



REFLECTIES OP INNOVATIE IN DE ZORG

Koplopers in de Zorg

Mr. drs. (10)(2e)



INNOVATIE IN DE ZORG

In het voorliggende document wordt ingegaan op het fenomeen van innovatie in de zorg. De bevindingen in dit onderzoek zijn gebaseerd op de analyse van 150 Nederlandse topbedrijven en 140 zorgorganisaties in de periode 2015 – 2020 en op Real Drives Cure&Care-onderzoek onder 10.000 medewerkers in de zorg. Daarnaast heeft de interviewronde onder 40 hoogleraren en lectoren in het kader van de publicatie 'Agenda voor de toekomst. Contouren van de zorg in 2025' veel nieuwe inzichten opgeleverd. In het onderstaande gaan we eerst in algemene zin in op innovatie en vervolgens analyseren wij innovaties binnen de zorg, met speciale aandacht voor innovatie tijdens de Coronacrisis.

1. Innovatie

Als we kijken naar innovatie kunnen we meerdere typen innovatie onderscheiden, namelijk *product- en procesinnovatie* en *sociale innovatie*. Product- en procesinnovatie hebben betrekking op het product c.q. de dienst en de wijze waarop deze tot stand komt, sociale innovatie heeft betrekking op besturing en inrichting van de organisatie. Er wordt veel in de zorg geïnnoveerd als we de cijfers mogen geloven, maar de basis voor deze cijfers is vaak fragiel: uit de industrie weten we dat men niet willekeurige maar wel wenselijke cijfers doorgeeft aan het CBS in de trant van 'vorige was het 3,9%, laten we dit jaar maar 4,1% opgeven'. De reden is dat het moeilijk te traceren is hoeveel tijd er aan innovatie wordt besteed, men gaat er van uit dat het hele bedrijf meedenkt over verbetering van producten/diensten. Uit onderzoek in de zorg komt naar voren dat de zorg meer investeert in innovatie dan het bedrijfsleven, namelijk gemiddeld 5,1%. Daar vallen de nodige kanttekeningen bij te plaatsen, zeker als we het hebben over het rendement van deze investeringen.

2. Rendement

Innoveer doe je niet omdat er budget voor is maar omdat het rendement van je organisatie hier groter mee wordt. Dat rendement is noodzakelijk om de investering in de innovatie terug te verdienen. Als je dus 5% per jaar investeert mag je verwachten dat je in de daarop volgende jaren 5% meer rendement hebt in de vorm van meer geleverde uren, tevredener klanten of het opbouwen van een financiële reserve. Als dat niet het geval is, is de vraag aan de orde waarom je zou investeren.



Zoals gezegd ligt het investeringsniveau in de zorg op 5,1%. Jaarlijks. Uit geen enkel onderzoek of rapportage blijkt dat de afgelopen jaren de output in de zorg in de vorm van meer geleverde uren is gestegen, dan wel de kwaliteit hoger is ervaren, dan wel de financiële reserves zijn gegroeid. Er vindt niet gestructureerd ex ante en ex post onderzoek plaats, zodat mogelijke effecten op het terrein van de kwaliteit bijvoorbeeld onduidelijk zijn. In tegenstelling tot het bedrijfsleven is het dus volstrekt onduidelijk of innovatie in zijn algemeenheid tot betere of meer zorg leidt. Uitzondering daarop zijn delen van de cure waarin op basis van wetenschappelijk onderzoek innovaties worden geïntroduceerd. Met andere woorden: er is geen basis voor de veronderstelling dat het hoge percentage van het zorgbudget dat wordt besteed aan innovatie ook daadwerkelijk terug te vinden is de prestaties van de organisatie.

3. Redenen voor innovatie

De vraag is dus aan de orde waarom je zou innoveren. In het bedrijfsleven hanteert men de volgende indeling:

- wettelijke vereisten: nieuwe wetten vereisen aanpassingen
- technology push: nieuwe technologieën maken innovatie mogelijk
- market pull: de markt vereist andere producten/diensten
- verwonderen en leren: men vraagt zich af of producten en productieprocessen kunnen worden aangepast op basis van ervaringen.

Dit zijn de redenen voor innovatie in het bedrijfsleven. Als we dat naast de zorg leggen zien we dat *wettelijke vereisten* een belangrijke rol spelen in het doorvoeren van veranderingen in organisaties. Veranderingen zijn echter niet het type innovaties dat je op basis van wettelijke vereisten in het bedrijfsleven ziet ontstaan. Deze leiden daar vaak tot fundamentele veranderingen in producten en bedrijfsprocessen en dergelijke veranderingen kom je in de zorg weinig tegen. Wettelijke vereisten daar leveren over het algemeen meer ‘gedoe’ en meer administratie op en hebben vreemd genoeg dus een negatief effect op het rendement van de organisatie. De Coronacrisis (zie verderop) is hier een uitzondering op.

Technology push speelt vooral in de cure een rol, waarbij het naast nieuwe diagnose- en behandeltechnieken vooral om apparatuur gaat. Belangrijke kanttekening is dat het de fabrikanten van deze apparatuur zijn die de innovatie introduceren (een nieuwe apparaat) en dus niet de medici.



Oud en nieuw blijft naast elkaar bestaan waardoor het effect (lees rendement) van de innovatie onder de maat blijft: alles blijft bij hetzelfde, er komt gewoon iets bij.

Een andere vorm van technology push zijn nieuwe methodieken. Opvallend binnen de zorg daarbij is de weerstand tegen methodieken die niet 'in house' zijn ontwikkeld, wij kennen daar epische voorbeelden van. Dit past bij het beeld van de zorg als een sector waarin men met moeite over de eigen schutting heen kijkt en weinig geneigd is door anderen ontwikkelde innovaties als bijvoorbeeld methodieken over te nemen. Daarbij speelt (het ontbreken van) de aantoonbaarheid van de effecten van een nieuwe methodiek vaak een rol.

Market pull speelt een geringe rol in de zorg: de klant is slecht geïnformeerd en heeft als individu niet de kracht zijn eisen kracht bij te zetten, de zorgorganisatie bepaalt.

Verwonderen en leren speelt een belangrijke rol in de zorg, m.n. is onze ervaring op het terrein van sociale innovatie, lees organisatie-aanpassing. De vraag is of dit onder innovatie valt, maar uit onze analyse van 150 zorgorganisaties komen mooie voorbeelden van integrale en complexe veranderingstrajecten naar voren. De uiteindelijke vraag of deze veranderingen tot een beter rendement hebben geleid blijft natuurlijk onbeantwoord. Het is wel mogelijk het innovatieproces te beoordelen, maar niet het uiteindelijke resultaat, want hoe mooi ook, het kan tot niets geleid hebben.

4. Sleutelsuccesfactoren innovatie

Wij onderscheiden op basis van ons onderzoek de volgende sleutelsuccesfactoren voor innovatie in de zorg:

- duidelijke output
- helder project
- focus
- betrokkenheid bestuur
- draagvlak.

Duidelijke output is van groot belang voor zowel de medewerker als de klant. Het blijkt in de praktijk dat veel innovaties in de zorg geen duidelijke output hebben gedefinieerd. Bijvoorbeeld: wat levert



de introductie van een nieuwe methodiek of werkwijze nu op? Een duidelijk output houdt iedereen bij de les, kan mensen overtuigen en zorgt er voor dat je vooraf en achteraf onderzoek kunt plegen om te kijken of en welke effecten de innovatie op de klant heeft (meer uren, betere kwaliteit of speel je uren vrij die je elders kunt inzetten). Onze ervaring is dat er zelden naar output in de vorm van outcome (effecten bij de klant) wordt gekeken en de nadruk vooral ligt op de introductie van de innovatie, bijvoorbeeld een nieuwe methodiek.

Een *helder project* is een noodzakelijke basis voor een innovatie. In de zorg blijkt projectmatig werken zwak ontwikkeld en zit er veel discontinuïteit in projecten. Deze discontinuïteit wordt veroorzaakt doordat mensen part time werken en er door vakanties, ziektes, opleidingsdagen, vertrek naar een andere baan voortdurend gaten vallen. Het bedrijfsleven kent deze vormen van discontinuïteit veel minder en projecten kennen daarnaast een duidelijke output, een veel betere stroomlijning en lagere doorlooptijd. Daarnaast is een punt van aandacht dat in de zorg men altijd streeft naar onderlinge overeenstemming: iedereen moet zich in een voorstel kunnen vinden. Dit gecombineerd met de eerder geconstateerde discontinuïteit maakt het moeilijk om innovatieprojecten tot een goed einde te brengen. Laat staan op te schalen.

Focus ontstaat doordat alle betrokkenen zich realiseren dat de innovatie er toe doet: het levert een helder resultaat op (duidelijke output), een resultaat dat bijdraagt aan de continuïteit van de organisatie en het is de investering waard. Deze drie elementen ontbreken veelal in zorgorganisaties: continuïteit is geen probleem, tenzij je het heel bont maakt, duidelijke output ontbreekt en de afweging investering versus opbrengsten wordt nooit gemaakt. Het is dus met andere woorden heel moeilijk om focus te houden in innovatieprojecten in de zorg.

Betrokkenheid van bestuur is van groot belang, überhaupt, maar zeker bij veranderings- en innovatieprojecten. Daar zit hem een van de grootste knelpunten in zorgorganisaties: onderzoek onder 10.000 medewerkers, managers en bestuurders in de zorg laat zien dat bij de laatste groep de focus ligt op visie en resultaten – de *richting* van de organisatie –, en niet op het uitwerken van de visie naar de organisatie – de *inrichting* van de organisatie –, laat staan de werkvloer – het *verrichten* in de organisatie. Aangezien de verschillende managementlagen onder het bestuur veelal worden geselecteerd op basis van dezelfde kenmerken als die van de bestuurders, zie je in zorgorganisaties een kloof tussen bestuurders en managers enerzijds en de werkvloer anderzijds ontstaan.



Bestuurders in de zorg voldoen zelden aan de eisen die Kets de Vries maar bijvoorbeeld ook Mintzberg stellen aan leiders: ze dienen te beschikken over *visionaire* en *architectonische* kwaliteiten. Ze moeten niet alleen een strategie kunnen uitzetten maar deze ook de organisatie kunnen herinrichten. Dit gebrek aan leiderschap op inrichtings- en verrichtingsniveau is een van de meest in het oog springende karakteristieken van zorgorganisaties. Het verklaart de onvrede op de werkvloer: allerlei voorwaardenscheppende zaken zijn niet goed geregeld en bestuur kent geen verbinding met het primair proces en de medewerkers. Daarentegen worden medewerkers bedolven onder protocollen, procedures, rapportagevereisten uit de systeemwereld die ongecensureerd naar de werkvloer worden doorgedelegeerd. Dit is een slechte basis voor innovatie: in feite worden gedemotiveerde medewerkers betrokken bij weer een veranderings- of innovatieproces, waarvan ze er al zo veel hebben zien sneven. En hun eigen werksituatie verbetert er niet door.

In het bedrijfsleven is dat geheel anders: daar is – zeker bij de niet-beursgenoteerde bedrijven – de top altijd zeer geïnvolveerd in de gehele organisatie en krijgt innovatie alle aandacht: het kost immers geld dat moet worden terugverdiend en heeft betrekking op de continuïteit van de organisatie. Bij de door ons geanalyseerde zorgorganisaties zie je dat zodra het bestuur er bij betrokken is, lijnen uitzet en inrichtingsvraagstukken oppakt de resultaten overtuigend zijn, met als kanttekening dat dan nog het rendement onduidelijk is. Kenmerken van dit type bestuurders zijn:

- men is ontevreden met de huidige situatie
- gaat zelf op onderzoek uit wat er mis is en wat beter kan
- gaan iteratief te werk, dus niet met een uitgeschreven plan, maar al werkende weg stappen zetten en interventies plegen. Deze interventies kunnen heel divers zijn, van een notitie tot een toneeldag
- werkt met wisselende coalities
- heeft een goed gevoel voor de onderstroom, voelt dat aan, ziet wat er leeft, speelt daar op in en weet mensen betrokken te houden
- heeft vaak een achtergrond in het bedrijfsleven (weet hoe het anders kan) of een psychologische, sociologische, pedagogische achtergrond (gevoel voor onderstroom en systemische benadering).

Met andere woorden: deze succesvolle innovatieprojecten voldoen op geen enkele wijze aan de hedendaagse verandertheorieën, wat aangeeft dat de wetenschap op dit terrein ver van de realiteit af staat.



Draagvlak creëren is niet een ieder gegeven. Door het in veel gevallen ontbreken van de bestuurder(s) in innovatieprojecten en daardoor de zwakke legitimiteit moet de projectleider zelf op basis van zijn/haar gezag iedereen in het gelid zijn te krijgen en houden. Houvast op het terrein van output, projectstructuur, focus en betrokkenheid bestuur ontbreken veelal waarbij het veel moeite kost de eindstreep te halen. En dan heb je het vaak over een pilot die veelal niet serieus wordt geëvalueerd en dan nog moet worden opgeschaald. Daar is met name draagvlak voor nodig en dat krijg je alleen als het projectteam en alle betrokkenen het enthousiasme wat er is willen delen met anderen. Hierbij speelt de eerder genoemde onderstroom in zorgorganisaties een grote rol: het sentiment kan zich tegen de innovatie keren, het geheel bloedt dood en er komt geen vervolg in de vorm van opschaling.

5. Conclusie

Resumerend: er vallen veel kanttekeningen te plaatsen bij innovaties in de zorg. Er wordt veel over gesproken en er circuleren veel voorbeelden. Het is echter zeer de vraag of al deze innovaties bijdragen aan het verhogen van het rendement van zorgorganisaties op het terrein van productie, kwaliteit en financiën. Daarnaast leren organisaties helemaal *niets* van elkaar: men is niet geïnteresseerd in elkaars inspanningen op het terrein van innovatie, verzet zich tegen het overnemen van andermans innovaties en is niet in staat om de essentie van de eigen innovatie onder woorden te brengen. Los daarvan profileert een groot aantal zorgorganisaties zich als innovatief zonder daar bewijzen voor aan te voeren anders dan activiteiten als het promoten van hun ideeën en projecten. Dat maakt het moeilijk om de schapen van de bokken te scheiden. De innovaties die wij hebben gezien lenen zich voor analyse en dan kan al snel duidelijk worden of en onder welke randvoorwaarden een innovatie een succes kan worden. Vanuit Koplopers hebben we dit jarenlang gedaan maar we moeten constateren dat er geen enkele van onze zorgpartners aangedragen innovaties ooit is overgenomen door een andere organisatie. En dat terwijl in het bedrijfsleven men juist voortdurend op zoek is naar innovaties bij anderen.



6. Innovatie tijdens Corona

In de afgelopen periode hebben we gezien dat onder druk van de Coronacrisis maatschappijbreed allerlei innovaties van de grond zijn gekomen. Als we kijken naar de randvoorwaarden voor innovatie ontstaat het volgende beeld.

Redenen voor innovatie

- wettelijke vereisten: organisaties moesten zich aan nieuwe normen en regels houden
- technology push: er was een aantal technologieën als beschikbaar die meteen konden worden ingezet
- market pull: de klanten eisten dat de organisatie inspeelt op de meest recente ontwikkelingen
- verwonderen en leren: niet echt aan de orde.

Innovatieproces

- duidelijke output: de output was veelal duidelijk
- helder project: men moest op korte termijn resultaten laten zien, projectteams kregen veel verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- focus: de focus was voortdurend helder
- betrokkenheid bestuur: het bestuur was zeer betrokken, ook bij inrichtingsvraagstukken
- draagvlak: er was veel draagvlak voor beslissingen en innovaties.

De conclusie is dat er onder druk veel mogelijk is, met als kanttekening dat het veelal 'eenvoudige', operationele innovaties betreft op het terrein van 'hoe om te gaan met Corona'. Op basis van een inventarisatie (volgt) is het mogelijk aan te geven welke van de innovaties een strategisch karakter heeft dat de moeite van het opschalen waard is. Het zou verder mooi zijn als alle betrokkenen zich zouden realiseren hoe belangrijk de bovengenoemde randvoorwaarden voor innovatie zijn. En dat de ultieme vraag – levert de innovatie een beter rendement op? – beantwoord gaat worden.