



**PROJECT  
ZORGINNOVATIE IN  
WELZIJN**

Rapport jaar 1

Deel I: Zorginnovatie: gebruikersgericht vernieuwen en veranderen

**Deel II: Vlaamse zorginnovatoren aan het woord: een kwalitatieve studie**

Renilt Vranken  
Dr.Koen Hermans

Leuven  
november 2008

## **Colofon**

### **Opdrachtgever**

Vlaams Welzijnsverbond

### **Partners**

VVI

Cera

### **Projectgroep wetenschappelijk onderzoek**

Welzijn

### **Onderzoeksleiding**

Dr. Koen Hermans, Projectleider LUCAS

### **Financiering**

Cera

### **Wetenschappelijk medewerkers**

Renilt Vranken, licentiaat in de sociologie

### **Onderzoekers**

### **Administratief medewerkers**

Lut Van Hoof

Lieve Van Cauwenberghe

**Leuven, november 2008**

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>Hoofdstuk 1 Hefbomen in de interne organisatie</b>	<b>8</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2 Innovatieve teams</b>	<b>8</b>
2.1 Kenmerken van innovatieve teams	9
2.1.1 <i>Het engagement van innovatieve teams</i>	9
2.1.2 <i>Het zorgperspectief van innovatieve teams</i>	10
2.1.3 <i>Het werk- en leerperspectief van innovatieve teams</i>	13
2.1.4 <i>Besluit</i>	16
2.2 Spanningsvelden in de interne context	17
2.2.1 <i>Theorie versus praktijk</i>	18
2.2.2 <i>Vraag versus aanbod</i>	18
2.2.3 <i>Belangen en doelen op meerdere niveaus</i>	18
2.2.4 <i>Zorgen en leren</i>	18
2.2.5 <i>De oude versus de nieuwe rol van zorgverlener</i>	19
2.2.6 <i>Het oude versus het nieuwe organisatie-denken</i>	20
2.2.7 <i>Veiligheid versus openheid</i>	20
2.2.8 <i>Korte versus lange termijn</i>	21
2.2.9 <i>Spanningsvelden en competenties</i>	21
2.3 Hefbomen voor innovatieve teams	21
2.3.1 <i>Professionaliteit en kwaliteit als noodzakelijke voorwaarden</i>	22
2.3.2 <i>Methodisch kader en aanpak voor verandering</i>	23
2.3.3 <i>Positieve benadering: engagement en participatie</i>	24
2.4 Besluit	25

<b>3</b>	<b>Innovatieve managers</b>	<b>25</b>
3.1	De kerncompetenties van innovatieve managers in de welzijnszorg	25
	3.1.1 <i>Visionair</i>	26
	3.1.2 <i>Ondernemer</i>	26
	3.1.3 <i>Leider</i>	26
	3.1.4 <i>Bouwen aan systemen</i>	27
3.2	De aanpak van innovatieve managers in de welzijnszorg	28
	3.2.1 <i>Innovatieve managers nemen hun kwaliteitsbeleid ernstig</i>	29
	3.2.2 <i>Innovatieve managers bevorderen engagement en gebruikersparticipatie</i>	29
	3.2.3 <i>Innovatieve managers focussen op en ondersteunen veranderingsprocessen</i>	30
3.3	Onderbenut innovatiepotentieel	32
<b>4</b>	<b>Algemeen besluit</b>	<b>35</b>
	<b>Hoofdstuk 2 Hefbomen in de externe organisatie</b>	<b>37</b>
<b>1</b>	<b>Innovatieve netwerken</b>	<b>37</b>
1.1	Wat zijn innovatieve netwerken en hoe werken ze?	37
	1.1.1 <i>Netwerken op regionaal niveau</i>	37
	1.1.2 <i>Interregionale en intersectorale kennistransfer</i>	39
	1.1.3 <i>Netwerkvorming</i>	39
	1.1.4 <i>Bespreking</i>	40
1.2	Doelen van netwerking	41
	1.2.1 <i>Flexibel inspelen op de markt en op de noden van de gebruiker</i>	41
	1.2.2 <i>Leveren van een maatschappelijke bijdrage</i>	42
	1.2.3 <i>Leren en kennis delen</i>	42
1.3	Hefbomen voor netwerkvorming	43
<b>2</b>	<b>Innovatieve overheid</b>	<b>44</b>
2.1	Een innovatieve visie op welzijnsbeleid	44
2.2	Kenmerken van een innovatieve overheid	46
	2.2.1 <i>Een innoverende overheid heeft voldoende knowhow over veranderingsprocessen</i>	47

2.2.2	<i>Een innoverende overheid bevordert samenwerking en overleg, in het bijzonder tussen lokale partners:</i>	48
2.2.3	<i>Een innoverende overheid creëert ruimte voor creativiteit en dereguleert:</i>	48
2.2.4	<i>Een innoverende overheid faciliteert ander personeelsbeleid en loopbaanmogelijkheden:</i>	48
2.2.5	<i>Een innoverende overheid organiseert kennisdoorstroming:</i>	48
2.2.6	<i>Een innoverende overheid kiest voor een aanpak 'ten gronde'</i>	49
2.2.7	<i>Een innoverende overheid investeert in vrijwilligerswerk</i>	49
2.3	Een innovatieve overheid kiest voor een positieve benadering	49
<b>3</b>	<b>Spanningsvelden in de externe context</b>	<b>50</b>
3.1	Dynamisch versus statisch	50
3.2	Doelen versus middelen	51
3.3	Maatschappelijke verwachtingen versus individuele zorgnoden/keuzes	51
<b>4</b>	<b>Besluit</b>	<b>52</b>
	<b>Hoofdstuk 3 De gebruiker als bijzondere hefboom</b>	<b>53</b>
<b>1</b>	<b>De gebruiker bepaalt, maar de maatschappij betaalt.</b>	<b>54</b>
<b>2</b>	<b>Keuzevrijheid veronderstelt een voldoende aanbod en zorgontschotting</b>	<b>54</b>
<b>3</b>	<b>Participeren moet je leren</b>	<b>55</b>
<b>4</b>	<b>Besluit</b>	<b>55</b>
	<b>Besluit Vlaamse zorginnovatoren aan het woord</b>	<b>57</b>
	<b>Bijlage</b>	<b>61</b>

## **Inleiding**

Bestaand onderzoek geeft slechts een beperkt beeld van innovatieprocessen in de Vlaamse welzijnssectoren. De ontwikkeling van in Vlaanderen bruikbare instrumenten en methodieken vereist dan ook onderzoek naar innovatieprocessen in de Vlaamse welzijnssectoren. Aan de hand van diepte-interviews met twaalf sleutelfiguren uit de ouderenzorg, de kinderdagopvang, de gehandicaptenzorg, het vrijwilligerswerk, de integrale gezinsondersteuning en de bijzondere jeugdbijstand werden hefboomen en spanningsvelden in de interne organisatie (teams – managers) en in de externe organisatie (netwerken – overheid) in kaart gebracht. Nieuwe gegevens roepen uiteraard ook nieuwe, onbeantwoorde vragen op. Ook deze vragen komen hier aan bod.

Dit rapport beoogt meer inzicht in innovatieprocessen te verschaffen. Het resulteert echter niet in een eenvoudige blauwdruk voor zorginnovatie, die voor elke welzijnsvoorziening bruikbaar of toepasbaar zou zijn. We komen net zoals in de literatuurstudie tot de vaststelling dat zorginnovatie een complex gegeven is. Op organisatieniveau hebben zowel organisatiemaatregelen, -structuur alsook de onderliggende organisatiecultuur een belangrijke impact. Daarnaast zijn de competenties en de stijl van de manager cruciaal voor innovatieprocessen en voor de innovatiekracht van teams. Aangezien hulp- en zorgverlening tot stand komt in een gemengd bestel (WRR, 2004), strekt zorginnovatie zich ook uit over meerdere beleidsniveaus. Dit verhoogt de complexiteit nog. Op sommige niveaus kan men immers gemakkelijker invloed uitoefenen, op andere heel wat moeilijker.

Voor deze kwalitatieve studies werden twaalf sleutelfiguren, verdeeld over de verschillende welzijnssectoren en Vlaamse provincies geïnterviewd over hun visie op en ervaringen met zorginnovaties in de praktijk. Een korte, op zorginnovatie gerichte voorstelling van de deelnemende organisaties vindt U in de bijlage. De theoretische steekproef, die een zo groot mogelijke rijkdom en diversiteit aan data beoogt, werd gerealiseerd door in twee fasen te werken. In een eerste fase werd aan informanten gevraagd een aantal geschikte sleutelfiguren voor te dragen. In de tweede fase werden deze sleutelfiguren met respect voor de vermelde verdeling gecontacteerd. De semigestructureerde diepte-interviews maakten gebruik van een door de literatuur geïnspireerde topiclijst en werden, met toestemming van de respondenten, digitaal geregistreerd. De transcripts van de interviews werden daarna geanalyseerd met behulp van NVIVO, QSR software voor kwalitatieve analyse. Een dergelijke kwalitatieve analyse wordt door Boeije omschreven als ‘de uiteenrafeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in categorieën met begrippen, het benoemen van deze categorieën en

begrippen, en het aanbrengen en toetsen van relaties tussen de begrippen in het licht van de probleemstelling' (Boeije, 2005, p. 63).

Bij deze analyse zijn we hoofdzakelijk op zoek gegaan naar generieke kenmerken van zorginnovatoren en hefboomen voor zorginnovatie. Dit betekent dat deze volgens ons van betekenis zijn over de grenzen van doelgroepen, werkvormen en sectoren heen. We hebben daarvoor de sterktes en hefboomen, maar ook de knelpunten die in de verschillende interviews aan bod kwamen, samengebracht in een soort ideaaltypische voorstelling van zorginnovatie. We benadrukken hierbij dat zorginnovaties er in de praktijk nooit precies zo zullen uitzien en/of aan al deze kenmerken moeten beantwoorden. Ze vormen telkens een creatieve inschakeling van een aantal van deze kenmerken en hefboomen zodat deze best aansluiten bij de concrete situatie en de beoogde doelen.. Er moeten dus keuzes gemaakt worden, waarbij gestreefd wordt naar zo weinig mogelijk nadelen en zo veel mogelijk voordelen. Dit onderzoeksrapport wil bovenal inzichten en inspiratie voor dit keuzeprocess aanreiken.

# **Hoofdstuk 1**

## **Hefbomen in de interne organisatie**

### **1 Inleiding**

In onderzoek naar organisatievernieuwing of sociale innovatie in profitondernemingen worden zogenaamde ‘high road’ of duurzame innovaties geassocieerd met klantgerichtheid, kennis, innovatie, creativiteit en competentieontwikkeling; meer regelmogelijkheden en betere inzetbaarheid door o.a. teamwerk en dus ook met de organisatiemaatregelen die hieraan ten grondslag liggen (SERV, 2007). Ook de jaarlijkse TOA (technologie, organisatie en arbeid) enquête van STV Innovatie & Arbeid van de SERV leverde in dit verband interessante gegevens op. Sinds 2007 is immers ook de social-profitsector opgenomen in de steekproef van deze enquête. Uit een vergelijking van de cijfers blijkt dat qua vernieuwende arbeidsorganisatie de social profit beter scoort dan de profitsector. De social profit wil vooral innoveren om de kwaliteit te verbeteren, de competenties van de zorgverleners beter te benutten en om het personeel beter te motiveren. Meer dan in de profit zijn samenwerking met andere organisaties, studiedagen en onderwijs/onderzoek de motoren van innovatie. Opvallend is wel dat wettelijke beperkingen, weerstand bij het personeel en bij leidinggevenden in die volgorde grotere hindernissen zijn dan in de profitsectoren.(STV, 2008).

Deze onderzoeksresultaten vormen een interessant perspectief op de gegevens over innovatieprocessen in Vlaamse welzijnsorganisaties die we verzamelden door middel van diepte-interviews. Dit hoofdstuk focust daarbij op interne factoren: teams en managers. In een volgend hoofdstuk komen de factoren in de omgeving aan bod: netwerken en de overheid.

### **2 Innovatieve teams**

Deze paragraaf brengt een aantal kenmerken van innovatieve teams in kaart. Daarna behandelen we ook een aantal spanningsvelden waarmee deze teams geconfronteerd worden. Tot slot komen voorwaarden en hefboomen voor innovatieve teams aan bod.

## 2.1 Kenmerken van innovatieve teams

Op basis van de interviews kunnen we innovatieve teams omschrijven aan de hand van drie karakteristieken. Innovatieve teams worden gekenmerkt door hun engagement, door een gebruikersgericht zorgperspectief en een teamperspectief gericht op verandering, leren en samenwerking.

### 2.1.1 Het engagement van innovatieve teams

*“We hadden ook wel een beetje mensen die het als een soort missie beschouwden om ervoor te gaan. En een paar mensen in de marge die, die werken omdat die ook gezegd hebben van kijk ik vind dit waardevol en ik wil hier ook mijn vrije tijd nog soms in investeren.”(IV 4)*

Zoals bovenstaand citaat aangeeft, bestaan innovatieve teams uit medewerkers met een missie. Zij staan geëngageerd en enthousiast in hun werk. De diepte-interviews leerden dat deze positieve houding van de teamleden aansluit bij het zorg-, werk- en leerperspectief van innovatieve teams die in de volgende paragrafen uitgebreider aan bod komen.

#### *Innovatieve teams hebben een positieve basishouding*

Vanuit hun betrokkenheid en engagement bundelen ze alle krachten en zetten de diverse mogelijkheden van alle betrokkenen in om tot de best mogelijke oplossing te komen. Op deze wijze maken ze optimaal gebruik van de aanwezige diversiteit op teamniveau en gaan ze allianties aan met de gebruikers.

#### *Innovatieve teams hebben een flexibele en reflectieve werk- en leerhouding*

Hun flexibele en reflectieve werkhouding maakt innovatieve teams in zekere mate zelfsturend. Zo kunnen ze soepel inspelen op de noden van de gebruiker en op onvoorziene omstandigheden. Ze reflecteren op de eigen werking en durven ze open en kritisch in vraag te stellen. Innovatieve teams hebben dus een positieve leerhouding en sturen bij wanneer ze tekorten of kansen tot verbetering op het spoor komen. Dit teamperspectief komt in paragraaf 2.1.1.3. aan bod.

#### *Innovatieve teams hebben een open en vraaggerichte zorghouding*

De zorghouding van innovatieve teams is open en vraaggericht. Innovatieve teams kiezen voor onderhandelde zorg. Deze onderhandelde zorg wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht.

Een eerste belangrijke kanttekening hierbij is dat de omschrijving van de basishouding, de werk- en leerhouding en de zorghouding van teamleden ons ook een beeld geeft van de organisatiecultuur van innovatieve organisaties. We beschrijven als het ware de organisatiecultuur vanuit het perspectief van de dragers van deze cultuur. Deze benaderingswijze maakt een abstract gegeven als ‘organisatiecultuur’ heel wat meer tastbaar en verwijst ook naar wegen voor het werken aan deze organisatiecultuur. Welke randvoorwaarden zijn er nodig voor dit soort teamwerking en op welke wijze kan hieraan gewerkt worden? In de literatuurstudie wezen de bevindingen van De Prins in een onderzoek naar innovatief management al op de bepalende impact van leiderschap op het engagement en de creativiteit van medewerkers.

Dit brengt ons bij een tweede kanttekening. We stellen vast dat de creativiteit van teams in de meeste interviews minder expliciet aan bod komt. Een directe verklaring hebben we hier niet voor, wel enkele hypothesen:

- de interviews werden afgenomen bij leidinggevenden.
- creativiteit van teams werd niet voldoende expliciet bevraagd.
- de ruimte en/of stimulansen voor creativiteit aanwezig op organisatieniveau zijn eerder beperkt.
- de onderliggende opvattingen m.b.t. de rol van teams inzake initiatieven voor verandering/vernieuwing.
- de creatie van zorg is niet altijd even zichtbaar. zorg wordt gecreëerd samen met de gebruiker die ze tegelijk ook consumeert.
- de rol van de hedendaagse taal en betekenisgeving omtrent creativiteit enerzijds en zorg anderzijds. waar wordt creativiteit mee geassocieerd? waar wordt zorg mee geassocieerd?

Als derde kanttekening willen we erop wijzen dat de teams waarvan sprake deel uitmaken van zeer uiteenlopende en diverse welzijnsvoorzieningen. Een team kan evenzeer een klein onderdeel van een grote voorziening uitmaken als een volledige, kleine voorziening dragen.

### 2.1.2 Het zorgperspectief van innovatieve teams

*“Onderhandelde zorg kan gezien worden als een verdieping van het ‘respect voor de beslissing van de bewoner’. Bij onderhandelde zorg staat de bewoner niet alleen in het beslissingsproces, maar treedt de zorgverlener in dialoog met de bewoner. De zorgverlener brengt vanuit professionele hoek elementen in ter ondersteuning van het keuzeprocess van de bewoner.(IV3)”*

Innovatieve teams vertalen zorgdoelen in concrete antwoorden ten aanzien van de gebruiker. Hierbij staat de dialoog tussen het team en de gebruiker, waarin de zorg onderhandeld wordt, centraal. Deze dialoog waarborgt op zijn beurt een wederkerig en continu hulpverleningsproces. Innovatieve teams zorgen ervoor dat ze de gebruikers van bij het begin goed betrekken. Op die manier bewaken ze ook mee dat de gebruikers mede-eigenaars blijven van de vooropgestelde doelen. Ze hanteren hiertoe geëigende methodieken, zoals vraagverheldering en doelformulering. Cruciaal bij dit alles is een open communicatie en een vertrouwensrelatie met de gebruiker. Deze open communicatie verwijst naar het feit dat alles open en op een voor de gebruiker verstaanbare wijze gecommuniceerd wordt. Dit impliceert ook dat nagegaan wordt of de gebruiker de informatie begrepen heeft. De zorg focust dus niet langer op de vraag of informatie gedeeld zal worden met de gebruiker, maar wel op de wijze waarop deze informatie gedeeld wordt. Het welbevinden en/of het herstel van de gebruiker op korte, maar zeker ook op lange termijn staat hier immers centraal. Daarom zetten teamleden ook geen stappen in de hulpverlening zonder daarover met de betrokkenen te spreken. Dit betekent echter niet, zoals onderstaand citaat illustreert, dat er altijd toestemming wordt gevraagd. In ernstige situaties kan deze toestemming immers niet afgewacht worden.

*“Dat wordt allemaal benoemd en ook als wij met andere verwijzers werken of een doorverwijzing doen, het verslag dat wij aan de verwijzer geven, wordt steeds doorgenomen met de cliënt. Dat is ook wel een element uit onze visie, dat wij open communiceren met onze cliënt en dat wij geen stappen zetten in de hulpverlening zonder dat wij met hen daarover gesproken hebben. Het kan zijn dat ze niet altijd akkoord gaan maar er wordt wel met hen over gesproken. Het houdt niet in dat ge in dat gesprek altijd toestemming vraagt, want voor ernstige dingen kunt ge geen toestemming vragen. Maar dat ze het wel weten, dat is voor mij heel belangrijk. Dat er open gecommuniceerd wordt.”(IV 6)*

Innovatieve teams vormen een partnerschap met gebruikers, hun mantelzorgers en hun sociaal netwerk. Ze zien als belangrijkste participatie het ontstaan van een gemeenschappelijke doelstelling van de hulpverlening. De realisatie van een gedeeld akkoord over doelen, afspraken en engagementen van de verschillende betrokkenen zien we zowel in de zorgverlening als in de werkorganisatie. Op deze wijze kan de motivatie van de gebruiker groeien, wordt de hulpverlening meer afgebakend en stelt men ook vast dat de slaagkans van de hulpverlening toeneemt. Innovatieve teams doen zo een beroep op de krachten en de mogelijkheden die aanwezig zijn in het systeem van de gebruiker en de personen die op hem betrokken zijn. De literatuurstudie benoemde dit als een participatorische basishouding. Ook uit ander onderzoek bleek dat cliënten vooral willen weten hoe beslissingen genomen worden en willen dat hun stem hierbij gehoord wordt.

Dit betekent niet dat zij het laatste woord wensen. Ze wensen vooral dat het besluitvormingsproces transparant is (Rijckmans e.a., 2007).

Innovatieve teams werken bijgevolg vanuit een omgekeerd zorgmodel. Ze stellen de gebruiker met zijn vraag of nood centraal en trachten hun aanbod hieraan aan te passen. Ze richten zich hierbij in eerste instantie op het aanbod van de eigen organisatie. Sommige teams hebben daarnaast ook oog voor de continuïteit en het eindresultaat van het ruimere zorgaanbod over de levensloop van de gebruikers heen. Binnen deze ruimere benadering werken ze aan de realisatie van een professioneel netwerk rond de gebruiker en aan gerichte doorverwijzingen in zijn belang. Deze teams vertrekken vanuit netwerkbenadering (mensen moeten kunnen terugvallen op hun netwerk om iets sterker te kunnen staan in het leven) en maken deze concreet (realistisch en hanteerbaar) door een instrument, een behandelingsplan waarin de systematiek van het betrekken van de netwerken ingewerkt zit.

Uit de diepte-interviews blijkt ook dat verwacht wordt dat innovatieve teams ook ethische kwesties in de dialoog met de gebruiker en op teamniveau niet uit de weg gaan. Ze maken waardegeladen en ethische vragen bespreekbaar.

*”Als we het inderdaad gaan hebben met elkaar over elkaars opvoeding, wat dat gaan we doen, dan gaan we moeten toestaan dat daar diversiteit in is, dat uw opvoeding anders is dan de mijne, maar dat die daarom nog niet slechter is dan de mijne. En daar zit ook de grote uitdaging in, in die vernieuwing natuurlijk, die we meemaken. In dat grote, dat openleggen van opvoeding als niet meer taboe, als bespreekbaar. Dat gaat ons ook uitdagen om toe te staan dat opvoeding anders is.”(IV2)*

Naast deze bespreekbaarheid is het ook belangrijk dat teams vanuit dit perspectief weloverwogen beslissingen kunnen en durven nemen, zoals blijkt uit een voorgaand citaat. Om zaken bespreekbaar te maken, is taal cruciaal. Innovatieve teams kunnen benoemen wat ze doen. Ze beschikken over een taal waarmee ze niet alleen kunnen beschrijven wat ze doen (expliciteren), maar bovendien ook kunnen uitleggen waarom ze zo handelen (legitimeren). Deze taal geeft hen de mogelijkheid om over de zorg, over de inhoud van hun werk en over de onderliggende visie te communiceren met (nieuwe) collega's, gebruikers, mantelzorgers, bezoekers, enz. Daarnaast opent deze taal ook wegen om leiddraden te ontwikkelen en/of aan te passen zodat ze aansluiten bij de eigen doelgroep en omkadering.

Innovatieve teams stellen zichzelf en datgene wat ze doen in het licht van hun doelstelling kritisch in vraag. Zoals het volgend citaat aangeeft, mag het langetermijnperspectief van de gebruiker hierbij niet ontbreken.

*“Een kind dat te lang thuisblijft, dat bloot staat aan allerhande grensoverschrijdend gedrag of verwaarlozing, dat gaat geschonden worden. Maar een kind dat te lang in een voorziening zit, en dat niet naar huis mag, dat de loyaliteit met zijn ouders niet mag waarmaken, dat gaat zeker zo geschonden worden.” (IV2)*

Daarom betrekken innovatieve teams de gebruikers en hun ervaringskennis ook in veranderingsprocessen. Ze hanteren hiervoor de geëigende methodieken. Zo kan een stellingenspel de aanzet vormen voor de uitwisseling van argumenten, maar ook van concrete ervaringen en perspectieven van gebruikers en hulpverleners. Daarnaast boren ze ook wetenschappelijke vakliteratuur aan. Allerlei vormen van kennis krijgen dus een prominente plaats.

*“We hebben ook heel veel gelezen en literatuur doorgenomen. Wat betekent het rond gezinnen te begeleiden, wat betekent het van het betrekken van de vader in de begeleiding. We hebben ook de cliënten betrokken, dus een stuk in het geheel. We hebben daarvoor onder andere met een stellingenspel gewerkt.” (IV 6)*

Deze onderzoeksresultaten geven een inzicht in factoren die op teamniveau zorginnovatie bevorderen en/of mogelijk maken. Ze illustreren de keuze voor en de realisatie van een gebruikersgerichte, onderhandelde zorg. Daarnaast verwijzen ze ook naar onderliggende spanningsvelden en roepen ze nieuwe vragen aan bod. Paragraaf 2.2. gaat hierop in.

### 2.1.3 Het werk- en leerperspectief van innovatieve teams

De diepte-interviews geven ten derde aan dat de omschreven basis- en zorghouding van innovatieve teams samengaat met een flexibele en reflectieve werk- en leerhouding. Ze werken samen en staan stil bij de eigen werking en stellen deze open en kritisch in vraag. Ze laten zich uitdagen en leren voortdurend bij zodat ze soepel kunnen inspelen op de noden van de gebruiker en op onvoorziene omstandigheden.

#### *Participatie, overleg en samenwerking*

Teamleden communiceren open met elkaar en geven feedback. Ze benoemen de dingen helder en concreet en spreken hun collega's op respectvolle wijze aan op hun handelen. Op deze wijze organiseren ze tegenspraak en debat om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ze hanteren afspraken en methoden om dit te ondersteunen en te verduurzamen.

*“De wisselingen in personeel hebben er voor gezorgd dat het nodig was, dat er naar mekaar geluisterd moet worden. Dat men ook rechtstreeks met mekaar ging communiceren, dat dingen niet in de wandelgangen bleven hangen ....Ge krijgt dan wat twist in de groep en wat moeilijkheden en op een bepaald moment heb ik dan gezegd van*

*nee, dit werkt niet. We brengen dit in de groep, we praten daar eerlijk en volwassen over tegen mekaar. We kijken wat we er aan kunnen doen samen en we gaan constructief verder, want uiteindelijk als het niet goed draait in een team, merken de cliënten dat ook. (...).Maar ge moet zelf het voorbeeld geven bij wijze van spreken en ge moet zelf ook openstaan als leidinggevende. Ge moet uzelf dus ook wel eens in vraag laten stellen. Daar moet ge ook wel mee overweg kunnen, want anders werkt dat niet he.’ (IV6)*

In dit team werd vanaf dan met een vaste vergaderstructuur gewerkt. In elke vergadering komen drie vaste luiken, met name hulpverlening, samenwerking, werkgang. Onder werkgang valt de bespreking van meer individueel ervaren knelpunten of vragen. Per teamvergadering kan bijvoorbeeld een van de medewerkers een werkpunt op tafel brengen.

We zien in de interviews hoe innovatieve teams mee het draagvlak vormen voor innovaties op het niveau van de organisatie. Eventuele weerstand t.a.v. verandering laten ze achter zich. Verandering wordt met andere woorden als een positief en natuurlijk gegeven benaderd.

#### *Evaluatie en correctie*

In het contact met de gebruikers worden medewerkers regelmatig rechtstreeks als eersten geconfronteerd met nieuwe noden en/of nieuwe doelgroepen. Dit roept de vraag op naar wat teams hiermee doen. Met wie overleggen ze ? Laten ze dit voor wat het is, spelen ze deze vaststellingen door via hiërarchische weg of werken ze zelf creatieve initiatieven uit?

Innovatieve teams houden rekening met veranderingen door regelmatig stil te staan, de stand van zaken te bespreken en te evalueren. Bespreking en evaluatie geven de kans om na te gaan of de beoogde resultaten behaald werden en of er bijsturing in de eigen aanpak nodig is. Door op regelmatige basis te evalueren, zullen innovatieve teams ook tijdig veranderingen in vragen en noden op het spoor komen. Wanneer het bestaande aanbod hier niet op afgestemd kan worden, zal het team innoveren. Ze gaan tevens aan de slag met negatieve feedback van de gebruiker.

*“En daar is men een traject begonnen, eigenlijk op basis van een klacht van jongeren en dat we dat omgedraaid hebben. We hebben dan gezegd van ja goed we gaan die jongeren betrekken in hoe willen ze daar mee omgaan.” (IV 7)*

Innovatieve teams evalueren op een gestructureerde wijze. Ze maken hiervoor gebruik van de visie, doelstellingen, huishoudelijk reglement, functiebeschrijvingen en competentieprofielen en nemen ook alle documenten m.b.t. de hulpverlening erbij. Dit veronderstelt uiteraard dat deze documenten er zijn en actueel gehouden worden. Dan pas kunnen ze ook gebruikt worden als basis voor evaluaties en voor het bepalen van

werkpunten. Belangrijke vraag hierbij blijft op welke knelpunten teams zelf invloed kunnen uitoefenen en welke inspanningen ze daarvoor moeten leveren. We raken hiermee aan de aard van de organisatiestructuur (verticaal of horizontaal) en aan de wijze waarop de verantwoordelijkheden zijn verdeeld in de organisatie. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat hedendaagse organisaties flexibel op veranderingen moeten kunnen reageren. In de literatuur wordt dan gewezen op de noodzaak van meer regelruimte en participatie. Flexibiliteit kan maar gerealiseerd worden als de vereiste beslissingen met het oog op deze flexibiliteit ook kunnen genomen worden daar waar de uitdagingen zich stellen. In die zin wordt vaak gesproken over ‘gekantelde organisaties’ en ‘zelfsturende teams’. Dit veronderstelt vaak een omslag in de structuur en in de cultuur van gevestigde organisaties die niet vanzelfsprekend is. In paragraaf 3 komen we hier nog op terug..

Innovatieve teams willen tot slot ook de resultaten en de gevolgen voor de gebruiker meten. Op deze wijze wordt het effect van de hulpverlening voor alle betrokkenen immers meer zichtbaar en bespreekbaar.

*“Dat is heel visueel. Gans het screeningsinstrument is eigenlijk gebaseerd op, ge moet punten geven, bollekes invullen, kleuren, ge moet de begrippen wel kennen, maar weinig schrijfwerk. Omdat gans die organisatie, als dat dan nog heel veel dossierwerk zou geven, dat hypothekeert de werking. Dus het moet heel snel en handig gaan. CEGO heeft een sterke visie he, maar de pedagoge heeft dat vertaald. Het ervaringsgericht werken dat toegankelijk is voor het onderwijs, is vertaald naar de CKG-context, dus naar de hulpverlenerscontext en dat is het innoveren.” (IV 4)*

#### *Leren en kennisdeling*

Om werkpunten uit evaluaties goed aan te pakken en om antwoorden op praktijkproblemen te formuleren, gaan innovatieve teams op zoek naar nieuwe kennis en vaardigheden. Ze zien kennis delen en leren als een belangrijke hefboom voor hun zorgarbeid en samenwerking. Ze nemen literatuur door en volgen opleiding en vorming rond onder andere kennis en kunde, interpersoonlijke vaardigheden en feedback geven.

*“We hebben ook heel veel gelezen en literatuur doorgenomen. Wat betekent het rond gezinnen te begeleiden, wat betekent het van het betrekken van de vader in de begeleiding. Nu dat deden we al, in die zin dat als een moeder hier alleen werd opgenomen, dan betrekken wij altijd de context, altijd. Dus in die zin, de aanwezige partner, of dat nu de natuurlijke, biologische vader is of niet, de man die op dat moment de vaderrol op zich nam, werd betrokken. Dus die kwam op gesprek enzo, dus we hadden al wel wat kennis in huis, maar niet om het hier op de werkvloer te doen.” (IV 6)*

De teamleden ontwikkelen niet alleen nieuwe inzichten, maar ook taal om over zorg te spreken. Zo kunnen ze aan anderen (bv. aan ouders) niet alleen vertellen wat ze doen (bv.

ouders betrekken in de werking) maar ook waarom ze dat zo doen en wat de meerwaarde daarvan is.

Innovatieve teams houden hun kennis niet voor zich. Ze delen graag hun kennis en praktijk met collega's van andere afdelingen en ervaren hierbij een zekere fierheid. Ze zoeken ook naar en laten zich stimuleren door externe uitwisselingen. Naast externe uitwisselingen, verdient ook interne kennisdeling bijzondere aandacht. Hierbij mag men niet uit het oog verliezen dat leren en kennisdeling onlosmakelijk verbonden zijn. Daarvoor is het noodzakelijk dat deze kennis op een structurele wijze naar het team wordt teruggekoppeld.

Deze elementen roepen de vraag op naar het al dan niet aanwezig zijn van een VTO-beleid, naar welke vormen van kennis, leren en kennisdeling hierdoor ondersteund worden en of deze structureel ingebed zijn in de organisatie. Dit komt verder aan bod in de derde paragraaf van dit hoofdstuk.

#### *Doelgericht en gecoördineerd handelen*

Innovatieve teams worden uitgedaagd door het actieplan en de doelstellingen van hun organisatie en/of netwerk. De medewerkers gaan obstakels op teamniveau niet uit de weg, maar spelen er onmiddellijk en direct op in. Ze ontwikkelen alzo een sterk probleemoplossend vermogen. Innovatieve teams maken veranderingen/doelstellingen concreet in discussie, besteden veel aandacht aan alle communicatie, zetten ieders talent in om tot het best mogelijke resultaat te komen en creëren een realistisch tijds kader.

De zorg van innovatieve teams focust op een zo goed mogelijk resultaat voor de gebruiker. Om dit samen met de gebruiker te realiseren, beschikken ze over een handelingsplan waarin de gebruikersparticipatie verankerd is.

We stellen vast dat dit doelgericht en gecoördineerd handelen zowel op het vlak van de concrete zorgverlening als bij veranderingsprocessen speelt. In de zorgverlening speelt men immers in op meerdere veranderingsprocessen, zoals veranderingen waarmee de gebruiker leert leven of veranderingen die men samen met de gebruiker wil bewerkstelligen. In de interviews wordt op het gelijkaardige karakter van deze veranderingsprocessen gewezen.

#### 2.1.4 Besluit

Samenvattend stellen we dat innovatieve teams zich kenmerken door engagement, gebruikersgerichtheid en een flexibele en reflectieve werking. Ze doorlopen veranderingsprocessen naar een sterkere gebruikergerichte zorg en naar meer competenties op teamniveau. Daartoe hanteren ze een systematiek van:

- leren en kennis delen;
- overleggen, participeren en samenwerken;
- doelgericht en gecoördineerd handelen;
- evalueren en corrigeren.

Deze interviews wijzen, net zoals het PROZA-model op het onderlinge verband tussen kwaliteitszorg en zorginnovatie. We herkennen in de onderzoeksresultaten duidelijk enerzijds de systematiek die kwaliteitszorgsystemen beogen (Plan-Do-Check-Act) en anderzijds het gedrag dat van professionele medewerkers verwacht wordt.

We besluiten dan ook dat professionaliteit en kwaliteit noodzakelijke voorwaarden vormen voor de realisatie van zorginnovaties en tegelijk de weg daartoe opent. Wanneer een welzijnsorganisatie professioneel en kwaliteitsvol werk combineert met engagement en gebruikersparticipatie, dan zal per definitie de nood aan zorginnovatie komen bovendrijven wanneer blijkt dat het bestaande aanbod niet langer een antwoord kan/zal bieden aan nieuwe of toekomstige noden en doelgroepen.

## **2.2 Spanningsvelden in de interne context**

Tussen de regels van de onderzoeksresultaten over innovatieve teams is reeds te lezen dat deze teams zich, zowel door de eigenheid van zorgarbeid en van de zorgsector als door hun innovatief karakter voortdurend in meerdere spanningsvelden bevinden. Zonder daarmee volledigheid te pretenderen, zetten we in deze paragraaf een achttal spanningsvelden op een rij:

- theorie versus praktijk
- vraag versus aanbod
- belangen en doelen op meerdere niveaus
- zorgen versus leren
- de oude versus de nieuwe rol als zorgverlener
- het oude versus het nieuwe organisatie-denken
- openheid versus veiligheid
- korte versus lange termijn

### 2.2.1 Theorie versus praktijk

Vaak betekent de vertaling van de missie en de visie naar concrete doelstellingen en experimenten een grote sprong. Dat geldt niet alleen in het kader van zorginnovaties, maar ook in de dagelijkse zorgpraktijk. Ook daar ervaren gebruikers en zorgverleners een voortdurende spanning tussen theorie en praktijk. Wat wil men realiseren? Wat verwacht de gebruiker? Wat kan men binnen de bestaande kaders bieden? De betrokkenen kunnen hier een spanning ervaren tussen de doelstellingen en wat er in de praktijk gerealiseerd wordt. Diezelfde spanning kan ook de medewerker als werknemer ervaren. De duidelijkheid van de communicatie en de informatie omtrent de visie, de manier van werken en de verwachtingen t.a.v. medewerkers vormen hier doorslaggevende factoren.

### 2.2.2 Vraag versus aanbod

Gebruikers en teams worden ten tweede geconfronteerd met de spanning tussen de verwevenheid van meerdere menselijke zorgnaden enerzijds en het afgebakende aanbod van de meeste welzijnsvoorzieningen anderzijds. Vraaggerichtheid stuit dus op de grenzen van de eigen organisatie.

### 2.2.3 Belangen en doelen op meerdere niveaus

We stellen vast dat gebruikersgerichtheid en onderhandelde zorg in de interviews sterk naar voor komen. Er bestaat echter steeds een zekere spanning tussen het beantwoorden van individuele noden, de zorgdoelen van zorgorganisaties en hun teams en de algemene zorgdoelen in het belang van de samenleving. Zo bepaalt de samenleving uiteindelijk het budget dat beschikbaar is voor zorg- en hulpverlening. Welzijnsvoorzieningen en hun teams balanceren binnen dit budgetair kader tussen twee opdrachten. Enerzijds is er de opdracht om zorg op maat voor elke gebruiker te realiseren en anderzijds de opdracht om kwaliteitsvolle zorg voor alle zorgvragers aan te bieden. Het beantwoorden van individuele noden vraagt dus naast een sterke gebruikersgerichtheid ook een voortdurende evenwichtsoefening in het beschreven spanningsveld. Hiertoe moeten teams richtinggevende zorgdoelen flexibel kunnen vertalen naar het niveau van de zorgrelatie.

### 2.2.4 Zorgen en leren

Het appel van de gebruiker en de verantwoordelijkheidszin van de medewerker kunnen zeer groot zijn. Alzo kan de druk om daadwerkelijk zorg te verlenen voor de medewerkers andere vormen van leren in de weg staan. Zorgverleners komen er dan niet

aan toe om stil te staan, te overleggen en deel te nemen aan vorming en opleiding. Joan Tronto (1993) legt hier met haar onderscheid tussen caring for en caring about de vinger op de wond. Zij die de zorg organiseren zijn immers zelden dezelfde mensen als zij die daadwerkelijk zorgen. Hierdoor ontstaat er in de praktijk van de zorgverlening een spanning tussen zorgen enerzijds en stilstaan en leren anderzijds. Tegelijk is dit stilstaan en leren echter meer dan ooit noodzakelijk voor een goede vertaalslag van abstracte zorgdoelen naar concrete zorgverlening op maat van de gebruiker en voor een werkbare zorgarbeid voor de medewerker.

*“Wat het moeilijke daaraan is, is dat de tijd ontbreekt voor de mensen om daar stil bij te staan. Zij zijn natuurlijk dagelijks bezig met het uitvoeren, met het werken met die jongeren en ze moeten de ademruimte hebben om eens een keer te reflecteren en rustig te denken en dat is er bijna niet ...”(IV 2))*

#### 2.2.5 De oude versus de nieuwe rol van zorgverlener

Medewerkers die reeds geruime tijd in de zorg staan (en soms ook pas afgestudeerde zorgverleners) kunnen een spanning ervaren tussen de oude rol van ‘beschermende’ zorgverlener en de nieuwe rol van partner. De hedendaagse zorgverlener moet immers vanuit een meer op bescherming gerichte opleiding en werkervaring evolueren naar een participatieve aanpak en van een statisch naar een dynamisch model van zorg verlenen. Voor sommige zorgverleners betekent dit dat ze (soms ongewild en/of onverwacht) moeten overschakelen van een zorgpatroon gekenmerkt door zekerheden en routines naar een flexibel zorgpatroon op maat. Zo evolueren opvoeders in de jeugdbijstand van een soort ‘superouders’ die de zorg overnamen naar partners voor ouders en jongeren in probleemsituaties. We kunnen stellen dat de nieuwe rol van de zorgverlener heel wat complexer geworden is. Bijgevolg zijn er ook bijkomende, nieuwe competenties vereist.

*“We worden nu meer en meer uitgedaagd om daar zelf, op een, in afspraak met het gezin en de verwijzer, een uitspraak over te doen. En dat betekent dat we risico’s moeten nemen. Dat we een verantwoordelijkheid aangaan. En die vernieuwing, merk ik dat niet vanzelfsprekend is voor mensen.”(IV2)*

Tegelijkertijd is dit niet enkel van toepassing in de jeugdzorg. Zorgverleners werden in het verleden vaak in andere denk- en handelingskaders opgeleid. Die kaders zijn niet altijd voldoende aangepast aan de huidige tendensen in de hulpverlening.

### 2.2.6 Het oude versus het nieuwe organisatie-denken

Het handelen van mensen, medewerkers, leidinggevend in organisaties vertrekt steeds vanuit een aantal veronderstellingen over de organisatiestructuur en -cultuur. Deze veronderstellingen zijn tijdsgebonden en dus ook aan verandering onderhevig. Vaak zijn ze ook eerder impliciet. We kunnen stellen dat het hedendaagse organisatielandschap in transitie is tussen enerzijds het hiërarchische, verticale organisatie-model en anderzijds de zelfsturende, gekantelde organisatie. Het gehanteerde model is ook niet in elke organisatie even transparant aanwezig en/of door alle geledingen gedragen.

*“In veel organisaties is er een clubje van wijzen. Maar men maakt de fout. Men zegt van aan de top moet er gedacht worden, het middenkader moet zorgen dat dat uitgevoerd wordt en het de praktijkwerkers moeten dat doen” (IV 8)*

### 2.2.7 Veiligheid versus openheid

In de voorgaande spanningsvelden kwam reeds tot uiting dat verandering en flexibiliteit een hedendaagse realiteit lijken te vormen waar niemand nog om heen kan. Even onomstotelijk staat vast dat niet alle mensen, gebruikers, maar ook teamleden en leidinggevend even gemakkelijk met verandering kunnen omgaan. Veiligheid wordt dan nagestreefd door het behoud en de verdediging van het bestaande, hetgeen men vaak als weerstand omschrijft.

*“Het zijn vooral de medewerkers die het langst in dienst zijn die daar moeite mee hebben. Daar voelt ge ook wel dat die een ritme gewoon zijn, die een routine gewoon zijn. Ge hebt dat ook met mensen die vastzitten aan een bepaalde structuur en moeilijk kunnen veranderen.”(IV 6)*

Ook hier zien we dat verandering dus een wissel van uitgangspunten vereist, die niet zo eenvoudig te maken is. Vertrekkende vanuit een statisch perspectief is verandering immers maar nodig als de zaken niet goed lopen. Fouten moeten dan vermeden en/of hersteld worden om het evenwicht van de bestaande situatie te herstellen. Nu verandering de realiteit en stilaan ook de norm wordt, moet de focus verlegd worden van de fouten en het onvermogen van medewerkers naar hun competenties. Zolang medewerkers aan werkpunten, aan fouten en aan verandering een negatieve betekenis verbinden, gaan ze zichzelf daartegen willen beschermen en verzetten. Pas wanneer verandering een positieve betekenis krijgt, wanneer problemen uitdagingen worden en fouten uitdagen om het de volgende maal anders en beter te toen, kunnen medewerkers hun volle potentieel inzetten en met grote openheid aan de slag gaan. Dit betekent een belangrijke uitdaging in het kader van veranderingsmanagement.

### 2.2.8 Korte versus lange termijn

Innovatieve teams plaatsen zorg en zorgresultaten in een langetermijnperspectief. Ze stellen dan ook vast dat wat efficiënt en kwaliteitsvol lijkt in kortetermijnperspectief, toch totaal andere resultaten of onbedoelde neveneffecten met zich kan meebrengen op langere termijn. Het gebruikersgericht zorg verlenen houdt dan ook een voortdurende evenwichtsoefening in tussen de beoogde positieve en mogelijk negatieve impact van interventies. Hierbij is het, zoals het volgende citaat aangeeft, noodzakelijk om ook de onbedoelde impact van hulpverlening op lange termijn mee in rekening te brengen.

*“Euh, wat dat betreft stel ik vast dat we nog even slecht bezig zijn als twintig jaar geleden. Ik heb hier ouders die zeggen, ik heb gans mijn leven in een instelling gezeten en ik heb in tien voorzieningen gezeten. En ik kan al zeggen dat hun kinderen hetzelfde gaan meemaken. En dat vind ik tragisch.” (IV 4)*

### 2.2.9 Spanningsvelden en competenties

De weergave van deze spanningsvelden wijst op de complexe context waarin medewerkers en gebruikers samen zorg realiseren. Gezien de vooraanstaande rol van de context bij het ontstaan van en tegelijk aanpakken van zorgvragen, moeten zorgverleners deze complexiteit steeds weer mee in rekening nemen en in overleg tot het best mogelijke antwoord komen. Dit betekent dat in het competentieprofiel van medewerkers hiermee ook rekening moet gehouden worden. Het inzetten op ‘competente medewerkers’ werd tijdens de denkdag ‘zorginnovatie in welzijn’ dan ook als een belangrijke uitdaging voor de toekomst gezien. Kunnen omgaan met en het positief aanwenden van veranderingen vormt de kerncompetentie van de toekomst.

## 2.3 Hefbomen voor innovatieve teams

Deze paragraaf bespreekt de hefbomen voor innovatieve teams. De eerste vaststellingen die we vasthouden zijn dat kwaliteitszorg en professionaliteit permanente, vanzelfsprekende en daardoor ook vaak impliciete uitgangspunten voor zorginnovatie vormen. Ten tweede stellen we vast dat innovatieve teams zich kenmerken door geëngageerd werken en dialoog met de gebruiker. Tot slot beschikken ze over of werken ze aan de nodige systemen en methodische kaders voor verandering en vernieuwing.

### 2.3.1 Professionaliteit en kwaliteit als noodzakelijke voorwaarden

Professionaliteit en kwaliteit vormen noodzakelijke voorwaarden voor zorginnovatie. De overzichtstabel in de literatuurstudie, gebaseerd op de PROZA-niveaus van kwaliteitszorg laat zien waarom deze voorwaarden niet vrijblijvend maar noodzakelijk zijn. Proza maakt een onderscheid tussen vier niveaus van kwaliteitszorg. Wanneer de zorg voor kwaliteit persoonsgebonden is, is kwaliteit variabel. Hoe meer geïnvesteerd wordt in professionalisering, hoe groter de kans dat kwaliteit gegarandeerd is. Dit schema geeft tevens aan dat professionaliteit en kwaliteit voorafgaan aan systematische vernieuwing en innovatie. Op die manier wordt er ook een link gelegd tussen kwaliteitszorg en innovatie. Ons onderzoek bij Vlaamse zorginnovatoren bevestigt deze stelling.

*Kwaliteitsniveaus binnen PROZA (Veyt e.a., 2007)*

<b>Beleid en organisatie</b> <b>Procesbeheersing</b>	<b>Resultaten</b>
Kwaliteit is persoonsgebonden	Kwaliteit is variabel
Aanzet tot procesdenken	Begin van systematiek
Professionalisering	Kwaliteit is gewaarborgd
Systematisch vernieuwen	Continue verbetering en innovatie
Externe gerichtheid en perfectionisme	Uitmuntendheid

*“Eén, op het einde van het jaar in de maand november, oktober-november, dan organiseren we met alle leidinggevenden van alle teams, de coördinatoren en ikzelf, ook die van de administratie en die van de technische dienst, organiseren wij eigenlijk een ganse dag. En binnen die ganse dag krijgt iedereen de kans van wat de hot items zijn waarrond we willen bezig zijn in het volgend jaar, jaren. Want sommige trajecten moeten langer lopen. En dan krijgt iedereen. Een eerste inbreng is er ook op gericht van dus ook op de veranderingen die zich in de omgeving aandienen om die ook aan te grijpen en daar rekening mee te houden ....Wat doen we daarmee? Krijgen we daar kans, krijgen we daar geen kans? Ja goed. Daar wordt dan beslist van doen we er iets mee, doen we er niets mee? En en als de beleidsvergadering -want dat noemen wij de beleidsvergadering met al die leidinggevende bijeen- als die beslist van daar gaan we voor, dan maken we daar ook tijd voor en dan gaan we ook kijken op welke wijze we dat gaan doen. En dat werken we ook gezamenlijk uit. Het kan evengoed zijn dat we van elke leefgroep iemand vragen en rond de tafel zetten, enzovoort. Maar eigenlijk zit het altijd zo in elkaar. Dus met andere woorden door goed na te denken van wat kunnen we aan, wat denken we aan*

*te kunnen, wat komt er op ons af en wat voelen wij als nood. Door die dingen bij elkaar te brengen, dan kan je een antwoord bieden op veel zaken. En zo heb je ook op niveau krijgt iedereen dan zijn verbeter, of zijn project of zijn trajecten die hij kan lopen. En die worden dan in ons jaarverslag en dat zijn onze priac noemen wij dat, prioritaire acties.” (IV 7)*

We stoten hier dus op een belangrijke valstrik waar men wel vaker inloopt als men het over organisatievernieuwing en/of zelfsturende teams heeft. Organizatievernieuwing en/of zelfsturende teams vertrekken niet van een wit blad, maar van een bestaande organisatiestructuur. Daar moeten een aantal noodzakelijke voorwaarden voor innovatie vervuld zijn. In paragraaf 3 komen we hier nog op terug.

### 2.3.2 Methodisch kader en aanpak voor verandering

Innovatieve teams gebruiken methodische kaders en een methodische aanpak voor verandering. Deze kaders vertrekken steeds vanuit participatie en betrokkenheid van de gebruikers en de medewerkers. Ze combineren inhoud en methodiek en dragen in hun kern de verbinding tussen een abstracte en een concrete benadering van verandering. Omdat hulpverlening vaak in essentie werken aan verandering betekent, zijn deze generieke kaders bruikbaar voor verandering op verschillende niveaus, met grote en met kleine groepen.

*“We moeten stilstaan he. Want het is voor hen ook niet evident om zo te gaan werken. Zij werken hier allemaal minstens 24-25 jaar dus wij hadden heel oud personeel buiten twee. En voor hen is dat ook een heel verandering. Dat is voor hen dus een heel uitdaging, een grote aanpassing.” (IV 10)*

Samenvattend kan men dus stellen dat innovatieve teams veranderingsprocessen doorlopen naar een sterker gebruikergerichte zorg en naar meer competenties op teamniveau. Daartoe hanteren ze een systematiek van:

- Leren en delen kennis
- Overleggen, participeren en werken samen
- Handelen doelgericht en gecoördineerd
- Evalueren en corrigeren

Die systematiek is het resultaat van een consequent doorgevoerd kwaliteitsbeleid en dus van een professioneel management. Dit management speelt uiteraard ook bij alle veranderingsprocessen een cruciale rol. Het management brengt immers veranderingsprocessen op gang, ondersteunt ze en stuurt ze aan in de richting van de beoogde doelstelling. In de volgende paragraaf gaan we hierop dieper in.

### 2.3.3 Positieve benadering: engagement en participatie

Een derde rode draad in de interviews met sleutelfiguren vormde de positieve benadering van situaties en mensen, waarbij problemen en fouten als uitdagingen voor vernieuwing worden benaderd en waarbij de focus ligt op de mogelijkheden van mensen, zowel gebruikers als medewerkers. Deze mogelijkheden vormen hefboomen om gezamenlijk tot verandering te komen. De uitdaging bestaat erin om met de aanwezige mogelijkheden, bij de gebruiker en zijn naasten, op teamniveau en ook ruimer, tot de beste oplossing te komen. Deze positieve logica stuurt zowel de hulpverleningsprocessen als de werkprocessen op organisatieniveau. Zowel het geëngageerd werken als het partnerschap met de gebruiker komt in heel wat interviews naar voor.

Engagement verwijst naar enthousiasme en een positieve betrokkenheid op de doelgroep en op de organisatie. Deze omschrijving sluit aan bij de managementsbenadering van de Hay Group die met het concept ‘engaged performance’ verwijst naar het stimuleren van het enthousiasme of de bevolegheid van werknemers voor hun job en het sturen van dit enthousiasme in de richting van succes voor de organisatie (De Prins, 2008, p. 1). Dit geëngageerd werken veronderstelt onder andere dat het management en de leidinggevenden delegeren en hun medewerkers daarin het nodige vertrouwen geven.

*“De kracht is altijd de inzet geweest en de betrokkenheid. Dus wij hebben materiaal dat je niet kapot kan scheuren en opnieuw beginnen he. Dus, wat is de kracht van de sector? Getrokken door de problematiek en het zoekend karakter, daar worden we ingetrokken en dat heeft iets naar mensen toe.” (IV 7)*

Daarnaast is de gebruiker in de positieve benadering een bijzondere hefboom en dus ook een cruciale partner voor de toekomstgerichte uitbouw van de zorg.

*“Dus ook de familie, de gebruikers zijn bevraagd, hun vertegenwoordigers. En die hadden heel duidelijk geopteerd. We hadden hen twee, om het wat zwart wit te maken, twee mogelijke senario’s voorgesteld. We hadden gezegd aan hen van kijk, in de toekomst, als iemand ouder aan het worden is en zorg nodig heeft door het ouder worden, dan gaan we moeten kiezen. Ofwel gaan we die zorgen zelf hier blijven doen maar dan gaan we, dan gaan we dus moeten investeringen doen. En een aantal nieuwe woongroepen creëren of de bestaande woongroepen herschikken. Ofwel zeggen we neen, we kiezen daar niet voor en dan gaan we een heel actief beleid voeren via de netwerken naar bejaarden, de bejaardenzorg. En dat antwoord was wel zeer duidelijk vanwege en de ouders en ook van de medewerkers. Ze zeiden van we zien dat eigenlijk niet zitten om mensen die hier 30-40 jaar verbleven hebben en die dan zorgbehoevend worden omwille van de leeftijd dan naar een bejaardentehuis te laten gaan. We zouden eigenlijk liever zien dat ze hier kunnen blijven. En de ouders zeiden dit ook: ‘We hebben vertrouwen in de voorziening, we kennen hier veel mensen’.” (IV 11)*

## 2.4 Besluit

Samenvattend kunnen we stellen dat op volgende voorwaarden of hefbomen moet ingezet worden, wil men de innovatiekracht van zorgteams verhogen.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Professionaliteit en kwaliteitszorg</li><li>2. Een methodisch kader en een methodische aanpak van verandering</li><li>3. Positieve benadering: engagement en gebruikersparticipatie</li></ol> |
|--|

Innovatieve teams kunnen echter niet eender waar ontstaan of groeien. Uiteraard zijn we in het kader van dit onderzoek bijzonder geïnteresseerd in factoren die dit alles met succes kunnen bevorderen. Deskundigen inzake teamwerking (VOCA), onderzoeksresultaten uit de profit en de non-profit (zie literatuurstudie) en de resultaten van onze kwalitatieve studie, wijzen alle dezelfde voorwaarden voor innovatieve teams aan: innovatief leiderschap en innovatief organisatiebeleid. In de volgende paragraaf worden de onderzoeksresultaten hieromtrent besproken.

## 3 Innovatieve managers

Deze paragraaf definieert de kenmerken van een innovatief manager. Het spreekt voor zich dat misschien niet alle aspecten, maar toch zeker de richting van wat in deze paragraaf beschreven staat evenzeer geldt voor alle leidinggevend. Eerst zetten we de drie kerncompetenties van innovatieve managers in welzijnsvoorzieningen op een rij. Daarna gaan we dieper in op een aantal aspecten van de aanpak van deze managers. Ook hier mag niet uit het oog verloren worden dat we een ideaaltypische beschrijving geven die eerder als inspiratie dan als ideaal voorbeeld moet gezien worden.

### 3.1 De kerncompetenties van innovatieve managers in de welzijnszorg

Innovatieve managers of managementteams belichamen verandering en vernieuwing. Uit de interviews blijken drie essentiële competenties: visionair, ondernemend als leidinggevend. Deze verschillende competenties zijn op elkaar afgestemd en ondersteunen elkaar. De visie richt alle processen op de langetermijndoelstellingen.

### 3.1.1 Visionair

- Omschrijving: vertrekt vanuit een integrale visie op zorg, samenwerken, leren en veranderen als kader en zorgt dat de hele organisatie hiervan doordrongen is
- Rodedradenaanpak:
  - maakt keuzes;
  - geeft richting aan en handelt ernaar;
  - heeft grote aandacht voor nieuwe evoluties en nieuwe antwoorden;
  - geeft incentives voor innovaties in de lijn van de visie en doelstellingen.

### 3.1.2 Ondernemer

- Omschrijving: verbindt 'binnen' met 'buiten' en richt de blik naar de toekomst, speelt in op opportuniteiten en maakt strategische keuzes.
- Houdt focus op concrete doelstellingen en resultaten: meet en registreert.
- Rodedradenaanpak:
  - Zorg als core-business, de rest wordt in steun gezet.
  - Veranderingen gelinkt aan gebruikersgerichte zorg.

### 3.1.3 Leider

- Omschrijving: investeert in leiderschap dat de medewerkers verbindt met de visie en de doelstellingen en met elkaar; professionaliteit en kwaliteit zijn vanzelfsprekend in woord en daad. Creëert de randvoorwaarden om innovaties mogelijk te maken. De leider werkt aan een professionele attitude, aan betrokkenheid, vertrouwen en engagement.
- Rodedradenaanpak
  - Gaat steeds de dialoog aan: open en wederkerige communicatie.
  - Durft beslissingen te nemen, zet de lijnen uit.
  - Werkt aan vertrouwen: is consequent: zegt wat ze doet en doet wat ze zegt.
  - Transparante informatie: omtrent visie en doelstellingen, ook omtrent verwachtingen t.a.v. medewerkers, omtrent datgene waar men inspraak in heeft en datgene waarvoor dat niet geldt.

- Formaliseert informatie en kennis – werkt aan documenten en instrumenten op maat van medewerkers en gebruikers.
- Neemt beslissingen en communiceert daarover.
- Stuurt gedrag:
  - stelt voorbeeld (is bekwaam en leert, handelt doelgericht en gecoördineerd, overlegt, participeert en delegeert, vraagt feedback, evalueert en corrigeert) en doet wat hij zegt;
  - geeft gerichte feedback;
  - stimuleert verantwoordelijkheid en initiatief.
- Werkt aan innovatiebevorderende organisatiestructuur: van sturing naar getrapte zelfsturing (grote verschillen inzake delegatie van beslissingsbevoegdheid) en cultuur.
- Organiseert vergelijken (of benchmarking) op organisatieniveau.
- Is alert voor terugkerende signalen van medewerker.
- Stuurt jaarlijks actieplan waarbij teams uitgedaagd worden om te zeggen welke stappen ze gaan zetten om doelstelling te bereiken.

#### 3.1.4 Bouwen aan systemen

Innovatieve managers creëren en ondersteunen of leiden het kader waarbinnen de zorgdoelstellingen een concrete vertaling kunnen krijgen. Deze zorgdoelen sluiten aan op de zorgvragen van de gebruikers. Gezien deze vragen voortdurend evolueren, is ook de concrete realisatie van zorgdoelen voortdurend aan verandering onderhevig. Daarnaast is de nodige ruimte en methodiek voorhanden voor het uittekenen, het in praktijk brengen en valoriseren van concrete zorginnovaties.

Innovatieve managers bouwen, vertrekkende vanuit visie en doelstellingen aan systemen die betrokkenheid, dynamiek, leren en zelfsturing in de vezels van de organisatie doen groeien. Deze systemen zijn integraal, congruent en verbonden. Dit wil zeggen dat deze systemen zich uitstrekken over de gehele organisatie en dat ze de organisatie en haar mensen alle in dezelfde richting stimuleren en aansturen. We onderscheiden vier systemen:

- leren en kennisdeling;
- doelgericht en gecoördineerd handelen;
- overleg en participatie;
- evaluatie en correctie.

De zorginnovatoren benoemen het meestal niet met zoveel woorden, maar we zien deze systematiek, tezamen met een consequent doorgevoerd kwaliteitsbeleid en een professioneel management telkens terugkeren in de interviews.

Het management speelt uiteraard ook bij alle veranderingsprocessen die hieruit voortvloeien een cruciale rol. Het management moedigt immers initiatieven aan, brengt veranderingsprocessen op gang, ondersteunt ze en stuurt ze aan in de richting van de beoogde doelstelling.

Op de vraag of ze een idee heeft wat maakt dat de medewerkers hier wel met een idee afkomen antwoordde een zorginnovator het volgende:

*“Omdat ze weten dat het kan. Ze mogen het uiten en ik ga daarover nadenken, maar er zijn dingen waar ik gewoon direct van zeg : dit kan niet, daar speel ik niet in mee.” (IV 1)*

Tegelijkertijd geeft deze zorginnovator leiding en durft hij beslissingen te nemen.

Zowel voor zichzelf als voor hun medewerkers stellen ze de vraag wat er nodig is om de vooropgestelde opdracht, taak tot een goed einde te kunnen brengen. Innovatieve managers hebben en verwerven de kennis, inzichten en vaardigheden om hun opdracht waar te maken.

*“Ik moet mijn gerief hebben. En zij (de medewerkers) moeten ook hun gerief hebben. En als ze zeggen, wij hebben een goed boek nodig rond autisme dan moeten ze dat kunnen krijgen. Je moet afstemmen op het niveau waar je zit. Je moet uw rollen, uw vaardigheden, uw methodieken, uw middelen, je moet die hebben.” (IV 9)*

Deze vaststellingen uit deze diepte-interviews sluiten aan bij de Britse meta-studie naar veranderingsprocessen in de zorg. Verandering en innovatie worden volgens deze studie gefaciliteerd door effectief leiderschap, betrokkenheid en participatie van de medewerkers, betrokkenheid van alle relevante stakeholders, herkennen en versterken van diversiteit, competentieontwikkeling, omgaan met weerstand, evaluatie. We verwijzen naar de literatuurstudie voor een nadere omschrijving van deze hefbomen.

### **3.2 De aanpak van innovatieve managers in de welzijnszorg**

In deze paragraaf geven we aan hoe innovatieve teams niet los gezien kunnen worden van innovatieve managers. Anders uitgedrukt, teams zullen niet innoverend zijn, als het management niet innoverend is. In de literatuur rond zelfsturende teams wordt wel gewezen op het belang van leiding geven, maar al te vaak wordt net dit essentiële aspect over het hoofd gezien.

### 3.2.1 Innovatieve managers nemen hun kwaliteitsbeleid ernstig

De onderzoeksresultaten geven aan dat kwaliteit en professionaliteit noodzakelijke voorwaarden voor zorginnovatie zijn. Professionele managers spreken hun medewerkers aan op hun gedrag, verantwoordelijkheid en resultaten en geven zelf hieromtrent het goede voorbeeld. Volgend citaat ondersteunt deze vaststelling:

*‘De dienst, als team bent ge ook een beetje afhankelijk van elkaar en men spreekt niet graag dingen uit omdat men bang is voor de gevolgen en zo verder. Hier was het ook wel nodig dat ik dat in die tijd eigenlijk een beetje artificieel heb ingebouwd om dat te kunnen. Nu is dat niet meer artificieel en nu vind iedereen dat ok en we bereiden dat voor en ze komen nu ook met een duidelijke vraag die dan besproken wordt. Maar in het begin moest ge zo zelf een schema hebben en die dan en die dan. Ja, ge moet dat zo wat artificieel mogelijk maken en hen ook laten ervaren dat dat positief kan zijn en van daaruit eigenlijk een klimaat te krijgen van, ah, ze doen het uit zichzelf. En ik hoef geen lijstjes meer te maken’ (IV6)*

In de literatuurstudie werd ook al gewezen op het belang van discipline. De studie van De Caluwe e.a.(2004) toonde aan dat een gebrek aan discipline een hinderpaal vormt in de overgang naar een innovatieve organisatie afremmen. Als niet aan deze voorwaarden voldaan is, zijn zorginnovaties haalbaar noch realiseerbaar. Het inzetten op kwaliteitsbeleid wordt dan de eerste opdracht.

### 3.2.2 Innovatieve managers bevorderen engagement en gebruikersparticipatie

Innovatieve managers creëren betrokkenheid en een draagvlak voor veranderingen. Ze investeren voortdurend in een positieve organisatiecultuur.

*‘Ik ben absoluut voorstander dat men meer mensen betreft bij de hele ontwikkeling van zo’n belangrijk iets, waar je die mensen nodig hebt om het te realiseren. Dat is hetzelfde als nu zo, stel dat ik dat zou kunnen, dat ik dit nu zou ontwikkeld hebben, alleen, op mijn eigen. En ik presenteer dat aan mijn mensen, dan heb ik weerstand. En dan zeggen ze: ‘Met wat komt hij nu weer af, en precies of we nog niet genoeg doen.’(...) Door dit aan te pakken met de mensen samen, verandert het en zien ze zelf van: ‘Oh ja, maar er kunnen nog heel wat dingen gebeuren eigenlijk binnen ons dienst. Dat is een aanvulling van wat wij doen, dat is absoluut geen afkeuring’ “ (IV7)*

Innovatieve managers zien en gebruiken de positieve energie die betrokkenheid genereert in veranderingsprocessen. Openheid en betrokkenheid verleggen de focus van fouten naar mogelijkheden en van wantrouwen en controle naar vertrouwen en gedelegeerde verantwoordelijkheid. In dergelijke context wordt weerstand eerder een randverschijnsel.

Participatie, betrokkenheid en consensus zijn termen die vaak geassocieerd worden met een volledig gedeelde beslissingsbevoegdheid. De Vlaamse zorginnovatoren nuanceren deze invulling en kiezen strategisch en doelgericht voor een zo transparant en volledig mogelijke communicatie, in combinatie met een duidelijk gestructureerd inspraakmodel dat van voorziening tot voorziening verschilt.

*“Consensus is niet hetzelfde als 100% is akkoord he. Consensus wil zeggen da er een draagvlak is, een goed draagvlak is. Dus dat moet je absoluut eerst hebben. En uiteraard moet je die consensus ook hebben bij de actoren, de gebruikers in de eerste plaats, diegenen die dienstverlening wensen uit te bouwen en dus een antwoord wensen te geven, en dus ook de administratie allé de actoren. “ (IV 11)*

Ze wijzen er ook op dat veranderingsprocessen veel tijd vragen. Ze vereisen altijd een sterke investering in communicatie en betrokkenheid en dus ook in tijd. Nog groter wordt de investering als het om een organisatiebrede cultuurverandering gaat. Onderstaand citaat is hier een krachtig voorbeeld van.

*“Je verwacht dat alles veel sneller kan veranderen dan dat je denkt, terwijl een verandering kost een pak volk. Dat heeft, bijvoorbeeld als je dan zegt dat vroeger die 3 mensen aan de top beslisten voor dat ik hier kwam, dat heeft mij 7-8 jaar gekost eer ik de mensen kon doen geloven dat ze werkelijk mochten en konden beslissen. En dat ze eigenlijk gekwalificeerd zijn. We selecteren hen toch om het werk te doen. En dat ze ineens bekwaam zijn ... Dat heeft 7-8 jaar geduurd eer dat dat' in de mind' omgezet was. Dus dat wil zeggen, mensen geloven dat allemaal zomaar niet, als je dat zegt, he. Ze moeten, in de realiteit moeten zij ervaren dat dat zo is. En het is pas nadat je 150 keer gezegd hebt tegen iedereen van: 'Ja maar nee, jullie weten dat beter dan ik. Neen jullie weten dat beter dan ik. Neen jullie weten het beter dan ik...'. Dat ze uiteindelijk gaan zeggen: 'Ja, wij weten dat beter dan jij. Dus wij kunnen dat inderdaad beslissen, wij kunnen dat, wij gaan dat doen. Allé komaan, wij doen dat.' Maar dat is.... Ik vertel dat nu allemaal alsof dat in één gesprek gebeurt, maar dat gaat over 150 keer. 150 keer moet men dat horen en moet men geloofwaardig zijn in datgene wat men zegt. En vandaag de dag is er dat. Maar dat heeft dus 7 tot 8 jaar geduurd. Dat kan ik u verzekeren. Het is niet evident, het is niet evident.” (IV 7)*

### 3.2.3 Innovatieve managers focussen op en ondersteunen veranderingsprocessen

Uit de interviews blijkt dat innovatieve managers houden van veranderingen en veranderingsprocessen. Ze benaderen de realiteit vanuit een veranderingsperspectief en zijn vertrouwd met veranderingsmethodes in theorie en praktijk. Sommige managers kiezen hier uitgesproken voor één bepaalde methodiek, anderen opteren voor een integratieve benadering. Ze passen deze vlot en consequent toe en zorgen ervoor dat

medewerkers deze methodiek ook leren kennen en toepassen. Innovatieve managers zorgen er dan ook voor dat de organisatiemaatregelen vanuit een leer- en veranderingsperspectief worden uitgewerkt. Deze organisatiemaatregelen worden weerspiegeld in een aangepaste organisatiestructuur en goede praktijken inzake VTO-beleid, het HRM-beleid en in.

De organisatiestructuur speelt bij zorginnovatie een belangrijke rol. In de literatuurstudie werd er al op gewezen dat een meer horizontale structuur een basisvereiste is voor zorginnovatie. Ook in de interviews vinden we zulke organisaties terug.

*“Als ik hier kwam dan was het om die organisatie in steun te zetten van eigenlijk diegene die met de cliënt werkt. Dat hebben we ook gedaan, we hebben dat zeer visueel gedaan, zonder te veel tamtam. Maar intern heeft dat wel altijd een beeld gehad. De traditionele piramide hebben we omgedraaid. Vanaf dan hebben we eigenlijk een omgekeerd piramide gebruikt waarbij je zegt: ‘Al diegenen die daar aan de breedste basis eigenlijk contact hebben met de cliënten, staan bovenaan. Dat is de contactlijn met de cliënt en hulpverlener. Die moeten zo zwaar mogelijk ondersteund worden en al de rest wordt dus in steun gezet.” (IV 7)*

Vervolgens gaan we dieper in op het VTO-beleid, gezien dit een bijzondere hefboom voor leren en veranderen en dus voor zorginnovatie vormt. We sommen hierna een aantal goede praktijken uit de interviews op.

- Training waardoor medewerkers effectiever (compact, oplossingsgericht) werken en leren zorg organiseren.
- Coaching op het terrein, in de werking door middel van trainers.
- Documenten en instrumenten ter ondersteuning van het implementatieproces (en de verderzetting).
- Vorming rond sociaal-agogische kennis en kunde i.f.v. de zorg, maar ook i.f.v. samenwerking.
- Supervisie en coaching.
- Verbinding tussen schoolse opleiding en navorming (on the job).
- Training on the job (vormingen per team, debatlunchen) belang van interactie, gesprek over de inhoud van de zorg.
- In service training (voor beginnende medewerkers) in combinatie met een systeem van permanente vorming.

Over de laatste twee voorbeelden laten we de respondent zelf aan het woord:

*“In service training, he. Iedere beginnende opvoeder hier gaat in een ‘in service training’. Een ‘in service training’ zijn vier blokken van vier namiddagen training over een onderwerp, dat loopt dus constant door. Dus de drie teambegeleiders die ik heb, geven constant het hele jaar door altijd dezelfde blokken van vorming terug en iedere keer kunnen nieuwe mensen instappen. Ze doen bijvoorbeeld blok twee als ze beginnen en dan blok drie, blok vier en dan blok één. Die in service training, dat wordt constant door gegeven en dat gaat over, ja, over de belangrijke thema’s zoals contextgericht werken, omgaan met agressie, omgaan met grensoverschrijdend gedrag. Hoe moet ik dat doen, hoe moet ik dat doen? Dus wij geven daar constante ‘in service training’ voor nieuwe mensen over. Plus een map waar dat alles in staat wat dat ge moet weten eigenlijk, die dat ge kunt lezen. Wat met teksten, wat met richtlijnen, met advies? (...) We steken daar heel veel energie in om dat te doen. Ja, ook daarna door training ‘on the job’. We organiseren vormingen in elk team, we hebben debatlunchen intern. Deze sluiten aan bij de in service training. Dus in de voormiddag komt een opleider voor de nieuwe medewerkers. Diezelfde opleider blijft dan onder de middag, tussen twaalf en twee. Dan kunnen de anciens dan komen lunchen en dan brengen die mensen hetzelfde thema op een meer interactieve manier. Dan moet het niet zo’n training zijn, maar vooral interactie.”(IV 2)*

Naast het VTO-beleid spelen uiteraard ook het HRM-beleid en de organisatiestructuur een niet onbelangrijke rol. Inzake HRM-beleid wezen de Vlaamse zorginnovatoren enerzijds op het belang van een goede vooropleiding, loopbaanmogelijkheden en beroepstitels voor zorgverleners. Daarnaast wordt er helder gecommuniceerd over de verwachtingen. Innovatieve managers verwachten van hun medewerkers een gebruikersgerichte zorghouding en een professionele, lerende en flexibele werkhouding. Wanneer op termijn blijkt dat de verwachtingen van de medewerker hier niet mee in overeenstemming te brengen zijn, dan kiezen de zorginnovatoren om de arbeidsovereenkomst te beëindigen. We zouden dus kunnen stellen dat voor Vlaamse zorginnovatoren de werk- en leerhouding van medewerkers even belangrijk wordt geacht als hun zorghouding.

### **3.3 Onderbenut innovatiepotentieel**

Twee vormen van innovatiepotentieel lijken op basis van de interviews onderbenut te zijn: diversiteit en vrijwilligerswerk. In hun HRM-beleid kunnen innovatieve managers ook inzetten op diversiteit. Diversiteit (cultureel, leeftijd, sociale achtergrond, opleiding) kwam echter slechts sporadisch aan bod in de interviews. Eén interview gaf een mooi voorbeeld van de mogelijkheden die leeftijdsverschillen in teams kunnen bieden:

*”Dus de HRD: Human resourcement development vind ik heel belangrijk. Wat wil de individuele werknemer? En wat wil de cliënt? Wil de individuele werknemer zachtjes uitbollen, wil de cliënt dat, en wie zetten we dan in de plaats? Een jonge dynamische werknemer die dan wel met een ipod van de kinderen kan omgaan? Dus of moeten we onze mensen daarin bijscholen. Dat vind ik de grootste, de grootste uitdaging, valkuil, allé ja. Onze kracht is ons personeel, dat is 85% van ons budget he. Dus 85% gaat in personeelsmiddelen. Dat is een zoektocht. We gaan in elk geval flexibele en werkbare personeelsleden moeten hebben. Daar is het weer, zoals in de profit, flexibiliteit, dynamiek, wendbaarheid. En de vaste waarden, de oudere werknemers zullen dan voor het ethische, het rustgevende instaan. Ze zullen het waardekader een stuk moeten mee bewaken, andere functies moeten krijgen, jongere medewerkers inhoudelijk ondersteunen. Ja dat is een uitdaging.” (IV 9)*

Dit citaat illustreert het potentieel van verschil en diversiteit. Hierin schuilen mogelijkheden tot verrijking en tot win-win situaties voor gebruikers, teams en individuele gebruikers. In volgend citaat zien we op welke wijze diversiteit bij gebruikers en medewerkers deel kan uitmaken van de visie van een voorziening.

*“We hebben andere doelstellingen ook, wij willen een beeld zijn van een maatschappij, van een maatschappij in het klein, wat inhoudt ja, dat we heel multicultureel werken, wat inhoudt dat we, euh, inclusieve opvang doen, dus ook kinderen met een handicap zijn welkom. Euh, we trachten van diversiteit binnen onze medewerkers te verkrijgen. Dat is onze visie.”(IV 1)*

Tot slot stellen we vast dat ook het potentieel van vrijwilligerswerk met betrekking tot zorginnovatie onderbelicht blijft in de meeste interviews. Daarom laten we hier zeker de twee geïnterviewde vrijwilligerscoördinatoren aan het woord:

*“In mijn visie op samenleven is vrijwilligerswerk een essentieel onderdeel omdat dat echt ook een meerwaarde geeft waar wij voor staan, een meerwaarde van engagement, van samenleven. Dus, dat mensen voor mekaar iets doen, verder dan gewoon gaan werken. Dus dat mensen in hun vrije tijd niet alleen bezig zijn met consumeren, maar ook met iets geven. Ik geloof daar heel erg in. En ik geloof ook dat ge niet alles kunt voorzien met betaalde krachten, dat er altijd dingen zullen zijn die extra zullen moeten gebeuren. En waar ge dus vrijwilligers voor nodig hebt. Ik geloof dus wel in het ondersteunen van het vrijwilligerswerk ... Ik denk, er zal altijd nood zijn aan dat extraatje, dat geeft de maatschappij warmte, dat geeft de maatschappij een kleur, die de kleur is die ik graag zie in de maatschappij.” (IV 5)*

*“Vrijwilligers die staan buiten de ergernissen van het reguleren. En die staan zo'n beetje model in een motivatie en ondersteuningsproces. Want die staan zo, die komen eigenlijk een beetje als vriend aan huis. Ze komen iets gratis doen, ze komen helpen. En*

*het advies van een vrijwilliger, een goed bedoeld advies wordt in een ander daglicht gesteld. Dat is, dat is, daar kunnen ze vrijblijvend mee omgaan. Maar het advies van een professionele, ik denk aan diensten maatschappelijk werk en wat weet ik al, zonder die mensen iets te verwijten, want dat kan niet anders. Dat is altijd ook druk, dat is moeten. Maar bij die vrijwilliger moet er niets, he. Die komt aan huis, die helpt dat kind. En als daar geen plaats is of de tv staat op of er is teveel lawaai, dan zal die vrijwilliger zeggen zet die tv eens af want zo kunnen wij niet leren. Dat is dan wel vanzelfsprekend, dan zal die tv wel afgaan. En bij een ander niet. Ik bedoel dat ondersteuningsproces dat gaat daadwerkelijk. En verwijzen wordt altijd op een ondersteunende manier gedaan en op die manier worden adviezen gemakkelijker aanvaard. Een vrijwilliger die aan huis is, verstaat ook vaak meer de vraag achter de vraag. Mensen praten over zichzelf, over hun probleem, over hoe moeilijk ze er het ermee hebben en er is geen tijd aan gekoppeld. Als er dan minder les is kunnen gegeven worden, hetzij zo. Er moet geen programma afgewerkt worden. Wij gaan geen diploma's uitreiken. Alleen voor de centrale examencommissie moet je zorgen dat je je er min of meer aan houdt. Maar anders is dat gewoon op het tempo van de leerling zelf. En dat maakt ruimte voor heel veel andere dingen. Dus een vrijwilliger die een goede praktijk heeft, een luisterend oor, kan een advies geven als het nodig is, kan zich op de vlakke houden als het nodig is. Die staat heel vrijblijvend in een situatie. Maar die kan bijvoorbeeld zeggen als dat kind naar het BO moet. Goh mijn kind moet naar BO. En die is daar gekomen om dat te vermijden. Dan kan die vrijwilliger heel onbevangen zeggen: 'Ah, BO, is dat een probleem? Waarom is dat een probleem? En als dat dan uitgeklaard wordt, kan bij het ouders het besef komen: 'Het beste voor mijn kind is BO' ... Ouders kunnen zo inzien dat het soms, voorhet welzijn van hun kind achteraf best is, dat het toch naar het BO gaat. En dan is dat verwerkingsproces eigenlijk mee door die vrijwilliger ondersteund. Ik bedoel dat is zonder methodieken, dat zijn gewoon dingen die kunnen gebeuren. Dus ouders worden op die manier een beetje sterker gemaakt ... Maar ook omgekeerd. Een vrijwilliger kan van de ouders leren hoe hun kind moet aangepakt worden. En dan is dat een wisselwerking. En waar er een echte wisselwerking is in een zorgsituatie, dat is een goede praktijk, denk ik.' (IV 8)*

## 4 Algemeen besluit

Dit hoofdstuk beschreef de kenmerken van innovatieve teams en managers. Om redactionele redenen hebben we aan elk een aparte paragraaf gewijd, maar in de realiteit kunnen ze erg moeilijk losgekoppeld worden. Om het innovatiepotentieel van teams te benutten, moeten de voorzieningen gestuurd worden door visionaire en ondernemende leiders. Tegelijkertijd spreken deze leiders het team aan om zelf nieuwe oplossingen te bedenken. Zowel het management als de teams streven een werk- en leerperspectief na dat in het teken staat van:

- leren en kennisdeling
- doelgericht en gecoördineerd handelen
- overleg en participatie
- evaluatie en correctie

Innovatieve teams, managers en organisaties zijn gekenmerkt door hun engagement, door een gebruikersgericht zorgperspectief en een teamperspectief gericht op verandering, leren en samenwerking.

In de literatuurstudie maakten we een theoretisch onderscheid tussen kwaliteitszorg en innovatie. Kwaliteitszorg lijkt eerder aan te sluiten bij het verbeteren van de kwaliteit van het bestaande, terwijl innovatie eerder een breuk met het voorgaande suggereert en het op een andere, nieuwe manier uitvoeren of het bereiken van andere doelgroepen. De interviews met de zorginnovatoren tonen aan dat dit onderscheid in de praktijk niet zo gemakkelijk te maken is. Bovendien bleek dat professionaliteit en kwaliteit noodzakelijke voorwaarden vormen voor de realisatie van zorginnovaties en tegelijk de weg daartoe opent. Wanneer een welzijnsorganisatie professioneel en kwaliteitsvol werk combineert met engagement en gebruikersparticipatie, dan zal dit per definitie op de nood aan zorginnovatie wijzen bij de vaststelling dat het bestaande aanbod niet langer een antwoord kan/zal bieden voor nieuwe of toekomstige noden en doelgroepen.

Dit besluit vormt ook een correctie op het traditionele innovatieliteratuur in de lijn van Rogers. Voor Rogers draait alles om verspreiden van innovaties. Hij onderscheidt daarbij verschillende fasen in het proces van het overnemen van innovaties of vernieuwingen. De “innovators” zijn de vernieuwers, zij lopen voorop in de ontwikkelingen en worden gevolgd door de “early adoptors”, die na het succes van de “innovators” ook snel besluiten om de vernieuwing over te nemen. De “early majority” doet er langer over om zelf de innovatie in te voeren en de “late majority” zal pas na ruim verloop van tijd overgaan op de nieuwe werkwijze. De “laggards” ten slotte blijven de vernieuwing

afwijzen en houden vast aan de oude manier. Dit onderzoek toont aan dat het verspreiden van innovaties of van goede praktijken geen garantie op succes biedt. De focus moet ook gelegd worden op het creëren van randvoorwaarden die de toepassing van innovaties mogelijk maken.

Ten laatste stellen we veel overeenkomsten vast tussen de vaststellingen uit buitenlands onderzoek naar veranderings- en innovatieprocessen en de Vlaamse context. We sommen een aantal overeenkomsten nog eens op:

1. leiders en teams hebben een **heldere en krachtige visie**, laten die niet meer los en voeren de visie ook in de praktijk uit.
2. leiders zien veranderingen als kansen voor het verbeteren en/of innoveren van dienstverlening.
3. betrokkenheid en participatie verhogen het aanvaarden van verandering, dat op zijn beurt bijdraagt tot het verhogen van de effectiviteit van de verandering.
4. zorg voor betrokkenheid op alle niveaus en spreek alle niveaus aan op hun verantwoordelijkheden.
5. professionals zijn belangrijke zorgvernieuwers. Geef ze ruimte, betrek ze sterk bij de vernieuwing, geef ze het voortouw, investeer in ze.
6. om de cultuurveranderingen te realiseren is leren essentieel. Het op gang brengen, faciliteren en ondersteunen van leerprocessen die gericht zijn op gewenste veranderingen, lijkt een erg belangrijk, zo niet het belangrijkste, sturingsmechanisme van trekkers.
7. veranderen is zoeken en organisch groeiend (“al doende leert men”), fouten maken, maar ook vooral ‘doen’ zeker bij deze ingrijpende processen.
8. dergelijke veranderingen zijn niet realiseerbaar in enkele maanden, maar vragen veel geduld: er wordt dan ook veel meer gedacht in termen van jaren dan van maanden.
9. maak de prestaties van instellingen meer zichtbaar.
10. zorg voor goede planning, fasering, een goede coördinator en een klein team met een groot engagement.

## **Hoofdstuk 2**

### **Hefbomen in de externe organisatie**

Het vorige hoofdstuk ging in op de interne hefboomen voor zorginnovatie. Dit hoofdstuk richt de blik naar buiten en focust op de omgeving van welzijnsvoorzieningen. Welzijnsvoorzieningen zijn niet los te denken van hun context. Nu deze context voortdurend in verandering is, zoekt ook de welzijnssector naar nieuwe organisatievormen om in te spelen op deze veranderende omgeving. Uit de literatuurstudie bleek al het belang van netwerken voor innovatie, zowel in de profit als de social profit. Evenals in de profitsector zien we dan ook diverse netwerken die op deze evoluties inspelen, ontstaan en groeien. Dit proces van netwerkvorming wordt versterkt en versneld door de mogelijkheden van de nieuwe informatietechnologieën. Het eerste deel van dit hoofdstuk bekijkt de processen van netwerkvorming en de effecten ervan. Niet alleen de welzijnsorganisaties, maar ook de overheid moeten inspelen op deze voortdurend veranderende context. In het tweede deel van het hoofdstuk laten we de zorginnovatoren aan het woord over wat zij verwachten van een innovatieve overheid.

#### **1 Innovatieve netwerken**

In deze paragraaf bundelen we de informatie van 12 Vlaamse zorginnovatoren over innovatieve netwerken. Eerst gaan we na waar deze innovatieve netwerken zich situeren en welke vorm ze aannemen. Daarna gaan we dieper in op een aantal doelstellingen waarrond netwerken gevormd worden.

##### **1.1 Wat zijn innovatieve netwerken en hoe werken ze?**

In de diepte-interviews met Vlaamse zorginnovatoren worden diverse netwerkvormen benoemd en beschreven. We zetten deze vormen hier op een rij. Het is evident dat er mogelijk andere vormen bestaan. Daarvoor is specifiek onderzoek naar netwerkvorming nodig.

###### **1.1.1 Netwerken op regionaal niveau**

Op regionaal niveau ontstaan netwerken of samenwerkingsverbanden zowel rond zorgdoelen als rond werk- en leerdoelen. De stijgende gebruikersgerichtheid, de aandacht voor verbondenheid, participatie en inclusie vestigen immers allemaal de aandacht op de

centrale rol van de familiale en lokale omgeving voor de gebruiker. Welzijnsvoorzieningen zien zich daarenboven regelmatig geconfronteerd met zorgnoden en nieuwe of zichtbaar geworden uitdagingen die men vanuit één werkvorm of één organisatie niet adequaat kan beantwoorden. Woonzorgwijk d'Oude Molen en vzw Stijn vormen mooie voorbeelden van dergelijke zorgnetwerken. Intercasa organiseert dan weer samenwerking op het niveau van de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Ze speelt als opvangnetwerk voor moeilijke zorgsituaties in op het spanningsveld tussen de zorgnoden van de gebruikers en de werkbaarheid voor de teams. Regionale netwerken kunnen ook ontstaan wanneer een zorgvoorziening zich bewust naar haar omgeving opent en kiest om een maatschappelijke bijdrage te leveren. In een project te Moerzeke bevordert de samenwerking tussen een woon- en zorgvoorziening, basisschool en hogeschool intergenerationele uitwisselingen.

In andere regio's wordt een zekere nood aan samenwerking en netwerken ervaren:

*“Ik denk dat er vooral betrokkenheid moet zijn naar de mensen en het engagement en ja, ook het samen zitten daaromtrent, om dit mogelijk te maken. Wat mij ook opvalt, er zijn zoveel initiatieven, maar ge overziet het geheel niet meer. Ik denk dat er ook veel meer op lokaal niveau moet gekeken worden van welke initiatieven zijn er, wat doen zij. Zijn er gemeenschappelijke zaken, kan er samengewerkt worden rond een aantal dingen? Want ik ben er eigenlijk van overtuigd dat iedereen op zich heel goed werk wil doen en allemaal betrokken zijn en een aantal dingen wel willen realiseren en soms zelf met heel veel dingen beginnen maar dat ge op den duur niet meer ...” (IV 6)*

Naast deze vormen van meer functionele samenwerking, bestaan er ook regionale leer- en kennisnetwerken tussen welzijn en onderwijs. Dergelijke regionale vormingsnetwerken waarin welzijnsvoorzieningen en onderwijsinstellingen de krachten bundelen, doen pogingen om de traditionele schotten gevormd door sectoren, zuilen en koepels, beleidsniveaus en professionele belangen achter zich te laten. Veranderingsgerichte en behoudsgezinde krachten spelen met wisselend succes hierin hun rol. Deze regionale vormingsnetwerken functioneren al dan niet met ondersteuning van het provinciebestuur. We zien hier hoe de provinciale overheid de rol van facilitator opneemt.

Naast deze bestaande en groeiende netwerkvormen signaleren de Vlaamse zorginnovatoren de nood aan sterkere netwerkvorming met onderzoek en wetenschap. Ze wijzen op de mogelijkheden van regionaal zorgonderzoek naar bijvoorbeeld bestaande en toekomstige zorgnoden, van de evaluatie van bestaande en nieuwe zorgmethodes en van wetenschappelijke kennisproductie m.b.t. de zorg. Het is duidelijk dat deze zorginnovatoren onderzoekers als een partner zien in innovatieprocessen.

### 1.1.2 Interregionale en intersectorale kennistransfer

Terwijl op regionaal niveau zowel zorg-, werk- en leernetwerken groeien, bevinden zich op het interregionale en intersectorale niveau hoofdzakelijk netwerken waarin kennistransfer centraal staat en dus een eerste verbindende factor vormt. Een belangrijk voorbeeld van dit soort netwerkvorming is SEN (Steunpunt Expertise Netwerken), een netwerk met een sterke focus op expertiseontwikkeling en -verspreiding. SEN demonstreert ook hoe een dergelijk expertisenetwerk groeit en synergie opwekt. Hieruit ontstaan nieuwe hefbomen voor deskundigheidsbevordering van professionelen en diensten. Dit vertaalt zich vervolgens ook naar de kwaliteit van de zorg en naar de levenskwaliteit van de gebruiker.

Vlaamse zorginnovatoren vragen daarnaast naar meer netwerkvorming tussen onderwijs en zorgpraktijk. Ze ervaren een tekort aan afstemming tussen de opleiding enerzijds en de snel veranderende maatschappelijke en zorgcontext die andere competenties van zorgverleners vereist, anderzijds. Eenzelfde oproep klinkt ten aanzien van de wereld van wetenschap en onderzoek. Samenwerking met onderzoek en onderwijs mag dus zeker niet beperkt blijven tot het regionale niveau.

### 1.1.3 Netwerkvorming

Uit het diepte-interview blijkt dat ze buiten de besproken netwerken, die allemaal in mindere of meerdere mate geformaliseerd zijn, ook initiatieven op het vlak van niet-gestructureerde, informele netwerkvorming nemen. Deze netwerking loopt via diverse wegen van informele en formele contacten, lokaal of bovenlokaal, binnen of buiten traditionele 'grenzen' van sectoren, regio's of zelfs landen. Deze netwerking loopt tevens via meer traditionele structuren zoals koepels of opleidingsprogramma's of de raad van beheer van welzijnsorganisaties, waar men interessante uitwisselingen en ontmoetingen combineert met de centrale doelstelling van de bijeenkomsten. In deze niet-gestructureerde vorm van netwerking komt het dynamisch potentieel van netwerken zeer sterk tot uitdrukking. Op deze manier leggen Vlaamse zorginnovatoren contacten met vele partners in en buiten de zorg, met partners van de nulde lijn (= daar waar problemen vroegtijdig kunnen gedetecteerd en/of ondervangen worden) met mensen uit onderwijs en onderzoek, met hogescholen en universiteiten, met overheden en ambtenaren, met deskundigen inzake wonen, werken, ICT-specialisten en experts inzake verandering en innovatie en met gebruikers. Ze wisselen ervaringen en knelpunten uit en verwerven een ruim zicht op wat er zich in de context afspeelt. Zo komen ze ongekende hindernissen en opportuniteiten op het spoor en hebben ze een bredere kijk op de toekomstige evoluties waarmee ze nu best al rekening houden.

#### 1.1.4 Bespreking

De interviews wijzen op het belang van netwerken en netwerkvorming voor zorginnovatie en geven ook aan dat er heel wat variatie inzake netwerking bestaat. We herkennen in deze analyse het onderscheid tussen meer enkelvoudige netwerken die zich binnen de traditionele grenzen van de welzijnszorg ontwikkelen en complexe netwerken die deze grenzen achter zich laten en meer diversiteit en nieuwe kennis opzoeken in andere sectoren.

In een netwerklandschap ontstaan ook nieuwe rollen die specifiek op de knooppunten van deze netwerken focussen. Zo herkennen we in SEN een soort wisselagent die bijzondere aandacht aan de doorstroming van kennis over de traditionele grenzen heen ondersteunt en daarmee ook de bestaande zorgstructuren in een ander perspectief plaatst. Daarnaast zien we ook hoe de provinciale overheid als facilitator kan optreden voor regionale platforms en open werkgroepen. Ook dergelijke platforms maken kennisdeling en samenwerking over de traditionele grenzen heen mogelijk. Dergelijke platforms kunnen onder andere mogelijkheden tot benchmarking en een forum voor de optimalisering van samenwerkingsverbanden bieden.

Tot slot stellen we ook vast dat in het netwerklandschap menselijke en organisatiebelangen niet verdwijnen. Deze belangen zetten echter nogal eens tegengestelde (behoudsgezinde en veranderingsgezinde) krachten in beweging. Het risico bestaat dat dan alle synergie als sneeuw voor de zon verdwijnt waardoor gezamenlijke veranderingsprocessen blokkeren of verzanden. In de praktijk ontwikkelen zich ook antwoorden op deze uitdaging. De grootste gemene deler is hier het vertrouwen tussen de verschillende netwerkpartners. Zo blijken uiteenlopende belangen minder sterk en/of negatief te werken wanneer alle spelers mee aan tafel zitten, wanneer er niet met vertegenwoordigingen gewerkt wordt en wanneer bij de voortgang van het denk- en veranderingsproces voldoende tijd en middelen worden geïnvesteerd in overleg en communicatie. De methodiek van een denktank, die uitsluitend in theorie een aantal pistes of strategieën voor de realisatie van een welomschreven doelstelling uitwerkt kan daarom soms een aangewezen optie zijn. Toch zal men ook dan, voordat een verandering in de praktijk wordt gebracht, voldoende tijd en middelen moeten investeren om wederzijds vertrouwen op te bouwen en tot een draagvlak voor verandering te komen. De verschillende partners moeten ervan overtuigd zijn dat samenwerking een absolute meerwaarde betekent. In de literatuurstudie noemden we dit de acceptatie van de netwerkideologie. Bij lagere betrokkenheid gaan weerstand en individuele belangen sterker spelen.

Ook in de literatuur wordt aangegeven dat de performantie van netwerken afhangt van de verbondenheid en de consistentie van netwerken.

- verbondenheid: de structurele bekwaamheid om te communiceren zonder ruis tussen de verschillende componenten.
- consistentie: de mate waarin de belangen/doelen van het netwerk samenvallen met de belangen/doelen van de componenten.

## 1.2 Doelen van netwerking

Netwerken ontstaan in regel rond een gemeenschappelijk doel. In de diepte-interviews kwamen een aantal doelstellingen voor netwerkvorming naar voor. De realisatie van zorgdoelen op korte en op lange termijn vormen hier de grootste gemene deler. Ook in de literatuur over innovatieprocessen in de welzijnszorg wordt ‘gebruikersgerichtheid’ aangevinkt als belangrijkste motor voor zorginnovatie.

### 1.2.1 Flexibel inspelen op de markt en op de noden van de gebruiker

Vlaamse zorginnovatoren zien in zorgnetwerken een weg om op flexibele wijze in te spelen op de noden van gebruikers en een betere continuïteit van zorg te bieden. Ze zijn zich bewust van het feit dat sectoren en organisaties vaak niet aansluiten op de complexe noden en problemen van gebruikers. Ook de stijgende maatschappelijke nood aan zorg, de groei van de zelfstandige zorgsector en de evolutie naar contextgericht werken botsen tegen de grenzen van het ‘hokjesdenken’ aan. Uiteraard vereist gebruikersgericht zorgverlenen in netwerkverband een onderhandelde zorg, met participatie van de naasten en de informele zorgverleners en een goede samenwerking (consistentie en verbondenheid) tussen de verschillende netwerkpartners. De twee onderstaande citaten geven aan dat de zorginnovatoren in de eerste plaats samenwerken om beter aan te sluiten op de zorgnoden van de gebruiker die zich niet zo gemakkelijk in sectoren en hokjes laten duwen.

*“Dat er een kind bij ons komt slapen op het internaat. Het kind heeft een beperking, maar zou naar de gewone school gaan. Wij zouden dan gespecialiseerd personeel ter beschikking stellen om die kinderen naar een gewone school te laten gaan en die daarin te ondersteunen. Een gebarentolk bijvoorbeeld. Zodanig dat mensen hier terecht kunnen, ouders voor expertise euhm deskundigheid euhm, vorming met hun kinderen. Dus dat is de uitdaging die ik heb voor onze organisatie naar de toekomst. Dus dat we echt gewoon op maat van de klant werken.” (IV 9)*

*“Wij zijn daar een stukje van. De wijk, daar zit ook de thuiszorg in. En daar moet ge dan samenwerken met uw regionaal dienstencentrum. Daar is dan de zorgplanning en die coördinator van de assistentiewoningen, de huismeester van de assistentiewoningen, dat*

*is degene die de zorgplannen mee opvolgt en ook het thuiszorgplan mee opvolgt vanuit die kant. Maar thuiszorg is uiteraard heel belangrijk, dat is een heel belangrijke partner.” (IV 12)*

### 1.2.2 Leveren van een maatschappelijke bijdrage

Sommige welzijnsvoorzieningen netwerken ook omdat ze vanuit hun visie bewust kiezen voor het leveren van een maatschappelijke bijdrage. Ze zien deze bijdrage als een toekomstgericht en innovatief complement bij het gebruikersgericht werken. Vanuit dit perspectief ontstaan er onder andere netwerken rond regionale knelpunten, rond de beeldvorming omtrent bepaalde doelgroepen en zorg in het algemeen, en rond het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen en van duurzame ontwikkeling. Zo kiest een woon- en zorgvoorziening uit Moerzeke voor intergenerationeel werk als maatschappelijke bijdrage. Dit project bestaat uit een samenwerking met de basisschool waarbij onder andere de kinderen bij hun leesoefeningen hulp en ondersteuning krijgen van de oudere bewoners. Daarnaast bestaat er in het kader van hetzelfde project ook een samenwerking met enkele hogescholen uit de regio.

*“ Bijvoorbeeld maatschappelijke verantwoord ondernemen dat is ook een thema wat u niet onbekend zal zijn. Dat is daar heel belangrijk in. People, planet, profit, we kiezen voor de P. De mensen, dat is onze hoofdbekommernis in de zorg. We kiezen voor de mensen. We kijken dat we dat doen op een zo profit en goed mogelijk manier. Niet dat centen primeren maar het moet lopen. We proberen dat op een goede manier te doen, de middelen goed te besteden. En nu proberen we daar ook de planet bij de betrekken. Op welke manier doen we dat: met welke materiaal, ecologisch, met voldoende respect voor de natuur. Dus dat is ook een element. Dus dat MVO verhaal, dat maatschappelijk verantwoord ondernemen dat is weer een nieuwe kapstop om uitdagingen aan te gaan en je voelt, dat motiveert mensen om te zeggen, wij zijn een organisatie die daar ook belang aan hecht, dus dat motiveert.”(IV 9)*

### 1.2.3 Leren en kennis delen

Zorginnovatoren netwerken ook om te leren en kennis te delen. Ze zoeken daarbij de grenzen van de welzijnssector op om te leren van de ervaringen met innovatie en veranderingsmanagement in de profitsector. Daarnaast willen ze ook door leren en kennisdelen de kwaliteit van de zorg verbeteren en vernieuwen. Met het oog op kennis over noden, doelgroepen, competentieontwikkeling bij zorgverleners netwerken ze met het hoger onderwijs en wetenschappers in binnen- en buitenland. Daarnaast signaleren Vlaamse zorginnovatoren ook nood aan kennis specifiek voor het afstemmen van het

zorgaanbod op bestaande en toekomstige noden en vragen. Ze willen kennis verwerven over de te verwachten evoluties inzake noden en doelgroepen en over de toekomstige uitdagingen voor de welzijnszorg. Stilaan groeit daarnaast ook de interesse om niet alleen processen uit te wisselen, maar ook resultaten te vergelijken. Op deze wijze kunnen netwerken ook een eerste aanzet tot benchmarking bieden.

*“Wij waren als eerste in Brussel die een snoezelruimte had. Dat komt uit de gehandicaptensector, het idee kwam uit de gehandicaptensector en met dan weer een project in te dienen dat gesubsidieerd werd konden wij dan een snoezelruimte installeren. Nu zijn er ondertussen wel al een aantal andere.” (IV 1)*

*Het eerste wat ik met een nieuwe directeur doe, is die naar een cursus sturen, wekelijks heeft die één cursusdag gedurende een gans schooljaar. Dat is zeer intensief voor iemand die als nieuwe directie hier in huis komt, maar goed ... Als die dat nu niet doet, dan is die na twee jaar, is die verkeerd bezig he. Hij moet van bij de start in zijn directeurschap naar Voca. Ja, Voca van daar starten onze mensen meestal. Dus cursus, maar dat gaat ook ruimer Die ontmoet daar mensen uit andere instellingen uit de non-profit. Uit ziekenhuizen, uit het verbond, interessante lesgevers, gastsprekers. En je bent vertrokken.’(IV 9)*

### **1.3 Hefbomen voor netwerkvorming**

We zetten hier een aantal hefbomen voor netwerkvorming op een rij. Als we naar de deelnemers in netwerken kijken, dan wordt bij hen in elk geval een grote actiebereidheid verondersteld. Ze nemen initiatief, hebben geen schrik om hun nek uit te steken en willen meewerken aan een draagvlak voor de gewenste verandering. Ze stellen vast dat de eigen organisatie niet of zeer moeilijk in staat is om de beoogde doelstelling te realiseren. Ze creëren door netwerking een winst voor zichzelf, maar ook voor de andere betrokkenen. Ze zien bijgevolg een meerwaarde in netwerken en geloven in de synergie die deze met zich mee kunnen brengen.

Ten tweede veronderstelt een goede samenwerking ook een aantal noodzakelijke voorwaarden. In de interviews wordt verwezen naar het cruciaal belang van een neutrale leiding en van neutraal eigenaarschap. Daarnaast moeten alle deelnemers aan het netwerk zich kunnen vinden in een gemeenschappelijk belang als win-winsituatie (‘acceptatie van de netwerkidologie’). Op deze wijze worden individuele belangen en de concurrentie daartussen naar de zijlijn verwezen. Om dezelfde reden moet ook de samenstelling (aantal en diversiteit) van het netwerk goed afgewogen worden en kiest men er best voor om met alle betrokkenen (niet via vertegenwoordiging) rond de tafel te gaan zitten.

Ten derde vormt de openheid van welzijnsvoorzieningen ook een belangrijke hefboom voor netwerken. Organisaties met een open visie en beleid richten hun medewerkers naar buiten, maken ze enthousiast voor uitwisseling in netwerken. Deze organisaties hebben ook experts die zich zowel permanent bijscholen als zelf ook intern en extern opleiding geven.

Het lokale en regionale niveau vormt een vierde belangrijke hefboom voor netwerken. Hier vinden allerlei partners die betrokken zijn op eenzelfde regio elkaar. Ze kennen en ervaren de sterktes en de zwaktes van hun regio vanuit professioneel perspectief en vaak ook als burger. Ze zijn op die wijze ook het nauwst betrokken bij zorgnoden die zich lokaal stellen.

Daarnaast zijn er ook heel wat gelegenheden en initiatieven die netwerking mogelijk maken of bevorderen. Ze vormen samen de vijfde hefboom. We denken hierbij aan niet-gouvernementele hefbomen zoals KBS, MVO, bijeenkomsten in het middenveld, beurzen, congressen en websites.

## **2 Innovatieve overheid**

Tot slot vormt ook de overheid een belangrijke hefboom voor netwerking. Algemeen kunnen we stellen dat een innovatieve overheid investeert in verandering en duurzame flexibiliteit. Met de overheid verwijzen we zowel naar de administratie als naar de politiek. Deze paragraaf laat de zorginnovatoren aan het woord en expliciteert hun verwachtingen ten aanzien van de overheid.

### **2.1 Een innovatieve visie op welzijnsbeleid**

Een innovatieve overheid zet in op de toekomst van de zorg en van de samenleving. Een innovatieve overheid is zich bewust van de maatschappelijke betekenis van zorg in het algemeen en heeft een visie op de rol die de professionele zorgsector daar nu en in de toekomst in te spelen heeft. Vanuit die visie zet ze in op de positieve maatschappelijke beeldvorming van zorg, op de gebruikersgerichtheid van de zorg en op het aantrekkelijk maken van welzijnswerk in het onderwijs en op de arbeidsmarkt.

De interviews met Vlaamse zorginnovatoren geven hieromtrent de richting en enkele noodzakelijke voorwaarden aan. De richting voor zorginnovatie wordt volgens de Vlaamse zorginnovatoren aangegeven door de gebruiker. Een gebruikersgerichte zorg veronderstelt dan ook dat de gewone burger meer informatie op directe wijze kan vinden

en/of kan raadplegen en dat de zorg ruimte laat/maakt voor de eigen kracht van de gebruiker. Dit veronderstelt ook dat sterker geïnvesteerd wordt in kennis en middelen voor preventie en de nulde lijn. Preventie verwijst hier zowel naar het voorkomen van problemen (primaire preventie) als het vroegtijdig opsporen van problemen (secundaire preventie) en het beperken van complicaties en verergering (tertiaire preventie). De zorg op maat van de gebruiker wordt met hem onderhandeld. Dit brengt met zich mee dat dialoog en vraaggericht werken, maar ook flexibiliteit en omgaan met ethische kwesties, wezenlijke bestanddelen van de hedendaagse zorgverlening zijn. Bovendien moet het mogelijk zijn dat de gebruiker in een gediversifieerd zorgaanbod vlot kan schakelen tussen verschillende vormen.

*“Wij zijn nu een experiment multifunctioneel centrum, één van de zeven van Vlaanderen en daar is dat schakelen van het residentieel werken naar het ambulante werken, dat is daar een van de grondvoorwaarden. Een van de ideeën is daar dat ouders en kinderen zeggen van, nu kan het bij ons thuis doorgaan de hulpverlening, dan gaat de hulpverlener daar ook in mee en dan is het niet de hulpverlener die de beslissingen neemt, het is ook niet de consument die de beslissingen neemt, het is het overleg tussen consulent en hulpverlener en gezin, waarbij de vraag van het gezin voorop staat. Ook de vraagverheldering is een centraal thema. Dat is, voor onze medewerkers een uitdaging,”*  
(IV 2)

Op deze wijze krijgt de gebruiker meer en meer de regie over de eigen zorg in handen. Naast de regie, wil men ook de sleutel (het budget) tot de zorg in handen van de gebruiker geven. Op deze wijze wordt de keuzevrijheid van de gebruiker maximaal ondersteund.

Uiteraard veronderstelt deze richting enkele noodzakelijke voorwaarden volgens de zorginnovatoren:

1. Een versterking van de positie van de gebruiker door een evenwicht tussen aanbod en vraag. Zolang dit niet het geval is, heeft de gebruiker onvoldoende keuzevrijheid en bevindt hij zich in een te afhankelijke positie.
2. Afstemming van de regelgeving op de gebruikersgerichte evoluties van de zorginhoud:
  - vernieuwd financieringssysteem via de gebruiker met objectieve meting/screening gebruikersnoden.
  - vernieuwd verantwoordingsstelsel: voorzieningen dienen zich ook bij de gebruikers te verantwoorden voor de besteding van het budget. Gebruikers hebben het recht om te weten of welzijnsvoorzieningen hun werk goed doen. Dit vraagt

andere vormen van kwaliteits-, budget en outputcontrole zoals positieve incentives voor verandering en benchmarking.

- Vernieuwde organisatie:
  - meer samenwerking tussen de sectoren (of zelfs het afschaffen?)
  - meer afstemming binnen regelgeving: tussen Vlaams en federaal niveau en tussen verschillende sectoren

## 2.2 Kenmerken van een innovatieve overheid

Een innovatieve overheid faciliteert en investeert in verandering en duurzame flexibiliteit. De geïnterviewde Vlaamse zorginnovatoren verwachten van een innovatieve overheid dat ze beleid maakt vanuit een langetermijnvisie op zorg. Net in dit langetermijnperspectief komt de toekomst en de daaraan verbonden noodzakelijke en wenselijke veranderingsprocessen in beeld en kan men het verschil zien tussen korte- en langetermijnresultaten. Een innovatieve overheid treedt bovendien eerder faciliterend dan regulerend op.

*“Eigenlijk vind ik dat een overheid... wat doe ik in mijn organisatie? Ik heb u gezegd ik heb alles, ik heb gezorgd dat alles draait en dat alles door iedereen, door iemand kan opgevat worden intern. En wat doe ik? Ik maak het kader. Ik zorg dat dat mogelijk blijft. Ik zorg dat als er ergens wat te kort schiet of dat ergens iets uitzonderlijk gebeurt, dat ik daar ook uitzonderlijk iets tegenover kan zetten of uitzonderlijk kan ondersteunen. Of een extern inroepen of weet ik wat allemaal. Maar de overheid moet dat ook zo zien. De overheid moet eigenlijk alleen maar zorgen dat er een kader gemaakt wordt waarin mensen uitgedaagd worden om het beste te maken van zichzelf en om er iets mee te doen.” (IV 7)*

In dit citaat wordt mooi op een rij gezet wat faciliteren betekent:

Faciliteren =

- Kader creëren
- Zorgen dat alles draait
- Zorgen dat alles door iemand wordt opgepakt
- Uitzonderlijk feit krijgt uitzonderlijk antwoord

Vanuit dit perspectief komen ook de randvoorwaarden voor een succesvolle rol als innoverende overheid in beeld. We zetten ze eerst op een rij, waarna we dieper op elke randvoorwaarde ingaan. Het is erg opvallend dat deze aanbevelingen sterk gelijklopen met de conclusies van de Nederlandse Raad voor het Regeringsbeleid die in 2004

formuleerde aan de Nederlandse Regering over de toekomst van de maatschappelijke dienstverlening. Ook zij wijzen op het belang van kennisallianties tussen overheid, werkveld en onderzoek, het organiseren van tegenspraak en het werken met incentives.

Een innoverende overheid:

- heeft voldoende knowhow over veranderingsprocessen;
- bevordert samenwerking en overleg, in het bijzonder tussen lokale partners;
- creëert ruimte voor creativiteit en dereguleert;
- faciliteert een ander personeelsbeleid en andere loopbaanmogelijkheden;
- organiseert kennisdoorstroming;
- kiest voor een aanpak ten gronde i.p.v. voor symptoombestrijding;
- investeert in vrijwilligerswerk.

2.2.1 Een innoverende overheid heeft voldoende knowhow over veranderingsprocessen

- is zich bewust van het belang van een draagvlak voor verandering:
  - dit is uiteindelijk winstgevend: energie stijgt, rendement stijgt (wetenschappelijk bewezen).
  - medewerkers moeten verandering mee dragen, dit kan maar als ze ook mede eigenaar zijn.
- creëert dit draagvlak door in te zetten op voldoende betrokkenheid door o.a.:
  - rechtstreekse vertegenwoordiging.
  - aangepast ritme voor doorstroming informatie en feedback.
  - voldoende stappen in het stappenplan.
  - brede, gestructureerde discussie.
- weet dat de creatie van een draagvlak methodiek, tijd en middelen vraagt.
- zet en stimuleert de stap van consensus naar experiment.
- analyseert de bestaande situatie en onderzoekt effectiviteit en efficiëntie, resultaten op korte en op lange termijn.

- richt veranderingen op langetermijnresultaten en is zich ervan bewust dat de meetbaarheid van zorgresultaten (zeker op korte termijn) voor problemen kan zorgen.
- weet dat processen met meerdere betrokkenen geen garantie op resultaat hebben. Men komt maar tot resultaat doordat verschillende partners rond een gezamenlijk voornemen werken, de verantwoordelijkheid delen en allen doen wat afgesproken is.

2.2.2 Een innoverende overheid bevordert samenwerking en overleg, in het bijzonder tussen lokale partners:

- faciliteert neutraal eigenaarschap van samenwerkingsverbanden.
- overstijgt de belangen van de verschillende partners.
- speelt in op de impact van intersectorale belangen.
- bevordert overleg en samenwerking over de grenzen van de sectoren.

2.2.3 Een innoverende overheid creëert ruimte voor creativiteit en dereguleert:

- vervangt bevoogding door ondernemersruimte.
- evolueert van verouderde naar soepele regelgeving.
- evolueert van organisatiegerichtheid naar poolvorming en creativiteit.
- evolueert van controle naar een combinatie met meer positieve incentives.

2.2.4 Een innoverende overheid faciliteert ander personeelsbeleid en loopbaanmogelijkheden:

- van studieniveaus naar kwalificaties/ beroepstitels.
- naar flexibele verloningssystemen en loopbaanmogelijkheden.

2.2.5 Een innoverende overheid organiseert kennisdoorstroming:

- faciliteert en stuurt wetenschappelijke kennisproductie m.b.t. zorg.
- bevordert samenwerking met universiteiten/wetenschap.
- stimuleert kennisdeling en uitbouw van systemen voor kennisdeling.
- zorgt voor verspreiding van kennis en innovaties.
- zorgt voor kwaliteitsgarantie van opleidingen.

- maakt opleidingen breed en specifiek.
- investeert in kenniscentra.

#### 2.2.6 Een innoverende overheid kiest voor een aanpak ‘ten gronde’

- bouwt voort op aanwezige kennis en kunde.
- evalueert kritisch programma's met 'resultaatsgarantie'.
- heeft oog voor onbedoelde neveneffecten op de gebruiker en op andere beleidsdomeinen.

#### 2.2.7 Een innoverende overheid investeert in vrijwilligerswerk

- vermijdt overregulering van vrijwilligerswerk, aangezien overregulering initiatief ontmoedigt.
- ziet vrijwilligerswerk als meerwaarde van engagement, van samenleven.

### 2.3 Een innovatieve overheid kiest voor een positieve benadering

De Vlaamse zorginnovatoren zien vooral toekomst in een positieve dynamiek en in de creatie van win-win situaties. Zowel in hun eigen aanpak als voor de aanpak van de overheid zien ze het aanwezige potentieel van hun medewerkers, de in de sector aanwezige kennis en kunde als hefboom om in combinatie met nieuwe kennis en inzichten naar vernieuwing toe te werken. Deze positieve benadering kan door de overheid ondersteund worden door een vlotte communicatie tussen beleid en werkveld enerzijds en door incentives voor vernieuwing en samenwerking anderzijds.

Ten eerste wijzen de zorginnovatoren op het belang van vlotte en heldere communicatie tussen beleid en werkveld. Zij geven aan dat rechtstreeks overleg tussen ambtenaren en praktijk een zeer positieve impact op de samenwerking hebben. Daarnaast wijzen ze ook op de nood aan een goed gesmeerd systeem van aandacht voor signalen uit het werkveld en aan een structurele financiering voor ICT.

Ten tweede vragen ze om incentives voor vernieuwing en voor samenwerking. Terwijl financiering van projecten eerder het principe 'verdeel en heers' huldigt en afgunst tussen welzijnsvoorzieningen kan bevorderen, geven incentives voor innovaties een andere dynamiek. Hier bepaalt de overheid alleen het kader. De welzijnsvoorzieningen worden uitgedaagd tot het beste en tonen aan dat ze innovatief werken. Tegelijk kan een dergelijk systeem het sluiten van allianties of het vormen van netwerken rond een bepaalde

doelstelling stimuleren. Met gebundelde krachten en middelen kan men immers meer. Zo krijgt de boodschap van vernieuwing een verbindende in plaats van een verdelende functie.

Een keuze voor een dergelijke positieve benadering roept uiteraard vragen op naar de houding van de overheid ten aanzien van welzijnsvoorzieningen die niet of onvoldoende in beweging komen en zich niet sterker naar hun gebruikers, hun context en de toekomst richten. Dit brengt ons bij de vraag naar de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de gebruikers van deze voorzieningen en haar controlerende en bijsturende rol ten aanzien van het management van welzijnsvoorzieningen.

### **3 Spanningsvelden in de externe context**

Evenals in de interne context detecteren we ook in de externe context een aantal belangrijke spanningsvelden. We zetten hier enkele onderliggende spanningsvelden in de externe context op een rij.

#### **3.1 Dynamisch versus statisch**

Inzake zorginnovatie wordt er nogal eens een spanningsveld gezien tussen vernieuwen of innoveren enerzijds en verbeteren anderzijds. Er is inderdaad een verschil: vernieuwen verwijst naar een paradigmawissel en een breuk met het verleden, terwijl verbeteren verwijst naar een aantal aanpassingen binnen hetzelfde paradigma. In de welzijnzorg dienen verbeteringen en vernieuwingen echter hand in hand hetzelfde doel, met name de toekomstgerichte realisatie van gebruikersgerichte zorgdoelen. We kunnen dus stellen dat verbeteringen ten gepaste tijde tot vernieuwing zullen leiden. We verduidelijken met een voorbeeld. Momenteel botsen we tegen de grenzen van de zorgsectoren als organisatieparadigma. Gebruikers geven immers aan dat hun noden en vragen niet in sectoren passen en daar bijgevolg ook geen goed antwoord vinden. Nu kan men opteren voor een aantal gebruikersgerichte verbeteringen binnen de sectoren of men gaat voor een nieuw zorgmodel, hetgeen een breuk met het verleden betekent. Hierbij mogen we niet uit het oog verliezen dat het in beide gevallen om gebruikersgerichte veranderingen gaat. Fundamenteel is dan ook het contrast tussen dynamische - verbeterende en/of vernieuwende - zorg enerzijds en statische – versteende - zorg. Hier ligt de eerste uitdaging: verandering is in onze hedendaagse samenleving geen keuzemogelijkheid, maar een realiteit waar zorgorganisaties en zorgverleners op moeten inspelen en dus ook zelf moeten leren mee omgaan. Tegelijkertijd roept zo'n paradigmawissel mogelijks

weerstand op. Eerder formuleerden we al de vraag naar de gevolgen voor voorzieningen die statische of versteende zorg blijven aanbieden.

### **3.2 Doelen versus middelen**

Organisatie- en managementsliteratuur uit de profitsector evenals hun kwaliteitsmodellen inspireren ook het welzijnsbeleid en de welzijnsvoorzieningen. Ze brengen nieuwe kennis in, maar zorgen soms ook voor een doel-middel verwarring. In de profitsector primeren immers de financiële bedrijfsresultaten en staan de klantresultaten uiteindelijk ook in functie hiervan. In de zorgsector is het waarschijnlijk net omgekeerd. Hier vormen de resultaten voor de gebruiker het centrale doel en staan de financiële bedrijfsresultaten uiteindelijk in functie hiervan. Of ze krijgen in ieder geval minstens hetzelfde gewicht. Het is dus ook van groot belang dat de voor de zorgsector cruciale gebruikersresultaten op een heldere wijze in kaart kunnen gebracht worden. Deze nood aan zekere en zichtbare resultaten staat in schril contrast met de realiteit van de zorg. Hier zijn onzekere uitkomsten en moeilijk meetbare processen immers de realiteit. In de literatuurstudie beschreven we al waarom zorgprocessen moeilijk meetbaar zijn (complexe situaties en risico's nemen, uitdagingen aangaan, in dialoog gaan, continu op maat werken ...).

### **3.3 Maatschappelijke verwachtingen versus individuele zorgnoden/keuzes**

Via het democratisch stelsel is het uiteindelijk de samenleving die bepaalt hoeveel ze wil investeren in het welzijn van alle burgers en in de welzijnszorg ter ondersteuning hiervan. De maatschappelijke beeldvorming omtrent zorg speelt hierbij natuurlijk een belangrijke rol en hier wringt dus misschien ook wel het schoentje. Hoe zien we zorg tegenwoordig? Als een kostelijk probleem of als het fundament en ook het uiteindelijke doel van de samenleving? Wie/wat speelt een cruciale rol bij deze beeldvorming zodat er bijvoorbeeld een groter draagvlak is voor zorg bij kinderkanker dan bij kindermishandeling? Worden problemen geïndividualiseerd of zien we nog een link met de samenleving bij bv. intrafamiliaal geweld. Zien we zorg als een opdracht voor professionals of ook als een verantwoordelijkheid van de samenleving zelf? Zien we beperkingen als een individueel probleem of als het onvermogen van een samenleving om aangepast wonen, werken en leven voor alle burgers te faciliteren? Het staat in elk geval toch vast dat de welzijnszorg niet los te denken is van de samenleving en dat een samenleving zonder zorg ondenkbaar is.

## 4 Besluit

Met betrekking tot de externe context bekeek dit hoofdstuk de groei van innovatieve netwerken en de verwachtingen van Vlaamse zorginnovatoren ten aanzien van de overheid. We ontdekken een grote diversiteit aan netwerken. In deze netwerken werken meerdere partners samen rond een gemeenschappelijke doelstelling. Grofweg kunnen deze doelstellingen in drie categorieën onderverdeeld worden. Innovatieve netwerken beogen ten eerste een flexibel inspelen op de markt en op de noden van de gebruiker, ten tweede leren en kennisdeling en ten derde het leveren van een maatschappelijke bijdrage. In hun functioneren gebruiken deze netwerken vaak dezelfde hefboomen. We onderscheiden hier zowel de actiebereidheid van alle partners als de openheid van de betrokken voorzieningen naast het belang van een neutraal eigenaarschap en een neutrale leiding. Ten vierde stellen we vast dat het lokale en regionale niveau ook een belangrijke hefboom voor netwerkvorming zijn.

Ook de kenmerken van een innovatieve overheid kwamen in de interviews aan bod:

Een innoverende overheid:

- heeft voldoende knowhow over veranderingsprocessen;
- bevordert samenwerking en overleg, in het bijzonder tussen lokale partners;
- creëert ruimte voor creativiteit en dereguleert;
- faciliteert een ander personeelsbeleid en andere loopbaanmogelijkheden;
- organiseert kennisdoorstroming;
- kiest voor een aanpak ten gronde i.p.v. voor symptoombestrijding;
- investeert in vrijwilligerswerk.

Opvallend is dat de zorginnovatoren een aantal heikele thema's niet uit de weg gaan. Zo pleiten ze ten eerste voor het meer aantoonbaar maken van de effecten van welzijnsinterventies. Effectiviteit en efficiëntie zijn dus ook voor hen erg belangrijk, op voorwaarde dat er voldoende rekening wordt gehouden met de complexiteit van welzijnsinterventies. Ten tweede rekenen ze vooral op een faciliterende in plaats van een regulerende overheid die de ondernemingszin van de voorzieningen stimuleert. Opvallend is dus dat ze de verantwoordelijkheid niet van zich afschuiven, maar net meer ruimte wensen om nog beter hun verantwoordelijkheid te kunnen opnemen. Ten derde willen ze vooral door de overheid uitgedaagd worden door middel van incentives om voortdurend op zoek te gaan naar verbeteringen en innovaties.

### **Hoofdstuk 3**

#### **De gebruiker als bijzondere hefboom**

In meerdere interviews komt de gebruiker als doel maar ook als motor van zorginnovatie naar voor. De participatie van de gebruiker vormt hierbij een cruciaal principe. In één adem wordt regelmatig verwezen naar de spanning, of op z'n minst het verschil tussen theorie en praktijk. Gezien de centrale betekenis van gebruikersparticipatie voor zorginnovatie, zetten we in dit hoofdstuk de rode draden inzake gebruikersparticipatie aan de hand van citaten op een rij:

*“En essentieel daarin is dat we echt graag zouden willen, dat het de mensen met een handicap zelf zijn die veel meer gaan kunnen gaan regisseren, gaan kunnen bepalen hoe het zorglandschap eruit ziet. En hoe kan je dat doen? Dat kan je alleen maar doen door de sleutel en de sleutel is het geld. Het geld zou eigenlijk veel meer in hun handen moeten gegeven worden.” (IV 9)*

*“En dan ga je als aanbieder veel meer verplicht worden, nog meer verplicht worden om na te denken wat die mensen eigenlijk graag zouden willen.” (IV 9)*

*“Als we inderdaad het gaan hebben met elkaar over elkaars opvoeding, want dat gaan we doen, dan gaan we moeten toestaan dat daar diversiteit in is, dat uw opvoeding, anders is dan de mijne, maar dat die daarom niet slechter is dan de mijne. En daar zit ook de grote uitdaging in, in, die vernieuwing natuurlijk, die we meemaken. In dat grote, dat openleggen van opvoeding als niet meer taboe, als bespreekbaar, gaat ons ook uitdagen om toe te staan dat opvoeding anders is.” (IV2)*

*“Ja, de zorg moet zich aanpassen aan het kind en niet het kind aan de zorg. Maar dat vraagt een rijk palet van een voorziening.” (IV4)*

Ook al zijn de kracht en de mogelijkheden van gebruikersparticipatie ondertussen voldoende aangetoond en omschreven en groeit ook het draagvlak ervoor, toch geven de interviews ook aan dat gebruikersgericht werken en gebruikersparticipatie daarom nog niet direct en volledig in praktijk kunnen omgezet worden en per definitie werken.

De literatuurstudie wees op vier participatiemethoden: informeren, consulteren, adviseren en samen beslissen. Informeren wordt altijd vermeld, maar is niet meer dan een noodzakelijke basisvoorwaarde. Bij consultatie is er geen garantie dat er iets met de vergaarde informatie zal gebeuren. Mensen worden dus bevraagd en hebben het gevoel dat ze betrokken worden, maar ze hebben geen garantie dat rekening wordt gehouden met hun mening. Advisering betekent dat de burger wel betrokken wordt in het beleidsproces. De stem van de deelnemers wordt dus verankerd in het beleidsvormingsproces. De meest vergaande vorm van participatie is dat de burgers ook een beslissingsbevoegdheid

krijgen. Deze vier participatiemethoden kunnen zowel op het micro-, meso- als macroniveau worden toegepast. Opvallend is dat in de interviews de vier participatiemethoden benadrukt worden. In het verdere verloop van dit hoofdstuk bespreken we een aantal hinderpalen voor participatie.

## **1 De gebruiker bepaalt, maar de maatschappij betaalt.**

Een eerste spanning doet zich voor tussen de belangen van de gebruiker en de belangen van de samenleving. Zoals de zorginnovator in het interview aangeeft, bepaalt uiteindelijk de samenleving hoeveel zij wil spenderen aan welzijnswerk, hulpverlening en het ondersteunen van burgers. Het verenigen van meer gebruikersgerichte zorg en betaalbare zorg is geen evidente opdracht. Dit vereist een voortdurend maatschappelijk debat over de plaats van zorg en ondersteuning in de samenleving.

*“We moeten realistisch zijn, altijd in die zin. We mogen nooit vergeten dat we werken en leven in een grote, bredere maatschappelijke context en het is uiteindelijk de maatschappij die altijd zal blijven bepalen en de politiek die altijd zal blijven bepalen hoeveel middelen er uiteindelijk naar die ondersteuningsbudgetten kunnen gaan. En dus, dus dat betekent al automatisch dat er al een rem zit op alle mogelijkheden.” ( IV 11)*

## **2 Keuzevrijheid veronderstelt een voldoende aanbod en zorgontschotting**

Meer participatie en meer gebruikersgerichte zorg is volgens de zorginnovatoren enkel mogelijk als er voldoende zorgaanbod is. Voldoende zorgaanbod maakt het mogelijk dat gebruikers zelf kunnen kiezen. Dit impliceert eveneens het doorbreken van de schotten tussen de verschillende zorgvormen.

*“Dat is zo voor iedere innovatie voor mij. Dat is gewoon kort op de bal kunnen spelen, flexibel kunnen zijn, niet commercialiseren, geef het ons, laat het ons maar doen. In belang niet van ons, maar voor de zwakkere in de samenleving. Ja laat ons maar onze knowhow ten dienste stellen. Maar laat de klant wel bepalen waar hij komt en hoe hij het doet. En zorg dat het aanbod gelijk komt met de vraag. Er zou veel opgelost zijn. Zolang als dat de vraag veel groter blijft als het aanbod, heeft de klant niets te zeggen .” (IV 9)*

### 3 Participeren moet je leren

Participatie dreigt fout te lopen, wanneer voorzieningen dit beschouwen als iets bijkomends, dat weinig of geen gevolgen heeft voor de reguliere werking. Participatie moet een wezenlijk onderdeel uitmaken van de organisatiecultuur. Participatiestructuren vereisen dat ze aansluiten bij het tempo van de gebruiker. En dit vraagt tijd en leerprocessen.

*“Ik merk ook dat participatie, dat dat iets heel moeilijk is. Het is zelfs ook een beetje gevaarlijk om mensen te snel uit te nodigen om deel te nemen, want dan maakt ge ze nog minder mondig. Door hen mee te zetten in een overleg waar dat hulpverleners met mekaar praten, hulpverleners die, allemaal goed van taal zijn en ook vakjargon gebruiken dat dikwijls moeilijk te begrijpen is. Als ge daar mensen tussen zet, die mensen maakt ge monddood. En ik heb het al dikwijls gezien, dat die mensen daar zitten en dan na drie uren bijna in slaap vallen van al dat gezeur dat wij ten toon spreiden. Dat is een valkuil waar dat we niet mogen intrappen. Als die mensen deelnemen dan moeten we ze ook kunnen horen en dan moeten we ze ook kunnen, het gevoel geven dat ze kunnen zeggen wat ze willen. En ja, ik denk dat we dat goed voorbereid moeten doen. Maar het is wel een streven. Ik zou het toch graag willen zien.” ( IV 2)*

### 4 Besluit

Gebruikersgerichte zorg en participatie gaan hand in hand. De zorginnovatoren koppelen dit bovendien ook aan meer keuzevrijheid. De vier participatiemethoden: informeren, consulteren, adviseren en samen beslissen komen allen aan bod in de interviews. Maar participatie op het niveau van de gebruiker is verre van een eenvoudige opdracht. Participatie neem je er niet zomaar bij. Het gaat om een specifieke expertise, waarover niet zoveel kennis beschikbaar is.



---

## **Besluit**

### **Vlaamse zorginnovatoren aan het woord**

Zorginnovatie is een complex gegeven. Dat begrepen we reeds uit de literatuurstudie en het denkwerk en de discussies in het kader van de reflectiegroep. De vele soorten innovatie waarvan sprake – technologische innovatie, sociale innovatie, product- en procesinnovatie, marktinnovatie – wijzen op deze complexiteit. Daarnaast is ook de welzijnszorg geen eenvoudig en eenduidig gegeven. Als gemengd bestel (WRR, 2004) speelt de zorg- en hulpverlening zich onvermijdelijk op meerdere beleidsniveaus af. De analyse bevestigt deze complexiteit, maar beoogt tegelijk ook meer inzicht in de praktijk van zorginnovatie en innovatieprocessen en in de rol en de samenhang van de verschillende beleidsniveaus bij zorginnovatie.

We beschreven hier, vanuit het perspectief van Vlaamse zorginnovatoren, de eigenheid van zorginnovatie en de wijze waarop zich op elk beleidsniveau innovatieprocessen (kunnen) ontwikkelen. In grote lijnen onderscheiden we hierbij de interne organisatie (teams – managers) enerzijds en de externe context (netwerken – overheid) anderzijds.

In de interne organisatie zien we dat aan innovatieve teams een positieve, geëngageerde basishouding wordt toegeschreven. Deze basishouding gaat samen met een sterk gebruikersgerichte zorghouding en een flexibele en reflectieve werk- en leerhouding. Innovatieve teams werken vlot samen, staan stil en evalueren kritisch het eigen functioneren en de behaalde resultaten. Ze leren en laten zich graag uitdagen waardoor ze vlot inspelen op de noden van de gebruikers en op onvoorziene omstandigheden. Met deze sterke basishouding balanceren innovatieve teams evenals hun managers in meerdere spanningsvelden die aanwezig zijn, zowel in de interne als in de externe context. Volgende spanningsvelden worden vanuit de interne context opgelicht:

- Theorie versus praktijk
- Vraag versus aanbod
- Belangen en doelen op meerdere niveaus
- Zorgen versus leren
- De oude versus de nieuwe rol als zorgverlener
- Het oude versus het nieuwe organisatie-denken
- Openheid versus veiligheid
- Korte versus lange termijn

Daarnaast zijn er ook in de externe context meerdere spanningsvelden aanwezig. Met betrekking tot zorginnovatie wordt vooral verwezen naar:

- dynamisch versus statisch;
- doelen versus middelen;
- maatschappelijke verwachtingen versus individuele zorgnoden/keuzes.

Innovatieve teams staan voor geen eenvoudige opdracht. Ze maken dan ook gebruik van enkele belangrijke hefboomen om met de hedendaagse uitdagingen aan de slag te gaan. De eerste, centrale hefboom voor zorginnovatie wordt gevormd door professionaliteit en kwaliteit. Zij vormen permanente, vanzelfsprekende en daardoor ook vaak impliciete uitgangspunten voor innovatieve teams. Het engagement van de teamleden en de dialoog met de gebruiker vormen samen een tweede belangrijke hefboom. Als derde hefboom mag een methodisch kader en een methodische aanpak voor verandering niet ontbreken. Het belang van deze hefboomen voor zorginnovatie verwijst op zijn beurt naar de rol van innovatieve managers, bij wie de verantwoordelijkheid en het initiatief voor het 'construeren' en 'onderhouden' van deze hefboomen gesitueerd wordt. We stellen vast dat zorginnovatoren steeds over drie kerncompetenties beschikken. Ze zijn tegelijk visionair, ondernemer en leider. Even opvallend is dat deze kerncompetenties op zeer diverse wijze gecombineerd en aangewend worden om enerzijds de vernoemde hefboomen voor zorginnovatie te realiseren en anderzijds een evenwichtig en gebruikersgericht beleid uit te bouwen temidden van meerdere spanningsvelden en om vernoemde hefboomen voor zorginnovatie te realiseren.

Ten vierde stellen we vast dat het lokale en regionale niveau ook een belangrijke hefboom voor netwerkvorming is.

Met betrekking tot de externe context bekeken we de groei van innovatieve netwerken en de verwachtingen van Vlaamse zorginnovatoren ten aanzien van de overheid. We ontdekken een grote diversiteit aan netwerken. In deze netwerken werken meerdere partners samen rond een gemeenschappelijke doelstelling. Grofweg kunnen deze doelstellingen in drie categorieën onderverdeeld worden. Innovatieve netwerken beogen ten eerste een flexibel inspelen op de markt en op de noden van de gebruiker, ten tweede leren en kennisdeling en ten derde het leveren van een maatschappelijke bijdrage. In hun functioneren gebruiken deze netwerken vaak dezelfde hefboomen. We onderscheiden hier zowel de actiebereidheid van alle partners als de openheid van de betrokken voorzieningen naast het belang van een neutraal eigenaarschap en een neutrale leiding.

We zien dat de beschreven innovatieprocessen enerzijds een eigen karakter, afgestemd op het niveau waar ze gelopen worden, hebben. Tegelijk zien we ook een aantal rode draden met betrekking tot de verschillende niveaus terugkeren. Op deze wijze komen we bij kern

---

van zorginnovatie volgens de geïnterviewde Vlaamse zorginnovatoren. In deze kern zien we drie belangrijke accenten, met name een positieve benadering met geëngageerde medewerkers en participerende gebruikers in de hoofdrol, een kwaliteitsvolle, gebruikersgerichte zorg door afgestemd samenwerken van alle beleidsniveaus en ten derde veranderen, leren, kennisdelen en netwerken. Deze bevindingen geven aan dat bij zorginnovatie innovatieprocessen op het niveau van de zorg verbonden zijn met sociale innovatie. De innovatieprocessen en resultaten op het niveau van de zorg vormen echter de kern van zorginnovatie. Op het niveau van de zorg bundelen participerende gebruikers en geëngageerde medewerkers hun krachten om tot duurzame resultaten voor de gebruikers te komen.

Tegelijk zijn deze innovatieprocessen in de welzijnszorg echter ook sterk verbonden met en aangewezen op hun context. Ze balanceren, net zoals hulpverleningsprocessen, voortdurend tussen spanningsvelden zowel in de interne als in de externe context. Zorginnovatoren zijn daarenboven ook steeds aangewezen zijn op de coöperatie, de dynamiek en flexibiliteit van mensen en processen op andere niveaus. We zien dat innovatieve teams, vanuit hun competenties en rechtstreeks en veelvuldig contact met gebruikers heel wat initiatieven kunnen ontwikkelen. De voorwaarden om hun innovatieprocessen te kunnen laten slagen, hebben ze echter niet volledig zelf in handen. Op dit vlak hebben zowel het management op organisatieniveau als de overheid een cruciale rol te spelen. Op hun beurt kunnen zij geen resultaat garanderen en zijn ze aangewezen op de kennis en kunde van innovatieve teams. Ze kunnen zorginnovatie faciliteren door gebruikersgerichtheid, openheid, samenwerking en kennisdeling te bevorderen bij iedereen die op, gelijk welk beleidsniveau bij de zorg- en hulpverlening betrokken is. Tegelijk kunnen ze geen resultaat garanderen en zijn ze daarvoor aangewezen op de kennis, kunde en het engagement van innovatieve teams. Samenwerken is dus de boodschap!



## **Bijlage**

### **Auxilia – Vrijwilligerswerk – Antwerpen**

Auxilia is een vrijwilligersorganisatie die kansarmen, zonder onderscheid van huidskleur of levensbeschouwing, de kans geeft les te volgen. Auxilia ontstond in 1926 in Frankrijk met kosteloze, schriftelijke cursussen voor personen met een handicap en is nu uitgegroeid tot een internationale vrijwilligersbeweging voor integratie en onderwijs. Auxilia Vlaanderen vormt een netwerk van vrijwilligers waarbij door regionale (vrijwillige) coördinatoren vraag en vrijwillig aanbod op elkaar afgestemd worden. Via regionale bijeenkomsten voor vrijwilligers en ontmoetingsdagen van coördinatoren worden ervaring en kennis uitgewisseld en vormingen georganiseerd. Auxilia ziet onderwijs als middel om het welzijn van mensen te verhogen. Voor Auxilia verwijst het woord kansarm niet in de eerste plaats naar een tekort aan financiële middelen, maar wel naar mensen die drempels ervaren wanneer ze onderwijs willen volgen. Deze drempels liggen niet vast, maar evolueren doorheen de tijd. Sommige noden kregen een structureel antwoord. Telkens vinden ook nieuwe noden en andere mensen hun weg naar Auxilia. Nu weerspiegelen deze evoluerende vragen onder andere de druk van de kennis- en informatiemaatschappij en de uitdaging van een verkleurende samenleving. Meer dan de helft van de leerlingen van Auxilia Vlaanderen is momenteel anderstalig. Daarnaast worden de vragen soms ook complexer. Zo zoeken anderstalige personen met bijvoorbeeld een visuele of auditieve handicap vaak tevergeefs naar toegankelijk onderwijs. Auxilia stelt hier vast dat sommige van deze complexe vragen maar een antwoord kunnen vinden door creativiteit en samenwerking tussen de verschillende organisaties.

[www.auxilia-vlaanderen.be](http://www.auxilia-vlaanderen.be)

### **Broeder Ebergiste – Ortho-agogisch Centrum - Gavere-Vurste**

Het Ortho-agogisch Centrum Broeder Ebergiste bouwt verder op de lange zorgtraditie van de Broeders van Liefde. Telkens inspeland op nieuwe maatschappelijke evoluties, vond in 1999 de (voorlopig) laatste reconversie plaats, waarbij het Ortho-agogisch Centrum Broeder Ebergiste zich uitsluitend ging toeleggen op de dienstverlening aan volwassen personen met een mentale handicap. Het centrum biedt een waaier van begeleidingsmogelijkheden gaande van intensieve 24h begeleiding tot ambulante begeleiding naar tewerkstelling toe. Terwijl in vroegere zorgmodellen het aanbod centraal stond, vertrekt men nu vanuit de noden van het individu. De kwaliteit van leven van de gebruiker en zijn keuzes daaromtrent vormen het uitgangspunt van de dienstverlening. In

de visie van het OCBE staan volwaardig burgerschap en emancipatie centraal. Het belang dat men hecht aan de verschillende vormen van gebruikersparticipatie, sluit hierbij aan. Het OCBE heeft de ambitie om het burgerschapsmodel steeds verder in de praktijk te brengen en in te spelen op nieuwe uitdagingen in de zorg. Zo stelde zich recent de vraag hoe men best de zorg voor een nieuwe groep van oudere personen met een mentale handicap kan realiseren. Denkpijlers werden uitgewerkt en alle betrokkenen werden samengebracht. Vanuit een consensus wordt deze vernieuwing nu verder voorbereid en in praktijk gebracht.

[www.ebergiste.be](http://www.ebergiste.be)

### **De Ketjes – Kinderdagopvang - Brussel**

De Ketjes vangt kinderen op tot aan de schoolgaande leeftijd, liefst van zoveel mogelijk verschillende nationaliteiten. Door deze uitgesproken keuze voor diversiteit wil het kinderdagverblijf kinderen met verschillende sociale en culturele achtergronden de kans geven elkaar te ontmoeten en met elkaar te spelen. De filosofische overtuigingen van de ouders worden gerespecteerd en de werking houdt zoveel mogelijk rekening met de gebruiken en gewoonten van hun cultuur. De integratie van de verschillende culturen wordt onder andere bevorderd door het organiseren van feesten uit de verschillende gemeenschappen. Volledig in dezelfde lijn speelt De Ketjes met de modules ‘inclusieve opvang’ en ‘verruimde opvang’ in op nieuwe noden van gebruikers. Om dit alles waar te maken, hecht men in deze voorziening veel belang aan competente medewerkers en aan een goede samenwerking, zowel tussen het team en de ouders als tussen de teamleden onderling. Een open en eerlijke communicatie tussen alle betrokkenen is hierbij onontbeerlijk.

[www.kdvdeketjes.com](http://www.kdvdeketjes.com)

### **De Oever – Bijzondere Jeugdbijstand - Wimmertingen**

De Oever organiseert ambulante en residentiële begeleidingen in het kader van de bijzondere jeugdzorg. De begeleiding van kinderen en jongeren waarvan de opvoedingssituatie als problematisch wordt ervaren, is erop gericht alle betrokkenen een weg te laten vinden om verder te kunnen groeien. De Oever evolueerde van een traditionele en hiërarchische voorziening voor langdurige residentiële opvang naar een dynamisch en decentraal centrum dat in functie van de hulpverlening en de samenwerking tussen begeleiders, jongeren en hun omgeving gestructureerd en georganiseerd is. De organisatiestructuur werd volledig gekanteld. Deze kanteling wordt visueel voorgesteld door de basis van de driehoek, waar zich de hulpverleners en de

gebruikers bevinden, bovenaan te plaatsen. Hierdoor wordt de rest van de organisatie volledig in steun gezet van de weg die jongeren, hun gezin en hulpverleners samen afleggen. Deze structurele, maar vooral ook culturele verandering vereiste visie en volharding en nam meerdere jaren in beslag. De Oever combineert een positieve, lerende benadering en een netwerkbenadering op alle niveaus (hulpverlening, teamwerking, regionale samenwerking, enz.). Deze combinatie vormt in De Oever het draagvlak voor de praktijk van dialoog, overleg en gedeelde verantwoordelijkheid en de motor voor vernieuwing.

[www.deoever.be](http://www.deoever.be)

### **Het Open Poortje – Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning - Schilde**

CKG Het Open Poortje vernieuwde zijn volledige werking door de pedagogische doelstelling, in tegenstelling tot de historisch gegroeide situatie, radicaal en consequent voorop te zetten in zijn werking. Dit betekende ook dat van dan af de pedagogische directie de richting en de inhoud van de werking bepaalde en dat de algemene directie zorgde dat alle andere aspecten van de organisatie mee worden ingezet ten dienste van deze doelstelling. Eens deze keuze gemaakt kwam er ruimte vrij voor het uitwerken, concretiseren en toepassen van een eigen pedagogisch model. Het theoretisch kader van het Ervaringsgericht Leren werd vertaald in concrete en meetbare instrumenten en toepassingen op maat van de doelstellingen van het CKG en van de medewerkers, de kinderen en de ouders. Van meet af aan werd gekozen voor zeer concreet, visueel en gebruiksvriendelijk materiaal dat beeld en taal aanreikt, ook voor pijnlijke gebeurtenissen. Op deze wijze wordt ook de dialoog tussen alle betrokkenen ondersteund en gestimuleerd. Tegelijk schuiven zo de rechtspositie van de minderjarige en het ervaringsgericht denken als vanzelfsprekend in elkaar. Het in praktijk brengen van deze nieuwe benadering en aanpak werd permanent ondersteund door een systeem van training en coaching waarbij de coaches participeren aan de werking. Feedback van de medewerkers m.b.t. de concrete toepassing werd steeds mee in rekening genomen. Deze vernieuwing bracht zowel intern als extern trouwens nog andere ‘neveneffecten’ met zich mee. Doorheen dit proces zijn alle medewerkers van het CKG enorm gegroeid en zijn ze terecht fier op de wijze waarop ze met gezinnen op weg gaan. Daarnaast wekte deze benadering ook in en buiten de sector belangstelling en wordt deze kennis en ervaring nu in een vormingsprogramma verder verspreid en gedeeld.

[www.ckgopenpoortje.be](http://www.ckgopenpoortje.be)

## **KOCA – Koninklijk Orthopedagogisch Centrum – Antwerpen**

Het Koninklijk Orthopedagogisch Centrum Antwerpen is een onderwijs- en ondersteuningscentrum voor personen met communicatieve beperkingen en beoogt de uitbouw van een uniek en kwaliteitsvol levensproject van elk individu. Hierbij zijn de ondersteuningsbehoeften van elke persoon en zijn omgeving richtinggevend. In het kader van het beleidsplan 2006-2010 werd deze richting omschreven in de missie, visie op zorg, werk en leren, en waarden van KOCA. Van hieruit zal KOCA verder, toekomstgericht veranderen en vernieuwen zodat de vragen en behoeften van de gebruikers nog meer en beter de richting kunnen aangeven. KOCA kiest hierbij uitdrukkelijk voor openheid: open communicatie tussen alle medewerkers, toegankelijke informatie (oa. via de website) en een open blik naar buiten en naar de toekomst. KOCA ziet toekomst in meer samenwerking, met partners binnen en buiten de zorgsector. Competente en professionele medewerkers zijn hierbij onontbeerlijk. KOCA zet daartoe niet alleen in op interne en externe vorming, maar draagt zelf ook zijn kennis en expertise via netwerkpartners uit. Bovendien kiest KOCA in zijn HRD-beleid voor diversiteit en voor de win-win situaties die diversiteit (vb. belang medewerker en belang organisatie, verschillen in leeftijd en competenties op teamniveau) in zich draagt. Deze inzet op diversiteit illustreert de bijzondere aandacht die het beleid van KOCA heeft voor MVO (maatschappelijk verantwoord ondernemen). Naast diversiteit, zijn ook mobiliteit (uitwerken mobiliteitsplan) en internationale samenwerking op vlak van expertise ontwikkeling als MVO-thema's in het organisatieplan van dit jaar opgenomen.

[www.koca.be](http://www.koca.be)

## **Mezennestje – Kinderdagopvang - Landen**

Het Mezennestje is een kinderdagverblijf in een eerder landelijke regio. Enkele jaren geleden noopte de toestand van de huisvesting tot een ingrijpende keuze: ofwel zou de werking stopgezet worden ofwel moesten alle krachten gebundeld worden om een nieuwe huisvesting te realiseren. Het werd deze laatste optie. Dankzij de volgehouden en veelal vrijwillige inzet van vele betrokkenen beschikt het Mezennestje nu over een ruime, moderne en veilige locatie. De verhuis naar deze nieuwe omgeving brengt sowieso heel wat veranderingen, maar vooral ook mogelijkheden voor de kinderen, de medewerkers en de werking met zich mee. Het team zal regelmatig samenkomen om bij deze veranderingen stil te staan. Daarnaast wordt er ook, met het oog op de toekomst, aandacht besteed aan het totale aanbod aan kinderdagopvang voor de regio en aan de evolutie van de zelfstandige kinderdagopvang.

[mezennestje@skynet.be](mailto:mezennestje@skynet.be)

## **PRESENT - Vrijwilligerswerk - Brussel**

Vrijwilligerswerk is van alle tijden, zijn aard en vorm evolueren mee met de maatschappelijke context. Vrijwilligers kunnen door hun aanwezigheid bijdragen tot een humanere situatie voor gebruikers, aan wie het vrijwilligerswerk uiteindelijk altijd ten goede moet komen. PRESENT wil, als autonome vrijwilligersorganisatie, de solidariteit bevorderen met mensen die in voorzieningen verblijven. Deze solidariteit wil men concreet vorm geven door te werken aan sensibilisering, door op te roepen tot vrijwillige inzet, door bruggen te bouwen tussen bewoners van voorzieningen en de lokale gemeenschap en door het vrijwilligerswerk een degelijke en verantwoorde inhoud en omkadering te geven. PRESENT houdt zich hoofdzakelijk bezig met de ondersteuning (praktisch en administratief), begeleiding en uitbouw van vrijwilligerswerk in voorzieningen. Vanuit deze hoofdpdracht organiseert PRESENT vormingsbijeenkomsten en biedt het vrijwilligers en hun verantwoordelijken uit verschillende voorzieningen mogelijkheden om met elkaar in contact te komen, ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Door vrijwilligerswerk te stimuleren en te ondersteunen, opent PRESENT ook wegen om flexibel in te spelen op sommige nieuwe noden die ontstaan bij zorgvragers en voorzieningen n.a.v. allerlei maatschappelijke evoluties. De rol van vrijwilligers als hefboom voor palliatieve zorg vormt hiervan een sterk voorbeeld.

[www.presentweb.be](http://www.presentweb.be)

## **WZC St. Jozef – Woon- en Zorgcentrum - Moerzeke**

De werking van WZC St. Jozef richt zich op drie centrale doelstellingen: participatie, vraaggestuurde zorg en zorg op maat. Aangezien er een belangrijke link bestaat tussen deze doelstellingen en innovatie, wordt innovatie mee opgenomen in het beleid van de voorziening. Het beleid van WZC St. Jozef heeft in dezelfde optiek ook een deeltijds medewerker 'projecten en innovatie' aangesteld. Omdat de vooropgestelde doelstellingen vaak als een soort containerbegrippen gebruikt worden, ziet WZC St. Jozef er een belangrijke uitdaging in om deze doelstellingen concreet in te vullen en te verdiepen. Wil men elke bewoner zo goed mogelijk tot zijn recht laten komen, dan moet het zorgmodel omgekeerd worden. De bewoner met zijn vraag staat centraal en het aanbod wordt aangepast aan de individuele nood van de bewoner. Zorg wordt 'onderhandelde zorg'. Om dit in de concrete, dagdagelijkse contacten tussen de verschillende zorgverleners en bewoners waar te kunnen maken, werkte men het TRABB-project (Transdisciplinaire bewonersgerichte basishouding uit). Een organisatiebrede en stapsgewijze aanpak kenmerken dit vernieuwingsproject. Onder meer door middel van een intergenerationeel

project, wil WZC St. Jozef ook een maatschappelijke bijdrage leveren en inspelen op de maatschappelijke beeldvorming rond ouder worden en rond zorg.

[mdemedts@skynet.be](mailto:mdemedts@skynet.be)

### **Sporen – Bijzondere Jeugdbijstand - Leuven**

Als centrum voor integrale jeugdzorg combineert Sporen op flexibele wijze een aanbod van verschillende werkvormen. Sporen speelt in op nieuwe maatschappelijke evoluties en wil mee vorm geven aan nieuwe vormen van hedendaagse opvoedingsondersteuning, zoals hun project Crisishulp aan Huis. Sporen investeert in opvoedingsrelaties waar kansen gecreëerd worden zodat jongeren, zo mogelijk binnen het gezin, tot persoonlijke ontwikkeling kunnen komen. De organisatie en haar medewerkers evolueren van een meer aanbodgerichte naar een contextgerichte werking, waarbij partnerschap tussen hulpverleners en gezinnen een cruciale rol speelt. Om dit veranderingsproces te ondersteunen investeert Sporen sterk in de ondersteuning en permanente vorming van zijn medewerkers en worden nieuwe, contextgerichte initiatieven in de werking gestimuleerd. Tegelijk leert men kritisch te kijken naar de gehanteerde methodieken en deze verder te verdiepen of bij te sturen. Regelmatig worden dan ook kwaliteitsprojecten opgezet. Voor Sporen maken externe relaties, zowel op het niveau van de hulpverlening, als op het niveau van de bredere hulp- en zorgverlening en t.a.v. het beleid vanzelfsprekend deel uit van de werking.

[www.sporen.be](http://www.sporen.be)

### **Tamar – Centrum voor Integrale Gezinsondersteuning - Lommel**

Het verbetersteam van CIG Tamar brengt jaarlijks de aspecten van de werking die kwalitatief verbeterd kunnen worden in kaart. De vraag of ze hun visie en doelstelling van 'integrale gezinsondersteuning' waarmaken staat hierbij centraal. Zo werd besloten om het historisch gegroeide verschil tussen het aanbod voor moeder en kind enerzijds en de vader anderzijds, weg te werken. Vooraleer met de concrete realisatie te starten, werden de nodige voorbereidingen getroffen. Informatie, bijkomende kennis en middelen werden verzameld. De gebruikers werden geraadpleegd. Hun inbreng leerde het team dat zij zelfs meer, en soms ook andere obstakels dan de gebruikers zagen. Het perspectief van de gebruikers vormde in elk geval een extra aanmoediging voor het team. De volledige werking en infrastructuur werden herdacht, hertekend en gefaseerd (met voortdurende evaluaties) in de praktijk gebracht. Zo werd de leefgroepwerking vervangen door een systeem van flatjes met gezinsbegeleiding en groepsmomenten. De begeleiding, die steeds vertrekt vanuit de aanwezige krachtbronnen bij de gezinsleden, werd hieraan

aangepast. Deze zorginnovatie betekent een positieve evolutie voor de gebruikers. De doelstelling van het centrum wordt beter gerealiseerd voor moeders, kinderen en vaders. Vanuit dit gebruikersperspectief ziet men telkens nieuwe, andere uitdagingen. Het blijft immers moeilijk om kwetsbare gezinnen na een begeleiding in het centrum binnen een redelijke termijn te laten overstappen naar een voor hen geschikte woon- en zorgsituatie!

[www.tamarvzw.be](http://www.tamarvzw.be)

### **Ten Kerselaere – woon- en zorgcentrum - Heist-op-den-Berg**

De historiek van woon- en zorghuis Ten Kerselaere laat zien dat men hier kan terugvallen op een traditie als 'vernieuwer'. Rond de eeuwwisseling ging men op zoek naar vernieuwing binnen de zorg voor personen met dementie. Werkbezoeken aan vernieuwende Nederlandse projecten leidden tot de conclusie dat kleinschalig wonen past in een toekomstgerichte visie op de ouderenzorg in Vlaanderen. Zoals destijds voor dagverzorging, kortverblijf en de aanleunwoningen, wil Ten Kerselaere ook hierin een pioniersrol spelen. Na studiewerk en voorbereidingen volgde een kleinschalig experiment. Momenteel is woon- en zorghuis Ten Kerselaere in transitie. Het klassieke, residentiële gedeelte van het huis wordt in verschillende fases omgebouwd tot een woon- en zorgcentrum volgens de principes van het kleinschalig wonen. Naast deze interne vernieuwingen, richt Ten Kerselaere ook de blik naar buiten en bundelt de krachten met lokale partners. Zo realiseerde men 'aanleunwoningen' i.s.m. een regionale sociale huisvestingsmaatschappij en werkte men i.s.m. de lokale overheden, een wetenschappelijke partner en de actoren in de thuiszorg, in theorie en praktijk aan de realisatie van een lokale woonzorgzone.

[www.tenkerselaere.be](http://www.tenkerselaere.be)