

Innovatief vermogen in de zorg

Het perspectief van de bestuurder



Dr. Wencke de Wildt



Thesis in het kader van de opleiding Master of Health Business Administration (MHBA-15)

April 2019

Begeleider: Dr. Maarten Janssen

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. Inge Bongers

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Management summary	4
Management samenvatting	6
1. Inleiding	8
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Doel- en vraagstellingen van het onderzoek	10
1.3 Relevantie van het onderzoek	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 Innovatie	12
2.2 Innovatief vermogen als organisatiekenmerk	13
2.3 Conceptualisatie van innovatief vermogen	13
2.4 Invulling geven aan innovatief vermogen	16
2.5 Conceptueel model	18
3. Onderzoeksopzet	20
3.1 Onderzoeksmethode	20
3.2 Onderzoeksmodel	20
3.3 Dataverzameling	21
3.4 Selectie van de respondenten	22
3.5 Data analyse	22
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	22
4. Onderzoeksresultaten	24
4.1 Externe ontwikkelingen en het belang van innovatie	24
4.2 Perspectief op innovatie en innovatief vermogen	26
4.3 Innovatief vermogen als cultuuraspect	28
4.4 De rolopvatting en verantwoordelijkheid van de bestuurder	29
4.5 Antecedenten van innovatief vermogen: oriëntatie op leren en marktorientatie	35
4.6 De weerbarstigheid in de dagelijkse praktijk van het besturen	37
5. Conclusie	39
5.1 Beantwoording van de vraagstellingen	39
5.2 Beantwoording centrale vraagstelling	41
5.3 Concluderende beschouwing	41
6. Discussie en reflectie	43
6.1 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	43

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk van besturen	44
6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	44
6.4 Persoonlijke reflectie.....	45
Literatuur	47
Bijlagen	51
Bijlage 1 Overzicht respondenten	52
Bijlage 2 Informatie over het onderzoek.....	53
Bijlage 3 Topic list.....	55

Voorwoord

Deze thesis vormt het sluitstuk van een intensieve en leerzame opleiding. Het onderwerp van dit onderzoek had al langer mijn belangstelling. De grote noodzaak van innovatie in de zorg en tegelijkertijd de weerbarstigheid die ik in de praktijk zie rond dit thema, maakten me nieuwsgierig. Nieuwsgierig naar wat je als organisatie in huis moet hebben om hierin stappen te kunnen maken en hoe hierover in de zorg wordt gedacht. De gesprekken die ik voor dit onderzoek heb gevoerd met zorgbestuurders waren inspirerend en verrijkend. Ik dank hen allen hartelijk voor het openhartig delen van hun inzichten en ervaringen.

Maarten Janssen, dank voor je begeleiding bij dit onderzoeksproces. Zoals ik in mijn persoonlijke reflectie schrijf: kwalitatief onderzoek was niet meteen mijn ding. Met kwantitatief onderzoek als referentiekader leverde het doen van kwalitatief onderzoek in eerste instantie vooral ongemak en vertwijfeling op. Regelmatig heb ik me afgevraagd (of liever gezegd verzucht) waarom ik niet een concreter onderwerp had gekozen, met een meer gestructureerde onderzoeksstrategie of beter nog: een onderwerp waar ik al een mening over had. Jouw intelligente feedback leidde altijd eerst tot meer begrip van wat ik aan het doen was, dan vrijwel direct daaropvolgend tot hernieuwde vertwijfeling, waarna toch ergens wel weer het kwartje viel. Dat is ook precies waar wetenschappelijk onderzoek over gaat. Dank dat ik van je heb mogen leren.

Mijn collega's Jasper ten Dam en Ellen Vedel. Jasper, jij ging me voor in groep MHBA-13, en enthousiasmeerde me om ook deze opleiding te gaan doen. In drukke studietijden, zeker de laatste periode, nam je me werk uit handen en hield het Jellinek schip op koers. Dank, en ik ben blij dat je me over de streep trok! Ellen, wat was het leuk om als collega's deze opleiding samen te volgen. De maandelijkse rit van Amsterdam naar Epe om bij te praten, en de rit van Epe terug naar Amsterdam om alle indrukken te bespreken, te reflecteren en toe te passen op onze eigen organisatie. Het betekende wel dat we na ruim anderhalf jaar nog steeds regelmatig een afslag misten.

Lieve Boris, Ocke en Pim. Het is een rijkdom om drie zonen thuis te hebben.

Boris, jij bent mijn liefste oudste zoon.

Ocke, jij bent mijn liefste middelste zoon.

Pim, je bent mijn liefste jongste zoon.

Zo, geen ruzie over het voorwoord dus. Enige verwaarlozing zijn jullie altijd wel gewend geweest, maar de laatste periode was het wel héél ernstig gesteld met de aandacht die ik voor jullie had. Gelukkig leidt verwaarlozing tot hele zelfstandige en autonome kinderen, die verder ook heel stoer, grappig en lief zijn. Mijn maandelijkse verblijf in Epe is door jullie vooral als positief ervaren vanwege de ultieme "mannendagen" die dat met zich meebracht. Wat ik er nu precies van moet denken dat jullie al gevraagd hebben welke volgende studie ik ga doen, weet ik niet. Maar voorlopig sta ik op zaterdag gewoon weer langs het hockeyveld en de tennisbaan, en heb ik minder huiswerk dan jullie.

Lieve Maarten, dank dat met ons drukke en ietwat chaotische gezin én twee full time banen deze opleiding er wat jou betreft gewoon wel bij kon. Het is een rijkdom om vier mannen thuis te hebben.

Management summary

Innovation is of strategic importance in health care. In the context of growing dynamics and competitiveness in the market, it is considered a vital source of superior organizational performance and competitive advantage. In addition, innovation is essential for the sustainability of our health care system, in which a transition is needed in order to achieve a proper balance between the demand for care and the capacity to supply it, and to further improve cost efficiency. This two-fold importance of innovation comes together in the broad task definition of health care top managers. They are responsible for the continuity and financial performance of the organization, and at the same time they are expected to contribute to sustainable health care at sector level. Organizational innovativeness, the organization's ability to be repeatedly and successfully innovative, is therefore an organizational characteristic of strategic importance for top managers in health care.

The aim of this study was to contribute to the further development of theory on organizational innovativeness and to contribute, by translating this to practice, to effective governance in health care. In this study the top managers perspective was central. The research question was: how can organizational innovativeness be conceptualized in health care and how do top managers translate this conceptualization into practice? The research approach that was used in this empirical study was the grounded theory. After examining the literature and identifying the most relevant key concepts, eight health care top managers were interviewed.

The results of this study show that health care top managers consider organizational innovativeness as a desirable and important organizational capability. Top managers consider it as their responsibility to foster this in their organization. However, the concept is not used frequently nor explicitly in daily practice. Other terms are used, for example adaptive capacity, change capacity and agility. From the managers perspective, these terms have another connotation and meaning than organizational innovativeness. These terms are characterized as more gradually and reactive on external developments. On the basis of this study, organizational innovativeness in health care can be conceptualized as the ability of individuals, in a collective context, to generate innovation as a forward response to external developments. Organizational innovativeness is mainly a characteristic of the organizations culture, which is reflected in future orientation, pro activity and risk-taking. It includes an external orientation and learning orientation in all levels of the organization. A safe climate is conditional for this. Organizational innovativeness is a multidimensional concept, consisting of the organizations ability to incremental innovation and the ability to radical innovation. Top managers translate this conceptualization in daily practice of governance by stimulating, guiding and utilizing organizational innovativeness. With this "triple stroke" they aim to develop and use the ability to innovate effectively, in order to generate successful innovation outcomes. The utilization of organization innovativeness, in a way that innovative ideas are developed to products, services or processes that add value in daily practice, is experienced as a struggle.

This study underlines that the theoretical perspective is determinant for the conceptualization of organizational innovativeness. It is a matter of perspective. For top managers, the perception of organizational innovativeness is influenced by the context in which they operate, their expectations of and associations with innovation. Innovation is situated, it is by definition local. As a consequence, organizational innovativeness is also context-related. The top manager is part of this context and is able to influence this context. Fostering organization innovativeness requires a context-specific

approach. The elements of the conceptualization of organization innovativeness which result from this study provide a framework that can help the discussion on how to strengthen organizational innovativeness in health care organizations. It is recommended to have this discussion more explicitly, given the strategic importance of innovation. In addition it is recommended to stimulate a safe climate for learning and experimenting, and to strengthen external orientation on all levels of the organization. Top management should focus its efforts more on the work that is inherent in innovation.

The distinction between the concept of organizational innovativeness and its antecedents shows to be irrelevant for the daily practice of top managers. Also from a theoretical point of view one might question whether these are distinct concepts. It seems more valuable to have an integrated and comprehensive perspective on the concepts which contribute to successful innovation outcomes. Future research to the mutual relationships between these concepts, and the relationship with innovation performance might contribute to further theory development and to additional insights for daily practice. As well, future research should focus on what is effective in facilitating the work that is inherent in innovation, and should give more insight in potential organizational characteristics that have impact on and differentiate in “what works”. This is important because the utilization of organization innovativeness is experienced as a struggle. For this research it is necessary to take a more in depth look in organizations and to study the perspective of actors who participate in innovation processes in daily practice.

Management samenvatting

Innovatie is een strategisch thema in de zorg. In de context van gereguleerde marktwerking is innovatie van belang om het onderscheidend vermogen van organisaties te versterken. Daarnaast ligt er de opgave voor de sector om middels innovatie duurzame zorg te realiseren waarin er balans is tussen de zorgvraag en de capaciteit om deze zorg te leveren, en waarin kwaliteitsverbetering wordt gerealiseerd tegen minder kosten. Dit tweeledig belang van innovatie komt samen in de brede taakopvatting van zorgbestuurders: zij zijn eindverantwoordelijk voor de continuïteit en financiële gezondheid van de organisatie, en tegelijkertijd wordt van hen verwacht dat zij bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg. Innovatief vermogen, het vermogen om herhaaldelijk succesvol innovatief te zijn, is daarmee een organisatiekenmerk van strategisch belang voor zorgbestuurders.

Doel van dit onderzoek was een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de theorievorming over innovatief vermogen en, middels een vertaling naar de praktijk, tevens bij te dragen aan de praktijk van effectief besturen. Het perspectief van zorgbestuurders stond in dit onderzoek centraal. De vraagstelling luidde: *Hoe kan het begrip innovatief vermogen in de zorg worden geconceptualiseerd en hoe geven zorgbestuurders hier invulling aan in hun organisatie?* Vanuit de onderzoeksstrategie gefundeerde theoriebenadering werden in dit empirisch onderzoek, op basis van een verkenning van de literatuur naar de belangrijkste kernbegrippen, acht bestuurders van zorginstellingen bevraagd middels open interviews.

Zorgbestuurders beschouwen innovatief vermogen als een belangrijk en noodzakelijk organisatiekenmerk. Zij zien het als hun verantwoordelijkheid om hier invulling aan te geven in de praktijk van besturen. Het concept wordt in de dagelijkse praktijk niet veel en niet zo expliciet gehanteerd. Wel worden andere termen gehanteerd, zoals adaptief vermogen, verandervermogen en wendbaarheid. Deze termen hebben voor bestuurders een andere lading en betekenis dan innovatief vermogen. Ze zijn te karakteriseren als meer gradueel en reactief op externe ontwikkelingen. Op basis van dit onderzoek kan innovatief vermogen in de zorg worden geconceptualiseerd als het vermogen van individuen om in collectief verband op organisatieniveau vernieuwing te weeg te brengen waarmee wordt ingespeeld op de externe ontwikkelingen. Innovatief vermogen is primair een kenmerk van de organisatiecultuur, welke zich uit in toekomstgerichtheid, pro activiteit en risico nemen. Het behelst een externe gerichtheid en een gerichtheid op leren in alle lagen van de organisatie, waarbij een veilig klimaat randvoorwaardelijk is. Innovatief vermogen is een gelaagd concept, bestaande uit het vermogen om incrementeel te innoveren en het vermogen om radicaal te innoveren. Zorgbestuurders geven hieraan invulling in de dagelijkse praktijk van het besturen door innovatief vermogen te stimuleren, te richten en uit te nutten. Met deze “drieslag” beogen zij dit vermogen in de organisatie ten volle te ontwikkelen en aan te spreken om tot succesvolle innovatie uitkomsten te komen. Het uitnutten van het innovatief vermogen, zodanig dat ideeën die worden gegenereerd ook daadwerkelijk leiden tot toepassingen in de praktijk, wordt door zorgbestuurders als het meest lastig gezien.

Dit onderzoek onderstreept dat het theoretisch kader bepalend is voor de conceptualisatie van innovatief vermogen die wordt gehanteerd. Het perspectief doet er toe. Voor zorgbestuurders geldt dat de perceptie van innovatief vermogen wordt bepaald door de context waarin zij opereren, en de verwachtingen en associaties die zij hebben bij innovatie. Innovatie kan niet los gezien worden van de context waarin het plaatsvindt, en ook innovatief vermogen is dus context gerelateerd. De

zorgbestuurder zelf maakt deel uit van deze context en fungeert tevens als een actor die deze context kan beïnvloeden. Het bevorderen van innovatief vermogen vraagt derhalve een context-specifieke invulling. De elementen die in deze studie naar voren zijn gekomen in de conceptualisatie en invulling van innovatief vermogen geven een raamwerk waarmee, context-specifiek, over innovatief vermogen in de organisatie kan worden gesproken en hoe dit vermogen te ontwikkelen. De uitkomsten van dit onderzoek leiden tot de aanbeveling om dit gesprek explicieter te voeren. Het onderzoek onderstreept ook het belang van organisatiecultuur en de rol van leiderschap hierin. Aanbeveling is om een cultuur te bevorderen waarin veilig kan worden geleerd en geëxperimenteerd, en om de externe gerichtheid op alle niveaus in de organisatie te versterken. Het faciliteren van het werk dat inherent is aan innovatie mag meer aandacht krijgen van bestuurders.

Het onderscheid tussen het concept innovatief vermogen en de antecedenten blijkt voor de praktijk van de zorgbestuurder niet wezenlijk van belang. Ook vanuit theoretisch opzicht is het de vraag of het te onderscheiden concepten zijn. Waardevoller lijkt het om de kernbegrippen die met elkaar interacteren, en tezamen maken dat innovaties ontstaan en zich ontwikkelen, in samenhang met elkaar te bezien. Toekomstig onderzoek naar de onderlinge samenhang tussen deze aspecten, hoe deze elkaar beïnvloeden en gerelateerd zijn aan innovatieperformance, kan bijdragen aan de verdere theorievorming, en voor de praktijk aanvullende inzichten opleveren hoe innovatief vermogen in de zorg kan worden versterkt. Gezien het feit dat zorgbestuurders vooral het uitnutten van innovatief vermogen als lastig ervaren, zou de focus van vervolgonderzoek moeten liggen op wat werkzaam is in het faciliteren van het werk dat inherent is aan innovatie. Daarin de verbinding maken met specifieke organisatiekenmerken kan tot verdiepend en gedifferentieerd inzicht leiden in “what works” in welke omstandigheden. Het is daarvoor wel noodzakelijk om de spade wat dieper te steken in de organisatie en het perspectief van actoren die actief in innovatieprocessen participeren centraal te stellen.

1. Inleiding

In deze inleiding wordt de probleemstelling van deze thesis beschreven. Vervolgens worden de doelstelling en de vraagstellingen weergegeven van dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de relevantie van het onderzoek.

1.1 Probleemstelling

In strategisch management literatuur wordt innovatie beschouwd als een belangrijk middel voor organisaties om concurrentievoordeel te behouden of te versterken (Porter, 1985). Een organisatie dient hiervoor in staat te zijn om de producten of diensten continue te veranderen en te verbeteren. Het vermogen om te innoveren wordt dan ook gezien als een van de belangrijkste eigenschappen van een organisatie om succesvol te zijn en te overleven. Met de introductie van de gereguleerde marktwerking in de zorg is het verwerven van een goede positie in het concurrerende veld een belangrijke opgave voor zorgorganisaties geworden. Zorgorganisaties worden steeds meer behandeld als andere organisaties in een marktomgeving (Janssen, 2017). Zij moeten voor financiers en patiënten het onderscheidend vermogen inzichtelijk maken en zich profileren ten opzichte van andere zorgaanbieders. In dat perspectief is innovatie, als middel om concurrentievoordeel te versterken, in deze sector in toenemende mate belangrijk geworden.

Ook vanuit maatschappelijk perspectief is innovatie van belang gezien de uitdagingen waar de zorg voor staat (Herzlinger, 2006; Inspectie der rijksfinancien, 2017). Vergrijzing en de groeiende prevalentie van chronische ziekten en ongezonde leefstijl leiden tot een sterk toenemende zorgvraag. De patiënt stelt hogere eisen aan kwaliteit en de beschikbaarheid van nieuwe kostbare diagnostische en behandelprocedures draagt bij aan stijgende zorgkosten (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Aan de capaciteit kant zijn er oplopende tekorten door de toenemende vraag, de toenemende krapte op de arbeidsmarkt aan gekwalificeerd personeel en de beperkte groei in productiviteit (Van den Broek et al., 2016). Een van de belangrijkste opgaven in de zorg is dan ook om middels innovatie bij te dragen aan *duurzame zorg* waarin er balans is tussen de zorgvraag en de capaciteit om deze zorg te leveren, en waarin kwaliteitsverbetering wordt gerealiseerd tegen minder kosten. Wanneer innovaties uitblijven of niet effectief worden geïmplementeerd komen de kernwaarden van de Nederlandse gezondheidszorg (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit) op termijn in gevaar (Inspectie der rijksfinancien, 2017).

Ondanks de hoge verwachtingen en de sterke wil in de sector om te innoveren, vallen de totale uitkomsten en effecten van zorginnovatie tegen (Putters & Janssen, 2011). Het vormgeven van innovatie is in vergelijking met andere sectoren in een aantal opzichten lastiger. Op de eerste plaats is de inrichting van het zorgstelsel een complicerende factor. Zo is degene die in innovatie investeert veelal niet degene die de opbrengsten ontvangt (Putters & Janssen, 2011). Innovatie vindt primair plaats binnen de knellende grenzen van het systeem, waarbij de regeldichtheid remmend werkt op innovatie (Putters & Janssen, 2011). In het verlengde hiervan ligt in de zorg een groot knelpunt in het opschalen van kansrijke innovaties en het implementeren van de daarvoor vaak benodigde

procesinnovaties (Inspectie der rijksfinancien, 2017). Juist in de publieke sector, waar in tegenstelling tot in het bedrijfsleven innovatie niet alleen gedreven wordt door *competitive advantage* maar juist ook door de wens om waarde te creëren voor de maatschappij, is het adopteren van bestaande innovaties, en het aanpassen aan nieuwe contexten, een belangrijk element in innovatiemanagement (Hartley, 2005). De verspreiding van innovaties in de publieke sector gaat over het algemeen echter langzamer dan in de private sector (Albury, 2005). Zorginstellingen zijn professionele organisaties, waarin de professional relatief veel autonomie heeft (Mintzberg, 2008). Strategieën voor verspreiding van innovatie zijn daardoor in de zorg over het algemeen minder effectief dan in andere sectoren (Plsek, 2003). Voor wat betreft innovaties die direct op de behandeling ingrijpen, geldt bovendien dat het noodzakelijk is dat er passend bewijs is voor de veiligheid, effectiviteit en kwaliteit alvorens de innovatie op brede schaal voor patiënten ingezet kan worden (Ossebaard, van Duivenbode, & Krijgsman, 2017).

Al deze factoren maken dat de zorg een complexe context is voor innovatie, waarbij veel verschillende actoren een rol spelen: de patiënt, de zorgaanbieders en de uitvoerders van het stelsel. Extern acteren ook innovatoren, het bedrijfsleven en universiteiten. In deze complexe context heeft de zorgbestuurder een betekenisvolle rol. Het belang van innovatie voor de zorgorganisatie als ook het maatschappelijk belang van innovatie, komen samen in de verantwoordelijkheid die zorgbestuurders dragen: zij zijn eindverantwoordelijk voor de continuïteit en financiële gezondheid van de organisatie, en tegelijkertijd wordt van hen verwacht dat zij bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg. De bestuurder dient publieke en private belangen met elkaar te verenigen. Voor de continuïteit van de organisatie is het voor bestuurders de kunst om de lopende bedrijfsvoering op orde te hebben en tegelijkertijd te anticiperen op de veranderingen. Dit vraagt het vermogen om zowel te consolideren (exploitatie) als aan te passen (exploratie), oftewel *ambidextrous capacity* (March, 1991). Dit brengt voor de zorgbestuurder de uitdaging van het “tweebenig besturen” met zich mee (Janssen, 2017).

De praktijk is echter dat de agenda van zorgbestuurders vooral gevuld wordt door beheersmatige onderwerpen (Bijloos, Van der Scheer, & Van Veen-Berkx, 2017), terwijl de tweede eigenschap van de tweebenigheid juist een gerichtheid op verbetering en innovatie vraagt. Vanuit de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen is de afgelopen jaren in het denken over governance in de zorg een verschuiving zichtbaar naar meer nadruk op de zorgbestuurder als medeverantwoordelijke voor een gezondheidszorg die ook is (in)gericht met het oog op de lange termijn. Een bredere taakopvatting die past bij de vragen en ontwikkelingen in de zorg in het huidig tijdsgewricht (Commissie Governance NVZD, 2015; Bijloos, Van der Scheer, & Van Veen-Berkx, 2017). Deze bredere taakopvatting vraagt van zorgbestuurders inzet op innovaties die niet alleen bijdragen aan het succes van de eigen organisatie maar ook bijdragen aan duurzame zorg (Commissie Governance NVZD, 2015). Het in staat zijn tot het creëren van ruimte voor innovatie en ontwikkeling, waardoor de organisatie proactief kan inspelen op ontwikkelingen in de markt en samenleving, vormt daarom onderdeel van het verwachte expertiseprofiel van elke zorgbestuurder (NVZD, 2019).

Innovatie is dus in meerdere opzichten een strategisch thema voor de zorgbestuurder. Innovatief vermogen, het vermogen van de organisatie om herhaaldelijk succesvol innovatief te zijn, is daarmee een organisatiekenmerk van strategisch belang. Het is een van de belangrijkste determinanten voor innovatie en organisatieperformance (Damanpour, 1991; Mone, McKinley, & Barker, 1998). Innovatief vermogen is geen statisch fenomeen, maar een organisatiekenmerk waar leidinggevend

invloed op hebben (Hult, Hurley, & Knight, 2004). Het is dan ook een relevant concept voor zorgbestuurders. Er is echter relatief weinig onderzoek in de praktijk gedaan naar het concept zelf: het onderzoek is met name gericht op de determinanten van innovatief vermogen of innovatie output, in plaats van onderzoek te verrichten naar het werkelijk begrip van de dimensies van innovatief vermogen (Moos, Beimborn, Wagner, & Weitzel, 2010; Wolfe, 1994). Onderzoek is bovendien nauwelijks gericht op de specifieke aspecten van innovatief vermogen in de zorg. Een beter begrip hiervan draagt mogelijk bij aan meer inzicht in de relatie tussen innovatief vermogen en de antecedenten en consequenten, en daarmee aan de beïnvloedingsmogelijkheden. Het perspectief van zorgbestuurders op de conceptualisatie van innovatief vermogen en de wijze waarop zij hieraan invulling geven in de praktijk van het besturen staan in dit onderzoek daarom centraal.

1.2 Doel- en vraagstellingen van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de theorievorming over innovatief vermogen, door de kernbegrippen van het concept innovatief vermogen vanuit het perspectief van zorgbestuurders te exploreren en inzicht te verwerven in de wijze waarop zij hier invulling aan geven in de praktijk van hun organisatie.

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek luidt daarom als volgt:

Hoe kan het begrip innovatief vermogen in de zorg worden geconceptualiseerd en hoe geven zorgbestuurders hier invulling aan in hun organisatie?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden worden de volgende deelvragen onderzocht:

- a. Wat zijn de aan de wetenschappelijke literatuur ontleende concepten voor innovatief vermogen?
- b. Welke antecedenten van innovatief vermogen zijn te onderscheiden in de wetenschappelijke literatuur?
- c. Hoe percipiëren zorgbestuurders het concept innovatief vermogen?
- d. Hoe zien zorgbestuurders hun rolopvatting en verantwoordelijkheid ten aanzien van innovatie en innovatief vermogen?
- e. In hoeverre en op welke wijze trachten zorgbestuurders het innovatief vermogen van hun organisatie te beïnvloeden?
- f. Welke aangrijpingspunten volgen uit de wetenschappelijke literatuur en het empirisch onderzoek om het innovatievermogen van zorgorganisaties te bevorderen?

De vraagstelling wordt benaderd vanuit een empirisch onderzoek. Om het empirisch onderzoek te verrichten is allereerst een theoretisch onderzoek uitgevoerd en een conceptueel model opgesteld. Dit wordt beschreven in hoofdstuk 2. De onderzoeksopzet wordt nader beschreven in hoofdstuk 3.

1.3 Relevantie van het onderzoek

Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is gelegen in de bijdrage die geleverd wordt aan de theorievorming rond het concept innovatief vermogen. Het perspectief van de zorgbestuurder op de conceptualisaties van innovatief vermogen staat centraal. Het onderzoek is daarmee aanvullend op het bestaande onderzoek naar innovatief vermogen, waar dit perspectief nog weinig is belicht. Het onderzoek draagt bij aan meer wetenschappelijk inzicht in de perceptie, rolopvatting en beïnvloedingsstrategieën van bestuurders van innovatief vermogen door de theoretische kernbegrippen te exploreren vanuit het perspectief van deze strategische actoren in de zorg. De keuze voor de zorg als sector in dit onderzoek is primair ingegeven door de maatschappelijke relevantie, maar is ook theoretisch van betekenis: de sector karakteriseert zich als een complexe context voor innovatie, zoals beschreven in deze inleiding, hetgeen mogelijk implicaties heeft voor de conceptualisatie van innovatief vermogen.

Maatschappelijke relevantie

De verwachtingen richting zorginstellingen om middels innovatie op sectorniveau bij te dragen aan duurzame zorg zijn hooggespannen. Er wordt zelfs gesteld dat de kernwaarden van het Nederlands zorgsysteem in het geding komen wanneer er niet wordt geïnnoveerd. Deze maatschappelijke uitdaging vraagt een groot vermogen van zorgorganisaties om te innoveren. Onderzoek naar dit organisatiekenmerk vanuit het perspectief van zorgbestuurders, als belangrijke actoren in de zorg, kent dan ook een hoge maatschappelijke relevantie. De uitkomsten dragen bij aan een beter begrip van het concept innovatief vermogen vanuit het perspectief van zorgbestuurders. De uitkomsten zijn niet alleen relevant zijn voor de onderzochte groep zelf (de bestuurders), maar ook voor andere actoren die een rol hebben in innovatieprocessen in de zorg, zoals financiers.

Praktische relevantie

Voor bestuurders is voldoende gerichtheid op innovatie geen eenvoudige opgave gezien de nodige aandacht die ook uit moet gaan naar de lopende bedrijfsvoering en meer beheersmatige onderwerpen. Het onderzoek is praktisch relevant omdat het tot een beter begrip van innovatief vermogen leidt, en zo kan bijdragen aan de praktijk van effectief besturen. De conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek kunnen door bestuurders benut worden om gericht innovatief vermogen in hun organisatie te beïnvloeden.

2. Theoretisch kader

In het onderzoek naar innovatief vermogen is innovatie, uiteraard, een belangrijk concept. Dit theoretisch kader start dan ook met een kort overzicht van begrippen die in de innovatieliteratuur worden gebruikt om van innovatie te definiëren en te typeren. Vervolgens wordt in gegaan op innovatief vermogen als organisatiekenmerk. Daarna wordt een overzicht geboden van de literatuur naar de conceptualisatie en de invulling van innovatief vermogen. Het theoretisch kader wordt afgesloten met een conceptueel model, dat als basis dient voor het empirisch onderzoek.

2.1 Innovatie

Innovatie kent vele definities. Consistent hierin is dat het “nieuwe” centraal staat. Of een innovatie nieuw is, hangt af van het perspectief: een innovatie kan nieuw zijn voor een organisatie, voor een markt of nieuw voor de wereld (De Carvalho, Cruz, De Carvalho, Duclós, & De Fátima Stankowitz, 2017). Algemeen erkend is dat we pas spreken van innovatie als iets nieuws daadwerkelijk wordt toegepast en als het waarde toevoegt voor nieuwe of bestaande doelgroepen. Innovatie omvat dus de omzetting van nieuwe kennis in een nieuwe product, proces of dienst dat waarde toevoegt én het daadwerkelijk gebruik of de toepassing hiervan (Johnson, Whittington, Scholes, Angwin, & Regné, 2017).

Het onderzoek naar innovatie laat veel variatie in uitkomsten zien (Damanpour, 1991). Dit komt mogelijk door de variatie in typen innovaties die zijn onderzocht. Een veel gemaakt onderscheid is bijvoorbeeld het onderscheid in productinnovatie, procesinnovatie en systeeminnovatie (Tidd, 2001). Ook wordt onderscheid gemaakt in technologische en sociale innovaties. Waar technologische innovatie betrekking heeft op nieuwe technologische producten, hebben sociale innovaties betrekking op nieuwe manieren van (samen)werken. Innovatie wordt aan de hand van de impact op de stakeholders gecategoriseerd als disruptief of *sustaining*. Disruptieve innovatie leidt tot grote veranderingen in de markt. Bij *sustaining* innovatie blijven de markten ongewijzigd, maar verbeteren de uitkomsten. De mate van innovativiteit van de vernieuwing kan onderscheiden worden in incrementeel en radicaal (Omachonu & Einspruch, 2010). Incrementele innovaties bouwen voort op hetgeen al bestaat. Radicale innovatie zet de oude systemen op zijn kop en creëert nieuwe spelers en markten. Hoewel innovatie veelal associaties oproept met radicale, technologische oplossingen, is vernieuwing in de zorg vaker incrementeel van aard (Janssen, 2016). Ook deze incrementele innovaties kunnen waarde toevoegen.

Het vormgeven van innovatie in de zorg is in vergelijking met andere sectoren lastiger. Regelmatig wordt aangegeven dat het zeker niet ontbreekt aan innovatieve ideeën, maar dat de implementatie en opschaling stagneert. Dit proces van innovatie is door verschillende onderzoekers beschreven aan de hand van fases. Grofweg zijn in de modellen drie fases te onderscheiden: initiatie, adoptie beslissing en implementatie (Damanpour & Schneider, 2006). De initiatie fase bestaat uit activiteiten die betrekking hebben op het herkennen van een behoefte en het zoeken naar oplossingen. De adoptie beslissing betreft het evalueren van de voorgestelde ideeën vanuit verschillende

perspectieven, het kiezen van de meest wenselijke en het alloceren van resources. Implementatie omvat alle activiteiten om de innovatie daadwerkelijk in gebruik te nemen. Innovaties verlopen zeker niet altijd via dit lineaire patroon; het proces kan ook meer random en minder voorspelbaar zijn (Damanpour & Schneider, 2006). In plaats van gericht te sturen is het gaandeweg vorm geven aan innovatie dan ook een alternatieve benadering in het managen van innovatie (Janssen, 2016).

2.2 Innovatief vermogen als organisatiekenmerk

Innovatief vermogen is het vermogen van een organisatie om herhaaldelijk innovatief succesvol te zijn. Het wordt beschouwd als een van de belangrijkste determinanten van organisatie performance (Damanpour, 1991; Mone et al., 1998). Niet alleen voor start-ups, maar ook voor grote bestaande organisaties is het van belang dat continue nieuwe producten en diensten worden ontwikkeld om succesvol de concurrentie aan te gaan (Porter, 1985; Johnson, Whittington, Scholes, Angwin, & Regnér, 2017). Hoewel het begrip innovatief vermogen oorspronkelijk in het bedrijfsleven werd gehanteerd als wenselijk organisatiekenmerk, is het begrip ook in de publieke sector, waaronder de zorg, geïntroduceerd (Hult et al., 2004; Hurley & Hult, 1998; Bessant, 2005). Ook daar wordt, ondanks dat de publieke opinie sceptisch is, volop geïnnoveerd (Hartley, 2005). Waar in de private sector innovatie en de noodzaak van het ontwikkelen van innovatief vermogen gedreven wordt vanuit *competitive advantage*, is in de publieke sector de drijfveer mede ook gelegen in het willen komen tot significante verbeteringen in uitkomsten, efficiëntie, effectiviteit of kwaliteit (Albury, 2005). Ook in de publieke sector geldt dat er een relatie bestaat tussen innovatief vermogen en de performance van de organisatie, hoewel wat minder sterk dan in de commerciële sector (Prajogo, 2006). In de publieke sector is het immers lastiger is om vast te stellen wanneer we kunnen spreken van succesvolle performance (Shoham, Vigoda-Gadot, Ruvio, & Schwabsky, 2012). Niet alleen financiële parameters spelen immers een rol, maar ook klanttevredenheid en (in de zorg) klinische uitkomsten. Innovatief vermogen is in de dienstensector ook gerelateerd aan betere uitkomsten op het niveau van individuele medewerkers: een hogere tevredenheid en commitment aan de organisatie (Shoham et al., 2012). Juist in de zorg, waar innovatie veelal incrementeel is, is het concept van toegevoegde waarde omdat het niet zozeer de focus legt op de uitkomst van innovatie, maar op innovatie als doorlopend proces (Ahrens, Al-Sereidi, Al-Shaebi, & Rahmdel, 2017).

2.3 Conceptualisatie van innovatief vermogen

Hoewel het belang van innovatief vermogen voor organisaties evident is, is naar het concept zelf relatief weinig onderzoek in de praktijk verricht (Moos et al., 2010). Veel onderzoek is gericht op de determinanten van innovatief vermogen of innovatie output, in plaats van onderzoek te verrichten naar het werkelijk begrijpen van de dimensies van innovatief vermogen en de invulling in de praktijk (Wolfe, 1994). In de theorievorming wordt niet altijd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen innovatie en innovatief vermogen (Damanpour, 1991; Ruvio, Shoham, Vigoda-Gadot, & Schwabsky, 2014). Innovatief vermogen is echter te beschouwen als een op zichzelf staand construct, en moet daarom onderscheiden worden van innovatie als uitkomst (Midgley & Dowling, 1978).

Er bestaat een grote diversiteit aan gehanteerde definities van innovatief vermogen, waarbij de empirische basis ontbreekt of niet altijd duidelijk is (Damanpour, 1991). Verschillende onderzoekers hanteren een algemene definitie, waarin de gerichtheid van de organisatie op innovatie wordt

aangegeven, maar geen inhoudelijke invulling wordt gegeven aan het concept¹. Ook wordt innovatief vermogen regelmatig unidimensioneel gedefinieerd als het aantal innovaties dat een organisatie genereert of adopteert, waarbij er dus geen onderscheid is tussen het construct zelf en de uitkomst ervan. Om innovatief vermogen beter te begrijpen en meetbaar te maken is het van belang om dit organisatiekenmerk multidimensioneel te benaderen. Dit draagt bij aan een beter theoretisch inzicht, ook in de onderlinge samenhang tussen dimensies (Ruvio et al., 2014). Ook zorgt het voor een beter begrip van de relatie tussen innovatief vermogen en de antecedenten en consequenten, wat vanuit theoretisch en praktisch opzicht relevant is. Er zijn diverse pogingen gedaan om innovatief vermogen te conceptualiseren en dimensies te onderscheiden. Centraal hierin staat dat innovatief vermogen wordt gekarakteriseerd als een set van organisatiekwaliteiten die betrekking hebben op het proces van het genereren van innovatieve ideeën tot aan het in de praktijk brengen ervan (Ahrens et al., 2017).

De wijze waarop innovatief vermogen wordt geconceptualiseerd is sterk afhankelijk van het perspectief of het theoretisch kader van waaruit gekeken wordt. Zo wordt in de bedrijfskundige literatuur het perspectief van de ambidextere organisatie benadrukt (Gieske, van Buuren, & Bekkers, 2016). Ambidextere organisaties beschikken over het vermogen om zowel exploratieve als exploitatieve activiteiten uit te voeren. Vanuit het oogpunt van innovatie zijn deze organisaties in staat om zowel incrementele (exploitatieve) als discontinue (exploratieve) innovatie te realiseren (Tushman & O'Reilly, 1996). Ambidextere organisaties hebben dus een groter innovatief vermogen dan organisaties die een van de twee benaderingen als voorkeur hebben.

Vanuit een marketingperspectief wordt innovatief vermogen bestudeerd vanuit het vraagstuk hoe organisaties zich aanpassen aan hun omgeving ten einde concurrentievoordeel te behalen. In deze onderzoekslijn domineert het concept marktorientatie, de responsiviteit van een organisatie op behoeften in de markt. Innovatief vermogen wordt in deze modellen gezien als het primaire mechanisme om te reageren op de markt (Hurley & Hult, 1998). In de conceptualisatie van innovatief vermogen wordt in deze onderzoekslijn een onderscheid gemaakt in *innovativeness* en de *capacity to innovate* (Hurley & Hult, 1998). Innovativiteit wordt beschouwd als een cultuuraspect, primair gekenmerkt door het open staan voor nieuwe ideeën. De capaciteit om te innoveren is het vermogen van de organisatie om nieuwe ideeën vervolgens daadwerkelijk succesvol te adopteren en te implementeren. Dit onderscheid tussen culturele aspecten en innovatie capaciteit is in meerdere conceptualisaties terug te zien (Prajogo & Ahmed, 2006). Onderliggend is de veronderstelling dat de "juiste" culturele context weliswaar van belang is, maar niet voldoende is om tot innovatie te komen. Capaciteit als onderdeel van innovatief vermogen wordt vervolgens op verschillende manieren ingevuld. Elementen die in verschillende conceptualisaties worden benoemd zijn bijvoorbeeld leiderschap en besluitvormingsprocessen, organisatiestructuren en communicatie, samenwerkingsverbanden, kennis en R&D capaciteit (Saunila & Ukko, 2012).

Andere onderzoekers pleiten juist wel voor het benaderen van innovatief vermogen als een puur cultureel concept. De cultuurdimensies van innovatief vermogen die op basis van de literatuur worden gesuggereerd zijn creativiteit, risico nemen, oriëntatie op de toekomst, open staan voor verandering en pro activiteit (Ruvio et al., 2014; Shoham et al., 2012). In deze cultuurnadering wordt

¹ Voorbeelden: *A firm's capacity to introduce new processes, product, or ideas in the organization*" (Hult et al., 2004), *"inclination for the organization to engage in innovative behavior"* (Auh & Menguc, 2005), of *"a firm's propensity to innovate"* (Salavou, 2004).

capaciteit beschouwd als een rand voorwaarde voor innovatie, maar los gezien van het construct zelf. In het verlengde hiervan wordt in sommige conceptualisaties de gedragscomponent, als onderdeel van cultuur, expliciet benoemd (Avlonitis, Kouremenos, & Tzokas, 1994; Wang & Ahmed, 2004). Op het individuele niveau betreft het de bereidheid om te veranderen, op teamniveau is het meer dan de som van innovatieve individuen maar een synergie op basis van de groepsdynamiek (Wang & Ahmed, 2004). Ook het gedrag van het management wordt expliciet benoemd als van belang voor innovatief vermogen in een organisatie. Het management moedigt nieuwe werkwijzen aan en staat open voor nieuwe ideeën. Gedragsaspecten dragen zo bij tot het vormen van een innovatieve cultuur, waarin er ontvankelijkheid is voor nieuwe ideeën en innovatie.

Ook wordt innovatief vermogen benaderd, in de onderzoekslijn over de rol van creativiteit, als het vermogen om nieuwe informatie te absorberen, te leren en bestaande inzichten te veranderen (Gieske et al., 2016). Innovatief vermogen is hier nauw gerelateerd aan lerend vermogen, aan oriëntatie op leren, wat juist door andere onderzoekers wordt beschouwd als een antecedent van innovatief vermogen (Hult et al., 2004)

Daarnaast zijn er conceptualisaties van innovatief vermogen waarin nadrukkelijk de strategie van de organisatie een plek heeft (Avlonitis et al., 1994; Wang & Ahmed, 2004). Strategische innovativiteit, als dimensie van innovatief vermogen, betreft het vermogen van een organisatie om ambitieuze organisatiedoelen te managen, en deze in balans te brengen met de beschikbare resources. Hiermee wordt, volgens de pleitbezorgers van deze benadering, innovatief vermogen meer een construct dat oriëntatie op de toekomst demonstreert in plaats van het te beschouwen vanuit het actuele en meer statische gezichtspunt.

Een conceptualisatie die meerdere van bovenstaande elementen combineert en op basis van een literatuur review tot stand is gekomen is, is de volgende: *Firm level innovativeness is an organization-wide strategic mindset and attitude towards innovation possessed to some degree by all firms: composed of an embedded cultural willingness, propensity, receptivity, market responsiveness, commitment, intention, and technological capacity to engage in risky behavior and to rapidly incorporate change in business practices through the (early) creation and / or adoption of new ideas that facilitates innovation and delivers a sustained competitive advantage.*” (Lynch, Walsh, Harrington, & Harrington, 2010). Deze conceptualisatie omvat vijf dimensies: 1. creativiteit, 2. open staan voor nieuwe ideeën, 3. (strategische) intentie om te innoveren, 4. bereidheid om risico te nemen, en 5. capaciteit om te innoveren. Het omvat zowel cultuuraspecten, als ook strategie en capaciteit.

Samengevat bestaan er in de literatuur verschillende conceptualisaties van innovatief vermogen. Waar sommige onderzoekers het volledig als een cultuur construct van de organisatie benaderen, of als lerend vermogen, hanteren andere onderzoekers een dimensionele benadering met strategische en gedragsmatige aspecten, en heeft innovatie capaciteit in verschillende conceptualisaties een plek. Het theoretisch kader van waaruit gekeken wordt naar innovatief vermogen is bepalend voor de conceptualisatie die wordt gehanteerd. Er is relatief weinig onderzoek in de praktijk verricht naar de conceptualisatie van innovatief vermogen en de wijze waarop dit invulling krijgt in de praktijk. In dit empirisch onderzoek wordt gekeken hoe zorgbestuurders dit organisatiekenmerk conceptualiseren en hoe zij het in de praktijk van het besturen invulling geven. De conceptualisaties uit de literatuur worden in de kwalitatieve analyse benut voor het duiden en doorgronden van de empirische gegevens.

2.4 Invulling geven aan innovatief vermogen

Voor het kunnen beïnvloeden van innovatief vermogen is het niet alleen van belang om inzicht te hebben in het concept zelf, maar ook van belang om inzicht te hebben in de elementen die samenhangen met de invulling van innovatief vermogen. In de literatuur worden diverse antecedenten van innovatief vermogen benoemd. Deze literatuur is echter lastig te duiden als gevolg van de verschillende definities en conceptualisaties die in onderzoek worden gehanteerd. Waar in de ene conceptualisatie een aspect wordt benoemd als dimensie van innovatief vermogen, is dit in een andere conceptualisatie een antecedent van innovatief vermogen. De antecedenten van innovatief vermogen zijn te onderscheiden in kenmerken van de organisatiecultuur en kenmerken van de organisatiestructuur. Ze zijn te beschouwen als aspecten aan de hand waarvan de bestuurder invulling geeft aan innovatief vermogen c.q. het vermogen in de praktijk beïnvloedt. Ook de zorgbestuurder zelf is hierin uiteraard een factor van belang. In deze paragraaf wordt daarom een overzicht gegeven van de organisatiekenmerken die vanuit de theorie belangrijk zijn voor de invulling van innovatief vermogen en wordt ook ingegaan op de rol van leiderschap.

Kenmerken van de organisatiecultuur

Twee concepten worden terugkerend benoemd die samenhangen met organisatie performance: markt oriëntatie en oriëntatie op leren (Shoham et al., 2012). Deze kenmerken van organisatiecultuur worden beschouwd als antecedenten van innovatief vermogen, waarbij innovatief vermogen vervolgens direct de performance van de organisatie beïnvloed (Hult et al., 2004; Shoham et al., 2012).

Marktorientatie geeft aan in welke mate een organisatie geïnteresseerd is in, reageert op, en zich bezig houdt met klanten en externe stakeholders (Hurley & Hult, 1998). Marktorientatie is positief gecorreleerd aan de performance van zowel for profit als non profit organisaties (Shoham, Ruvio, Vigoda-Gadot, & Schwabsky, 2006). Deze relatie is sterker in de non profit sector. Innovatief vermogen is de mediërende factor van de impact van marktorientatie op de performance van een organisatie. Marktorientatie kan daarmee beschouwd worden als antecedent van innovatief vermogen (Shoham et al., 2012; Hurley & Hult, 1998). Overigens kan marktorientatie ook gezien worden als een variabele op strategie-niveau in plaats van een cultuuraspect (Hurley, Hult, & Knight, 2005; Woodside, 2005).

Oriëntatie op leren (*learning orientation of organizational learning*) betreft het proces van het ontwikkelen van nieuwe kennis en inzichten vanuit de ervaringen van de medewerkers, welke het gedrag beïnvloeden via de waarden en overtuigingen van de organisatie (Hult et al., 2004). Leren is manifest in een organisatie als ideeën van individuen worden gedeeld en tot betekenis worden ontwikkeld op groeps- en organisatieniveau (Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011). Oriëntatie op leren heeft een significant antecedent effect op innovatief vermogen, waarbij innovatief vermogen een noodzakelijke mediator is van de relatie tussen oriëntatie op leren en performance (Hult et al., 2004; Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011). Met andere woorden: zonder innovatief vermogen heeft een oriëntatie op leren weinig toegevoegde waarde voor het behalen van de organisatiedoelstellingen.

Kenmerken van de organisatiestructuur

Een tweede categorie antecedenten van innovatief vermogen die in de literatuur wordt benoemd zijn kenmerken van de organisatiestructuur. Innovatieve organisaties worden over het algemeen gekenmerkt worden door een decentrale inrichting (Damanpour, 1991). In een sterk gecentraliseerde organisatie hebben medewerkers minder autonomie, als gevolg waarvan innovatie wordt belemmerd: medewerkers zijn minder creatief wanneer ze het gevoel hebben weinig controle over het werk te hebben (Hu, Gu, & Chen, 2013). Ook hebben medewerkers in sterk gecentraliseerde organisaties minder informatie tot hun beschikking en is er minder bereidwilligheid om kennis te delen (Shoham et al., 2012). Anders gezegd: centralisatie als structuurkenmerk heeft een negatieve invloed op het cultuuraspect orïëntatie op leren. Organisaties met een meer organische structuur zijn innovatiever dan organisaties met een mechanistische structuur (Damanpour, 1991). Cross functionaliteit in organisaties is bevorderlijk voor innovatief vermogen omdat het verschillende perspectieven bij elkaar brengt en zo creativiteit bevordert (Prajogo & Ahmed, 2006)

Ook omvang is een relevant kenmerk. Hoewel vaak wordt verondersteld dat kleinere organisaties over meer innovatief vermogen beschikken, bestaat er een positieve relatie tussen organisatie omvang en innovatief vermogen (Camisón-Zornoza, Lapiedra-Alcamí, Segarra-Ciprés, & Boronat-Navarro, 2004). Omvang beïnvloedt alle fasen van het innovatieproces positief (Damanpour & Schneider, 2006). Ook op teamniveau bestaat er in de gezondheidszorg een positief verband tussen omvang en innovatie (West et al., 2003). Een groter team brengt meer perspectieven met zich mee om tot creatieve ideeën te komen en heeft meer vermogen om tot implementatie te komen. Ook speelt de omvang van een organisatie een rol in de intensiteit van de positieve relatie tussen organisatieleren, innovatie en performance. Deze positieve relatie is groter voor kleinere organisaties (Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011). Grotere organisaties zijn vanwege meer resources voor innovatie minder afhankelijk van organisatieleren.

De rol van leiderschap

Innovatief vermogen is een beïnvloedbaar organisatiekenmerk (Hult et al., 2004). Hoewel vaak verondersteld wordt dat omgevingsfactoren een grote invloed hebben op innovatie, heeft de organisatie zelf juist een grotere invloed op het innovatieproces dan de omgevingscontext (Damanpour & Schneider, 2006). Bestuurders kunnen dus vanuit hun eindverantwoordelijke positie gericht sturen op of werken aan het versterken van innovatief vermogen. Zij vormen daarmee een belangrijke determinant van innovatief vermogen en maken feitelijk zelf onderdeel uit van de wijze waarop dit in de praktijk invulling krijgt.

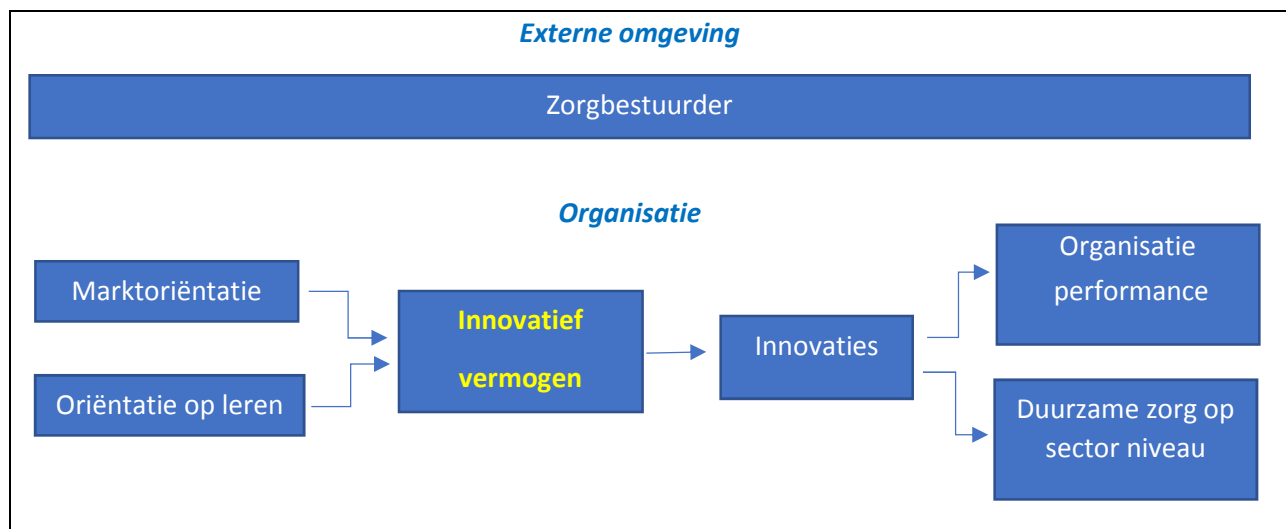
Bestuurders zijn in de positie om een organisatieklimaat gericht op innovatie en verandering te creëren (Damanpour, 1991; Damanpour & Schneider, 2006). Bestuurders zijn in potentie een kracht tegen of voor innovatie, en zijn in hoge mate verantwoordelijk voor de culturele waarden in de organisatie die al dan niet ondersteunend aan innovatie zijn. Een positieve attitude van leidinggevendens maakt dat medewerkers zich gesteund voelen om met nieuwe ideeën te komen (Mumford, 2000). Bestuurders hebben bovendien vanuit hun rol als strateeg, die zorgbestuurders in hun rol opvatting het meest belangrijk achten, de verantwoordelijkheid om ontwikkelingen in de omgeving te identificeren en beleid te formuleren als reactie op veranderingen in de omgeving (Bijloos et al., 2017). Ze beheren de resources, en richten de organisatie in, waarmee ze in hoge mate

bepalend zijn voor de aanwending van innovatie capaciteit. In de rol van ondernemer introduceert de zorgbestuurder vernieuwingen en boort nieuwe markten aan (Bijloos et al., 2017). Het combineren van deze oriëntatie op innovatie met het continue verbeteren van de efficiency van de organisatie vormt de kunst van het zogenoemde tweebenig besturen (Janssen, 2017).

Wat de meest effectieve leiderschapsbenadering is om innovatief vermogen te versterken, is vanwege de tekortkomingen in de studies lastig aan te geven (Hughes, Lee, Wei Tian, Newman, & Legood, 2018). Een meer positieve leiderschapsstijl lijkt gerelateerd te zijn aan creativiteit en innovatie. Onder een positieve leiderschapsstijl vallen benaderingen zoals transformationeel leiderschap en empowering leiderschap. Sommige onderzoekers betogen dat transformationeel leiderschap daarmee als een antecedent van innovatief vermogen kan worden beschouwd (Hu et al., 2013; Sarros, Cooper, & Santora, 2008). Ten aanzien van de effecten van leiderschap op innovatie is het van belang een onderscheid te maken in idee generatie en implementatie (Mumford & Licuanan, 2004). Transformationeel leiderschap is meer effectief voor het genereren van innovatieve ideeën, terwijl een transactionele leiderschapsstijl meer passend is in de fase van implementatie en inbedding in de organisatie (Gieske et al., 2016). Voor zorgbestuurders betekent dit dat, vanuit het oogpunt van innovatief vermogen, een gebalanceerde combinatie van een transformationele en transactionele leiderschapsstijl wenselijk is.

2.5 Conceptueel model

Aan de hand van de literatuur is het volgende conceptueel model opgesteld. Het geeft de kernbegrippen en causale relaties weer, volgend uit de theoretische inzichten, dat als basis dient voor dit empirisch onderzoek.



De zorgbestuurder is gepositioneerd als de centrale actor die de ontwikkelingen in de externe omgeving vertaalt naar de organisatie. Innovatief vermogen, als organisatiekenmerk, leidt via succesvolle innovaties tot organisatieperformance enerzijds en tot een bijdrage aan duurzame zorg op sector niveau anderzijds. In het rechter deel van het conceptueel model is dus de aanleiding en context van dit empirisch onderzoek te vinden, zoals beschreven in de inleiding.

De vraagstellingen van het empirisch onderzoek richten zich op het concept innovatief vermogen en de antecedenten, de linkerkant van het conceptueel model. Innovatief vermogen is hierin het centrale kernbegrip. Aan de hand van de kernbegrippen uit de literatuur wordt bestudeerd hoe

zorgbestuurders innovatief vermogen conceptualiseren. Tevens wordt geëxploreerd hoe zij invulling geven aan innovatief vermogen in de praktijk van het besturen van hun organisatie.

Een deelvraag betreft de wijze waarop bestuurders innovatief vermogen beïnvloeden. In het conceptueel model zijn daarom naast het kernbegrip innovatief vermogen, welke mogelijk rechtstreeks door de bestuurder beïnvloed kan worden, ook de antecedenten van innovatief vermogen opgenomen die in de literatuur consistent naar voren komen: oriëntatie op leren en marktorientatie. Deze antecedenten vormen mogelijk een aangrijpingspunt voor bestuurders voor de invulling die zij geven aan innovatief vermogen. In het conceptueel model is de organisatie benoemd als hetgeen de bestuurder eindverantwoordelijkheid voor draagt, om zo aan te geven dat in dit exploratieve onderzoek ook andere organisatiekenmerken aan bod kunnen komen die vanuit het perspectief van bestuurders relevant zijn voor innovatief vermogen.

3. Onderzoeksopzet

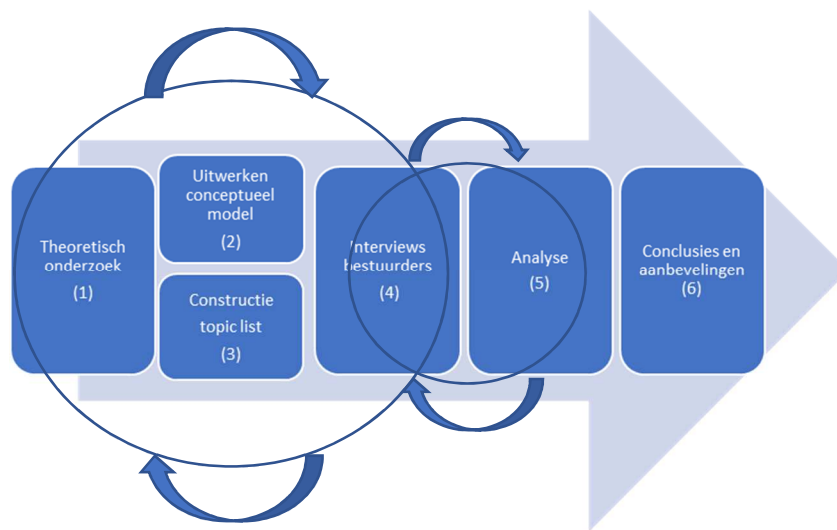
3.1 Onderzoeksmethode

Met dit onderzoek is beoogd een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de theorievorming over innovatief vermogen en, middels een vertaling naar de praktijk, tevens bij te dragen aan de praktijk van effectief besturen. Innovatief vermogen is een construct dat verschillende interpretaties kent. De conceptualisatie is afhankelijk van het gekozen theoretisch kader. Omdat het perspectief van de zorgbestuurder op de conceptualisatie van innovatief vermogen in de literatuur nog weinig is belicht, is gekozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek. De aard van de onderzoeksoptiek is theorie-ontwikkend onderzoek. In dit onderzoek stond niet het toetsen van een bestaande theorie centraal, maar er werd juist beoogd om middels empirisch onderzoek te komen tot aanvullende theoretische inzichten. De vraagstelling is daarom benaderd vanuit de gefundeerde theoriebenadering als onderzoeksstrategie (Verschuren & Doorewaard, 2016).

De gefundeerde theoriebenadering is een methode waarin er continue samenspel bestaat tussen dataverzameling en -analyse om zo gedurende het onderzoeksproces tot theorievorming te komen (Bowen, 2006). De zogenaamde *sensitizing concepts* vormen hierin het startpunt van het kwalitatieve onderzoek: dit zijn de voor de uit te voeren analyse richtinggevende concepten (Verschuren & Doorewaard, 2016). De betekenis ervan wordt aan het begin van het onderzoek nog zo open mogelijk gehouden. Op basis van de data wordt in de loop van het onderzoek aan deze begrippen geleidelijk een steeds specifiekere betekenis toegekend. *Sensitizing concepts* zijn dus helpend om een dieper begrip te krijgen van bepaalde fenomenen (Bowen, 2006). In deze onderzoeksmethode heeft de onderzoeker een zoekende en tentatieve houding. De onderzoeker dient bij voortduring open te staan voor de indrukken die de bestudering van de empirische gegevens en het bestuderen van de literatuur meebrengen (Verschuren & Doorewaard, 2016). Deze onderzoeksstrategie heeft een empirie-gestuurd en inductief karakter en is daarmee passend bij de doelstelling van dit onderzoek.

3.2 Onderzoeksmodel

De vraagstelling is benaderd vanuit een empirisch onderzoek. Hiervoor is een onderzoeksmodel opgesteld (*figuur 1*) (Verschuren & Doorewaard, 2016). Het onderzoeksmodel is een schematische weergave van het doel van het onderzoek en de stappen die hierin nodig zijn. Allereerst is theoretisch onderzoek naar de wetenschappelijke literatuur verricht (1) op basis waarvan een conceptueel model is uitgewerkt (2). Het conceptueel model is leidend geweest in het samenstellen van de topic list voor de interviews (3). De empirische data zijn verzameld middels open interviews met zorgbestuurders (4). Stap 1 t/m 5 vormden een iteratief proces, kenmerkend voor de gefundeerde theoriebenadering: theorie en praktijk wisselen elkaar af om tot de gegevensverzameling te komen en om tot de analyse en beschrijving van de bevindingen te komen (5). Op basis van de analyse werden de vraagstellingen beantwoord, en conclusies en aanbevelingen geformuleerd (6).



Figuur 1. Onderzoeksmodel

3.3 Dataverzameling

Voor het theoretisch kader is de wetenschappelijke literatuur over de conceptualisatie en de antecedenten van innovatief vermogen bestudeerd. Primaire zoektermen die gebruikt zijn in de literatuurstudie zijn “organizational innovativeness”, “firm innovativeness”, “innovative capability”, “business innovation succes” “firm innovation performance” en “antecedents of innovativeness”. In combinatie met de zoekterm “public services” en “health care” is gekeken in hoeverre literatuur beschikbaar is voor de publieke sector en specifiek voor de gezondheidszorg. Er werd gebruik gemaakt van databases die via de Erasmus Universiteit te raadplegen zijn.

Voor het empirisch onderzoek zijn data verzameld bij zorgbestuurders. Gekozen is voor open individuele interviews als onderzoekstechniek. Een open interview, als meest vrije vorm van het stellen van vragen, geeft een betere mogelijkheid om het perspectief van de bestuurder diepgaand in beeld te brengen en te begrijpen dan bijvoorbeeld een sterk voorgestructureerd interview of enquête. Er wordt immers zo min mogelijk invulling vooraf vanuit de onderzoeker gegeven. Gezien het exploratieve karakter van deze studie en de gekozen onderzoeksstrategie van de gefundeerde theoriebenadering zijn open interviews dan ook de meest passende onderzoekstechniek om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden. Er is gekozen voor individuele interviews omdat een groepsinterview met zich meebrengt dat de data interactief tot stand komen en er minder mogelijkheid is om met het individu te verdiepen op het onderwerp. Een groepsinterview brengt ook het risico met zich mee dat informatie verloren gaat doordat één of meerdere respondenten dominanter aanwezig zijn dan anderen. De inschatting was dat individuele interviews meer rijkheid aan data zouden opleveren.

De interviews zijn gevoerd aan de hand van een topic list, voortkomend uit het conceptueel model. De interviews werden gehouden in de eigen vertrouwde omgeving van de bestuurders en duurden 60-75 minuten.

3.4 Selectie van de respondenten

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn middels convenience sampling acht zorgbestuurders van acht verschillende zorgorganisaties benaderd. Er is gekozen voor een dwarsdoorsnede van de zorg om maximale variëteit te hebben. Vergelijking tussen de verschillende delen van de zorg was geen doel van dit onderzoek. Alle benaderde zorgbestuurders waren bereid mee te werken. De onderzoeksgroep bestond uit bestuurders van grote geïntegreerde GGz instellingen (n=2), verslavingszorg (n=1), ziekenhuizen (n=1), VVT / langdurige zorg (n=2) en jeugdhulp (n=2). In *bijlage 1* is een overzicht van de respondenten te vinden. De geselecteerde zorgbestuurders zijn allen persoonlijk benaderd door de onderzoeker. Zij ontvingen voorafgaand aan het interview per e-mail een toelichting op het doel van het onderzoek (*bijlage 2*). In *bijlage 3* is de topic list opgenomen die is gehanteerd tijdens de interviews.

3.5 Data analyse

Van elk interview werd, met toestemming van de geïnterviewde, een audio opname gemaakt, waarna de interviews letterlijk werden uitgewerkt. Er werd door de onderzoeker geen interpretatie gegeven in de verslagen. Na elk interview reflecteerde de onderzoeker, middels het opnieuw afluisteren van het gesprek, op het materiaal en maakte aantekeningen van opvallendheden en waarnemingen. Dataverzameling en data analyse wisselden elkaar af. Na acht interviews werd geconstateerd dat het punt van verzadiging was bereikt en meer interviews geen nieuwe informatie zou opleveren.

De inhoudsanalyse van het interviewmateriaal vond gefaseerd plaats (Verschuren & Doorewaard, 2016). In een afwisselend inductief en deductief analyseproces zijn de empirische gegevens onderscheiden en met elkaar in verband gebracht. In de eerste fase werd het materiaal gekarakteriseerd door het toekennen van een code aan fragmenten van de transcripten, het zogenoemde open coderen. Vervolgens werden de toegekende codes en de voorlopige inhouds verzeleken en verrijkt tot eenduidig omschreven begrippen, en werden deze met elkaar in verband gebracht. Dit is het proces van axiale codering. In deze kwalitatieve analyse werden de empirische gegevens geconfronteerd en vergeleken met de theorieën en theoretische concepten. In de laatste fase, selectieve codering, werd tot een omschrijving gekomen van de kernbegrippen en de onderlinge samenhang.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. In kwalitatief onderzoek worden de invulling en beoordeling van betrouwbaarheid en validiteit anders ingevuld dan in kwantitatief onderzoek. Betrouwbaarheid is de afwezigheid van toevallige vertekeningen. Validiteit is de afwezigheid van systematische vertekeningen van het onderwerp van onderzoek. Anders gesteld zegt de betrouwbaarheid iets over de deugdelijke uitvoering van het onderzoek en validiteit iets over de deugdelijke opzet van het onderzoek (van Zwieten & Willems, 2004; Netwerk kwalitatief onderzoek AMC-UvA, 2002).

Met interne betrouwbaarheid wordt bedoeld op een mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de invloed van een individuele onderzoeker. Het gaat hierbij om controleerbaarheid. De externe betrouwbaarheid betreft de repliceerbaarheid van het onderzoek. In dit empirisch onderzoek is het verzamelen van de data op controleerbare wijze gebeurd: de

interviews zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Voor het analyseproces is gebruik gemaakt van een coderingssysteem, zodat herleidbaar is hoe tot de beschrijving van de resultaten is gekomen. Dit is juist ook van belang omdat de data zijn geanalyseerd door één onderzoeker. De gebruikte methodes zijn in deze rapportage geëxpliciteerd. Door frequent gebruik van citaten in de rapportage van de resultaten is de relatie zichtbaar tussen de ruwe gegevens en de interpretatie van de onderzoeker. Deze werkwijzen hebben bijgedragen aan de betrouwbaarheid, in termen van controleerbaarheid en herhaalbaarheid, van dit onderzoek.

De validiteit betreft de deugdelijkheid van de onderzoeksopzet en de mate waarin daadwerkelijk is onderzocht wat beoogd was. De interne validiteit, de mate waarin de methoden en technieken ervoor zorgen dat de resultaten en onderzoeksconclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel betreffen, is geborgd door dit onderzoek te starten met een uitvoerige bestudering van de literatuur over innovatief vermogen. Op basis hiervan is een conceptueel model opgesteld aan de hand waarvan een topic list wordt samengesteld. Dit heeft de interne validiteit ondersteund. Ook toepassing van theoretische triangulatie, het gebruiken van verschillende theoretische gezichtspunten voor de interpretatie van data, heeft de validiteit van het onderzoek versterkt (Van Staa & Evers, 2010). Er is anonimiteit gewaarborgd om te optimaliseren dat de respondenten in alle openheid zouden spreken, er geen waardevolle informatie onuitgesproken zou blijven of sociaal wenselijk zou worden gereageerd. Innovatief vermogen vanuit het perspectief van de zorgbestuurder is daarmee goed in beeld gebracht. In kwalitatief onderzoek is het daarnaast van belang om voldoende variatie bij de respondenten te hebben om uitspraken te kunnen doen over het onderzochte fenomeen. Er is daarom gekozen voor respondenten van een dwarsdoorsnede van de zorg om maximale variëteit te hebben. Deze variatiedekking kwam de generaliseerbaarheid, de externe validiteit van dit onderzoek ten goede.

4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit het empirisch onderzoek beschreven en gerelateerd aan de theorie. De resultaten worden geanonimiseerd gerapporteerd². De opbouw van dit hoofdstuk volgt de beschrijving bij het conceptueel model (van rechts naar links). Allereerst wordt beschreven in hoeverre de veronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt, namelijk dat innovatie van belang is, wordt herkend door de zorgbestuurders. Vervolgens wordt inzicht gegeven in het perspectief van zorgbestuurders op innovatie en innovatief vermogen en de cultuurdimensies van innovatief vermogen zoals gepercipieerd door zorgbestuurders. Daarna wordt beschreven hoe zij invulling geven aan innovatief vermogen vanuit hun rolopvatting en verantwoordelijkheid, en wordt ingegaan op de antecedenen van innovatief vermogen als aangrijpingspunt voor beïnvloeding. Het hoofdstuk eindigt met enkele bevindingen over de weerbarstigheid rond innovatie in de dagelijkse praktijk van het besturen.

4.1 Externe ontwikkelingen en het belang van innovatie

Een veronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt is dat innovatie van belang is voor het onderscheidend vermogen van de organisatie en noodzakelijk is gezien de externe ontwikkelingen zoals beschreven in de inleiding. Dit wordt door de zorgbestuurders onderschreven. Er komen veel veranderingen op zorgorganisaties af. Op de eerste plaats de krapte op de arbeidsmarkt, die op dit moment voor alle bestuurders sterk voelbaar is en tot fundamentele vragen leidt.

“Mensen denken nu nog dat we mensen moeten aannemen, maar die zijn er gewoon niet. Dat is natuurlijk het eerst wat je denkt, meer recruitment, nog beter kijken waar je ze vandaan kunt halen. Dat moet je natuurlijk ook wel doen maar het zal nooit de oplossing zijn. Het is meer behouden van mensen dan dat je echt nog meer binnen kunt krijgen. We moeten bekijken hoe kunnen we sowieso nog zorg verlenen, op wat voor manier kunnen we dat doen.” (2).

Oplossingen voor het arbeidsmarktvraagstuk worden gezocht in zowel technologische innovaties als ook in sociale innovaties. Hierbij wordt ook gewezen op administratieve lasten en ervaren werkplezier: er is een grote noodzaak om te vernieuwen op de wijze waarop verantwoording wordt afgelegd, waardoor het werk gemakkelijker en plezieriger wordt gemaakt. Voor zorgbestuurders is het voelbaar dat er naast druk op de personele kant, ook druk is op de financiële middelen. Zeker met het oog op de toenemende vraag vraagt dat van organisaties meer dan alleen het verbeteren van de efficiëntie.

“Bijna de opgave: vind jezelf opnieuw uit. Straks moeten we met hetzelfde budget 2x zo veel kinderen behandelen. Dan kan je niet meer een beetje meer van hetzelfde doen.” (3).

Er is niet alleen sprake van een toenemende vraag in kwantitatieve zin, maar ook de complexiteit van de hulpvraag neemt toe. Bovendien heeft de individuele zorgvrager andere verwachtingen dan tien

² De nummering bij de quotes correspondeert niet met de volgorde van de respondenten in bijlage 1.

jaar geleden: hij of zij is mondiger, wint zelf informatie in, en verwacht, meer dan vroeger, dat de zorg wordt afgestemd op zijn of haar wensen en omstandigheden. Ook de maatschappij heeft hogere verwachtingen.

“Men verwacht dingen waar we niet aan kunnen voldoen, maar dat is eigenlijk niet zo relevant: het wordt verwacht. Je kunt wel vinden dat je er niet van bent, maar als anderen dat wel vinden, heb je wel een issue. Dus daar moeten we goed over nadenken.” (1).

Deze quote illustreert dat de zorgbestuurder zich ervan bewust is dat de legitimiteit van de zorg geen statisch noch vanzelfsprekend gegeven is. De bestuurder dient zich continue rekenschap te geven van veranderende inzichten om te zorgen voor voldoende maatschappelijke legitimatie.

Minder middelen om de zorg te leveren, zowel financieel als in menskracht, in combinatie met de veranderende vraag, maakt dat innovatie gezien wordt als noodzakelijk om tot duurzame zorg te komen. Ook ligt een belangrijke drijfveer voor innovatie in het realiseren van kwaliteitsverbetering. Hoewel de zorg in Nederland van kwalitatief hoog niveau is zijn zorgbestuurders zich ervan bewust dat er nog verbetering mogelijk is in behandelingseffectiviteit. Voor verschillende bestuurders is er het besef dat samenwerking en innovatie in de keten en netwerken cruciaal is. Genoemd worden de verbinding met onderwijs, het sociaal domein en het medisch domein, en financiers zoals de gemeenten.

Naast het belang van innovatie voor duurzame zorg, wordt het belang van innovatie ook gevonden in het versterken van de performance en marktpositie van de eigen organisatie.

“Alles wat je onderscheidend vermogen vergroot is wel fijn. Een innovatie die niet kopieerbaar is zou ik plezieriger vinden dan een innovatie die kopieerbaar is. We moeten ons onderscheidend vermogen opbouwen. Dus de vraag is dan, wat zijn duurzaam en moeilijk te kopiëren innovaties.” (6).

Deze uitspraak illustreert dat in de context van gereguleerde marktwerking het belang en de continuïteit van de eigen organisatie een andere invalshoek op innovatie en de opschaling met zich meebrengt dan het maatschappelijk vraagstuk van duurzame zorg. Hier is de complexe opdracht voor bestuurders zichtbaar: zij dienen zich bij de invulling van hun taak te richten op het belang van de zorgorganisatie én dit te doen vanuit het perspectief van het realiseren van de maatschappelijke doelstellingen (Governance Code Zorg, 2016). Het thema innovatie leidt, in de context van gereguleerde marktwerking, ook tot zorgen over de continuïteit van de eigen organisatie, zoals zichtbaar wordt in de volgende quotes:

“Ik heb in de luchtvaart gewerkt. Daar zag je de local airlines ontstaan. De Ubers van deze wereld. Soms zijn ze zo innovatief dat de bestaande wereld het niet eens meer kan. Daar moet de bestaande wereld imploderen. En als dat gebeurt, dan heb je als organisatie een probleem.” (3)

“Er zijn nu twee instellingen die proberen een richtlijnbehandeling via algoritmes, via een computer, te regelen. Die richtlijn voor angst of depressie, die wordt gewoon in de computer gestopt en de cliënt praat met de computer. Op basis van een algoritme. Ik moet zeggen, als je het nou niet doet... Stel, je blijft gewoon in die face-2-face behandeling hangen, hooguit online blended, en er komt een partij die dit wel doet, dan heb je als organisatie wel een probleem.” (6)

De druk om te innoveren ontstaat dus ook vanuit de vrees voor toenemende rivaliteit in de zorg, veroorzaakt door intrede van nieuwe innovatieve aanbieders of bestaande aanbieders die radicaal vernieuwen en zorg substitueren. Deze (mogelijke) toename van horizontale concurrentie is een bedreiging voor de organisaties (Porter, 1980). Innovatie wordt door zorgbestuurders gezien als een noodzakelijke oplossing voor externe maatschappelijke ontwikkelingen, als een effectief middel om het onderscheidend vermogen van de organisatie te versterken, als ook als een bedreiging voor de eigen organisatie. Er bestaat zorg of de eigen organisatie snel en radicaal genoeg kan innoveren.

4.2 Perspectief op innovatie en innovatief vermogen

Het begrip innovatie is afhankelijk van degene die het interpreteert. In het beschouwen van innovatie als uitkomst van innovatief vermogen bepaalt het perspectief op innovatie de bril waarmee gekeken wordt naar innovatief vermogen als organisatiekenmerk. Hoewel innovatie veelal associaties oproept met radicale, technologische oplossingen, is vernieuwing in de zorg vaker incrementeel van aard (Albury, 2005; Janssen, 2016). Deze incrementele innovaties kunnen waarde toevoegen maar worden door leidinggevendenden vaak niet herkend als innovatie (Crossan & Apaydin, 2010). Ook zorgbestuurders associëren innoveren primair met grote doorbraken. Tegelijkertijd herkennen zij dat er veelal sprake is incrementele innovatie, en dat dit kenmerkend is voor de zorg.

“Als ik aan innovatie denk, denk ik altijd aan grootse en meeslepende dingen. Terwijl ik eigenlijk ook wel weet dat dat niet zo is. Want je hebt natuurlijk allerlei innovaties. Maar als ik praat over innovatie dan denk ik altijd aan dingen die de wereld veranderen. En zo zou ik ook het liefst willen besturen: dingen doen die de wereld veranderen. Maar de werkelijkheid is dat wij in een wereld zitten waarin we stapje voor stapje beter worden. Dat is eigenlijk incrementele innovatie. Dat is niet zo sexy. Niet als een Uber die dan de wereld verovert.”(6).

Naast het besef dat innovatie vaak incrementeel is, is er ook het besef dat dit van waarde is (*“kleine innovaties maken ook een hele goede organisatie”*) en wordt aangegeven dat er in de praktijk veel meer wordt geïnnoveerd dan we ons soms bewust zijn. Illustratief is dat een aantal zorgbestuurders tijdens de gesprekken constateerde dat er meer aan innovatie werd gedaan dan het beeld dat hij of zij op voorhand had.

Hoewel innovatie een bestuurlijk thema is voor de geïnterviewde bestuurders, is innovatief vermogen als organisatiekenmerk een concept dat beperkt wordt gebruikt in de dagelijkse praktijk. Sommigen beschouwen het als een waarde, in plaats van als een organisatiekenmerk, welke de intrinsieke drive van de organisatie weerspiegelt om continue het zo goed mogelijk te willen doen. In het percipiëren van innovatief vermogen wordt door zorgbestuurders overwegend naar het individuele niveau en het organisatieniveau gekeken. In mindere mate wordt het netwerkniveau, het derde niveau waarop innovatief vermogen betrekking kan hebben (Gieske et al., 2016), benoemd. Op organisatieniveau wordt over innovatief vermogen nagedacht in de context van de externe ontwikkelingen.

“Een organisatie heeft altijd vanzelfsprekend de aandacht meer op zichzelf gericht, en de buitenwereld komt op de 2e, 3e, 4e plaats. En die zal in een gedeelte eerstere plek moeten komen. En wat het vraagt van een organisatie is dus die bewustwording, maar ook adaptief vermogen. En wat dat dan weer is....Nou, het vraagt gewoon een soort flexibiliteit, dat je de organisatie zo hebt ingericht...ingericht, dat klinkt zo star..., dat je een soort organiciteit ingebouwd hebt waardoor dit zou kunnen. Dus niet in beton, want dan gaat het niet

werken.(...) Goed weten wat de vraag is, wat er buiten speelt. Eigenlijk is dat wat Darwin zegt: aanpassen aan de omstandigheden en dan overleef je het wel. Innovatief vermogen is disruptiever. Adaptief vermogen is een voorwaarde om innovatief te zijn. Als je niet adaptief bent lukt het sowieso niet. Innovatief is een doorbraak.” (2).

Deze quote illustreert dat op organisatieniveau veelal andere, aan innovatief vermogen gerelateerde termen worden gehanteerd: adaptief vermogen, maar ook verandervermogen, veranderkracht, aanpassingsvermogen en wendbaarheid worden genoemd. Het illustreert ook dat deze termen voor bestuurders een andere lading en betekenis hebben dan innovatief vermogen. Termen als aanpassingsvermogen, adaptief vermogen en wendbaarheid zijn te karakteriseren als reactief en meer gradueel: de organisatie dient over het vermogen te beschikken om zich aan te passen aan de externe ontwikkelingen. In de kern gaat het hierbij om meebewegen. De term innovatief vermogen daarentegen wordt door de bestuurders meer gepercipieerd als een kenmerk van de organisatie om niet zozeer aan te passen, maar in te spelen op deze ontwikkelingen en daarin proactief te zijn. In de kern gaat het daarbij om benutten in plaats van meebewegen.

Naast het percipiëren van innovatief vermogen op het niveau van de organisatie, wordt door zorgbestuurders ook het niveau van de individuele medewerker benoemd. Ten aanzien van dit individuele niveau zijn twee verschillende invalshoeken te onderscheiden.

“Als ik dan kijk naar die mensen die in staat zijn om hele groepen mensen mee te krijgen op basis van een idee ...die heb ik nog niet veel gezien. Overigens in de hele zorg niet ben ik bang. Het gaat ook om mensen die conceptueel kunnen denken. En 95% van onze mensen zit op het concrete niveau: ik heb een klus en ik moet een klus doen. En een tikkeltje daarboven zitten degenen die denken: hoe kan ik de klus een beetje beter doen. Maar de echte conceptuele denkers die heb je heel weinig.” (6).

Deze invalshoek benadrukt innovatief vermogen als een individuele kwaliteit van enkele medewerkers, een kwaliteit die niet veel medewerkers gegeven is. Dit wordt overigens niet per definitie als problematisch ervaren: *“Het is niet iedereen gegeven. En dat is ook helemaal niet erg. Want anders krijg je de geprotocolleerde zorg ook niet meer gedaan. Dus het zegt ook helemaal niet wie er beter is maar je moet een goede mix in huis hebben. Iemand die de hele dag zijn ding doet is net zo’n topper als iemand die buiten de lijntjes kleurt.” (2).* Aan de andere kant is er het perspectief van bestuurders die innovatief vermogen op individueel niveau beschouwen als iets dat in beginsel in alle mensen aanwezig is.

“Ik denk in aanleg dat het in ieder mens zit, als mensen op hun creativiteit en verbeeldingsvermogen worden aangesproken. Het gaat ook over verbeelden, je dingen kunnen voorstellen waar je naar toe kan. Het is ingebakken in onze natuur, elk mens wil onderzoeken, is nieuwsgierig, wil iets uitproberen. En of dat meteen innovatie heet weet ik niet, maar dat zit in ons DNA.” (8).

Deze twee verschillende perspectieven op het individuele niveau van innovatief vermogen komen deels voort uit een verschillend perspectief op innovatie. Wanneer gekeken wordt vanuit incrementele innovatie dan wordt innovatief vermogen gepercipieerd als een kwaliteit die in beginsel in veel (of alle) individuen aanwezig is. Wanneer gekeken wordt naar innovatief vermogen vanuit associaties met radicale innovatie dan wordt het concept gepercipieerd als het vermogen van enkele individuen. In de conceptualisatie van innovatief vermogen is het dus van belang om

gelaagdheid aan te brengen in het vermogen om incrementeel te vernieuwen, en het vermogen om radicaal te vernieuwen.

4.3 Innovatief vermogen als cultuuraspect

In alle conceptualisaties van innovatief vermogen speelt een innovatief klimaat, of een innovatieve cultuur een belangrijke rol. Diverse onderzoekers zien innovatief vermogen zelfs primair als een cultuuraspect van organisaties (Ruvio et al., 2014; Shoham et al., 2012). Ook door bestuurders wordt cultuur als een dominante dimensie van innovatief vermogen gezien. De normen, waarden en gedragsuitingen van de organisatie, die tezamen de cultuur vormen, worden gezien als de voedingsbodem voor innovatie. Dit onderzoek heeft een aantal cultuuraspecten naar voren gebracht als onderdeel van de conceptualisatie van innovatief vermogen.

Toekomstgerichtheid wordt door bestuurders beschouwd als een belangrijke cultuurdimensie van innovatief vermogen. Een toekomstgerichte attitude stimuleert nieuwe oplossingen in plaats van terug te blijven vallen op oude routines. Dat wat er op de organisatie afkomt wordt positief gelabeld in plaats van als bedreiging waarbij het verleden beschermd moet worden. De blik naar voren dus.

“Ik associeer het ook heel erg met als er dingen op je afkomen...probeer het ook te omarmen wat er op je afkomt en het daarbinnen zo goed mogelijk te doen. Ik denk dat dat met die bedrijven ook is, dat zij niet tegen het verleden vechten maar naar de toekomst gaan. Dat probeer ik ook. Wat is eigenlijk wat ons te doen staat? Dat is wat iedereen ook graag wilt, daar wordt je ook blijer van dan bezig zijn met je wat niet wilt.”(7).

Op gedragsniveau wordt **pro activiteit** benoemd als dimensie van innovatief vermogen. Hier gaat het om het nemen van initiatief, in actie komen, maar ook om het nemen van verantwoordelijkheid vanuit de eigen rol binnen de organisatie. Persoonlijk leiderschap is hier nauw aan gerelateerd. De veronderstelling is dat pro activiteit als cultuurdimensie van innovatief vermogen bijdraagt aan niet alleen het genereren van innovatieve ideeën maar ook aan de verdere uitvoering ervan.

“Ga nou niet wachten tot de manager het probleem oplost maar probeer zelf als professional of als team proactief te veranderen of te verbeteren. Mijn sleutelwoord is persoonlijk leiderschap. Als iemand pissed off is en denkt dit kan niet langer, dit kan beter, dit kan professioneler, of academischer. Ergens een soort verontwaardiging, een irritatie, en iemand die dan de verantwoordelijkheid pakt en niet gaat lopen klagen, dan zie je de mooiste innovaties ontstaan. En dan volgt of we er een project van maken, of iemand helemaal los laten op een thema, of dat we eerst even kijken of we het probleem goed hebben begrepen. Maar het begint toch bij persoonlijk leiderschap, dat iemand er van is en die het ook vast houdt totdat het klaar is. Of die anderen weet te bewegen dat je het met elkaar vasthoudt totdat het klaar is. De sleutel zit toch in de mens. Dat is, daar ontkom ik niet aan, en misschien wil ik het gewoon wel zo zien.” (8)

Risiconemen wordt eveneens gezien als een belangrijke culturele dimensie van innovatief vermogen. Hier gaat het om een cultuur waarin onzekere uitkomsten, inherent aan innovatieprocessen, worden getolereerd.

“We gaan niet eerst weken studeren om het vervolgens af te schieten. We hebben wel lef om in het diepe te springen. Dat is wat je nodig hebt. Ja, dat je niet eerst 100 zekerheden vraagt om iets te doen. Want innovatie betekent per definitie dat je iets gaat doen wat nog onbekend is. Dat moet in de cultuur zitten, risico nemen, gewoon dóen.” (3)

Tegelijkertijd wordt er ook een andere kant benoemd: risico nemen is niet inherent goed. Het gaat immers om patiëntenzorg waarin kwaliteit en veiligheid voorop staat. “*Voorzichtig aan met die mensen*” (1) zoals een van de bestuurders het kernachtig aangeeft. In de gewenste innovatieve cultuur blijkt het een dun lijntje tussen het tolereren van risico en intolerantie voor negatieve effecten op de kwaliteit van zorg.

De door de bestuurders genoemde cultuurdimensies toekomstgerichtheid, pro activiteit en risico nemen zijn in de literatuur over innovatief vermogen terug te vinden (Ruvio et al., 2014). Op de vraag wat er nodig is voor zo’n organisatiecultuur komt de term **veiligheid** naar voren:

“Ergens moet een organisatie een soort gemeenschap zijn die veilig is, een soort proeftuin waar je met vallen en opstaan mag groeien. Dat innoveren, wat een professional kan doen, een telefoniste kan doen, of iemand die facilitair werkt, daar hoort dus ook in dat je daarin gesteund wordt, gevoed wordt, waar je je ook veilig voelt. Anders ga je het niet doen. Omdat het ook een keer verkeerd kan gaan (8).

Deze uitspraak illustreert dat veiligheid als rand voorwaardelijk wordt gezien voor een cultuur waarin medewerkers pro actief gedrag vertonen. Een cultuur waarin risico nemen gepaard mag gaan met mislukking, en dit wordt getolereerd en niet tot consequenties leidt. Het betreft ervaren veiligheid om iets te doen, ongeacht de mogelijke uitkomst. Maar ook de ervaren veiligheid om initiatief te mogen nemen, in plaats van toestemming te moeten krijgen. Zoals een van de bestuurders expliciet aangeeft: “*Dat mensen niet denken dat ze alleen iets mogen als ik ja heb gezegd.*”(7).

Veiligheid kan hiermee, vanuit het perspectief van zorgbestuurders, beschouwd worden als een antecedent van de culturele dimensies van innovatief vermogen. In de literatuur wordt dit niet benoemd. Mogelijk vloeit dit voort uit hetzelfde mechanisme wat we zien in de bredere literatuur over innovatie: het geloof in het inherent goed zijn van innovatie (Dixon-Woods et al., 2011; Janssen, 2016). Er is weinig aandacht voor het feit dat innovatieprocessen onzeker zijn en bovendien negatief kunnen uitpakken. Deze normativiteit zien we overigens ook in de cultuurdimensie risico nemen, welke in de literatuur een louter positieve lading heeft, terwijl er door bestuurders ook nuancering in aangebracht wordt. Deze bevindingen duiden op een lacune in de theorievorming over innovatief vermogen.

4.4 De rolopvatting en verantwoordelijkheid van de bestuurder

Bestuurders zien voor zichzelf duidelijk verantwoordelijkheid weggelegd als het gaat om innovatie en innovatief vermogen. Zij zijn hierin wel zoekende. Als eindverantwoordelijke van de organisatie zien zij voor zichzelf een rol in het 1. stimuleren van het innovatief vermogen, 2. het richten van het innovatief vermogen en 3. het uitnutten van het innovatief vermogen. Met deze “drieslag” beogen zij het innovatief vermogen in de organisatie ten volle te ontwikkelen en aan te spreken om tot succesvolle innovatie uitkomsten te komen.

4.4.1 Stimuleren van het innovatief vermogen

Het stimuleren van innovatief vermogen brengt allereerst met zich mee dat bestuurders de externe ontwikkelingen overbrengen aan de medewerkers in de organisatie om zo de urgentie van innovatie voelbaarder te maken. Dit is te herkennen als een van de principes van verandermanagement waarbij in de context de aanleiding voor verandering gevonden wordt (de Witte & Jonker, 2014). Dit vraagt iets anders van de bestuurder dan voorheen.

“Ik merk allereerst dat mensen dit moeten weten, dat dit vraagstuk speelt. Het besef ervan. Dus ook informatie geven en delen. Want anders krijg je de beweging sowieso niet gaande. Dus waar vroeger wel gold dat de bestuurder de buitenwereld buiten de deur moest houden, het hitteschild, moet je nu als bestuurder juist de buitenwereld naar binnen halen. Om daarmee alle denkracht die gewoon aanwezig is in de organisatie optimaal in te zetten om na te denken hoe kun je hier mee omgaan. Dus dat is een andere bestuurdersrol.”(2).

Met het overbrengen van de externe ontwikkelingen en de urgentie van innovatie beogen bestuurders toekomstgerichtheid bij medewerkers, een van de genoemde cultuuraspecten, te prikkelen.

Bestuurders zien het voorts als hun taak om een innovatieve cultuur te stimuleren in hun organisatie.

“Je moet soms dingen laten gebeuren. Dus lef, ruimte voelen. Wat ik wel een spannende vind, ruimte voelen. (...). Je moet wel een heel faciliterend leiderschap hebben, waarbij je aan de ene kant duidelijk bent in wat je van iemand verwacht en aan de andere kant de ruimte geeft. Duidelijk zijn in wat je van iemand verwacht wordt ook nog wel eens verwart met: ik mag iets niet. Dat in een cultuur goed krijgen is volgens mij wel heel belangrijk. En is niet altijd even makkelijk. Je moet ook toegankelijk zijn, want innovatie is niet van hiërarchische regels. Dat iemand binnen stapt en zegt, ik heb een goed idee. Of dat iemand eens met een andere directeur gaat sparren. Die organisatiestructuur is gemaakt om het primair proces te draaien, maar de structuur van innovatie kent andere regels. Dus daar moet je ruimte voor creëren. Dat is ruimte in cultuur en dat mensen voelen dat ze ergens op af kunnen stappen. Dus innovatief vermogen gaat ook over het vermogen om te snappen dat je soms dingen op de ene manier doet en soms op de andere manier. En in het primaire proces oefen ik dat heel vaak met mensen. Als ik betrokken ben bij iets, en ze zeggen “ja ik weet niet of dat kan”, dan zeg ik altijd “wat zou je doen als je alle geld van de wereld had en geen regels”. Om even alles weg te halen en terug naar de kern te gaan.” (3)

Deze quote is illustratief voor een aantal aspecten dat door de bestuurders wordt benoemd rond het stimuleren van een innovatieve cultuur. Het laat zien dat bestuurders een innovatieve cultuur stimuleren door ruimte te geven voor innovatieve ideeën, maar vooral ook te zorgen dat die geboden ruimte ook echt zo wordt gevoeld door medewerkers. Ruimte geven laat zich niet vanzelfsprekend vertalen naar het ervaren van ruimte door medewerkers. Het vraagt een extra inspanning of extra actie van de bestuurder. Zo komt de term “toestaan” in veel gesprekken terug, het expliciet te kennen geven dat pro activiteit en initiatief op prijs wordt gesteld en mág. De quote illustreert ook dat de toegankelijkheid van de bestuurder belangrijk is om te horen welke innovatieve ideeën er in de organisatie bestaan. Bestuurders zijn zich ook bewust van de voorbeeldrol die ze hebben als het gaat om het vormgeven van de cultuur. Het gedrag van de bestuurder resoneert immers in de organisatie. Het geven van ruimte heeft vooral tot doel om pro activiteit, als cultuuraspect, te stimuleren. Het voelen van ruimte is ook gerelateerd aan de eerdere benoemde rand voorwaarde voor een innovatieve cultuur, veiligheid. In onderstaande quote komen de aspecten veiligheid en voorbeeldgedrag van de bestuurder mooi samen:

“Ik ben niet zo hiërarchisch ingesteld en ik heb ook niet zo de behoefte om iedereen in dezelfde houding te duwen. Ik ben er ook niet heel erg van dat als iets mis gaat, om de onderste steen boven te halen en aan te wijzen wie de schuld heeft. Ik ken veel bestuurders die zeggen dat niet te doen maar die doen dat wel. Dan gaat er iets mis, en dan willen ze meteen de dossiers in. Daar wordt iedereen toch een beetje angstig van en dan durf je niet

goed. Het is wel de kunst om je bewust te zijn van de dingen die je doet en hoe je die doet, en hoe dat resoneert in de organisatie. Want als je iets kleins doet, denk jij dat is een klein ding, maar voor de ander is dat heel groot.” (7)

Bestuurders benoemen het bevorderen van diversiteit in de organisatie als een van de manieren waarop zij innovatief vermogen te stimuleren. Ook in de literatuur komt naar voren dat het vermogen om te innoveren groeit wanneer er diversiteit is in een organisatie. Diversiteit in achtergrond en manier van denken geeft een goede voedingsbodem voor nieuwe ideeën (Albury, 2005). Bestuurders proberen hier actief op te sturen bij het aannemen van nieuwe medewerkers.

“Als wij nadenken over werken in de zorg dan zoeken wij vaak mensen die bij ons team passen. Maar we moeten vaker mensen uitnodigen die niet bij ons passen. Als je iets anders wil moet je niet meer van hetzelfde doen. Ik wil niet zeggen dat je allemaal mensen uit het bedrijfsleven moet halen ofzo, maar anders in denken en qua persoon, en qua cultuur en beleving. (...). Dat is heel belangrijk, meervoudig kijken. Vooral niet de neuzen dezelfde kant op, maar wel mensen die goed in contact zijn. Dus niet te narcistisch, niet te eigengereid. Ik denk dat dat ook heel erg helpt.” (8).

Diversiteit dus met als doel om meervoudig perspectief te creëren. Ook los van het gericht werven van “anders-denkenenden” stimuleren bestuurders dat iedere medewerker zich uitsprekt om zo bij te dragen aan de ontwikkeling en vernieuwing van de organisatie. Een van de bestuurders vertelt dat zij, wanneer zij nieuwe medewerkers toespreekt, expliciet aangeeft dat zij zijn aangenomen om wie ze zijn en wat ze te bieden hebben, en niet om het vermogen om zich zo snel mogelijk aan te passen. Zij nodigt nieuwe medewerkers uit niet zozeer onderdeel van “de club” te worden maar juist om vragen te blijven stellen en voorstellen te doen over wat beter of anders kan. Met name nieuwe medewerkers hebben in de eerste maanden van hun dienstbetrekking, wanneer zij nog niet zijn aangepast aan de nieuwe context, goed oog voor de eigenaardigheden, gewoontes en tekortkomingen van de organisatie (Albury, 2005).

4.4.2 Richten van het innovatief vermogen

Cultuuraspecten dragen voornamelijk bij aan het genereren van ideeën, maar voor succes is een context van leiderschap en richting nodig (Albury, 2005). Bestuurders geven richting aan het innovatief vermogen door focus aan te brengen en resources toe te wijzen. Daarvoor is het allereerst nodig dat innovaties en innovatoren in de organisatie worden herkend. Innovaties ontstaan vaak onverwacht. Voor bestuurders is het dan ook zoeken naar manieren om goed in beeld te krijgen waar de innovatieve ideeën in de organisatie ontstaan en wie de “echte” innovatoren zijn. Een van de bestuurders vertelt de volgende metafoor:

“Als je vliegen en bijen in een fles stopt en met de bodem tegen het raam houdt, dan vliegen de bijen alsmat tegen het raam aan, terwijl de vliegen juist de kamer in komen. Beide mensen heb je in je organisatie. En zorg dat je die vliegen die de kamer inkomen en zich niet alsmat doodvliegen tegen dat glas, dat je die herkent en erkent en ziet, en ook bij elkaar brengt, in een groep of een netwerk. Die metafoor spreekt mij aan. Wie zie ik nou in de organisatie, die wel iets gaat doen? (5).

Het illustreert dat de bestuurders het als hun actieve taak zien om de innovatoren in de organisatie te herkennen. Een moeilijke opgave waar organisaties nog niet voldoende op toegerust zijn.

“Ongetwijfeld lopen ze ook in de organisatie rond. Dat moet. Dat kan niet anders. Wij hebben ook een normaalverdeling, dus ze zijn er wel maar we weten ze niet te vinden. We hebben ook geen HR instrumenten om ze te ontdekken. Wij doen vlootschouwen op onze blauwe manier, van binnen het systeem wat wij bedacht hebben, terwijl dit gaat over wat wij nog niet weten.”(6).

Het herkennen van innovatie gaat niet alleen over het herkennen van de innovatoren, maar ook de plekken in de organisatie waar “het” gebeurt. Dat is niet altijd even voorspelbaar. Soms ontstaan innovaties in teams waar de bestuurder dat niet verwacht. Bestuurders vinden daarom dat ze, naast de externe gerichtheid die bij de rol van bestuurder hoort, voldoende voeling met de interne organisatie moet houden om te kunnen blijven herkennen waar de innovatieve ideeën ontstaan. Ook de leidinggevenden hebben hierin een rol.

Het richten van innovatief vermogen, oftewel keuzes maken waar het vermogen van de organisatie op ingezet wordt, wordt belangrijk gevonden. Niet alleen vanwege schaarse middelen maar vooral ook om een voorwaartse beweging te kunnen maken in plaats van “alle kanten op te gaan” zoals een van de bestuurders het verwoordt. Het aanbrengen van focus gebeurt bijvoorbeeld door innovatie te koppelen aan een aantal thema’s van de strategische koers van de organisatie. Bijvoorbeeld netwerksamenwerking of ambulantisering. Een andere manier om focus aan te brengen is door een wenkend perspectief of een ambitieuze visie te formuleren, bijvoorbeeld 0 suicides. Door vanuit een dergelijk ambitieus doel prikkelende vragen te stellen ontstaan gerichte en innovatieve ideeën.

“Als je iemand in deze kamer vraagt doe iets creatiefs, dan bevriezen de meeste mensen. Terwijl, als je ze een wit papier geeft en drie kleurpotloden, dan gaan ze meteen aan de slag. Het heeft dus ook te maken met de beperking. Het wordt makkelijker als je zegt: dit is het probleem en verzin eens een oplossing voor dat probleem. Dan gaan mensen aan de gang (1).

Het formuleren van een visie is van alle leiderschapskwaliteiten de belangrijkste factor voor een innovatief organisatieklimaat (Sarros et al., 2008).

“Mensen zeggen we moeten de stip helder hebben. Maar dat zou toch gek zijn dat je al weet wat de stip is als je het over innovatie hebt. Dan is het een doel. Je moet wel een richting hebben of een vlek, maar die bewegingsvrijheid moet je hebben. Want we kunnen het nog niet voorspellen. Die onzekerheid moet je met elkaar leuk vinden en niet bang voor zijn.” (2).

Deze quote illustreert dat innovatie altijd gepaard gaat met onzekerheid: de ambitie is duidelijk maar de weg er naar toe niet, of de weg die wordt ingeslagen is helder maar het eindplaatje is dat niet. Voor medewerkers kan dat lastig zijn. De bestuurder heeft de rol om de toekomstgerichtheid in de organisatie, met alle onzeker- en onduidelijkheid die daarbij hoort, te blijven stimuleren. Het aanbrengen van focus reduceert deze onzekerheid maar ten dele.

4.4.3 Het uitnutten van het innovatief vermogen

Innovatief vermogen komt niet alleen tot indrukking in de mate waarin organisaties innovatieve ideeën genereren, maar ook in de mate waarin ideeën daadwerkelijk verder komen in het innovatieproces en de volledige potentie ervan wordt benut. Bestuurders zien het als hun taak om het innovatief vermogen zo uit te nutten dat het resulteert in waardetoevoeging in de praktijk. Deze derde pijler van het invulling geven aan innovatief vermogen wordt door zorgbestuurders als het meest lastig ervaren.

Dat (prille) innovaties bescherming nodig hebben om tot wasdom is een breed gedeeld idee onder de bestuurders. Op de eerste plaats omdat het vormgeven van innovatie vanuit een eerste idee tijd nodig heeft. Een van de bestuurders maakt de vergelijking met wetenschappelijk onderzoek: *“Een jaar lang niet storen, net zoals je met promovendi doet”* (6). Bescherming is daarnaast vooral ook nodig vanwege de in de organisatie aanwezige tegenkrachten die gericht zijn op het in stand houden van het bestaande. Innovaties worden gemakkelijk “afgeschoten”, aldus de bestuurders. De bestuurder heeft er voor te zorgen dat er een juiste dynamiek rond innovatie hangt. Dit krijgt bijvoorbeeld vorm door een innovatie tijdelijk buiten de organisatie te plaatsen. Ook is bescherming nodig tegen de buitenwereld.

“Niet meteen de inspectie eroverheen, en iedereen die er wat van moet vinden. Iedereen die zegt dat gaat niet lukken. Dan moet je het echt even beschermen. Als we er in geloven, ga maar doen. Want anders duikt iedereen er boven op. De gemeente of de financier heeft het dan al ingepikt of wil een resultaat. En dan meteen te willen bewijzen hoe succesvol het is.(..).Laatst waren we met een vernieuwing bezig en dat kon eigenlijk niet met de arbeidstijdenwet. Dan zeg ik, ik ken de inspecteur en gaan jullie maar gewoon zo door. Ik ga het wel regelen. Dat is het ook: gaan jullie maar door en ik probeer de achterkant te regelen. Dat is ook een vorm van bescherming. Want als ik zeg dat ze zich aan de arbeidstijdenwet moeten houden geef ik ze een onmogelijke opgave. Want én het moet nieuw, én je moet je wel aan alle regels houden.”(7).

Een mooie illustratie van het gegeven dat innovatie in de zorg primair plaats vindt binnen de knellende grenzen van het systeem en de rol die de bestuurder op dit vlak heeft (Albury, 2005; Putters & Janssen, 2011). Waar de bestuurder enerzijds de buitenwereld naar binnen moet halen om urgentie voor innovatie te creëren, moet de bestuurder anderzijds als hitteschild fungeren om het innovatieproces verder te brengen.

Het faciliteren van het innovatieproces vraagt voorts het toewijzen van resources zodat het werk dat inherent is aan innovatie gedaan kan worden. Als criterium voor het toewijzen van middelen wordt genoemd dat, gezien de beperkte middelen, al vroeg bepaald moet worden of implementatie op grotere schaal zinvol is.

“Je moet goed nadenken waar zet ik de middelen op in. Vroeger was dat gemakkelijker dan nu. Nu moet je goed nadenken wat dan het vervolg is. Als het geen vervolg heeft dan haal je een keer de krant en dan sterft het. Dat vind ik zonde van het geld. En veel innovaties in de zorg gaan die weg. Je weet 80% mislukt, en je weet niet van te voren welke. Daar moet een midden in zijn. Je moet mislukkingen toelaten, maar niet te veel. Als je al van te voren denkt dat je het nooit gaat implementeren moet je er ook geen tijd en geld in investeren.” (1).

Een van de bestuurders is uitgesproken in het criterium waarop hij de toets aan de voorkant doet als het om investeren in innovatie gaat:

“Je ziet heel veel goede ideeën en innovaties, maar daarvan zie je al aan de voorkant dat ze geen inbedding hebben. En dan moet je je afvragen wil je dat wel en ga je er op inzetten. Een hele kleine gemeente met woeste plannen, dan denk ik redden we dat wel. Ik stel heel snel de vraag wie. Niet alleen waarom en wat, maar wie wordt de drager? We hebben veel roepers, en weinig dragers, maar wie maakt hem af. Als iemand zegt ik maak het af en committeer me er aan, dan kun je erop investeren. Dat is eigenlijk wel een toets aan de voorkant.” (8).

Vrijwel alle bestuurders geven aan dat het creëren van condities voor implementatie onderdeel is van het uitnutten van het innovatief vermogen en tot hun taak behoort. Zij ervaren implementatie als de meest lastige fase in het innovatieproces.

“Het zijn meestal een paar mensen die bij elkaar komen en onvrede hebben over de bestaande situatie. Het zit vaak erg in personen. Die komen bij elkaar en hebben een briljant plan. Dan gaan ze dromen en dan wordt het fantastisch. Dat is heel leuk, de leukste fase. Dat is ook in onderzoek zo. Daarna wordt het nitty gritty, stug lijsten afnemen en SPSS invullen. Maar je hebt wel om die mensen heen een organisatie nodig. Nou zijn we uitgedroomd en moeten we het gaan maken. Wat wij op een gegeven moment deden was dat we heel veel ruimte gaven aan innovaties, dus we hadden een hele plank vol met prachtige ehealth producten. Die niemand gebruikte. Toen hebben we gezegd, daar houden we even mee op, nu moeten we gaan implementeren. En dat is het taaie. Het vraagt andere competenties, andere mensen. En het is lang niet zo sexy, je krijgt er moeilijker de handen voor op elkaar. Er zijn heel veel briljante plannen. Maar het vertalen in iets wat gebruikt gaat worden is moeilijker. Als je een nieuwe iPad ontwikkelt heb je driving forces. Daar zit een commerciële kracht achter. Als je aan patiënten vraagt wat ze willen, willen ze allemaal langdurige psychoanalyse. Zo lang mogelijk, vaak, en bij een aardig iemand. Terwijl we lichtjaren verwijderd zijn van dat soort dingen.” (1)

Behalve dat deze quote laat zien dat innovaties in de zorg niet per definitie waarde toevoegen voor medewerkers of voor patiënten, illustreert het ook hoe bestuurders het innovatieproces in de zorg zien als een betrekkelijk lineair proces. Een proces dat bestaat uit het genereren van innovatieve ideeën, het beslissen welke worden ontwikkeld en de implementatie in de dagelijkse werkprocessen (Damanpour & Schneider, 2006). Niet elke fase vraagt hetzelfde van een organisatie. Het genereren van ideeën is te kenmerken als een creatief proces is, terwijl implementatie een meer probleem oplossend proces is (Damanpour & Daniel Wischnevsky, 2006). Ook bestuurders geven aan dat implementatie meer structuur en planmatigheid vraagt dan het genereren van ideeën. Innovatieve ideeën stranden nog te vaak ergens in het proces. Ook is er het besef dat innovatie contextafhankelijk is, en lineaire opschaling binnen de organisatie niet altijd mogelijk of wenselijk is. Dit is in lijn met eerder onderzoek naar innovatie in de zorg (Janssen, 2016).

Bestuurders geven aan dat verbinding in de organisatie tot stand brengen, door structuren neer te zetten, en processen of ontmoetingen te organiseren, cruciaal is om het innovatieproces verder te brengen. Dit refereert aan wat in de literatuur *connective capacity* wordt genoemd: het vermogen om samenwerking te faciliteren en connecties tot stand te brengen tussen verschillende actoren (Gieske et al., 2016). De bestuurder hanteert daarvoor strategieën gericht op het in verbinding brengen van inhoud, personen en rollen.

“Je hebt zo’n filmpje van een wei waar mensen gezellig in de zon picknicken en 1 malloot is aan het dansen. Die staat daar 4, 5, 6 minuten lang, en dan komt er iemand bij. En dan ontstaat het, want dan komt de rest erbij. Het gaat niet om de beginner, maar om de 2e. Je moet dus als bestuurder nadenken: hoe zorg ik dat er een volger komt. We hebben minder leiders nodig en meer volgers. Zo creëer je een beweging. Dat kun je organiseren.” (1)

Deze quote illustreert mooi dat bij innovatie vaak de focus ligt op het genereren van ideeën, terwijl de uitdaging ligt in het vervolg. Waar het genereren van ideeën vooral gerelateerd wordt aan een innovatief klimaat waarin individuen de ruimte voelen om met ideeën te komen, ziet de bestuurder in het verdere innovatieproces de noodzaak voor het organiseren van structuren. Dit kan op het

niveau van de eigen organisaties, maar ook op het niveau van het netwerk. Op het niveau van het netwerk zit volgens de bestuurders nog veel onbenut potentieel.

Meerdere bestuurders geven aan dat het belangrijk is om te bepalen of je als organisatie primair een initiator wilt zijn in innovatie of vooral degene bent die innovaties overneemt en implementeert. Het zijn van de initiator straalt positief af op de bestuurder. Het is daarmee verleidelijk om deze rol te willen hebben. Onder het mom van “beter goed gepikt dan slecht verzonnen” kiezen sommige bestuurders expliciet voor de rol van adoptie, omdat de competentie van de organisatie meer ligt in toepassen dan genereren, of omdat de resources niet beschikbaar zijn om in het zetten op het zelf genereren van innovaties.

Samengevat beschouwen bestuurders het stimuleren, richten en uitnutten van innovatief vermogen als belangrijke onderdelen van hun rolopvatting. Zij stimuleren het innovatief vermogen door het overbrengen van de urgentie voor innovatie, het stimuleren van een innovatieve cultuur en het bevorderen van diversiteit in de organisatie. Het innovatief vermogen wordt gericht door tijdig innovaties en innovatoren in de organisatie te herkennen en het aanbrengen van focus. Het uitnutten van het innovatief vermogen, zodanig dat ideeën die worden gegenereerd ook daadwerkelijk leiden tot toepassingen in de praktijk, brengt voor bestuurders de taak met zich mee om innovaties te beschermen en resources toe te wijzen. Zo worden condities gecreëerd die bijdragen aan het werk dat hiervoor verricht moet worden. Ook brengen bestuurders verbinding tot stand op inhoud, en tussen rollen en personen. Deze derde pijler van het invulling geven aan innovatief vermogen wordt door zorgbestuurders als het meest lastig gezien.

4.5 Antecedenten van innovatief vermogen: oriëntatie op leren en marktoriëntatie

Zoals in de vorige paragraaf beschreven beïnvloeden bestuurders het innovatief vermogen door rechtstreeks hierop te acteren. Invloed kan ook uitgeoefend door de antecedenten van innovatief vermogen als aangrijpingspunt te nemen en zo invulling te geven aan innovatief vermogen.

Het in de literatuur beschreven antecedente effect van **oriëntatie op leren** op innovatief vermogen (Hult et al., 2004; Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011) wordt sterk herkend door de bestuurders. Innovatie wordt gezien als uitkomst van leren: *“De vrucht van de lerende organisatie is dat die voortdurend innoveert.”* (8). Ook wordt benoemd dat innovatie leren versterkt. Een wederkerige relatie dus. Oriëntatie op leren wordt in de literatuur over innovatief vermogen beschouwd als een cultuuraspect.

“Als we effectiviteit willen vergroten, moeten we leren van wat we zien in praktijkvariatie. De PDCA cyclus op n=1 niveau en n=20. Dat is een manier van bezig zijn met leren. Dan krijg je een cultuur van leren en reflecteren en dat leidt tot een cultuur van innoveren. We doen dat niet zo systematisch maar eigenlijk zou ik dat wel willen.” (6).

Zoals blijkt uit deze quote wordt reflectie gezien als essentieel onderdeel van leren. Daarbij gaat het niet zozeer om de vakinhoudelijke uitoefening van het werk, maar om het eigen aandeel daarin. Het vervult een rol in het expliciteren van in de organisatie aanwezige impliciet kennis. Ook illustreert deze quote dat het structureren of een systematiek vraagt om te bevorderen dat individueel leren naar het organisatieniveau wordt getild (Gieske et al., 2016). Bestuurders zetten in op leren tussen teams of afdelingen, vanuit de ervaring dat dit het innovatief vermogen bevordert. Ook leren vanuit de

contacten in het netwerk, door op netwerkniveau leerstructuren op te zetten en bij elkaar in de keuken te kijken, worden ingezet om het innovatief vermogen te bevorderen. Organisatieleren wordt door bestuurders gezien als iets waar actief op gestuurd kan worden en wat van medewerkers een externe gerichtheid vraagt. In de literatuur komt naar voren dat het inrichten van een proces voor organisatieleren om innovatief vermogen te vergroten, gemakkelijker is dan het veranderen van de cultuur (Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011).

Marktoriëntatie geeft aan in welke mate een organisatie geïnteresseerd is in, reageert op, en zich bezig houdt met klanten en externe stakeholders (Hurley & Hult, 1998). Bestuurders herkennen dit als een antecedent van innovatief vermogen. In de wijze waarop bestuurders de marktoriëntatie vormgeven in relatie tot het innovatief vermogen, zijn drie niveaus te onderscheiden: het niveau van de patiënt, de stakeholders en de maatschappij. Het niveau van de patiënt is van belang omdat een werkelijk goed begrip van de vraag en behoefte van de patiënt bijdraagt aan innovaties die waarde toevoegen. Een van de bestuurders benoemt de patiënt in dit verband als kennisdrager. Het in co-creatie met de patiënt innoveren verhoogt de kans op bruikbare innovaties. Door het perspectief van de patiënt bij voortduring centraal te stellen wordt innovatief vermogen gestimuleerd. Het tweede niveau is het niveau van de stakeholders. Met name de oriëntatie op het perspectief van financiers wordt hierbij van belang geacht voor het innovatief vermogen. Niet vreemd aangezien de afgelopen jaren voor veel organisaties het aantal stakeholders en financiers fors is toegenomen. Zij worden dan ook expliciet genoemd als partijen waar beter naar geluisterd moet worden om echt te begrijpen wat zij belangrijk vinden, om zo als trigger te fungeren voor innovatie. Meerdere bestuurders, met name degenen die te maken hebben gehad met de transitie naar de gemeenten, geven aan hierin de afgelopen jaren fors leergeld te hebben betaald. Tot slot is het niveau van de maatschappij van belang voor de oriëntatie op de markt. Een van de bestuurders spreekt in dit verband over maatschappelijke sensitiviteit en een wederkerige relatie met innovatief vermogen.

“Je bent zelf onderdeel van de markt. Ik geloof heel erg in een wisselwerking. Ik zou het maatschappelijke sensitiviteit noemen, de tijdgeest. Ik denk ook wel het politieke en maatschappelijke klimaat aanvoelen. Maar ik geloof in de wisselwerking, want je kan een deel van de markt ook maken. Door een heel goed aanbod te doen en daarover te publiceren.” (8).

Oriëntatie op leren en markt oriëntatie worden door bestuurders dus belangrijk gevonden. Deze krijgen vanuit het perspectief van de bestuurder een specifiekere invulling. Het is ook de vraag in hoeverre deze concepten werkelijk te onderscheiden zijn van het concept innovatief vermogen zelf. Ook in de literatuur is dit zichtbaar: waar in de ene conceptualisatie een aspect wordt benoemd als dimensie van innovatief vermogen, is dit in een andere conceptualisatie een antecedent van innovatief vermogen. In ieder geval zijn het concepten die nauw aan elkaar gerelateerd zijn. Bovendien komt in dit empirisch onderzoek naar voren dat zorgbestuurders de relatie tussen marktoriëntatie en innovatief vermogen, en tussen oriëntatie op leren en innovatief vermogen, meer zien als wederkerig.

Zowel oriëntatie op leren als ook marktoriëntatie vragen een **externe georiënteerdheid** van de organisatie. Naast oriëntatie op de eigen markt, geven bestuurders aan dat een externe oriëntatie in bredere zin van belang is om innovatief vermogen te stimuleren. Zo wordt genoemd dat oriëntatie op andere sectoren innovatief vermogen helpt te vergroten vanuit inspiratie die daar uit voort kan komen.

“Als je alleen in je eigen sector kijkt, dan is er wat er is. Door te lezen of te kijken wat er in andere sectoren gebeurt, dan zie je weer dingen waarvan je denkt, goh die zouden misschien ook kunnen, of waarom doen ze dat eigenlijk zo. We proberen altijd sprekers binnen te halen uit andere sectoren. Zoals de afvalsector, de afvalverwerking. Dan zie je hoe zij proberen aanpakken. Er zit altijd wel iets van een parallel: toenemende vraag, afnemend geld of concurrentie. Dat helpt. Dat zet bij mij de raderen aan het denken.” (7).

Ook is er het besef dat oplossingen voor de grote uitdagingen waar de zorg voor staat mogelijk van buiten de zorg gaan komen. De bestuurders vinden een externe gerichtheid van belang voor zichzelf, maar ook op het niveau van de organisatie. Zij stimuleren dat bij hun directeuren, managers en medewerkers. Genoemd wordt dat organisaties van nature intern gericht zijn. Het *“verankerd krijgen van die externe blik”* (4) zoals een van de bestuurders het verwoordt, is een voorwaarde voor innovatief vermogen en daarmee te beschouwen als een antecedent van innovatief vermogen.

4.6 De weerbarstigheid in de dagelijkse praktijk van het besturen

Innovatie is een strategisch thema waar belang aan wordt gehecht vanuit maatschappelijk oogpunt en vanuit de continuïteit van de organisatie. Een thema waar energie op zit en wat positief afstraalt op de reputatie van de organisatie en de bestuurder. Maar innovatie is zeker geen gemakkelijk thema. In de voorgaande paragrafen is al zichtbaar geworden dat er soms een discrepantie bestaat tussen wat de bestuurder vindt dat er zou moeten gebeuren en wat er daadwerkelijk gebeurt. Bestuurders zijn op bepaalde punten nog zoekende naar het hoe, bijvoorbeeld rond het uitnutten van innovatief vermogen en het verder brengen van het innovatieproces. Om hieraan recht te doen, zeker in het licht van de overwegend positieve literatuur over innovatie (Dixon-Woods et al., 2011; Janssen, 2016), eindigt dit hoofdstuk daarom met enkele dilemma's en weerbarstigheden in de dagelijkse praktijk van het besturen.

Een van de “bronnen” van die weerbarstigheid zijn de medewerkers. Waar de ene bestuurder een mensbeeld heeft waarin het open staan voor verandering en nieuwsgierig zit ingebakken in de menselijke natuur, zijn andere bestuurders er juist van overtuigd dat de mens intrinsiek streeft naar stabiliteit en het in stand houden van het bekende.

“De veranderkracht van een organisatie is niet zo groot. Om mensen te motiveren om te veranderen is ook ingewikkeld. Voordat je het weet ga je ze vertellen dat ze het niet goed doen. En dan heb je alle motivatie in een klap weg gehaald en je eigen weerstand gecreëerd. De Amerikanen zeggen: nobody wants change but a wet baby. Dat zie ik ook in de zorg (...) Het gevaar is als bij een fanfare in Limburg: onze chef was de enige die in de maat liep. Dat word je als bestuurder als je niet uitkijkt. Je moet wel die gevoeligheden zien maar tegelijkertijd zien dat het anders moet.” (1)

Zoals uit deze quote blijkt is het meekrijgen van medewerkers een subtiel proces. Innovatie kan ervaren worden als een diskwalificatie van de huidige werkwijze. Het is ook de realiteit dat innovatie soms grote veranderingen met zich meebrengt voor de positie en functies van medewerkers, bijvoorbeeld wanneer nieuwe technologie bepaalde functies overbodig maakt of tot taakherschikking leidt. Innovatie die waarde toevoegt voor patiënten kan zo vanuit het perspectief van medewerkers een bedreiging zijn voor de eigen professionaliteit. Inherent aan de economische, sociale, demografische, culturele en technologische veranderingen die op de zorg afkomen is dat

professionele praktijken zullen veranderen en innovatie van professionals wordt verwacht (Noordegraaf & Siderius, 2016). Bestuurders beleven die weerstand soms als frustrerend en vermoeiend.

“Die weerstand, die weerbarstigheid, die maken mij ook moe. Het niet voor elkaar krijgen van iets wat je heel graag wilt. En dat is natuurlijk niet goed. Je moet het niet hebben van één iemand, en ook niet van de raad van bestuur. Het moet iets zijn wat we als team ook echt belangrijk vinden.” (6).

Ook het goed meekrijgen van de managementlagen onder de bestuurder is dus niet altijd eenvoudig. De bestuurder moet daarnaast in de praktijk van het besturen een goed evenwicht zien te vinden tussen innovatie en de lopende bedrijfsvoering, het zogenaamde tweebeinig besturen. De oriëntatie op innovatie sneeuwt snel onder in een agenda die vol loopt met beheersmatige onderwerpen.

“Je moet ook in afstemming met de organisatie een soort balans weet te vinden. Als je een bestuurder bent die alsmaar met mooie innovaties bezig is en ondertussen stort de tent achter je rug in, is dat ook niet fijn. Wij hebben in 2018 best een ambitieus organisatie veranderingstraject met besturingsfilosofie doorgemaakt. We zijn alleen maar bezig om te zorgen dat we dat goed voor elkaar krijgen, dat dat goed landt en als het fout gaat dat we dat weer boven Jan krijgen. Dus daar zijn we nog wel even mee bezig.” (5)

Sommige bestuurders geven aan dusdanig bezig te moeten zijn met het op orde krijgen van de basis van de organisatie dat innovatie en innovatief vermogen niet aan de orde is. Ook daar kan persoonlijke frustratie zitten: het bezig zijn met innovatie is naar buitenwereld toe veel “sexyer” dan het huis op orde brengen, zoals een van de bestuurders verwoordt. Ook zien bestuurders een aantal beperkingen bij zichzelf als het om innovatie gaat.

“Vernieuwend denken, dat is best lastig. Want de gemiddelde bestuurder is over het algemeen niet de jongste, dus die zijn in het oude systeem opgegroeid. Die zijn geneigd zo te denken, en dan ben je wel weer voor vijf of zes jaar klaar, maar dan kun je daarna weer opnieuw beginnen.” (2).

Risico nemen, als genoemd cultuuraspect van innovatief vermogen is niet altijd één op één een kenmerk van de bestuurder zelf. Radicale innovaties, die consequenties hebben voor de eigen organisatie, vragen lef en brengen risico met zich mee. Bij bestuurders zit soms terughoudendheid om dit aan te gaan vanwege de ervaren spanning op de consequenten van innovatie: namelijk de bijdrage aan duurzame zorg versus de continuïteit van de eigen organisatie. Lastige dilemma's waarbij de bestuurder ook bij zichzelf de neiging kan voelen om vast te willen houden aan wat er is.

“We hebben vaak het lef niet om green field en kannibaliserend te werken. Dat is dan niet zozeer het lef van een bestuurder, maar je ziet dan dat het een dynamiek in de organisatie geeft die voor bestuurders veel energie kost om dat te managen.” (6)

Rust in de organisatie wint het dan van de dynamiek van grote verandering.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk worden op basis van de resultaten allereerst de geformuleerde deelvraagstellingen beantwoord om vervolgens te komen tot de beantwoording van de centrale vraagstelling van dit empirisch onderzoek. Het hoofdstuk eindigt met een concluderende beschouwing.

5.1 Beantwoording van de vraagstellingen

De veronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag lag was dat innovatie een belangrijk strategisch thema voor de zorg is. Bestuurders onderschrijven dat de externe ontwikkelingen nopen tot innovatie. In de context van de gereguleerde marktwerking is innovatie voor bestuurders ook van belang voor het versterken van het onderscheidend vermogen. Innovatieve nieuwe aanbieders of bestaande aanbieders die snel innoveren worden gezien als een bedreiging voor de eigen organisatie. Innovatie vormt daarmee enerzijds een oplossing voor het maatschappelijke vraagstuk en een middel om het onderscheidend vermogen te versterken, en anderzijds een bedreiging voor de eigen organisatie.

Deelvraagstelling a: Wat zijn de aan de wetenschappelijke literatuur ontleende concepten voor innovatief vermogen? Deze deelvraag is beantwoord in het theoretisch kader. Samengevat zijn in de wetenschappelijke literatuur verschillende conceptualisaties van innovatief vermogen te vinden. Zo wordt in de bedrijfskundige literatuur het perspectief van de ambidextere organisatie benadrukt, staat in de marketingliteratuur het concept marktorientatie op de voorgrond, en wordt in de literatuur over creativiteit en innovatie het vermogen om te leren van belang gevonden. Ook zijn er conceptualisaties van innovatief vermogen als puur cultuurconstruct, bestaande uit meerdere dimensies, en meerdimensionele benaderingen bestaande uit culturele, strategische, gedragsmatige en technologische aspecten. Het theoretisch kader van waaruit gekeken wordt naar innovatief vermogen is bepalend voor de conceptualisatie die wordt gehanteerd.

Deelvraagstelling b. Welke antecedenten van innovatief vermogen zijn te onderscheiden in de wetenschappelijke literatuur? In de wetenschappelijke literatuur worden de antecedenten van innovatief vermogen onderscheiden in cultuuraspecten en organisatie structuuraspecten. Een oriëntatie op leren en marktorientatie zijn cultuuraspecten die een positieve invloed hebben op innovatief vermogen. Van de structuuraspecten zijn decentralisatie, een organische structuur, crossfunctionaliteit en omvang van de organisatie bevorderend voor innovatief vermogen. De antecedenten zijn te beschouwen als elementen waarmee de bestuurder invulling heeft aan innovatief vermogen.

Deelvraagstelling c. Hoe percipiëren zorgbestuurders het concept innovatief vermogen? Zorgbestuurders zien innovatief vermogen als een belangrijk en noodzakelijk organisatiekenmerk. Het concept wordt in de dagelijkse praktijk niet veel en niet zo expliciet gehanteerd. Wel worden andere termen gehanteerd, zoals adaptief vermogen, verandervermogen en wendbaarheid. Deze termen hebben voor bestuurders een andere lading en betekenis dan innovatief vermogen. Ze zijn te karakteriseren als meer gradueel en reactief op externe ontwikkelingen. Het betreft het vermogen

van de organisatie om mee te bewegen. De term innovatief vermogen daarentegen wordt door de bestuurders meer gepercipieerd als een kenmerk van de organisatie om pro actief in te spelen op de ontwikkelingen, oftewel het vermogen om deze te benutten in plaats van mee te bewegen.

Innovatief vermogen wordt door bestuurders vooral beschouwd vanuit het niveau van het individu en het niveau van de organisatie. Op het niveau van het individu zijn verschillen in perspectieven te zien afhankelijk van het perspectief op innovatie: incrementeel of radicaal. In de conceptualisatie van innovatief vermogen is het belangrijk gelaagdheid aan te brengen in het vermogen om incrementeel te vernieuwen en het vermogen om radicaal te vernieuwen. Op organisatieniveau wordt het concept door de bestuurders vooral gepercipieerd als een kenmerk van de organisatiecultuur. De daarbij horende cultuurdimensies zijn toekomstgerichtheid, pro activiteit en risiconemen, elementen die ook in de literatuur zijn terug te vinden. Dit onderzoek in de praktijk geeft een nadere invulling van deze elementen.

Deelvraagstelling d. Hoe zien zorgbestuurders hun rol opvatting en verantwoordelijkheid ten aanzien van innovatie en innovatief vermogen? Bestuurders ervaren een duidelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot innovatie en innovatief vermogen. Als eindverantwoordelijke van de organisatie zien zij voor zichzelf een rol in het *stimuleren* van het innovatief vermogen, het *richten* van het innovatief vermogen en het *uitnutt*en van het innovatief vermogen. Met deze “drieslag” beogen zij het innovatief vermogen in de organisatie ten volle te ontwikkelen en aan te spreken om tot succesvolle innovatie uitkomsten te komen.

Deelvraagstelling e. In hoeverre en op welke wijze trachten zorgbestuurders het innovatief vermogen van hun organisatie te beïnvloeden? Zij stimuleren het innovatief vermogen door het overbrengen van de urgentie voor innovatie, het stimuleren van een innovatieve cultuur en het bevorderen van diversiteit in de organisatie. Het innovatief vermogen wordt gericht door tijdig innovaties en innovatoren in de organisatie te herkennen en het aanbrengen van focus. De derde pijler van het invulling geven aan innovatief vermogen, het zodanig uitnutt

en dat ideeën die worden gegenereerd ook daadwerkelijk leiden tot aanpassingen in de praktijk, wordt door zorgbestuurders als het meest lastig gezien. Het brengt voor bestuurders de taak met zich mee om innovaties te beschermen en resources toe te wijzen, zodat condities gecreëerd worden die bijdragen aan het werk dat voor innovatie verricht moet worden. Ook brengen bestuurders verbinding tot stand op inhoud, en tussen rollen en personen. De weerbarstigheid in de praktijk van het besturen is gelegen in weerstand van medewerkers voor wie innovatie niet per definitie positief is. Ook het tweebenig besturen vanuit balans tussen de lopende bedrijfsvoering en de oriëntatie op innovatie vormt een uitdaging. Dit komt ook naar voren in het dilemma rond keuzes voor radicale innovatie, die een kannibaliserend effect kunnen hebben en daarmee voor onrust in de organisatie kunnen zorgen.

Deelvraagstelling f. Welke aangrijpingspunten volgen uit de wetenschappelijke literatuur en het empirisch onderzoek om het innovatievermogen van zorgorganisaties te bevorderen?

Aangrijpingspunten voor het bevorderen van innovatief vermogen zijn op de eerste plaats te vinden in de cultuur van de organisatie: het vanuit een gebalanceerde combinatie van een transformationele en transactionele leiderschapsstijl bevorderen van de cultuurdimensies van innovatie vermogen, te weten toekomstgerichtheid, risico nemen en pro activiteit. Daarnaast is vanuit theoretisch opzicht innovatief vermogen te beïnvloeden door als bestuurder aan te grijpen op de antecedenten van innovatief vermogen. Dit zijn marktorientatie (een gerichtheid op de patiënt, de stakeholder en de maatschappij), oriëntatie op leren en een externe gerichtheid in meer bredere zin. Zowel in de

literatuur als in het empirisch onderzoek blijkt het onderscheid tussen het concept zelf en de antecedenten lastig te maken. De concepten zijn samenhangend en interacteren met innovatief vermogen. Vanuit het oogpunt van beïnvloeding is het onderscheid tussen antecedenten en het concept zelf ook niet per se relevant. Hoewel al deze aspecten te beschouwen zijn als cultuuraspecten, is beïnvloeding ervan te bewerkstellingen door het inrichten van processen en structuren op organisatieniveau en netwerkniveau. Organisatiestructuurkenmerken welke in de literatuur naar voren komen als aangrijpingspunt voor innovatief vermogen zijn in het empirisch onderzoek niet consistent naar voren gekomen. Bestuurders zoeken de aangrijpingspunten meer in de cultuur van de organisatie. Een antecedent c.q. aangrijpingspunt van innovatief vermogen welke voortkomt uit het empirisch onderzoek maar niet terug te vinden is in de wetenschappelijke literatuur, is veiligheid. Mogelijk wijst dit op een lacune in de literatuur waarin innovatie overwegend als inherent goed wordt beschreven.

5.2 Beantwoording centrale vraagstelling

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt: *Hoe kan het begrip innovatief vermogen in de zorg worden geconceptualiseerd en hoe geven zorgbestuurders hier invulling aan in hun organisatie?*

Innovatief vermogen in de zorg kan geconceptualiseerd worden als het vermogen van individuen om in collectief verband op organisatieniveau vernieuwing te weeg te brengen waarmee wordt ingespeeld op de externe ontwikkelingen. Innovatief vermogen is primair een kenmerk van de organisatiecultuur, welke zich uit in toekomstgerichtheid, pro activiteit en risico nemen. Innovatief vermogen behelst een externe gerichtheid en een gerichtheid op leren in alle lagen van de organisatie, waarbij een veilig klimaat rand voorwaardelijk is. Innovatief vermogen is een gelaagd concept, bestaande uit het vermogen om incrementeel te innoveren en het vermogen om radicaal te innoveren. Zorgbestuurders geven hieraan invulling in de dagelijkse praktijk van het besturen door innovatief vermogen te stimuleren, te richten en uit te nutten. Met deze “drieslag” beogen zij dit vermogen in de organisatie ten volle te ontwikkelen en aan te spreken om tot succesvolle innovatie uitkomsten te komen.

5.3 Concluderende beschouwing

Dit onderzoek onder zorgbestuurders laat zien hoe zij, als belangrijke actoren, innovatief vermogen conceptualiseren en invulling geven in de praktijk. Het onderzoek is daarmee een illustratie hoe onderzoek in de praktijk meer inzicht geeft in en nadere invulling geeft aan theoretische concepten. Het onderstreept het belang van theorie en praktijk.

Zoals het perspectief op innovatie bepalend is voor de definiëring ervan, zo is ook voor innovatief vermogen het theoretisch kader voor de conceptualisatie die wordt gehanteerd. Het perspectief doet er dus toe. Voor zorgbestuurders geldt dat de perceptie van innovatief vermogen wordt bepaald door de context waarin zij opereren, de verwachtingen die zij hebben en de associaties die zij hebben bij innovatie. Innovatie kan niet los gezien worden van de context waarin het plaatsvindt, en ook innovatief vermogen is dus context gerelateerd. De zorgbestuurder zelf maakt deel uit van deze context en fungeert tevens als een actor die deze context kan beïnvloeden. Het bevorderen van innovatief vermogen vraagt een context-specifieke invulling. De elementen die in deze studie naar

voren zijn gekomen in de conceptualisatie en invulling van innovatief vermogen geven een raamwerk waarmee, context-specifiek, over innovatief vermogen in de organisatie kan worden gesproken en het gesprek gevoerd kan worden hoe dit vermogen te ontwikkelen. Het onderscheid tussen het concept innovatief vermogen en de antecedenten blijkt voor de praktijk van de zorgbestuurder niet wezenlijk van belang. Ook vanuit theoretisch opzicht is het de vraag of het te onderscheiden concepten zijn, en of de zoektocht naar het willen begrijpen van het concept innovatief vermogen (en de afgrenzing daarvan) wel de juiste weg is. Waardevoller lijkt het om de kernbegrippen die met elkaar interacteren, en tezamen maken dat innovaties kunnen ontstaan en zich kunnen ontwikkelen, in samenhang met elkaar te bezien.

6. Discussie en reflectie

In dit hoofdstuk worden allereerst de beperkingen van het onderzoek besproken. Vervolgens worden aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk en voor vervolgonderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte persoonlijke reflectie.

6.1 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

De bestuurders voor dit empirisch onderzoek zijn geselecteerd middels convenience sampling. De onderzoeker heeft het eigen netwerk benut. Er zijn geen aanwijzingen dat de verhouding tot de geïnterviewden heeft geleid tot minder betrouwbare data. De indruk is dat zeer open door de respondenten is gesproken. Bij de start van elk interview is aangegeven dat anoniem zou worden gerapporteerd. Bovendien is benadrukt dat het niet het doel van onderzoek was om tot een beoordeling van het innovatieve vermogen van de organisatie of van de individuele bestuurder te komen.

Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de gefundeerde theoriebenadering. Data zijn verzameld middels open interviews. Omdat dit type onderzoek het gevaar in zich draagt van subjectiviteit en onnavolgbaarheid (Verschuren & Doorewaard, 2016) zijn de procedures van codering zo goed en zorgvuldig als mogelijk gehanteerd. De data zijn echter geïnterpreteerd door één onderzoeker waardoor de betrouwbaarheid niet beoordeeld kan worden. Hoewel hiervoor een coderingssysteem is gebruikt kan niet uitgesloten worden dat analyse van de data door een andere onderzoeker tot andere bevindingen zou hebben geleid. Ook was de onderzoeker niet ervaren met het doen van open interviews. Omdat in dit type onderzoek de onderzoeker zelf het belangrijkste onderzoeksinstrument is kan dit de betrouwbaarheid negatief hebben beïnvloed. Door het woordelijk transcriberen van de interviews, het hanteren van een coderingssysteem en het gebruik van citaten in de resultatenbeschrijving, is herleidbaar hoe de resultaten tot stand zijn gekomen, hetgeen de betrouwbaarheid, in termen van controleerbaarheid, van dit onderzoek vergroot.

In dit onderzoek is gekozen voor een sample van zorgbestuurders uit diverse onderdelen van de zorg. Hiermee werd beoogd een breed perspectief op het concept te krijgen. Het perspectief van de geïnterviewde zorgbestuurders wordt voor een belangrijk deel beïnvloed door de individuele uitdagingen van de zorgorganisatie waar zij leiding aan geven. Deze zijn immers zeer situationeel en contextueel bepaald. Hoewel niet elk deel van de zorg vertegenwoordigd was in de onderzoeksgroep was de variatie dusdanig dat de uitkomsten generaliseerbaar zijn naar (bestuurders in) de zorg. De theoretische generaliseerbaarheid naar de zorg is daarmee hoog. De generaliseerbaarheid naar andere (semi)publieke sectoren vraagt voorzichtigheid. De zorg is een complexe sector met een eigen dynamiek. De positie en taakopvatting van bestuurders is ook verschillend per sector, evenals het belang dat aan innovatie wordt gehecht, waarmee ook de invulling van innovatief vermogen gedifferentieerd kan zijn per bedrijfstak. De resultaten van dit onderzoek met betrekking tot het onderscheid in antecedenten en het concept innovatief vermogen zelf, en de conclusie dat de kernbegrippen beter in onderlinge samenhang met elkaar kunnen worden gezien, is hoogst

waarschijnlijk onafhankelijk van de sector en theoretisch generaliseerbaar naar de conceptualisering van innovatief vermogen in brede zin.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk van besturen

Omdat uit dit onderzoek gebleken is dat het concept innovatief vermogen niet heel expliciet door zorgbestuurders wordt gehanteerd, terwijl het wel een organisatiekenmerk van strategisch belang wordt gevonden, is het aan te bevelen dat bestuurders het gesprek over innovatief vermogen en wat dat van de organisatie vraagt explicieter voeren met hun managementteam en met de organisatie. Het onderzoek onderstreept dat het denken en praten over innovatief vermogen geen sinecure is. Innovatie en innovatief vermogen zijn diffuse begrippen. Ieder brengt eigen associaties met dit onderwerp en de daaraan gerelateerde begrippen met zich mee in het denken en praten over innovatie. Spraakverwarring ligt dan ook snel op de loer. Het gesprek in de bestuurskamer, in het bestuurlijk netwerk, in het managementteam en in de organisatie is er dan ook bij gebaat dat niet te snel wordt verondersteld dat alle gesprekspartners het over hetzelfde hebben. Het expliciet proberen te zijn in de invulling die je er zelf aan geeft en het doorvragen op het perspectief van de ander zijn van praktisch nut in het praten over innovatie en innovatief vermogen.

Dit onderzoek bevestigt het in de literatuur aangegeven belang van organisatiecultuur en de rol van leiderschap hierin. De bevinding dat veiligheid een randvoorwaarde is voor een innovatieve cultuur, leidt tot de aanbeveling om een cultuur te bevorderen waarin veilig kan worden geleerd en geëxperimenteerd. Dat impliceert ruimte voor reflectie over innovatie, het leren van succesvolle innovaties, maar ook lessen trekken uit “mislukte” innovaties. Juist dit bekrachtigt een veilig klimaat. Niet succesvolle innovaties zijn bovendien ook waardevol voor de organisatie. Deze aanbeveling ligt in lijn met aanbevelingen uit recent Nederlands onderzoek naar governance en innovatie in de zorg (Janssen, 2016).

Omdat uit dit onderzoek blijkt dat innovatief vermogen gevoed wordt door een externe gerichtheid, verdient het aanbeveling om de externe gerichtheid op alle niveaus in de organisatie te versterken. Voor medewerkers en teams kan dit al beginnen met het creëren van structuren om in andere teams binnen de organisatie te kijken en van elkaar te leren. Ook op netwerkniveau valt hier nog een wereld te winnen.

Aanbevolen wordt om meer in te zetten op het uitnutten van innovatief vermogen. Waar de focus van bestuurders primair ligt op het creëren van een klimaat waarin innovatieve ideeën worden gegenereerd, en zij zich ook goed toegerust voelen om richting te geven, ligt de uitdaging voor de praktijk, zoals blijkt uit dit onderzoek, vooral in het vervolg. Het faciliteren van het werk dat inherent is aan innovatie mag meer prominent aandacht krijgen van bestuurders.

6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Zowel in de literatuur als in het empirisch onderzoek blijkt het onderscheid tussen het concept zelf en de antecedenten lastig te maken. De concepten zijn samenhangend en interacteren met innovatief vermogen. Vanuit het oogpunt van beïnvloeding is het onderscheid tussen antecedenten en het concept zelf ook niet per se relevant. Met het oog hierop is het af te raden om onderzoek op te zetten vanuit de wens om innovatief vermogen als op zichzelf staand construct te

conceptualiseren en te begrijpen. Waardevoller is het om vervolgonderzoek te richten op de verschillende concepten, factoren en variabelen die bijdragen aan het realiseren van innovatie uitkomsten. Toekomstig onderzoek naar de onderlinge samenhang tussen deze aspecten, hoe deze elkaar beïnvloeden en gerelateerd zijn aan innovatieperformance, kan bijdragen aan de verdere theorievorming, en voor de praktijk aanvullende inzichten opleveren hoe innovatief vermogen in de zorg kan worden versterkt.

Een van de bevindingen van dit onderzoek is dat innovatief vermogen een gelaagd concept is, waarin een onderscheid gemaakt kan worden in het vermogen om incrementeel en het vermogen om radicaal te vernieuwen. Vervolg onderzoek naar een verdieping op dit onderscheid, de betekenis ervan voor de praktijk, en de verschillende beïnvloedingsstrategieën vanuit bestuurlijk perspectief, is zowel vanuit theoretisch als vanuit praktisch oogpunt relevant.

In dit exploratieve onderzoek zijn structuurkenmerken niet of nauwelijks door bestuurders naar voren gebracht als relevante aangrijpingspunten voor beïnvloeding. Vervolgonderzoek waarin bestuurders hierop expliciet worden bevraagd, kan meer inzicht geven in de waarde van organisatiestructuurkenmerken voor innovatief vermogen en de wijze waarop bestuurders hieraan invulling geven. Het zou interessant zijn om daarbij niet alleen te kijken naar de meer statische structuurkenmerken van de organisatie (organisatieinrichting) maar ook naar variabelen als kennisintensiviteit en fase van organisatieontwikkeling. In dit onderzoek kwamen aanwijzingen naar voren dat dit mogelijk van invloed is op innovatief vermogen, en bepalend is voor de wijze waarop de bestuurder acteert. Meerdere respondenten die in hun loopbaan ook in andere delen van de zorg werkzaam zijn geweest als bestuurder hebben (spontaan) opmerkingen gemaakt over verschillen tussen subsectoren in de zorg en mate waarin dit iets anders vraagt in het bevorderen van innovatie. Omdat dit niet de onderzoeksvraag was, en de opzet zich niet leende voor het maken van onderscheid tussen zorgtypes, zijn deze fragmenten niet betrokken in dit onderzoek. Vervolgonderzoek naar structuurkenmerken en karakteristieken van subsectoren in de zorg en de relatie met innovatief vermogen, zou zowel vanuit theoretisch als praktisch oogpunt zinvol zijn. Gezien het feit dat zorgbestuurders vooral het uitnutten van innovatief vermogen als lastig ervaren, zou de focus van dit onderzoek moeten liggen op wat werkzaam is in het faciliteren van het werk dat inherent is aan innovatie. Daarin de verbinding maken met specifieke organisatiekenmerken kan tot verdiepend inzicht leiden in “what works” in welke omstandigheden, hetgeen relevant is voor de praktijk. Het is daarvoor wel noodzakelijk om de spade wat dieper te steken in de organisatie en het perspectief van actoren die actief in innovatieprocessen participeren centraal te stellen.

6.4 Persoonlijke reflectie

Dit empirisch onderzoek was mijn eerste kennismaking met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Met onder meer onderzoekservaring op het gebied van een grote multicentre RCT (met de nodige statistische analyses), was het uitvoeren van kwalitatief onderzoek op zijn zachtst gezegd “even wennen”. Hoewel de keuze voor het onderwerp innovatief vermogen begon met een praktijkgerichte vraag verschoof dit na eerste oriëntatie al snel naar theoriegericht onderzoek. In meerdere opzichten was het uitvoeren van dit onderzoek uitdagend en contrasterend met mijn eerder opgedane onderzoekservaring, en daarmee bijzonder leerzaam.

De onderzoeker als belangrijkste instrument Het voeren van de open interviews leverde boeiende en inspirerende gesprekken op. Teruglezend en reflecterend op de interviews constateer ik dat goed

interviewen een vak apart is. Als psycholoog ben ik gedrild om behandelgesprekken te voeren volgens het stramien: één open vraag stellen, drie reflecties geven. Hoewel deze manier van gespreksvoering tot een open gesprek bijdroeg en reflecties uitnodigend zijn voor een dieper begrip, had ik op bepaalde momenten beter kunnen doorvragen om goed te begrijpen wat de respondent bedoelde. Ook bij het analyseren van de data was ik zelf als onderzoeker het belangrijkste instrument en kon ik niet terugvallen op een SPSS programma dat met één druk op de knop de vooraf bepaalde statistische analyses draaide. De systematiek van coderen ben ik gaandeweg het proces als wetenschapper gaan waarderen, en heeft mij geholpen om de interviewfragmenten te zien als data die methodisch benaderd kunnen worden.

Het iteratieve proces Waar mijn eerdere onderzoekservaring gekenmerkt werd door een relatief lineair proces (zowel op cognitief als uitvoerend niveau) was de onderzoeksbenadering van dit empirisch onderzoek juist iteratief. Nog meer dan het eerste punt heeft mij dit als wetenschapper enorm gepuzzeld, vanwege het gevaar van subjectiviteit en onnavolgbaarheid. Tegelijkertijd maakte juist de iteratie de zoektocht naar wat ik nu eigenlijk had “gevonden” tot een boeiend proces.

Diffuse concepten Tot slot was dit een onderzoek naar een diffuus concept. Waar het doel was om meer inzicht te krijgen in het concept innovatief vermogen, was het onderzoeksproces een reis langs nog veel meer andere diffuse concepten. Waar dit onderzoek voor mij startte met het willen begrijpen hoe het zit, eindigde dit onderzoek met veel nieuwe vragen in plaats van pasklare wetenschappelijk verantwoorde antwoorden. En natuurlijk het besef dat deze rapportage ook geschreven is vanuit het perspectief dat ik zelf hierop heb ingebracht. In plaats van dit te zien als subjectief heb ik geleerd dat dit juist van waarde is.

Literatuur

- Ahrens, T., Al-Sereidi, A. A. K., Al-Shaebi, H. F., & Rahmdel, A. H. (2017). Contextualising the antecedents of organisational innovativeness. *Journal of Economic and Administrative Sciences*. <https://doi.org/10.1108/JEAS-01-2017-0002>
- Albury, D. (2005). Fostering innovation in public services. *Public Money and Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2005.00450.x>
- Auh, S., & Menguc, B. (2005). Balancing exploration and exploitation: The moderating role of competitive intensity. *Journal of Business Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2004.11.007>
- Avlonitis, G. J., Kouremenos, A., & Tzokas, N. (1994). Assessing the Innovativeness of Organizations and its Antecedents. *European Journal of Marketing*. <https://doi.org/10.1108/03090569410075812>
- Bessant, J. (2005). Enabling continuous and discontinuous innovation: Learning from the private sector. *Public Money and Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2005.00448.x>
- Bijloos, S., Van der Scheer, W., & Van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld: vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*. <https://doi.org/10.1177/160940690600500304>
- Camisón-Zornoza, C., Lapiedra-Alcamí, R., Segarra-Ciprés, M., & Boronat-Navarro, M. (2004). A Meta-analysis of Innovation and Organizational Size. *Organization Studies*. <https://doi.org/10.1177/0170840604040039>
- Commissie Governance NVZD. (2015). *Governance in de zorg: over besturing en bestuurders in de zorg anno 2015*. Zeist.
- Crossan, M. M., & Apaydin, M. (2010). A multi-dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature. *Journal of Management Studies*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2009.00880.x>
- Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analysis Of Effects Of Determinants and Moderators. *Academy of Management Journal*. <https://doi.org/10.5465/256406>
- Damanpour, F., & Daniel Wischnevsky, J. (2006). Research on innovation in organizations: Distinguishing innovation-generating from innovation-adopting organizations. *Journal of Engineering and Technology Management - JET-M*. <https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2006.08.002>
- Damanpour, F., & Schneider, M. (2006). Phases of the adoption of innovation in organizations: Effects of environment, organization and top managers. *British Journal of Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2006.00498.x>
- De Carvalho, G. D. G., Cruz, J. A. W., De Carvalho, H. G., Duclós, L. C., & De Fátima Stankowitz, R. (2017). Innovativeness measures: A bibliometric review and a classification proposal. *International Journal of Innovation Science*, 9(1), 81–101. <https://doi.org/10.1108/IJIS-10-2016->

- De Witte, M. & Jonker, J. (2013). De kunst van veranderen: bewegen naar de kern. Management Impact.
- Dixon-Woods, M., Amalberti, R., Goodman, S., Bergman, B., & Glasziou, P. (2011). Problems and promises of innovation: Why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ Quality and Safety*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046227>
- Gieske, H., van Buuren, A., & Bekkers, V. (2016). Conceptualizing public innovative capacity: A framework for assessment. *Innovation Journal*, 21(1), 227.
- Hartley, J. (2005). Innovation in governance and public services: Past and present. *Public Money and Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2005.00447.x>
- Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*.
- Hu, H., Gu, Q., & Chen, J. (2013). How and when does transformational leadership affect organizational creativity and innovation?: Critical review and future directions. *Nankai Business Review International*. <https://doi.org/10.1108/20408741311323344>
- Hughes, D., Lee, A., Wei Tian, A., Newman, A., & Legood, A. (2018). Leadership, creativity, and innovation: A critical review and practical recommendations. *The Leadership Quarterly*, 29, 549–569.
- Hult, G. T. M., Hurley, R. F., & Knight, G. A. (2004). Innovativeness: Its antecedents and impact on business performance. *Industrial Marketing Management*. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2003.08.015>
- Hurley, R. F., & Hult, G. T. M. (1998). Innovation, Market Orientation, and Organizational Learning: An Integration and Empirical Examination. *Journal of Marketing*. <https://doi.org/10.2307/1251742>
- Hurley, R. F., Hult, G. T. M., & Knight, G. A. (2005). Innovativeness and capacity to innovate in a complexity of firm-level relationships: A response to Woodside (2004). *Industrial Marketing Management*. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2004.07.006>
- Inspectie der rijksfinancien. (2017). IBO Innovatie in de zorg: vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie.
- Janssen, M. (2016). *Situated novelty: a study on health care innovation and its governance*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Janssen, R. (2017). *Het zekere voor het onzekere: tweebenig besturen in de zorg*. Erasmus University.
- Jiménez-Jiménez, D., & Sanz-Valle, R. (2011). Innovation, organizational learning, and performance. *Journal of Business Research*, 64(4), 408–417. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.09.010>
- Johnson, G., Whittington, R., Scholes, K., Angwin, D., & Regnér, P. (2011). Exploring strategy. *Organization Studies*.
- Lynch, P., Walsh, M. M., Harrington, D., & Harrington, D. (2010). Defining and Dimensionalizing Organizational Innovativeness. *International CHRIE Conference-Refereed Track*. 18, 17. <https://doi.org/10.1172/JCI200315990.Introduction>
- March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*, 2, 71–87.
- Midgley, D. F., & Dowling, G. R. (1978). Innovativeness: The Concept and Its Measurement. *Journal of Consumer Research*. <https://doi.org/10.1086/208701>

- Mintzberg, H. (2008). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*. <https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>
- Mone, M. A., McKinley, W., & Barker, V. L. (1998). Organizational decline and innovation: A contingency framework. *Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.5465/AMR.1998.192965>
- Moos, B., Beimborn, D., Wagner, H., & Weitzel, T. (2010). Suggestions For Measuring Organizational Innovativeness : A Review. *Proceedings of the 43rd Hawaii International Conference on System Sciences*, 1–10.
- Mumford, M. D. (2000). Managing Creative People: Strategies and Tactics for Innovation. *Human Resource Management Review*. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(99\)00043-1](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(99)00043-1)
- Netwerk kwalitatief onderzoek AMC-UvA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: kwalitatief onderzoek*. Amsterdam.
- Noordegraaf, M., & Siderius, K. (2016). Perspectieven op publieke professionaliteit: van professionals (in organisaties) naar organiserende professionaliteit. *M&O*, 2, 4–19.
- NVZD. (2019). *Accreditatie NVZD: informatie voor leden*. Zeist.
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. *Innovation Journal*, 15(1), 1–20.
- Ossebaard, H., van Duivenbode, J., & Krijgsman, J. (2017). *Evaluatie van e-health technologie in de context van beleid*. Diemen.
- Plsek, P. (2003). Complexity and the Adoption of Innovatin in Health Care. *Accelerating Quality Improvement in Health Care Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations*, 1(4), 149–156. <https://doi.org/10.1159/000077211>
- Porter, M. E. (1985). *Competitive Strategy: Creating and Sustaining Superior Performance*. *Creating and Sustaining Competitive Advantage*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-54540-0>
- Prajogo, D. I. (2006). The relationship between innovation and business performance—A comparative study between manufacturing and service firms. *Knowledge and Process Management*. <https://doi.org/10.1002/kpm.259>
- Prajogo, D. I., & Ahmed, P. K. (2006). Relationships between innovation stimulus, innovation capacity, and innovation performance. *R and D Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9310.2006.00450.x>
- Putters, K., & Janssen, M. (2011). Investeren in innovatie : ‘ The next step .’
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Trendskenario.
- Ruvio, A. A., Shoham, A., Vigoda-Gadot, E., & Schwabsky, N. (2014). Organizational innovativeness: Construct development and cross-cultural validation. *Journal of Product Innovation Management*, 31(5), 1004–1022. <https://doi.org/10.1111/jpim.12141>
- Salavou, H. (2004). The concept of innovativeness: Should we need to focus? *European Journal of Innovation Management*. <https://doi.org/10.1108/14601060410515628>
- Sarros, J. C., Cooper, B. K., & Santora, J. C. (2008). Building a climate for innovation through transformational leadership and organizational culture. *Journal of Leadership and Organizational Studies*. <https://doi.org/10.1177/1548051808324100>
- Saunila, M., & Ukko, J. (2012). A conceptual framework for the measurement of innovation capability

- and its effects. *Baltic Journal of Management*. <https://doi.org/10.1108/17465261211272139>
- Shoham, A., Ruvio, A., Vigoda-Gadot, E., & Schwabsky, N. (2006). Market orientations in the nonprofit and voluntary sector: A meta-analysis of their relationships with organizational performance. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/0899764006287671>
- Shoham, A., Vigoda-Gadot, E., Ruvio, A., & Schwabsky, N. (2012). Testing an organizational innovativeness integrative model across cultures. *Journal of Engineering and Technology Management - JET-M*, 29(2), 226–240. <https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2012.01.002>
- Tidd, J. (2001). Innovation management in context: environment, organization and performance. *International Journal of Management Reviews*, 3(3), 169–183.
- Van den Broek, A., Van Campen, C., De Haan, J., Roeters, A., Turkenburg, M., & Vermeij, L. (2016). *De toekomst tegemoet: leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later*.
- Van Staa, A., & Evers, J. (2010). “Thick analysis”: strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data analyse te verhogen. *KWALON* 43, 15(1), 5–12.
- van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts En Wetenschap*, 47(13), 631–635.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2016). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers Amsterdam.
- Wang, C. L., & Ahmed, P. K. (2004). The development and validation of the organisational innovativeness construct using confirmatory factor analysis. *European Journal of Innovation Management*. <https://doi.org/10.1108/14601060410565056>
- West, M. A., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A., & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadership Quarterly*. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(03\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(03)00044-4)
- Wolfe, R. A. (1994). ORGANIZATIONAL INNOVATION: REVIEW, CRITIQUE AND SUGGESTED RESEARCH DIRECTIONS. *Journal of Management Studies*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1994.tb00624.x>
- Woodside, A. G. (2005). Firm orientations, innovativeness, and business performance: advancing a system dynamics view following a comment on Hult, Hurley, and Knights 2004 study. *Industrial Marketing Management*, 34, 275–279.

Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht respondenten

Naam	Zorgorganisatie	Sector
Drs Roxanne Vernimmen	OLVG	Ziekenhuis
Drs Daniëlle van Veen	Vecht en IJssel	VVT
Dr Marc Blom	Parnassia Groep	GGz
Prof dr Gabriël Anthonio	VNN	Verslavingszorg
Ir Mariëtte Vos-Lambooy	Parlan	Jeughulp
Drs Mariëtte Verhoef	Spirit	Jeugdhulp
Drs Jeroen Muller	Arkin	GGz
Drs Petra van Dam	Amsta	VVT en langdurige zorg

Achtergrond informatie thesisonderzoek Wencke de Wildt: *Innovatief vermogen in de zorg*

Inleiding

In strategisch management literatuur wordt innovatie beschouwd als een belangrijk middel voor organisaties om concurrentievoordeel te behouden of te versterken (Porter, 1985). Een organisatie dient hiervoor in staat te zijn om de producten of diensten continue te veranderen en te verbeteren. Het vermogen om te innoveren wordt dan ook beschouwd als een van de belangrijkste eigenschappen van een organisatie om succesvol te zijn en te overleven. Onderzoek laat zien dat het genereren van nieuwe ideeën en het adopteren van innovaties gerelateerd is aan *organizational innovativeness*, oftewel innovatief vermogen (Hartley, 2005). Hoewel innovatief vermogen in de organisatieliteratuur veelvuldig wordt gebruikt als wenselijke organisatie eigenschap, is er verhoudingsgewijs weinig onderzoek naar gedaan (Moos et al., 2010). Het onderzoek is veelal gericht op de determinanten van innovatief vermogen of innovatie output, in plaats van onderzoek te verrichten naar het werkelijk begrijpen van de dimensies van innovatief vermogen (Wolfe, 1994). Een beter begrip hiervan draagt mogelijk bij aan meer inzicht in de relatie tussen innovatief vermogen en de antecedenten en consequenten, en daarmee aan de beïnvloedingsmogelijkheden.

De evidente noodzaak van innovatie in de zorg, en de belangrijke rol die zorginstellingen hebben in zowel het genereren van innovatieve ideeën als ook in de opschaling van innovaties, roept de vraag op wat de betekenis van het begrip innovatief vermogen is in deze sector, hoe zorgbestuurders daar invulling aan geven en hoe dit in zorgorganisaties kan worden versterkt.

Doel- en vraagstellingen van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de theorievorming over innovatief vermogen, door de kernbegrippen van het concept innovatief vermogen vanuit het perspectief van zorgbestuurders te exploreren en inzicht te verwerven in de wijze waarop zij hier invulling aan geven in de praktijk van hun organisatie.

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek luidt daarom als volgt:

Hoe kan het begrip innovatief vermogen in de zorg worden geconceptualiseerd en hoe geven zorgbestuurders hier invulling aan in hun organisatie?

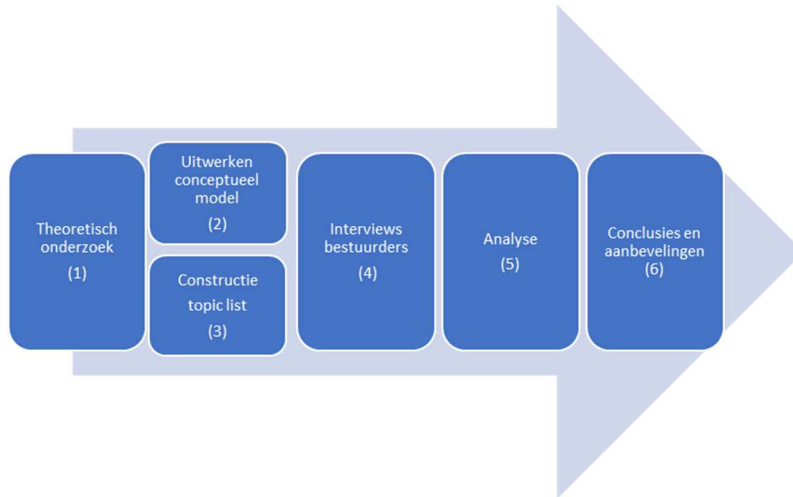
Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden worden de volgende deelvragen onderzocht:

- Wat zijn de aan de wetenschappelijke literatuur ontleende concepten voor innovatief vermogen?
- Welke antecedenten van innovatief vermogen zijn te onderscheiden in de wetenschappelijke literatuur?
- Hoe percipiëren zorgbestuurders het concept innovatief vermogen?
- Hoe zien zorgbestuurders hun rolopvatting en verantwoordelijkheid ten aanzien van innovatie en innovatief vermogen?

- In hoeverre en op welke wijze trachten zorgbestuurders het innovatief vermogen van hun organisatie te beïnvloeden?
- Welke aangrijpingspunten volgen uit de wetenschappelijke literatuur en het empirisch onderzoek om het innovatievermogen van zorgorganisaties te bevorderen?

Onderzoeksdesign

Het betreft een exploratief onderzoek. Hiervoor is het volgende onderzoeksmodel opgesteld.



Figuur 1. Onderzoeksmodel

Het empirisch onderzoek vindt plaats middels interviews met zorgbestuurders aan de hand van een topic list. Er wordt gekozen voor een dwarsdoorsnede door de zorg om voldoende variëteit te hebben (Geïntegreerde GGz, categorale GGz, ziekenhuizen, VVT instellingen en instellingen voor jeugdhulp). Het betreft individuele open interviews gericht op de wijze waarop invulling wordt gegeven aan innovatief vermogen in de zorg en het in kaart brengen van inzichten in de beïnvloedingsmogelijkheden.

Literatuur

- Hartley, J. (2005). Innovation in governance and public services: past and present. *Public Money and Management Annuals*, 7(1), 27-34
- Porter, M. E. (1985). *Competitive Strategy: Creating and Sustaining Superior Performance. Creating and Sustaining Competitive Advantage*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-54540-0>
- Moos, B., Beimbom, D., & Weitzel, T. (2010). Suggestions For Measuring Organizational Innovativeness : A Review, 1–10.
- Wolfe, R.A. (1994). Organizational innovation: review, critique and suggested research directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405-431

Bijlage 3 Topic list

De topic list bestaat uit ze topics. Per topic zijn op voorhand enkele hulpvragen geformuleerd.

1. Innovatie

Welk belang hecht u aan innovatie in de zorg? In hoeverre is dit een thema voor u?

Welke opgave ziet u voor uw eigen organisatie? Wat komt er op de organisatie af? Waar moet het heen en wat vraagt dat van de organisatie?

Waarom is het zo lastig?

2. Relevantie van het concept innovatief vermogen

In hoeverre is innovatief vermogen een begrip dat gebruikt wordt binnen uw organisatie?

Hoe belangrijk / relevant is innovatief vermogen volgens u voor uw organisatie?

Welke andere termen zijn van belang als u nadenkt over de opgave waar uw organisatie voor staat ? (denk aan, veranderingsbereidheid, veranderkracht, flexibiliteit, adaptief vermogen)? Welke termen sluiten daarbij aan?

3. Definitie van innovatief vermogen

Wat houdt innovatief vermogen in volgens u? Wat verstaat u eronder? Hoe zou u dit omschrijven?

4. Conceptualisatie

Uit welke dimensies of aspecten bestaat innovatief vermogen? In onderdelen / afdelingen van uw organisatie die u beschouwt als innovatief: welke kenmerken hebben deze organisatie onderdelen? Waarin verschillen deze onderdelen van de minder innovatieve onderdelen?

Als u denkt aan een organisatie met een groot innovatief vermogen: hoe ziet dat er uit? Waar meet u dat aan af?

5. Taakopvatting

Hoe ziet u uw eigen rol? In hoeverre beschouwt u het als uw verantwoordelijkheid om innovatief vermogen te beïnvloeden? Hoe geeft u dat invulling?

6. Beïnvloeding

Welke aangrijpingspunten voor beïnvloeding zijn er volgens u? Met welke andere organisatiekenmerken hangt innovatief vermogen samen?

Op welke wijze wordt binnen uw organisatie innovatief vermogen beïnvloed / versterkt? Hoe zou u het graag zien?

Wie hebben daarin een rol? Wat is de rol van de bestuurder, welke andere personen / functies hebben hierin een taak of verantwoordelijkheid?

Welke van deze antecedenten uit de literatuur herkent u uit uw eigen praktijk?

- ☐ oriëntatie op leren
- ☐ oriëntatie op de markt
- ☐ kenmerken van de organisatiestructuur (decentralisatie, crossfunctionaliteit, organische structuur, omvang)

In welke mate zijn deze volgens u van invloed op innovatief vermogen? Worden deze expliciet beïnvloed in uw organisatie?