

Veranderen van onderop in de ouderenzorg

Is de Baron van Münchhausen op het droge te krijgen?

Anneke Offereins & Klaas ten Have

De ouderenzorg in Nederland maakt al enkele jaren een ingrijpende transitie door als gevolg van de vergrijzing en de financiële crisis (SER, 2008; Helderman e.a. 2013; Van Dalen e.a. 2010; Sociaal Cultureel Planbureau, 2013). Er is door zorgorganisaties hard gewerkt aan vernieuwing en verandering. De veranderaanpak van zorgorganisaties verschillen echter sterk van elkaar, met als uitersten van bovenaf gestuurd volgens vastomlijnde plannen, tot van onderop laten ontstaan. Over het vraagstuk welke aanpak nu het meest succesvol is, wordt een levendige discussie gevoerd in de literatuur over organisatieverandering (o.a. Beer & Nohria, 2000; Boonstra, 2010; Kolind & Bøtter, 2014). Het is de vraag of een organisatie überhaupt in staat is om zichzelf te veranderen in de gewenste richting. Daarnaast hebben de meeste zorgorganisaties doorgaans in meer of mindere mate eigenschappen van een bureaucratisch systeem. Kan een bureaucratische organisatie transformeren tot een cliëntgerichte organisatie? Alles in een bureaucratisch systeem is er juist op gericht om dit systeem in stand te houden. Fruytier (1994) duidt dit ook wel als de paradox van de Baron van Münchhausen (Fruytier, 1994). Het Experiment sociale innovatie, ontwikkeld door BrabantZorg, brancheorganisatie ActiZ en de HU¹ was één van de veranderinitiatieven dat als doel had om het bureaucratische systeem te doorbreken en meer regelruimte te creëren voor medewerkers. Bij de veranderaanpak was bewust gekozen voor een bottom-up aanpak. BrabantZorg heeft na het experiment samen met de HU de aanpak doorontwikkeld en opgeschaald. Heeft deze veranderaanpak gewerkt, en belangrijker nog, ook beklijfd? Met andere woorden, is de Baron in staat geweest om na enige hulp op eigen kracht aan de kant te komen, en ook om de vaste grond onder zijn voeten te houden?

Dit artikel gaat over het uitvoeren van een kleinschalige en grootschalige veranderinterventie door een zorgorganisatie. Het doel van dit artikel is om inzicht te krijgen in de slaag- en faalfactoren van organisatieverandering die hierbij een rol hebben gespeeld. Centraal staat de ervaring die BrabantZorg heeft opgedaan met bottom-up veranderen.

Drs. Anneke Offereins is senior onderzoeker bij het lectoraat Organiseren van verandering in het publieke domein binnen het Kenniscentrum Sociale Innovatie en docent aan de opleiding HRM van Hogeschool Utrecht. Zij is bezig met haar promotieonderzoek over bottom-up organisatieverandering in de ouderenzorg.

Dr. Klaas ten Have is lector Coöperatief Ondernemerschap binnen het Kenniscentrum Innovatie & Business van de Faculteit Economie & Management van de Hogeschool Utrecht. Hij combineert zijn aanstelling als lector met een functie als senior business consultant Innovatie en Arbeidsproductiviteit bij TNO.

Wij beschrijven de manier waarop BrabantZorg dit heeft aangepakt en de leerervaringen die gedurende het verandertraject zijn opgedaan. In het eerste deel van het artikel gaan wij dieper in op de ontwikkelingen in de ouderenzorg en duiden wij met behulp van literatuur hoe zorgorganisaties hierop hebben ingespeeld. In het tweede deel van het artikel bespreken wij de resultaten van de kleinschalige veranderinterventie door BrabantZorg, gevolgd door de resultaten van de grootschalige veranderinterventie, die in het derde deel aan bod komen. Wij ronden het artikel af met de conclusies en discussie van de resultaten.

De Nederlandse ouderenzorg: zorgmedewerkers en cliënten vastgezogen in het moeras van de bureaucratie

Door de vergrijzing en oplopende kosten speelt het vraagstuk van kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering in de zorg een steeds grotere rol. Aan het begin van deze eeuw lag het accent in het overheidsbeleid daarom nadrukkelijk op het terugdringen van de kosten en werd marktwerking sterker gestimuleerd. Hiermee hoopte de overheid de concurrentie in de zorg te bevorderen en efficiëntie te stimuleren (Boot e.a. 2005). Deze maatregel had onder meer als effect dat zorgorganisaties naar schaalvergroting zochten. Zij beoogden hiermee inkoop- en efficiencyvoordelen te behalen en een steviger concurrentie- en onderhandelingspositie te creëren ten opzichte van concurrenten en zorgverzekeraars. Dit leidde tussen 1990 en 2010 zelfs tot een fusiegolf in de ouderenzorg waarmee grote organisaties ontstonden die verpleging, verzorging, thuiszorg en kraamzorg onder één dak integreerden (Almekinders 2006; Zorgvisie 2011). De keerzijde van deze ontwikkeling was dat veel zorgorganisaties groot, log, onpersoonlijk en organisatorisch complex werden. De organisaties werden ‘gerund’ als een gewoon bedrijf (Van Hout e.a., 2007). Het streven naar efficiëntie en kostenbeheersing kwam haaks te staan op het creëren van klantgerichtheid en betrokkenheid van medewerkers. Het gevolg was dat cliënten zich niet langer als persoon behandeld voelden en zorgprofessionals steeds meer vervreemd raakten van hun vak. Voor bezieling was geen plaats (Transitiearena Zorg, 2009). De nieuwe ideologie was niet meer de ideologie van de professionele roeping, maar de ideologie van efficiency, standaardisatie, meetbaarheid en kwantiteit. Een verschuiving van een ‘cult of purpose’ naar een ‘cult of performance’ (Homan, 2015). Hierdoor werd het gedrag van zorgmedewerkers niet langer primair door henzelf bepaald, maar van buitenaf door elders bepaalde normen, regels en standaarden (Homan, 2015; Ten Have, 2009). Ze leken vastgezogen in het moeras van het bureaucratische systeem.

In de afgelopen decennia heeft dit bureaucratische systeem, dat voornamelijk gebaseerd is op het Tayloristische gedachtegoed, gedomineerd in de Nederlandse ouderenzorg. Veel zorgorganisaties hebben daar in meer of mindere mate kenmerken van. De gedachte was dat standaardisatie de kosten van de zorg kon drukken en efficiënter zou maken. Als gevolg hiervan werd een scheiding ingevoerd tussen het denken (regelende taken) en het doen (uitvoerende taken). De medewerkers hielden zich bezig met de verzorgende taken, de managers regelden de planning, het rooster, het budget en besluitvorming etc. Ook taaksplitsing is hiervan een kenmerk:

het geheel aan verzorgende taken werd opgesplitst in deeltaken, zodat één medewerker sneller meerdere cliënten kon helpen door zich maar op één of enkele taken te richten. Door te sturen op productie en tijd werd de indruk gewekt dat het proces volledig bestuurbaar en beheersbaar zou zijn. Het feitelijke effect van deze wijze van organiseren wordt inmiddels breed onderkend: cliënten verliezen het echte contact met medewerkers, omdat zij meerdere keren op een dag nieuwe gezichten zien. Medewerkers raken vervreemd van hun werk, omdat zij het gehele zorgproces niet meer overzien. Voor oprechte aandacht voor cliënten is simpelweg geen tijd. Medewerkers dreigen afgestompt te raken in het dagelijkse routinematige werk. Zij ontwikkelen die dagelijkse routines om hun werk zo efficiënt mogelijk in de daarvoor beschikbare tijd te doen. Gelegenheid om stil te staan bij het feit waarom ze dingen op een bepaalde manier doen en bedenken of die ook effectief zijn, is er niet. Daarom worden die routines dagelijks herhaald. Een centrale planner is nodig om de complexe planning voor hen te maken, omdat medewerkers anders het totaal niet kunnen overzien. Vervolgens is de manager nodig om dit aan te sturen en te controleren. Medewerkers hebben in dit model niet de regelruimte noch de regelcapaciteit om zelf beslissingen te nemen en die uit te voeren. Maar dat hoeft ook niet, want daar is de manager immers voor. Hierdoor voelen medewerkers ook niet altijd de verantwoordelijkheid, want die ligt bij de manager. Als er dan dingen misgaan, ligt het voor de hand dat de manager die problemen oplost, waarmee de manager de bevestiging krijgt van 'zie je wel, als ik er niet ben gaat het mis'. Voor je het weet, creëer je een situatie van aangeleerde hulpeloosheid. Nieuwe regels en controle op die regels moeten de schijnzekerheid geven dat dergelijke problemen zich niet meer voor kunnen doen en dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd is. Zo neemt de formalisatie in de organisatie toe en wordt het bureaucratische systeem verder versterkt. Kuipers e.a. (2010) noemen dit probleem ook wel de 'vicieuze cirkel van de bureaucratie'. Hoewel bovenstaande voorbeelden ter illustratie zwaar zijn aangezet, worstelen veel zorgorganisaties vandaag de dag nog steeds in meer of mindere mate met dit vraagstuk.

Deze vicieuze cirkel van bureaucratie moet doorbroken worden om te kunnen veranderen in een organisatie die zich openstelt voor een veranderlijke omgeving en in kan spelen op de eisen die de omgeving stelt. Het tij moet keren, maar hoe doe je dat? Daarvoor heeft de organisatie immers de eigenschappen nodig van een cliëntgerichte organisatie met een flexibele structuur en cultuur die zij nu juist niet heeft als bureaucratisch systeem. Dit vraagstuk is het probleem van de Baron van Münchhausen: hoe komt de baron weer op het droge (Fruytier, 1994)?

BuurtZorg Nederland: inspiratiebron hoe het anders kan

Volgens brancheorganisaties van de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de GGZ en het ministerie van VWS moet de oplossing in de zorg zelf gevonden worden. Met dit doel startte in 2005 het 'Transitieprogramma in de Langdurende Zorg' om kansrijke radicale vernieuwingen in de langdurende zorg te ondersteunen en te realiseren. Eén van de eerste experimenten was de oprichting van Buurtzorg Nederland. Buurtzorg werd in het kader van het transitieprogramma in 2006 opgericht als reactie op

de schaalvergroting in de thuiszorg en de opkomst van de zogenoemde stopwatchzorg (NIVEL, 2008). Oprichter Jos de Blok - ooit zelf werkzaam geweest als verpleegkundige - handelde uit onvrede met het bestaande thuiszorgsysteem en begon zijn eigen, nieuwe organisatie op basis van zijn visie op goede en efficiënte zorg. Zijn zorgconcept bestond uit zelfsturende teams van maximaal tien tot vijftien HBO-opgeleide (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden en een hele platte, slanke organisatie ter ondersteuning van de teams. Deze teams regelen alles zelf: de werving en zorg voor cliënten in hun wijk, een kantoor, scholing, de planning, het dienstrooster en de administratie. Zij kunnen zo nodig de hulp inroepen van een coach. Geen managers, geen centrale planner, geen grote, logge stafdiensten, regels of protocollen. Het bleek een groot succes: cliënten waren uiterst tevreden en medewerkers klopten op de deur om daar te mogen werken. De organisatie is inmiddels uitgegroeid tot een landelijk netwerk van 310 Buurtzorg teams in Nederland (Buurtzorg.nl). De kanteling van denken, de beperkte overheadkosten en nagenoeg afwezige managementkosten, verklaren voor een belangrijk deel het succes van Buurtzorg. Buurtzorg heeft hiermee de sector op z'n grondvesten doen schudden en inspireert tot vandaag de dag veel zorgorganisaties. Tegelijkertijd was daar ook het besef dat Buurtzorg dit succes heeft kunnen bereiken, doordat zij als volledig nieuwe organisatie van start is gegaan. Vanuit een 'groene weide' situatie een nieuwe zorgorganisatie neerzetten, maakt dat je niet te maken hebt met de ballast die bestaande organisaties met zich meebrengen. Op die manier heeft Jos de Blok in feite voorkomen dat de Baron van Münchhausen überhaupt in het moeras zou zakken. Zou een dergelijke kanteling ook mogelijk zijn binnen een bestaande organisatie?

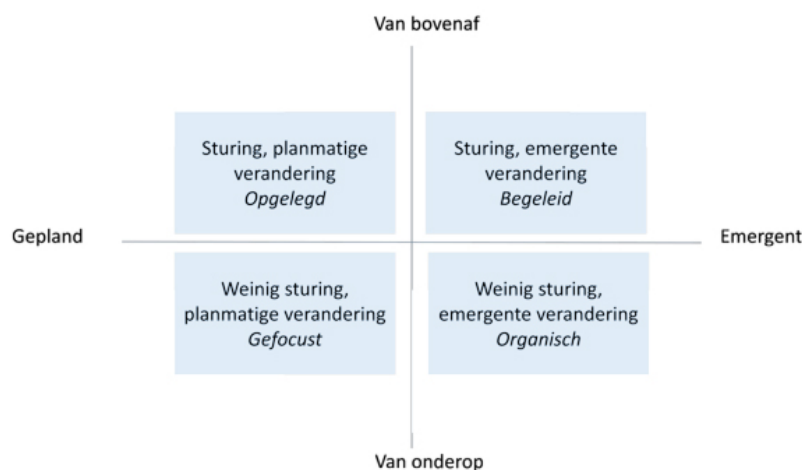
Organisatieverandering door bestaande zorgorganisaties

Buurtzorg vormde een inspiratiebron voor de sector om meer experimenten op te zetten. De ouderenzorg werd door de overheid nog redelijk ontzien na het uitbreken van de financiële crisis in 2008, waardoor het mogelijk was om te investeren in zorgvernieuwing en innovatie. Een voorbeeld hiervan was het meerjaren programma *In voor Zorg!* gefinancierd door het ministerie van VWS. Ook brancheorganisatie ActiZ stimuleerde nieuwe experimenten in de sector. Het advies van de commissie van Roon in 2010 was daarbij de leidraad: waardecreatie voor cliënt en maatschappij samen met financieel maatschappelijke opbrengsten (ActiZ, 2010). Zou een bestaande zorgorganisatie in staat zijn om tot dezelfde indrukwekkende resultaten te komen als Buurtzorg? Veel zorgorganisaties initieerden destijds veranderinitiatieven waarin zij toewerkten naar betere zorg, meer werkplezier voor medewerkers en een efficiënte organisatie. De zorgorganisaties verschilden onderling echter sterk in hun aanpak van het veranderproces. Sommige zorgorganisaties introduceerden een nieuw organisatie-model volgens een vastomlijnd plan dat werd uitgerold over de organisatie, al dan niet gedreven vanuit financiële noodzaak om te bezuinigen. Van medewerkers werd verwacht dat zij hierin mee gingen vanuit een gedeeld besef van urgentie om te veranderen. Andere zorgorganisaties hanteerden geen uitgewerkte plannen, maar kozen voor geleidelijke ontwikkeling waarin ruimte was voor medewerkers om hier hun eigen invulling aan te geven. In deze veranderstrategie lag het accent met name

op het experimenteren en leren van een sterk visie gedreven aanpak. Wij beogen met dit artikel niet de verschillende veranderstrategieën te kwalificeren in termen van een minder goede of betere aanpak. Er leiden immers meerdere wegen naar Rome. Wij benoemen echter verschillen in de aanpak om de aanpak door BrabantZorg beter te kunnen duiden.

De verschillende veranderstrategieën zijn te karakteriseren door twee dimensies: de mate van sturing die aan de verandering gegeven wordt en de mate waarin de verandering gepland is (Bekkers & Noordegraaf, 2015, zie figuur 1). Bij veel sturing worden veranderingen van bovenaf opgelegd. Medewerkers hebben dan weinig tot geen keuze om met de verandering mee te gaan. Bij weinig sturing worden medewerkers juist uitgenodigd om mee te discussiëren en mee te beslissen over veranderingen (Thompson & Sanders, 1997). Geplande verandering is een bewuste beslissing om de organisatie te veranderen op een vooraf bepaalde wijze richting een concreet doel (Porras & Robertson, 1992, in Burke, 2002 p. 129). Emergente verandering, daarentegen, gaat om het vormgeven van nieuwe patronen van organiseren zonder dat daar een expliciete intentie achter zit (Orlikowski 1996, in Burke, 2002 p. 65). Met deze twee dimensies ontstaan vier ideaaltypische vormen van organisatieverandering, waarvan de *opgelegde verandering* (veel sturing en planmatig) en de *organische benadering* (weinig sturing en emergent) de twee uiterste en meest algemeen bekende vormen zijn. Het model laat ook twee andere vormen zien: de *begeleide verandering*, waarin organisatieverandering bewust door een bestuur of management wordt gestuurd om specifieke doelen te behalen, maar waarin medewerkers in de uitwerking, het 'hoe' van de verandering, worden vrijgelaten. En de variant *gefocuste verandering*: een aanpak met weinig sturing van bovenaf op de inhoud, maar die wel op planmatige wijze vorm gegeven (o.a. Noordegraaf & Bekkers, 2015).

In de praktijk komen deze ideaaltypen nagenoeg niet voor. Over het algemeen zijn het gecombineerde strategieën die overwegend kenmerken van een bepaald ideaaltype hebben. Het model leent zich er echter wel voor om de veranderstrategie die door BrabantZorg gebruikt is verder te typeren.



Figuur 1. Van onderop of van bovenaf veranderen: vier modaliteiten van organisatieverandering (gebaseerd op Bekkers & Noordegraaf, 2015)

Het experiment sociale innovatie bij BrabantZorg was één van de experimenten dat zo'n vijf jaar geleden in de ouderenzorg geïnitieerd werd. Het doel van het project was de dialoog tussen cliënt en zorgprofessional centraal stellen met de cliënttevredenheid als uitgangspunt, waarbij de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van cliënten belangrijke factoren waren (ActiZ, 2010). Niet alleen het realiseren van het experiment zelf, maar ook het overdragen van kennis en ervaring uit het experiment als methodiek naar de sector was een belangrijke doelstelling: welke leerervaringen zou de organisatie opdoen over het ontwerpen en veranderen van onderop waar andere zorgorganisaties van konden leren? Het resultaat was de handreiking sociale innovatie: 'Samen op reis met de cliënt als kompas' (Offereins & Fruytier, 2013).

De kleinschalige veranderinterventie bij BrabantZorg had de meeste gelijkenis met de *'gefocuste'* variant van verandering. Dit experiment werd bewust niet van bovenaf, maar van onderop ontwikkeld. Het werd op initiatief van het bestuur opgezet, maar de regie werd bij de medewerkers gelegd. Het bestuur en management hielden hun handen op hun rug. Voor hen kwam het aan op vertrouwen en loslaten van de inhoud, maar wel ondersteuning bieden aan het proces. Er werd geen gebruik gemaakt van uitgewerkte projectplannen of vastomlijnde organisatieconfiguraties. De aanpak kende wel een relatief strakke regie op het proces dat stapsgewijs werd aangepakt. Medewerkers namen het voortouw voor de richting waarop het veranderproces uitging: welke verbeteringen en vernieuwingen zouden zij graag zien om betere zorg en meer werkplezier te krijgen? De cliënt vormde gedurende het hele project het vertrek- en eindpunt en werd gaandeweg door de medewerkers zelf actief bij het proces betrokken.

BrabantZorg maakte na afronding van het experiment deze verandermethode onderdeel van haar strategie en besloot tot opschaling van de aanpak, om meer teams in de gelegenheid te stellen om te veranderen. Het doel was om zoveel mogelijk medewerkers te bereiken en te enthousiasmeren om mee te doen. In vijf jaar tijd hebben 21 teams op 12 van de in totaal 30 locaties aan verandering gewerkt of zijn hier nog steeds mee bezig. De veranderaanpak is hiermee geen eenmalig project, maar een veranderbeweging geworden.

Hoe heeft BrabantZorg het kleinschalige veranderproces samen met de HU aangepakt? Hebben zij daarna ook op grootschalige wijze verandering kunnen realiseren en hiermee een manier gevonden om de Baron op het droge te krijgen en te houden? In onderstaande paragraaf beschrijven wij allereerst de leereffecten van de kleinschalige veranderinterventie, gebaseerd op het experiment sociale innovatie dat vijf jaar geleden ontwikkeld is. Daarna gaan wij in op de grootschalige veranderinterventie die gericht was op de doorontwikkeling van de aanpak.

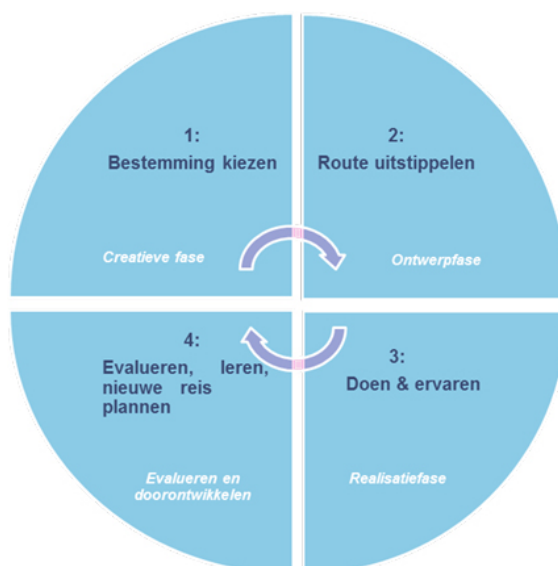
De kleinschalige veranderinterventie: het experiment sociale innovatie 2011-2012

In januari 2011 is het experiment gestart en had een doorlooptijd van anderhalf jaar. Teams konden zich aanmelden voor deelname. De selectie werd door de onderzoekers gedaan. Een belangrijk criterium was diversiteit: qua zorgtype en de ontwikkeling waarin de teams zich bevonden. Er werd gekozen voor teams van een afdeling voor psychogeriatric (besloten afdeling), kleinschalig wonen (twee huisjes) en een afdeling voor somatische zorg. De eerste twee teams wilden graag aan het experiment meewerken en zagen dit als kans. In deze teams werkten de medewerkers al redelijk goed samen. Het derde team was onderdeel van twee grote afdelingen en stond niet te springen om mee te doen. De afdeling had de laatste jaren financieel onder druk gestaan en de onderlinge samenwerking tussen medewerkers verliep niet geheel vlekkeloos. De leidinggevenden (teammanagers) die samen de afdelingen aanstuurden verzochten “we krijgen het team maar niet in beweging”. In het kader van diversiteit werd dit team door het bestuur aangewezen om mee te doen.

Het experiment werd door (docent)onderzoekers van de HU gefaciliteerd in de rol van procesbegeleider. Dit waren onderzoekers met een bedrijfskundige achtergrond en/of gespecialiseerd in HRM. Zij kregen ondersteuning van twee programmamanagers van BrabantZorg en leidinggevenden van de teams. Er is een nul- en nameting uitgevoerd, waarvoor medewerkers, managers, (familieleden van) cliënten, en vrijwilligers zijn geïnterviewd. Tijdens de metingen werden ook het ziekteverzuim en de medewerkerstevredenheid gemeten, evenals de cliënttevredenheid. Gedurende het experiment hebben de onderzoekers het proces geobserveerd en vastgelegd. Behalve een strategisch kader dat door het bestuur voor de organisatie gedefinieerd werd, waren de medewerkers vrij om hun dromen kenbaar te maken en die zoveel mogelijk te realiseren. In principe werden geen beperkingen meegegeven, behalve de randvoorwaarde dat de zorgkwaliteit gewaarborgd bleef. Er was een beperkt budget beschikbaar voor extra investeringen. Als een team een investering wilde doen, dan werd hen verzocht om de haalbaarheid van de plannen te onderzoeken en met een voorstel te komen. Die werd vervolgens door het bestuur en management bekeken en veelal binnen de mogelijkheden gehonoreerd.

Tijdens het experiment is gebruik gemaakt van de metafoor van het maken van een reis om medewerkers een beeld te geven van het veranderproces. De reis van organisatieverandering bestond uit vier trajecten en per traject uit verschillende stappen (Offereins & Fruytier, 2013, zie figuur 2):

1. Creatieve traject: het kiezen van de bestemming
2. Ontwerptraject: het uitstippelen van de route
3. Realisatietraject: het doen en ervaren
4. Evalueren, leren en doorontwikkelen: terugkijken, leren en een nieuwe reis plannen



Figuur 2. De verandermethodiek voor organisatieverandering van onderop (Offereins & Fruytier, 2013)

De veranderinterventie werd bewust gestart met het creatieve traject, om medewerkers vanaf het begin te laten dromen over hun ideaalbeeld van de zorg en hun eigen afdeling. Zo werden zij los gemaakt van huidige patronen in denken en handelen en werd hun intrinsieke motivatie aangeboord. Voor het losmaken van de creativiteit is gebruik gemaakt van een door De Bono ontwikkelde methode om een creatieve en innovatieve denkstijl te ontwikkelen (De Bono, 2011). Hun dromen bundelden zij in een houtskoolschets voor de gewenste situatie. In de ontwerpfase werkten zij de dromen uit de houtskoolschets uit in plannen. Tot slot gingen de teams in de realisatiefase aan de slag met het implementeren van de veranderingen in de dagelijkse werkprocessen en omgeving. In de laatste fase werd teruggeblikt maar ook vooruitgekeken: waar staat het team nu en wat zijn nieuwe dromen? Procesbegeleiders en leidinggevendenden anticipeerden op wat gebeurde en gaven de ondersteuning die de teams op dat moment nodig hadden, zoals handvatten voor het uitzoeken van zaken, of het leren om elkaar feedback te geven. In de praktijk betekende dat voor de begeleiders vaak laveren en keuzes maken tussen sturen en loslaten. Er is bewust toegewerkt naar het afbouwen van de afhankelijkheid van de teams van begeleiding en sturing.

Om de afhankelijkheid van teams van hun leidinggevendenden te verkleinen en bestaande hiërarchische patronen te doorbreken, werd aan de teammanagers gevraagd om met name in het creatieve proces zichtbaar een stapje terug te doen. Qua inhoud, niét qua proces. Dit vroeg van hen om de teams los te laten bij het dromen, maar achter de schermen verbinding te houden met het proces en vinger aan de pols te houden bij de medewerkers. De teammanagers schoven aan het eind van elke bijeenkomst het laatste half uur of kwartiertje aan. Medewerkers konden dan hun vragen aan hun leidinggevendenden voorleggen, zodat die hen kon coachen bij het dromen en plannen maken. Zo kregen de teammanagers de mogelijkheid om op de hoogte te blijven van alle vorderingen en hun coachende rol te pakken door vraaggericht te

ondersteunen. De procesbegeleiders en teammanagers evalueerden na elke bijeenkomst en bespraken het proces. Procesbegeleiders gaven hen dan feedback en handvatten om medewerkers in het proces te coachen.

In de eerste twee fasen werd het veranderproces sterk geregisseerd door de procesbegeleider. De procesbegeleider was niet alleen verantwoordelijk voor het begeleiden van bijeenkomsten, maar zorgde ook voor de juiste organisatorische condities om nieuwe werkwijzen van de teams te faciliteren. Dit kon bijvoorbeeld experimenteerruimte zijn om dingen uit te proberen of meer regelruimte om zelf het proces van inhuizing van een nieuwe bewoner te regelen. Dit gebeurde steeds in afstemming met de leidinggevende. Uit het experiment bleek dat medewerkers de tijd nodig hadden om zich open te stellen voor verandering en om nieuwe dingen te proberen. Kleine succesjes in het begin waren nodig om het zelfvertrouwen te krijgen om ook grotere experimenten aan te durven. Zo was het een doorbraak voor een team om een week lang de zusterpost op de gang dicht te gooien waar de computers stonden: wat misten zij na een week zonder computer en dus zonder rapporteren gewerkt te hebben? Op de kamers van de cliënten legden zij schriftjes en daar schreven zij op wat zij, maar ook de cliënt relevant vonden. Zij ontdekten zo dat ze liever meer tijd doorbrachten op de kamer van de cliënten en niet alleen, maar samen met de cliënt rapporteerden. Vanaf fase drie werd de rol van de procesbegeleider sterk teruggebracht en pakten teams zelf meer op. Doen en ervaren in de praktijk stond centraal.

De drie pilotteams kwamen met drie heel verschillende dromen die zij in de praktijk gebracht hebben. De PG-afdeling heeft de familie van de cliënten veel meer bij de zorg betrokken. Zij pasten het proces van de inhuizing van nieuwe cliënten aan om nog meer in te spelen op de behoeften van bewoners en knapten samen met familieleden de tuin op. De twee huisjes wilden dat bij het verdelen van rollen en taken niet langer gekeken werd naar iemands functie, maar naar het talent of de kwaliteit waarover iemand beschikte. Zo had een medewerker vroeger als schoonheidsspecialiste gewerkt en zij wilde graag haar ervaring inzetten om bewoners extra aandacht te geven. Twee andere medewerkers deden graag aan toneel en wilden hun talent gebruiken om contact te leggen met dementerende bewoners. Het derde team heeft een dorpsfeer gecreëerd met kleinschalige, zelf organiserende teams met een grote rol voor de iPad. De kanteling door deze laatste medewerkers was het grootst. Zij wilden graag een dorpsfeer creëren voor hun bewoners met rust en privacy. Ook zagen zij de zorg het liefst rondom de cliënt georganiseerd. Zij werkten echter in looproutes waarin twee duo's verantwoordelijk waren voor de verzorging van circa 65 cliënten. Tijd en aandacht om even stil te staan bij wat een bewoner nodig had, hadden ze niet. De wijze waarop hun werk georganiseerd was, blokkeerde hen om hun dromen te kunnen realiseren. De procesbegeleiders en teammanagers constateerden dat de medewerkers hun dromen voor een dorpsfeer alleen konden realiseren, als zij kleinschalig zouden gaan werken. Zij deden op het juiste moment een interventie die beperkt was maar effectief: zij legden het idee om te gaan werken in kleinschalige teams als suggestie voor aan de mede-

werkers, en die hebben het initiatief daarna zelf met veel enthousiasme opgepakt. De structuurwijziging stelde hen in staat om hun droom te realiseren: kleine wooneenheden met een dorpssfeer, waardoor er meer rust en tijd kwam voor bewoners en de zorg overzichtelijker werd. Het inrichten van kleinschalige teams bood de mogelijkheid om alle disciplines rondom een bewoners te organiseren, waardoor ook de activiteiten-begeleiding en huishoudelijke dienst bij het kernteam betrokken werden.

Het experiment leverde positieve resultaten op. Op de deelnemende afdelingen is meer interactie gekomen met familieleden en ontstond meer tijd voor de cliënt. De cliënttevredenheid is op deze afdelingen gestegen en het ziekteverzuim van de medewerkers is gedaald. Er is onder de medewerkers meer ruimte gekomen voor creativiteit en eigen initiatief en er heerst een sterker gevoel van zelfvertrouwen. De kleinschalige zelforganiserende teams zijn efficiënter gaan werken. Hiermee lijkt het experiment een effectieve verandermethode te hebben opgeleverd. Tijdens het experiment is veel aandacht besteed aan deze drie teams. Een deel van het succes kan mogelijk verklaard worden door het zogenoemde Hawthorne-effect: het gedrag van de medewerkers kan sterk beïnvloed zijn door het feit dat zij onderdeel waren van het experiment en niet eens zozeer door de interventie zelf (Izawa e.a., 2011). Het meest interessant is daarom de vraag of de gefocuste aanpak ook effectief blijkt op de lange termijn als meer teams meedoen.

De grootschalige veranderinterventie: de opschaling van de aanpak 2012-2015

Na afronding van het experiment in 2012 werd de opschaling van de aanpak gestart. Teams die dat wilden, konden beginnen met sociale innovatie. Een onderzoeker van de HU, die nauw betrokken was bij het ontwerp en de uitvoering van de kleinschalige veranderinterventie, adviseerde en begeleidde BrabantZorg bij de opschaling. De resultaten van de opschaling van sociale innovatie tonen een wisselend beeld. Er zijn teams die veel bereikt hebben en grote veranderingen hebben gerealiseerd in de zorg voor hun cliënten en in hun werkprocessen. Er zijn ook teams waar het veranderproces moeizamer verliep en waar minder grote resultaten zijn behaald. In beide gevallen waren de leerervaringen zeer waardevol om inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren voor organisatieverandering van onderop. In dit deel van het artikel bespreken wij de belangrijkste leerervaringen die zijn opgedaan in de vijf jaar werken aan verandering en trekken conclusies over de effectiviteit van de aanpak.

Tijdens de kleinschalige veranderinterventie is gebruik gemaakt van een *gefocuste veranderaanpak* die uit heldere fasen bestond en uit concrete activiteiten met duidelijk geformuleerde tussen- of einddoelen binnen een daarvoor gestelde tijdsplanning. Deze methodiek is door de onderzoekers van de HU redelijk strak gehanteerd. Voor de teams betekende dit dat zij precies wisten hoe lang een fase duurde, wat hen te wachten stond en naar welk resultaat zij toewerkten. Bij de opschaling werd deze benadering grotendeels losgelaten.

Voor een belangrijk deel kwam dit door de snelheid en omvang waarmee de opschaling werd ingezet. Gezien het grote aantal teams dat tegelijkertijd wilde starten, was het nodig om de capaciteit snel uit te breiden. Brabant-Zorg koos voor de inzet van personeelsadviseurs als procesbegeleiders. Om de nieuwe procesbegeleiders en teammanagers te ondersteunen bij hun nieuwe rol werden trainingen en intervisiebijeenkomsten georganiseerd. Desondanks was de tijd te kort voor een gedegen voorbereiding.

Procesbegeleiders worstelden met het dilemma wanneer en hoe te interveniëren en wanneer juist los te laten om het veranderproces verder te brengen. Een deel van hen legde het accent op de interactie met de medewerkers, dat wil zeggen op het dromen en het uitwerken van de dromen in werkgroepjes. De strakke procesregie in combinatie met het oog voor het creëren van de organisatorische condities werd niet langer overal gehandhaafd. Het veranderproces kreeg vaak op organische wijze vorm. Veel procesbegeleiders lieten het proces op z'n beloop op momenten dat interventie nodig was. Zo werd vaak te lang of te kort 'gedroomd' met behulp van de De Bono-methode, wat als resultaat had dat teams onvoldoende los kwamen van de dagelijkse realiteit, of hun enthousiasme kwijt raakten, omdat zij al graag wilden beginnen met hun plannen, maar nog steeds moesten dromen. Hierdoor stagneerde het veranderproces op cruciale momenten wanneer actieve procesregie nodig was. Ook was het veranderproces te weinig doelgericht. Bij gebrek aan heldere doelen concentreerden medewerkers zich op het realiseren van praktische dromen omdat zij behoefte hadden aan concrete en zichtbare resultaten. Zij hielden zich bijvoorbeeld bezig met het regelen van een kippenhok in de tuin, het maken van een menukaart voor bewoners en het aankleden van het restaurant, of het plaatsen van laptops die de vaste computers moesten vervangen. Er werden positieve resultaten bereikt, zoals een verbeterde onderlinge samenwerking, meer begrip voor elkaar, een gevoel van trots op wat zij samen bereikten, en meer zelfverzekerdheid. Aan het eind van de bijeenkomst gingen zij echter terug naar hun afdeling en over tot de orde van de dag. De dagelijkse werkwijze of patronen veranderden niet of nauwelijks en de huidige organisatie bleef in stand. Dit effect was nog sterker zichtbaar bij gemengde, gelegenheidsgroepen (verpleeghuiszorg, thuiszorg, huishoudelijke hulp, keukenpersoneel en vrijwilligers en cliënten). Zij hadden meer moeite met het behalen van resultaten dan teams die bij elkaar zouden blijven en ook na de verandering 'de klus met elkaar zouden gaan klaren'. Na bijeenkomsten ging iedereen namelijk weer terug naar de eigen afdeling en viel terug in oude routines.

Ook de leidinggevendenden hadden moeite met hun rol. Een deel van de teammanagers was in staat om de controle los te laten, zonder het lange termijn doel uit het oog te verliezen. Deze teammanagers gaven ruimte aan medewerkers en waren in staat om kaders mee te geven in het veranderproces. Er waren ook teammanagers die worstelden met het dilemma tussen loslaten en verbinding houden. Dit had soms tot gevolg dat medewerkers in bijeenkomsten van sociale innovatie gestimuleerd werden om het initiatief te pakken, maar werden teruggefloten wanneer zij daadwerkelijk een verandering wilden doorvoeren.

Het accent verschoof van de *gefocuste aanpak*, namelijk weinig sturing op de inhoud maar wel regie op het proces, naar de *organische aanpak* met weinig sturing op de inhoud en een emergente aanpak. Dit paste bij de mensgerichte cultuur van BrabantZorg waarbij men in mindere mate terugviel op plannen en gerichte stappen, maar vertrouwen had in het natuurlijke verloop van het proces en de kennis en kunde van de medewerkers. Deze cultuur was een belangrijke en onmisbare voedingsbodem voor organisatieverandering. Tijdens sociale innovatie leidde dit echter hier en daar tot problemen. Dit was duidelijk zichtbaar bij de teams waar het veranderproces moeizamer verliep, waar minder snel tot resultaat werd gekomen of waar medewerkers terugvielen in hun oude gedragspatroon.

Teams die in sterke mate kenmerken hadden van een bureaucratische organisatievorm ondervonden hier de meeste hinder van. Zij hadden doorgaans gemeenschappelijk dat zij een relatief grotere teamomvang hadden, een groter aantal cliënten moesten verzorgen, en nog werkten met een sterk hiërarchische model: de manager beslist, de teams voeren uit. Bij sommige teams was ook nog sprake van een duidelijke taaksplitsing (bijv. helpenden en verzorgenden voor de verzorging, huishoudelijke dienst voor het schoonmaken, de nachtdienstmedewerker, de activiteiten begeleider). De teams waren hierdoor beperkt in hun regelruimte en regelcapaciteit. Het lukte hen niet om de regie te pakken voor het realiseren van verandering. Zij konden dit ook niet, omdat de manier waarop zij werkten hen in de weg stond. Teams werden gehinderd door vastgeroeste routines, sterke arbeidsdeling of hiërarchische patronen. Het was voor medewerkers bijna onmogelijk om hier zelf iets aan te veranderen. Om deze situatie te doorbreken, waren procesbegeleiders nodig om in te kunnen schatten welke interventies nodig waren, wanneer en vooral hoe. Dit inzicht schoot juist tijdens de opschaling in veel gevallen tekort. Het gevolg was dat de bureaucratische organisatie van het werk in stand bleef, de feitelijke werkwijze van de teams niet veranderde en patronen bleven bestaan die een belemmering vormden voor succesvolle verandering.

Verandering van onderop betekent in de praktijk dat niet alleen gedroomd wordt en plannen worden gemaakt, maar ook dat de dagelijkse werkwijze verandert. Zo voorkom je als organisatie dat veranderen iets is dat mensen 'er bij' doen naast hun reguliere werk, maar weer overgaan tot de orde van de dag, zodra verandertrajecten beëindigd worden: dé grote valkuil van organisatieverandering (Ten Have, Ten Have & Janssen, 2009). Als de organisatorische condities niet aanpast worden, zal gemotiveerd eigenaarschap nooit tot stand komen, maar blijven het opdrachten of pogingen van bovenaf om mensen mee te krijgen (in beste geval: ik conformeer me aan wat je van me vraagt) (Kuipers e.a., 2010). Met andere woorden, de Baron blijft in het moeras zitten. Je kunt dan hard roepen, maar hij kan zelf niet aan de kant komen. De uitdaging is dan hoe je de teams zover krijgt dat zij zich bevrijden van de routines waarin zij vastzitten. Hoe doe je dat zonder dit op te leggen of de regie over te nemen? De teams die sneller tot blijvend succes kwamen, laten zien dat dit kan.

Zelforganisatie als instrument voor versterken verandervermogen

Wat opvalt bij de meer succesvollere teams, is dat zij blijvende veranderingen hebben doorgevoerd in hun werkwijze. Zij zijn niet teruggefallen in hun oude gedrag en routines. Gedurende het veranderproces hebben zij hun routines en werkpatronen doorbroken en zelf bepaald hoe zij wilden werken. Hun dromen in de houtskoolschets vormden het uitgangspunt.

De medewerkers konden goed benoemen hoe zij het anders zouden willen zien: meer aandacht voor de cliënt en tijd voor een praatje, of samen een wandeling maken, een gezelliger sfeer op de afdeling en minder tijd kwijt zijn aan administratie of computerwerk. Het merendeel wilde ook het liefst zelf het rooster maken. De manier waarop zij dit konden bereiken, vonden zij echter lastig om te definiëren. Op basis van de ervaring die was opgedaan in het experiment, is aan enkele teams voorgelegd dat kleinschaligheid, de verantwoordelijkheid voor een kleinere, vaste groep cliënten en zelforganisatie het hen makkelijker zou maken om een deel van die dromen te realiseren. De timing was belangrijk: de teams omarmden deze suggesties alleen wanneer zij hier ook aan toe waren. Veelal was dit na de creatieve fase en halverwege de ontwerpfase. De procesbegeleiders kozen het juiste moment om in het proces te interveniëren en een andere werkwijze en teamorganisatie voor te stellen die aansloot op de dromen van het team.

De kleinschaligheid maakte dat zij daadwerkelijk gemakkelijker konden overleggen, en meer overzicht kregen. Ook kregen zij meer tijd en aandacht voor hun cliënten, en waren zij in staat zelf het rooster op te stellen. Met elkaar bekeken zij welke voorkeuren hun bewoners hadden, en bepaalden gezamenlijk welke diensten daar het beste bij pasten. Vervolgens overlegden zij met elkaar wie welke dienst en wanneer wilde draaien. Medewerkers trokken daardoor meer initiatief naar zich toe en pakten meer verantwoordelijkheden op voor de dagelijkse zorg voor hun cliënten. Ondereiden van hun werkzaamheden die tot dat moment door hun leidinggevende werden gedaan, zoals plannen en roosteren, overleggen en afwegingen en keuzes maken, kwamen geleidelijk bij het team te liggen. De zelforganisatie was geen zelfsturing: de teams bleven een leidinggevende hebben die de eindverantwoordelijkheid had voor de afdeling. De rol van de teammanager verschoof gedurende het proces echter van een sturende manager naar een coachend leidinggevende. Opvallend was dat deze teams sneller resultaten boekten, zoals het bedenken en doorvoeren van verbeteringen of innovaties rondom de zorg voor hun cliënten. Zelforganisatie was niet het beoogde einddoel, maar werd geleidelijk een logisch middel voor medewerkers om hun dromen en plannen te realiseren. Het lijkt er op dat met aandacht voor de teamorganisatie en de juiste organisatorische condities, met zelforganisatie als uitgangspunt, de basis werd gelegd voor het verandervermogen van het team. Medewerkers konden makkelijker zelf hun dagelijkse werk regelen, en daardoor waren zij in staat om zelf veranderingen te realiseren. Zij hadden de regelruimte én de regelcapaciteit gekregen om het werk zelf te kunnen regelen en daardoor verandering te kunnen realiseren. Kortom, hun verandervermogen werd versterkt.

De baron op het droge: een 'reset' voor teams en de juiste organisatorische condities

Bij teams die vastzaten in hardnekkige patronen of routines, of sterke kenmerken hadden van een bureaucratisch systeem waarin zij werkten, is op enig moment abrupt ingegrepen in de bestaande situatie door een simpele en effectieve interventie: de procesbegeleiders hebben de drogen erbij gepakt en aan de teams gevraagd: wat voor team past daar bij? Daarna hebben zij hen gevraagd om dat gewenste team te gaan vormen in een geheel nieuwe, blanco situatie. De enige randvoorwaarden die zij mee kregen, was dat de teams kleinschalig moesten zijn, rondom een kleine, afgebakende groep cliënten georganiseerd. In feite kregen zij zo de ontwerpprincipes mee voor een goed werkend team: organisatorische condities om te kunnen leren en zelf te kunnen organiseren. De rest werd helemaal vrijgelaten voor de medewerkers om het daadwerkelijke team te vormen. Teams die al de geschikte omvang hadden om zelforganiserend te kunnen zijn, werden over het algemeen intact gelaten. Grote teams werden door medewerkers opgedeeld in kleine teams. De cliënten vormden het uitgangspunt bij de vorming van zelf organiserende teams. Samen met de medewerkers werd gekeken naar welke cliënten een eenheid vormden op basis van fysieke nabijheid of specifieke zorgvraag. Vervolgens werd gekeken welke disciplines er in zo'n team hoorden. De procesbegeleiders en teammanagers hielpen de teams door de kaders te definiëren, zoals het minimale aantal medewerkers dat een team nodig had om over voldoende capaciteit te beschikken. Er werden grote flipovers opgehangen met de cliëntgroepen, waarna de medewerkers zelf bepaalden in welk team ze wilden komen. Het viel op dat medewerkers zelf de criteria vaststelden op basis waarvan zij de indeling maakten. Zo vonden zij het belangrijk dat cliënten de vaste gezichten bleven zien. Met andere woorden, zij keken naar de relaties tussen medewerkers en cliënten en op basis daarvan kozen zij voor hun nieuwe team. De teammanager en de procesbegeleider waren op de achtergrond aanwezig om het proces te ondersteunen en medewerkers te motiveren. Op deze wijze kregen de zelforganiserende teams vorm, zonder dat de leidinggevendenden sturend waren of hun ideeën oplegden. Dat kon alleen met behulp van een strakke regie op het proces. Hiermee is tijdens de opschaling in feite teruggегреpen op de *gefocuste aanpak* van organisatieverandering.

Het doorbreken van hiërarchie en bureaucratische routines om tot een zelforganiserend team te komen kunnen teams niet zelf. Van teams en hun teammanager mag je niet verwachten dat zij zichzelf deze interventie, en soms zelfs een schok, kunnen toedienen. Het is de vraag of zij zelf weten dat zij in een moeras vastzitten. Hier hebben zij hulp van buitenaf bij nodig. Daarnaast moet je om te kunnen veranderen in het team dat je wilt zijn, over de vaardigheden en condities beschikken die je juist in de oude situatie niet hebt of waartoe je belemmerd wordt. Oftewel: in hoeverre ben je in staat om jezelf aan je eigen haren uit het moeras te trekken? Hiervoor zijn (structuur)interventies van buitenaf nodig om het team een 'reset' te geven, zoals bij het pilotteam is gedaan op de afdeling met somatische zorg en de succesvolle teams tijdens de opschaling. Kortom, de Baron heeft een beetje hulp nodig om daarna zelf uit het moeras te komen. De procesbegeleiders speelden hierbij een belangrijke rol.

Bepalende factoren	Bevorderend	Belemmerend
Voorbereiding	- Gedegen voorbereiding leidinggevende en procesbegeleider - Trainingen en intervisie	- Ontoereikende voorbereiding leidinggevende en procesbegeleider - Te weinig kennisorganisatieverandering
Verwachtingen vooraf	Heldere verwachtingen en duidelijk beeld van beoogde doelen	Onduidelijke of onrealistische verwachtingen vooraf
Kaders en doelen	- Duidelijke strategische kaders - Teams die heldere doelen formuleren binnen die kaders	- Gebrek aan kaders en concrete doelen - Geen verbinding met doelstellingen locatie
Tempo en omvang	Geleidelijke uitbreiding bij voldoende capaciteit	Te veel teams tegelijkertijd bij onvoldoende capaciteit
Samenstelling van teams	Teams die de 'klus gaan klaren'	Gemengde, tijdelijke teams
Toepassing van de verandermethodiek	- Veel regelruimte onder strakke procesregie - Toewerken naar concrete tussenresultaten	- Loslaten van fasering en (eind)resultaten verandermethodiek (geen 'kop en staart') - Te weinig doelgericht
Deskundigheid en ervaring van de procesbegeleiding	- Balans interventie en behoud van autonomie teams - Creëren organisatorische condities	- Geen balans tussen interveniëren en regelruimte creëren - Te weinig inzicht in veranderprocessen
Rol van de leidinggevende	Leidinggevende die verbinding houdt met proces, maar loslaat op inhoud	Leidinggevende die teveel losliet of juist te weinig
Organisatorische condities en ontwerpprincipes	- Kleinschalige teams met afgebakende verantwoordelijkheid voor vaste groep cliënten - Interventie ('reset') in organisatievorm en routines	- Te veel aandacht voor proces en te weinig voor organisatorische condities - Niet in staat zijn om op juiste moment organisatorische barrières weg te nemen

Tabel 1. Bevorderende en belemmerende factoren organisatieverandering van onderop

Conclusies en discussie

Tijdens de kleinschalige veranderinterventie is gebruikt gemaakt van een veranderaanpak die getypeerd kan worden als gefocuste organisatieverandering. Er werd weinig tot geen sturing gegeven op de inhoud, maar er werd wel strak gestuurd op het proces. Daarnaast werd voorzien in de organisatorische condities die noodzakelijk waren om regelruimte te creëren, zodat teams de regie konden nemen om hun dromen te realiseren. Dit leidde tot positieve resultaten ten aanzien van de zorgkwaliteit en het werkplezier van medewerkers. Tijdens de opschaling en doorontwikkeling van de veranderaanpak werd deze benadering grotendeels losgelaten en schoof het accent in de aanpak naar organische organisatieverandering. Dit leidde tot knelpunten: er werd teveel ruimte geboden zonder naar een gericht doel toe te werken, terwijl belangrijke organisatorische belemmeringen niet werden aangepakt. Van een team kun je niet verwachten dat zij zichzelf aan haar eigen haren uit het moeras trekt.

Uit vijf jaar van onderop veranderen door BrabantZorg volgen waardevolle leerervaringen.

Ten eerste blijkt dat door het verandervermogen van teams te versterken, hun afhankelijkheid van procesbegeleiders en leidinggevend

kleiner wordt. Tegelijkertijd wordt hierdoor het veranderproces versneld. Het hanteren van heldere ontwerpprincipes voor een zelforganiserend team reikt het team de middelen aan om zelf te kunnen veranderen. Kleinschalig en rondom afgebakende groepen cliënten organiseren, en verantwoordelijkheden decentraliseren (bijv. in de vorm van zelfroosteren, zelf het werkoverleg regelen en taakverdeling verzorgen) vormen de belangrijkste principes. Het team is daardoor sneller in staat om de regie te nemen voor verandering. Zelforganisatie blijkt een instrument te zijn om verandering van onderop te laten slagen.

Ten tweede blijkt het toebrengen van een schok nodig om een team een 'reset' te geven, wanneer zij teveel gehinderd wordt door het bureaucratische systeem waarin zij opereert. Het team wordt ontdaan van de ballast van de oude organisatie en krijgt lucht en ruimte om haar eigen zorgproces vorm te geven.

Ten derde is de rol van procesbegeleiders in dit proces belangrijk. Uit de ervaring die BrabantZorg heeft opgedaan met bottom-up organisatieverandering, blijkt dat HR een belangrijke rol kan spelen bij het begeleiden van het veranderproces. Als zij hier goed op wordt voorbereid, kan zij de veranderaar en aanjager zijn van verandering. Het toewerken naar een duidelijk doel en het hanteren van een gefocuste verandermethodiek waar in gelijke verhouding aandacht is voor de proceskant en de organisatorische condities, bieden houvast om een dergelijk traject te faciliteren.

Ten slotte is het bijzonder dat gedurende de opschaling van het participatieve, bottom-up proces bleek dat de ontwerpprincipes voor het ontwikkelen van slimme organisaties als schijnbaar vanzelf door de medewerkers opgepakt werden, en ook door hen werden toegepast. In feite zijn hiermee 'mini-Buurtzorgjes' ontstaan, waarin medewerkers de regie kregen om de zorg naar eigen inzicht in te richten. Het vraagt vervolgens van de organisatie om continu aandacht te schenken aan het veranderproces en een klimaat te creëren waarin die 'mini-Buurtzorgjes' kunnen gedijen. De veranderkundige expertise van HR is nodig om hieraan bij te dragen en om van verandering een organisatiebrede beweging te maken. Zij dient hierin een spilfunctie te vervullen: enerzijds als aanjagers en begeleiders met de voeten in de klei, zodat zij de kennis en ervaring aan de rest van de organisatie kunnen doorgeven, anderzijds als de stevige gesprekspartner en adviseur voor het bestuur of management. Zij kunnen de organisatie een spiegel voor (blijven) houden om hun blinde vlekken te laten zien: welke vaardigheden of condities zijn nodig om belemmeringen te doorbreken en in te blijven spelen op veranderingen in de omgeving? Zo kan HR ervoor zorgen dat die mini-Buurtzorgjes het vehikel gaan worden die de organisatie in blijvende verandering zet, zodat de Baron niet weer in het moeras zal zakken.

Eindnoot

1 Dr. Ben Fruijtier, destijds lector Organisatieconfiguraties en Arbeidsrelaties aan de HU, heeft het voorstel voor dit project ontworpen. In dit artikel maken we gebruik van zijn gedachten over organisatieverandering zoals onder andere vastgelegd in zijn proefschrift.

SUMMARY

This paper describes the lessons learned from a small scaled and large scaled bottom-up change intervention by the elderly care facility BrabantZorg in The Netherlands. These interventions were made in order to empower frontline workers and stimulate resident-directed care. The aim of the paper is to gain insight in the enablers and barriers for successful bottom-up change in elderly care. In the small scaled change intervention, a focused change strategy was used. The change process was coordinated in a relatively strict way, while ample autonomy was provided to teams to determine their ideals and ambitions for their clients. The three pilots proved the change method to be successful. The goal of the large scaled change intervention was to extend the change method to the whole organization. The large scale change intervention shows mixed results, but provides valuable insight in the enablers and barriers for bottom-up organizational change. During the large scaled change intervention, the change strategy shifted from focused to organic. It appeared that bureaucratic and Tayloristic organizational characteristics form important impediments to successful bottom-up change. Change interventions and a 'reset' for teams by immediately breaking through the team's organization and routines seem to be effective measures. Subsequently, self-organization forms a catalyst to empower frontline workers to be in charge of change themselves. It appears that this can only be achieved by applying the focused change strategy that balances care for the change process as well as for the required organizational conditions.

Literatuur

- ActiZ (2010). *Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven. Een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg*. Bunnik: Libertas
- Almekinders, M. (2006). *Teams beter thuis in thuiszorg? Resultaatverbetering in thuiszorg met behulp van sociotechnische organisatievernieuwing*. Varsseveld: Stichting Sensire
- Beer, M., Nohria, N. (2000). *Breaking the code of change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press
- Bekkers, V., Noordegraaf, M. (2015). Public managers and professionals in collaborative innovation. Revised chapter, to be published in J. Torfing & P. Triantafyllou (2016), *Enhancing Innovation by Transforming Public Governance*, Cambridge University Press
- Bono, de, E. (2011). *Zes denkhoeden*. Amsterdam: Business Contact.
- Boonstra, J.J. (2010). *Leiders in cultuurverandering - Een praktische gids voor strategische en culturele veranderingen in organisaties*. Assen: Van Gorcum

- Boot, J. M. D. (2007). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Burke, W.W. (2002). *Organization change: Theory and practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Buurtzorg Advies (2011). *Het transitieprogramma naar wijkgericht werken bij Zorgacent & Thuiszorg Noordwest Twente*. Almelo: Buurtzorg Advies
- Dalen, van, A. (2010). *Uit de schaduw van het zorgsysteem. Hoe Buurtzorg Nederland zorg organiseert*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers
- Fruytier, B.G.M. (1994). *Organisatieverandering en het probleem van de Baron van Münchhausen*.
- Een systeemtheoretische analyse van de overgang van het Tayloristisch Productie Concept naar het Nieuwe Productie Concept. Delft: Uitgeverij Eburon
- Have, ten, K. (2009). Werk als al het andere. In Jansen, T., Van den Brink, G., Kole, J. (2009) *Beroepstrots, een ongekende kracht*. P 336-352. Amsterdam: Boom
- Have, ten, S., Have, ten, W., Janssen, B. (2009). *Het veranderboek. Zeventig vragen van managers over organisatieverandering*. Amsterdam: Mediawerf
- Helderman, J.K., A. Souren, B. van der Heijden (2013) Social Innovations and Services IMR Business plan Hotspot SIAS 2013 - 2017
- Homan, T. (2014). Verwarmingsmanagement in de zorg. *NVMA Magazine*, 11 april 2015
- Hout, van, E. (2007). *Zorg in spagaat. Management van hybride, maatschappelijke organisaties*. Den Haag: Uitgeverij Lemma B.V.
- Izawa, M.R.; French M.D.; Hedge, A. (2011). Shining New Light on the Hawthorne Illumination Experiments. *Human Factors*, October 2011, vol. 53
- Kolind, L., Bøtter, J. (2014). *Unboss*. Deventer: Vakmedianet
- Kuipers, H., Van Amelsvoort, P., Kramer, E.H. (2010). *Het nieuwe organiseren. Alternatieven voor de bureaucratie*. Leuven: Acco
- NIVEL (2008). *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. Utrecht: NIVEL
- Offereins, A.C., Fruytier, B.G.M. (2013). *Handreiking Sociale Innovatie. Samen op reis met de cliënt als kompas*. Bunnik: Libertas
- Orlikowski, W.S. (1996). Improvising organizational transformation overtime: A situated change perspective. *Information Systems Research*, 7 (1), 63-92.
- Porras, J.I., Robertson, P.J. (1992). Organizational development: Theory, practice and research. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (vol.3, 2nd ed., pp. 719-822). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sociaal Cultureel Planbureau (2013). *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. Den Haag, september 2013
- Sociaal Economische Raad (2008). *Langdurige zorg verzekerd. Over de toekomst van de AWBZ*. Publicatienummer 3, 18 april 2008
- Thompson, J. R., Sanders, R.P. (1997). Strategies for reinventing federal agencies: gardening versus engineering. *Public Productivity & Management Review* vol.21, no.2, 1997, p137-155
- Transitiearena Zorg (2009). *Mensenzorg. Een transitiebeweging*. Rotterdam: Drift
- Zorgvisie (2011). Groei ouderenzorg vlakt af. Digitale nieuwsbrief 19 december 2011.