wat betreft informatie en kennis. Er waren wel duidelijk positieve ontwikkelingen op een aantal plekken maar die ervaring stroomde niet door. Het delen van kennis was geen standaard in de langdurige zorg. In dit hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop delen van kennis en communicatie als interventies zijn ingezet en wat dat heeft opgeleverd.

7.1 Verspreiding van kennis als interventie

Het IVZ-programma heeft de rol gepakt in het scouten van praktijken en inspirerende voorbeelden en het verspreiden daarvan. De IVZ-website ging als een ´levende gouden gids´ voor de langdurige zorg functioneren. Op de website kunnen tot op de dag van vandaag zorgorganisaties voorbeelden, instrumenten en modellen, informatie over regelingen en instanties vinden. Bijeenkomsten werden er aangekondigd en gedocumenteerd en de laatste ontwikkelingen en nieuwsitems gedeeld. Naast de website werden ook tal van bijeenkomsten georganiseerd waar professionals elkaar konden ontmoeten, elkaars ervaringen konden delen en bevragen. Die bijeenkomsten hadden het karakter van collegiaal consult. Ze waren meestal themagericht georganiseerd en aan de tijd. Zo waren er bijeenkomsten rondom het thema zelforganisatie en zelfsturende teams. Tot slot leverde de inzet van sociale media een voortdurende stroom van informatie op. Door de frequente berichtgeving en bijeenkomsten zijn bestuurders en managers elkaar gaan attenderen op het instrumentarium en op mooie voorbeelden. Er ontstond een zeker schwung, men geeft signalen over nuttige kennis door, zeker als de eigen organisatie in beeld was.







Tabel 6 tot en met 10: voorbeelden kennisdeling en bezoekersaantallen. Bron: Eindpublicatie *In voor zorg!* (2017)

7.2 Kennisactiviteiten en opbrengsten

In onderstaand schema staan in de linker kolom activiteiten beschreven waaraan het onderzoeksteam labels heeft gehangen zoals 'Feed me', 'Meet up' etc**.** In de rechter kolom staat wat die activiteiten hebben opgeleverd. Daarna volgt per activiteit een toelichting.

Wat waren kennisactiviteiten van IVZ?	**Wat leverde dat op?**
1. Feed me Standaard feedbackloops in de programmastructuur	***Reflectie op eigen handelen*** van zorgorganisaties door medewerkers
2. Meet up Bijeenkomsten	***Laagdrempelige toegang*** voor zorgorganisaties om kennis op te halen en anderen te ontmoeten
3. Informatiesleepnet Sociale media en gevestigde media	***Aan de tijd kunnen zijn*** van zorgorganisaties middels up to date informatie, signalering van gebeurtenissen, nieuws en ontwikkelingen
4. Gouden gids voor de zorg Website	***Voor iedereen beschikbare gevalideerde info*** die laagdrempelig en toegankelijk was/is voor zorgorganisaties
5. Helpdesk Telefonisch bereikbaar voor vragen uit het veld	***Eerste hulp bij verandervragen*** met name voor organisaties die moeilijk hun weg kunnen vinden in het aanbod of een eerste zetje nodig hebben om aan de slag te kunnen rond een thema of een organisatievraag
6. Etalage Breed verspreiden van richtinggevende voorbeelden vanuit het perspectief van cliënten en professionals	***Zelfbewustzijn van de sector*** Herkenbaarheid, het aanspreken van trots en weten niet alleen te zijn
7. Kennisinfrastructuur Een toegankelijk netwerk waarin kennis werd opgehaald, gedeeld en verrijkt	***Inzicht in werkingsmechanismen*** voor zorgorganisaties

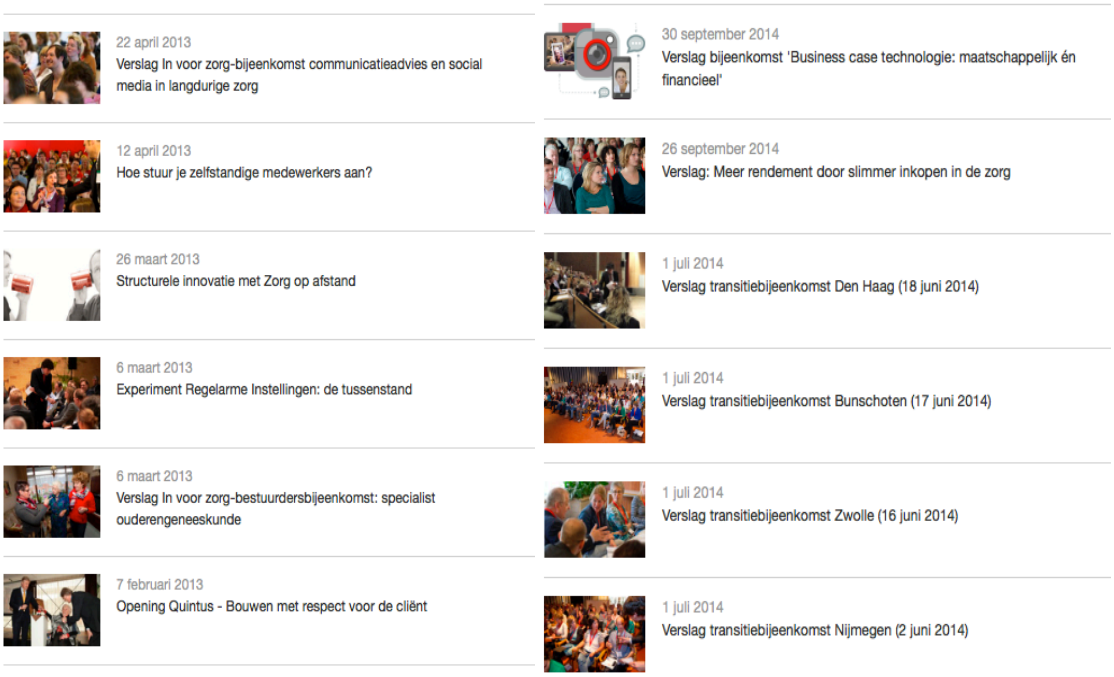
Tabel 11: Kennisactiviteiten IVZ en opbrengsten

1. Feed me

In de IVZ-programmaontwerp waren periodieke feedbackloops opgenomen waarbij zowel instelling en de IVZ-organisatie betrokken waren vanuit verschillende niveaus. Aan het begin, halverwege en achteraf werd teruggekeken op het IVZ-traject. De instellingen stelden onder begeleiding van IVZ hun eigen prestatie-indicatoren vast die ze ook zelf monitorden. Het was een hulpmiddel om zicht te blijven houden op het eigen veranderproces. Daarmee kreeg ook IVZ zicht op wat er bij de zorgorganisaties gebeurde. Het was ook het begin van kennisdeling en kennisverrijking. Door de instelling zelf, die reflecteerde op het eigen handelen en zag wat er nodig was en waar ze trots op kon zijn; bij IVZ die verbindingen kon leggen en organisaties op elkaar kon betrekken; en bij andere zorgorganisaties die meer zicht kregen op wat er in het veld voorhanden was.

2. Meet up

In de jaren dat het IVZ-programma liep, waren er vele (gratis) bijeenkomsten. De bijeenkomsten varieerden van congressen tot kleinschalige themabijeenkomsten. Ze waren bedoel voor zorgprofessionals om kennis op te halen en anderen te ontmoeten. De bijeenkomsten boden kennistoegang aan spelers in de zorg op alle niveaus. Het was een laagdrempelige manier om kennis op te halen en in contact te kunnen komen met collega's. Er is veel en veelvuldig gebruik van gemaakt. Zorgorganisaties zagen het als een goedkope manier van professionalisering en kwamen ook terug. Bovendien waren met name de themabijeenkomsten zeer actueel. Derde overweging om naar bijeenkomsten te gaan was dat organisaties het gevoel hadden dicht bij de bron te zitten en daar hun voordeel mee te kunnen. Zowel wat betreft kennis als relatie. Hieronder een voorbeeld van bijeenkomsten van de IVZ-website:



3. Informatiesleepnet

IVZ heeft stevig ingezet op zowel gevestigde media als sociale media. Het was een manier voor organisaties om aan de tijd te kunnen zijn. Ze kregen up to date informatie, ontwikkelingen werden vroegtijdig gesignaleerd en het nieuws uit gevalideerde bronnen. Het informatiesleepnet had nog een tweede functie: daarmee werd de sector maatschappelijk zichtbaar. Dat was en is van groot belang in een tijd waarin de zorg deel uitmaakt van een groot maatschappelijk debat. Hieronder een voorbeeld van nieuws van de website, eind vorig 2016:



23 december 2016

Van Rijn: Mensen met beperking of chronische ziekte centrale rol bij toegankelijk maken Nederland



22 december 2016

CMWW: De burger in zijn kracht



22 december 2016

Breed Welzijn is een sterk samenwerkingsverband



21 december 2016

Menzis zorgkantoor en Philadelphia starten experiment regel-arm werken



21 december 2016

Technologie voor autonomie bij Zuidwester



19 december 2016

Van Top-down naar Bottom-up bij BetuweZorg

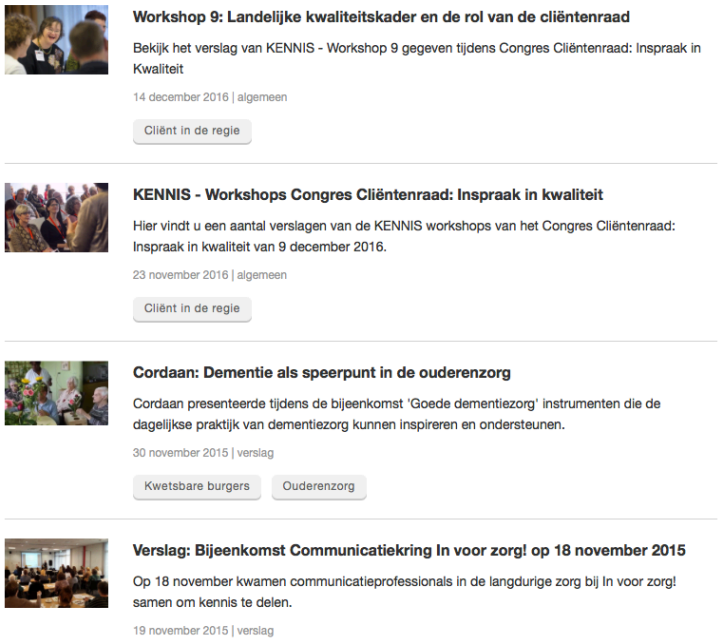


13 december 2016

Meten en Monitoren: van verantwoorden naar leren en verbeteren

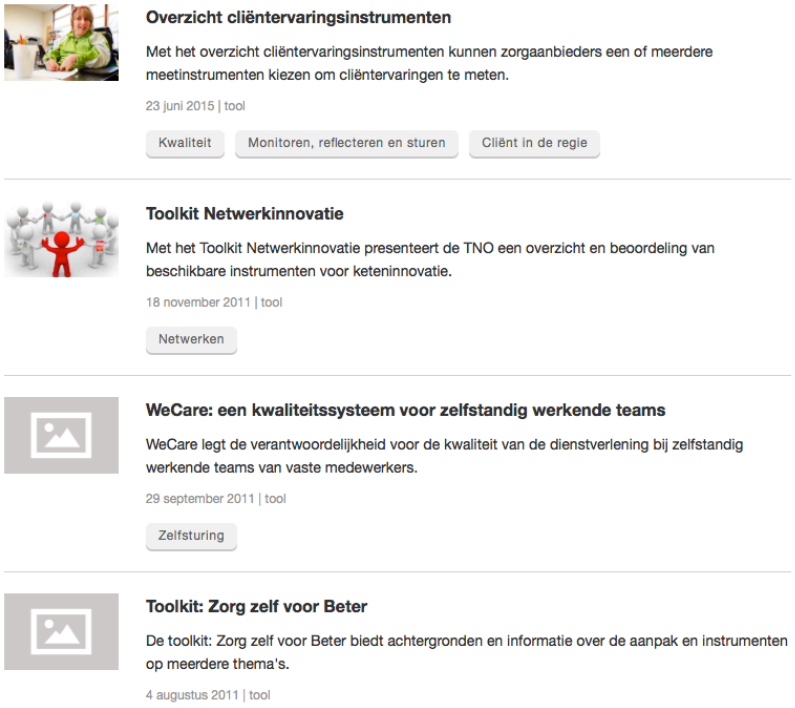
4. Gouden gids voor de zorg

De website www.invoorzorg.nl bood een veelheid aan informatie en invalshoeken vanuit een breed kennispalet voor een grote gevarieerde doelgroep van managers en zorgprofessionals. De informatie was gecentreerd, georganiseerd, gevalideerd, laagdrempelig en toegankelijk. Het werd een soort "*living yellow papers*" met 50.000 hits per maand. Een online gouden gids voor de zorg met toepasbare kennis die is opgedaan in individuele organisaties. De projectleider communicatie van IVZ zei daarover: "*Geliefd was bijvoorbeeld de teambarometer, dat is een instrument om naar teams te kunnen kijken. Informatie over teamontwikkeling is sowieso veel gedownload. Maar ook het visgraatdiagram of de vertaling van beleidskaders naar normale mensentaal was veel vraag naar…"* De website heeft zo bijgedragen aan onder meer het zichtbaar maken van de transitie van de langdurige zorg. Hieronder een voorbeeld:



5. Helpdesk

De helpdesk was geen geformaliseerde functie. Toch functioneerde IVZ als zodanig. IVZ was telefonisch bereikbaar voor eerste hulp bij verandervragen uit het veld. Dit ging dan over organisaties die moeilijk hun weg kunnen vinden in het aanbod of een eerste zetje nodig hebben om aan de slag te kunnen rond een thema of een vraag. Vragen gingen onder meer over beleidsingrepen waaronder de transitie en decentralisaties of - meer recent - de invoering van nieuwe kwaliteitskaders voor V&T en GZ. IVZ bood gevalideerde informatie aan, was laagdrempelig in contact, liet voorbeelden zien, was toegankelijkheid van taal. Hieronder een aantal voorbeelden van de website van beschikbare toolkits:



6. Etalage

IVZ heeft systematisch, jaar in jaar uit ingezet op het breed verspreiden van richtinggevende voorbeelden vanuit het perspectief van cliënten en professionals. IVZ lijkt daarbij aan te sluiten op de narratieve traditie in de sector. Belangrijk daarin is het karakter van de inhoud van de communicatie: waarderend, niet-problematiserend, trots bevorderend, handen-uit-de-mouwen. Bij ´kennis´ uitwisselen hoorde ook steeds ´elkaar leren kennen´. Deze IVZ-etalage maakte organisaties zichtbaar voor zichzelf, voor elkaar, voor de sector en voor de buitenwereld. Gezien worden is een voorwaarde voor erkenning en zelfbewustzijn. De herkenbaarheid, het aanspreken van trots en het weten niet alleen te zijn: het droeg allemaal bij aan het delen van kennis en de zichtbaarheid van zorgorganisaties onderling. Een bestuurder van een zorgorganisatie die zelf niet aan IVZ deel nam:

- *“Ik heb zelf wel contacten gehad altijd met IVZ, maar dan op een informele manier. Bijvoorbeeld met de programmaleider een coach, en de mensen van de kennisbank. Onze IT- manager heeft contacten met de ICT-programmamanager van IVZ. De website gebruiken we regelmatig, ook al deden we niet mee aan IVZ.”*

7. Kennisinfrastructuur

Alle opgehaalde geëtaleerde, verspreide en gedeelde kennis werd gefaciliteerd door een brede kennisinfrastructuur: een netwerk van relaties, bronnen, referenties en kennisknooppunten. De kennisstructuur is het geheel aan communicatieactiviteiten in relatie tot elkaar. Naast dat het spreiding mogelijk maakt toont het werkingsmechanismen voor deelnemers aan IVZ. Een bestuurder zei:

- "*Het was niet dat ene dingetje dat hielp het was de optelling van alles: het feit dat we zelf werkten aan verandering en er ook over in de krant lazen of dat tweets langskwamen die er ook over gingen."*

7.3 Beschouwing

De rol van kennis en communicatie is, een door IVZ bewust ingezette, ondersteunende factor voor zowel individuele organisaties als de sector als geheel. In bovenstaande mechanismen zien we drie organiseerprincipes:

1. Faciliteren van kennisontwikkeling en leren
2. Verzamelen en organiseren van kennis
3. Stimuleren van kennisdeling en kennisverrijking

Deze drie principes zien we in alle werkingsmechanismen terugkomen, met wisselend wat voorgrond of wat achtergrond is. Zo is 'Feed me' vooral gericht op faciliteren van kennisontwikkeling. Maar door dat te doen (middels reflecteren op eigen handelen) leren organisaties van eigen ervaringen, organiseren zij kennis en worden zij gestimuleerd om kennis te delen. Een tweede voorbeeld is 'Gouden gids voor de zorg' primair bedoeld om kennis te verzamelen en te organiseren maar ook de andere twee principes zijn op de achtergrond aan de orde. Een uitzondering is het laatste werkingsmechanisme van de kennisinfrastructuur: dat is een alles overkoepelend mechanisme en heeft bijgedragen aan het bouwen aan een momentum. Het droeg bij aan een gevoel bij deelnemers samen aan verbetering te werken.

Een kritische noot is het wegvallen van coördinatie als het om kennisdeling gaat wanneer IVZ stopt. IVZ heeft daarin een sleutelrol gehad omdat het alle in het veld aanwezige kennis valideerde, bij elkaar bracht en ontsloot. De website blijft voorlopig in de lucht maar zal snel verouderen. Het centralistische was helpend en effectief maar heeft echter niet tot zelforganisatie van kennis van partijen in het veld geleid en is ook niet een rol die wij het veld snel zien pakken. Er zal altijd een partij of een intelligente applicatie nodig zijn met een intermediaire functie die dit regelt. Borging van kennis is een aandachtspunt.

8 Versterken van netwerken

In 2009 stonden verschillende zorgorganisaties op omvallen. Het was moeilijk om aan personeel te komen door het weinig positieve imago van de sector. De kwaliteit van zorg was op veel plekken onder de maat. Het adaptief vermogen van organisaties was te gering. Er werd maar in beperkte mate in de sector geanticipeerd op de wijzigingen in beleid (decentralisaties, scheiden wonen-zorg). Er dreigde systeem falen. IVZ is in die tijd gepositioneerd als een programma ten dienste van de sector om te helpen iets aan dit systeem falen te doen en het adaptief vermogen van de sector te vergroten door het versterken van netwerken. In dit hoofdstuk gaan we in op hoe dat is verlopen.

8.1 Werkingsmechanismen

Mee groeien met de ontwikkelbehoefte van de sector

Bij de start van het programma lag de focus onder andere op de thuiszorg. Thema's die daarbij centraal stonden waren: de werkvloer centraal, zelforganiserende teams en bedrijfsvoering (met doelen als meer resultaatgerichtheid en een beter bedrijfsresultaat, meer efficiëntie en productiestijging). Verschillende thuiszorgorganisaties zijn ingestapt en hebben ondersteund door het programma hun portfolio opgeschoond (focus) en/of zijn samengegaan met andere organisaties om zo tot een haalbare omvang te komen.

Meteen bij de start wisten verschillende organisaties de staf van IVZ te vinden. Zij vormden de "launching customers" van het programma. Aan de hand van deze ervaringen is het programma gegroeid. Na een eerste periode kwam rond 2011 de VG-sector en de intramurale ouderenzorg in focus. Scheiden van wonen en zorg werd belangrijk en daarbij de focus op ambulantisering en het op orde krijgen van de bedrijfsvoering, met name ten aanzien van het vastgoed en de werkprocessen. In het laatste deel van het programma werd technologie belangrijker en kwam de kwaliteit van met name de ouderenzorg centraal te staan. Ook de decentralisatie en daarmee de focus op wijken en welzijn werd vanaf 2013 belangrijk. Met betrekking tot de ouderenzorg heeft, zo zou je kunnen zeggen, IVZ een opvolger gevonden in het programma Waardigheid en trots. Terugkijkend zei een kernteamlid:

- *"Wat goed werkte was dat we een gemeenschappelijk doel hadden als kernteam, en dat we niet schuwden hierop te blijven staan enerzijds en anderzijds dat we flexibel waren in de manier waarop aan dit doel gewerkt werd, hierin hebben we behoorlijk aangepast. Het was een soort campagne achtig programma".*

Het kernteam als proeftuin

Medewerkers van Vilans en VWS vormden vanaf de start een gezamenlijke nucleus van IVZ in het zogeheten kernteam. In de loop van het programma is de frequentie van de bijeenkomsten al snel naar een keer per week gegaan. In die bijeenkomsten werden de cases steeds besproken. Er werd naar thema's in de vraagstukken gezocht. Het kernteam was scherp op de inhoudelijke contractering met de organisaties in het programma (wat wil je bereiken en hoe worden cliënten daar beter van?) en het commitment van de bestuurders.

En als dat commitment er was, dan keek men in het team naar wat nodig was om de gecontracteerde doelstellingen te halen. Het kernteam liet in het eigen gedrag zien, wat ook van de sector werd gevraagd: onderzoekend, lerend, open, hands-on, korte lijnen, scherp op de inhoud om te zorgen voor betere resultaten, autonomie voor professionals, urgentie, aandacht voor een goede relatie.

In het kernteam hadden vertegenwoordigers van de verschillende pilaren van de landelijke IVZ organisatie een plek: programmamanagement, Vilans bestuur, VWS, communicatie, kennisdeling en tranchemanager. De beleidsmatige onderwerpen van VWS en de concrete behoeften in de sector werden in het kernteam samengebracht. Deelnemers vanuit VWS functioneerden als aanjager (tempo houden). Zij onderhielden de verbinding met de top van het ministerie. Zo kon het team focus houden op de inhoud, het verbeteren van de kwaliteit en de toekomstbestendigheid. Het kernteam gaf gaandeweg vorm en inhoud aan het programma. Thema's werden benoemd (Wmo, zelfsturing, transitie Wlz) en hierop werd kennis uit het veld gehaald en gedeeld. Het kernteam haalde de kennis en kunde van de innovators in de sector binnen om dit aan de sector ter beschikking te stellen.

- Een kernteamlid: *"We hebben steeds gekozen voor het leren van innovators, om wat werkt te versterken. We zijn naar ze toe gegaan en hebben gevraagd hoe ze het deden en dat beschikbaar gemaakt voor de rest. Zo ging het ook bij Buurtzorg en JP van den Bent stichting. Die deden zelf niet mee, dat was ook niet nodig. Wij konden van hen leren. Niet het wiel opnieuw uitvinden en ook niet prediken dat het op die ene manier moet. Laat de zorgorganisaties zelf de voor hen belangrijkste lessen uit de verhalen van de innovators halen."*

Interactie tussen zorgorganisaties en VWS
De organisaties in de sector wisten IVZ te vinden, soms via regionale bijeenkomsten, soms op eigen initiatief. Op basis van een intensieve intake en scan werden de kernvragen van de betreffende organisatie samen vastgesteld.

Vertrekpunt van de gesprekken is steeds de inhoud van projecten, binnengebracht via voortgangsdocumenten die toegelicht worden door tranchemanagers. De tranchemanagers zijn senioren met kennis van en ervaring in de zorg die zowel voor coach, intern projectleider als bestuurder aanspreekpersonen zijn.

8.2 Betrokkenheid bij nieuw beleid
Een medewerker van VWS:

- *"Het netwerk met het veld is voor VWS enorm versterkt. IVZ was een groot programma en heeft ons een groot netwerk opgeleverd. We kunnen snel het veld raadplegen."*

- *"We dachten eerder dat processen maakbaar waren: als wij een besluit namen dat dan het veld vanzelf volgde. Dat daar een hele wereld achter zat wisten we niet.*

Bijvoorbeeld dat als je het niveau van medewerkers naar mbo-niveau drie wilt brengen dat dat tijd kost, jaren. En dat het ook betekent dat je ander personeel moet afbouwen, wat geld kost. Dat zijn processen van jaren. 10 jaar is dan kort, dat heb ik wel geleerd."

Bij het formuleren van nieuw beleid is er bij VWS nu de gewoonte om de sector middels bijeenkomsten te consulteren. Mensen binnen VWS en de sector kennen elkaar bij naam en weten elkaar makkelijker te vinden. Signalen vanuit de sector komen ook sneller door, omdat mensen elkaar weten te vinden. Het IVZ-kernteam zegt daar over:

- *"Concreet werpen de contacten nu hun vruchten af bijvoorbeeld bij de aanpak van administratieve lasten en het sturen op het kwaliteitskader. Je kunt niet zeggen dat dat een op een door IVZ komt, maar het heeft daar wel aan bijgedragen. Ook het tempo van wijzigingen gaat veel sneller omdat we de sector kennen en beter weten wat wel en niet werkt en hoe we dat het best kunnen aanvliegen."*

- *"De tranchemanager heeft ons in contact gebracht met het ministerie. Onze organisatie heeft regelmatig met VWS meegedaan in gesprekken."*

8.3 Beschouwing

IVZ heeft als een platform voor interactie gediend tussen de sector onderling en tussen VWS en sector. Sinds 2009 zijn er honderden bijeenkomsten georganiseerd van klein tot groot. Via de website zijn opbrengsten uit de 433 verschillende trajecten gedeeld en nog steeds beschikbaar. In het hele programma speelden kernteam, tranchemanagers en coaches elk hun rol. Door hun langdurige betrokkenheid bij het programma konden inhoudelijke kennis, voorbeelden en contacten zich snel verspreiden.

In zijn ruime schakering aan opbrengsten en media, heeft het programma de ruimte geboden aan de sector om ieder op eigen wijze te participeren. Voor de een was dat vooral gefocust op het verandertraject met de coach, voor de ander was dat leren van elkaar over technologie of leren van de inspirerende aanpak.

Met betrekking tot de periode na IVZ is in onze gesprekken meermaals aandacht gevraagd voor:

- Voortzetting van dialoog tussen VWS en veld door bijeenkomsten;
- Het versterken van regionale netwerken door bestuurdersnetwerken te stimuleren daar waar dat niet vanzelf gaat;
- Het behouden van de positieve houding van VWS door in het veld aanwezig te zijn;
- Het tijd nemen om de komende periode de ingezette veranderingen verder te verankeren en te verdiepen en niet te veel te stapelen met nieuw beleid;
- De verschuiving van control naar coachend leiderschap die sterk in het programma zat ook verder door te zetten in de relatie tussen sector en ministerie.

9 IVZ Bestuurlijk bekeken

Bij de start van het onderzoek stelden we de vraag of een programma zoals IVZ een goede overheidsinvestering is. We hadden de indruk dat IVZ - via het faciliteren van verandering in organisaties in de langdurige zorg - de doorlooptijd en transactiekosten van wets- of stelselwijzigingen drastisch vermindert. Deze vraag is afkomstig uit een meer economische benadering van besteding van overheidsmiddelen (Duisenberg & Van Meenen, 2016). We kunnen echter ook vanuit andere invalshoeken de legitimiteit van een programma zoals IVZ aan de orde stellen. In dit afsluitende hoofdstuk hanteren we derhalve een wat meer reflecterende bril op programma's als IVZ. Onze werkwijze: literatuur- en documentstudie en raadplegen van experts.

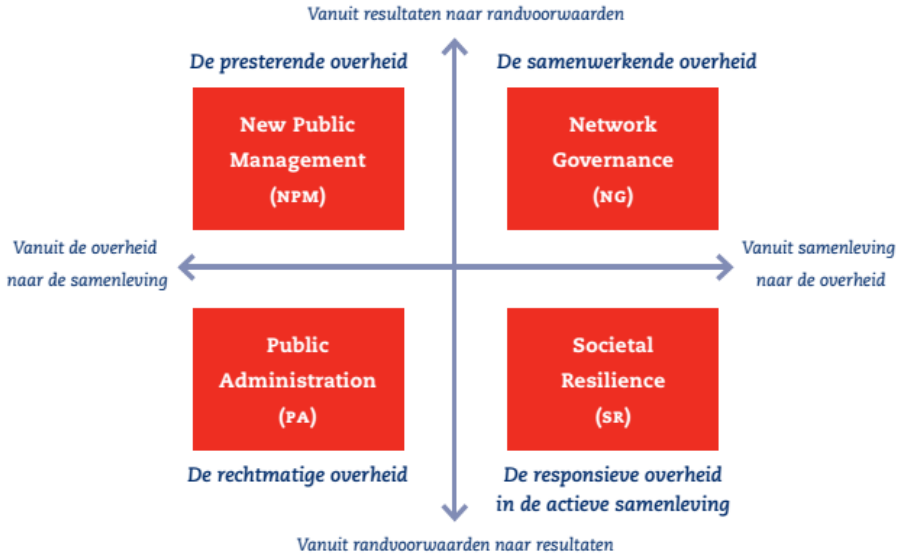
9.1 Hoe zagen we IVZ bij de opzet van het onderzoek?

Het bestel is anno 2009 niet voldoende toekomstbestendig vanwege de groeiende financiële last en problemen met de beoogde kwaliteit. Daarom tuigt VWS het programma IVZ op. Het beoogt de zorg verlenende organisaties toekomstbestendiger te maken en bij te dragen aan een betere relatie met. IVZ zet de zorg verlenende organisaties in de driver´s seat. Ze krijgen ruimte en verantwoordelijkheid, VWS gaat op afstand. VWS zorgt wel voor een ondersteuningsprogramma dat de groei naar de beoogde nieuwe kwaliteit van deze moet faciliteren. De zorg verlenende organisaties kunnen daarbij grotendeels zelf bepalen *wat* die ondersteuning is en *hoe* die verloopt. IVZ maakt op basis van de intake en scan een voorselectie van ondersteuners (coaches) waar de operationele organisaties vervolgens uit kunnen kiezen.

9.2 Was IVZ verstandig handelen?

De vraag die we stelden over het nut van een overheidsinvestering is ruim op te vatten: gaat het bij een programma van IVZ om verstandig handelen van de overheid? Deze vraag kan vanuit diverse perspectieven benaderd worden. Bestuurskundigen (Van der Steen et al, 2014) noemen vier perspectieven op overheidshandelen.

1. De klassieke invalshoek: de 'rechtmatige overheid'
2. De meer economische invalshoek: de 'presterende overheid'
3. De samenwerkende overheid
4. De responsieve overheid



Vier vormen van overheidssturing (zie: Van der Steen et al, 2014).

Per perspectief gaan we argumentatief na in welke mate het optuigen van een programma zoals IVZ te zien is als verstandig handelen van de overheid en bijdraagt aan het doel van het overheidshandelen. Is het verstandig dat VWS zich via een traject als IVZ bemoeit met de ontwikkelingen in de langdurige zorg? En heeft het nut?

De klassieke bestuurlijke optiek

Vanuit klassieke bestuurlijke optiek lijkt het in eerste instantie niet voor de hand te liggen om zoiets als IVZ op te tuigen. Krachtens de wet bepaalt de overheid welke organisaties zorg mogen verlenen. In het geval er twijfel is of de uitwerking daarvan past bij wat gewenst is, kan VWS het parlement voorstellen om nieuwe eisen te gaan hanteren. Organisaties die niet aan die nieuwe eisen kunnen voldoen raken de licentie kwijt. Alleen organisaties die functioneren conform wat gewenst is blijven over. Dat gaat allemaal wel even duren. De besluitvorming in het parlement neemt tijd, daarna kost het ook veel tijd om een en ander te regelen. Ook de inspectie zal hierbij een rol spelen. De overheidsbemoeienis lijkt hier niet actief, maar is er wel en gaat vooral over de randvoorwaarden.

Een overheid die zich in het geval van de langdurige zorg beperkt tot de randvoorwaarden en verder afziet van actie miskent dat de overheid ook systeemverantwoordelijkheid draagt ten aanzien van de langdurige zorg. Als de continuïteit van zorgorganisaties in het geding is, staat de zorg zelf en daarmee ook gezondheid en welzijn van mensen die aan de zorgorganisaties zijn toevertrouwd op het spel. Dan nietsdoen en ook niet anticiperen op wat gaat komen, staat op gespannen voet met de grondwettelijke opdracht van de overheid. Nietsdoen spot verder met het principe van goed huisvaderschap[1].
Kortom, gezien de situatie in 2009 is er vanuit een klassieke besturingsoptiek werk aan de winkel voor VWS. Bovendien is het de overheid zelf die een systeemverandering nastreeft.

[1] De **goede huisvader** is een juridisch principe dat ervan uitgaat dat iemand zich redelijkerwijze als een verantwoord persoon gedraagt die alles doet wat nodig is om (voorzienbare) schade te voorkomen.

Het systeem gebaseerd op recht op voorziening verandert in een systeem dat een benutting van zorg mogelijk maakt als dat nodig blijkt gezien het verlies van mogelijkheden voor zelfzorg. Via decentralisatie worden delen van de langdurige zorg de verantwoordelijkheid van gemeenten, zodat er een meer gedecentraliseerd NHS-systeem ontstaat in plaats van een geheel door de staat gefinancierd en bestuurd stelsel (Kroneman et al, 2016).

De presterende overheid

Ook vanuit het perspectief van NPM (New Public Management) ligt bemoeienis van de overheid in de rede. De overheid heeft plannen met de sector, wil een systeemverandering om systeemfalen voor te zijn. Op die manier kan de overheid de beoogde prestaties die voortvloeien uit de wetgeving veilig stellen. Dan is het niet raar of beter gezegd het is wijs om na te gaan of de diverse onderdelen van het systeem voldoende gezond zijn om die verandering aan te kunnen. Als dan de conclusie deels negatief is, kan de overheid iets doen opdat een voldoende deel van de organisaties in de sector veranderkundig gezien voldoende in balans komt om de komende veranderingen aan te kunnen. Wat ligt er dan meer voor de hand om een beperkte investering te doen waarmee draagkracht wordt versterkt zodat die in balans is met de verwachte draaglast. Dat is economisch gezien veel profijtelijker dan eerst door systeemverandering vele organisaties te laten falen.

Spijtig genoeg zijn bij het ontwerp van het programma bij ons weten nooit sommen gemaakt die de potentiële faalkosten afzet tegen de kosten van het vergroten van de balans tussen draagkracht en draaglast. Dat zou alsnog gedaan kunnen worden, maar kon in dit onderzoek niet worden verricht.
Dat de draagkracht van een aanzienlijk aantal organisaties is toegenomen doordat zij gebruik makend van de faciliteiten van IVZ een eigen verandertraject hebben kunnen realiseren, lijkt ons buiten kijf (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 3). En binnen dit paradigma is dat resultaat wat telt.

De netwerkende overheid

Het IVZ-programma laat zich uitstekend lezen vanuit het perspectief van de netwerkende overheid. Het is de overheid die naar een systeemverandering toe wil. Die verandering betekent ook een drastische verandering in de contractuele relaties tussen overheid en spelers in het veld. Ook hier komen potentiële faalkosten in verband met de verandering in beeld. Evenals de vraag of het niet veel verstandiger is om de contractpartners te helpen om zich voor te bereiden op de verandering. Dat draagt bij aan het beeld van een overheid die als partner betrouwbaarheid toont en niet kil en koel veranderingen oplegt aan organisaties die jarenlang in een contractuele relatie hebben geacteerd. Binnen dit perspectief was het wenselijk geweest om indicatoren voor het succes van het programma vooraf wat explicieter te definiëren.

De responsieve overheid
IVZ laat zich goed lezen vanuit het perspectief van de responsieve overheid. De overheid heeft hier een ontwikkeling herkend in organisaties die handen en voeten gaven aan een taak van de overheid: het garanderen van zorg. Het is in dit perspectief passend dat VWS IVZ heeft opgetuigd om die organisaties te ondersteunen bij wat lokaal nodig is. Ook al viel niet op voorhand te voorspellen waar het toe zou leiden. Dit leidde tot een tweezijdige relatie. Men is samen opgetrokken, op verkenning gegaan en in de loop van het traject is uitgedokterd hoe de gedeelde doelen naderbij gebracht konden worden.

***Concluderend*:** ongeacht het gehanteerde perspectief verschijnt een programma zoals IVZ gegeven de uitgangssituatie als rechtmatig, rendabel, verstandig respectievelijk passend. Daarbij toont VWS zich ook in een nieuwe rol. Andere onderzoekers (Kroneman et al, 2016) formuleren dat als volgt:

- VWS is niet minder maar *anders* betrokken;
- VWS garandeert kwaliteit van de zorg, (effectief, veilig, patiënt-gecentreerd), toegankelijkheid (redelijke kosten per individu, reisafstanden, wachttijden) en betaalbaarheid (kosten voor de gemeenschap);
- VWS draagt systeemverantwoordelijkheid: is verantwoordelijk voor het goed functioneren van het systeem als geheel, inbegrepen de voorwaarden voor zorg van hoge kwaliteit, de toegankelijkheid voor allen en het efficiënt benutten van resources;
- VWS concentreert zich op faciliteren, monitoring en interveniëren wanneer dat nodig is. IVZ kunnen we zien als een voorbeeld van zo'n interventie;
- De zorgorganisaties zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg;
- Gemeenten en zorgkantoren reguleren de instroom.

We trokken de conclusie dat bestuurskundig bekeken in elk perspectief een programma zoals IVZ gegeven de uitgangssituatie als rechtmatig, rendabel, verstandig respectievelijk passend verschijnt.

Had het ook anders gekund?
De vraag blijft dan wel staan of het legitiem is dat VWS een 'eigen' tijdelijke uitvoeringsorganisatie optuigt. Had dat ook anders gekund? Dit hebben we kort onderzocht[2].

VWS was bij het begin heel duidelijk: wat er moet gebeuren zal niet gaan door een opdracht te geven voor een pilot en dat uit te besteden aan bijvoorbeeld ZonMw en dan hopen dat andere zorgorganisaties het signaal oppikken. Wijd en zijd signaleert men "pilotitis" oftewel het onvermogen om pilots op te schalen. Er is dan ook afgezien van het weer investeren in pilotprojecten.

[2] *We namen ons aanvankelijk ook voor om IVZ te vergelijken met vergelijkbare programma's in de gezondheidssector. Daartoe bleek al een onderzoek te lopen. Daarover zal later dit jaar worden gepubliceerd door onder andere Mark van Twist/NSOB.*

Ook is afgezien van een nieuwe toepassing van de 'break through' aanpak (Kilo, 1998) zoals die in Nederland is gepraktiseerd. Die aanpak komt op het volgende neer: we halen professionals een aantal keren uit hun werk en maken hen bekend met al bestaande vernieuwingen (kennis) en laten hen weer teruggaan met een veranderopdracht). Van deze aanpak - althans de Nederlandse variant ervan - is bekend dat er wel verbetering optreedt, maar vasthouden en verdere verspreiding blijven een probleem. De investering verdampt. Omstreeks de start van IVZ werd meer verwacht van een zogeheten 'in company' aanpak. Oftewel: we halen de werkers niet uit hun werk naar de kennis toe, maar we regelen het zo dat er passende kennis (via kennisdragers) naar de professionele praktijk toegaat (Minkman et al, 2011). Wel is gebruik gemaakt van de ervaring met verdere diffusie van kennis en ervaring, zoals in Nederland ook bij de doorbraak projecten ontwikkeld.

In een aantal interviews is ook besproken of de programmaorganisatie ook had kunnen liggen bij een sectororganisatie. Daarover waren de geïnterviewden niet positief. De sectororganisatie dient als platform om belangen te articuleren, respectievelijk te harmoniëren. IVZ daaraan toevoegen zou leiden tot een gepolitiseerde context rond IVZ. Er zijn overigens wel voorbeelden waarin een werkgeversvereniging soortgelijke activiteiten huisvest, bijvoorbeeld bij AWVN (die levert professionele adviesdiensten aan aangesloten organisaties)[3].

Er is dus niet gekozen voor een zogeheten 'uitbestede dienst' relatie, maar aan de andere kant ook niet voor 'zelf doen', bijvoorbeeld via het optuigen van een eigen ambtelijke dienst. Er is gekozen voor een tussenvorm: het verstrekken van een opdracht aan Vilans, maar met een aanzienlijke regierol van VWS zelf. En vervolgens het optuigen van een eigenstandige IVZ-organisatie die als netwerkorganisatie opereerde aangestuurd door een kernteam met daarin vertegenwoordigers van Vilans, VWS en geselecteerde professionals die kernrollen in het programma hebben vertolkt.

9.3 Leren en kennisdelen

VWS speelde in op de - in de sector- trage adoptie van organisatieconcepten (Van Loenen & Schouteten, 2016). VWS heeft strak gestuurd op het idee om géén nieuwe kennis te laten ontwikkelen, maar om alleen te bevorderen dat men bestaande kennis uit de sector (of uit andere sectoren) benut. Zo is ook effectief voorkomen dat consulting firma's allang bestaande kennis repackagen en als 'nieuw' aanbieden.
De kennis die in IVZ is benut is relatief nieuw voor de sector, maar nieuw als zodanig is de kennis zeker niet. Bijvoorbeeld: organisatiekundige inzichten over zelfsturing en zelfsturende teams dateren uit de 50er jaren van de vorige eeuw, die is in de 70er jaren nog weer eens gerevitaliseerd, idem rond 2000 (Van Eijbergen, 1999) en in het kader van het programma Sociale Innovatie (2006-2012) nog weer eens. Anderen (Pot, 2012) zien dan ook de aandacht in de langdurige zorg voor thema's als zelfsturing en nieuwe technologie als een voortvloeisel van het programma Sociale Innovatie. Als we naar dat programma kijken, dan

[3] AWVN participeerde ook in het programma Sociale Innovatie

herkennen we een mix van de bestuurskundige concepten ‘netwerkende overheid’ en ‘responsieve overheid’.
Het is dus niet vreemd dat de overheid actief in de weer gaat om het delen te bevorderen in sectoren waar de separate organisaties zelf weinig aan expliciete kennisontwikkeling of kennisbenutting kunnen doen.

Nederland heeft wat dat betreft sterke tradities, met name in de landbouwsector. Dat laatste maakte Nederland tot een vooraanstaande speler in de wereld op dit gebied.

Veranderkundig gezien praktiseerde men toen een ‘push’ benadering (Roth & Dibella, 2015). Bij IVZ gaat het echter om een ‘pull’ benadering. Die is wellicht niet zo gangbaar, maar is geen onbekende in Nederland. Een voorbeeld daarvan is de verandering in werkwijze in de Ontwikkelingssamenwerking. Daar heeft men het uitzenden van experts ingewisseld voor het leveren van bijdragen aan lokale capacity building in de ontwikkelingslanden.
Iets vergelijkbaars speelde recentelijk in het MKB, namelijk de casus “mijn bedrijf 2.0”. Daarin werkten ministerie van Economische Zaken, HU (Hogeschool Utrecht), TNO, Taskforce Innovatie Regio Utrecht (TFI Utrecht), Syntens en KvK Midden Nederland samen om de kennisbenutting van het MKB te versterken. Dit traject is een groot succes. Bij de deelnemende bedrijven ontstond met de kleine voucher waarmee ze een geselecteerde adviseur konden betalen, een flinke hefboomwerking.

Bij een pull benadering horen per definitie activiteiten op het gebied van kennisdelen. Verder gaat die benadering er vanuit dat het niet wijs is om te verwachten dat een beleidsimpuls leidt tot eenduidige implementatie (Ansari, 2010). Daarvoor verschillen de lokale contexten die met een beleidsimpuls tot actie moeten komen veel te veel. Praktijkvariatie is een gegeven. Wie uniforme implementatie vereist, vernietigt potenties en variëteit (Ostrom, 2010). Het is zaak om lokale ervaringen te ontsluiten en beschikbaar te maken voor andere spelers als oriëntatiemateriaal en om te benutten als input voor nieuw overheidsbeleid (Van Delden, 2009).

Juist ook de benadering van Van Delden (de beleidscyclus als leercyclus en als samenwerkingsvraagstuk) maakt duidelijk hoe waardevol de ervaring van IVZ met haar kernteam is. Het ministerie gaat er de facto van uit dat nieuw beleid niet vanzelf door de actoren in de wereld van de uitvoering wordt opgepakt, noch dat goede resultaten ook weer opgepakt worden door anderen en door de beleidsmakers. Juist op de overgang van de beleidsimpuls (intentie) naar actie ontstaat vaak stagnatie, evenals op de overgang van de actie impuls naar beleidsimpuls. Het IVZ-programma zit precies op die overgangen. Het koppelt door de manier van contracteren de beleidsimpuls en de activistische impuls. Het verbind door de nadruk op communicatie en kennisdelen de activistische impuls aan de beleidswereld.

Tot slot

Het voorgaande laat zien dat de overheid in de zorgsector, daar waar zij ook systeemverantwoordelijkheid draagt, van meerwaarde is om te investeren om de kwaliteit te bevorderen, de transitiesnelheid te verhogen en daarmee de transitiekosten te verlagen. Uit ons onderzoeksmateriaal leiden wij af dat de gekozen werkwijze bijdraagt aan het vermogen van organisaties om de toekomst aan te kunnen.

10 Conclusies: terug naar de onderzoeksvragen

We zijn dit onderzoek gestart vanuit de vraag: wat levert het inzetten van het programma IVZ op? Is er een werkzaamheid en zo ja wat was die? Deze vraag hebben we initieel uitgewerkt in een aantal deelvragen: Op welke manieren is er met dit beleidsinstrument gewerkt? Wat was het bereik in organisaties? Wat heeft werken met IVZ opgeleverd? Wat was de werkzaamheid als beleidsinstrument? Kunnen andere sectoren ook werken met dit type programma als beleidsinstrument? Door de gekozen methodische invalshoek zijn we vooral op zoek gegaan naar de mechanismen (werkwijzen) die IVZ bij de participerende zorgorganisaties gefaciliteerd/uitgelokt heeft. Hieronder gaan we terug naar de onderzoeksvragen die we beantwoorden aan de hand van bevindingen.

1. Op welke manieren is er met dit beleidsinstrument gewerkt? Wat was de werkzaamheid als beleidsinstrument?

- IVZ was gefocust op de realisatie van inhoudelijke resultaten ten behoeve van zorgorganisaties. Daarbij is zowel gestuurd op inhoudelijke als organisatorische professionalisering.
- Participatie in een IVZ-traject leverde met de start en intake een soort stresstest: door middel van de scan konden bestuurders van organisaties de ontwikkelbehoefte van hun organisatie afzetten tegen een hoog maar wel bereikbaar functioneringsniveau. Op basis daarvan konden zij in dialoog met de programmaleiding beoordelen of participatie met bijbehorende eigen investeringen zou renderen, respectievelijk haalbaar zou zijn.
- Aan de hand van scan en plan van aanpak volgde een verplichtende contractering met zorgorganisaties, waarin gefocust werd op de meest belangrijke veranderopgave voor die organisatie.
- Op basis van die intake werd in het bestand van coaches dat via aanbesteding is opgebouwd, een coach gezocht die een passende bijdrage kon leveren aan die belangrijke veranderopgave.
- Door participatie in een IVZ-traject en de werkwijzen in IVZ werden mensen in organisaties voortdurend aangesproken op hun leervermogen.
- De coaches speelden een belangrijke rol om minder passende invloeden vanuit IVZ/VWS af te remmen en de bestuurders van de zorgorganisaties en hun mensen bij te staan om te laten gebeuren wat lokaal nodig werd geacht voor goede langdurige zorg zonder verspilling.
- Het programma heeft steeds gestuurd op commitment, transparantie en maatwerk. Er is daarom bewust gekozen voor het beoordelen van voortgang per case en niet te sturen op een algemene set van indicatoren.
- Communicatie en kennisdeling is bewust als veranderinstrument ingezet. Van alle deelnemers is gevraagd om hun aanpakken en resultaten via publicaties op de website en op bijeenkomsten te delen. Ook kennis en ervaring van de innovators over bijvoorbeeld zelfsturing is zo beschikbaar gemaakt.

Alles overziend komen we tot de conclusie dat met name vier elementen de effectiviteit van het programma hebben bepaald:

- de inhoudelijke focus van het programma;
- de directe aansturing door een kernteam, dat zich in de loop van de jaren bekwaamd heeft tot een monitorgroep en besliscentrum. Dit team realiseerde een dynamische sturing van het programma;
- het strakke format van intake, scan, plan van aanpak, evaluaties en eindrapportage;
- het bewust sturen op kennisdeling en transparantie.

De vrijheid om zelf binnen deze structuur een aanpak te kiezen maakte het mogelijk dat organisaties zelf de regie konden nemen. Het beschikbaar maken en gebruiken van in de sector aanwezige kennis gaf ruimte voor maatwerk. Het verplichtende format bracht zorgorganisaties in een traject waardoor ze vernieuwing en verbetering realiseerden. De verplichting heeft sommige organisatie ook afgeschrikt om mee te doen. Waargenomen is dat organisaties niet altijd voldoende zelf aan het stuur kwamen en niet leerden hoe te veranderen of verandering door te zetten. Daarmee is de vernieuwing niet altijd onomkeerbaar gebleken.

2. Wat is het bereik in organisaties geweest?

- IVZ heeft met 433 trajecten een deel van de sector bereikt. Daarnaast heeft een groep zich wel gemeld, maar uiteindelijk niet meegedaan.
- Buiten de formele trajecten om hebben organisaties die niet meededen intensief gebruik gemaakt van de kennis en het netwerk.
- IVZ heeft daarmee de sector in brede zin bereikt. De innovators waren betrokken en deelden kennis, maar namen zelf niet deel. Dat was ook niet nodig. Organisaties die op omvallen stonden werden ondersteund en begeleid naar reorganisatie, beëindiging of fusie. Het grootste aandeel hadden die organisaties die zich tussen innovators en zogeheten ‘laggards´ bevonden.
- Participatie was een weloverwogen keuze om verplichtingen en veranderingen aan te gaan. Non-participatie kwam beslist voor. In die gevallen koos men voor doorgaan op eigen kracht, werken met eigen adviseurs of men oordeelde dat de investering niet zou renderen respectievelijk de draagkracht van de organisatie te boven zou gaan.
- Binnen de deelnemende organisaties heeft het IVZ programma veel actoren bereikt; de meeste trajecten drongen diep door tot in de vezels van de organisatie, van het bestuurlijke niveau tot in de primaire processen.

Alles overziend heeft IVZ een niet onbelangrijk deel van de sector bereikt. Zorgorganisaties en VWS hebben geleerd elkaar beter te vinden. Dit heeft bijgedragen aan het delen van kennis en het oplossen van knelpunten. De informatievoorziening ging als een soort gouden gids voor de langdurige zorg functioneren Er is een substantieel deel van de organisaties niet bereikt. Deelnemers spreken daar hun zorgen over uit. Het aflopen van IVZ draagt een risico in zich dat het opgebouwde informatiegeheugen niet wordt vastgehouden. Zowel borging van dit geheugen en de borging van de ingezette veranderingen vraagt om aandacht. Daarnaast is er aandacht nodig voor de niet deelnemers.

3. Wat heeft werken met IVZ opgeleverd?

- Participatie in het IVZ-traject faciliteerde bestuurders van zorgorganisaties om te laten gebeuren wat lokaal nodig werd geacht in het licht van belangrijke gedeelde waarden: goede langdurige zorg zonder verspilling van menselijke energie en andere hulpbronnen.
- In participerende organisaties zijn belangwekkende ontwikkelingen gerealiseerd op het gebied van omgang met cliënten, arbeid, technologie, organisatie en besturing in het licht van die gedeelde waarden. Deze zijn breed gedocumenteerd in rapporten, beschikbaar via de website. De resultaten zijn er en verschillen sterk per organisatie, net als de veranderopgave per organisatie verschilde, maar zijn wel in de meeste gevallen ook direct ten bate van cliënten gekomen.
- Participatie was niet primair gericht op reductie van kosten; de nadruk lag op het creëren van waarde voor cliënten en medewerkers in het besef dat kostenreductie in het algemeen een gevolg is van inhoudelijke verbetering van de primaire processen (en niet andersom). Daardoor bleef de gebruikelijke reactie op kostenreductie - hakken in het zand - goeddeels uit.
- De coaches die door IVZ zijn geselecteerd leverden “goed werk”. Dat wil zeggen acteerden als onafhankelijke professionals in het belang van de organisatie.
- Gedurende de looptijd van IVZ was een passend, generiek stelsel van indicatoren nog niet beschikbaar. De voortgang in de ontwikkeling van goede langdurige zorg zonder verspilling kon daardoor niet op een gestandaardiseerde manier vast gesteld worden. Door van alle organisaties een eindrapport te vragen zijn resultaten wel inzichtelijk gemaakt per organisatie, al kan er geen eenduidige oorzaak-gevolg relatie tussen IVZ en de resultaten gelegd worden.

Alles overziend heeft IVZ bijgedragen aan de transitie van de langdurige zorg door te agenderen, te focussen en te *enablen*. Daarmee heeft het programma de sector in zijn gedrag voor gedaan wat er van de sector werd gevraagd: focus, cliëntgericht, met urgentie, in korte lijnen en kwaliteitsgericht. Tegelijkertijd zien we dat er veel meer nodig is om het verschil te maken.

Gedurende de looptijd van IVZ is er opnieuw veel in de context gewijzigd en aan ontwikkelingen langszij gekomen. Denk aan het debat over de ouderenzorg en nieuwe technologie. Deze ontwikkelingen zijn deels door IVZ geadopteerd. Dat neemt niet weg dat er nog steeds een majeure vraag om vernieuwing en verbetering is in de langdurige zorg. IVZ biedt lessen en handvatten voor de toekomst waarin we een rol voor VWS zien weggelegd. Organisaties zijn vernieuwd en verbeterd maar hebben niet altijd zelf geleerd hoe methodisch te veranderen. In een aantal gevallen is de afhankelijkheid van coaches tot het eind gebleven.

4. Kunnen andere sectoren ook werken met dit type programma als beleidsinstrument?

Wat kan er geleerd worden uit deze ervaringen ten dienste van transitie processen in meer algemene zin?

- De positionering van IVZ als een eigenstandig merk, als een netwerkorganisatie bleek in sterke mate een kracht omdat het daardoor vrij autonoom kon opereren, los van formele inspraak, belangenbehartiging en politieke dynamiek. Daarmee kreeg het programma voor de deelnemers een neutrale, autonome zeggingskracht. Dat hielp in het komen tot een open werkcultuur waarin leren en verbeteren centraal stond. Tegelijkertijd was in de werkwijze van het kernteam geborgd dat naar alle belanghebbenden in het netwerk een 'loosely coupled' link was.
- Het werken met een strikt procedureel format van intake, scan, plan van aanpak, evaluatie, eindrapport reikt een heldere structuur aan de betrokken organisaties aan en committeert bestuurders aan het programma, waarbij ruimte blijft voor individueel maatwerk.
- Betaling in natura via aanbesteding heeft bijgedragen aan focus op de veranderopgave en het voorkomen van perverse prikkels. Beschikbaar stellen van vooraf, via aanbesteding, geselecteerde coaches heeft bijgedragen aan kwaliteitsverhoging en verbetering van fit tussen opgave, organisatie en coach. Het vraagt wel blijvende aandacht voor eerlijke tarieven (geen prijsconcurrentie) en transparantie (geen insidernetwerk). IVZ is daar blijkens ons onderzoeksmateriaal naar beste vermogen mee omgegaan.
- In zijn opzet is het programma lerend, waardoor het zich kon aanpassen aan veranderende politieke en maatschappelijke urgenties. Ook kon het leren van zichzelf, waardoor bijvoorbeeld de als beknellend en bureaucratisch ervaren scan en plan van aanpak, beter kon worden ingericht. Ook werden mensen geselecteerd die goed bleken in juist deze activiteiten.

Het verdient aanbeveling om deze sterktes van het programma ook in het ontwerp van andere programma's te hanteren. Een dergelijk ontwerp kan op alle vier perspectieven op de relatie veld en overheid (public administration, new public management, network governance and societal resilience) een bijdrage leveren. Daarin schuilt een kracht, omdat het richtinggevend is op inhoud en outcome, maar niet op de concrete vormgeving, uitwerking en uitvoering. De deelnemers aan IVZ vanuit het ministerie hebben actief en vol betrokkenheid deelgenomen aan het programma en dat wordt door de sector ook erg gewaardeerd. In ons onderzoek hebben we niet kunnen vaststellen in hoeverre de inzichten van IVZ binnen de overheid zijn gedeeld. De werkwijze zoals die is gehanteerd bij IVZ, verdient toepassing in andere programma's, omdat die kan bijdragen aan een meer responsieve overheid: een overheid die actief bijdraagt een wakkere sector die werkt aan goede dienstverlening tegen zo laag mogelijke kosten.

11 Nabeschouwing

Dit rapport bevat een overzicht van werkingsmechanismen, inzichten en reflecties. We verkenden thema's, maakten reconstructies, haalden feiten op en tekenden verhalen op. Het rapport start met het eerste hoofdstuk getiteld "*terugkijken is vooruitzien*". In gesprekken gedurende de afgelopen maanden ging het onderliggend vaak over thema's, die deels buiten het onderzoek vielen, maar waarover wij onze reflecties graag delen.

Het gaat achtereenvolgens om de volgende vragen:

- Doormodderen of ingrijpen?
- Hoe creëer je urgentie?
- Kan veranderen snel?
- Wat helpt in de relatie departement en sector?

Doormodderen of ingrijpen?
Van de kant van de innovators in de sector klinkt onbegrip voor programma's als IVZ en onbegrip voor het beperkte urgentiebesef bij collega's. Is niets doen, laten doormodderen een optie?

Vanuit het perspectief van de systeemverantwoordelijkheid van de overheid vinden wij deze opvatting problematisch. Het gaat om de zorg voor kwetsbare burgers en kwetsbare medewerkers. Onze hypothese is dat ingrijpen van de overheid in dergelijke situaties terecht en gepast is. Onze inschatting is dat gezien de situatie in 2009 de druk niet veel hoger kon worden gezet dan is gedaan.

Een bestuurder*: "Als je het mij vraagt: ik zou een nieuw IVZ geen programma noemen en wegblijven van al dat blauwe. Je verandert de sector niet, je verandert mensen door eigenaarschap. Zo'n programma leidt heel snel tot een self fullfilling prophecy. Doen we het echt om te helpen of worden eigen belangen in stand gehouden en bestaande systemen? Alsof we zelf niet in beweging kunnen komen".*

Als de overheid bij de start van IVZ dwingender richting de sector was opgetreden had dat geleid tot hakken in het zand. Dat had de kennisdeling en het samen leren niet bevorderd. Nu 8 jaar later kan - mede door IVZ - de druk op kwaliteit en inspanning meer omhoog. Er is voldoende kennis, er is een support structuur, er zijn bekende werkende voorbeelden. Het kwaliteitskader biedt handvatten voor het verder verbeteren van de kwaliteit, al schuilen wel nieuwe risico's van opnieuw vervallen in regelzucht en control.

Een bestuurder: "Ik vind dat de inspectie veel geleerd heeft. Het is ook riskant, want zij moeten het ook met beperkte middelen doen en met het huidige personeel. De beweging om meer diversiteit toe te laten en snoeihard te zijn op de resultaten vind ik goed. Eigenlijk is het heel simpel: het gaat maar om drie parameters, cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid en langdurige financiële gezondheid. Het kwaliteitskader vind ik

goed en je moet als bestuurder lef tonen om af te wijken daar waar dat aan de orde is voor jouw specifieke situatie."

Hoe creëer je urgentie?
Wat als blijkt dat een sector niet voldoende functioneert? Als verantwoordelijkheden niet worden genomen? Als misstanden moeten worden opgelost en het niet voldoende gebeurt? Als er een dynamiek is ontstaan waarin partijen allemaal wel van goede wil zijn, maar er geen urgentie lijkt om tot een doorbraak te komen? Bij de start van IVZ waren er een aantal organisaties die lieten zien dat het anders kon. Kern daarvan was: voorbij het Taylorisme, terug naar de inhoud en het primaire proces. Deze organisaties kozen voor minder centrale sturing en meer zelforganisatie en zelfsturing door zorgprofessionals. Hun adagium: Doe wat nodig is in het directe contact tussen cliënt en professional en laat de rest daar dienend aan zijn. In de sector zelf werd breed gedeeld dat wat organisaties als Zorgaccent, Buurtzorg en JP van den Bent stichting lieten zien, een gewenste ontwikkeling was. En toch kwam men maar in beperkte mate in beweging.

Een van de innovators*: "Als ik er ben zeggen ze allemaal: we gaan het zo doen en dan verzandt het in: "ik ben niet eigenaar van het probleem, ik krijg het ook maar opgelegd". Dan loopt het weer vast in de stroperigheid."*

IVZ heeft op sectorniveau de voorbeelden van de innovators opgepakt en een rol genomen die de innovators zelf niet kunnen nemen. Het inhoud gedreven, actie georiënteerde van het kernteam heeft daarbij geholpen. Daarmee heeft het kernteam in eerste instantie de urgentie gemaakt en is in de aanpak gewerkt aan het overbrengen van die urgentie door commitment van bestuurders te vragen op outcome en tijdspad. Is er na 8 jaar IVZ nu sprake van een collectief gedeelde urgentie in de sector? We hebben vooral veel stappen en intenties gezien. Volhouden is gevraagd.

Kan veranderen snel?
Het werken aan bijvoorbeeld zelfsturing op de werkvloer is een proces van *slow cooking* (vgl. Van Elst, 2015 in Baart & Vosman, 2015). Het vereist heel wat flankerende maatregelen, die niet in één keer werken. Het komt juist ook aan op hele zorgvuldige procesvoering en gedrag van omringende actoren om aan zorgwerk gerelateerde betekenisgeving en ontwikkeling tot self efficacy op de werkvloer een kans te geven.

Daarbij wordt zichtbaar hoe het gebruik van de 'gewone' managerial en sociaal agogische artefacten (instrumenten, taal, kwantificeringen, lijstjes) door teamleiders, managers en coaches leidt tot reductie van de nieuwe betekenisgeving en productie van angst (bijvoorbeeld om beoordeeld te worden). Het werkzame mechanisme ontstaat dus niet, integendeel, de demotivatie wordt versterkt. (Zie hiervoor ook: de rapportage van het evaluatieonderzoek naar het programma voor cultuurverandering in de zorg 'De werkvloer centraal' (UvA, verschijnt binnenkort)). Intrigerend daarbij is de waarneming van de antropologen dat verbetering optreedt als zorgmedewerkers als groep worden aangesproken, en niet als individu. Individuele aanspreking leidt tot beoordelingsangst.

In IVZ is veel gesproken over leren als motor van verandering. Gaandeweg is in het programma een modus gevonden om urgentie, inhoudelijke focus en maatwerk te combineren. Daarbij zijn vele dimensies van leren aan de orde. Tegelijkertijd zien we dat het denken in termen van verantwoording, controle en beheersing en het uit elkaar trekken van beleid en uitvoering, daar niet goed bij past. IVZ heeft een begin gemaakt maar er zullen nog vele routines in de ambtelijke wereld en binnen en tussen organisaties op de schop moeten om dit diepgaand leren mogelijk te maken. Een van die routines is ook dat een programma ´snel´ opbrengsten moet laten zien, bijvoorbeeld binnen de zittingsduur van een bewindspersoon. Het is volstrekt oneigenlijk om zo'n korte termijn opbrengst van leren op de werkvloer te verwachten, zoals we geleerd hebben van Elliot Jaques (vgl. Van Reekum, 2008).

Wat helpt in de relatie departement en sector?
Een bestuurder: "IVZ zou het ministerie vertrouwen moeten geven in de sector. Ik vind het goed dat het kaf van het koren wordt gescheiden. Goed ook de rol die de inspectie nu pakt door hard te zijn op waar het niet goed gaat en verder in gesprek te gaan met ons hoe wij het willen. Ik wil werken aan goede zorg. Als een organisatie het niet goed doet, kan dat aan zoveel factoren liggen, daar kun je niet één oplossing voor bedenken en het lijkt dat VWS dat toch steeds weer wil. Je lost het niet op met alleen een verhoging van opleidingsniveau naar niveau drie. Geen one size fits all aanpak. Dat zit echt bij de ambtenaren nog te veel en bij de politiek die wil scoren. Als er in het verkeer een ongeluk gebeurt, spreken we daar in de Tweede Kamer toch ook niet over en er worden dan toch ook niet meteen nieuwe regels bedacht? Bij de zorg doen we dat wel zo en daar moeten we vanaf."

Als onderdeel van de transformaties in de langdurige zorg is ook de relatie tussen de overheid en de sector aan verandering onderhevig. Perspectieven op overheidssturing veranderen – zie hoofdstuk 9 van dit rapport. Zorgaanbieders kiezen ervoor (en worden tegelijk gedwongen tot) zich langzaamaan minder op te stellen als uitvoeringsorganisaties van een hiërarchische overheidsbureaucratie en meer te werken als zelfstandige maatschappelijke ondernemingen.

Ondertussen zijn er demografische ontwikkelingen, arbeidsmarktontwikkelingen, medisch-technologische ontwikkelingen en ethische dillema's die in operationele en strategische zin het uiterste vragen van bestuurders, managers en zorgprofessionals. In deze context van meervoudige transformaties, waarin niemand kan weten waar 'het naar toe gaat', heeft IVZ een belangrijke veranderkundige rol vervuld. Namelijk door een variëteit van lokale, niet-vrijblijvende veranderexperimenten tot stand te brengen, en om een platform te creëren, waar de ervaringen in/met die veranderexperimenten kunnen worden uitgewisseld. Die ervaringsuitwisseling en kennisdeling is ook actief aangejaagd. Zodoende heeft de overheid op een eigentijdse manier haar verantwoordelijkheid voor duurzame ontwikkeling van de sector genomen: niet door gedrag voor te schrijven of anderszins te treden in de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder, maar door *te borgen dat er voldoende verandercapaciteit in en voor de sector beschikbaar is* om strategische en operationele vraagstukken het hoofd te

bieden. Het gaat dan om kennis en ervaring in brede zin met complexe processen van verandering bij zorgprofessionals, bestuurders, coaches, managers e.a. Gelet op de grote en complexe maatschappelijke uitdagingen op het terrein van zorg, gezondheid en welzijn is veranderkundige slagkracht en borging van vernieuwing blijvend belangrijk. De projecten, waarlangs die borging plaatsvindt (en tegelijk zich terugbetaalt), zouden in toenemende mate inter-organisationele samenwerkingstrajecten moeten zijn, waarin het contracteren van eigenaarschap een wezenlijk onderdeel van de interventie is.

Tot slot

Bovenstaande vraagstukken zijn niet enkelvoudig te duiden. Wij realiseren ons dat juist die vragen het denken over toekomstige interventies in de zorg lastig maken. Het kauwen erop en het denken erover en het samen er aan leren is noodzakelijk, wetende dat deze vragen opnieuw terugkeren omdat ze terugvoeren naar botsende perspectieven, meervoudige verantwoordelijkheden, diffuse bevoegdheden en verschuivende denkbeelden. Omdat we weten dat de langdurige zorg altijd een zorg zal zijn. Iedereen die het weet *moet* het zeggen en iedereen die het zegt te weten, heeft ongelijk. In die paradox moeten we met elkaar voortdurend en steeds weer opnieuw een weg vinden. En die weg moet een diepgaand en altijd voortgaand leerproces zijn. In dat leerproces hebben wij met elkaar nog bergen te verzetten. IVZ heeft daarin structureel bijgedragen maar laat ook zien hoeveel meer er nodig is. IVZ was in die zin een richtinggevend voorbeeld met alle rafels en strubbelingen die het ook laat zien, maar is ondanks haar maat te klein geweest om een revolutie in de zorg tot stand te brengen. Of die maat gepakt moet worden door VWS, de aanbieders of de brancheorganisaties is onderwerp voor verdere discussie. IVZ heeft daarin wel een interessante weg gewezen door te kiezen voor een dedicated team in de vorm van een netwerkorganisatie. We kunnen veel leren van wat IVZ zichtbaar heeft gemaakt. Wij hopen dan ook dat de veelheid aan inzichten, mooie voorbeelden en werkingsmechanismen anderen zullen aanzetten tot leren en reflectie**.**

12 Samenvatting

In 2009 start het ministerie van VWS met IVZ om organisaties die (langdurige) zorg aanbieden te helpen om zich “toekomstbestendig” te organiseren en zo de langdurige zorgsector sterk en robuust te maken. In 2017 eindigt dit programma. Tot dan waren er 433 trajecten van diverse snit aan IVZ gekoppeld. De vraag is: wat was de werkzaamheid van dit programma? Wat hebben die organisaties voor elkaar gekregen met de geboden ondersteuning, en welke elementen uit het programma hebben daar in het bijzonder aan bijgedragen doordat de spelers in de organisaties met die elementen tot werkende mechanismen konden komen?

Deze vraag is onderzocht door een onafhankelijk team van vier onderzoekers verbonden aan Sioo, Interuniversitair centrum voor organisatie- en veranderkunde. Daar het IVZ programma vooral lijkt op een expeditie, kozen de onderzoekers voor een kwalitatieve onderzoeksroute, geïnspireerd door de *Realistic Evaluation* benadering, de *Fourth Generation Evaluation* en *Appreciative Inquiry*. Zij spraken indringend met de medewerkers van het kernteam van IVZ, bestudeerden dossiers, organiseerden leerzame groepsgesprekken met insiders uit organisaties (focusgroepen), en hielden diepte interviews met andere insiders uit betrokken organisaties en uit organisaties die niet participeerden in IVZ. Leidend bij de gesprekken waren 8 initiële beweringen over de werkzaamheid van IVZ, die vervolgens geverifieerd, verdiept, weerlegd of getransformeerd werden. Zo kon het team in een relatief korte tijd (periode december 2016 - maart 2017) haar werk doen.

De hoofdvraag is: wat levert het inzetten van het programma IVZ op? Is er een werkzaamheid en zo ja wat was die? Deze vraag hebben we uitgewerkt in 4 deelvragen:

- Op welke manieren is er met dit beleidsinstrument gewerkt? Wat was de werkzaamheid als beleidsinstrument?
- Wat is het bereik in organisaties geweest?
- Wat heeft werken met IVZ opgeleverd?
- Kunnen andere sectoren ook werken met dit type programma als beleidsinstrument?

1. Op welke manieren is er met dit beleidsinstrument gewerkt? Wat was de werkzaamheid als beleidsinstrument?

- IVZ was gefocust op de realisatie van inhoudelijke resultaten ten behoeve van zorgorganisaties. Daarbij is zowel gestuurd op inhoudelijke als organisatorische professionalisering.
- Participatie in een IVZ-traject leverde met de start en intake een soort stresstest: door middel van de scan konden bestuurders van organisaties de ontwikkelbehoefte van hun organisatie afzetten tegen een hoog maar wel bereikbaar functioneringsniveau. Op basis daarvan konden zij in dialoog met de programmaleiding beoordelen of participatie met bijbehorende eigen investeringen zou renderen, respectievelijk haalbaar zou zijn.

- Aan de hand van scan en plan van aanpak volgde een verplichtende contractering met zorgorganisaties, waarin gefocust werd op de meest belangrijke veranderopgave voor die organisatie.
- Op basis van die intake werd in het bestand van coaches dat via aanbesteding is opgebouwd, een coach gezocht die een passende bijdrage kon leveren aan die belangrijke veranderopgave.
- Door participatie in een IVZ-traject en de werkwijzen in IVZ werden mensen in organisaties voortdurend aangesproken op hun leervermogen.
- De coaches speelden een belangrijke rol om minder passende invloeden vanuit IVZ/VWS af te remmen en de bestuurders van de zorgorganisaties en hun mensen bij te staan om te laten gebeuren wat lokaal nodig werd geacht voor goede langdurige zorg zonder verspilling.
- Het programma heeft steeds gestuurd op commitment, transparantie en maatwerk. Er is daarom bewust gekozen voor het beoordelen van voortgang per case en niet te sturen op een algemene set van indicatoren.
- Communicatie en kennisdeling is bewust als veranderinstrument ingezet. Van alle deelnemers is gevraagd om hun aanpakken en resultaten via publicaties op de website en op bijeenkomsten te delen. Ook kennis en ervaring van de innovators over bijvoorbeeld zelfsturing is zo beschikbaar gemaakt.

Alles overziend komen we tot de conclusie dat met name vier elementen de effectiviteit van het programma hebben bepaald:

- De inhoudelijke focus van het programma;
- De directe aansturing door een kernteam, dat zich in de loop van de jaren bekwaamd heeft tot een monitorgroep en besliscentrum. Dit team realiseerde een dynamische sturing van het programma;
- Het strakke format van intake-scan-plan van aanpak-evaluaties en eindrapportage;
- Het bewust sturen op kennisdeling en transparantie.

De vrijheid om zelf binnen deze structuur een aanpak te kiezen maakte het mogelijk dat organisaties zelf de regie konden nemen. Het beschikbaar maken en gebruiken van in de sector aanwezige kennis gaf ruimte voor maatwerk. Het verplichtende format bracht zorgorganisaties in een traject waardoor ze vernieuwing en verbetering realiseerden. De verplichting heeft sommige organisatie ook afgeschrikt om mee te doen. Waargenomen is dat organisaties niet altijd voldoende zelf aan het stuur kwamen en niet leerden hoe te veranderen of verandering door te zetten. Daarmee is de vernieuwing niet altijd onomkeerbaar gebleken.

2. Wat is het bereik in organisaties geweest?

- IVZ heeft met 433 trajecten een deel van de sector bereikt. Daarnaast heeft een groep zich wel gemeld, maar uiteindelijk niet meegedaan.
- Buiten de formele trajecten om hebben organisaties die niet meededen intensief gebruik gemaakt van de kennis en het netwerk.
- IVZ heeft daarmee de sector in brede zin bereikt. De innovators waren betrokken en deelden kennis, maar namen zelf niet deel. Dat was ook niet nodig. Organisaties die op

omvallen stonden werden ondersteund en begeleid naar reorganisatie, beëindiging of fusie. Het grootste aandeel hadden die organisaties die zich tussen innovators en zogeheten ´laggards´ bevonden.
- Participatie was een weloverwogen keuze om verplichtingen en veranderingen aan te gaan. Non-participatie kwam beslist voor. In die gevallen koos men voor doorgaan op eigen kracht, werken met eigen adviseurs of men oordeelde dat de investering niet zou renderen respectievelijk de draagkracht van de organisatie te boven zou gaan.
- Binnen de deelnemende organisaties heeft het IVZ-programma veel actoren bereikt; de meeste trajecten drongen diep door tot in de vezels van de organisatie, van het bestuurlijke niveau tot in de primaire processen.

Alles overziend heeft IVZ een niet onbelangrijk deel van de sector bereikt. Zorgorganisaties en VWS hebben geleerd elkaar beter te vinden. Dit heeft bijgedragen aan het delen van kennis en het oplossen van knelpunten. De informatievoorziening ging als een soort gouden gids voor de langdurige zorg functioneren Er is een substantieel deel van de organisaties niet bereikt. Deelnemers spreken daar hun zorgen over uit. Het aflopen van IVZ draagt een risico in zich dat het opgebouwde informatiegeheugen niet wordt vastgehouden. Zowel borging van dit geheugen en de borging van de ingezette veranderingen vraagt om aandacht. Daarnaast is er aandacht nodig voor de niet deelnemers.

3. Wat heeft werken met IVZ opgeleverd?
- Participatie in het IVZ-traject faciliteerde bestuurders van zorgorganisaties om te laten gebeuren wat lokaal nodig werd geacht in het licht van belangrijke gedeelde waarden: goede langdurige zorg zonder verspilling van menselijke energie en andere hulpbronnen.
- In participerende organisaties zijn belangwekkende ontwikkelingen gerealiseerd op het gebied van omgang met cliënten, arbeid, technologie, organisatie en besturing in het licht van die gedeelde waarden. Deze zijn breed gedocumenteerd in rapporten, beschikbaar via de website. De resultaten zijn er en verschillen sterk per organisatie, net als de veranderopgave per organisatie verschilde, maar zijn wel in de meeste gevallen ook direct ten bate van cliënten gekomen.
- Participatie was niet primair gericht op reductie van kosten; de nadruk lag op het creëren van waarde voor cliënten en medewerkers in het besef dat kostenreductie in het algemeen een gevolg is van inhoudelijke verbetering van de primaire processen (en niet andersom). Daardoor bleef de gebruikelijke reactie op kostenreductie - hakken in het zand- goeddeels uit.
- De coaches die door IVZ zijn geselecteerd leverden “goed werk”. Dat wil zeggen acteerden als onafhankelijke professionals in het belang van de organisatie.
- Gedurende de looptijd van IVZ was een passend, generiek stelsel van indicatoren nog niet beschikbaar. De voortgang in de ontwikkeling van goede langdurige zorg zonder verspilling kon daardoor niet op een gestandaardiseerde manier vast gesteld worden. Door van alle organisaties een eindrapport te vragen zijn resultaten wel inzichtelijk gemaakt per organisatie, al kan er geen eenduidige oorzaak-gevolg relatie tussen IVZ en de resultaten gelegd worden.

Alles overziend heeft IVZ bijgedragen aan de transitie van de langdurige zorg door te agenderen, te focussen en te *enablen*. Daarmee heeft het programma de sector in zijn gedrag voor gedaan wat er van de sector werd gevraagd: focus, cliëntgericht, met urgentie, in korte lijnen en kwaliteitsgericht. Tegelijkertijd zien we dat er veel meer nodig is om het verschil te maken.

Gedurende de looptijd van IVZ is er opnieuw veel in de context gewijzigd en aan ontwikkelingen langszij gekomen. Denk aan het debat over de ouderenzorg en nieuwe technologie. Deze ontwikkelingen zijn deels door IVZ geadopteerd. Dat neemt niet weg dat er nog steeds een majeure vraag om vernieuwing en verbetering is in de langdurige zorg. IVZ biedt lessen en handvatten voor de toekomst waarin we een rol voor VWS zien weggelegd. Organisaties zijn vernieuwd en verbeterd maar hebben niet altijd zelf geleerd hoe methodisch te veranderen. In een aantal gevallen is de afhankelijkheid van coaches tot het eind gebleven.

4. Kunnen andere sectoren ook werken met dit type programma als beleidsinstrument?

Wat kan er geleerd worden uit deze ervaringen ten dienste van transitie processen in meer algemene zin?

- De positionering van IVZ als een eigenstandig merk, als een netwerkorganisatie bleek in sterke mate een kracht omdat het daardoor vrij autonoom kon opereren, los van formele inspraak, belangenbehartiging en politieke dynamiek. Daarmee kreeg het programma voor de deelnemers een neutrale, autonome zeggingskracht. Dat hielp in het komen tot een open werkcultuur waarin leren en verbeteren centraal stond. Tegelijkertijd was in de werkwijze van het kernteam geborgd dat naar alle belanghebbenden in het netwerk een ‘loosely coupled’ link was.
- Het werken met een strikt procedureel format van intake-scan-plan van aanpak-evaluatie-eindrapport reikt een heldere structuur aan de betrokken organisaties aan en committeert bestuurders aan het programma, waarbij ruimte blijft voor individueel maatwerk.
- Betaling in natura via aanbesteding heeft bijgedragen aan focus op de veranderopgave en het voorkomen van perverse prikkels. Beschikbaar stellen van vooraf, via aanbesteding, geselecteerde coaches heeft bijgedragen aan kwaliteitsverhoging en verbetering van fit tussen opgave, organisatie en coach. Het vraagt wel blijvende aandacht voor eerlijke tarieven (geen prijsconcurrentie) en transparantie (geen insidernetwerk). IVZ is daar blijkens ons onderzoeksmateriaal naar beste vermogen mee omgegaan.
- In zijn opzet is het programma lerend, waardoor het zich kon aanpassen aan veranderende politieke en maatschappelijke urgenties. Ook kon het leren van zichzelf, waardoor bijvoorbeeld de als beknellend en bureaucratisch ervaren scan en plan van aanpak, beter kon worden ingericht. Ook werden mensen geselecteerd die goed bleken in juist deze activiteiten.

Het verdient aanbeveling om deze sterktes van het programma ook in het ontwerp van andere programma's te hanteren. Een dergelijk ontwerp kan op alle vier perspectieven op de relatie veld en overheid (public administration, new public management, network governance and societal resilience) een bijdrage leveren. Daarin schuilt een kracht, omdat het richtinggevend is op inhoud en outcome, maar niet op de concrete vormgeving, uitwerking en uitvoering. De deelnemers aan IVZ vanuit het ministerie hebben actief en vol betrokkenheid deelgenomen aan het programma en dat wordt door de sector ook erg gewaardeerd. In ons onderzoek hebben we niet kunnen vaststellen in hoeverre de inzichten van IVZ binnen de overheid zijn gedeeld. De werkwijze zoals die is gehanteerd bij IVZ, verdient toepassing in andere programma's, omdat die kan bijdragen aan een meer responsieve overheid: een overheid die actief bijdraagt een wakkere sector die werkt aan goede dienstverlening tegen zo laag mogelijke kosten.

13 Overzicht bronnen

Documentstudie (Grijze literatuur)

1) Het overzicht beleidsgeschiedenis Langdurige zorg en ontwikkelingen IVZ
2) Plan van aanpak Yes we Care! (later IVZ genoemd)
3) Overzicht subsidieaanvragen
4) Factsheet Deelname In voor zorg-traject
5) Factsheet Deelname Zorgketens & netwerken
6) Format Intakeverslag
7) Factsheet Organisatiescan (als onderdeel van IVZ-traject)
8) Format Rapportage scan
9) Leidraad Plan van aanpak voor regeerakkoord
10) Leidraad Plan van aanpak na regeerakkoord
11) Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst IVZ - deelnemende organisatie
12) Format eindevaluatie/ factsheet
13) Overzicht aantal trajecten onderverdeeld naar thema en sector
14) Per traject datum intake, datum goedkeuring PvA, datum afronding
15) Overzicht aantal gestopte trajecten naar fases en met reden
16) Bronbestand van waaruit overzicht 13, 14 en 15 zijn samengesteld
17) Contractering scanners en coaches d.m.v. aanbesteding en minicompetities
18) Argumentenfabriek (2014): Informatiekaart 5 jaar IVZ 2009-2014.
NB: Op deze informatiekaart wordt een beeld geschetst over de periode t/m 1 oktober 2014
19) Publicatie 80 goede voorbeelden
20) Publicaties IVZ
21) Overzicht bijeenkomsten
22) Online statistieken
23) Aantal tools op de website (kennisplatform)
24) Digitale leeromgeving IVZO.net
25) Retrospectieve analyses

Geraadpleegde literatuur

- Ansari, S. M., Fiss, P. C., & Zajac, E. J. (2010). Made to fit: How practices vary as they diffuse. *Academy of management review*, *35*(1), 67-92
- Baart, A., Vosman, F. (2015). *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. Amsterdam, SWP
- Balogun, J., A. S. Huff & P. Johnson (2004). Three responses to the methodological challenges of studying strategizing. *Journal of Management Studies*, *40*(1), 197-224.
- Bennebroek Gravenhorst, K.M. (2015) *De veranderversneller*. Den Haag, Academic Service
- Brödner, P., & Latniak, E. (2004). Recent findings on organizational changes in German capital goods producing industry. *Journal of Manufacturing Technology Management*, *15*(4), 360-368
- Goold, M., & Campbell, A. (2002). Parenting in complex structures. *Long Range Planning*, *35*(3), 219-243.
- Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life. *Research in organizational change and development*, *1*(1), 129-136
- Delden, P. J. van (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten*. Dissertatie UvT
- Dongen, G.B.W. van, Laat, de W. & Maas, A.J.J.A. (1996). *Een kwestie van verschil*. Eburon
- Duisenberg, P. & Van Meenen, P. (2016). *Handreiking controle begroting en verantwoording "Voor rapporteurs – door rapporteurs"*. Den Haag, Tweede Kamer der Staten-Generaal. Zie ook: Financieel dagblad 15-08-2016
- Eijbergen, R. van (1999). *De invoering en het effect van zelfsturende teams in organisaties* Utrecht: Lemma
- Elst, E. van (2015). *'Poulet á la d' Albufera', of hoe bereid je een bloeiende lerend gemeenschap*.
- Goold, M., & Campbell, A. (2002). Parenting in complex structures. *Long Range Planning*, *35*(3), 219-243
- Graaf, H. van de (2006). Leren door constructief evalueren. Mogelijkheden en toepassingsvoorwaarden van vierde generatie evaluatie. In *M&O* 2006-3 p. 271
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage
- Hofstede G. (1981) Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 6, No. 3, pp. 193-211
- Kilo, C. M. (1998). A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Quality Management in Healthcare*, *6*(4), 1-14.
- Knottnerus, A., De Goede, P., Van der Knaap, P. (2016). Systematisch leren van evalueren. Waarden, effectiviteit, onafhankelijkheid en kwaliteit als pijlers voor de brug tussen wetenschap en politiek. In: *Bestuurskunde*, 2016 (25) 2 6-19

- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016) Netherlands: Health System Review. *Health systems in transition*, *18*(2), 1
- Loenen, V. van & Schouteten, R. L. J. (2016). De implementatie van Lean; Inzicht in inertiefactoren. In: *Tijdschrift Management & Organisatie* 70 (2)
- Minkman, M., Balsters, H., Mast, J. & Kuiper, M. (2011). *Blijvend zorgen voor beter. Succesvol verbeteren in de langdurige zorg* – Deventer: Kluwer (2011)
- Ostrom, E. (2010). Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *Transnational Corporations Review*, *2*(2), 1-12.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation.* London, Sage
- Pot, F. (2012). Sociale innovatie: historie en toekomstperspectief. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, *28*(1), 6-21
- Reekum, G. van (2008). *Organisatie van de binnenwereld. Het ontstaan en verandering van organisatiecultuur*. Hoofdstuk 2 in: Es, van, R. (red) (2008) *Veranderen van Organisatiecultuur*. Amstelveen, Lenthe
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2003). *Evaluation: A systematic approach*. Sage publications
- Roth, G. L., & DiBella, A. J. (2015). *Systemic Change Management*. Palgrave Macmillan US.
- Steen, M. van der e.a. (2016). *De som en de delen. In gesprek over systeemverantwoordelijkheid*. Den Haag, Uitgaven NSOB 2016 thema Beleid en strategie Sturen in netwerken
- Steen, M. van der et al. (2013). Legitimiteit van sociaal beleid: maatschappelijke ontwikkelingen en bestuurlijke dilemma's *Beleid en Maatschappij 2013 (40) 1*, p. 26-49
- Steen, M. van der, & van Twist, M. (2014). Weerbaar of wendbaar zijn? Strategische opties in de voorbereiding op de drie decentralisaties. *Beleid en Maatschappij*, *41*(1)
- Steen, M. van der, Hajer, M. A. & Scherpenisse, J., Van Gerwen, O. J., & Kruitwagen, S. (2014). *Leren door doen: Overheidsparticipatie in een energieke samenleving*. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB)
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge university press

http://www.zorgvoorbeter.nl/
https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/zorginnovatie-en-kwaliteit/programmas/project-detail/zorg-voor-beter/zorgen-voor-blijvend-beter/verslagen/
https://www.onderzoek.hu.nl/projecten/mijn-bedrijf-2,-d-,0).

14 Bijlage 1. Methodologische verantwoording

In dit traject hebben we ons laten inspireren door drie benaderingen in het hedendaagse sociaal wetenschappelijke (evaluatie)onderzoek:

1. Realistic Evaluation
Realistic evaluation (ook wel: realist evaluation) is speciaal ontwikkeld door Pawson & Tilley (1997) om grootschalige beleidsprogramma's te kunnen evalueren. Deze aanpak signaleert dat er zelden een directe causale relatie bestaat tussen programma-activiteiten en de uitkomsten. De uitkomsten worden namelijk beïnvloed door de manier waarop actoren in de doelpopulatie aspecten en onderdelen van het programma interpreteren en benutten en op grond waarvan vervolgens hun besluiten en keuzes wijzigen. Juist deze redeneringen en gedragingen van actoren vormen *de werkende mechanismen* van een beleidsprogramma. Effectieve beleidsprogramma's zijn effectief door goed werkende mechanismen die tot als betekenisvol geachte outcomes leiden. De *realistic evaluation* aanpak benadrukt dat deze mechanismen meer of minder worden getriggerd in verschillende omstandigheden; en let daarom ook sterk op de contextfactoren. Daarom heeft de kennis die hieruit voortkomt het karakter van Context-Mechanism-Outcome patronen.

2. Fourth Generation Evaluation
Ook ontlenen we elementen aan de zogeheten Vierde Generatie Evaluatie aanpak. Deze benadering stelt verhalen van (alle) directbetrokkenen centraal, en werkt met zes aandachtspunten:

- **Responsive focussing** Verhalen van betrokkenen vormen het ruwe materiaal. Betrokkenen geven ook aan welke andere actoren belangrijke verhalen hebben.
- **In beeld brengen van claims, en thema's (issues)** Wat valt op in het materiaal? Welke claims, zorgen (concerns) en thema's (issues) zien we?
- **Agenda opstellen voor onderhandeling** Wat zijn thema's voor gesprek en met welke partijen? Deze stellen we op basis van analyse van het ruwe materiaal vast.
- **Hermeneutisch dialectisch proces**. We vergelijken én contrasteren de thema's, verhalen en verschillende opvattingen onderling maar ook met ervaringen met uit andere netwerken/ velden.
- **Sophistication & empowerment**. Aan de hand van theoretische onderbouwing verrijken en versterken we de bevindingen.
- **Aandacht voor condities en contexten**. Deze maken deel uit van de focus en richten zich op het handelen van betrokken organisaties en de individuen daarbinnen.

3. Appreciative Inquiry

In ons onderzoekshandelen is *Appreciative inquiry* of waarderend onderzoeken belangrijk. Waarderend onderzoeken houdt in dat we op zoek gaan naar betekenisvolle situaties waarvan we kunnen leren. De methode vertrekt vanuit een richtinggevend uitgangspunt (*affirmative topic choice*) en inventariseert wat betekenisvol en levensvatbaar is voor de toekomst. Naast deze inventarisatie worden verlangens en beelden geplaatst. Eisen en voorwaarden worden vanuit redelijkheid verkend en ingezet. Als laatste stap schetsen betrokkenen contouren van de nieuwe situatie en kan worden belegd wie wat gaat ondernemen. Werken vanuit AI is daarmee ook duidelijk toekomstgericht. Dat lijkt ons ook terecht in dit geval, wanneer we spreken met spelers uit dit veld gaat het er ook om welke volgende stappen zij denken te gaan stellen.

15 Bijlage 2. Onderzoeksaanpak

1. Opzet onderzoek

Onderzoeksvragen

In het evaluatieonderzoek onderzochten we *of* er een werkzaamheid is en *wat* die werkzaamheid dan was. We stelden de volgende vier vragen:

1. Op welke manieren is er met dit beleidsinstrument gewerkt?
2. Wat is het bereik in organisaties geweest?
3. Wat heeft het opgeleverd? Wat was de werkzaamheid als beleidsinstrument?
4. Kunnen ook in andere sectoren werken met het instrument? *Wat werkt, waar en hoe en wat kunnen we daarvan leren?* Wat is de overdraagbaarheid voor toekomstige beleidsvragen?

We onderzochten deze kernvragen aan de hand van acht claims.

Werken met claims

Claims zijn - kort gezegd - uitspraken of beweringen over het programma. Over een programma zoals IVZ zijn diverse uitspraken te doen. Belangrijk is dat een uitspraak *onderzoekbaar* is. Belangrijk is ook dat een uitspraak een *relatie* heeft tot het beleidsinstrument, bijvoorbeeld uitspraken over fenomenen die we niet kunnen relateren aan de inzet van IVZ hebben niet veel zin. Ook is het van belang dat uitspraken in beginsel *weerlegbaar* zijn en om na te gaan wie we met de uitspraken willen bereiken, of welke claim we gaan onderzoeken hangt mede af van de *adresgroep* die we willen 'bedienen'. Het is goed om na te gaan welke opvattingen daar nu al bestaan over IVZ en welke opvattingen niet juist zijn respectievelijk incompleet zijn en weerlegging of aanvulling verdienen. Een claim kan dus hard gemaakt worden of onhoudbaar blijken. Nadrukkelijk is aangegeven dat wij ons onderzoek richtten op zowel instellingen die aan IVZ deelnamen als instellingen die niet hebben meegedaan. Samengevat, de criteria die wij hanteerden zijn:

- Claims zijn onderzoekbaar
- Claims zijn weerlegbaar, kunnen positief en negatief worden geapprecieerd
- Claims zijn relevant voor de evaluatie van het beleidsinstrument
- Claims hebben een duidelijke adresgroep

Selectie gesprekspartners en onderzoeksmethodiek

In overleg met het kernteam stelden we een lijst op met uit te nodigen personen voor de verschillende panelgesprekken. Voor elk panelgesprek mikten we op maximaal 12 deelnemers. Per gesprek nodigden we 25 mensen uit. Als selectie criteria werd steeds gehanteerd:

- Regionale spreiding door steeds mensen uit het hele land *uit te nodigen*, daarbij te mikken op 20% van de uitnodigingen naar noord (Overijssel, Drenthe, Groningen, Friesland), 60% naar midden (Nood/Zuid-Holland, Flevoland, Gelderland, Utrecht), 20% naar zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg). We sturen bij de verdeling alleen bij het versturen van de uitnodiging, niet op de spreiding in de feitelijke groep.

- 10 grote instellingen (meer dan 50 mln. omzet) en 10 middelgrote (10-50 mln.) en 5 kleine (kleiner dan 10 mln.).

Doel: borging van maximale spreiding en toeval voor deelname.
Steeds werden de volgende stappen gezet: deskresearch en oriënterende gesprekken, panelgesprekken en een casestudy. Van al deze gesprekken werden gespreksnotities gemaakt. De resultaten van de panelgesprekken werden aan kernteam en begeleidingscommissie voorgelegd. Notities n.a.v. interviews in het kader van cases zijn vertrouwelijk. Notities over andere gesprekken zijn beschikbaar voor kernteam en begeleidingscommissie. In verslagen zijn alle citaten geanonimiseerd opgenomen.

Adresgroepen
We hebben een reeks van mogelijke adresgroepen opgesteld (figuur 1).



Figuur 1.

In de dataverzameling van het evaluatieonderzoek focusten wij op vier adresgroepen:
1. Intern VWS en de organisatie
2. Participerende organisaties
3. Afhakers
4. Organisaties die er niet voor kozen

2. Ontwerp

Als onderzoekers kozen we in samenspraak met de stakeholders voor een mixed methods benadering. Het leek ons niet wijs om weer een compleet nieuwe dataset op te gaan bouwen. Het leek ons slimmer om sleutelspelers uit dit veld te identificeren en te benutten. Er is een flinke groep insiders, die lang in het systeem zitten, en veel kennis en inzicht hebben opgebouwd op grond van hun waarnemingen. Dit zijn belangrijke zegslieden, belangrijke bronnen voor ons als onderzoekers (Balogun & Huff, 2004). Een aantal van hen was voortdurend betrokken bij monitoring op basis van *political & expert control* (Hofstede, 1981). Ons idee was: een gesprek met deze monitorende insiders is ons vertrekpunt. We kijken of we aan hen scherpe initiële evaluatieve uitspraken kunnen ontlokken. Daarbij focussen we op de waarnemingen onder hun 'oordelen' (oordelen zijn koppelingen van waarnemingen en ervaringen met criteria). Met die waarnemingen gaan we aan de gang in gesprekken met andere insiders om ze te verifiëren, te weerleggen of aan te vullen. Uiteraard maakten we ook gebruik van reeds aanwezige kwantitatieve data.

Het onderzoek kende de volgende stappen:

Gesprekken met sleutelactoren

We zijn met de monitorende actoren in gesprek gegaan. Onze inschatting was dat zij van 2009 - 2017 voortdurend alle deelprojecten hebben gemonitord en in het veld zijn geweest. Zij kunnen gekwalificeerd oordelen op basis van waarnemingen over wat actoren in het veld hebben gedaan met wat het programma aanreikte en welke elementen van het programma daarbij dienstig waren;

- We verzamelden hun **claims, concerns en issues (**oordelen die iets positiefs zeggen over het evaluandum resp. iets negatiefs zeggen resp. waar actoren van mening over verschillen);
- We probeerden achter hun waarnemingen te komen over de werkwijzen van de actoren in het veld (d.w.z. wat de actoren hebben gedaan met de "prikkels" die uitgingen van het programma) waar hun claims, concerns en issues op zijn gebaseerd;
- We wogen de kwaliteit van hun waarnemingen.

Focusgroepen

We zijn vervolgens met een grotere groep insiders -actoren in het veld- in gesprek gegaan over die claims en de werkwijzen die de sleutelactoren hebben waargenomen.

- We gingen met hen in gesprek over belangrijke gebeurtenissen vanuit hun perspectief;
- We probeerden achter hun waarnemingen te komen;
- Die zetten we dan af tegen de eerder geformuleerde claims, concerns en of issues;
- Als er dan vragen, issues of opmerkelijke dingen waren, besloten we tot casestudies.

Casestudies
Naar aanleiding van de focusgroepen hebben we bij een viertal organisaties dieper gekeken. Dat hebben we gedaan door het raadplegen van onderzoek dat door andere onderzoekers is gedaan en door interviews met betrokken bestuurders, coaches en projectleiders.

- In die casestudies verhelderen we die vragen of issues en gaan we na of dit leidt tot opmerkelijke zaken;
- In het onderzoek van anderen gaan we na of de andere onderzoekers waarnemingen hebben gedaan die ons beeld verrijken respectievelijk bijstellen.

Verrijking opbrengst focusgroepen
We gingen terug naar de vondsten uit stap 2 (de focusgroepen) en maakten een beoordeling van de opbrengst van de focusgroepdiscussie.

Verrijking opbrengst gesprek sleutelactoren
We gingen vandaar uit weer terug naar de opbrengsten uit stap 1: de 'claims van de sleutelactoren.

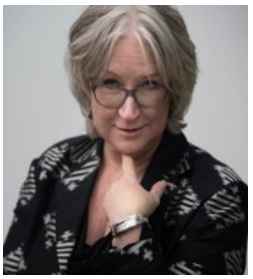
Concluderen
Vervolgens stelden we vast of:

- die claims 'kloppen' of
- wellicht genuanceerd dan wel
- verworpen moeten worden
- er heel andere beweringen moeten worden gedaan.

3. Kwaliteit

Optimalisatie van kwaliteit van het onderzoek is nagestreefd door het hanteren van een methodenmix: documentstudie, gesprekken met sleutelpersonen, groepsgesprekken in focusgroepen, individuele interviews met managers uit zorgorganisaties, raadplegen van onderzoek dat door anderen is verricht. Er vonden 11 groepsgesprekken of groepsinterviews (waarvan 6 panelgesprekken) plaats, 26 individuele interviews met bestuurders, 4 casestudies, coaches, projectleiders, leden van het IVZ team, ambtenaren van VWS en een enkele expert. Daarnaast vonden meer dan 15 informele gesprekken plaats met bestuurders en 'kenners' van de langdurige zorg. Er is gewerkt met 4 senior onderzoekers. Drie van hen namen steeds een eigen route gekoppeld aan een initiële claim, waarbij er steeds overlap was met routes van andere onderzoekers. De initiële presentatie van de opbrengst van een route is door een andere onderzoeker getoetst. De vierde onderzoeker bleef op afstand en checkte steeds of het opgebouwde resultaat deugdelijk was en vrij van persoonlijke meningen of onhoudbare interpretaties. Door frequent overleg over vraagstellingen, werkwijze en vondsten hebben de leden van de onderzoekersgroep elkaar scherp gehouden. Aanpak en opbrengsten zijn bovendien driemaal besproken met een externe begeleidingscommissie. Bij het ontwerp en de uitvoering van het onderzoek hebben we ons laten leiden door de gedachte dat ons werk in dienst staat van het leren van de overheid (Knottnerus, De Goede, Van der Knaap, 2016). Snel was duidelijk dat 'meten' niet echt mogelijk was. Vandaar dat we de uitkomsten zoals die gezien zijn door insiders, gekoppeld hebben aan achterliggende waarden die in het spel zijn. Bij het onderzoekswerk hebben we in nauwe samenspraak met het kernteam van IVZ gewerkt. We hebben volop geïnvesteerd in het opbouwen van vertrouwen tussen evaluator en opdrachtgever. Dat geldt ook voor de opdrachtgever. Onze onafhankelijkheid is daarbij gerespecteerd. Onderzoeksagenda, probleemstelling en aanpak zijn in samenspraak opgesteld, waarbij geen begrenzing is opgelegd aan onze 'nieuwsgierigheid'. Er is geen sprake van belangenverstrengeling. We hebben alle informatie verkregen die we wilden hebben.
We kunnen vrijelijk publiceren. Uiteraard hanteren we daarbij het principe 'no harm'. We spannen ons tot het uiterste in om te voorkomen dat personen en/of organisaties schade kunnen ondervinden van ons werk.

16 Bijlage 3. Achtergrondinformatie onderzoeksteam

		
Drs. Frank Bosboom Senior onderzoeker	Prof. Dr Gerhard Smid Senior onderzoeker	Dr. Arienne van Staveren Senior onderzoeker
		
Dr. Wilfred Verweij Senior onderzoeker	Epi Spree Secretaris onderzoek	

Het onderzoeksteam bestaat uit vier ervaren senior onderzoekers, die zowel wetenschappelijk als praktisch veranderkundig hun sporen hebben verdiend en een secretaris onderzoek. Allen kennen de sector langdurige zorg goed vanuit eerdere projecten (onderzoek, onderwijs, management, advies), maar zijn ook gewend om ‘met de ogen van een buitenstaander’ naar de dynamiek in dit type sectoren te kijken. De onderzoekers werken al langere tijd bij of met Sioo. Sioo heeft een goed ontwikkelde expertise op het gebied van (het evalueren van) grootschalige langlopende innovatie- en implementatieprogramma’s.

De onderzoekers participeerden als kernonderzoeker of onderzoeksbegeleider in tal van projecten. Naast werkzaam in onderzoeksprojecten zijn onderzoekers nauw betrokken als programmaontwikkelaar, programmaleider, coach op docent bij diverse activiteiten gericht op managers en/of adviseurs die sleutelrollen vervullen bij grootschalige innovatie- of implementatietrajecten.

Drs. Frank Bosboom

Frank Bosboom (1969) is organisatiepsycholoog en startte zijn werkzame leven als agogisch werker in een internaat voor zeer moeilijke opvoedbare kinderen. Hij is achtereenvolgens werkzaam geweest als verandermanager, innovator en general manager voor een aantal industriële bedrijven (Philips en Neways). Hij was 10 jaar managing partner van Holland Branding Group gespecialiseerd in ketensamenwerking voor o.a. zorg, sociaal domein en gebiedsontwikkeling. Sinds 2005 is Frank betrokken in het Sioo netwerk, waarin hij verschillende incompany trajecten op het gebied van ketensamenwerking en innovatie in netwerken heeft vormgegeven. Betrokken bij de School for Action research waarvoor momenteel een actie onderzoek bij Aveleijn wordt gedaan naar de interactie tussen begeleiders en cliënten in het kader van Aveleijns visie “een leven vol betekenis”.

Prof. dr. G.A.C (Gerhard) Smid

Gerhard Smid (1950) was van 1977 tot 1988 universitair docent arbeid en volwasseneducatie (VU). Van 1988 - 1991 faculteitsdirecteur (Bewegingswetenschappen VU). Sinds 1990 werkzaam als zelfstandig organisatieadviseur. Verbonden aan Sioo in diverse rollen: curriculumontwikkelaar, leermanager, coach, opleidingsdirecteur, directeur onderzoek, en rector a.i., thans onderzoeker/adviseur.
Sedert 2011 bijzonder hoogleraar bij de faculteit Management, Science & Technology van de Open Universiteit (PhD School of Management), begeleidt promovendi.
Aandachtsgebied: besturing en vernieuwing van professionele organisaties. Zette in nauwe samenspraak met opdrachtgevers experimentele leerplatforms en leertrajecten op om professionals en/of bestuurders te faciliteren bij het ontwikkelen van nieuwe en betekenisvolle rollen. Begeleidde innovatieteams (waaronder team van Vilans), zette flankerend onderzoek op en gaf daar leiding aan/resp. voerde het uit. Betrokken bij evaluatiestudies in hoger onderwijs, banken, gemeenten, care, cure. O.a. lid begeleidingscommissie Evaluatieonderzoek De Werkvloer Centraal. Opgeleid als andragoloog (UvA 1975) In 1988 gepromoveerd op organisatieleren in non-business organisaties.

Dr. Arienne van Staveren

Arienne van Staveren (1962) is directeur-bestuurder van LESI, Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie, een instituut voor Hoger Onderwijs, interventieonderzoek en veranderingen in het sociale domein. Als senior organisatiekundige en veranderkundige werkt zij aan complexe maatschappelijke taaie vraagstukken, waarin de afstemming tussen overheid, zorgorganisaties en burgers een belangrijke rol speelt. Zij is gespecialiseerd op inclusief en grensoverschrijdend samenwerken en wordt vooral gevraagd voor cultuur- en afstemmingsvraagstukken. De afgelopen jaren begeleidde zij grote onderzoeks- en verandertrajecten in de langdurige zorg, jeugdzorg, het veiligheidsdomein, welzijn en de overheidswereld. Als docent geeft zij les aan verschillende Masters (WO en HBO) over de onderwerpen leren innoveren, veranderkunde en leiderschap. Zij studeerde sociologie aan de Universiteit van Amsterdam en promoveerde in 2007 op leren grensoverschrijdend samenwerken bij veranderen en innoveren met het proefschrift ‘Zonder wrijving geen glans’. Daarvoor werkte zij meer dan 10 jaar als programmaleider bij Sioo waar zij leertrajecten

ontwikkelde, praktijkonderzoek deed en verandertrajecten in het sociale domein begeleidde. In 2010 kreeg zij, samen met Stichting Jeugdformaat de impactprijs voor een meerjarig onderzoeks- en verandertraject in de jeugdzorg.

Dr. Wilfred Verweij

Wilfred Verweij (1964) studeerde in 1989 af als bestuurskundige aan de Universiteit Twente op een onderzoek naar aangrijpingspunten voor overheidsbeleid ter stimulering van innovatie binnen jonge bedrijven. Sindsdien heeft hij afwisselend gewerkt als (beleids)adviseur, manager, docent, coach, toezichthouder en onderzoeker. Hij promoveerde in 2011 aan de Universiteit van Tilburg op een veranderkundig onderzoek naar de mogelijke rollen van buitenstaanders bij het weer op gang brengen van gestagneerde strategie- en organisatieontwikkeling. Het versnellen van ontwikkeling en het doorbreken van fixaties door het (slim) introduceren van systeemvreemde elementen (bijvoorbeeld nieuwe technologie, buitenstaanders, onbekende organisatiemethoden) is een terugkerend thema in zijn onderzoek, doceren en advieswerk. Tot 2012 werkte hij 18 jaar voor de Rotterdam School of Management van de Erasmus Universiteit: als directeur bedrijfsvoering, en later als ontwerper van MD-programma's voor bedrijven en zorgorganisaties, als docent en als (team)coach. Sinds 2012 is hij verbonden aan Sioo, waar hij onder meer verantwoordelijk is voor de Masteropleiding Executive Change Management, het Sioo-onderzoeksplatform, de Sioo School for Action Research, en het programma Besturen & Vernieuwen in de Zorg.

Epi Spree

Epi Spree werkt al jarenlang intensief samen met leden van het onderzoeksteam in verschillende projecten waaronder grote verandertrajecten in het onderwijs, zorg en welzijn. Momenteel is zij tien jaar werkzaam bij Stichting Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI) waar zij verantwoordelijk is voor bureauzaken en ondersteuning geeft bij onderwijstaken. Zij heeft een economische, facilitaire en informatica achtergrond. Zij werkte onder meer op directieniveau als medewerker archieven omroep, als applicatie- en systeembeheerder omroep, als opleidingscoördinator en bureaudirecteur.

17 Bijlage 4. Over Sioo

Sioo, Interuniversitair Centrum voor Organisatie- en Veranderkunde, verzorgt opleidingen en doet onderzoek met betrekking tot:

- samenwerkings- en afstemmingsvraagstukken binnen en tussen organisaties;
- conflicthantering;
- strategieontwikkeling;
- organisatieontwikkeling;
- coaching;
- leiderschap;
- uiteenlopende aspecten en vormen van verbetering, verandering en vernieuwing;
- allianties, partnerships en ketensamenwerking;
- organisatieontwerp;
- adviespraktijken/ de consultancymarkt, interventiestrategieën en aanpalende onderwerpen.

Sioo is een netwerkorganisatie van onderzoekende *practitioners*, en heeft toegang tot een groot aantal bestuurders, managers en professionals in tal van sectoren, in het bijzonder in het publieke domein. Het Sioo-netwerk groeit voortdurend, onder andere doordat nieuwe bestuurders, managers en professionals Sioo-opleidingen volgen of participeren in onderzoek.

Sioo-onderzoek is altijd praktijk georiënteerd. Doorgaans is sprake van actie-onderzoek, waarbij kennisontwikkeling en het realiseren van concrete verandering hand in hand gaan.